

ご記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和元年8月31日現在、和光市内に住所を持つ65歳以上の方です。ただし、要介護3以上の方及び施設に入所している方は除きます。
2. ご家族の方がご本人に代わって回答されたり、一緒に記入してもかまいません。
3. ご回答に当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	5	5
---	---	---

 kg）でご記入ください。
4. 「あなたの～」と尋ねている質問項目がいくつかあります。この場合「あなた」とは、宛名のご本人を指しますので、ご本人以外のご家族が回答された場合でも、宛名のご本人に関して回答してください。
5. 「～していますか」と尋ねている質問項目が多くあります。
この質問は、主にご本人の主観に基づき「している」、「していない」という「活動」や「参加」の状況をチェックすることを目的としており、「できる」「できない」という「能力」をチェックすることを目的としていません。できる能力があっても、していない場合は「いいえ」と回答してください。（例 問2・Q7 新聞を読んでいますか）
6. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。
7. この調査についてのお問合せは以下までお願いいたします。

【お問い合わせ先】

- 和光市長寿あんしん課 電話048-424-9125
地域包括ケア課 電話048-424-9121

個人情報の取扱いについて

和光市保健福祉部

この調査は、介護予防等に関する調査・分析を目的とするもので、調査に関する情報処理業務については、下記の事業者へ委託して実施します。

委託事業者の選定には厳格な基準を設け、その条件を満たす事業者のみに委託し、個人情報の処理業務に関しては、和光市が個人情報保護条例に基づき、事業者を管理・監督します。

個人情報の取扱いについて、回答用紙にて同意のご署名を頂いておりますが、ご記入いただいた個人情報の開示、訂正、利用停止等をお求めの場合につきましては、条例等の規定に基づき、適切に対応させていただきますので、ご不明な点や疑問等がございましたら、お気軽にお尋ねください。

<業務委託先>

株式会社 生活構造研究所

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-5-4

TEL03-5275-7861

問1 あなたのご家族や生活状況について

Q1 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

Q1-1 日中、一人になることがありますか 1. よくある 2. たまにある 3. ない

Q2 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 → Q3へ
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）

Q2-1 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. 腰痛症
15. その他（ ）
16. 不明

Q2-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか

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（ ）

Q3 年金の種類は次のどれですか（いくつでも）

1. 国民年金
2. 厚生年金（企業年金あり）
3. 厚生年金（企業年金なし）
4. 共済年金
5. 遺族年金
6. 障害年金
7. 無年金
8. その他

Q3-1 年金以外の収入は、次のどれですか（いくつでも）

1. 給与収入
2. 自営業収入
3. 不動産収入
4. 仕送り
5. その他
6. なし

Q4 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

Q5 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

Q6 お住まい（主に生活する部屋）は2階以上にありますか 1. はい 2. いいえ

Q6-1（2階以上の方お住まいにエレベーターは設置されていますか 1. はい 2. いいえ

Q7 介護が必要な状態になったら（既に必要な状態の場合も含む）、自宅と施設のどちらで暮らしたいですか

1. 自宅（グループホーム、サービス付き高齢者専用住宅、有料老人ホームを含む）
2. 施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設など）→「問2 生活機能について」へ

Q7-1（自宅で暮らしたい方のみ）自宅で暮らすにあたり、主にどのようなサービス（支援）を受けたいですか

1. 家族による介護を受けたい
2. 介護保険のサービスを受けたい
3. 民間事業者が提供する自費サービス（介護保険サービス以外）を受けたい

問2 毎日の生活について

Q1 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
Q1-1 車の運転をしていますか	1. している 2. 免許証はあるがしていない 3. 免許証がない(返納を含む)
Q2 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
Q3 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
Q4 自分で請求書の支払をしていますか	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
Q5 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
Q6 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
Q7 新聞を読んでいますか	1. はい 2. いいえ
Q8 本や雑誌を読んでいますか	1. はい 2. いいえ
Q9 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
Q10 友人の家を訪ねていますか	1. はい 2. いいえ
Q11 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい 2. いいえ
Q12 病人を見舞うことができますか	1. はい 2. いいえ
Q13 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
Q14 家事全般ができていますか	1. できている 2. できていない
Q15 趣味はありますか	1. 趣味あり() 2. 思いつかない
Q16 生きがいがありますか	1. 生きがいあり() 2. 思いつかない

問3 外出について

Q1 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
Q2 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
Q3 外出を控えていますか	1. はい 2. いいえ
Q3-1 (外出を控えている方のみ) 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(聴こえの問題など) 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. 家の周辺に坂がある 11. 車の交通量が多い 12. その他()
Q4 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4 運動・転倒予防について

Q1 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
Q2 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
Q3 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
Q4 5m以上歩けますか 1. はい 2. いいえ
Q5 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
Q6 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
Q7 背中が丸くなってきましたか 1. はい 2. いいえ
Q8 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか 1. はい 2. いいえ
Q9 杖を使っていますか 1. はい 2. いいえ
Q10 家の中は、手すりを付けたり敷居を低くするなど、移動しやすいようにつくられていますか 1. はい 2. いいえ
Q11 家の周辺は、坂があったり車の交通量が多かったりなどで、外出に不安を感じることはありませんか 1. はい 2. いいえ

問5 栄養・食事・口腔について

Q1 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
Q2 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Q3 食べる気力がなくなってきましたか 1. はい 2. いいえ
Q4 食べるのが楽しいと感じなくなってきましたか 1. はい 2. いいえ
Q5 人と比較して食べるのが早いですか 1. はい 2. いいえ
Q6 人よりも食べる量が多いですか 1. はい 2. いいえ
Q7 甘いものをよく取りますか 1. はい 2. いいえ
Q8 汁もの（めん汁を含む）を残さず飲みますか 1. はい 2. いいえ
Q9 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
Q10 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
Q11 口の渇きが気になりますか 1. はい 2. いいえ
Q12 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 1. はい 2. いいえ
Q13 定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか 1. はい 2. いいえ
Q14 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
Q14-1（入れ歯のある方のみ）毎日入れ歯の手入れをしていますか 1. はい 2. いいえ
Q15 噛み合わせは良いですか 1. はい 2. いいえ
Q16 1日の食事の回数は何回ですか 1. 朝昼晩の3食 2. 朝晩の2食 3. 朝昼の2食 4. 昼晩の2食 5. 1食 6. その他
Q17 どなたかと食事をともにす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6 記憶について

Q1 物忘れが多いと感じますか	1. はい 2. いいえ
Q2 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい 2. いいえ
Q3 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	1. はい 2. いいえ ↳ Q4 へ
Q3-1 (電話をかけるかたのみ) 携帯電話やスマートフォンを利用していますか	1. 電話のみ利用 2. メール・電話で利用 3. 未利用
Q4 今日が何月何日かわからないときがありますか	1. はい 2. いいえ
Q5 5分前のことが思い出せますか	1. はい 2. いいえ
Q6 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	1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる 3. 判断するとき、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない
Q7 人に自分の考えをうまく伝えられますか	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

問7 足のケアについて

Q1 足や爪に水虫がありますか	1. はい 2. いいえ
Q2 足の皮膚の炎症、又はむくみや変色がありますか	1. はい 2. いいえ
Q3 爪の肥厚※・変形などがありますか	1. はい 2. いいえ ※爪の肥厚…爪が圧迫されたりすることで分厚くなった状態のこと
Q4 足の指の血流が悪い、又は機能障害などがありますか	1. はい 2. いいえ
Q5 足の指・爪のケアを定期的に行っていますか	1. はい 2. いいえ
Q6 適切な靴を履いているか、又はインソール(中敷)で適切に調整をしていますか	1. はい 2. いいえ

問8 日常生活動作について

Q1 食事は自分で食べられますか	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
Q2 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか	1. 受けない 2. 一部介助があればできる 3. 全面的な介助が必要
Q3 座っていることができますか(10分程度)	1. できる 2. 支えが必要 3. できない
Q4 自分で洗面や歯磨きができますか	1. できる 2. 一部介助があればできる 3. できない
Q5 自分でトイレができますか	1. できる 2. 一部介助(他人に支えてもらう)があればできる 3. できない
Q6 自分で入浴ができますか	1. できる 2. 一部介助(他人に支えてもらう)があればできる 3. できない

Q7 50m以上歩けますか 1. できる 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる 3. できない
Q8 階段を昇り降りできますか 1. できる 2. 介助があればできる 3. できない
Q9 自分で着替えができますか 1. できる 2. 介助があればできる 3. できない
Q10 大便の失敗がありますか 1. ない 2. ときどきある 3. よくある
Q11 尿もれや尿失禁がありますか 1. ない 2. ときどきある 3. よくある

問9 社会参加・交流、たすけあいについて

Q1 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) ボランティアのグループ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(2) スポーツ関係のグループやクラブ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(3) 趣味関係のグループ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(4) 学習・教養サークル

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(5) 老人クラブ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(6) 町内会・自治会

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

(7) 収入のある仕事

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない

(8) 見守りが必要な高齢者を支援する活動

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない

(9) 介護が必要な高齢者を支援する活動

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない

(10) 子どもを育てている親を支援する活動

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない

(11) 地域の生活環境の改善（美化）活動

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない

(12) 上記(1)～(11)のいずれかの活動に、月1回以上参加している人にお尋ねします。参加されている活動の中で、主な活動場所が、ご自宅から徒歩約15分以内のものはありますか

1. はい 2. いいえ

Q2 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

Q3 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

Q4 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。
 あてはまるすべてに○をしてください。あてはまる人がいない場合は「9. そのような人はいない」に○をつけてください。

(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 5. 孫・ひ孫
 6. 近隣 7. 友人 8. その他() 9. 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 5. 孫・ひ孫
 6. 近隣 7. 友人 8. その他() 9. 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 5. 孫・ひ孫
 6. 近隣 7. 友人 8. その他() 9. 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 5. 孫・ひ孫
 6. 近隣 7. 友人 8. その他() 9. そのような人はいない

Q5 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

Q6 友人関係についておうかがいします。
 (1) 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

(2) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。
 同じ人には何度会っても1人と数えることとします。
 1. 0人(いない) 2. 1~2人 3. 3~5人 4. 6~9人 5. 10人以上

(3) 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

問10 健康について

Q1 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

Q2 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、点を○で囲んでください)

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

Q3 過去1年間に健診(特定健診・がん検診など)を受けましたか 1. はい 2. いいえ

Q3-1 (健診を受けた方のみ) 以下の健診結果をお教えてください。

収縮期血圧(最高血圧) mmHg 拡張期血圧(最低血圧) mmHg 空腹時血糖 mg/dl

Q4 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()

Q5 現在、以下のような症状がありますか（いくつでも）。Q4で「2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」と答えた方は脳卒中になる前に症状があったかでお答えください。 1. 片側の手足の麻痺や脱力感 2. 半身のしびれや感覚が鈍くなった 3. ろれつが回らなくなった 4. 歩きにくくなった 5. 片方の目が見えにくくなった
Q6 現在、病院や診療所に通院していますか 1. はい 2. いいえ → Q7へ
Q6-1（通院しているかたのみ）その頻度は次のどれですか 1. 週1回以上 2. 月2~3回 3. 月1回程度 4. 2か月に1回程度 5. 3か月に1回程度
Q6-2（通院しているかたのみ）通院に介助が必要ですか 1. はい 2. いいえ
Q6-3（通院しているかたのみ）主に通院している病院や診療所は、市内、市外のどちらですか 1. 市内(病院名) 2. 市外(病院名)
Q6-4.（通院しているかたのみ）かかりつけ薬局※はありますか 1. ある 2. ない ※特定の薬局が一つ決まっており、その薬局のみから薬をもらっている状況
Q6-5.（通院しているかたのみ）現在、医師の処方した薬を何種類飲んでありますか 1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上 6. 飲んでいない
Q7 この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか 1. はい 2. いいえ
Q8 かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか 1. はい 2. いいえ
Q9 この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか 1. はい 2. いいえ
Q10 重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上)がありますか 1. はい 2. いいえ 3. わからない
Q11 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか 1. はい 2. いいえ 3. わからない
Q12 この1年間で心電図に異常があるといわれましたか 1. はい 2. いいえ 3. わからない
Q13 家事や買物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか 1. はい 2. いいえ
Q14 この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか 1. はい 2. いいえ
Q15 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
Q16 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
Q17 習慣として運動（散歩などを含む）をしていますか 1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. していない
Q18 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
Q19 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
Q20（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない 1. はい 2. いいえ
Q21（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった 1. はい 2. いいえ
Q22（ここ2週間）以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる 1. はい 2. いいえ
Q23（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない 1. はい 2. いいえ
Q24（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする 1. はい 2. いいえ

問 11 運動・栄養改善プログラムや保健福祉サービスについて

Q 1 あなたは、運動や栄養改善をすることにどのくらい関心がありますか

1. 関心がない
2. 関心はあるが、今後6か月以内にしようとは考えていない
3. 今後6か月以内にしようとしているが、この1か月以内にする予定はない
4. 今後1か月以内にする予定である
5. 既に行っている(6か月未満)
6. 既に行っている(6か月以上)

Q 2 介護を必要とする状態にならないようにするために、利用したいサービスはありますか(いくつでも)

1. 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい
2. 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい
3. 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい
4. 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい
5. 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい
6. 1～5のサービスの際に、保健師などに健康相談ができるサービス

Q 3 以下のサービスを利用していますか(いくつでも)

1. 訪問介護(介護保険)
2. 訪問型サービスA(介護予防・日常生活支援総合事業)
3. 配食
4. 送迎
5. 紙おむつ支給
6. その他()
7. 利用していない

Q 3-1 (Q3で「1. 訪問介護(介護保険)」「2. 訪問型サービスA」と回答された方のみ)
以下の生活援助サービスを利用していますか(いくつでも)

1. 掃除
2. 洗濯
3. 買い物
4. 食事のしたく
5. 薬の受取り

Q 3-2 (Q3で「1. 訪問介護(介護保険)」と回答された方のみ)

仮に生活援助サービスが介護保険サービスの対象外となった場合、以下のどのサービスを利用しますか

1. 自費で民間事業者の提供するサービスを利用する
2. 有償ボランティアによるサービスを利用する
3. 利用しない

Q 4 次の保健福祉サービスのうち、あなたが利用してみたいと思うものはどれですか(いくつでも)

1. 家事援助サービス
2. 食事の宅配サービス
3. 外出介助サービス
4. 住宅改修費助成
5. 福祉機器の紹介
6. 災害時などの安否確認サービス
7. その他()
8. なし

Q 5 次の事業のうち、あなたが参加してみたいと思うものはどれですか(いくつでも)

1. 高齢者交流事業(趣味・生きがい・食事)
2. 生涯学習講座
3. 機能訓練自主グループ
4. 炊事・洗濯などの家事訓練
5. その他(やってみたいことなど)
6. なし

Q 6 介護予防サポーター講座や認知症サポーター養成講座など、市などが主催している講習・講座で参加してもよいと思うものをお答えください(いくつでも)

1. 介護予防サポーター講座…介護予防の基礎知識を学びます
2. 認知症サポーター養成講座…認知症の基礎知識、認知症の方の支援方法を学びます
3. ヘルスサポーター養成講座…健康づくりの基礎知識、生活習慣病等予防の支援方法を学びます
4. 社会福祉協議会のボランティア講座
5. その他(具体的に)
6. 参加したいと思わない

<p>Q7 以下のような子育て支援や障がい者の支援活動に参加ができそうですか （既に活動をしている方はどのような活動をしているかでお答えください）</p> <p>(1) 家事（掃除・洗濯・料理・不燃ごみ出し等）の手伝い</p> <p>1. すでに参加している 2. 条件によっては参加可能 3. 参加は難しい</p>
<p>(2) 外出（通院・買物）の付添い・送迎</p> <p>1. すでに参加している 2. 条件によっては参加可能 3. 参加は難しい</p>
<p>(3) 買物代行</p> <p>1. すでに参加している 2. 条件によっては参加可能 3. 参加は難しい</p>
<p>(4) 各種教室開催の手伝い</p> <p>1. すでに参加している 2. 条件によっては参加可能 3. 参加は難しい</p>
<p>Q8 子ども子育ての支援や障害者の支援に関する活動に参加することで期待できることは何ですか（〇はいくつでも）</p> <p>1. 自分の健康づくり・介護予防になる 2. 収入が得られる</p> <p>3. 外出の機会ができる 4. 地域に知り合いや友達ができる</p> <p>5. 介護や支援のことを学べる 6. 地域や人の役に立つことができる</p> <p>7. 生きがいを見つけることができる 8. 特に思いつかない</p> <p>9. その他(具体的に)</p>
<p>Q9 子ども子育ての支援や障害者の支援に関する活動にあなたが参加する場合、どのような条件を重視しますか。以下の条件の中から、あなたにとって重要なものを3つ以内で選んでください</p> <p>1. 支援方法などを教えてくれる講習がある</p> <p>2. 一定の報酬がある</p> <p>3. 参加の回数・時間・曜日の融通がきく</p> <p>4. 家族の協力・理解がある</p> <p>5. 自宅から近い</p> <p>6. 活動場所までの送迎がある</p> <p>7. 一緒に参加する仲間がいる</p> <p>8. 活動を調整してくれる人がいる</p> <p>9. 事故があった場合の対応がしっかりしている（保険に加入する、市が対応するなど）</p> <p>10. その他（具体的に)</p>
<p>Q10 家族だけで介護を負担するのではなく、社会全体で介護することを目指して、介護保険制度が始まって20年近くが経過しましたが、あなた（あて名ご本人）は、和光市の介護保険事業についてどのようにお考えですか</p> <p>1. 良いと思う 2. まあ良いと思う 3. あまり良くないと思う 4. 良くないと思う</p>
<p>Q11 和光市の介護保険事業に関して、以下の項目の満足度はいかがですか</p> <p>(1) 介護予防サービス</p> <p>1. 満足 2. おおむね満足 3. 普通 4. やや不満 5. 不満</p>
<p>(2) 居宅介護及び施設介護サービス</p> <p>1. 満足 2. おおむね満足 3. 普通 4. やや不満 5. 不満</p>
<p>(3) 相談対応に関すること</p> <p>1. 満足 2. おおむね満足 3. 普通 4. やや不満 5. 不満</p>
<p>(4) 介護保険料</p> <p>1. 満足 2. おおむね満足 3. 普通 4. やや不満 5. 不満</p>

