

すこやか生活アンケート

以下の質問それぞれについて、該当する回答1つに○をつけてください。

●あなた自身のことについてうかがいます。

質問1 あなたの性別をお答えください。 1. 男性 2. 女性

質問2 あなたの年齢をお答えください。 歳

質問3 あなたはひとり暮らしですか？ 1. はい 2. いいえ

●これまでのことについてうかがいます。

質問4 若い頃から、体を動かしたり外に出かけたりするのが、どちらかという好きなほうでしたか？

1. はい 2. いいえ

●現在の生活状況についてうかがいます。

質問5 いまの自分自身の健康状態は、よい方だと思いますか？

1 2 3 4

とてもそう思う まあそう思う あまりそう思わない 全くそう思わない

質問6 あなたは、一人で外を数百メートルくらい歩くことができますか？

1. 容易に歩ける 2. 少しむずかしい 3. とてもむずかしい

質問7 あなたは、1日の中でどのくらい、運動や家事、農作業などで体を動かしていますか？

1. 日中は何かしら体を動かしている 3. 1～2時間程度
2. 半日くらい 4. ほとんど体を動かさない

質問8 身の回りのことを、自分でできることはできるだけ自分でしよう、と心がけていますか？

1 2 3 4
いつもそう 大抵そう あまりそうでない 全くそうでない

質問9 毎日の食事の栄養バランスに、気を使っていますか？

- | | | | |
|-------|------|----------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| いつもそう | 大抵そう | あまりそうでない | 全くそうでない |

質問10 気分が沈んで憂うつになることがありますか？

- | | | | |
|--------|------|-------|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ほとんどない | 時々ある | かなりある | いつも |

質問11 身近に1人でも、自分の気持ちを話したり、悩み事を相談できる人がいますか？

1. いる 2. いない

●訪問についてうかがいます。

質問12 この訪問に満足していますか？

- | | | | |
|-------|------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 非常に満足 | やや満足 | やや不満足 | 非常に不満足 |

質問13 今後も、このような訪問を続けてほしいと思えますか？

- | | | | |
|---------------|----------------|------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| とても続けて
ほしい | できれば続けて
ほしい | できれば続けて
ほしくない | 続けて
ほしくない |

質問14 ご自身の「すこやかプラン」の内容に満足していますか？

- | | | | |
|-------|------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 非常に満足 | やや満足 | やや不満 | 非常に不満 |

質問15 訪問についてのご意見や感想などを、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

すこやかプラン（訪問指導利用計画表）

作成日 平成 年 月 日

氏名

訪問指導員名

1年間の目標	
目標を達成するためにできること	
訪問指導員ができること	

解決したいこと	目 標	具体的方法	目標の達成度

すこやかプラン（訪問指導利用計画票）記載要領

* 初回訪問前におおよそのプランを立案しておき初回訪問時でお互いに合意できるものを見出し、訪問後に記入する。

作成日 平成 年 月 日

氏名 _____

訪問指導員名 _____

1年間の目標	包括支援センターの介護プランの1年の生活目標と連動する 長期的な生活の目標のイメージ
目標を達成するためにできること	上記の目標を実現するために本人が取り組むことを記入
訪問指導員ができること	同様に指導員がどのようにしてサポートするかを記入 指導員ができること、役割のイメージ

解決したいこと	目 標	具体的方法	目標の達成度
<p>本人の困り具合やCAPの優先度等を考慮して、最も取り組むべき課題について記入。 (3~6ヶ月の期間で解決できることとする) 本人が困っていること、解決したいことをはっきりと認識していない場合は特に本人が気づくような働きかけをすること。</p> <p>*課題が達成され、さらに重要な課題が発生した場合には2号紙を用いる（ひとつの課題に対してプラン表は1枚）</p> <p>*本人が認識していない課題、または合意を得られていない課題については、記録票に記載する。</p>	<p>左記の課題を解決した時の具体的な姿とそのために行なうべきことを記入。</p>	<p>本人や家族が行なうこと、指導員が支援すること併せて記入（押し付けではなく、お互いに合意した内容であること）。</p> <p>より具体的にするために、いつ、どのぐらい、どのようにといった時間や回数、やり方についても記入。</p>	<p>モニタリングや状況の変化時にその月日を入れて記入 主観的情報、客観的情報、両側面から総合的にとらえ達成度を評価する。 達成されていない時には、目標や方法が適切なのか等検証する。</p>

訪 問 記 録 票

訪問日時	年 月 日 (回目) AM・PM 時 分 ~ 時	指導員名	
氏 名		年齢	歳 特定高齢者内容 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7

1. 訪問の具体的な目的				
2. 前回合意内容の順守状況と理由				
3. 問題状況の整理		4. 支援内容		
CAP	選定	本人の状況		
1	ADL/リハ			
2	I ADL			
3	健康増進			
5	コミュニケーション			
6	視覚			
7	アルコール			
8	認知			
10	うつと不安			
11	虐待			
12	社会的機能			
13	心肺の管理			
14	脱水			
15	転倒			
16	栄養			
17	口腔衛生			
18	痛みの管理			
20	皮膚と足			
21	順守			
22	もろい支援体制			
23	薬剤管理			5. 本人が合意した内容
26	向精神薬			
28	環境評価			
29	排便の管理			
30	尿失禁			
6. 次回の訪問目的		7. 関係機関との連携		
		8. その他		

訪問記録票 記載要領

訪問日時	年 月 日 (回目) AM・PM 時 分 ~ 時 分	指導員名	
氏 名	年齢	歳	特定高齢者内容 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7

1. 訪問の具体的な目的	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問にあたっては、本人や家族からの相談内容などをもとに課題と思われる点を検討し、事前に記入する。 ・2回目以降の訪問の場合、「5. 本人が合意した内容」および訪問者として留意すべき「6. 次回の訪問目的」を参照にして訪問前に記入しておく。 <p>※前回の記録をしっかりと読むことが大切。できている事を支持することも目的となる。</p>			
2. 前回合意内容の順守状況と理由	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の訪問で本人が合意した内容の順守状況について記載する。 			
3. 問題状況の整理				
CAP	選定			
本人の状況				
1	ADL/リハ	<p><選定欄の記入方法について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・トリガーされたCAPには○、その中で重要と思われるCAPには◎、実際にトリガーされないが、注意が必要と思われるCAPには△を記入する。 <p><本人の状況欄の記載方法について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「重要・注意」が必要と判断したCAPについて記載する。 ・CAPの検討結果のまとめ(総括)が必要な場合は、〈まとめ〉として記入する。 ・長く記載しないで、生活を阻害していることなどを「できる。できない。」などの表現で簡潔に記載することが必要。 ・CAPの項目がないが、問題となる状況や環境の変化等があれば記載する。 		
2	IADL			
3	健康増進			
5	コミュニケーション			
6	視覚			
7	アルコール			
8	認知			
10	うつと不安			
11	虐待			
12	社会的機能			
13	心肺の管理			
14	脱水			
15	転倒			
16	栄養			
17	口腔衛生			
18	痛みの管理			
20	皮膚と足			
21	順守			
22	もろい支援体制			
23	薬剤管理			
26	向精神薬			
28	環境評価			
29	排便の管理			
30	尿失禁			
4. 支援内容			<ul style="list-style-type: none"> ・本人の状況から指導員が助言したこと、助言に対する本人の考え、指導員が判断したことの要点を簡潔に記載する。 <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導員の発言(問いかけや促し)に対して、本人がどのように発言したか、または反応したか、さらにそれを受けて指導員が何を発言したかを矢印で示し、要点をまとめる。 <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・○○が××のため、△の危険性がある。 △の可能性がある。 	
5. 本人が合意した内容				
6. 次回の訪問目的				
7. 関係機関との連携				
8. その他				<ul style="list-style-type: none"> ・保健、医療、福祉、地域包括支援センター等のサービス関係者に連絡、調整した場合に記載する。
8. その他				<ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサインや特筆すべき事柄などを記載する。

介護予防訪問に関するアンケート

質問 1 あなたについてうかがいます。

1) あなたの職種をお答えください。

1. 保健師 2. 看護師 3. その他 ()

2) 看護職（保健師を含む）としての経験年数をお答えください。

年

3) 介護支援専門員としての勤務経験はありますか？

1. あり 2. なし

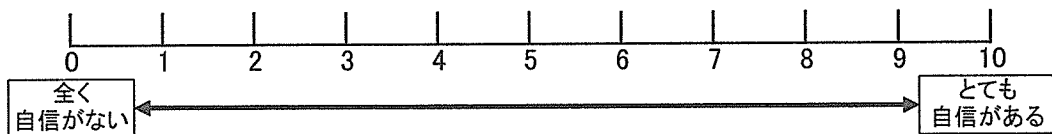
4) 老人保健事業における訪問指導の経験年数をお答えください。

(経験のない方は、「0年」とご記入ください。)

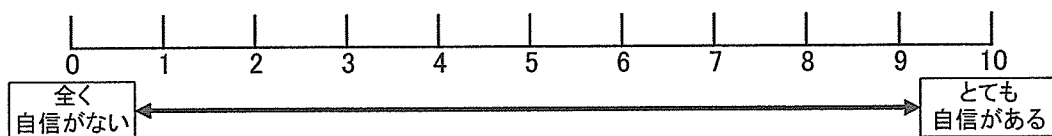
年

質問 2 それぞれの質問について、現在のあなたの率直な気持ちにあてはまる数字に○をつけてください。

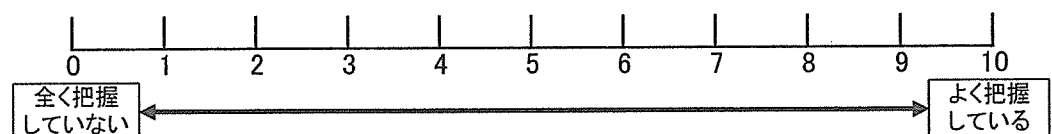
1) 対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある。



2) 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある。



3) 予防版 MDS-HC と CAP の内容を把握している。



質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

介護予防版MDS-HC CAP選定表

選定する際の条件	1	2	3	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	26	28	29	30
○：一つでも該当すればトリガー ☆、△：☆に該当したうえで、そのほかに△に一つ以上該当した場合にトリガー	ADL<り<り	IADL	健康増進	コミュニケーション	視覚	アルコール	認知	うつと不安	虐待	社会的機能	心肺の管理	脱水	転倒	栄養	口腔衛生	痛みの管理	皮膚と足	順守	もろい支援体制	薬剤管理☆	向精神薬	環境評価	排便の管理	尿失禁
B. 記憶							○																	
C. コミュニケーション・感覚				○																				
D. 視力、視覚の制限					○																			
E. うつ状態の兆候									○															
F. 社会的機能										○														
日中一人でいる										○														
G. 主介護者の有無、IADL援助																								
主介護者のADL援助		○																						
H. IADLの困難度		○																						
ADL自立度		○																						
階段昇降		○																						
健康活動			○																					
I. 尿失禁																								○
J. 疾患(不整脈)																								
K. 弱症(下痢)																								
弱症(発熱)																								
弱症(食欲不振)																								
弱症(便秘)																								
弱症(めまい)																								
弱症(息切れ)																								
痛み																								
転倒の危険性																								
危険な飲酒																								
喫煙																								
主観的健康観																								
不安定な健康状態																								
介護者への恐れ																								
L. 体重減少																								
水分摂取																								
嚥下問題																								
M. 口腔の問題																								
N. 皮膚の問題																								
足の問題																								
O. 居住環境																								
P. 順守																								
Q. 薬剤の種類																								
向精神薬																								
医師の管理																								
薬剤のコンプライアンス																								

CAP 検討用紙

担当者 ID

対象者名 _____

計画作成日 _____年 ____月 ____日

CAPs	ガイドライン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を設定する

申請書類(ア)～(エ)、申請書(ア)～(エ)

姓 _____ 氏名 _____ 職 _____ 職名 _____ 郵便番号 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 申請先住所 _____

申請先住所 _____ 申請先住所 _____

申請先住所 _____ 申請先住所 _____

申請先住所 _____

申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所
申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所	申請先住所

申請先住所 _____

申請先住所 _____

申請先住所 _____

申請先住所 _____

介護予防支援・サービス評価表 評価日 平成 年 月 日

利用者氏名 _____ 種 _____ 介護職員氏名 _____

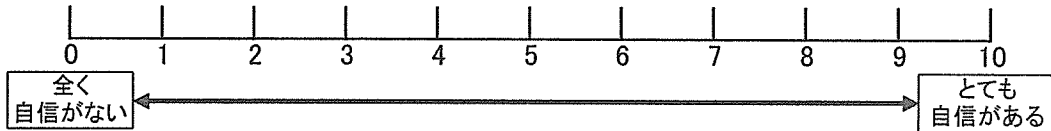
目標	評価項目	目標達成状況	目標達成状況 加減乗除	目標達成しない理由 (本人・家族の意見)	目標達成しない理由 (介護作成者の評価)	今後の方針

総合的方針	介護給付 予防給付 介護予防ケアプラン 介護予防一級 介護予防二級 終了	プラン継続 プラン変更 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアプラン <input type="checkbox"/> 介護予防一級 <input type="checkbox"/> 介護予防二級 <input type="checkbox"/> 終了
-------	---	----------------------	---

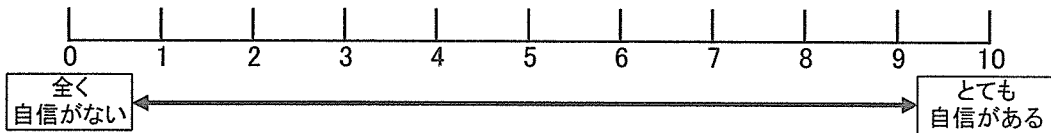
介護予防訪問に関するアンケート

質問 1 介護予防訪問に関するそれぞれの質問について、現在のあなたの率直な気持ちにあてはまる数字に○をつけてください。

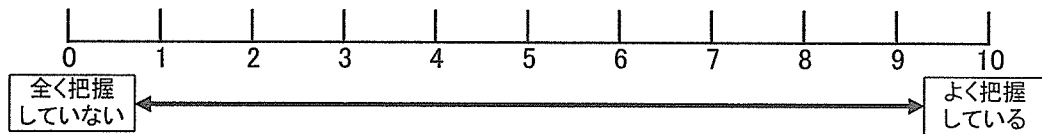
1) 対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある。



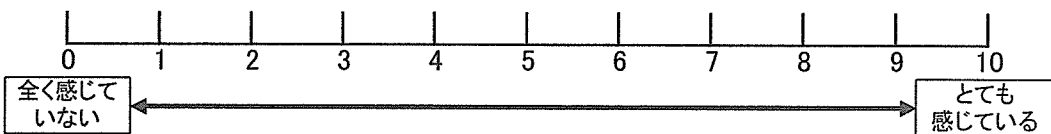
2) 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある。



3) 予防版 MDS-HC と CAP の内容を把握している。



4) この仕事にやりがいを感じている。



質問2 予防版 MDS-HC をご使用になった感想をうかがいます。

1) 予防版 MDS-HC を用いたことで役立ったことは何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- a. アセスメントをするうえで、見逃しがちな視点が補完された
- b. 自分のアセスメントやケアプラン作成の裏づけになった
- c. 対象者への助言に自信をもてた
- d. 対象者との会話の糸口に活用できた
- e. 継続的なケア目標を明確にできた
- f. 自分自身の専門職としての成長を実感した

2) CAP のガイドラインに追加した方がよい内容がありましたら、具体的にお書きください。今後の予防版 MDS-HC の改訂に活用させていただきますので、是非ご記入をお願いいたします。

3) 本研究に関するご意見、ご感想をお聞かせください。

どのようなことでも結構ですので、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

すこやか生活アンケート

このたび、市の介護予防サービスをご利用されている皆様から日常生活の状況やサービスに関するご意見をうかがい、今後のサービスの改善に役立てたいと考えております。

ご協力いただける方は、アンケート用紙にご記入の上、添付の封筒に入れて封をし、介護予防プランの担当者にお渡しください。ご提出いただきましたアンケート用紙の内容を、担当者が見ることはありません。

ご協力を、どうぞよろしくお願いいたします。

連絡先

T市 地域包括支援センター

ここから質問になります。

以下の質問それぞれについて、該当する回答1つに○をつけてください。

●これまでのことについてうかがいます。

質問1 若い頃から、体を動かしたり外に出かけたりするのが、どちらかというとな好きなほうでしたか？

1. はい 2. いいえ

●現在の生活状況についてうかがいます。

質問2 いまの自分自身の健康状態は、よい方だと思いますか？

- | | | | |
|---------|--------|-----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| とてもそう思う | まあそう思う | あまりそう思わない | 全くそう思わない |

質問3 身の回りのことを、自分でできることはできるだけ自分でしよう、と心がけていますか？

- | | | | |
|-------|------|----------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| いつもそう | 大抵そう | あまりそうでない | 全くそうでない |

質問4 毎日の食事の栄養バランスに、気を使っていますか？

- | | | | |
|-------|------|----------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| いつもそう | 大抵そう | あまりそうでない | 全くそうでない |

質問5 気分が沈んで憂うつになることがありますか？

- | | | | |
|--------|------|-------|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ほとんどない | 時々ある | かなりある | いつも |

質問6 身近に1人でも、自分の気持ちを話したり、悩み事を相談できる人がいますか？

1. いる 2. いない

●最後に、介護予防のサービスについてうかがいます。

質問7 ご自身の「介護予防サービス・支援計画表」の内容に満足していますか？

- | | | | |
|-------|------|-------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 非常に満足 | やや満足 | やや不満足 | 非常に不満足 |

質問8 市の介護予防サービスについてのご意見や感想などを、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

すこやか生活アンケート (担当者用)

高齢者 ID

質問 1 対象者の属性についてうかがいます。

年齢	歳	性別	1. 男性	2. 女性	本人との 連絡回数	回
開始月の日常生活自立度			J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2			

ランク J : 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する方であり

J1 : 交通機関等を利用して外出する J2 : 隣近所へなら外出する

ランク A : 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない方であり

A1 : 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する

A2 : 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている

質問 2 対象者の生活状況や身体能力についてうかがいます。

1) 対象者はひとり暮らしですか？

1. はい 2. いいえ

2) 対象者は、一人で外を数百メートルくらい歩くことができますか？ (ひとつに○)

1. 容易に歩ける 2. 少しむずかしい 3. とてもむずかしい

3) 対象者は、1日の中でどのくらい、運動や家事、農作業などで体を動かしていますか？ (ひとつに○)

1. 日中は何かしら体を動かしている 3. 1~2 時間程度
2. 半日くらい 4. ほとんど体を動かさない

質問 3 介護予防マネジメントについてうかがいます。

1) 予防マネジメント開始時と比べて、対象者の状態はどうになりましたか？ (ひとつに○)

1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した

2) 状態の変化に関わらず、予防マネジメントは対象者に有用であったと思いますか？ (ひとつに○)

- | | | | | |
|------|------|-------|--------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| とても | まあ | どちらとも | あまり | 全く |
| そう思う | そう思う | いけない | そう思わない | そう思わない |

3) 対象者のケアプラン作成に役立つ CAP がありましたら、CAP 番号に○をつけてください。
(○はいくつでも)

- | | | | |
|----------------------|------------|-------------|-----------------|
| 1. ADL/リハビリテーションの可能性 | 8. 認知 | 15. 転倒 | 22. もろい支援体制 |
| 2. IADL | 10. うつと不安 | 16. 栄養 | 23. 薬剤管理 |
| 3. 健康増進 | 11. 高齢者の虐待 | 17. 口腔衛生 | 26. 向精神薬 |
| 5. コミュニケーション能力 | 12. 社会的機能 | 18. 痛みの管理 | 28. 環境評価 |
| 6. 視覚 | 13. 心肺の管理 | 20. 皮膚と足の状態 | 29. 排便の管理 |
| 7. アルコール乱用と危険な飲酒 | 14. 脱水 | 21. 順守 | 30. 尿失禁と留置カテーテル |

ご協力を、どうもありがとうございました。

担当者 ID

介護予防マネジメントに関するアンケート

質問 1 あなたについてうかがいます。

1) 職種に○をつけてください。

1. 保健師 2. 看護師 3. 社会福祉士 4. 介護福祉士 5. その他 ()

2) 看護や介護、相談業務等、対人援助業務に携わった経験年数をお答えください。

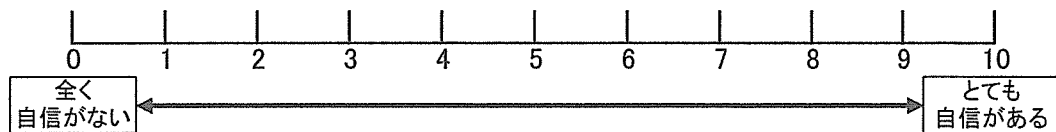
年

3) 介護支援専門員としての勤務経験はありますか？

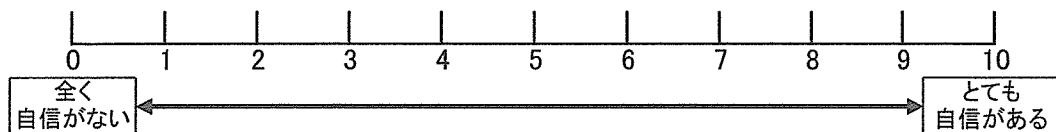
1. あり 2. なし

質問 2 介護予防マネジメントに関するそれぞれの質問について、現在のあなたの率直な気持ちにあてはまる数字に○をつけてください。

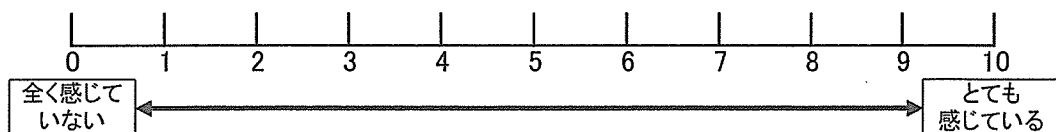
1) 対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある。



2) 介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある。



3) この仕事にやりがいを感じている。



質問3 あなたが6月から担当している対象高齢者についてうかがいます。高齢者一人ひとりについてお答えください。

(記入欄が足りない場合は、お手数ですがコピーしてご記入をお願いします)

	1) 予防マネジメントの開始月 2) 開始月の日常生活自立度* 3) 開始月以降の本人との連絡回数	3) 開始月と比べて、現在の対象者の状態はどうなりましたか? (ひとつに○)	4) 状態の変化に関わらず、予防マネジメントは対象者に有用であったと思いますか? (ひとつに○)
対象者1 ID <input type="text"/> () 歳 1. 男 2. 女 特定・要支1・要支2	1) 平18年(6)月 2) J1・J2・A1・A2 3) () 回	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない
対象者2 ID <input type="text"/> () 歳 1. 男 2. 女 特定・要支1・要支2	1) 平18年(6)月 2) J1・J2・A1・A2 3) () 回	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない
対象者3 ID <input type="text"/> () 歳 1. 男 2. 女 特定・要支1・要支2	1) 平18年(6)月 2) J1・J2・A1・A2 3) () 回	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない
対象者4 ID <input type="text"/> () 歳 1. 男 2. 女 特定・要支1・要支2	1) 平18年(6)月 2) J1・J2・A1・A2 3) () 回	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない
対象者5 ID <input type="text"/> () 歳 1. 男 2. 女 特定・要支1・要支2	1) 平18年(6)月 2) J1・J2・A1・A2 3) () 回	1. 改善した 2. 不変 3. 悪化した	1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない

* 障害老人の日常生活自立度判定基準

ランクJ 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

1. 交通機関等を利用して外出する
2. 隣近所へなら外出する

ランクA 屋外での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている

質問は以上です。ご協力をどうもありがとうございました。

アンケート調査へのご協力のお願い

寒冷をおぼえる季節になっておりますが、皆様いかがお過ごしでしょうか。

さて、このたび、市の介護予防サービスをご利用されている皆様から日常生活の状況やサービスに関するご意見をうかがい、今後のサービスの改善に役立てたいと考えております。皆さまのご貴重なご意見をいただきたく、是非ご協力をお願いいたします。

アンケート用紙にご記入の上、添付の封筒に入れて封をし、介護予防プランの担当者にお渡しください。ご提出いただきましたアンケート用紙の内容を担当者が見ることはありません。また、個人が特定される情報が公表されることは一切ございません。

なお、ご不明な点やご質問などがありましたら、担当者におたずねになるか、下記までご連絡ください。

ご協力を、どうぞよろしくお願いいたします。

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科
看護システムマネジメント学

山田・五十嵐

〒113-8510 東京都文京区湯島1-5-45

Tel・Fax 03-5803-5352

すこやか生活アンケート

以下の質問それぞれについて、該当する回答1つに○をつけてください。

●あなた自身のことについてうかがいます。

質問1 あなたの性別をお答えください。 1. 男性 2. 女性

質問2 あなたの年齢をお答えください。 歳

質問3 あなたはひとり暮らしですか？ 1. はい 2. いいえ

●これまでのことについてうかがいます。

質問4 若い頃から、体を動かしたり外に出かけたりするのが、どちらかという好きなほうでしたか？

1. はい 2. いいえ

●現在の生活状況についてうかがいます。

質問5 いまの自分自身の健康状態は、よい方だと思いますか？

1 2 3 4
とてもそう思う まあそう思う あまりそう思わない 全くそう思わない

質問6 あなたは、一人で外を数百メートルくらい歩くことができますか？

1. 容易に歩ける 2. 少しむずかしい 3. とてもむずかしい

質問7 週にどのくらい外出していますか？ひとりでの外出と、誰かに付き添われての外出の両方を合わせてお答えください。(ひとつに○)

1. 毎日 3. 週に1日
2. 週に2~6回 4. 1日もない

質問8 あなたは、1日の中でどのくらい、運動や家事、農作業などで体を動かしていますか？

1. 日中は何かしら体を動かしている 3. 1~2時間程度
2. 半日くらい 4. ほとんど体を動かさない