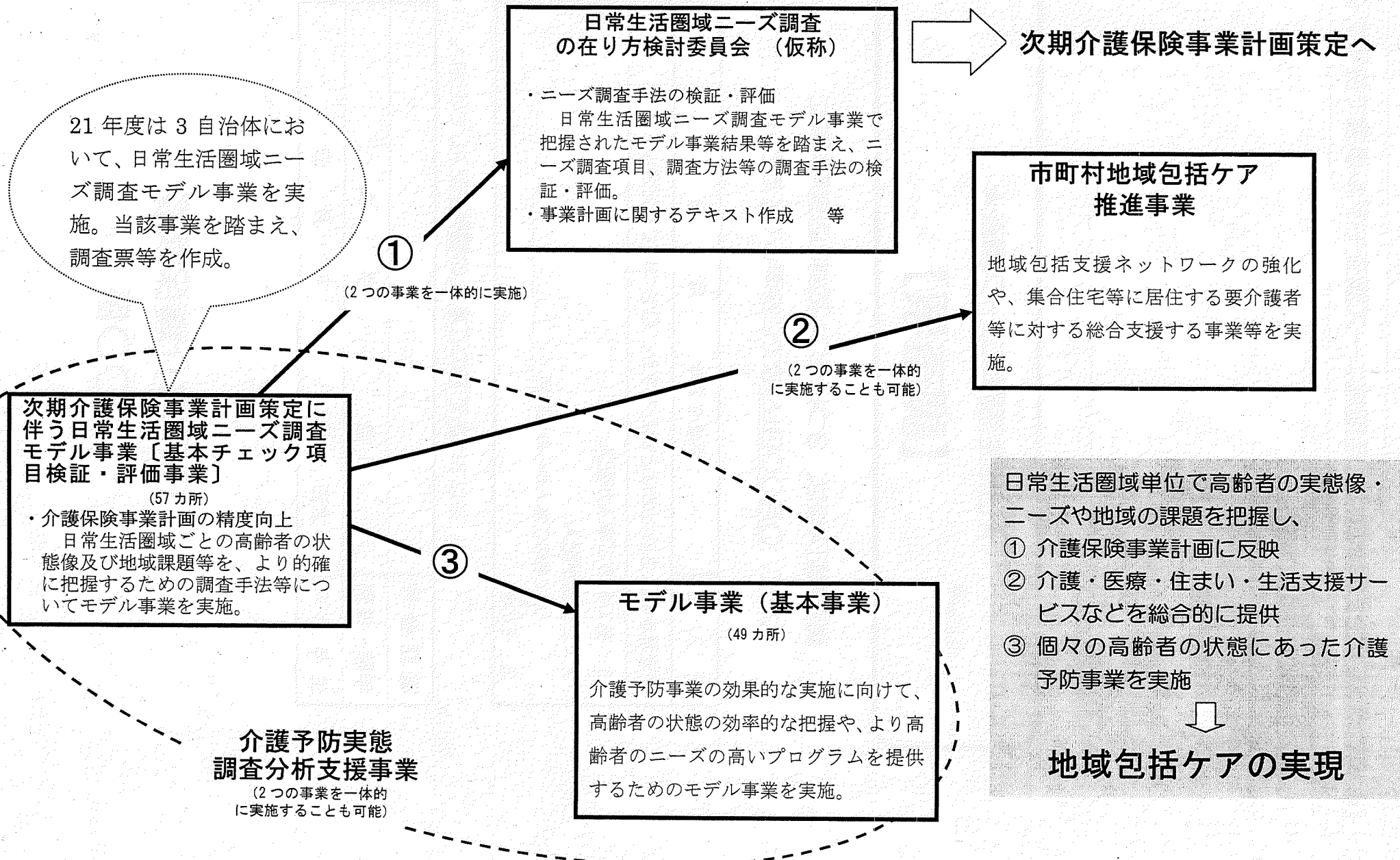


地域包括ケアの実現に向けた関係事業の概要



(宛名ラベル)

★日常生活圏域ニーズ調査★

【調査票】

調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、〇月〇〇日(△)までに投函してください。

記入日	平成22年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。〇をつけてください。	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 _____)	
3. その他	

※以下はあて名のご本人の情報を記入してください。

電話番号	—
年齢・性別	() 歳 男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日

〇〇市介護保険課
〇〇係

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

問1 あなたのご家族や生活状況について

1. 家族構成をお教えてください 1. 一人暮らし 2. 家族などと同居 3. その他(施設入居など)	
(ご家族などと同居されている方のみ)	
2. ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか(いくつでも)	
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> 人	
1. 配偶者 2. 息子・娘 3. 息子・娘の配偶者 4. 孫 5. 兄弟・姉妹 6. その他	
3. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか	
1. 現在、何らかの介護を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)	
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	
3. 介護・介助は必要ない	
4. どなたの介護・介助を受けていますか	
1. 配偶者 2. 息子・娘 3. 息子・娘の配偶者 4. 孫 5. 兄弟・姉妹 6. その他	
5. 介護・介助している方の年齢は、次のどれですか	
1. 65歳未満 2. 65～74歳 3. 75～84歳 4. 85歳以上	
6. これまでにかかった病気はありますか(いくつでも)	
1. 循環器系(ある場合は具体的に…1. 高血圧 2. 脳卒中 3. 心臓病 4. その他)	
2. 内分泌・栄養・代謝障害(ある場合は具体的に…1. 糖尿病 2. 高脂血症 3. その他)	
3. 呼吸器系(肺や気管支等) 4. 消化器系(胃・腸等) 5. 泌尿器・生殖器系(腎臓・前立腺等)	
6. 筋骨格系(骨粗しょう症、関節症等) 7. 外傷、中毒等 8. がん(新生物)	
9. 血液・免疫の病気 10. 感染症及び寄生虫	
11. 精神・行動障害(ある場合は具体的に⇒1. 認知症 2. それ以外)	
12. 神経系 13. 目の病気(白内障、緑内障等) 14. 耳の病気 15. 皮膚の病気	
16. 歯科 17. その他() 18. ない	
7. 年金の種類は次のどれですか	
1. 国民年金 2. 厚生年金(企業年金なし) 3. 厚生年金(企業年金あり) 4. 共済年金	
5. 老齢福祉年金のみ 6. その他	
8. 現在の暮らしの状況を総合的にみてどう感じていますか	
1. 苦しい 2. やや苦しい 3. ややゆとりがある 5. ゆとりがある	
9. 現在、収入のある仕事をしていますか	1. はい 2. いいえ
10. お住まいは一戸建て、または共同住宅のどちらですか	1. 一戸建て 2. 共同住宅
11. お住まいは、次のどれにあたりますか	
1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(都市機構、公社など) 4. 借間 5. その他	
12. お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか	1. はい 2. いいえ
13. (2階以上の方) お住まいにエレベーターは設置されていますか	1. はい 2. いいえ

問2 運動・閉じこもりについて

1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ
2. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. はい	2. いいえ
3. 15分位続けて歩いていますか	1. はい	2. いいえ
4. 5m以上歩けますか	1. はい	2. いいえ
5. 週に1回以上は外出していますか	1. はい	2. いいえ
6. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ
7. 外出を控えている理由は、次のどれですか（いくつでも） 1. 病気 2. 障害（脳卒中の後遺症など） 3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配（失禁など） 5. 耳の障害（聞こえの問題など） 6. 目の障害 7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない		
8. 外出の頻度はどのくらいですか（それぞれ1つ） ①買物…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満 ②散歩…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満 ③通院通所…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満 ④趣味等…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
9. 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも） 1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク 4. 自動車（自分で運転） 5. 自動車（人に乗せてもらう） 6. 電車 7. 路線バス 8. 病院や施設のバス 9. 電動カート・車いす 10. タクシー 11. その他（ ）		

問3 転倒予防について

1. この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
2. 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
3. 背中が丸くなってきましたか	1. はい	2. いいえ
4. 歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	2. いいえ
5. 杖を使っていますか	1. はい	2. いいえ

問4 口腔・栄養について

1. 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
2. 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
3. 固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
4. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
5. お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
6. 口の渇きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
7. 歯磨きを毎日していますか	1. はい	2. いいえ
8. 定期的に歯科検診を受けていますか	1. はい	2. いいえ
9. 定期的に歯石除去や歯面掃除をしてもらっていますか	1. はい	2. いいえ
10. <入れ歯のある方>噛み合わせは良いですか	1. はい	2. いいえ
11. <入れ歯のある方>毎日入れ歯の正しい手入れをしていますか	1. はい	2. いいえ

問5 物忘れについて

1. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	2. いいえ
2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1. はい	2. いいえ
3. 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ
4. 5分前のことが思い出せますか	1. はい	2. いいえ
5. その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか		
1. 困難なくできる		
2. いくらか困難であるが、できる		
3. 判断するとき、他人からの合図や見守りが必要		
4. ほとんど判断できない		
6. 人に自分の考えをうまく伝えられますか		
1. 伝えられる		
2. いくらか困難であるが、伝えられる		
3. あまり伝えられない		
4. ほとんど伝えられない		

問6 日常生活について

- | | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| 1. バスや電車で一人で外出していますか (自家用車でも可) | 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
| 2. 日用品の買物をしていますか | 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
| 3. 自分で食事の用意をしていますか | 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
| 4. 請求書の支払いをしていますか | 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
| 5. 預貯金の出し入れをしていますか | 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
| 6. 食事は自分で食べられますか | 1. できる | 2. 一部介助 (おかずを切ってもらうなど) があればできる | 3. できない |
| 7. 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか | 1. 受けない | 2. 一部介助があればできる | 3. 全面的な介助が必要 |
| 8. 座っていることができますか | 1. できる | 2. 支えが必要 | 3. できない |
| 9. 自分で洗面や歯磨きができますか | 1. できる | 2. 一部介助があればできる | 3. できない |
| 10. 自分でトイレができますか | 1. できる | 2. 一部介助 (他人に支えてもらう) があればできる | 3. できない |
| 11. 自分で入浴ができますか | 1. できる | 2. 一部介助 (他人に支えてもらう) があればできる | 3. できない |
| 12. 50m以上歩けますか | 1. できる | 2. 一部介助 (他人に支えてもらう) があればできる | 3. できない |
| 13. 階段を昇り降りできますか | 1. できる | 2. 介助があればできる | 3. できない |
| 14. 自分で着替えができますか | 1. できる | 2. 介助があればできる | 3. できない |
| 15. 大便の失敗がありますか | 1. ない | 2. ときどきある | 3. よくある |
| 16. 小便の失敗がありますか | 1. ない | 2. ときどきある | 3. よくある |

問7 社会参加について

1. 年金などの書類が書けますか	1. はい	2. いいえ
2. 新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
3. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
4. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	2. いいえ
5. 友人の家を訪ねていますか	1. はい	2. いいえ
6. 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい	2. いいえ
7. 何かあったときに、家族や友人・知人などに相談をしていますか	1. はい	2. いいえ
8. 相談相手を教えてください（前問で「はい」と答えた方） 1. 配偶者 2. 息子・娘 3. 息子・娘の配偶者 4. 兄弟・姉妹 5. 友人・知人 6. 医師・歯科医師・看護師 7. 民生委員 8. 自治会・町内会 9. 老人クラブ 10. 社会福祉協議会 11. 地域包括支援センター 12. 役所・役場 13. その他（ ）		
9. 病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
10. 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	2. いいえ
11. ボランティア活動をしていますか	1. はい	2. いいえ
12. 地域活動に参加していますか（いくつでも） 1. 祭り・行事 2. 自治会・町内会 3. サークル・自主グループ（住民グループ） 4. 老人クラブ 5. その他（ ）		

問8 健康について

1. 普段、ご自分で健康だと思いますか

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

2. 現在治療中の病気はありますか

1. 循環器系 (ある場合は具体的に…1. 高血圧 2. 脳卒中 3. 心臓病 4. その他)
 2. 内分泌・栄養・代謝障害 (ある場合は具体的に…1. 糖尿病 2. 高脂血症 3. その他)
 3. 呼吸器系 (肺や気管支等) 4. 消化器系 (胃・腸等) 5. 泌尿器・生殖器系 (腎臓・前立腺等)
 6. 筋骨格系 (骨粗しょう症、関節症等) 7. 外傷、中毒等 8. がん (新生物)
 9. 血液・免疫の病気 10. 感染症及び寄生虫
 11. 精神・行動障害 (ある場合は具体的に⇒1. 認知症 2. それ以外)
 12. 神経系 13. 目の病気 (白内障、緑内障等) 14. 耳の病気 15. 皮膚の病気
 16. 歯科 17. その他 () 18. ない

3. 現在、何種類の薬を飲んでいますか

1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上 6. 飲んでいない

4. 現在、病院・医院 (診療所、クリニック) に通院していますか

1. はい 2. いいえ

5. 通院に介助が必要ですか

1. はい 2. いいえ

6. 以下の在宅サービスを利用していますか

1. 訪問診療 (医師の訪問) 2. 訪問介護 3. 訪問入浴介護 4. 訪問看護
 5. 訪問リハビリテーション 6. 居宅療養管理指導 (医師や薬剤師などによる療養上の指導など)
 7. その他 ()

7. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない

1. はい 2. いいえ

8. (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった

1. はい 2. いいえ

9. (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる

1. はい 2. いいえ

10. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない

1. はい 2. いいえ

11. (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

1. はい 2. いいえ

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て (表紙も含みます) を3つ折りにして同封した返信用封筒に切手を貼らずに投函してください。

3自治体日常生活圏域高齢者ニーズ調査モデル事業

13m
10

生活圏域の被保険者対象(一般・特定・要支1～介護2)
ニーズ調査を郵送回収方式で実施

未回収者への訪問調査(民生委員等活用)回収

データ入力・分析作業
生活圏域課題分析結果表作成
個別リスク個人結果一覧作成(訪問・個人支援・地域支援に活用)

ニーズ調査項目(必須事項)

- ・世帯構成
- ・認知症関係
- ・所得レベル
- ・住まい関係
- ・予防・早期対応
(ADL・IADLの状況)
(孤立者等の早期発見)
(生活援助と生活行為の向上)
- ・疾病状況 等

※未回収訪問時の洞察

生活圏域の課題項目
ニーズ量把握

モデル事業の範囲

給付実績
分析

介護保険事業計画策定作業
保険給付:地域支援事業の
総量積算等

サービス必要量の決定

○生活圏域ごとのサービス供給量(保険給付・地域支援事業)
○その他特別給付やインフォーマルサービス等 } 保険料ワークシートへ
○サービス供給方針の決定