

介護保険・高齢者福祉に関するアンケート (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)

～御協力をお願い～

日頃、市政に御理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

稲沢市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう令和2年度に「第8期稲沢市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」を策定し、介護保険サービスの充実と質の向上、並びに高齢者福祉サービスの推進を図るための取り組みに努めております。

この計画が令和5年度に終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として実情を把握するために、皆さまの日頃の生活の様子や健康状態、介護サービスの利用状況等についてアンケート調査を実施させていただくことになりました。

本調査は、令和4年12月1日現在、市内にお住まいの65歳以上の要介護認定を受けていない方および要支援認定を受けている方から無作為に抽出し実施するものです。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年1月

稲沢市長 加藤 錠 司 郎

【記入に当たってのお願い】

(調査票・返信用封筒には氏名を記入しないでください。)

- 1 お答えは、あなた(あて名の御本人)のお考えに最も近いと思われる回答に をつけてください。
質問によっては、「は1つ」「はいくつでも」など、をつける数が異なりますので、ご注意ください。
- 2 御記入いただいた調査票は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れ(切手不要)、

令和5年2月20日(月)までに、郵便ポストに投かんしてください。

この調査に関してのお問い合わせは、次のところまでお願いいたします。

稲沢市 市民福祉部 高齢介護課 長寿グループ

電話：0587-32-1293

調査データの活用について

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりです。

- この調査で得られた内容は、本市における高齢者等支援施策の際の基礎資料として活用すること以外には使用しません。また、当該情報については、本市において適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
- 本調査票のご返送をもちまして、データの活用についてご同意いただいたものとさせていただきます。

記入日

令和 5 年

月

日

調査票を記入されたのはどなたですか（☑は1つ）

◀①あて名のご本人が記入

◀②ご家族が記入

◀③その他（

）

問1 以下の問いにつきましては、あて名ご本人の情報をご記入ください。

① 年齢（☑は1つ）

◀①65～69歳

◀②70～74歳

◀③75～79歳

◀④80～84歳

◀⑤85～89歳

◀⑥90歳以上

② 性別（☑は1つ）

◀①男性

◀②女性

◀③その他（

）

③ 居住地域（☑は1つ）

◀①稲沢市民センター地区

◀②小正市民センター地区

◀③下津市民センター地区

◀④明治市民センター地区

◀⑤千代田市民センター地区

◀⑥大里西市民センター地区

◀⑦大里東市民センター地区

◀⑧祖父江地区

◀⑨平和地区

◀⑩わからない（町名：

）

からだを動かすことについて

問8 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (☑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

問9 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 (☑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

問10 15分位続けて歩いていますか (☑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

問11 過去1年間に転んだ経験がありますか (☑は1つ)

- ①何度もある ②1度ある ③ない

問12 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

問13 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

問14 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

問15 外出を控えていますか (☑は1つ)

- ①はい ⇒問15-1へ ②いいえ ⇒問16へ

【問15で「①はい」(外出を控えている)に☑をつけた方のみ】

問15-1 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障害 (脳卒中^{しょうがい}の後遺症^{のうそっちゅう こういしょう}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
⑨交通手段がない ⑩その他 ()

問 16 外出する際の移動手段は何ですか (☑はいくつでも)

<input type="checkbox"/> ◀①徒歩	<input type="checkbox"/> ◀②自転車
<input type="checkbox"/> ◀③バイク	<input type="checkbox"/> ◀④自動車 (自分で運転)
<input type="checkbox"/> ◀⑤自動車 (人に乗せてもらう)	<input type="checkbox"/> ◀⑥電車
<input type="checkbox"/> ◀⑦路線バス	<input type="checkbox"/> ◀⑧病院や施設のバス
<input type="checkbox"/> ◀⑨車いす	<input type="checkbox"/> ◀⑩電動車いす (カート)
<input type="checkbox"/> ◀⑪歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> ◀⑫タクシー
<input type="checkbox"/> ◀⑬その他 ()	

食べることについて

問 17 身長・体重

身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----------------------	----------------------	----	----	----------------------	----------------------	----------------------	----

問 18 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 19 お茶や汁物等でむせることがありますか (☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 20 口の渇きが気になりますか (☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 21 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 (☑は1つ)

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 22 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (☑は1つ)
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)

<input type="checkbox"/> ◀①自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用	⇒問 22-1 へ
<input type="checkbox"/> ◀②自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし	⇒問 23 へ
<input type="checkbox"/> ◀③自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用	⇒問 22-1 へ
<input type="checkbox"/> ◀④自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし	⇒問 23 へ

【問 22 で「①」「③」に☑をつけた方のみ】

問 22-1 毎日入れ歯の手入れをしていますか (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 23 噛み合わせは良いですか (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 24 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 25 どなたかと食事をとにもする機会がありますか (☑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

毎日の生活について

問 26 物忘れが多いと感じますか (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 27 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 (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 28 今日が何月何日かわからない時がありますか (☑は1つ)

①はい ②いいえ

問 29 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) (☑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

問 30 自分で食品・日用品の買物をしていますか (☑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

問 31 自分で食事の用意をしていますか (☑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

問 32 自分で請求書の支払いをしていますか (☑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

問 33 自分で預貯金の出し入れをしていますか (☑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

問 34 年金などの書類 (役所や病院などに出す書類) が書けますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 35 新聞を読んでいますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 36 本や雑誌を読んでいますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 37 健康についての記事や番組に関心がありますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 38 友人の家を訪ねていますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 39 家族や友人の相談にのっていますか (☑は1つ)

◀①はい ◀②いいえ

問 40 趣味はありますか (☑は1つ)

◀①趣味あり → ()
◀②思いつかない

問 41 生きがいがありますか (☑は1つ)

◀①生きがいあり → ()
◀②思いつかない

地域での活動について

問 42 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	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
⑤ 介護予防のための通いの場 (高齢者ふれあいサロン、 体操の自主グループなど)	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5	<input type="checkbox"/> ◀6

問 43 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 (☑は1つ)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◀②参加してもよい |
| <input type="checkbox"/> ◀③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◀④既に参加している |

問 44 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 (☑は1つ)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◀②参加してもよい |
| <input type="checkbox"/> ◀③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◀④既に参加している |

問 45 地域のボランティアの方が自宅へ訪問し、生活支援等の手助けをしてくれるとしたら、あなたは利用しますか (☑は1つ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①是非利用したい ⇒問 45-1 へ | <input type="checkbox"/> ◀②利用してもよい ⇒問 45-1 へ |
| <input type="checkbox"/> ◀③利用しない ⇒問 45-2 へ | <input type="checkbox"/> ◀④既に利用している ⇒問 45-1 へ |

【問 45 で「①」、「②」、「④」に☑をつけた方のみ】

問 45-1 どのようなことについて手助けを求めたいと思いますか。既に利用中の方は利用中の「手助け」を含めて回答してください（☑は3つまで）

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①家事（掃除、洗濯、調理など） | <input type="checkbox"/> ②ゴミ出し | <input type="checkbox"/> ③買い物 |
| <input type="checkbox"/> ④外出の付き添い | <input type="checkbox"/> ⑤心配ごとなどの相談相手 | <input type="checkbox"/> ⑥話し相手 |
| <input type="checkbox"/> ⑦趣味の指導・手伝い | <input type="checkbox"/> ⑧安否確認の声かけ | <input type="checkbox"/> ⑨認知症高齢者の見守り |
| <input type="checkbox"/> ⑩災害時の手助け | <input type="checkbox"/> ⑪特にない | |
| <input type="checkbox"/> ⑫その他（具体的に | | ） |

【問 45 で「③」に☑をつけた方のみ】

問 45-2 利用しない理由を教えてください

--

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

問 46 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人は誰ですか（☑はいくつでも）

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①配偶者 | <input type="checkbox"/> ②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ） | <input type="checkbox"/> ⑧そのような人はいない |

問 47 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人は誰ですか（☑はいくつでも）

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①配偶者 | <input type="checkbox"/> ②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ） | <input type="checkbox"/> ⑧そのような人はいない |

問 48 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誰ですか（☑はいくつでも）

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①配偶者 | <input type="checkbox"/> ②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ） | <input type="checkbox"/> ⑧そのような人はいない |

問 49 反対に、看病や世話をしあける人は誰ですか (☑はいくつでも)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他 () | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問 50 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)

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

問 51 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (☑は1つ)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①毎日ある | <input type="checkbox"/> ◀②週に何度かある |
| <input type="checkbox"/> ◀③月に何度かある | <input type="checkbox"/> ◀④年に何度かある |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ほとんどない | |

問 52 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか (☑は1つ)
同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①0人 (いない) | <input type="checkbox"/> ◀②1～2人 | <input type="checkbox"/> ◀③3～5人 |
| <input type="checkbox"/> ◀④6～9人 | <input type="checkbox"/> ◀⑤10人以上 | |

問 53 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)

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

問 54 高齢者が行事や活動に参加するには、どのようなことが必要と考えますか
(☑は3つまで)

- ◀①年齢や健康状態にあった活動内容にする
- ◀②高齢者と周囲の人との交流を深め、協力してもらえようにする
- ◀③活動場所の施設や設備を、高齢者の利用しやすいものにする
- ◀④交通手段を充実させる
- ◀⑤活動や行事の情報を手に入れやすくする
- ◀⑥一緒に参加できる仲間を増やす
- ◀⑦介助してくれる人を確保する
- ◀⑧その他 ()
- ◀⑨わからない

地域包括支援センターについて

稲沢市では、地域における高齢者支援の中核として、市内の各所に地域包括支援センターを設置し、介護、福祉、健康、医療など総合的な相談窓口としています。

名称	電話	所在地
稲沢地域包括支援センター	0587(33)5400	稲沢市大塚北九丁目45番地 (特別養護老人ホーム信竜内)
小正・下津地域包括支援センター	0587(22)1488	稲沢市駅前二丁目25番15号 (稲沢老人保健施設第2憩の泉内)
明治・千代田地域包括支援センター	0587(36)8310	稲沢市井堀野口町27番地 (特別養護老人ホーム第二大和の里内)
大里地域包括支援センター	0587(23)7702	稲沢市六角堂東町一丁目3番地6 (特別養護老人ホーム大和の里内)
祖父江地域包括支援センター	0587(97)2381	稲沢市祖父江町本甲拾町野7番地 (JA愛知厚生連 稲沢厚生病院内)
平和地域包括支援センター	0567(47)1776	稲沢市平和町観音堂東海塚33番地 (障害者支援施設 ルミナス内)

問 55 地域包括支援センターを知っていますか (☑は1つ)

- ◀①事業内容まで知っている ◀②名前だけは知っている
- ◀③知らない

問 56 地域包括支援センターを利用したことがありますか (☑は1つ)

- ◀①利用したことがある ⇒問 56-1 へ
 ◀②利用したことはない ⇒問 57 へ

【問 56 で「①利用したことがある」に☑をつけた方のみ】

問 56-1 利用したきっかけは次のどれですか (☑は1つ)

- ◀①以前から地域包括支援センターを知っていた
 ◀②友人・知人に勧められた ◀③チラシを見た
 ◀④市役所から聞いた ◀⑤地域包括支援センター職員の訪問
 ◀⑥その他 ()

問 57 今後、地域包括支援センターに特に力を入れて行ってほしい事業は何ですか (☑は3つまで)

- ◀①業務内容の周知 ◀②高齢者宅への訪問等による実態把握
 ◀③高齢者の一般的な相談 ◀④認知症の相談
 ◀⑤病院・施設の入退院(所)に関する相談
 ◀⑥介護予防のためのケアプランの作成 ◀⑦高齢者虐待、消費者被害の防止
 ◀⑧成年後見制度の周知と利用
 ◀⑨介護予防の普及啓発事業(健康教育、健康相談等)への参加
 ◀⑩その他 ()
 ◀⑪特になし

健康について

問 58 現在のあなたの健康状態はいかがですか (☑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

問 59 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)

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 60 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 (☑は1つ)

- ◀①はい ◀②いいえ

問 61 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（☑は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 62 お酒は飲みますか（☑は1つ）

◀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

問 63 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

問 64 「フレイル」という言葉の意味を知っていますか（☑は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

※フレイル：フレイルとは「自立した生活が送れる状態」と「介護を受けなければならない状態」の中間の状態を指します。フレイルの段階で適切な対処をすることで、健康を維持し、自立した生活続けることができます。

問 65 日常生活の中で、意識的に体を動かしていますか（☑は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 66 体重を量っていますか（☑は1つ）

◀①ほぼ毎日量っている

◀②ひと月に数回量っている

◀③半年に1回程度量っている

◀④ほとんど量っていない

問 67 この1年間に健康診査を受けましたか（☑は1つ）

◀①職場で実施する健康診査を受けた

◀②市で実施する健康診査を受けた

◀③個人で受ける健康診査を受けた（人間ドックなど）

◀④その他で受けた（

）

◀⑤健康診査は受けていない

問 68 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）

<input type="checkbox"/> ◀①ない	<input type="checkbox"/> ◀②高血圧
<input type="checkbox"/> ◀③脳卒中（脳出血・脳梗塞等） <small>のうそつちゅう のうしゅつけつ のうこうそくなど</small>	<input type="checkbox"/> ◀④心臓病
<input type="checkbox"/> ◀⑤糖尿病 <small>とうにょうびょう</small>	<input type="checkbox"/> ◀⑥高脂血症（脂質異常） <small>こうしけつしゅう しじつじょう</small>
<input type="checkbox"/> ◀⑦呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	<input type="checkbox"/> ◀⑧胃腸・肝臓・胆のうの病気
<input type="checkbox"/> ◀⑨腎臓・前立腺の病気 <small>じんぞう ぜんりつせん</small>	<input type="checkbox"/> ◀⑩筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） <small>きんこつかく こつそ しょう</small>
<input type="checkbox"/> ◀⑪外傷（転倒・骨折等） <small>がいしょう てんとう こっせつなど</small>	<input type="checkbox"/> ◀⑫がん（悪性新生物）
<input type="checkbox"/> ◀⑬血液・免疫の病気 <small>めんえき</small>	<input type="checkbox"/> ◀⑭うつ病
<input type="checkbox"/> ◀⑮認知症（アルツハイマー病等） <small>にんちしょう</small>	<input type="checkbox"/> ◀⑯パーキンソン病
<input type="checkbox"/> ◀⑰目の病気	<input type="checkbox"/> ◀⑱耳の病気
<input type="checkbox"/> ◀⑲その他（	）

認知症について

問 69 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（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 70 認知症に関する相談窓口を知っていますか（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 71 運動不足の改善や生活習慣病の予防、社会参加によって認知症の発症を遅らせる可能性があることを知っていますか（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 72 早期発見・早期診断・早期治療をすることで、認知症の進行を緩やかにする可能性があることを知っていますか（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

問 73 あなたが思う認知症に対してのイメージに、最も近いものはどれですか。（☑は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①認知症になっても、できないことを自ら工夫して補うことや周囲からサポートを受けることで、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
<input type="checkbox"/> ◀②認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
<input type="checkbox"/> ◀③認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
<input type="checkbox"/> ◀④認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
<input type="checkbox"/> ◀⑤認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう

問 74 もし、あなたが認知症になったら、どのように暮らしたいと思いますか。既にご自身が認知症である場合には、今後どのように暮らしたいと思いますか（☑は1つ）

- ◀①認知症になっても、できないことを自ら工夫して補うことや周囲からサポートを受けることで、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活していきたい
- ◀②認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していきたい
- ◀③認知症になると、身の回りのことができなくなってしまうので、介護施設で必要なサポートを利用しながら暮らしたい
- ◀④認知症になると、周りの人に迷惑をかけてしまうので、介護施設で必要なサポートを利用しながら暮らしたい
- ◀⑤認知症になったら、誰にも迷惑をかけないようひとりで暮らしていきたい

高齢者施策へのご意見について

問 75 本市では、次のようなサービス等を行っています

①サービス等の利用状況、②利用したいものをお答えください

種類と内容	①利用状況 (☑は1つずつ)			②利用希望 (☑はいくつでも)
	ある 利用 した こと が	利用 して いる 、 ない	る が 利用 して い い こと は 知 つ て い る サ ー ビ ス が あ る	な か つ た サ ー ビ ス を 知 ら な い 、 今 後 利 用 し た い 、 又 は 利 用 を 続 け たい
※各サービス等は、利用するときに条件がありますが、②については「利用できるとした場合」でお答えください。				
(記入例)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1
ア. 給食サービス事業 食事づくりが困難なひとり暮らしの高齢者などの自宅に、平日の昼食を届けます。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1
イ. 寝具洗濯乾燥サービス事業 布団等の洗濯を行うことが困難なねたきり及びひとり暮らし高齢者に対して、寝具の洗濯乾燥を行います。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2
ウ. 緊急通報システム事業 ひとり暮らしの高齢者などの自宅に、緊急通報センターに通報できるシステム機器を設置します。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
エ. 徘徊高齢者家族支援事業 徘徊行動のある認知症高齢者などの家族に、位置探索の端末機を貸与します。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
オ. 高齢者ふれあいサロン事業 身近な場所に集い、レクリエーション等を通して介護予防や健康増進を図ります。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
カ. 脳と身体 の健康体操 認知症予防の脳トレを交えた、体操初心者向けの教室です。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
キ. 機能訓練教室 柔道整復師が個人の状態に合わせた運動メニューを提案します。継続して運動に取り組み、日常生活に支障をきたしている身体の衰えの改善を目指します。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 7
ク. 訪問栄養相談 管理栄養士が低栄養を予防・改善するための工夫を個人の状態に合わせて提案します。筋肉量の減少や骨粗しょう症等を防ぐ食習慣の定着を図ります。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
ケ. 訪問口腔ケア相談 歯科衛生士が個人の状態に合わせたお口のお手入れを提案します。むせ、飲み込みづらさ、固いものが食べづらい等の口腔機能の衰えの改善を目指します。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
コ. 認知症予防講座 認知症について正しい知識を学び、認知症予防に取り組んでいただくための教室です。	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 10

問 76 高齢者が生きがいをもって快適に暮らすために、今後、本市が特に力を入れるべきと思うものをお答えください（☑は3つまで）

- ◀①健康づくりの充実（健康教育・健康相談の充実等）
- ◀②生きがいや生涯学習の充実
（世代間交流や高齢者教室、高齢者向け学習プログラムの充実等）
- ◀③趣味の活動の場と機会の充実（サークルの育成・支援や活動拠点の整備等）
- ◀④スポーツ・レクリエーション活動の充実
（高齢者向けスポーツ・レクリエーション活動の情報提供及び場や機会づくりの充実等）
- ◀⑤ボランティア活動（ボランティア団体・組織の育成・支援や情報提供の充実等）
- ◀⑥高齢者を地域で見守るような市民の助け合い活動の育成
（助け合いネットワーク等の構築等）
- ◀⑦高齢者の働く場づくり（求人情報の提供や雇用機会の創出等）
- ◀⑧介護保険制度の充実（サービス基盤の整備や情報提供の充実等）
- ◀⑨介護予防・認知症予防のための対策（情報提供や予防教室の充実等）
- ◀⑩ひとり暮らしや支援の必要な高齢者のためのサービス
（給食・外出支援サービスや会食会など交流を深める機会の充実等）
- ◀⑪介護している人への支援（家族介護教室や介護相談の充実等）
- ◀⑫高齢者を保護する対策
（高齢者虐待に対する相談対応や成年後見制度の利用支援等）
- ◀⑬認知症になっても自分らしく安心して暮らしていくための対策
（認知症に関する正しい知識の普及啓発、認知症の方や家族の困りごとを支え合う仕組み作り等）
- ◀⑭その他（）

新型コロナウイルス感染症の影響について

問 77 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの行動や意識に変化はありましたか（☑はいくつでも）

- ◀①外出しなくなった
- ◀②人と会わなくなった
- ◀③人や物に触るのが怖くなった
- ◀④不安になることが多くなった
- ◀⑤これまで参加していた趣味活動や友人同士の集まり等に参加しなくなった
- ◀⑥健康に気を付けるようになった
- ◀⑦人とのつながりの大切さを知ることができた
- ◀⑧その他（）
- ◀⑨特にない

問 78 本市の介護保険、高齢者福祉について、ご意見・ご要望がありましたら
ご自由にお書きください

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■