

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査へのご協力をお願い

日頃は、市政にご理解、ご協力いただき、誠にありがとうございます。

現在奈良市では、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「奈良市老人福祉計画及び第8期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や適正な介護保険サービスの利用を推進しているところです。この計画が令和5年度末で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、このたび、皆さまの日頃の生活のご様子や健康状態、介護サービスのご利用状況等について、その実情やニーズを把握するため、アンケートを実施させていただくことになりました。

ご回答いただいた内容は、次期計画策定のために利用させていただくものであり、回答者個人が特定されたり、個々の回答内容が漏れたり、他の目的に利用することはありません。また、お答えになりにくい質問にはお答えいただかなくてかまいません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和5年1月

奈良市長 仲川 げん

アンケートの概要

(1)対象者

本調査は、令和4年12月1日現在、市内にお住いの65歳以上の方で、要介護の認定を受けていない方の中から6,500名を無作為に抽出し、ご協力をお願いします。

(2)目的

日常生活の状況等の実態を調査し、日常生活圏域（概ね中学校区）ごとに地域が抱える課題やニーズを把握するために行うものです。

回答の方法

- (1)宛名ご本人の考えにもっとも近いものを選び回答してください。（代筆可）
- (2)ボールペンや鉛筆など、どのような筆記用具でお書きいただいてもかまいません。
- (3)裏面の「記入にあたってのお願い」と「個人情報の取扱いについて」をお読みいただき、ご回答ください。

この調査に関する問い合わせ先
奈良市役所 福祉部 福祉政策課
TEL 0742-34-5196

記入にあたってのお願い

調査票・返信用封筒には氏名や住所を記入しないでください

- 1 質問によって、「回答は1つ」「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 すべての記入が終わりましたら、この調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒（切手不要・介護福祉課宛）に入れて郵便ポストへ投かんしてください。
- 3 本調査は、パソコンやスマートフォン等での回答も可能です。下のQRコードを読み込むか、下記のURLにアクセスしてください。なお、WEBで回答された場合は、郵送での回答はしないでください。

<https://questant.jp/q/●●●●●●>



URLを入力する際は、右のIDを末尾に入力してください。ID「○○○○」
※このIDは同一人による二重回答を防止するためのもので、個人は特定されません。

【 WEB回答者を除く 】

令和5年 2月14日(火)までに、郵便ポストへ投かんをお願いします

個人情報の取扱いについて

【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、奈良市による介護保険事業計画策定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、市が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・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

本調査票のご返送をもちまして、上記にご同意いただいたもの
として取り扱いさせていただきます。

記入日

令和5年 月 日

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票

調査票を記入されたのはどなたですか(回答は1つ)

- ①あて名のご本人が記入 ②ご家族が記入 ③その他

あて名ご本人の年齢を教えてください(回答は1つ)

- ①65～69歳 ②70～74歳 ③75～79歳
 ④80～84歳 ⑤85～89歳 ⑥90歳以上

性別(回答は1つ)

- ①男性 ②女性 ③その他 ④答えたくない

お住いの圏域(回答は1つ) ※()内は小学校区になります

- ①若草 (鼓阪北、鼓阪、佐保)
 ②三笠 (大宮、佐保川、椿井、大安寺西)
 ③春日・飛鳥 (済美、済美南、大安寺、飛鳥)
 ④都南 (辰市、明治、東市、帯解)
 ⑤北部 (ならやま、朱雀、左京、佐保台)
 ⑥平城 (平城西、平城)
 ⑦京西・都跡 (伏見南、六条、都跡)
 ⑧伏見 (あやめ池(学園南除く)、西大寺北、伏見)
 ⑨二名 (鶴舞、青和、二名、富雄北)
 ⑩登美ヶ丘 (東登美ヶ丘、登美ヶ丘)
 ⑪富雄東 (三碓、富雄南、あやめ池(学園南))
 ⑫富雄西 (鳥見、富雄第三)
 ⑬東部 (田原、柳生、興東、都祁、月ヶ瀬)

要支援・要介護認定等(回答は1つ)

- ①受けていない ②「基本チェックリスト」でサービス事業対象者と判断された方
 ③要支援1 ④要支援2

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(回答は1つ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①1人暮らし | <input type="checkbox"/> ②2人暮らし(配偶者65歳以上) |
| <input type="checkbox"/> ③2人暮らし(配偶者65歳未満) | <input type="checkbox"/> ④息子・娘との2世代 |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他 | |

(2) 普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか(回答は1つ)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ①介護・介助は必要ない |
| <input type="checkbox"/> ②何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない |
| <input type="checkbox"/> 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)普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか」の質問で「②何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」または「③現在、何らかの介護を受けている」を選ばれた方のみ】

(3) 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)

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

【「(2)普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか」の質問で「③現在、何らかの介護を受けている」を選ばれた方のみ】

(4) 主にどなたからの介護、介助を受けていますか(いくつでも)

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

(5) 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(回答は1つ)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①大変苦しい | <input type="checkbox"/> ②やや苦しい | <input type="checkbox"/> ③ふつう |
| <input type="checkbox"/> ④ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> ⑤大変ゆとりがある | |

(6) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①持家(一戸建て)	<input type="checkbox"/> ②持家(集合住宅)	<input type="checkbox"/> ③公営賃貸住宅 <small>こうえいちんたいじゅうたく</small>
<input type="checkbox"/> ④民間賃貸住宅(一戸建て) <small>みんかんちんたいじゅうたく</small>	<input type="checkbox"/> ⑤民間賃貸住宅(集合住宅) <small>みんかんちんたいじゅうたく</small>	
<input type="checkbox"/> ⑥借家	<input type="checkbox"/> ⑦その他	

問2 からだを動かすことについて

	質問項目	回答 (いずれかに✓)			
		できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>	
(1)	手すりや壁をつたわずに 階段を昇っていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3)	15分くらい続けて歩いて いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4)	過去1年間に転んだ経験が ありますか	何度かある <input type="checkbox"/>	1度ある <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>	
(5)	転倒に対する不安は大きい ですか	とても 不安である <input type="checkbox"/>	やや 不安である <input type="checkbox"/>	あまり 不安でない <input type="checkbox"/>	不安でない <input type="checkbox"/>
(6)	週に1回以上は外出してい ますか	ほとんど 外出しない <input type="checkbox"/>	週1回 <input type="checkbox"/>	週2~4回 <input type="checkbox"/>	週5回以上 <input type="checkbox"/>
(7)	昨年と比べて外出の回数が 減っていますか	とても 減っている <input type="checkbox"/>	減っている <input type="checkbox"/>	あまり 減っていない <input type="checkbox"/>	減っていない <input type="checkbox"/>
(8)	外出を控えていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>		

【「(8)外出を控えていますか」の質問で「はい」を選ばれた方のみ】

(9) 外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①病気	<input type="checkbox"/> ②障害(脳卒中の後遺症など) <small>しょうがい のうそっちゅう こういしょう</small>
<input type="checkbox"/> ③足腰などの痛み	<input type="checkbox"/> ④トイレの心配(失禁など)
<input type="checkbox"/> ⑤耳の障害(聞こえの問題など)	<input type="checkbox"/> ⑥目の障害
<input type="checkbox"/> ⑦外での楽しみがない	<input type="checkbox"/> ⑧経済的に出られない
<input type="checkbox"/> ⑨交通手段がない	<input type="checkbox"/> ⑩感染症の流行
<input type="checkbox"/> ⑪その他()	

(10) 外出する際の移動手段は何ですか(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()		

問3 食べることなどについて

質問項目		回答 (いずれかに✓) ※(1)のみ数値を記入してください	
(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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(3)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(4)	口の渴きが気になりますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(6)	噛み合わせは良いですか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(7)	6か月間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(8)	どなたかと食事をとる機会がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

(9) 歯の数と入れ歯(インプラントやブリッジを除く)の利用状況を教えてください(回答は1つ) 【成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です】

入れ歯を利用しており	入れ歯を利用しておらず
<input type="checkbox"/> ①自分の歯は20本以上 <input type="checkbox"/> ③自分の歯は19本以下	<input type="checkbox"/> ②自分の歯は20本以上 <input type="checkbox"/> ④自分の歯は19本以下

【(9)の質問で「入れ歯を利用している」を選ばれた方のみ】

(10) 毎日入れ歯の手入れをしていますか(回答は1つ)

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

問4 毎日の生活について

	質問項目	回答（いずれかに✓）		
		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(1)	物忘れが多いと感じますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(2)	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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(3)	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(4)	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)	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(5)	自分で食品・日用品の買物をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(6)	自分でゴミ出し（自宅から集積所までの運搬）をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(7)	自分で食事の用意をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(8)	自分で公共料金や税金などの支払いをしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(9)	自分で預貯金の出し入れをしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(10)	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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(11)	新聞を読んでいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(12)	本や雑誌を読んでいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(13)	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(14)	友人の家を訪ねていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	

	質問項目	回答 (いずれかに✓)		
(15)	家族や友人の相談にのっていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(16)	病人を見舞うことができますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(17)	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(18)	趣味はありますか。 ※ある場合は () 内に内容を記入してください	趣味あり <input type="checkbox"/> ()	思いつかない <input type="checkbox"/>	
(19)	生きがいがありますか ※ある場合は () 内に内容を記入してください	生きがいあり <input type="checkbox"/> ()	思いつかない <input type="checkbox"/>	

【「(4)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)」の質問で「できるが、していない」または「できない」を選ばれた方のみ】

(20) その主な理由は、次のどれですか(回答は1つ)

①外出したいと思わない

【外出したいがしていない場合】 次の理由から外出していない

②身体的理由などで外出が困難

③行きたいところまでの移動手段がない(少ない)

④行きたいところがない

⑤家族の反対がある

⑥移動費が高額になる

⑦その他()

(21) 公共交通以外の送迎サービス(地域住民間での送迎サービスなど)があれば利用したいですか。(回答は1つ)

①利用したい

②利用したくない

【利用するかどうかわからない場合】 次の理由から利用するかわからない

③公共交通や自家用車などで十分である

④家族や親族など、身内の送迎を優先的に考えている

⑤事故の補償や安全面などに不安がある

⑥運転者が顔見知りであったときに気を使う

⑦利用料金による

⑧その他()

【「(5)自分で食品・日用品の買物をしていますか」の質問で「できるし、している」を選ばれた方のみ】

(22) もっとも利用頻度が高いのは次のいずれですか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①近所のスーパー・小売店	<input type="checkbox"/> ②近所のコンビニ
<input type="checkbox"/> ③遠くのスーパー・小売店やコンビニ	<input type="checkbox"/> ④宅配サービス
<input type="checkbox"/> ⑤移動販売車	<input type="checkbox"/> ⑥ネット通販
<input type="checkbox"/> ⑦その他()	

【「(5)自分で食品・日用品の買物をしていますか」の質問で「できるが、していない」または「できない」を選ばれた方のみ】

(23) その主な理由は、次のいずれですか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①自分で買物をしたいと思わない
【買物をしたいがしていない場合】 次の理由から買い物をしていない
<input type="checkbox"/> ②近くに店がない
<input type="checkbox"/> ③店まで行くのが体力的に難しい／荷物を持ち帰るのが難しい
<input type="checkbox"/> ④家族が代わりにしている
<input type="checkbox"/> ⑤店までの往復の道中、車や自転車がが多く危険である
<input type="checkbox"/> ⑥宅配やネット通販の利用方法が分からない
<input type="checkbox"/> ⑦家族の反対がある
<input type="checkbox"/> ⑧その他()

問5 地域での活動について

以下のような会やグループ等の活動にどのくらいの頻度で参加していますか

	① 週 4 回 以上	② 週 2 ～ 3 回	③ 週 1 回	④ 月 1 ～ 3 回	⑤ 年 数 回	⑥ 参 加 し て い な い
(1)ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	① 週 4 回 以上	② 週 2 ～ 3 回	③ 週 1 回	④ 月 1 ～ 3 回	⑤ 年 数 回	⑥ 参 加 し て い な い
(5)介護予防のための通いの場 (元気ならエクササイズなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)万年青年クラブ (老人クラブ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)町内会・自治会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)収入のある活動・仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(9)次のうち参加している(参加してみたい)地域の活動はどれですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①おしゃべり・茶話会	<input type="checkbox"/> ②音楽鑑賞・歌・楽器演奏
<input type="checkbox"/> ③クイズ、将棋や囲碁などのゲーム	<input type="checkbox"/> ④ミニ講座(栄養・口腔・体操等)
<input type="checkbox"/> ⑤手芸・工作・料理	<input type="checkbox"/> ⑥食事会
<input type="checkbox"/> ⑦体操・軽スポーツ	<input type="checkbox"/> ⑧その他()

(10) 地域での活動に参加するうえで重視することは何ですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①活動内容	<input type="checkbox"/> ②一緒に参加する人
<input type="checkbox"/> ③参加費用	<input type="checkbox"/> ④活動場所までの移動手段
<input type="checkbox"/> ⑤その他()	

(11) 万年青年クラブ(老人クラブ)の会員ですか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①万年青年クラブの会員である
<input type="checkbox"/> ②万年青年クラブを知っているが会員ではない
<input type="checkbox"/> ③万年青年クラブを知らない

【「(11) 万年青年クラブ(老人クラブ)の会員ですか」の質問で「② 万年青年クラブを知っているが会員ではない」の方のみ】

(12) 万年青年クラブに入会しない理由は何ですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①役員になると負担が大きい	<input type="checkbox"/> ②仲の良い人だけで集まって活動したい
<input type="checkbox"/> ③入会のきっかけがない	<input type="checkbox"/> ④働いており活動する時間がない
<input type="checkbox"/> ⑤活動実態がよく分からない	<input type="checkbox"/> ⑥自分の趣味や楽しみを優先したい
<input type="checkbox"/> ⑦活動に興味がない	<input type="checkbox"/> ⑧その他()

(13) 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ですか(回答は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

(14) 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ですか(回答は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6 たすけあいについて

以下の場合について、あてはまるものをお答えください。(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
(1)あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人	<input type="checkbox"/>							
(2)反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人	<input type="checkbox"/>							
(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	<input type="checkbox"/>							
(4)反対に、看病や世話をしてくれる人	<input type="checkbox"/>							

(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)

<input type="checkbox"/> ①自治会・町内会・万年青年クラブ	<input type="checkbox"/> ②民生委員
<input type="checkbox"/> ③社会福祉協議会	<input type="checkbox"/> ④ケアマネジャー
<input type="checkbox"/> ⑤医師・歯科医師・看護師	<input type="checkbox"/> ⑥地域包括支援センター
<input type="checkbox"/> ⑦市役所	<input type="checkbox"/> ⑧その他()
<input type="checkbox"/> ⑨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(回答は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 | |

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか(回答は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 | |

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(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(回答は1つ)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①とてもよい | <input type="checkbox"/> ②まあよい | <input type="checkbox"/> ③あまりよくない | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| <input type="checkbox"/> |

(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(回答は1つ)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①はい | <input type="checkbox"/> 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(回答は1つ)

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

(5) お酒は飲みますか(回答は1つ)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日飲む | <input type="checkbox"/> ②時々飲む |
| <input type="checkbox"/> ③ほとんど飲まない | <input type="checkbox"/> ④もともと飲まない |

(6) タバコは吸っていますか(回答は1つ)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日吸っている | <input type="checkbox"/> ②時々吸っている |
| <input type="checkbox"/> ③吸っていたがやめた | <input type="checkbox"/> 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)

- | | | |
|--|--|---|
| <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>のうそっちゅう のうしゅけつ・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>こうしけっしょう ししつじょう</small> |
| <input type="checkbox"/> ⑦呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
<small>きかんしえん</small> | <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</small> | <input type="checkbox"/> ⑬血液・免疫の病気
<small>めんえき</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 |
| <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() |

問8 認知症について

(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(回答は1つ)

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

(2) 認知症サポーター養成講座や認知症カフェなど、認知症について学んだり交流したりする場に参加したことがありますか。(回答は1つ)

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①参加したことがある | | |
| 【参加したことがない場合】 次の理由から参加したことがない | | |
| <input type="checkbox"/> ②必要性を感じない | <input type="checkbox"/> ③時間がない | <input type="checkbox"/> ④興味がない |
| <input type="checkbox"/> ⑤情報が入ってこない | <input type="checkbox"/> ⑥参加してよいか分からない | |
| <input type="checkbox"/> ⑦特に理由はない | <input type="checkbox"/> ⑧その他() | |

(3) 介護保険制度以外にどのような支援やサービスがあればよいと思いますか(いくつでも)

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①認知症の方やその家族、地域住民などが集い交流する機会 | |
| <input type="checkbox"/> ②認知症の方同士が交流する機会 | |
| <input type="checkbox"/> ③認知症の方の家族同士が交流する機会 | |
| <input type="checkbox"/> ④認知症の方と家族と一緒に参加し交流する機会 | |
| <input type="checkbox"/> ⑤気軽に相談できる場(対面・電話・WEBなど) | |
| <input type="checkbox"/> ⑥認知症の当事者による認知症の本人へのサポートや助言(ピアサポート) | |
| <input type="checkbox"/> ⑦わからない | <input type="checkbox"/> ⑧その他() |

(4) 認知症に関する相談窓口(例: かかりつけ医、市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会など)を知っていますか(回答は1つ)

①はい

②いいえ

(5) 将来、自分自身で物事を判断することが難しくなった場合、成年後見制度を利用したいと思いますか(回答は1つ)

①利用したい

②興味はあるが利用に不安がある

③利用するつもりはない

④今はまだわからない

<成年後見制度とは>

認知症などの理由により、判断能力が十分でない人を法律的に支援する制度のことです。家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等が、本人の利益を考えながら、財産管理や契約行為等を行い、生命、身体、自由、財産等の権利を守ります。

問9 老人福祉センターについて

(1) 奈良市(東・西・南・北)老人福祉センターについて利用したことがありますか。また利用したことがない場合は、その理由は何ですか(回答は1つ)

①利用したことがある

【利用したことがない場合】次の理由から利用したことがない

②老人福祉センターがあることを知らない

③老人福祉センターを利用したいと思う事業がない

④その他()

(2) 今後どのような事業があれば、老人福祉センターを利用したいですか(回答は3つまで)

①健康体操

②保健師・看護師による健康相談

③生活・介護等各種相談

④栄養士による低栄養予防の相談・講座

⑤ボランティア活動の紹介

⑥歯科衛生士による口腔ケアの相談・講座

⑦就労支援・相談

⑧友人や地域と交流できるスペース

⑨園児、若年層との交流

⑩サークル活動(将棋、囲碁、民謡、歌謡他)

⑪特になし

⑫その他()

(3) 老人福祉センターは、健康保持及び増進を図るなどの場として活用されていますが、利用者数は減少傾向にあります。あなたは、老人福祉センターの今後の方向性についてどのように考えますか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①現状維持のままでよい	<input type="checkbox"/> ②事業内容をさらに充実させる
<input type="checkbox"/> ③多世代が利用できる施設にする	<input type="checkbox"/> ④よくわからない
<input type="checkbox"/> ⑤その他()	

問 10 地域の支え合いについて

次のそれぞれについて、いまあなたが支援してほしいこと、もしくは、いまあなたが支援できることがあれば、該当する箇所に✓をつけてください

※✓をつける場合、①と②、③と④は、それぞれいずれか片方に✓してください。

	支援してほしい		支援できる	
	①無償で	②有償でも (※1)	③無償で	④有償であれば (※1)
(1)日頃の見守りや声掛け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)一般家庭ゴミ(大型ゴミを除く)の集積所までの運搬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)買い物同行(店内の付き添いと介助)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)買い物代行(指定されたものを届ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)通いの場(※2)への送迎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)庭木の剪定や草むしり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(※1)「有償」とは、活動に対する謝礼として、交通費などの実費の他、1時間あたり500円程度の金銭を支払(受領)する場合としてお答えください。

(※2)「通いの場」とは、地域住民が主体となって、身近な集会所や公民館などを活用し健康の維持増進や介護予防につながる活動を行う場のことです。

問 11 将来・これからの生活について

(1) もしものとき(自らが望む医療やケアについて考えたり、伝えたりすることができなくなったとき)に備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか(回答は1つ)

- ①している。したことがある
- ②したいと思っているが、できていない
- ③したいと思わない

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「①している。したことがある」または「②したいと思っているが、できていない」を選ばれた方のみ】

(2) どなたと話し合いをされましたか。話し合いたいですか(回答は1つ)

- ①家族、親族
- ②医療関係者(医師、看護師など)
- ③知人、友人
- ④介護関係者(ケアマネ、ヘルパーなど)
- ⑤その他()

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「①している。したことがある」を選ばれた方のみ】

(3) どのようなことを話し合われましたか(いくつでも)

- ①受けない、または受けたくない医療や介護の内容(延命治療など)
- ②看取りの希望(どこで過ごしたいか、誰に看取られたいかなど)
- ③亡くなった後のこと(葬儀の希望等や、ペットの世話、家財の処理など)
- ④経済的なこと
- ⑤やりたいことや目標
- ⑥その他()

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「②したいと思っているが、できていない」を選ばれた方のみ】

(4) その理由は何ですか(いくつでも)

- ①話し合い方がわからない
- ②誰と話をしたらいいかわからない
- ③自分自身の時間がない
- ④相手の時間が取れない
- ⑤話を切り出しにくい
- ⑥今はまだ話し合う必要性を感じていない
- ⑦話をする相手がない
- ⑧秘密を守ってもらえるか不安
- ⑨その他()

■■■■以上でアンケート調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■