

0120 2200 01

無印:国指定の必須項目(変更不可)

★:国指定のオプション項目

☆:市の独自項目

▶今回のみの新規設問

川西市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

◆ 調査へのご協力をお願い ◆

平素は、川西市の高齢者福祉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、令和3年3月に「川西市高齢者保健福祉計画・第8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、今後の高齢者保健福祉施策や令和6年度から令和8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**

«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。»

川西市役所 介護保険課 電話:072-740-1148



川西市のより良い
福祉のまちづくりに
ご協力下さい

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて、

令和5年1月31日(火)までに、

切手を貼らずにポストに投函してください。

ご注意

1. この調査は、川西市にお住まいの要介護認定を受けていない65歳以上の方
にお願いしています。
2. 調査には、令和5年1月1日現在の状況でお答えください。
3. 回答にあたっては、封筒あて名のご本人についてお答えいただきますが、家
族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されたりしてもかま
いません。
4. 回答は、あてはまる選択肢の番号に○をつけてください。数字で回答する設
問は、の中に数字を右詰(例:kg)でご記入ください。

個人情報の保護および活用目的について

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさ
せていただきます。

- 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。
- 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。

| | | |
|-----|--------|---|
| 記入日 | 令和5年1月 | 日 |
|-----|--------|---|

調査票を記入されたのはどなたですか

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. あて名のご本人が記入 | 2. ご家族が記入 |
| 3. その他 | (ご本人からみた続柄:) |

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. 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

- | | |
|-------|--------|
| 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

- | |
|---|
| 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」「3」の介護が必要、又は介護を受けている方のみ】

★(4)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」の方のみ】

★(5)主にどなたの介護、介助を受けていますか(○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() | |

(6) 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

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 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 | |

★(7) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 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

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 一度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

- | | |
|-------------|------------|
| 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

- | | | | |
|--------------|--------|----------|----------|
| 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

- | | |
|--------------|-----------|
| 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

1. はい 2. いいえ

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

★(9) 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() |

★(10) 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(整数でお答えください)

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

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

1. はい 2. いいえ

★(4) 口の渇きが気になりますか

1. はい 2. いいえ

(3) 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)

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) 自分で食品・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

(5) 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

(6) 自分で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

(7) 自分で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

★(8) 新聞を読んでいますか

1. はい 2. いいえ

★(9) 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

★(10) 趣味はありますか

1. 趣味あり →(どんな趣味ですか:)
2. 思いつかない

★(11) 生きがいがありますか

1. 生きがいあり →(どんなことですか:)
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介護予防のための通いの場 (「き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」地域住民が開 催するカフェやサロンなど) | 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

- | | |
|------------|-------------|
| 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

- | | |
|------------|-------------|
| 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 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(○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・親戚・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(○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・親戚・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(○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・親戚・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(○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・親戚・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

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 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(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 自治会・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・支所 | 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

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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(○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づきあいはどのようなものですか

- | | | |
|-----------|--------------|--------------|
| 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】

☆(10)近所との関わりがない理由は何ですか(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| 1. 時間がないため | 2. 何をしてもいいかわからないため | 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 | | |

☆(11)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
(○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 | | |

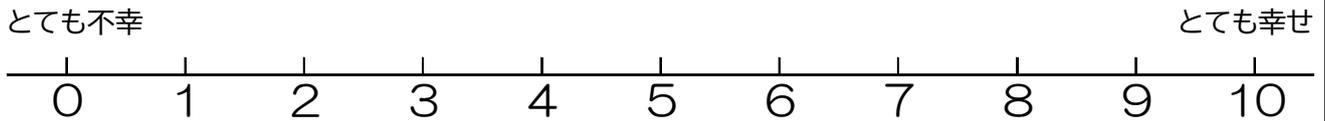
問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

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、ご回答ください)



(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

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

1. はい 2. いいえ

★(5) お酒は飲みますか

1. ほぼ毎日飲む 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

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(脂質異常症) |
| 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. 定期的に受診している |
| 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 8 必要な支援について

☆(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
(○は3つまで)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 外出の際の移動支援(通院を含む) | 2. 交流や外出の機会がほしい |
| 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. 預貯金のおし入れ | 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】

☆(2) ボランティアによる支援があれば利用しますか。

- | | |
|------------------|------------------|
| 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 |

☆(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、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(○は2つまで)

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 外出の際の移動支援サービス | 2. 買い物代行サービス |
| 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() |

【(3)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】
☆(4) 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せんか(○は1つ)

- | | |
|----------------|-----------|
| 1. 買い物 | 2. 通院 |
| 3. 公共交通機関利用のため | 4. その他() |

☆(5) 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。(○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 9 認知症対策について

▶☆(1) 認知症の予防や早期発見に関して、どのような支援や仕組みがあればよいと思いませんか。(○は3つまで)

- | |
|--|
| 1. 認知症の予防や早期発見に関する定期的な講座の開催 |
| 2. 認知症の予防や早期発見に関するチェックリストやパンフレット |
| 3. インターネットなどを活用した、認知症の予防や早期発見に関する情報を入手できる仕組み |
| 4. 認知症予防活動を行う拠点 |
| 5. 認知症の専門医に相談できる場所や仕組み |
| 6. 医療や福祉の専門職に相談できる場所や仕組み |
| 7. 認知症の検査を近所で受けられる場所や仕組み |
| 8. 認知症診断医療費の助成 |
| 9. 難聴に対する補聴器購入費の助成 |
| 10. その他() |

▶☆(2) あなたや家族が認知症になった場合、どのような支援やサービスがあればよいと思いますか。(○は3つまで)

1. 通所して支援を受けることのできる施設
2. 入所して支援を受けることのできる施設
3. 認知症の人やその家族同士で交流したり情報交換できる場所
4. インターネットを活用した、認知症の人やその家族同士で交流する仕組み
5. 医療や福祉の専門職に相談できる場所
6. 医療や福祉の専門職の訪問を受けて個別に相談や支援を受けることのできる仕組み
7. 医療費に対する助成
8. 行方不明になったときに早期発見につなげる仕組み
9. 認知症の症状が原因で他の人や物に損害を与えてしまったときの補償
10. 近所の人などによる見守り
11. 認知症に関する地域住民への理解を深める仕組み
12. 認知症に関する小・中・高校教育や企業への理解を深める仕組み
13. その他()

(3) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい
2. いいえ

【(3)において「1. はい」を回答された方のみにお聞きします】

☆(4) それはどなたですか(○はいくつでも)

1. 本人
2. 配偶者
3. 親
4. 兄弟・姉妹
5. その他()

(5) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい
2. いいえ

問10 人生会議 (ACP) について

人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)とは、もしものときのために、本人が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組です。

人生の最終段階まで本人が希望している医療やケアを受けるために、本人が大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを、前もって考え、周囲の信頼する人や医療・福祉専門職と話し合い、共有することが大切です。

▶☆(1)「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」について、知っていますか

- | | | |
|------------|--------------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 聞いたことはあるがよく知らない | 3. 知らない |
|------------|--------------------|---------|

▶☆(2) 自分の医療・ケアに関する希望について、周囲の信頼する人や医療/福祉専門職と話し合ったことはありますか

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 話し合いを行い書面を作成している | 2. 詳しく話し合ったことがある |
| 3. 一応話し合ったことはある | 4. 話し合ったことはない |

▶☆(3) 将来、寿命が近づいたとき、どこで過ごしながら医療・ケアを受けたいですか

- | | |
|------------------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 病院 |
| 3. 介護施設(老人ホームなど) | 4. わからない |

問11 介護保険制度について

☆(1)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

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

【(1)において「1. ある」を回答された方のみにお聞きします】

☆(2) 理由はなんですか(○はいくつでも)

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 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 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にのったり、福祉サービスの利用につないだ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

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

【(1)において「1. 知っている」と回答した方のみ】

☆(2) どこで知りましたか(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 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. 市の広報誌 |
| 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13 福祉情報の収集について

▶☆(1) 介護や福祉、イベントや防災の情報など、行政や地域の情報を何から得ていますか(○はいくつでも)

- | | | |
|--|-------------------|-----------|
| 1. 市の広報誌 | 2. かわナビ ※ | 3. 地域の回覧版 |
| 4. テレビ・ラジオの放送 | 5. 新聞・雑誌 | 6. 家族 |
| 7. 友人、近所の人 | 8. 医療機関・薬局 | 9. 職場の人 |
| 10. 市役所や公民館の職員 | 11. 地域包括支援センターの職員 | |
| 12. 福祉施設の職員 | | |
| 13. インターネット(パソコン・タブレット端末・スマートフォン・携帯電話など) | | |
| 14. その他() | 15. どこからも得ていない | |

※かわナビ(「福祉と医療の総合情報サイト<かわにしサポートナビ>」)

かわナビは、医療や介護などの公的サービスに加えて、サロンや健康体操などの地域住民が主体となって行う様々な活動を社会資源として一元的に管理するデータベースで、令和4年3月末から運用を開始しています。

右の二次元コードからサイトへアクセスしていただき、お住まいの地域にどのような社会資源があるか検索してみてください。



(かわナビの二次元コード)

▶☆(2) スマートフォンまたはタブレット端末を持っていますか

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|

■■■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1月31日(火)までに投函してください。