

鎌倉市 高齢者保健福祉に関するアンケート調査

アンケート調査へのご協力をお願い

日頃から鎌倉市の高齢者保健福祉行政に、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

鎌倉市では高齢者保健福祉計画を策定し、介護保険をはじめとした高齢者の保健福祉施策の推進に努めているところですが、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする第9期鎌倉市高齢者保健福祉計画策定の準備を進めています。

つきましては、計画策定にあたり、皆様のご意見、ご要望をお伺いしたくアンケート調査を実施いたします。調査結果は、第9期鎌倉市高齢者保健福祉計画見直しのための基礎資料として活用いたします。

ご多用のところ大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年1月

鎌倉市長 松尾 崇

記入に際してのお願い

1. 調査票はできるだけご本人がご回答ください。何らかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などが代筆していただくか、ご本人の意思を尊重して代わって回答していただくようお願いいたします。
2. 回答は該当する選択肢に（レ点チェック）をつけてください。「その他（ ）」には、具体的にご記入ください。
3. 設問中の「あなた」とは高齢者ご本人のことを指します。
4. 数字を記入する欄は右詰め（例

0	5	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。

調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

令和5年1月30日（月）までに投函くださるようお願いいたします。

【問い合わせ先】鎌倉市 健康福祉部 高齢者いきいき課

〒248-8686 鎌倉市御成町18番10号

TEL 0467 (61) 3899 (直通)



ホームページ

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【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、市町村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、市町村内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。

質問の該当する答えにレ点(☑)をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

① 記入日	令和5年 1月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
② 調査票を記入されたのはどなたですか (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> あて名のご本人が記入 <input type="checkbox"/> ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 _____) <input type="checkbox"/> その他	
③ ご本人の年齢を教えてください (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 70～74歳 <input type="checkbox"/> 75～79歳 <input type="checkbox"/> 80～84歳 <input type="checkbox"/> 85～89歳 <input type="checkbox"/> 90～94歳 <input type="checkbox"/> 95～99歳 <input type="checkbox"/> 100歳以上	
④ ご本人の性別を教えてください (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 答えたくない	
⑤ ご本人の職業を教えてください (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 経営者・役員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 契約社員・派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

問1	あなたのご家族や生活状況について
(1) 家族構成を教えてください (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 1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	
(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 (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 介護・介助は必要ない <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)	

【(2) において「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」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 (いくつでも)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (脳出血・ <small>のうしゅっけつ</small> 脳梗塞など) | <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 (<small>はいきしゅ</small> 肺気腫・肺炎など) |
| <input type="checkbox"/> 関節の病気 (リウマチなど) | <input type="checkbox"/> <small>にんちしょう</small> 認知症 (アルツハイマー病など) |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病 | <input type="checkbox"/> <small>とうしようびょう</small> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> <small>じんしつかん</small> 腎疾患 (透析) | <input type="checkbox"/> <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちょうかくしょうがい</small> 聴覚障害 |
| <input type="checkbox"/> <small>こっせつ</small> 骨折・ <small>てんとう</small> 転倒 | <input type="checkbox"/> <small>せきついそんしょう</small> 脊椎損傷 |
| <input type="checkbox"/> 高齢による <small>すいじゃく</small> 衰弱 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 不明 | |

【(2) において「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 (いくつでも)

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <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 () | |

(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 (1つのみ)

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

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (1つのみ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 持家 (一戸建て) | <input type="checkbox"/> 持家 (集合住宅) |
| <input type="checkbox"/> <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> 公営賃貸住宅 | <input type="checkbox"/> <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"/> <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"/> 借家 |
| <input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるし、している | <input type="checkbox"/> できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない	
(3) 15分位続けて歩いていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない	
(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 何度もある	<input type="checkbox"/> 1度ある	<input type="checkbox"/> ない	
(5) 転倒に対する不安は大きいですか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 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
(6) 週に1回以上は外出していますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 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
(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 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
(8) 外出を控えていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
【(8)で「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 (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 障害 (脳卒中 ^{しょうがい のうそっちゅう} の後遺症 ^{こういしょう} など)		
<input type="checkbox"/> 足腰などの痛み	<input type="checkbox"/> トイレの心配 (失禁など)		
<input type="checkbox"/> 耳の障害 (聞こえの問題など)	<input type="checkbox"/> 目の障害		
<input type="checkbox"/> 外での楽しみがない	<input type="checkbox"/> 経済的に出られない		
<input type="checkbox"/> 交通手段がない	<input type="checkbox"/> その他 ()		

(9) 外出する際の移動手段はなんですか (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク	
<input type="checkbox"/> 自動車 (自分で運転)	<input type="checkbox"/> 自動車 (人に乗せてもらう)	<input type="checkbox"/> 電車	
<input type="checkbox"/> 路線バス	<input type="checkbox"/> 病院や施設のバス	<input type="checkbox"/> 車いす	
<input type="checkbox"/> 電動車いす (カート)	<input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> タクシー	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
(10) 自動車やバイクの免許を持っていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 持っている	<input type="checkbox"/> 持っていたが、返納した	<input type="checkbox"/> 持っていたことはない	
(11) お住まいから最寄りの公共交通機関 (鉄道駅、バス停) まで、徒歩で何分くらいかかりますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 5分未満	<input type="checkbox"/> 5～15分未満	<input type="checkbox"/> 15分以上	<input type="checkbox"/> 不明
(12) 外出の主な目的はなんですか (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 買物	<input type="checkbox"/> レジャー	<input type="checkbox"/> 習い事	
<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 友人・知人との集まり	<input type="checkbox"/> 散歩	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
(13) 行きたい外出先はどこですか (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 観光地・娯楽施設	<input type="checkbox"/> 買物する場所	<input type="checkbox"/> 公園	
<input type="checkbox"/> 入浴施設	<input type="checkbox"/> 山や海などの自然	<input type="checkbox"/> 知り合いが集まる場所	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
(14) どのようなものが充実すると外出したくなりますか (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 人とのつながり	<input type="checkbox"/> 興味を持てる場所	<input type="checkbox"/> 交通手段	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
【(14) で「人とのつながり」「興味を持てる場所」「交通手段」の方のみ】			
① 具体的にどのようなものですか			

問3	食べることについて		
(1) 身長・体重 (数字をご記入ください)			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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 (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(3) お茶や汁物等でむせることがありますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(4) 口の渇きが気になりますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(6) 噛み合わせは良いですか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(7) 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です) (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用		<input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし	
<input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用		<input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし	
【(7) 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」の方のみ】			
① 毎日入れ歯の手入れをしていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(8) 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
(9) どなたかと食事をとる機会がありますか (1つのみ)			
<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 4	毎日の生活について	
(1) 物忘れが多いと感じますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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) (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(6) 自分で食事の用意をしていますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(7) 自分で請求書の支払いをしていますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(10) 新聞を読んでいますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(11) 本や雑誌を読んでいますか (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

(13) 友人の家を訪ねていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(14) 家族や友人の相談にのっていますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(15) 病人を見舞うことができますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
(17) 趣味はありますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 趣味あり	—————→ ()		
<input type="checkbox"/> 思いつかない			
(18) 生きがいがありますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 生きがいあり	—————→ ()		
<input type="checkbox"/> 思いつかない			
(19) スマートフォンを利用していますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない		
【(19) で「利用している」の方のみ】			
① どんな機能やサービスを利用していますか (いくつでも)			
<input type="checkbox"/> 通話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> SNS・ブログ
<input type="checkbox"/> スマホ決済	<input type="checkbox"/> その他 ()		
【(19) で「利用していない」の方のみ】			
② 今後利用する予定はありますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
(20) 交通系 I Cカード (Suica、PASMO など) を利用していますか (1つのみ)			
<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない		

【(20) で「利用していない」の方のみ】

① 今後利用する予定はありますか（1つのみ）

ある

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から⑧それぞれに回答してください（それぞれに1つのみ）

	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"/>	<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"/>
⑤ 介護予防のための通いの場 (老人福祉センター、自主活動 グループなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 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 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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（1つのみ）

既に参加している 是非参加したい 参加してもよい 参加したくない

(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（1つのみ）

既に参加している 是非参加したい 参加してもよい 参加したくない

問6	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	
(1) 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"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 同居の子ども	<input type="checkbox"/> 別居の子ども
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> 近隣	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> そのような人はいない	
(2) 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"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 同居の子ども	<input type="checkbox"/> 別居の子ども
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> 近隣	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 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（いくつでも）		
<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 同居の子ども	<input type="checkbox"/> 別居の子ども
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> 近隣	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> そのような人はいない	
(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）		
<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 同居の子ども	<input type="checkbox"/> 別居の子ども
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> 近隣	<input type="checkbox"/> 友人
<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 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（いくつでも）		
<input type="checkbox"/> 自治会・町内会・老人クラブ	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会・民生委員	
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師	
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 役所・役場	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 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（1つのみ）		
<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	

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか (1つのみ)
(同じ人には何度会っても1人と数えることとします)

0人 (いない) 1～2人 3～5人
 6～9人 10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)

近所・同じ地域の人 幼なじみ
 学生時代の友人 仕事での同僚・元同僚
 趣味や関心が同じ友人 ボランティアなどの活動での友人
 その他 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 (1つのみ)											
<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											
(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (1つのみ) (「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"/>	
(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 (1つのみ)											
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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らない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか (1つのみ)											
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
(5) お酒は飲みますか (1つのみ)											
<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											

(6) タバコは吸っていますか (1つのみ)

ほぼ毎日吸っている 時々吸っている 吸っていたがやめた
 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"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧
<input type="checkbox"/> <small>のうそちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅつけつ</small> 脳出血・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> <small>とうようびょう</small> 糖尿病	<input type="checkbox"/> <small>こうしけっしょう</small> 高脂血症 (<small>しじついじょう</small> 脂質異常)
<input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎など)	<input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気
<input type="checkbox"/> <small>じんぞう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺の病気	<input type="checkbox"/> <small>きんこつかく</small> 筋骨格の病気 (<small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しじょう</small> 関節症など)
<input type="checkbox"/> <small>がいしやう</small> 外傷 (<small>てんとう</small> 転倒・ <small>こっせつ</small> 骨折など)	<input type="checkbox"/> がん (悪性新生物)
<input type="checkbox"/> 血液・ <small>めんえき</small> 免疫の病気	<input type="checkbox"/> うつ病
<input type="checkbox"/> <small>にんちしやう</small> 認知症 (アルツハイマー病など)	<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 ()	

問 8	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つのみ)	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
【(2) で「はい」の方のみ】	
① 知っている相談窓口を選んでください。(いくつでも)	
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 役所・役場
<input type="checkbox"/> 保健福祉事務所	<input type="checkbox"/> 医療機関
<input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター	<input type="checkbox"/> オレンジカフェ
<input type="checkbox"/> 家族会	<input type="checkbox"/> その他 ()

問 9	市の取り組みについて
(1) 鎌倉市には、現在、地域包括支援センターが 10 箇所あります。あなたは、地域包括支援センターをご存知ですか。また、利用したことがありますか (1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 利用したことがある。または、現在利用している <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターを知っているが、利用したことはない <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターを知らない	

○ 地域包括支援センター一覧

	地域包括支援センター名	担当地域
鎌倉	<u>鎌倉市社会福祉協議会</u> 御成町 18-10	十二所 二階堂 西御門 雪ノ下 扇ガ谷 小町 御成町 浄明寺
	<u>鎌倉きしろ</u> 材木座 1-8-6 ヴィラ・エスポアール 103	大町 材木座
	<u>鎌倉静養館</u> 由比ガ浜 4-4-30	由比ガ浜 笹目町 佐助 長谷 坂ノ下 極楽寺 稲村ガ崎
腰越	<u>聖テレジア</u> 腰越 1-2-1	腰越 (一丁目から五丁目) 七里ガ浜東 津西 七里ガ浜
	<u>聖テレジア第2</u> 津 602-184	腰越 (一丁目から五丁目を除く) 津 西鎌倉 手広 鎌倉山
深沢	<u>みどりの園鎌倉</u> 常盤 165-8	梶原 (一丁目から五丁目を除く) 寺分 (一丁目から三丁目を除く) 上町屋 常盤 笹田
	<u>湘南鎌倉</u> 山崎 1202-1	梶原 (一丁目から五丁目) 寺分 (一丁目から三丁目) 山崎
大船	<u>きしろ</u> 大船 1273-1	台 (一丁目を除く) 大船 (一丁目～六丁目を除く) 小袋谷 山ノ内 高野
	<u>ふれあいの泉</u> 今泉 2-4-10	大船 (一丁目～六丁目) 岩瀬 今泉 今泉台
玉縄	<u>ささりんどう鎌倉</u> 城廻 270-2	台 (一丁目) 岡本 玉縄 植木 城廻 関谷

(2) 最後に、鎌倉市の高齢者福祉に関してご意見がございましたらご記入ください

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和5年1月30日（月）までに投函（切手不要）してください。