

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案）

《ご協力のお願い》

皆様にはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から川越市の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

市では、来年度新たに「高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」の策定に着手します。この調査では、上記の計画がより実りのあるものとなるよう、皆様の日頃の生活状況や市の介護保険制度に対するご意見やご希望をお聞かせいただくため実施するものです。

調査対象は、市内にお住まいの65歳以上の方々のうち、おおむね支会（自治会連合会の支会を指します。）ごとに無作為に選らんだ、〇〇〇〇名の方です。

なお、調査票にお名前をお書きいただく必要はございません。また、お答えいただいた内容については、統計的に処理し、ご迷惑をおかけするようなことはありませんので、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

令和元年12月

川越市長 川合 善明

《ご記入にあたって》

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては封筒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、ご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、数字を記入する欄は右詰め（例

0	6	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。
4. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、
常時ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意志により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

ご記入いただいたアンケート用紙は、お手数ですが、**12月〇〇日（ ）までに**、3つ折りにし、同封の返信用封筒により、川越市役所地域包括ケア推進課まで返送をお願いします。

なお、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	川越市 地域包括ケア推進課
電話（直通）	049-224-6087

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 【調査票】

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	

年 齢 ・ 性 別	() 歳 男 ・ 女
-----------	-----------------------------

ご本人様の要介護認定についての状況 (○を付けてください)	1. 要支援1 2. 要支援2
	3. 事業対象者 (基本チェックリストで判定を受けた方)
	4. 介護認定を受けていない

個人情報の取り扱いについて

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。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時および効果評価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。

川越市地域包括ケア推進課
 計画担当 TEL 049-224-6087

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、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) | |

【(2)において、「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（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・聴覚障害 | 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 | | |

【(2)において、「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

② 主にどなたの介護、介助を受けていますか（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（ ） | |

(3) 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. ふう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(4) 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. 1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】

① 外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. 病気 | 2. 障害(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() |

(9) 外出する際の移動手段は何ですか(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

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

(5) 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)

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) 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか

1. はい 2. いいえ

(7) どなたかと食事をとる機会がありますか

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

問4**毎日の生活について**

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい 2. いいえ

(2) 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

(3) 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

(4) 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

(5) 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

(6) 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

(7) 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

1. はい 2. いいえ

(8) 新聞を読んでいますか

1. はい 2. いいえ

(9) 本や雑誌を読んでいますか

1. はい 2. いいえ

(10) 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 |
|-------|--------|

(11) 友人の家を訪ねていますか

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

(12) 家族や友人の相談にのっていますか

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

(13) 病人を見舞うことができますか

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

(14) 若い人に自分から話しかけることがありますか

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

(15) あなたは、日常生活を送る中で「生きがい」を感じていますか

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 常を感じている | 2. ときどき感じている |
| 3. あまり感じていない | 4. ほとんど感じていない |

【(15) で「1. 常を感じている」「2. ときどき感じている」の方のみ】

(16) あなたが、「いきがい」を感じていることは、どんなことですか (いくつでも)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 働くこと (自営・家事等を含む) | 2. 家族の世話や介護 |
| 3. ご近所や友達とのつきあい | 4. スポーツ・レクリエーション |
| 5. 趣味の活動 (学習等を含む) | 6. 自治会・町内会の活動 |
| 7. 老人クラブの活動 | 8. ボランティア活動 |
| 9. おしゃれや服装のこと | 10. 家族との団らん |
| 11. テレビやラジオの視聴 | 12. 旅行や買い物などの外出 |
| 13. その他 () | |

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(いもっこ体操などの体操や 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

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

【(1)で「⑧ 収入のある仕事」を除く①から⑦のいずれかの活動をされている方のみ】

(4) 活動へ参加し始めた時期はいつ頃ですか

(複数の活動をしている場合は、最も古いものについてお答えください)

- | | | |
|------------|-----------|----------|
| 1. 40代より以前 | 2. 40代 | 3. 50代 |
| 4. 60～64歳 | 5. 65～74歳 | 6. 75歳以上 |
| 7. わからない | | |

【(1)で「⑧ 収入のある仕事」を除く①から⑦のいずれかの活動をされている方のみ】

(5) 活動に参加することになったきっかけを教えてください(いくつでも)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 友人・仲間のすすめ | 2. 家族のすすめ |
| 3. 市の広報やホームページ等の情報 | 4. 活動団体からの呼びかけ |
| 5. 活動団体のポスター・チラシ等 | 6. 自治会・町内会の誘い |
| 7. 個人の意思 | 8. 自分で立ち上げた |
| 9. その他() | |

【(1)で「⑧ 収入のある仕事」を除く①から⑦のいずれかの活動をされている方のみ】

(6) 活動に参加するようになって生活面やからだに変化はありましたか(いくつでも)

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1. 日常生活にリズムができた | 2. 日常生活にハリができた |
| 3. からだを動かす機会が増えた | 4. 人と話す(関わる)機会が増えた |
| 5. 健康に気を遣うようになった | 6. 身だしなみ(おしゃれ)に気を遣うようになった |
| 7. 新しい友人・知人を得ることができた | 8. 特に変化はない |
| 9. その他() | |

【(1)において、すべての項目を「6 参加していない」と回答された方のみ】

(7) 活動に参加していない理由を教えてください(いくつでも)

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 仕事などが忙しく、時間がとれない | 2. 健康上の理由、体力に自身がない |
| 3. 時間があれば休養などにあてたい | 4. 参加したいと思う活動がない |
| 5. 一緒にやる仲間が見つからない | 6. 団体活動はわずらわしい |
| 7. どんな団体や活動があるのか知らない | 8. 職場などでサークル活動に参加している |
| 9. 地域の活動には関心がない | 10. 経済的余裕がない |
| 11. その他() | 12. 特に理由はない |

問6 たすけあいについて

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(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(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(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(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) 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(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・役所・役場 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | |

(6) 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 | |

(7) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (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 |

(8) あなたは、ご近所の人とどの程度のお付き合いをされていますか

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. どんなときでも相談し合える人がいる | 2. 内容によって相談し助け合える人がいる |
| 3. 世間話をする程度の人はいる | 4. 挨拶をする程度の人はいる |
| 5. ほとんど近所付き合いはない | |

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	

(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. ほぼ毎日ある | 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 (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 () |

問8 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がいますか

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

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

問9

認知症について

(1) あなたは認知症に関する次の内容を知っていますか (いくつでも)

1. 脳の障害によって、記憶力・判断力・理解力が低下する病気であり、多くの人がかかる可能性がある
2. 原因や状態によっては、早期に発見し適切な治療を受けることによって、症状を軽くしたり、進行を遅らせることができる
3. 何もわからなくなってしまうわけではなく、感情やプライドは保たれるため、本人は多くの不安や混乱を抱えている
4. 環境の変化への対応が難しくなるため、住み慣れた家庭や地域の暮らしの中で、生活することが大切である
5. 徘徊などの行動には原因があり、無理に押さえ込むのではなく、接し方を工夫したり、周りの環境を整えることが大切である

(2) 川越市が行っている認知症施策について、より充実させたほうがよいと思うものは次のうちどれですか (いくつでも)

- | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------------|
| 1. 認知症予防教室 | 2. 家族介護教室 | 3. 認知症相談(会) |
| 4. 防災行政無線による徘徊高齢者の探索 | | 5. お帰り安心ステッカー |
| 6. 認知症サポーター養成講座 | | 7. 認知症初期集中支援チーム |
| 8. 認知症の方やその家族等、誰もが集える場(オレンジカフェ) | | |

(3) 今後、あなたやあなたの家族が「認知症かな」と感じた時には、誰に相談しますか (〇は3つまで)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| 1. 家族 | 2. かかりつけ医またはサポート医 |
| 3. (かかりつけ医以外の) 脳神経外科内科・精神科・メンタルクリニック | |
| 4. 市役所相談窓口 | 5. 地域包括支援センター |
| 6. 認知症疾患医療センター | 7. 友人 |
| 8. 認知症を介護したことがある知人 | 9. 認知症の人の家族の会 |
| 10. わからない | 11. その他() |

(4) あなたやあなたの家族が認知症になったら、どんなことに不安を感じると思いますが
(〇は3つまで)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 自由に出かけられなくなる | 2. 収入面 |
| 3. 金銭管理が難しくなる | 4. 意思伝達が難しくなる |
| 5. 家事が難しくなる | 6. 友人・知人との交流の減少 |
| 7. 家に1人で帰れなくなる可能性がある | 8. 地域の理解が得られない |
| 9. その他 () | |

(5) 認知症の人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域を作っていくために必要であると思うことはなんですか
(いくつでも)

- | | | |
|---|-------------------------|----------------|
| 1. 認知症の早期診断 | 2. 認知症の発症予防 | 3. 認知症に関する相談窓口 |
| 4. 認知症によって帰宅ができなくなっている方の早期発見・保護などの地域での見守り体制の整備 | | |
| 5. 認知症の人の生きがい支援 | 6. 認知症への理解を深めるための講座・研修会 | |
| 7. 認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解しあう認知症カフェの設置 | | |
| 8. 若年性認知症(65歳未満で認知症を発症)への支援 | | |

問10 介護予防について

※ 介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。

(1) あなたは、寝たきりや認知症など、介護を必要とする状態にならないよう、介護予防に取り組んでいますか

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 取り組んでいる | 2. 取り組んでいない |
|------------|-------------|

【(1)で「2. 取り組んでいない」の方のみ】

(2) あなたが介護予防に取り組んでいない理由を教えてください

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 健康状態が良いため | 2. 体力が落ちてきてから取り組みたい |
| 3. もう少し歳をとってから取り組みたい | 4. きっかけがあれば取り組みたい |
| 5. 興味があるが、具体的な取り組み方がわからない | 6. 興味・関心がない |
| 7. その他 () | |

(3) 今後、介護予防に取り組むとしたら、どのようなことに興味がありますか。
 すでに取り組んでいる方については、新たに取り組みたい事項を教えてください。
 (いくつでも)

- 1. 自宅で手軽にできる運動や健康づくり
- 2. 地域の集いの場への参加や体操グループへの参加
- 3. 転倒予防のための運動
- 4. トレーニングマシンを使った運動
- 5. バランスのよい食事をとるための栄養に関する講座への参加
- 6. 自分で食事を続けられるよう、口や歯の手入れに関する講座や教室への参加
- 7. 認知症をテーマにした講演会への参加
- 8. 介護予防をテーマにした講演会への参加
- 9. 支援を必要としている方や介護施設などへのボランティア活動
- 10. その他 ()

問 11 在宅医療について

(1) あなたは、「在宅医療」について知っていますか

- 1. 知っている 2. 聞いたことはある 3. 知らない

(2) あなたには、健康状態や病気のことを相談する身近な「かかりつけ医」がいますか

- 1. かかりつけ医がいる
- 2. かかりつけ医はいないが、行く医療機関はだいたい決まっている
- 3. かかりつけ医や、決まって行く医療機関はない

(3) あなたには、歯の状態を診てもらったり相談したりできる「かかりつけ歯科医」がいますか

- 1. かかりつけ歯科医がいる
- 2. かかりつけ歯科医はいないが、行く歯科医院はだいたい決まっている
- 3. かかりつけ歯科医や、決まって行く歯科医院はない

(4) あなた自身が、要介護度が重くなったり、仮に治る見込みがなく死期が迫っている状態となったとき、自宅（子どもの家や兄弟姉妹などの親族の家も含む）で最期まで過ごすことを希望しますか、また、実現可能だと思いますか

1. 希望するし、実現できると思う	→ (5) へお進みください
2. 希望するが、実現は難しいと思う	} → (6) へお進みください
3. 希望しない	
4. 現在、在宅で医療・介護サービスを受けている	} → (7) へお進みください
5. わからない	
6. その他 ()	

【(4) において、「1」に○をつけた方におたずねします】

(5) あなたが、自宅で最期まで過ごすことができると考える理由は何ですか (いくつでも)

1. 介護してくれる家族がいる
2. 容態が急変した時の対応がわかっている
3. 経済的な負担が少ない
4. 往診してくれる医師がいる
5. 訪問看護・介護体制が整っている
6. 居住環境が整っている (手すりの設置、介護が必要な状態でも利用できるトイレやお風呂等)
7. 相談にのってくれるところがある
8. その他 ()

【(4) において、「2」または「3」に○をつけた方におたずねします】

(6) あなたが、自宅で過ごすことを希望しない、または過ごすことが難しいと思う理由は何ですか (いくつでも)

1. 介護してくれる家族がいない
2. 家族に負担がかかる
3. 病院に入院したり介護施設に入ったほうが安心できる (容態が急変した時の対応に不安がある)
4. 経済的に負担が大きい
5. 往診してくれる医師がいない
6. 訪問看護・介護体制が整っていない
7. 居住環境が整っていない (手すりの設置、介護が必要な状態でも利用できるトイレやお風呂等)
8. 相談にのってくれるところがない
9. その他 ()

【全員の方におたずねします】

(7) 今後、「在宅医療」や「在宅介護」が進むためには、どのようなことが必要だと思いますか
(いくつでも)

1. 市民向けの在宅医療・在宅介護についての情報提供
2. 相談窓口の充実
3. 在宅医療・介護に関わる専門家同士の連携
4. 家族の負担を軽減するためのデイサービスやショートステイなどの拡充
5. 24時間いつでも診てもらえる体制
6. 病状が悪化したときにいつでも入院できる医療体制の整備
7. 高齢者が安心して住める住居の整備
8. 介護休暇など職場の理解とサポート体制の充実
9. その他 ()

問 12 介護保険制度や高齢者福祉サービスについて

(1) あなたは社会保障や行政などの情報を何によって入手していますか (いくつでも)

1. テレビ・ラジオ
2. インターネット
3. 新聞・雑誌
4. 広報「川越」
5. 市のホームページ
6. パンフレット・チラシ
7. 友人・知人・家族
8. その他 ()

(2) あなたは、高齢者が安心して暮らせるための権利擁護の制度や仕組みを知っていますか
(いくつでも)

1. 日常生活自立支援事業
2. 成年後見制度
3. 市民後見人の活動
4. 高齢者虐待の通報・相談窓口
5. 法テラス
6. クーリングオフ制度

(3) あなたは、地域包括支援センターを知っていますか

1. 利用したことがある
2. 知っているが利用したことがない
3. 知らない

(4) 介護保険料の基準額は、介護サービスをどれだけ利用したかによって決まります。
そのため、介護施設が増えたり、介護サービスが充実するなどしてサービス利用が増えると、保険料も増加することとなります。

このことを踏まえ、負担している保険料と受けられる介護サービスのあり方について、あなたの考えに最も近いものは次のどれですか。

① 負担している保険料について

1. とても負担である 2. やや負担である 3.それほど負担ではない
4. 負担とは思わない 5. 負担している金額がわからない

② 受けられる介護サービスについて

1. 保険料などの負担が増えても介護サービスが充実しているほうがよい
2. 保険料などの負担もサービスも現行水準を維持すべきである
3. 介護サービスが多少抑えられても保険料などの負担を抑えるべきである
4. わからない

(5) 「介護保険制度」全体をよりよくするために、市が力を入れるべきことは次のうちどれだと思いますか（○は3つまで）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーの質を高めること
3. 介護人材を育成すること
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設を増やすこと
5. 利用者の費用負担を軽減すること
6. 身近な地域でサービスが受けられる拠点を増やすこと
7. 家族介護の負担を軽減するデイサービスやショートステイなどのサービスを充実すること
8. 介護保険制度を使いやすいものにすること
9. その他 ()
10. 特にない

(6) 今後、本市が取り組むべき高齢者施策として、次のうちどれを優先して充実すべきだとお考えですか（〇は3つまで）

1. 介護予防に関する取り組みの充実
2. 地域・近隣の支えあい活動など、地域全体で介護を支援する基盤づくり
3. 地域での交流の場や生きがいづくりの場の充実
4. 高齢者の就労対策の充実
5. 外出しやすいまちづくり（高齢者の外出支援策を含む）
6. 健康の増進、趣味や教養向上などのプログラムの充実
7. ボランティアなど地域活動参加の促進や支援
8. 身近なところで相談が行える相談窓口の充実
9. 高齢者の住宅施策を充実すること
10. 認知症高齢者への支援を充実すること
11. 家族介護者の支援策を充実すること
12. 地域包括支援センターを充実すること
13. 健康診査・がん検診などの保健医療サービスの充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. その他（具体的に： _____)

これから高齢者の保健福祉や介護に関して、ご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、今一度お確かめください。
記入した調査票を切り離すことなく、送付されたものすべて（表紙も含みます）を3つ折りにして同封した返信用封筒に入れ、切手を貼らずに投函してください。