

# 厚木市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 改定のためのアンケート調査

～御協力のお願～

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。

厚木市では、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「厚木市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」を策定し、生活支援施策や介護保険を適切に推進しています。

この計画が令和2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、計画の対象となる方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実情を把握するため、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、令和元年11月1日現在、市内にお住まいの65歳以上の方で、要介護の認定を受けていない方を対象として、地域包括支援センター区域ごとに700人を無作為に抽出し、御協力をお願いしております。

御回答いただいた内容は、計画改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、ほかの目的に利用することはございません。

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、よろしくお願い申し上げます。

令和2年1月

厚木市長 小林 常良

## ●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 あて名の御本人、又は介護をしている御家族の方などが、御本人の意を汲んで御記入してください。
- 2 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、「回答は1つ」「該当するものすべてに回答」などをつける数が異なりますので、ご注意ください。
- 3 この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。  
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、常時御家族などの援助を受けている状態  
介助…御自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
- 4 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2年1月31日（金）**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、下記までお願いいたします。

厚木市福祉部介護福祉課高齢者支援係

TEL 046-225-2220(直通)

FAX 046-221-1640

E-mail 2230@city.atsugi.kanagawa.jp

## あなたの御家族や生活状況についてお聞きします

問1 家族構成をお教えてください。(回答は1つ)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 一人暮らし             | <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | <input type="checkbox"/> 息子・娘との2世帯         |
| <input type="checkbox"/> その他( )            |  |

問2 性別はどちらですか。(回答は1つ)

- |                             |                             |                                 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 答えたくない |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

問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。(回答は1つ)

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> 介護・介助は必要ない               | ----▶【問4へ】 |
| <input type="checkbox"/> 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"/> 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)                     |            |

問3で「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「現在、何らかの介護を受けている」と回答された方にお聞きします。

問3-1 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(該当するものすべてに回答)

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

問3-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(回答は1つ)

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

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

問5 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"/> 持家(一戸建て)                                     | <input type="checkbox"/> 持家(集合住宅)                                     |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅<br><small>こうえいちんだいじゅうたく</small>       | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(一戸建て)<br><small>みんかんちんだいじゅうたく</small> |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(集合住宅)<br><small>みんかんちんだいじゅうたく</small> | <input type="checkbox"/> 借家   |
| <input type="checkbox"/> その他  |   |



## 食べることについてお聞きします

問 15 身長・体重

( ) cm ( ) kg

問 16 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 17 お茶や汁物等でむせることがありますか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 18 口の渇きが気になりますか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 19 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。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 20 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。(回答は1つ)  
(成人の歯の総数は、親知らずを含めて32本です)

- 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
- 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯の利用なし
- 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
- 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯の利用なし

問 20-1 噛み合わせは良いですか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 20 で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と回答された方にお聞きします。

問 20-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 21 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(回答は1つ)

はい  いいえ

問 22 どなたかと食事をとる機会がありますか。(回答は1つ)

- 毎日ある
- 週に何度かある
- 月に何度かある
- 年に何度かある
- ほとんどない

---

---

## 毎日の生活についてお聞きします

---

---

問 23 物忘れが多いと感じますか。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 24 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。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 25 今日が何月何日かわからない時がありますか。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 26 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) (回答は1つ)

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 27 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(回答は1つ)

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 28 自分で食事の用意をしていますか (回答は1つ)

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 29 自分で請求書の支払いをしていますか。(回答は1つ)

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 30 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(回答は1つ)

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 31 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。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 32 新聞を読んでいますか。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 33 本や雑誌を読んでいますか。(回答は1つ)

はい

いいえ

問 34 健康についての記事や番組に関心がありますか。(回答は1つ)

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

問 35 友人の家を訪ねていますか。(回答は1つ)

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

問 36 家族や友人の相談にのっていますか。(回答は1つ)

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

問 37 病人を見舞うことができますか。(回答は1つ)

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

問 38 若い人に自分から話しかけることがありますか。(回答は1つ)

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

問 39 趣味はありますか。(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> 趣味あり ( )
<input type="checkbox"/> 思いつかない

問 40 生きがいがありますか。(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> 生きがいあり ( )
<input type="checkbox"/> 思いつかない

---

### 地域での活動についてお聞きします

---

問 41 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"/>					
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/>					
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>					
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>					
⑤介護予防のための通いの場	<input type="checkbox"/>					
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>					
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>					
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>					

問 42 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。  
(回答は1つ)

是非参加したい

参加してもよい

参加したくない

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企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(回答は1つ)

是非参加したい

参加してもよい

参加したくない

---

### あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお聞きします

---

問 44 あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人。(該当するものすべてに回答)

配偶者

同居の子ども

別居の子ども

兄弟姉妹・親戚・親・孫

近隣

友人

その他( )

そのような人はいない

問 45 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人。(該当するものすべてに回答)

配偶者

同居の子ども

別居の子ども

兄弟姉妹・親戚・親・孫

近隣

友人

その他( )

そのような人はいない

問 46 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。(該当するものすべてに回答)

配偶者

同居の子ども

別居の子ども

兄弟姉妹・親戚・親・孫

近隣

友人

その他( )

そのような人はいない

問 47 反対に、看病や世話をしてあげる人。(該当するものすべてに回答)

配偶者

同居の子ども

別居の子ども

兄弟姉妹・親戚・親・孫

近隣

友人

その他( )

そのような人はいない

問 48 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。(該当するものすべてに回答)

自治会・町内会・老人クラブ

社会福祉協議会・民生委員

ケアマネジャー

医師・歯科医師・看護師

地域包括支援センター・市役所

そのような人はいない

その他( )

問 49 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"/> 毎日ある    | <input type="checkbox"/> 週に何度かある | <input type="checkbox"/> 月に何度かある |
| <input type="checkbox"/> 年に何度かある | <input type="checkbox"/> ほとんどない  |                                  |

問 50 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"/> 0人(いない) | <input type="checkbox"/> 1~2人  | <input type="checkbox"/> 3~5人 |
| <input type="checkbox"/> 6~9人    | <input type="checkbox"/> 10人以上 |                               |

問 51 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(該当するものすべてに回答)

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

---

## 健康についてお聞きします

---

問 52 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"/> とてもよい   | <input type="checkbox"/> まあよい |
| <input type="checkbox"/> あまりよくない | <input type="checkbox"/> よくない |

問 53 あなたは、現在どの程度幸せですか。(回答は1つ)  
(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、御記入ください)

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"/>											

問 54 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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

問 55 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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

問 56 お酒は飲みますか。(回答は1つ)

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

問 57 タバコは吸っていますか。(回答は1つ)

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日吸っている | <input type="checkbox"/> 時々吸っている    |
| <input type="checkbox"/> 吸っていたがやめた | <input type="checkbox"/> もともと吸っていない |

問 58 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(該当するものすべてに回答)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ない               | <input type="checkbox"/> 高血圧                 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    | <input type="checkbox"/> 心臓病                 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病              | <input type="checkbox"/> 高脂血症(脂質異常)          |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) | <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気        |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気        | <input type="checkbox"/> 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) |
| <input type="checkbox"/> 外傷(転倒・骨折等)       | <input type="checkbox"/> がん(悪性新生物)           |
| <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気         | <input type="checkbox"/> うつ病                 |
| <input type="checkbox"/> 認知症(アルツハイマー病等)   | <input type="checkbox"/> パーキンソン病             |
| <input type="checkbox"/> 目の病気             | <input type="checkbox"/> 耳の病気                |
| <input type="checkbox"/> その他( )           |  |

---

### 認知症にかかる相談窓口の把握についてお聞きします

---

問 59 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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

問 60 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(回答は1つ)

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

## 介護保険制度と高齢者施策についてお聞きします

問 61 現在、厚木市には、厚木、厚木南、依知、睦合、睦合南、荻野、小鮎・緑ヶ丘、玉川・森の里、南毛利、相川・南毛利南の 10 か所の地域包括支援センターがありますが、あなたがお住まいの地域の地域包括支援センターを知っていますか。(回答は 1 つ)

- 知っている  知らない

※地域包括支援センターとは、高齢者の方が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、生活の安定のために必要な援助、支援をする拠点です。

問 62 「地域包括ケア」という言葉を知っていますか。(回答は 1 つ)

- 知っている  知らない

問 63 介護保険制度や高齢者に対するサービスなどに関する情報をどこから得ていますか。(該当するものすべてに回答)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 市の窓口            | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター    |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー         | <input type="checkbox"/> 介護サービス提供事業者   |
| <input type="checkbox"/> 主治医、医療機関        | <input type="checkbox"/> 民生委員          |
| <input type="checkbox"/> 家族、親戚、知人        | <input type="checkbox"/> 市のパンフレット、広報など |
| <input type="checkbox"/> 新聞、テレビ、ラジオ、雑誌など | <input type="checkbox"/> その他 ( )       |

問 64 介護保険制度や高齢者に対するサービスなどについて困ったとき、よく分からないことがあったときは、どこに相談しますか。(該当するものすべてに回答)

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 市の窓口     | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター       |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー  | <input type="checkbox"/> 介護サービス提供事業者      |
| <input type="checkbox"/> 主治医、医療機関 | <input type="checkbox"/> 民生委員             |
| <input type="checkbox"/> 家族、親戚、知人 | <input type="checkbox"/> どこに相談したらよいか分からない |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |

問 65 介護保険制度に関して、厚木市にどのようなことを望みますか。(回答は 2 つまで)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 相談や苦情の窓口を充実する           | <input type="checkbox"/> 利用できるサービス提供事業者の数を増やす |
| <input type="checkbox"/> 介護保険制度に関する情報をわかりやすく提供する |   |
| <input type="checkbox"/> 不正請求などがなくチェック機能を充実する    |   |
| <input type="checkbox"/> 特になし                    |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                 |   |

問 66 介護予防(できるだけ介護が必要な状態にならないようにするための教室等) 関心がありますか。(回答は 1 つ)

- ある  ない

問 67 介護予防のためのさまざまな講習やトレーニングに参加してみたいと思いますか。(回答は1つ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 現在、参加している          | <input type="checkbox"/> 今後、参加してみたい ---▶【問 68 へ】 |
| <input type="checkbox"/> あまり参加したいと思わない      | <input type="checkbox"/> まったく参加したいと思わない          |
| <input type="checkbox"/> 分からない ---▶【問 68 へ】 |  |

問 67 で「現在、参加している」と回答された方にお聞きします。

問 67-1 どのような講習やトレーニングに参加していますか。(該当するものすべてに回答)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 市主催の介護予防教室  | <input type="checkbox"/> スポーツセンターのトレーニングルーム |
| <input type="checkbox"/> 公共施設のプール    | <input type="checkbox"/> 民間のスポーツクラブ         |
| <input type="checkbox"/> 民間のスイミングクラブ | <input type="checkbox"/> 地域のサークル            |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     |   |

問 67 で「あまり参加したいと思わない」「まったく参加したいと思わない」と回答された方にお聞きします。

問 67-2 講習やトレーニングに参加したいと思わない理由は何ですか。(該当するものすべてに回答)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> どこで、どのような講習やトレーニングがあるのか知らないから |  |
| <input type="checkbox"/> 参加の方法がよくわからないから               | <input type="checkbox"/> 一緒に参加する友人や仲間がないから |
| <input type="checkbox"/> 家事や介護など時間的余裕がないから             | <input type="checkbox"/> 経済的に余裕がないから       |
| <input type="checkbox"/> 場所が遠くて、交通手段がないから              | <input type="checkbox"/> 健康・体力に自信がないから     |
| <input type="checkbox"/> 参加したいものがないから                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )           |

問 68 高齢者の健康づくり・介護予防を促す取組として、どのような施策があると良いと思いますか。(回答は3つまで)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 効果的な広報(健康に関する正しい知識の普及、健康づくりの取組の周知等) |
| <input type="checkbox"/> 健康手帳の配布などの自己管理の仕組みづくり               |
| <input type="checkbox"/> 身近な場所で運動ができる施設の整備                   |
| <input type="checkbox"/> 健康診断等の受診勧奨と受診後の健康指導                 |
| <input type="checkbox"/> 健康活動に対するポイント制などのインセンティブ作り           |
| <input type="checkbox"/> 健康相談窓口の設置                           |
| <input type="checkbox"/> 高齢者が一緒に食事を取る場所づくり(孤食防止)             |
| <input type="checkbox"/> ボランティアなどの社会活動に参加しやすい仕組みづくり          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                             |
| <input type="checkbox"/> 特になし                                |

問 69 厚木市の高齢者施策に関して、どのようなことを望みますか。(回答は3つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高齢者の生きがいや趣味などの活動機会を充実する          | <input type="checkbox"/> 高齢者の就労を支援する              |
| <input type="checkbox"/> 生活上の問題や介護の問題などの相談体制を充実する         | <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅の整備を図る            |
| <input type="checkbox"/> 地域全体で高齢者を見守る基盤づくりを強化する           | <input type="checkbox"/> 保健、医療、福祉、介護に関する情報提供を充実する |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医や訪問看護など、地域医療体制を充実する        | <input type="checkbox"/> 訪問指導、相談などの健康づくりを充実する     |
| <input type="checkbox"/> 健康診査、がん検診などの機会を充実する              | <input type="checkbox"/> ボランティア活動などへの参加機会を充実する    |
| <input type="checkbox"/> 高齢者を保護する権利擁護などへの取組みを充実する         | <input type="checkbox"/> 交通手段の整備など、高齢者の移動手段の確保を図る |
| <input type="checkbox"/> できるだけ介護が必要な状態にならないよう、介護予防事業を充実する |   |
| <input type="checkbox"/> 道路の段差の解消など、活動しやすいまちづくりを進める       |   |
| <input type="checkbox"/> 現在実施している高齢者在宅福祉サービス等の継続及び拡充      |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                          |   |

---

### 今後の生活についてお聞きします

---

問 70 あなたにとって、老後に不安が感じられるものは何ですか。(回答は3つまで)

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 健康上の問題     | <input type="checkbox"/> 経済上の問題         |
| <input type="checkbox"/> 住まい、生活上の問題 | <input type="checkbox"/> 家族や地域とのつながりの問題 |
| <input type="checkbox"/> 生きがいの問題    | <input type="checkbox"/> 大きな不安はない       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    | <input type="checkbox"/> 分からない          |

問 71 御自身の健康寿命を延ばすためにどのようなことが重要だと思いますか。(回答は3つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 休養や睡眠を十分にとること                        | <input type="checkbox"/> 適度に運動すること                |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことを自分ですること                      | <input type="checkbox"/> 健康診断や受診など自己の健康状態の把握      |
| <input type="checkbox"/> 家族や友人との交流                            | <input type="checkbox"/> 仕事やボランティアなどにより社会で役割を得ること |
| <input type="checkbox"/> バランスの良い食事や家族・仲間と食事を取るなどの孤食を防ぐこと      |   |
| <input type="checkbox"/> 文章を書く・読む、ゲームをする、脳トレなどにより知的行動習慣をつけること |   |
| <input type="checkbox"/> 特にない                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                  |

問 72 年を取って生活したいと思う場所はどこですか。(回答は1つ)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 新しい状況に合わせて移り住んだ、高齢者のための住宅(バリアフリー対応住宅やサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなど) |                                    |
| <input type="checkbox"/> グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設   | <input type="checkbox"/> 病院などの医療機関 |
| <input type="checkbox"/> 分からない   | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |

問 73 高齢期に希望する場所で暮らすために必要なことは何ですか。(回答は3つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 家族による手助けがあること    | <input type="checkbox"/> 介護保険のサービスが利用できること      |
| <input type="checkbox"/> 医療機関が身近にあること     | <input type="checkbox"/> 公園・緑地などの憩いの場があること      |
| <input type="checkbox"/> 買い物をする店が近くにあること  | <input type="checkbox"/> 介護保険以外のサービス・支援が利用できること |
| <input type="checkbox"/> 交通の便がよいこと        | <input type="checkbox"/> 地域の人が気軽に集える施設があること     |
| <input type="checkbox"/> 近所での助け合いや協力があること | <input type="checkbox"/> 災害や犯罪などに対する地域での取組があること |
| <input type="checkbox"/> 特にない             | <input type="checkbox"/> その他( )                 |

問 74 自分の介護が必要になった場合に、どこでどのような介護を受けたいですか。(回答は1つ)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい      |
| <input type="checkbox"/> 家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい |
| <input type="checkbox"/> 有料老人ホームやケア付き高齢者向け住宅に住み替えて介護を受けたい      |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームなどの介護施設で介護を受けたい              |
| <input type="checkbox"/> 自宅で家族中心に介護を受けたい                       |
| <input type="checkbox"/> 医療機関に入院して介護を受けたい                      |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                |

問 75 自分の最期は、どこで迎えたいですか。(回答は1つ)

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅   | <input type="checkbox"/> 介護施設   |
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> その他( ) |

問 76 家族に介護が必要になった場合に、どこでどのような介護を受けてほしいですか。(回答は1つ)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 自宅で家族中心に介護を受けさせたい(受けてほしい)                       |
| <input type="checkbox"/> 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい(受けてほしい)      |
| <input type="checkbox"/> 家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい(受けてほしい) |
| <input type="checkbox"/> 有料老人ホームやケア付き高齢者向け住宅に住み替えて介護を受けさせたい(受けてほしい)      |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームなどの介護施設で介護を受けさせたい(受けてほしい)              |
| <input type="checkbox"/> 医療機関に入院して介護を受けさせたい(受けてほしい)                      |
| <input type="checkbox"/> その他( )  |

問 77 将来、自分が介護されることに不安はありますか。(回答は1つ)

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大いに不安    | <input type="checkbox"/> やや不安    |
| <input type="checkbox"/> あまり不安はない | <input type="checkbox"/> 全く不安はない |
- ▶【問 78 へ】

**問 77 で「大いに不安」「やや不安」とお答えの方にお伺いします**

問 77-1 具体的にどのようなことが不安ですか。(回答は3つまで)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 適切な介護サービスが受けられないこと    | <input type="checkbox"/> 要介護度が重度化すること |
| <input type="checkbox"/> 費用がかかり、生活が困窮になったときのこと | <input type="checkbox"/> 家族の負担になること   |
| <input type="checkbox"/> 買い物などの日常生活のこと         | <input type="checkbox"/> 地域との付き合い     |
| <input type="checkbox"/> 災害のとき                 |                                       |
| <input type="checkbox"/> その他( )                |                                       |

問 78 老後にひとり暮らしをすることになった場合に不安はありますか。(回答は1つ)

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大いに不安    | <input type="checkbox"/> やや不安    |
| <input type="checkbox"/> あまり不安はない | <input type="checkbox"/> 全く不安はない |
- ▶【問 79 へ】

問 78 で「大いに不安」「やや不安」とお答えの方にお伺いします

問 78-1 具体的にどのようなことが不安ですか。(回答は3つまで)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 寝たきりや身体が不自由になり、介護が必要になったときのこと |   |
| <input type="checkbox"/> 病気になったときのこと                   | <input type="checkbox"/> 買い物などの日常生活のこと  |
| <input type="checkbox"/> 地域との付き合い                      | <input type="checkbox"/> 日常会話をする相手がないこと |
| <input type="checkbox"/> 悩みや心配事を相談する相手がないこと            | <input type="checkbox"/> 災害のとき          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                       |   |

問 79 老後にひとり暮らしをする場合に、日常生活で困った時には誰に頼りますか。(回答は2つまで)

- |                                |  |                                  |
|--------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 子ども・孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚         | <input type="checkbox"/> 友人      |
| <input type="checkbox"/> 近所の人  | <input type="checkbox"/> 地域のボランティア等のサービス | <input type="checkbox"/> 民間のサービス |
| <input type="checkbox"/> いない   |  |                                  |

問 80 老後にひとり暮らしをする場合にどのようなサービスがあるとよいですか。(回答は3つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 通院、買い物等の外出の手伝い | <input type="checkbox"/> 洗濯や食事の準備などの日常的な家事支援    |
| <input type="checkbox"/> 配食サービスの支援      | <input type="checkbox"/> ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事 |
| <input type="checkbox"/> 健康管理の支援        | <input type="checkbox"/> 見守り・安否確認               |
| <input type="checkbox"/> 悩み事の相談         | <input type="checkbox"/> 日常会話の相手                |
| <input type="checkbox"/> 急病などの緊急時の手助け   | <input type="checkbox"/> 気軽に行ける自由な居場所づくり        |
| <input type="checkbox"/> 特にない           | <input type="checkbox"/> その他 ( )                |

問 81 老後にひとり暮らしをする場合、住みたい住居の立地条件として、どのようなことを重視しますか。(回答は3つまで)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家の近くであること | <input type="checkbox"/> 親戚の家の近くであること               |
| <input type="checkbox"/> 友人・知人の家の近くであること | <input type="checkbox"/> 現在の住居の近くであること又は現在の住居地であること |
| <input type="checkbox"/> 地域の助け合いや協力があること | <input type="checkbox"/> 病院・診療所の近くであること             |
| <input type="checkbox"/> 買い物がしやすいこと      | <input type="checkbox"/> 在宅医療・在宅介護の充実している地域であること    |
| <input type="checkbox"/> 仕事に就きやすいこと      | <input type="checkbox"/> 公共交通機関が整備されており交通の便がよいこと    |
| <input type="checkbox"/> 自然環境が良いこと       | <input type="checkbox"/> 趣味や生涯学習などの環境が整っていること       |
| <input type="checkbox"/> 特にない            | <input type="checkbox"/> その他 ( )                    |

問 82 現在お住まいの地域に高齢期になっても住み続けたいと思いますか。(回答は1つ)

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 思う        | <input type="checkbox"/> どちらかと思う |
| <input type="checkbox"/> どちらかと思わない | <input type="checkbox"/> 思わない    |
| <input type="checkbox"/> 分からない     |                                  |
- ▶【問 82-1 へ】
- 
- ▶【問 82-2 へ】
- 
- ▶【問 83 へ】

問 82 で「思う」「どちらかというと思う」とお答えの方にお伺いします

問 82-1 その理由は何ですか。(回答は3つまで)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 住み慣れているから      | <input type="checkbox"/> 家族・友人など頼れる人が近くにいるから |
| <input type="checkbox"/> 医療・介護が充実しているから | <input type="checkbox"/> 交通の便がよく買い物などをしやすいから |
| <input type="checkbox"/> 自然に恵まれているから    | <input type="checkbox"/> 地域での交流が盛んだから        |
| <input type="checkbox"/> 高齢者が働ける場所が多いから |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )        |  |

問 82 で「どちらかというと思わない」「思わない」とお答えの方にお伺いします

問 82-2 その理由は何ですか。(回答は3つまで)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 住み慣れていないから        | <input type="checkbox"/> 家族・友人など頼れる人が近くにいないから |
| <input type="checkbox"/> 医療・介護サービスに不安があるから | <input type="checkbox"/> 交通の便が悪く買い物などが不便だから   |
| <input type="checkbox"/> 自然に恵まれていないから      | <input type="checkbox"/> 地域での交流が乏しいから         |
| <input type="checkbox"/> 高齢者が働ける場所が少ないから   |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )           |   |

問 83 あなたのお住まいの地域では支え合いが展開されていると思いますか。(回答は1つ)

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 思う           | <input type="checkbox"/> どちらかというと思う |
| <input type="checkbox"/> どちらかというと思わない | <input type="checkbox"/> 思わない       |
| <input type="checkbox"/> 分からない        |                                     |

問 84 地域で困っている人がいたら、あなたは助けようと思いますか。(回答は1つ)

- |                                       |                                    |               |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 積極的に助けようと思う  | <input type="checkbox"/> 助けようと思う   | ---->【問 85 へ】 |
| <input type="checkbox"/> あまり助けようと思わない | <input type="checkbox"/> 助けようと思わない |               |
| <input type="checkbox"/> 分からない        |                                    | ---->【問 85 へ】 |

問 84 で「あまり助けようと思わない」「助けようと思わない」とお答えの方にお伺いします

問 84-1 その理由は何ですか。(回答は2つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 仕事や家事などで忙しく時間がないから | <input type="checkbox"/> ふだん付き合う機会がないから       |
| <input type="checkbox"/> 地域の人と知り合うきっかけがないから | <input type="checkbox"/> 気の合う人、話の合う人が近くにいないから |
| <input type="checkbox"/> あまり関わりを持ちたくないから    |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )            |   |

問 85 あなたが実施したい地域での支え合い活動は何ですか。(回答は3つまで)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 通院、買い物等の外出の手伝い | <input type="checkbox"/> 洗濯や食事の準備などの日常的な家事支援    |
| <input type="checkbox"/> 配食サービスの支援      | <input type="checkbox"/> ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事 |
| <input type="checkbox"/> 健康管理の支援        | <input type="checkbox"/> 見守り・安否確認               |
| <input type="checkbox"/> 悩み事の相談         | <input type="checkbox"/> 日常会話の相手                |
| <input type="checkbox"/> 急病などの緊急時の手助け   | <input type="checkbox"/> 気軽に行ける自由な居場所づくり        |
| <input type="checkbox"/> 特に手助けをしようと思わない | <input type="checkbox"/> 分からない                  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )        |   |

問 86 地域の支え合いの機能を向上させるためにどのような施策が有効だと思いますか。(回答は2つまで)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 要援護者の支援マップづくり                   |
| <input type="checkbox"/> 住民ボランティアのコーディネーター(※)の養成         |
| <input type="checkbox"/> 多世代が交流できる拠点の整備など支え合いを行う場の提供     |
| <input type="checkbox"/> ボランティアのポイント制などの取組意欲を刺激するきっかけづくり |
| <input type="checkbox"/> 特にない                            |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                         |

※ボランティアをしたい人とボランティアを利用したい人のマッチング等を行うもの

### アンケート調査に御協力いただき大変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。なお、御記入いただいた調査票は、同封いたしました返信用封筒(切手不要)に入れ、1月31日(金)までにポストに御投函ください。

