

資料4-2

| 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（）                     |    |   |   |   |

◎はじめに、あなた（あて名のご本人：以降の質問も同じ）についておうかがいします

（１）あなたの性別をお答えください。（○はひとつ）

1. 男性                                      2. 女性                                      3. その他、または、答えたくない

（２）あなたの年齢をお答えください。（○はひとつ）

1. 65歳～69歳                                      2. 70歳～74歳                                      3. 75歳～79歳  
4. 80歳～84歳                                      5. 85歳～89歳                                      6. 90歳～94歳  
7. 95歳～99歳                                      8. 100歳以上

（３）あなたの介護保険の認定状況について（○はひとつ）

1. 認定を受けていない                                      2. 事業対象者  
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（○はひとつ）

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（○はひとつ）

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 (○はいくつでも)

- |                   |                     |             |
|-------------------|---------------------|-------------|
| 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・聴覚障がい      | 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「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

②主にどなたの介護、介助を受けていますか (○はいくつでも)

- |                |          |          |
|----------------|----------|----------|
| 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 (○はひとつ)

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

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (○はひとつ)

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 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 (○はひとつ)

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

(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 (○はひとつ)

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

(3) 15分位続けて歩いていますか (○はひとつ)

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (○はひとつ)

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 (○はひとつ)

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

(6) 週に1回以上は外出していますか (○はひとつ)

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

(7) あなたは、外出するときにはどのような目的で外出しますか

- 1 仕事      2 買い物などの日常生活の用事  
3 散歩      4 通院  
5 町会などの活動、ボランティア活動      6 体操やカラオケなど趣味や習いごと  
7 親族または友人・知人と会うため      8 その他  
( )

(8) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (○はひとつ)

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

(9) 外出を控えていますか (○はひとつ)

1. はい

## 2. いいえ

【(9)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（○はいくつでも）

## 1. 病氣

## 2. 障がい(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. 耳の障がい（聞こえの問題など）

## 6. 目の障がい

## 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 ( )

(10) 外出する際の移動手段は何ですか (○はいくつでも)

## 1. 徒步

## 2. 自轉車

### 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）

## 1.1. 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

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 (○はひとつ)

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 (○はひとつ)                                                            |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| (4) 口の渇きが気になりますか (○はひとつ)                                                                  |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| (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 (○はひとつ)                                                 |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| (6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください<br>(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です) (○はひとつ)                          |                          |            |
| 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 |            |
| ①噛み合わせは良いですか (○はひとつ)                                                                      |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| ②【(6) で「1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか (○はひとつ) |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| (7) あなたはかんで食べる時の状態は、次のどれにあてはまりますか                                                         |                          |            |
| 1 何でも、かんで食べることができる                                                                        | 2 一部、かめない食べ物がある          |            |
| 3 かめない食べ物が多い                                                                              | 4 かんで食べることはできない          |            |
| (8) 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか (○はひとつ)                                                |                          |            |
| 1. はい                                                                                     | 2. いいえ                   |            |
| (9) どなたかと食事をとる機会がありますか (○はひとつ)                                                            |                          |            |
| 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                |            |

**問 4****毎日の生活について**

(1) 物忘れが多いと感じますか (○はひとつ)

1. はい

2. いいえ

(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 (○はひとつ)

1. はい

2. いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか (○はひとつ)

1. はい

2. いいえ

(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) (○はひとつ)

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

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (○はひとつ)

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

(6) 自分で食事の用意をしていますか (○はひとつ)

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

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか (○はひとつ)

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

(8) 自分で預貯金のおし入れをしていますか (○はひとつ)

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

(9) 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 (○はひとつ)

1. はい

2. いいえ

(10) 新聞を読んでいますか (○はひとつ)

1. はい

2. いいえ

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| (11) 本や雑誌を読んでいますか (○はひとつ)          |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (12) 健康についての記事や番組に関心がありますか (○はひとつ) |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (13) 友人の家を訪ねていますか (○はひとつ)          |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (14) 家族や友人の相談にのっていますか (○はひとつ)      |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (15) 病人を見舞うことができますか (○はひとつ)        |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (16) 若い人に自分から話しかけることがありますか (○はひとつ) |            |
| 1. はい                              | 2. いいえ     |
| (17) 趣味はありますか (○はひとつ)              |            |
| 1. 趣味あり                            | → (具体的に: ) |
| 2. 思いつかない                          |            |
| (18) 生きがいがありますか (○はひとつ)            |            |
| 1. 生きがいあり                          | → (具体的に: ) |
| 2. 思いつかない                          |            |

## 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（それぞれ○はひとつ）

|                                               | 週4回<br>以上 | 週2<br>～3回 | 週1回 | 月1<br>～3回 | 年に<br>数回 | 参加して<br>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           |
| ⑤-1<br>百歳体操やラジオ体操<br>等の介護予防のための<br>体操・運動の通いの場 | 1         | 2         | 3   | 4         | 5        | 6           |
| ⑤-2<br>上記⑤-1以外の介護<br>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（○はひとつ）

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（○はひとつ）

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

## 問6 介護予防について

(1) あなたは、介護予防についてどれほど意識していますか。（○はひとつ）

|              |            |
|--------------|------------|
| 1 意識している     | 2 やや意識している |
| 3 あまり意識していない | 4 意識していない  |

(2) あなたが、介護予防※として、今取り組んでいること、今後取り組んでみたいことに○をつけてください。

|                                        |                      |
|----------------------------------------|----------------------|
| 1 体操や運動により体力を維持する                      | 2 栄養バランスの取れた食事をとる    |
| 3 歯磨きや入れ歯の手入れを行い、口のなかの健康を保つ            |                      |
| 4 町会、老人クラブなどの地域活動やボランティア活動に参加する        |                      |
| 5 趣味や学習を楽しむ                            | 6 近所の人や友達と交流する       |
| 7 掃除や洗濯、調理など、自分でできることは自分でする            |                      |
| 8 健診（検診）や保健指導を受けたりかかりつけ医の指示どおりに受診したりする |                      |
| 9 仕事をする                                | 10 介護予防ポイント事業        |
| 11 百歳体操（いきいき・かみかみ・しゃきしゃき）              |                      |
| 12 その他                                 | 13 特にない→次の設問にお答えください |

(3) 【問（2）で「13特にない」と回答された方におうかがいします】

あなたが、介護予防について、取り組んでいない、または、取り組んでみたいと思わない理由は何ですか。（○はいくつでも）

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1 介護予防に取り組まなくても、日常生活に支障がないから |                        |
| 2 どのように取り組んでいいのかわからないから      |                        |
| 3 外に出るのがおっくうだから              | 4 持病があったり、体調が悪くてできないから |
| 5 今は取り組んでいないが、今後取り組もうと思っている  | 6 その他                  |

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| <b>問7</b> | <b>たすけあいについて</b>              |
|           | 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 |

(1) あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人（○はいくつでも）

|                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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を聞いてあげる人 (○はいくつでも)

|                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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 (○はいくつでも)

|                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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、看病や世話をしてくれる人 (○はいくつでも)

|                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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 (○はいくつでも)

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 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。(○はひとつ)

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

(7) 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。(○はひとつ)

- |             |          |         |
|-------------|----------|---------|
| 1. 0人 (いない) | 2. 1～2人  | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人     | 5. 10人以上 |         |

(8) 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)

- |                   |               |            |
|-------------------|---------------|------------|
| 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8 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 (○はひとつ)

- |          |         |            |         |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (○はひとつ)

(「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) あなたの現在の生活の満足度は次のどれにあてはまりますか。

- |           |         |
|-----------|---------|
| 1 満足      | 2 やや満足  |
| 3 やや満足でない | 4 満足でない |

(4) 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 (○はひとつ)

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

(5) 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 (○はひとつ)

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

(6) 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 |

(7) 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 |

(8) 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 ( )       |

(9) 新型コロナウイルス感染症にかかる感染対策を行っていますか？

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 行っている | 2. 行っていない |
|----------|-----------|

(10) 【問 (9) で「1. 行っている」と答えた方にお聞きします】 (〇はいくつでも)

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 1. 人と話す時は間隔を空けている (2m)     | 2. 会話の際は真正面を避けている    |
| 3. 大人数が集まる場所を避けている         | 4. こまめに手洗い・手指消毒をしている |
| 5. こまめな換気を心掛けている           |                      |
| 6. 外食をする場合は、少人数・短時間を心掛けている |                      |

|                                                                  |                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 7. 外食をする場合は、マスク会食をしている                                           | 8. その他（                |
| (11) あなたは新型コロナウイルス感染症に感染した経験はありますか。(本調査は個人を特定するものではありません)(○はひとつ) |                        |
| 1. ある                                                            | 2. ない                  |
| 3. わからない                                                         | 4. 答えたくない              |
| (12) あなたにはかかりつけの医師はおられますか                                        |                        |
| 1 かかりつけの医師がいる                                                    | 2 かかりつけの医師はいない         |
| ① かかりつけの医師はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか                             |                        |
| 1 自宅に来てくれる(来てくれると思う)                                             |                        |
| 2 来てくれない                                                         | 3 わからない                |
| (13) あなたには、かかりつけの歯科医師はおられますか                                     |                        |
| 1 かかりつけの歯科医師がいる                                                  | 2 かかりつけの歯科医師はいない       |
| ① かかりつけの歯科医師はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか                           |                        |
| 1 自宅に来てくれる(来てくれると思う)                                             |                        |
| 2 来てくれない                                                         | 3 わからない                |
| (14) あなたには、かかりつけの薬剤師・薬局がありますか                                    |                        |
| 1 かかりつけの薬剤師・薬局がいる(ある)                                            | 2 かかりつけの薬剤師・薬局はいない(ない) |
| ① かかりつけの薬剤師・薬局はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか                         |                        |
| 1 自宅に来てくれる(来てくれると思う)                                             |                        |
| 2 来てくれない                                                         | 3 わからない                |

|    |                    |
|----|--------------------|
| 問9 | 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               |
| (3) 【問9-(2)で「1. はい」の方のみ】                                     |                      |
| あなたが認知症に関する相談窓口として知っているところはどこですか。(〇はいくつでも)                   |                      |
| 1 かかりつけの医師                                                   | 2 地域の精神科・神経内科などの医療機関 |
| 3 認知症疾患医療センター                                                | 4 民生委員・町会などの地域役員     |
| 5 介護支援専門員(ケアマネジャー)やホームヘルパーなどの介護保険事業者                         |                      |
| 6 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホームなどの介護保険事業者                       |                      |
| 7 地域包括支援センターまたは総合相談窓口(ブランチ)                                  |                      |
| 8 認知症初期集中支援チーム(通称「オレンジチーム」)                                  |                      |
| 9 区役所・保健福祉センター・                                              | 10 その他( )            |
| (4) あなたは、あなた又はあなたのご家族が認知症について不安に感じるときは、どちらに相談されますか。(〇はいくつでも) |                      |
| 1 かかりつけの医師                                                   | 2 地域の精神科・神経内科などの医療機関 |
| 3 認知症疾患医療センター                                                | 4 民生委員・町会などの地域役員     |
| 5 介護支援専門員(ケアマネジャー)やホームヘルパーなどの介護保険事業者                         |                      |
| 6 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホームなどの介護保険事業者                       |                      |

- 7 地域包括支援センターまたは総合相談窓口（ブランチ）
- 8 認知症初期集中支援チーム（通称「オレンジチーム」）
- 9 区役所・保健福祉センター
- 10 どこに相談すればいいかわからない
- 11 その他（ ）

## 問 10 高齢者向けのお知らせ等、情報の入手先について

（１）あなたは、高齢者向けのお知らせや健康・介護予防に関する情報をどこから得ていますか。

- 1 ご家族・友人・知人
- 2 介護支援専門員（ケアマネジャー）やホームヘルパーなどの介護保険事業者
- 3 民生委員
- 4 町会・自治会・地域活動協議会、地域社会福祉協議会など、地域で見守り活動を行っている団体
- 5 地域ネットワーク委員・推進員や福祉のコーディネーター（地域福祉活動などの調整役）
- 6 区社会福祉協議会
- 7 老人福祉センター
- 8 区役所・保健福祉センター
- 10 「区政だより」や「くらしの便利帳」など広報誌
- 11 市のホームページ（インターネット）、メールマガジンなど
- 12 新聞・テレビ・ラジオなど
- 13 その他
- 14 特にない

（２）あなたにとって、住み慣れた地域での自立した生活とはどのようなものですか。

- 1 介護を受けずに、自分だけの力で生活続けること
- 2 介護を受けずに、できないことは地域で支え合い、生活続けること
- 3 介護を受けながら、できないことは地域で支え合い、生活続けること
- 4 介護を受ける、受けないに関わらず、いきがいを持って自己選択に基づく生活続けること

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■