

令和4年度 守谷市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 【調査票】

～ご協力のお願い～

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。日頃から、守谷市の介護予防事業にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

守谷市では、市民の皆様にならでも健康に生活していただくための事業を充実させるため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施します。趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年12月

守谷市

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する項目にをつけてください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、12月23日(金)までに投函してください。

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。 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1. あて名のご本人が記入 <input type="checkbox"/> 2. ご家族が記入 <div style="text-align: center;">(あて名のご本人からみた続柄)</div> <input type="checkbox"/> 3. その他				

この調査に関してのお問い合わせは、次のところまでお願いいたします。

守谷市役所 健幸福祉部 健幸長寿課

電話 0297-45-1111 FAX 0297-45-6527

【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、守谷市による介護保険事業計画策定、介護予防事業及び生活支援体制整備事業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、守谷市で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市町村外の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。

個人情報の保護および活用目的は上記のとおりです。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見なさせていただきます。

●記入に際してのお願い●

1. この調査の対象者は令和4年11月1日現在、市内に住む12月末日に65歳以上で、要介護認定を受けていない方です。
2. 回答は、あて名のご本人がご記入ください。なお、ご家族がご本人の意見を聞いて代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する答えにをつけてください。数字の記入欄は、右詰めに数字をご記入ください。

記入例) 該当する答えが「はい」の場合：◀1. はい ◀2. いいえ

体重60kgの場合： 体重

6	0
---	---

 kg

4. ご回答いただきましたら、調査票を三つ折りにし、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに投函してください。または、市健幸長寿課の窓口にお持ちください。

問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（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 | |

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

からだを動かすことについて

問5 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（回答は1つ）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀1. できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀2. できるけどしていない |
| <input type="checkbox"/> ◀3. できない | |

問6 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
（回答は1つ）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀1. できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀2. できるけどしていない |
| <input type="checkbox"/> ◀3. できない | |

問7 15分位続けて歩いていますか（回答は1つ）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀1. できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀2. できるけどしていない |
| <input type="checkbox"/> ◀3. できない | |

問8 過去1年間に転んだ経験がありますか（回答は1つ）

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀1. 何度もある | <input type="checkbox"/> ◀2. 1度ある | <input type="checkbox"/> ◀3. ない |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

問9 転倒に対する不安は大きいですか（回答は1つ）

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◁1. とても不安である | <input type="checkbox"/> ◁2. やや不安である |
| <input type="checkbox"/> ◁3. あまり不安でない | <input type="checkbox"/> ◁4. 不安でない |

問10 週に1回以上は外出していますか（回答は1つ）

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◁1. ほとんど外出しない | <input type="checkbox"/> ◁2. 週1回 |
| <input type="checkbox"/> ◁3. 週2～4回 | <input type="checkbox"/> ◁4. 週5回以上 |

問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（回答は1つ）

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◁1. とても減っている | <input type="checkbox"/> ◁2. 減っている |
| <input type="checkbox"/> ◁3. あまり減っていない | <input type="checkbox"/> ◁4. 減っていない |

問12 外出を控えていますか（回答は1つ）

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

【問12で「1. はい」（外出を控えている）の方のみ】

問12-① 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（ <small>しょうがい</small> 脳卒中の <small>のうそっちゅう</small> 後遺症など） <small>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. その他（ ） |

問13 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（ ） | |

食べることについて

問 14 身長・体重

身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----	----	----------------------	----

問 15 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）

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

問 16 お茶や汁物等でむせることがありますか（回答は1つ）

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

問 17 口の渇きが気になりますか（回答は1つ）

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

問 18 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）

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

問 19 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（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）

<input type="checkbox"/> 1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用
<input type="checkbox"/> 2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし
<input type="checkbox"/> 3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用
<input type="checkbox"/> 4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし

【問 19 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】

問 19-① 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 20 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（回答は1つ）

1. はい

2. いいえ

問 21 どなたかと食事をともにする機会がありますか（回答は1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

毎日の生活について

問 22 物忘れが多いと感じますか（回答は1つ）

1. はい

2. いいえ

問 23 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）

1. はい

2. いいえ

問 24 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）

1. はい

2. いいえ

問 25 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）

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

問 26 自分で食品・日用品の買物をしていますか（回答は1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

問 27 自分で食事の用意をしていますか（回答は1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

問 36 ご自身のスマホやパソコン等で現在利用しているアプリは、ありますか
(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ◁1. メール
<input type="checkbox"/> ◁2. ライン (LINE)
<input type="checkbox"/> ◁3. フェイスブック (Facebook)
<input type="checkbox"/> ◁4. ツイッター (Twitter)
<input type="checkbox"/> ◁5. ユーチューブ (You Tube)
<input type="checkbox"/> ◁6. もりんふお (Morinfo 守谷市公式アプリ)
<input type="checkbox"/> ◁7. いずれも利用していない

問 37 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの生活にどんな変化がありましたか

※①～③それぞれに回答してください

	コロナ前も 現在も変わ らぬ頻度で 行っている (参加して いる)	コロナ前と 比較して、現 在は頻度が 減少した (もしくは、 行かなくな った)	コロナ前と 比較して、現 在は頻度が 増加した (もしくは、 行くように なった)	コロナ前も 現在も 行っていな い
① 外出	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4
② 運動時間	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4
③ 交流機会 サロン活動や趣味 活動等	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4

地域での活動について

問 38 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
 ※①～⑨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"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
⑤ シルバーリハビリ体操（ぱたか）	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
⑥ サロン	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
⑦ シニアクラブ（老人クラブ）	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
⑧ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6
⑨ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/> ◁1	<input type="checkbox"/> ◁2	<input type="checkbox"/> ◁3	<input type="checkbox"/> ◁4	<input type="checkbox"/> ◁5	<input type="checkbox"/> ◁6

問 39 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）

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <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 40 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）

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <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 |

たすけあいについて

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

問 41 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）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◁1. 配偶者 | <input type="checkbox"/> ◁2. 同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◁3. 別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◁4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◁5. 近隣 | <input type="checkbox"/> ◁6. 友人 |
| <input type="checkbox"/> ◁7. その他（ ） | <input type="checkbox"/> ◁8. そのような人はいない |

問 42 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）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◁1. 配偶者 | <input type="checkbox"/> ◁2. 同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◁3. 別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◁4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◁5. 近隣 | <input type="checkbox"/> ◁6. 友人 |
| <input type="checkbox"/> ◁7. その他（ ） | <input type="checkbox"/> ◁8. そのような人はいない |

問 43 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）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◁1. 配偶者 | <input type="checkbox"/> ◁2. 同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◁3. 別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◁4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◁5. 近隣 | <input type="checkbox"/> ◁6. 友人 |
| <input type="checkbox"/> ◁7. その他（ ） | <input type="checkbox"/> ◁8. そのような人はいない |

問 44 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◁1. 配偶者 | <input type="checkbox"/> ◁2. 同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◁3. 別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◁4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◁5. 近隣 | <input type="checkbox"/> ◁6. 友人 |
| <input type="checkbox"/> ◁7. その他（ ） | <input type="checkbox"/> ◁8. そのような人はいない |

問 45 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

問 46 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (回答は1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 47 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

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

問 48 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


健康について

問 49 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 |

問 50 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 51 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 |
|--------------------------------|---------------------------------|

問 52 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 |
|--------------------------------|---------------------------------|

問 53 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 |

問 54 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 |

問 55 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)
のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそくなど
- ◀4. 心臓病
- ◀5. 糖尿病
とうにようびょう
- ◀6. 高脂血症 (脂質異常)
こうしけっしょう ししついじょう
- ◀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
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)
きんこっかく こつそ しょう
- ◀11. 外傷 (転倒・骨折等)
がいしょう てんとう こっせつなど
- ◀12. がん (悪性新生物)
- ◀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 ()

問 56 次のうち、あなたはどこにどのくらい外出していますか

※①～⑦それぞれに回答してください

	週3回 以上	週1～2 回	月1～3 回程度	年に数回 程度	ほとんど 行かない
① 買い物 スーパーマーケット・ドラッグ ストア・衣料品店など	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
② コンビニストア	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
③ 飲食店	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
④ 映画館・美術館	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
⑤ 図書館などの公共 施設	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
⑥ 公園・散歩 (ペットの散歩含)	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5
⑦ 親類・友人宅	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3	<input type="checkbox"/> ◀4	<input type="checkbox"/> ◀5

問 57 介護予防として現在どんなことに取り組んでいたり、興味がありますか

※①～⑤それぞれに回答してください

	現在、すでに取り 組んでいる	現在は取り組ん でいないが、今 後、機会があれば 取り組みたい	取り組むつもり はない
① 自宅や屋外で個人 での運動	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3
② 地域の集りの場や 体操グループなどへ の参加	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3
③ トレーニングマシン等を使用 した運動	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3
④ バランスのとれた食事	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3
⑤ 口や歯の手入れ	<input type="checkbox"/> ◀1	<input type="checkbox"/> ◀2	<input type="checkbox"/> ◀3

認知症にかかる相談窓口の把握について

問 58 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)

1. はい

2. いいえ

問 59 認知症に関する相談窓口を知っていますか (回答は1つ)

1. はい

2. いいえ

【問 59 で「1. はい」(知っている)の方のみ】

問 59-① 知っている相談窓口はどこですか (いくつでも)

1. 市役所

2. 地域包括支援センター(北部・南部)

3. かかりつけ医

4. 認知症専門医療機関

5. 地域の相談役(民生委員など)

6. 社会福祉協議会

7. その他 ()

心配ごと・相談について

問 60 高齢者保健福祉・介護・健康づくりに関して、ご心配なことや、相談がございましたらご自由にお書きください。

--

問 60-① 心配ごと、相談について、市から連絡を希望しますか。

希望する 下記に連絡先をお書きください。

お名前		住所 連絡先	守谷市
			TEL (自宅/携帯)

希望しない

■■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■