

資料（調査票）

1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

2020000103

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 にご協力ください

平素は、川西市の介護保険事業へのご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

川西市では、平成30年3月に「川西市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画」を策定し、高齢者保健福祉施策を推進してまいりました。この計画は3年毎に見直しを行うため、今回、地域の65歳以上の皆様の状況やご意見等をお伺いする「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施します。

この調査は、今後の保健福祉施策や令和3年度から令和5年度までの介護保険料を決定する大切な調査ですので、皆様のご協力をお願いいたします。

川西市長 **越田 謙治郎**

【 記入に際してのお願い 】

1. この調査の対象者は、令和2年1月1日現在、要介護認定を受けていない65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲み、数字は右詰め（例、

6	2
---	---

 kg）でご記入ください。
4. 「○は1つ」の表記があれば、選択肢の1つに○をつけてください。「○はいくつでも」の表記があれば、その内容にしたがって○をつけてください。

【 個人情報の取り扱いについて 】

個人情報の保護および利用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

1. ご回答いただいた内容は、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画策定に向けた基礎資料の作成、施策効果の評価及び地域の抱える課題の特定（地域診断）を目的として利用させていただきます。当該情報については、本市で適正に管理し、ご本人の同意なく、目的以外の利用はいたしません。
2. ご回答いただいた内容の集計・分析のため、厚生労働省から配布された集計分析ソフトを用います。川西市と他市町村等との比較・分析のため、国が運営する地域包括ケア「見える化」システムに登録する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理し、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。
3. ご回答いただいた内容について、一般社団法人日本老年学的評価研究機構・国立長寿医療研究センター・千葉大学予防医学センターに分析を委託し、より詳細な地域診断を行うとともに、介護予防についての学術研究にも利用いたします。提供するデータにはご回答いただいた方の個人を識別できる情報は一切含まれません。また、研究成果が学術目的のために論文や学会で公表されることがありますが、その場合においても、個人を特定できる情報は利用しません。

※同意いただける場合は、下の□にチェック を入れてください※

← 上記の個人情報の取り扱いに同意します。

＜この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。＞

＜問い合わせ先＞ 川西市役所 介護保険課 電話：072-740-1148

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに、

4月30日(木) までに投函してください。

1

記 入 日	令和 年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。○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	

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 (○は1つ)

1. 1人暮らし	2. 夫婦2人暮らし (配偶者 65 歳以上)
3. 夫婦2人暮らし (配偶者 64 歳以下)	4. 息子・娘との2世帯
5. その他 ()	

(2) あなたは、近居 (おおむね 30 分以内程度で行き来できる範囲) の状況にある家族や親せきの方がいらっしゃいますか (○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(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 (○は1つ)

1. 介護・介助は必要ない	2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 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)	

【(3) において「2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「3. 現在、何らかの介護を受けている」を回答された方のみにお聞きます】

(3) -① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (○はいくつでも)

1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	2. 心臓病	3. がん (悪性新生物)
4. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等)	5. 関節の病気 (リウマチ等)	6. 認知症 (アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病	8. 糖尿病	9. 腎疾患 (透析)
10. 視覚・聴覚障がい	11. 骨折・転倒	12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱	14. その他 ()	15. 不明

【(3) において「3. 現在、何らかの介護を受けている」を回答された方のみにお聞きします】

(3) ① 主にどなたの介護、介助を受けていますか (〇はいくつでも)

- | | | |
|----------------|------------|----------|
| 1. 配偶者 (夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他 () | |

(4) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか (〇は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(5) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (〇は1つ)

- | | | |
|------------------|------------------|-----------|
| 1. 持家 (一戸建て) | 2. 持家 (集合住宅) | 3. 公営賃貸住宅 |
| 4. 民間賃貸住宅 (一戸建て) | 5. 民間賃貸住宅 (集合住宅) | 6. 借家 |
| 7. その他 () | | |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (〇は1つ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 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 (〇は1つ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 15分位続けて歩いていますか (〇は1つ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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) 過去1年間に転んだ経験がありますか (〇は1つ)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(5) 転倒に対する不安は大きいですか (○は1つ)

- | | | | |
|-------------|------------|-------------|----------|
| 1. とても不安である | 2. やや不安である | 3. あまり不安でない | 4. 不安でない |
|-------------|------------|-------------|----------|

(6) 週に1回以上は外出していますか (○は1つ)

- | | | | |
|--------------|--------|----------|----------|
| 1. ほとんど外出しない | 2. 週1回 | 3. 週2~4回 | 4. 週5回以上 |
|--------------|--------|----------|----------|

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (○は1つ)

- | | | | |
|-------------|----------|--------------|-----------|
| 1. とても減っている | 2. 減っている | 3. あまり減っていない | 4. 減っていない |
|-------------|----------|--------------|-----------|

(8) 外出を控えていますか (○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

【(8)において「1. はい」(外出を控えている)と回答された方にお聞きします】

(8) -① 外出を控えている理由は、次のどれですか (○はいくつでも)

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 病気 | 2. 障がい (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. 耳の障がい (聞こえの問題など) | 6. 目の障がい |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない | 10. その他 () |

(9) 外出する際の移動手段は何ですか (○はいくつでも)

- | | | |
|-----------------|-------------------|----------|
| 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. 車いす |
| 10. 電動車いす (カート) | 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー |
| 13. その他 () | | |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長 cm

体重 kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (Oは1つ)

1. はい

2. いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか (Oは1つ)

1. はい

2. いいえ

(4) 口の湯きが気になりますか (Oは1つ)

1. はい

2. いいえ

(5) 歯磨き (人にやってもらう場合も含む) を毎日していますか (Oは1つ)

1. はい

2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です) (Oは1つ)

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用

2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし

3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用

4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

(6) -① 噛み合わせは良いですか

1. はい

2. いいえ

【(6)において「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみにお聞きします】

(6) -② 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい

2. いいえ

(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (〇は1つ)

1. はい 2. いいえ

(8) どなたかと食事をとにもする機会はありますか (〇は1つ)

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある 5. ほとんどない

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか (〇は1つ)

1. はい 2. いいえ

(2) 今日が何月何日かわからない時がありますか (〇は1つ)

1. はい 2. いいえ

(3) 5分前のことが思い出せますか (〇は1つ)

1. はい 2. いいえ

(4) 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 (〇は1つ)

1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる
3. だれかの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない

(5) 人に自分の考えをうまく伝えられますか (〇は1つ)

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

(6) バスや電車を使って1人で外出していますか (自家用車でも可) (〇は1つ)

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

(7) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (Oは1つ)

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

(8) 自分で食事の用意をしていますか (Oは1つ)

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

(9) 自分で食事は食べることができますか (Oは1つ)

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

(10) 自分で請求書の支払いをしていますか (Oは1つ)

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

(11) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (Oは1つ)

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

(12) 新聞を読んでいますか (Oは1つ)

1. はい 2. いいえ

(13) 健康についての記事や番組に関心がありますか (Oは1つ)

1. はい 2. いいえ

(14) 趣味はありますか (Oは1つ)

1. 趣味あり → ()
2. 思いつかない

(15) 生きがいがありますか (Oは1つ)

1. 生きがいあり → ()
2. 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

※①～⑧のそれぞれに、1つずつ回答してください

	週4回 以上	週2 ～3回	週1回	月1 ～3回	年に 数回	参加して いない
①ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤「さんたくん健幸体操く転倒予防・いきいき百歳体操編>」「いきいき元気倶楽部」「認知症予防教室」や地域住民が開催するカフェやサロンなど介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか (〇は1つ)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか (〇は1つ)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

問6**自治体や地域住民が開催する通いの場(サロンやカフェ)への参加について**

注：通いの場(サロン)の名称は場所ごとに異なりますが、以下の問6の(3)に示した会のことを指します。

(1) 通いの場(サロン)への参加期間はどれくらいですか。複数参加している場合は最も長く参加している箇所についてお答えください(〇は1つ)

- | | | |
|---------------|--------------|-----------------|
| 1. 参加1年未満 | 2. 参加1～2年未満 | 3. 参加2～3年未満 |
| 4. 参加3～4年未満 | 5. 参加4年以上 | 6. 参加しているが期間は不明 |
| 7. 参加していたが止めた | 8. 参加したことがない | |

【(1)で「1」～「6」と回答した方におうかがいします。】

(2) あなたは通いの場(サロン)でいずれかの役割で参加されていますか(〇はいくつでも)

- | | | | |
|----------|-----------|------------|----------|
| 1. 一般参加者 | 2. 企画・運営者 | 3. 運営のお手伝い | 4. 講師・演者 |
|----------|-----------|------------|----------|

(3) (2)で回答したあなたの通いの場(サロン)での活動別の1ヶ月あたりの時間を教えてください。複数の通いの場(サロンなど)に参加している人は合計してお答えください(〇はそれぞれ1つ)

①体 操

- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ほとんどなし | 2. 1時間未満 | 3. 1～2時間 | 4. 2～4時間 | 5. 4～6時間 | 6. 6時間以上 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|

②音楽(歌唱や演奏)

- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ほとんどなし | 2. 1時間未満 | 3. 1～2時間 | 4. 2～4時間 | 5. 4～6時間 | 6. 6時間以上 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|

③創作活動(手工芸など)

- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ほとんどなし | 2. 1時間未満 | 3. 1～2時間 | 4. 2～4時間 | 5. 4～6時間 | 6. 6時間以上 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|

④室内ゲーム(囲碁と将棋、麻雀やレクリエーションゲームなど)

- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ほとんどなし | 2. 1時間未満 | 3. 1～2時間 | 4. 2～4時間 | 5. 4～6時間 | 6. 6時間以上 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|

⑤脳トレーニング

- | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ほとんどなし | 2. 1時間未満 | 3. 1～2時間 | 4. 2～4時間 | 5. 4～6時間 | 6. 6時間以上 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|

⑥おしゃべり（お茶含む）

1. ほとんどなし 2. 1時間未満 3. 1～2時間 4. 2～4時間 5. 4～6時間 6. 6時間以上

⑦地域の子どもの交流

1. ほとんどなし 2. 1時間未満 3. 1～2時間 4. 2～4時間 5. 4～6時間 6. 6時間以上

問7

たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども |
| 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親せき・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | ） 8. そのような人はいない |

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども |
| 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親せき・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | ） 8. そのような人はいない |

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども |
| 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親せき・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | ） 8. そのような人はいない |

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども |
| 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親せき・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | ） 8. そのような人はいない |

(5) あなたは、家族などの介護をした経験がありますか (Oは1つ)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 現在、同居の家族などを介護している | 2. 現在、別居の家族などを介護している |
| 3. 以前、家族などを介護していた | 4. 今まで介護の経験はない |

(6) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください (Oはいくつでも)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・市役所 | 6. その他 () |
| 7. そのような人はいない | |

(7) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (Oは1つ)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 3. 月に何度かある |
| 4. 年に何度かある | 5. ほとんどない | |

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (Oはいくつでも)

- | | | |
|---------------|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ | 3. 学生時代の友人 |
| 4. 仕事での同僚・元同僚 | 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他 () | 8. いない | |

(9) あなたが実際に行っている近所つきあいはどのようなものですか (Oは1つ)

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1. あいさつ程度 | 2. 世間話を交わす程度 | 3. 相談したり助け合う |
| 4. その他 () | 5. 関わりがない | |

【(9) において「5. 関わりがない」と回答した方のみにお聞きします】

(9) -① 近所との関わりがない理由は何ですか (Oはいくつでも)

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| 1. 時間がないため | 2. 何をしていたかわからないため | 3. きっかけがないため |
| 4. 関わる人がいないため | 5. 身体的に無理な状況のため | 6. 関わる必要がないため |
| 7. 人と関わるのが面倒なため | 8. 特に意識したことがなかったため | |
| 9. その他 () | | |
| 10. 特になし | | |

(10) あなたご自身がご近所で手助けや協力ができることがありますか (〇はいくつでも)

- | | | | |
|----------------------|----------------------|------------|---------|
| 1. 外出の際の移動支援 (通院を含む) | 2. 交流や外出の機会を企画 | | |
| 3. 話し相手や相談相手 | 4. 食事の支度や後片付け | | |
| 5. 買物 | 6. 掃除 | 7. 洗濯 | 8. 布団干し |
| 9. ごみ出し | 10. 電球や蛍光灯などの交換 | 11. 庭木の手入れ | |
| 12. 草むしり、草刈り | 13. 大型ごみの処理 | 14. 散髪 | |
| 15. 入浴 | 16. 家電やパソコン、携帯電話の使い方 | | |
| 17. その他 () | 18. なし | | |

問8 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか (〇は1つ)

- | | |
|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |

(2) 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) (〇は1つ)

とても 不幸											とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか (〇は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか (〇は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(5) お酒は飲みますか (〇は1つ)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. ほほ毎日飲む | 2. 時々飲む |
| 3. ほとんど飲まない | 4. もともと飲まない |

(6) タバコは吸っていますか (○は1つ)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている |
| 3. 吸っていたがやめた | 4. もともと吸っていない |

(7) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. ない | 2. 高血圧 |
| 3. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病 | 6. 高脂血症 (脂質異常) |
| 7. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 |
| 9. 腎臓・前立腺の病気 | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等) | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気 | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等) | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 () | |

(8) あなたの健康の秘訣はなんですか (○はいくつでも)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 定期的にウォーキングなど自分で運動している |
| 2. スポーツジムに通っている |
| 3. 肉、魚、野菜、乳製品などバランスの良い食事をとっている |
| 4. 水分を十分にとるようにしている |
| 5. 睡眠を十分とっている |
| 6. 起床・就寝時間を決めている |
| 7. ストレス解消法がある |
| 8. 新しいことにチャレンジしている |
| 9. 定期的を受診している |
| 10. がん検診など健診を受けている |
| 11. その他 () |
| 12. 特にない |

問9 必要となる支援について

(1) 現在、日常生活の中で、手助けしてほしいと思うことがありますか (〇は3つまで)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 外出の際の移動支援 (通院を含む) | 2. 家族以外との交流や外出のきっかけづくり |
| 3. 話し相手や相談相手 | 4. 食事の支度や後片付け |
| 5. 買物 | 6. 掃除 |
| 7. 洗濯 | 8. 布団干し |
| 9. ごみ出し | 10. 電球や蛍光灯などの交換 |
| 11. 庭木の手入れ | 12. 草むしり、草刈り |
| 13. 大型ごみの処理 | 14. 散髪 |
| 15. 入浴 | 16. 家電やパソコン、携帯電話の使い方 |
| 17. 預貯金の出し入れ | 18. 税金の支払いや公共機関の手続き |
| 19. 財産・お金の管理 | 20. その他 () |
| 21. なし | |

【(1) において、日常生活の中で手助けしてほしい項目「1」～「20」を回答された方のみにお聞きします】

(1) ー① ボランティアによる支援があれば利用しますか (〇は1つ)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 無償ボランティアを利用する | 2. 有償ボランティアを利用する |
| 3. 利用しない | 4. わからない |

(2) あなたが住んでいる地域ですっと暮らし続けるためには、介護保険サービス以外にどのようなサービスがあればよいですか (〇は2つまで)

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 外出の際の移動支援サービス | 2. 買物代行サービス |
| 3. 草引きや簡単な家事をしてくれるボランティア | 4. 定期的に声をかけてくれる見守り |
| 5. 介護予防を含めた健康事業 | 6. その他 () |

【(2) において「1. 外出の際の移動支援サービス」を回答された方のみにお聞きします】

(2) ー① どのような時に移動支援サービスを利用したいと思われますか (〇は1つ)

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. 買物 | 2. 通院 |
| 3. 公共交通機関利用のため | 4. 地域のカフェやサロンへ参加するため |
| 5. その他 () | |

(3) あなたが住んでいる地域ですっと暮らし続けるためにはどのような施設が必要ですか (〇は2つまで)

- | | | |
|---------------------|-------------|-----------------|
| 1. 介護施設 | 2. 医療施設 | 3. コンビニやスーパー |
| 4. 銀行や郵便局 | 5. 高齢者の働く場所 | 6. 幅広い年代が集まれる場所 |
| 7. 子どもや高齢者が食事ができる食堂 | 8. その他 () | |

問10 地域包括支援センターについて

(1) 高齢者が自立して生活できるよう相談のったり、福祉サービスの利用につないたりする支援や介護予防などを行っている「地域包括支援センター」が市内にあるのを知っていますか (〇は1つ)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

【(1) において「1. 知っている」を回答された方のみにお聞きします】

(1) -① どこで知りましたか (〇は1つ)

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. 市の介護保険制度ハンドブックや介護保険ガイドブック | 2. 広報かわにし |
| 3. 地域包括支援センターのチラシ | 4. 市の講座や講演会 |
| 5. 地域活動を通じて | 6. 知り合いから |
| 7. その他 () | |

問11 介護保険制度について

(1) 介護保険制度を知っていますか (〇は1つ)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(2) 介護保険の申請や介護保険サービスを利用するのに抵抗がありますか (〇は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

【(2) において「1. ある」を回答された方のみにお聞きします】

(2) -① 理由はなんですか (〇は1つ)

- | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|
| 1. 手続きが難しいから | 2. 制度自体がよくわからないから | 3. 面倒だから |
| 4. 人の世話にならず、自分でやっていきたいから | | |
| 5. その他 () | | |

問12 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人はいますか (〇は1つ)

1. はい

2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか (〇は1つ)

1. はい

2. いいえ

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

記入した調査票を3つ折りにして、同封した返信用封筒に入れ、
切手を貼らずに4月30日(木)までに投函してください。