

はつらつアンケート資料編

1 使用した調査票

令和元年度 茅ヶ崎市 はつらつ健康アンケート

ご協力をお願いいたします

**提出
期限**

令和元年 **12月11日(水)**

<p>記入のしかた</p> <p>黒のペン または ボールペンで 回答</p>	<p>回答の見本</p> <p>あてはまる四角 を塗りつぶす (はみ出しても 構いません)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>間違えた場合</p> <p>はっきりと 「×」印</p>	<p>数字は枠内に 右詰めで記入</p> <p>体重 <input type="text" value="60"/> kg</p>
--	---	--	---

回答日

令和元年 月 日

電話番号 ※本人と連絡のとれる電話番号(携帯電話可)をご記入ください。

- -

(宛先)茅ヶ崎市長 **個人情報に関する取扱いについて**

私は、短期集中サービス(*1)(お出かけ機能アップ教室、自宅で機能アップ)の対象者やフレイル(虚弱化)傾向があった場合、茅ヶ崎市が委託している地域包括支援センターに、「はつらつ健康アンケート」の個人情報を必要な範囲内で提供することについて、

(*1)介護予防通信をご参照ください。

同意します
 同意しません

署名(自署)

★文面をお読みいただき、【同意します】、【同意しません】のいずれかを塗りつぶしてください。
また、署名欄に、氏名を自筆でご記入ください。
【同意します】の場合は、市または地域包括支援センターから、健康づくりや介護予防に役立つ教室等の紹介をさせていただく場合があります。

<p>ご家族や生活状況について</p>	<p>1 家族構成を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/> ①一人暮らし <input type="checkbox"/> ②夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> ③夫婦以外の家族と同居 (二世帯住宅を含む) <input type="checkbox"/> ④その他 (施設入所等)</p>	
<p>2 お住まいは次のどれにあたりますか</p>	<p><input type="checkbox"/> ①持家 <input type="checkbox"/> ②民間賃貸住宅 <input type="checkbox"/> ③公営賃貸住宅 (市営、公営等) <input type="checkbox"/> ④借間 <input type="checkbox"/> ⑤その他</p>	

1

アンケートに関する
お問い合わせ

茅ヶ崎市 高齢福祉介護課 支援給付担当

電話 (0467) 82-1111 内線 2124

運動機能	3	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	4	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	5	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	6	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	7	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	8	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	転倒	9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11		1年前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
口腔栄養	12	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	13	身長と体重をご記入ください	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
	14	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	15	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	16	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	17	現在、自分の歯は何本ありますか(差し歯を含む) *入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。差し歯を含みます。 一般的には、親知らずをのぞくと28本あります。	<input type="text"/> <input type="text"/> 本		
	18	口腔ケアで使用しているものはどれですか(あてはまるものに全て回答)	<input type="checkbox"/> ①デンタルフロス・糸(付)ようじ歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> ②歯ブラシ	
			<input type="checkbox"/> ③入れ歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> ④口腔洗浄剤	
			<input type="checkbox"/> ⑤歯磨き粉	<input type="checkbox"/> ⑥その他()	
			<input type="checkbox"/> ⑦使用していない		
19	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
20	肉類(牛肉・豚肉・鶏肉等)を週に何日食べますか	<input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> ②週4~5日		
		<input type="checkbox"/> ③週2~3日	<input type="checkbox"/> ④週1日		
		<input type="checkbox"/> ⑤週1日未満			
21	魚を週に何日食べますか	<input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> ②週4~5日		
		<input type="checkbox"/> ③週2~3日	<input type="checkbox"/> ④週1日		
		<input type="checkbox"/> ⑤週1日未満			

質問は裏面に続きます。ページをめくってください。

次ページ 

表面を回答してから、以下の質問にお答えください。

物忘れについて	22	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	23	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	24	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	25	同じ話を無意識に繰り返す	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	26	知っている人の名前が思い出せない	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	27	物のしまい場所を忘れる	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	28	漢字を忘れる	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	29	今しようとしていることを忘れる	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	30	器具の説明書を読むのを面倒がる	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	31	理由もないのに気がふさぐ	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	32	身だしなみに無関心である	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	33	外出をおっくうがる	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	34	物(財布など)がみあたらないことを他人のせいにする	<input type="checkbox"/> ①ほとんどない <input type="checkbox"/> ②ときどきある <input type="checkbox"/> ③頻繁にある
	日常生活について	35	認知症の心配がありますか
36		バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
37		日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
38		預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
39		日常生活で一番困っていることは何ですか(1つ回答)	<input type="checkbox"/> ①買い物 <input type="checkbox"/> ②ゴミ出し <input type="checkbox"/> ③掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> ④食事の準備・片付け <input type="checkbox"/> ⑤庭や植木の手入れ <input type="checkbox"/> ⑥通院などの外出 <input type="checkbox"/> ⑦その他() <input type="checkbox"/> ⑧何もない
40		主な移動手段は何ですか(2つまで回答)	<input type="checkbox"/> ①徒歩 <input type="checkbox"/> ②自転車 <input type="checkbox"/> ③車(自分で運転) <input type="checkbox"/> ④車(自分以外が運転) <input type="checkbox"/> ⑤バス <input type="checkbox"/> ⑥タクシー <input type="checkbox"/> ⑦その他()

提出
期限

令和元年12月11日(水)までに、
同封の封筒(切手不要)で市に返信してください。

社会参加について	41	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	42	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	43	ボランティア団体や老人クラブ、サロン等に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	44	日頃、趣味活動を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	45	収入のある仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
心身の健康状態について	46	体調が悪いときに、身近に相談できる人はどなたですか (あてはまるものに全て回答)	<input type="checkbox"/> ①家族・親族 <input type="checkbox"/> ②友人・知人 <input type="checkbox"/> ③公的機関など(民生委員・地域包括支援センター・市役所など) <input type="checkbox"/> ④その他() <input type="checkbox"/> ⑤いない
	47	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	48	(ここ2週間)これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	49	(ここ2週間)以前は楽にできたことが、今はおっくうに感じる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	50	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	51	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	52	かかりつけの病院もしくはクリニックがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	53	かかりつけの歯科医院がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	54	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> ①よい <input type="checkbox"/> ②まあよい <input type="checkbox"/> ③ふつう <input type="checkbox"/> ④あまりよくない <input type="checkbox"/> ⑤よくない
	55	市で開催している介護予防事業のうち知っているものは何ですか (あてはまるものに全て回答)	<input type="checkbox"/> A: 転倒予防教室 <input type="checkbox"/> B: 歌体操教室「ねぼし」 <input type="checkbox"/> C: フレイルチェック <input type="checkbox"/> D: 介護予防講演会・栄養教室 <input type="checkbox"/> E: お出かけ機能アップ教室(短期集中通所型サービス) <input type="checkbox"/> F: いいきい脳の健康教室 <input type="checkbox"/> G: 60歳からのフィットネス教室 <input type="checkbox"/> H: ちがさき体操 <input type="checkbox"/> I: その他() <input type="checkbox"/> J: 何も知らない
56	あなたは、現在どの程度幸せですか (「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)	<input type="checkbox"/> A: 0点 <input type="checkbox"/> B: 1点 <input type="checkbox"/> C: 2点 <input type="checkbox"/> D: 3点 <input type="checkbox"/> E: 4点 <input type="checkbox"/> F: 5点 <input type="checkbox"/> G: 6点 <input type="checkbox"/> H: 7点 <input type="checkbox"/> I: 8点 <input type="checkbox"/> J: 9点 <input type="checkbox"/> K: 10点	
総括について	57	あなたが望む最期を迎えるために何か準備をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	58	57で はいの方…具体的に教えてください いいえの方…その理由を教えてください	
	59	人生の最後にやりたいことは何ですか	

これで質問は終了です。ご協力ありがとうございました。



<基本チェックリスト 判定>

■虚弱リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問 36	バスや電車で1人で外出	1	いいえ
		0	はい
問 37	日用品の買い物	1	いいえ
		0	はい
問 38	預貯金の出し入れ	1	いいえ
		0	はい
問 41	友人の家を訪ねる	1	いいえ
		0	はい
問 42	家族や友人の相談にのる	1	いいえ
		0	はい
問 3	つたわらず階段昇降	1	いいえ
		0	はい
問 4	つかまらず立つ	1	いいえ
		0	はい
問 5	15分位連続歩行	1	いいえ
		0	はい
問 9	この1年間の転倒の有無	1	はい
		0	いいえ
問 10	転倒に対する不安	1	はい
		0	いいえ
問 12	6か月間で2～3kg以上の体重減少	1	はい
		0	いいえ
問 13	身長・体重	1	BMIが18.5未満
		0	BMIが18.5以上
問 14	固いものが食べにくくなる	1	はい
		0	いいえ
問 15	お茶や汁物等でむせる	1	はい
		0	いいえ
問 16	口の渇きが気になる	1	はい
		0	いいえ
問 6	週1回以上の外出	1	いいえ
		0	はい
問 7	昨年からの外出回数の減少	1	はい
		0	いいえ
問 22	周りから物忘れを指摘される	1	はい
		0	いいえ
問 23	電話番号を調べて電話する	1	いいえ
		0	はい
問 24	日時がわからない時がある	1	はい
		0	いいえ

■口腔機能低下リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問 14	固いものが食べにくくなる	1	はい
		0	いいえ
問 15	お茶や汁物等でむせる	1	はい
		0	いいえ
問 16	口の渇きがきになる	1	はい
		0	いいえ

■運動機能低下リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問3	つたわらず階段昇降	1	いいえ
		0	はい
問4	つかまらず立つ	1	いいえ
		0	はい
問5	15分位連続歩行	1	いいえ
		0	はい
問9	この1年間の転倒の有無	1	はい
		0	いいえ
問10	転倒に対する不安	1	はい
		0	いいえ

■低栄養リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問12	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少	1	はい
		0	いいえ
問13	身長・体重	1	BMIが18.5未満
		0	BMIが18.5以上

■閉じこもりリスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問6	週1回以上の外出	1	いいえ
		0	はい
問7	昨年からの外出回数の減少	1	はい
		0	いいえ

■物忘れリスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問22	周りから物忘れを指摘される	1	はい
		0	いいえ
問23	電話番号を調べて電話する	1	いいえ
		0	はい
問24	日時がわからない時がある	1	はい
		0	いいえ

■うつ傾向リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問47	毎日の生活に充実感がない	1	はい
		0	いいえ
問48	これまで楽しんできたことが楽しめない	1	はい
		0	いいえ
問49	物事がおっくうである	1	はい
		0	いいえ
問50	自分は役に立たない	1	はい
		0	いいえ
問51	わけもなく疲れる	1	はい
		0	いいえ

大友式認知症予測テストの判定条件

0～8点	正常	もの忘れも老化現象の範囲内です。疲労やストレスによる場合もあります。8点に近い点数の場合、気分の違う時に再チェックを試みましょう。
9～13点	要注意	家族に再チェックしてもらったり、数か月単位で間隔を置いて再チェックを試みましょう。認知症予防策を生活に取り入れてみたらいかがでしょうか。
14～20点	要診断	認知症の初期症状が出ている可能性があります。家族にも再チェックをもらい、結果が同じなら、医療機関または、担当地区の地域包括支援センターにご相談ください。

※設問に無回答・重複回答があれば、リスクがないものとして0点とする。

■認知症リスクの判定項目・配点

問番号	項目	配点	選択肢
問 25	同じ話を無意識に繰り返す	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問 26	知っている人の名前が思い出せない	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問 27	物のしまい場所を忘れる	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問 28	漢字を忘れる	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問 29	今しようとしていることを忘れる	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問 30	器具の説明書を読むのを面倒がる	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問31	理由もないのに気がふさぐ	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問32	身だしなみに無関心である	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問33	外出をおっくうがる	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある
問34	物（財布など）が見当たらないことを他人のせいにする	0	ほとんどない
		1	時々ある
		2	頻繁にある