

(宛名ラベル)

春日市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

日頃から、市政の推進に多大なご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

現在、春日市では、市の高齢者施策などの方針を定める「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の見直しに取り組んでいます。この調査は、皆さまの生活状況、健康状態、介護・福祉サービスに対するご意見などをお伺いし、計画の見直しと今後の高齢者福祉施策の充実にいかすために行うものです。

この調査票は、令和5年2月1日現在で春日市にお住まいの65歳以上の方で、要介護認定を受けられていない方1,200人（無作為抽出）にお送りしています。本調査で得られたデータを活用するにあたり、必要に応じて市の管理するデータと情報を連携して集計・分析を行います。

なお、回答いただいた内容については調査の目的のみに使用し、それ以外に使用することはありません。

お忙しい中、大変恐縮ですが、調査の目的をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年2月

春日市長 井上 澄和



お願い

- 1 この調査は、上記宛名のご本人がお答えください。
ご本人による記入が困難な場合は、ご家族や代理の方が記入してください。
- 2 この調査は、記入時現在でお答えください。
- 3 回答は、あてはまる項目を選んで、その番号を○で囲み、「その他」を選ばれた場合は、
() 内になるべく具体的にその内容を記入してください。
- 4 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに

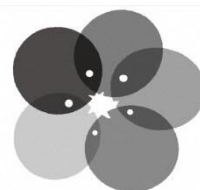
3月10日（金）までに投函してください。

調査に関するお問い合わせ

春日市 健康推進部 高齢課 指定指導担当

(担当者：副島^{そえじま}、若杉^{わかすぎ})

☎ 092-981-0116 (直通)



みんなで春をつくろう

この調査票を記入して下さるのはどなたですか。(○はいくつでも可)

1. 本人(調査対象者)

2. 家族・親族

3. 家族・親族以外

(1) 家族構成を教えてください。(1つに○)

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) 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要です。(1つに○)

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

→ (2) - 1へ

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) - 1、(2) - 2へ

(2) - 1 ((2)において「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」と回答した方にお聞きます。
介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(○はいくつでも可)

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(肺炎・気管支炎等)

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)－2 (2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ
主にご自分の介護、介助を受けていますか。(○はいくつでも可)

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見てどう感じますか。(1つに○)

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)－1 身長・体重をご記入ください。(以下の欄に右詰めで数字を記入)

身長				cm	体重				kg
----	----------------------	----------------------	----------------------	----	----	----------------------	----------------------	----------------------	----

(4)－2 現在の健康状態はいかがですか。(1つに○)

1. とてもよい	2. まあよい
3. あまりよくない	4. よくない

(4)－3 たばこは吸っていますか。(1つに○)

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

(4) - 4 現在治療中、又は後遺症のある病気はありますか。(○はいくつでも可)

1. ない	2. 高血圧 こうけつあつ
3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) のうそっちゅう のうしゅつけつ・のうこうそく	4. 心臓病 しんぞうびょう
5. 糖尿病 とうようびょう	6. 高脂血症(脂質異常) こうしけっしょう しじついじょう
7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) こきゅうき びょうき はいえん きかんしえん	8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 いちょう かんぞう たん びょうき
9. 腎臓・前立腺の病気 じんぞう ぜんりつせん	10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) きんこつかく こつ そ しょう かんせつしょう
11. 外傷(転倒・骨折等) がいしょう てんとう こっせつ	12. がん(悪性新生物) あくせいしんせいぶつ
13. 血液・免疫の病気 めんえき	14. うつ病
15. 認知症(アルツハイマー病等) にんちしょう	16. パーキンソン病
17. 目の病気	18. 耳の病気
19. その他()	

(4) - 5 この1カ月間気分が沈んだり、ゆううつになったりすることがありましたか。(1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) - 6 この1カ月間、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つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) - 7 あなたは、現在どの程度幸せですか。(1つに○)

「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、当てはまる点数に○をつけてください。

← 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

(5)－1 お酒は飲みますか。(1つに○)

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

(5)－2 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか。(1つに○)

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

(5)－3 歯の数[※]と、入れ歯を利用しているかどうかについて教えてください。(1つに○)

※ 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 |

(5)－4 どなたかと食事をともにする機会がありますか。(1つに○)

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

(5)－5 自分で食事の用意をしていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－1 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－2 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－3 物忘れが多いと感じますか。(1つに○)

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

(7)－1 階段を手すりや壁を伝わらずに登っていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－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つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－3 15分くらい続けて歩いていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－4 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つに○)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(7)－5 転倒に対する不安は大きいですか。(1つに○)

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

(8)－1 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 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)－2 週に1回以上は外出していますか。(1つに○)

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

(8)－3 昨年と比べて外出の回数は減っていますか。(1つに○)

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)－4 バス、電車または自家用車を使って一人で外出していますか。(1つに○)

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)－5 外出する際の移動手段はなんですか。(主なもの2つに○)

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. コミュニティバス(やよい)
9. 病院や施設のバス	10. 電動車いす
11. 歩行器・シルバーカー	12. タクシー
13. その他(	)

- (9) 心身が介護の必要な状態になることをできるだけ遅らせたり、今以上に悪化しないようにしたりすることを「介護予防（運動、栄養、口腔に関する取り組み等）」といいます。

ご自身で、介護予防に取り組んでいますか。（○は2つまで）

1. 市や公民館で実施している介護予防事業に参加している（参加した）
2. 自身で運動や認知症予防を心がけ、介護予防に取り組んでいる
3. これから取り組んでいきたい
4. 元気なので、介護予防の必要性を感じない
5. 病気があるからできない
6. 介護予防に取り組みたいが、どのようにしたらよいかわからない
7. 何もしたくない
8. その他()

- (10) あなたは、春日市の介護予防教室を知っていますか。（1つに○）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

- (11) 健康づくり、福祉サービスの紹介、介護・医療に関する悩みや虐待など、生活の困りごとに応じる総合相談窓口として、春日市には「地域包括支援センター※」が3か所あります。

「地域包括支援センター」を利用したことがありますか。（1つに○）

※春日市には、「春日市北地域包括支援センター」（TEL：589-6227）と、「春日市南地域包括支援センター」（TEL：595-8188）、「春日市東地域包括支援センター」（TEL：404-0310）があります。

- | | | |
|-------|-------|---------|
| 1. ある | 2. ない | 3. 知らない |
|-------|-------|---------|

→ (11) - 1 「1. ある」と答えた方にお聞きします。

地域包括支援センターの対応は満足のものでしたか。（1つに○）

- | | | | |
|-------|---------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. ほぼ満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|---------|---------|-------|

- (12) 以下のような会、グループ（ボランティア、趣味活動）等にどのくらいの頻度で参加していますか。（①～⑨それぞれについて、当てはまる頻度1つに○）

①～⑨それぞれ1つに○

	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 市の介護予防教室 （いきいきルーム、ナギの木苑など）	1	2	3	4	5	6
⑥ シニアクラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 自治会 （ふれあい・いきいきサロン、カフェなど）	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6
⑨ シルバー人材センター	1	2	3	4	5	6

- (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、いきいきと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つに○）

1. ぜひ参加したい	2. 参加してもよい
3. 参加したくない	4. すでに参加している

- (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、いきいきとした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動にお世話役として参加してみたいと思いますか。（1つに○）

1. ぜひ参加したい	2. 参加してもよい
3. 参加したくない	4. すでに参加している

(15) 日頃の生活について、どのような悩みや心配ごとがありますか。(○はいくつでも可)

1. 自分の健康のこと	2. 家族の健康のこと
3. 病気などのとき、面倒を見てくれる人がいないこと	4. 家族に先立たれ、孤独になること
5. 生活費などの経済的なこと	6. 家の老朽化など、住まいのこと
7. 毎日の楽しみや夢中になれることがないこと	8. 友人などの話し相手がいないこと
9. 家族や友人などとの人間関係のこと	10. 地震や風水害などの災害時の対応のこと
11. その他()	
12. 特に理由はないが、何となく不安になる	13. 悩みや心配ごとは特にない

(16) あなたの心配ごとや愚痴^{ぐち}を聞いてくれる人がいますか。(○はいくつでも可)

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

(17) 反対に、あなたが心配ごとや愚痴^{ぐち}を聞いてあげる人がいますか。(○はいくつでも可)

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

(18) 誰かの手助けが必要と感じるなど、困っていることはありますか。(〇はいくつでも可)

1. 日々のごみ出し	2. 外出の際の移動手段
3. 電球や蛍光灯の交換	4. 通院
5. 買い物	6. 庭の手入れ
7. 掃除・洗濯	8. 調理
9. その他()	10. 困っていることはない

(19) 困ったときは誰に頼っていますか。(〇はいくつでも可)

1. 家族・親族	2. 友人・知人・近所の人
3. 社会福祉協議会	4. 民生委員
5. 自治会の役員等	6. 地域包括支援センター
7. 市役所	8. 病院
9. その他()	
10. 頼れる人がいない	11. 困っていない

(20) 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ますか。
(〇はいくつでも可)

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

(21) 反対に、あなたが看病や世話をしている人がいますか。(○はいいくつでも可)

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

(22) あなたは「^{せいねんこうけんせいど}成年後見制度※」を知っていますか。(1つに○)

※「成年後見制度」とは、認知症などで判断能力が十分ではない人が不利益を被らないように、本人に代わって、介護・福祉サービスの利用の決定や財産管理を援助する人を選任することで法的に支援し、安心して暮らせるようにするための仕組みです。

1. 内容を知っている	2. 聞いたことはあるが、内容は知らない	3. 聞いたこともないし、わからない
-------------	----------------------	--------------------

(23) あなた自身やあなたの家族などが認知症などで判断が十分にできなくなったとき、「成年後見制度」を利用したい(してほしい)ですか。(1つに○)

1. 利用したい(してほしい)	2. 利用したくない(させたくない)	3. わからない
-----------------	--------------------	----------

(23) - 1 「2. 利用したくない(させたくない)」と回答した方にお聞きします。
その理由はなぜですか。(○は2つまで)

1. 親族の支援があるから
2. 費用がどのくらいかかるか心配だから
3. 家庭裁判所に申し立てることに抵抗があるから
4. 手続きが大変そうだから
5. 後見人になってほしい人が見当たらないから
6. 他人(家族含む)に財産などを任せることに不安があるから
7. どういう時に利用して良いかわからないから
8. その他()

(24) 判断能力に不安を感じたとき、だれ(どの機関)に相談したいですか。(○は2つまで)

1. 親族	2. 知人
3. 民生委員などの地域の人	4. 市役所(高齢課、福祉支援課)・地域包括支援センター
5. 社会福祉協議会	6. 医療機関
7. 弁護士や司法書士、社会福祉士などの専門職	8. その他()
9. 相談できる人(機関)はいない	

(25) 今後、高齢化がますます進展するにつれて、認知症高齢者も増加することが予想されています。認知症などにより意思決定や判断に支援が必要になった場合に、適切に成年後見制度やその他関連するサービスを利用できる体制をつくることが重要となります。成年後見制度やその他関連するサービスの利用促進・充実を図っていくためにはどのようなことが必要だと思いますか。(○は2つまで)

1. 周知・広報活動の推進	2. 相談体制の充実
3. 金銭の横領などの不正防止の徹底	4. 特にない
5. わからない	6. その他()

(26) 認知症に関して次のような事を知っていますか。(○はいくつでも可)

1. 症状のひとつに、ついさっきしたこと・言ったこと(例:食事をしたこと等)を忘れることがある
2. 加齢によるもの忘れと認知症による記憶障害は異なる
3. 認知症には、「アルツハイマー型」や「 のうけっかんせい 脳血管性」など様々な種類がある
4. 規則正しい生活をする事は、認知症予防の1つとされている
5. 相談できる場所・機関等がどこか
6. 受診医療機関は、専門医(物忘れ外来、脳神経外科、精神科等)が望ましい
7. 近隣の認知症の専門医(病院・医院)がどこか
8. 認知症がある人に対する接し方
9. その他()
10. いずれも知らない

(27) 「認知症サポーター養成講座」を知っていますか。(1つに○)

- | | | |
|---------------------|---------------------|---------|
| 1. 知っているし、受講したことがある | 2. 知っているが、受講したことはない | 3. 知らない |
|---------------------|---------------------|---------|

(28) あなたを含めた家族に認知症の症状がある人がいますか。(1つに○)

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

(29) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つに○)

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

(30) 春日市には、認知症がある高齢者等が行方不明になることに備えて、緊急連絡先及び写真等を登録する「認知症高齢者等事前登録制度」があります。緊急連絡先や写真等を登録し、本人特定の手がかりになる登録番号付のシール（見守りオレンジシール）を交付しています。
この制度を知っていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(31) あなたは、今後3年間で、今よりも介護が必要になったら、どこで暮らしたいですか。
(1つに○)

- | |
|---|
| 1. 在宅(自宅や家族の家) |
| 2. 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院) |
| 3. 2以外の施設(有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等) |

- (32) 介護保険のサービス費用の半分は、皆さんの介護保険料でまかなうことになっています。そのため、サービスを利用する人が増えたり、サービスや事業が充実したりすると、介護保険料が高くなります。

このような介護保険料のあり方について、あなたはどのように考えますか。(1つに○)

- | |
|--|
| 1. サービスや事業が充実するのであれば、保険料がその分高くなってもやむを得ない |
| 2. サービスや事業が充実しなくても、保険料は低い方がよい |
| 3. どちらともいえない |

- (33) あなたは、インターネットから情報を得ていますか。(1つに○)

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

- (34) 最後に、介護保険サービスや高齢者の福祉施策に関するご意見やご要望など、何でも結構ですので、自由にご記入ください。(自由記述)

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
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。