

## 5 日常生活圏域ニーズ調査票

住所	郵便番号 ひたちなか市
フリガナ	
氏名	様

### ★日常生活圏域ニーズ調査★

## 【調査票】

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、6月10日(火)までに投函してください。

### はじめに

皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。また、日頃よりひたちなか市の高齢者福祉・介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、このたび「ひたちなか市高齢者福祉・介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」の策定の参考資料等として活用させていただくため、65歳以上の方（要介護3～5の方を除く）全員を対象に、国の指導により全国的に実施している「日常生活圏域ニーズ調査」を実施することといたしました。

つきましては、次ページの「記入に際してのお願い」をご一読のうえ、調査票にご記入をお願いいたします。（要支援・要介護の認定を受けていない方々に実施しております「基本チェックリスト」については、質問内容がこの調査内容に含まれておりますので、今年度は実施いたしません。ご承知願います。）

また、ニーズ調査にご協力いただいた方には、ご記入いただいた内容に基づき、結果アドバイス表と結果に応じた案内を7月下旬ごろから順次郵送いたしますので、今後の生活の参考にしていただきたいと思います。

なお、収集した個人情報健康情報という皆様にとって大切な個人情報であるという認識にたち、ひたちなか市個人情報保護条例等に基づく適正な取扱いを行いますので、調査の趣旨を十分ご理解いただき、ご協力くださいますよう重ねてお願いいたします。

ひたちなか市福祉部福祉事務所高齢福祉課



質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄には数字を記入してください。

## 問 1

## あなたのご家族や生活状況について

### Q 1. 家族構成をお教えてください

1. 一人暮らし ⇒ Q 2 へ
2. 家族などと同居（二世帯住宅を含む）→【「2」を選択した方にお聞きします】
3. その他（施設入所など）⇒ Q 2 へ

Q1-1 ご自分を含めて何人で暮らしていますか

人

Q1-2 同居されている方はどなたですか（○はいくつでも）

1. 配偶者
2. 息子
3. 娘
4. 子の配偶者
5. 孫
6. 兄弟・姉妹
7. その他

Q1-3 日中1人になることがありますか

1. よくある
2. たまにある
3. ない

### Q 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. 介護・介助は必要ない ⇒ Q 3 へ
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・介助を受けている（要介護認定等を受けず家族等の介護を受けている場合も含む）

【「2」「3」を選択した方にお聞きします】

Q2-1 介護・介助が必要になった原因はなんですか（Q 2 で「2」「3」を選択した方）

（○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. 視覚・聴覚障害
10. 骨折・転倒
11. 脊椎損傷
12. 高齢による衰弱
13. その他（ ）
14. 不明

Q2-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか（Q 2 で「3」を選択した方のみ）

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（ ）

Q2-3 主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか（Q 2 で「3」を選択した方のみ）

1. 65歳未満
2. 65～74歳
3. 75～84歳
4. 85歳以上

### Q 3. 年金の種類は次のどれですか（○はいくつでも）

1. 国民年金
2. 厚生年金（企業年金あり）
3. 厚生年金（企業年金なし）
4. 共済年金
5. 無年金
6. その他（遺族年金など）

### Q 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

1. 苦しい
2. やや苦しい
3. ややゆとりがある
4. ゆとりがある

### Q 5. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

1. 一戸建て
2. 集合住宅

### Q 6. お住まいは、次のどれにあたりますか

1. 持家
2. 民間賃貸住宅
3. 公営賃貸住宅（市営、県営等）
4. 借間
5. その他

### Q 7. お住まい（主に生活する部屋）は2階以上にありますか

1. はい → Q7-1 お住まいにエレベーターは設置されていますか  
  1. はい
  2. いいえ
2. いいえ ⇒ 問 2 へ

問 2	運動・閉じこもりについて											
Q 1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ										
Q 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. はい	2. いいえ										
Q 3. 15分位続けて歩いていますか	1. はい	2. いいえ										
Q 4. 5m以上歩けますか	1. はい	2. いいえ										
Q 5. 週に1回以上は外出していますか	1. はい	2. いいえ										
Q 6. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ										
Q 7. 外出を控えていますか	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>1. はい → Q7-1 外出を控えている理由は、次のどれですか（○はいくつでも）</p> <p>2. いいえ ⇒ Q8へ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 病気</td> <td style="width: 50%;">2. 障がい（脳卒中の後遺症など）</td> </tr> <tr> <td>3. 足腰などの痛み</td> <td>4. トイレの心配（失禁など）</td> </tr> <tr> <td>5. 耳の障がい（聞こえの問題など）</td> <td>6. 目の障がい</td> </tr> <tr> <td>7. 外での楽しみがない</td> <td>8. 経済的に出られない</td> </tr> <tr> <td>9. 交通手段がない</td> <td>10. その他（                      ）</td> </tr> </table> </div>		1. 病気	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（                      ）
1. 病気	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（                      ）											
Q 8. 買物、散歩などで外出する頻度はどのくらいですか（○はそれぞれ1つ）	<p>買物・・・ 1. ほぼ毎日    2. 週4～5日    3. 週2～3日    4. 週1日    5. 週1日未満</p> <p>散歩・・・ 1. ほぼ毎日    2. 週4～5日    3. 週2～3日    4. 週1日    5. 週1日未満</p>											
Q 9. 外出する際の移動手段は何ですか（○はいくつでも）	<p>1. 徒歩                      2. 自転車                      3. バイク                      4. 自動車（自分で運転）</p> <p>5. 自動車（人に乗せてもらう）    6. 電車                      7. 路線バス・コミュニティバス</p> <p>8. 病院や施設のバス                      9. 車いす                      10. 電動車いす（カート）</p> <p>11. 歩行器・シルバーカー                      12. タクシー                      13. その他（                      ）</p>											

問 3	転倒について	
Q 1. この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
Q 2. 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
Q 3. 背中が丸くなってきましたか	1. はい	2. いいえ
Q 4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	2. いいえ
Q 5. 杖を使っていますか	1. はい	2. いいえ

問 4		口腔・栄養について	
Q 1.	6か月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
Q 2.	(現在の)身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	※右詰めでご記入ください	
Q 3.	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
Q 4.	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
Q 5.	口の渇きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
Q 6.	歯みがき（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか	1. はい	2. いいえ
Q 7.	定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか	1. はい	2. いいえ
Q 8.	入れ歯を使用していますか	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>1. <u>はい</u> → Q8-1 かみ合わせは良いですか 1. はい 2. いいえ</p> <p>2. <u>いいえ</u> → Q8-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか 1. はい 2. いいえ</p> </div>	
⇒ Q 9へ			
Q 9.	1日の食事の回数は何回ですか	1. 朝昼晩の3食 2. 朝晩の2食 3. 朝昼の2食 4. 昼晩の2食 5. 1食 6. その他	
Q 10.	食事を抜くことがありますか	1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. ほとんどない	
Q 11.	自分一人ではなく、どなたかと食事をとる機会がありますか	1. <u>毎日ある</u> 2. <u>週に何度かある</u> 3. <u>月に何度かある</u> 4. <u>年に何度かある</u> 5. ほとんどない	
⇒ 問5へ			
【 「1」「2」「3」「4」を選択した方にお聞きします 】			
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Q11-1 食事をとる人はどなたですか（○はいくつでも）</p> <p>1. 家族 2. 近所の人や友人 3. デイサービスの仲間 4. その他</p> </div>			

問 5		物忘れについて	
Q 1.	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	2. いいえ
Q 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. はい	2. いいえ
Q 3.	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ
Q 4.	5分前のことが思い出せますか	1. はい	2. いいえ
Q 5.	その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか	1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる	
		3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない	
Q 6.	人に自分の考えをうまく伝えられますか	1. 伝えられる 2. いくらか困難であるが、伝えられる	
		3. あまり伝えられない 4. ほとんど伝えられない	

問 6	日常生活について
<b>Q 1. バスや電車に乗って一人で外出していますか（自家用車で外出も含む）</b> 1. できるし、している      2. できるけれどしていない      3. できない	
<b>Q 2. 日用品の買物をしていますか</b> 1. できるし、している ⇒ Q 3へ      2. <u>できるけれどしていない</u> 3. <u>できない</u> <b>【 「2」「3」を選択した方にお聞きします 】</b> <b>Q2-1 日用品の買物をする人は主にどなたですか</b> 1. 同居の家族      2. 別居の家族      3. ヘルパー      4. 配達を依頼      5. その他	
<b>Q 3. 自分で食事の用意をしていますか</b> 1. できるし、している ⇒ Q 4へ      2. <u>できるけれどしていない</u> 3. <u>できない</u> <b>【 「2」「3」を選択した方にお聞きします 】</b> <b>Q3-1 食事の準備をする方は主にどなたですか</b> 1. 同居の家族      2. 別居の家族      3. ヘルパー 4. 配食サービスの利用      5. その他	
<b>Q 4. 請求書の支払いをしていますか</b> 1. できるし、している      2. できるけれどしていない      3. できない	
<b>Q 5. 預貯金の出し入れをしていますか</b> 1. できるし、している      2. できるけれどしていない      3. できない	
<b>Q 6. 食事は自分で食べられますか</b> 1. できる      2. 一部介助（おかずを切ってもらなど）があればできる      3. できない	
<b>Q 7. 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか</b> 1. 受けない      2. 一部介助があればできる      3. 全面的な介助が必要	
<b>Q 8. 座っていることができますか</b> 1. できる      2. 支えが必要      3. できない	
<b>Q 9. 自分で洗面や歯磨きができますか</b> 1. できる      2. 一部介助があればできる      3. できない	
<b>Q 10. 自分でトイレができますか</b> 1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない	
<b>Q 11. 自分で入浴ができますか</b> 1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない	
<b>Q 12. 50m以上歩けますか</b> 1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない	
<b>Q 13. 階段を昇り降りできますか</b> 1. できる      2. 介助があればできる      3. できない	
<b>Q 14. 自分で着替えができますか</b> 1. できる      2. 介助があればできる      3. できない	
<b>Q 15. 大便の失敗がありますか</b> 1. ない      2. ときどきある      3. よくある	
<b>Q 16. 尿もれや尿失禁がありますか</b> 1. ない      2. ときどきある      3. よくある	
<b>Q 17. 家事全般ができていますか</b> 1. できている      2. できていない	

問 7	社会参加について	
Q 1. 年金などの書類（市役所や病院などに出す書類）が書けますか	1. はい	2. いいえ
Q 2. 新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q 3. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q 4. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	2. いいえ
Q 5. 友人の家を訪ねていますか	1. はい	2. いいえ
Q 6. 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい	2. いいえ
Q 7. 病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
Q 8. 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	2. いいえ
Q 9. 趣味はありますか	1. はい	2. いいえ
Q 10. 生きがいがありますか	1. はい	2. いいえ
Q 11. 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）ボランティアのグループ		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（2）スポーツ関係のグループやクラブ		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（3）趣味関係のグループ		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（4）高齢者クラブ		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（5）町内会・自治会		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（6）学習・教養サークル		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
（7）その他の団体や会		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない		
Q 12. 以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか		
（1）見守りが必要な高齢者を支援する活動		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない		
（2）介護が必要な高齢者を支援する活動		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない		
（3）子どもを育てている親を支援する活動		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない		
（4）地域の生活環境の改善（美化）活動		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない		
（5）収入のある仕事		
1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない		
Q 13. 今後、Q 12（1）～（4）などの社会参加活動をしたいですか		
1. 今もしているが今後も継続したい 2. 今はしていないが今後はやってみたい 3. やりたくない 4. その他（ ）		

**Q 1 4. 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。**  
 あてはまる番号すべてに○をしてください。あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください。

**(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか（○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（ぐち）を聞いてあげる人はいますか（○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時に、看病や世話をしてくれる人はいますか（○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、看病や世話をしてあげる人はいますか（○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

**Q 1 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おしえてください（○はいくつでも）**  
 1. 自治会・町内会・高齢者クラブ      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. おとしより相談センター（地域包括支援センター）・市役所  
 6. その他      7. そのような人はいない

**Q 1 6. 友人関係についておうかがいします。**

**(1) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか**  
 1. 週4回以上      2. 週2～3回      3. 週1回      4. 月1～3回      5. 年に数回      6. 会っていない

---

**(2) この1ヶ月間、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）  
 1. 0人（いない）      2. 1～2人      3. 3～5人      4. 6～9人      5. 10人以上

---

**(3) 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

<b>問 8</b>	<b>健康について</b>
<b>Q 1. 普段、ご自分で健康だと思いますか</b>	
1. とても健康      2. まあまあ健康      4. あまり健康ではない      5. 健康ではない	
<b>Q 2. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（○はいくつでも）</b>	
1. 高血圧      2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）      3. 心臓病      4. 糖尿病      5. 高脂血症（脂質異常）	
6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）      7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気      8. 腎臓・前立腺の病気	
9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）      10. 外傷（転倒・骨折等）      11. がん（新生物）	
12. 血液・免疫の病気      13. うつ病      14. 認知症（アルツハイマー病等）      15. パーキンソン病	
16. 目の病気      17. 耳の病気      18. その他（      ）      19. ない	



<b>Q 3. 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいましたか</b>	
1. 1種類    2. 2種類    3. 3種類    4. 4種類    5. 5種類以上    6. 飲んでいない	
<b>Q 4. 現在、病院・医院（診療所・クリニック）に通院していますか</b>	
1. <u>はい</u> →	<b>Q4-1 その頻度は次のどれですか（通院している方のみ）</b> 1. 週1回以上    2. 月2～3回    3. 月1回程度 4. 2ヶ月に1回程度    5. 3か月に1回程度 <b>Q4-2 通院に介助が必要ですか</b> 1. はい    2. いいえ
2. <u>いいえ</u>	
⇒ Q 5 へ	
<b>Q 5. 次の在宅サービスを利用していますか（○はいくつでも）</b>	
1. 訪問診療（医師の訪問）    2. 訪問介護    3. 夜間対応型訪問介護    4. 訪問入浴介護 5. 訪問看護    6. 訪問リハビリテーション    7. 通所介護（デイサービス） 8. 認知症対応型通所介護    9. 通所リハビリテーション（デイケア） 10. 小規模多機能型居宅介護    11. 短期入所（ショートステイ） 12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導（居宅療養管理指導） 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護    14. 複合型サービス    15. その他（    ）	
<b>Q 6. お酒は飲みますか</b>	
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	
<b>Q 7. タバコは吸っていますか</b>	
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	
<b>Q 8. （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 9. （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 10. （ここ2週間）以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 11. （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 12. （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 13. 元気アップ体操などの健康づくり・介護予防教室等に参加したことはありますか</b>	
1. はい    2. いいえ	
<b>Q 14. 健康づくり・介護予防教室等の案内があれば、教室に参加したいと思いませんか</b>	
1. <u>はい</u>	<b>Q14-1 参加したくない理由は、次のどれですか（○はいくつでも）</b> 1. 元気なので必要ない    2. 交通手段がない 3. スポーツクラブや体操教室に通っている 4. 働いている    5. 体調が悪い 6. 家族の介護をしていて時間がない    7. 興味・関心がない 8. その他（    ）
⇒ Q 15 へ	
2. <u>いいえ</u> →	

※ 質問は次のページに続きます。

Q15. 生活機能の低下がみられた場合に、家庭訪問で介護予防についてのお話を聞きたいと思いませんか

1. はい  
⇒ 問9へ  
2. いいえ →

Q15-1 家庭訪問されたくない理由は、次のどれですか（〇はいくつでも）

1. 元気なので必要ない                      2. 家に来てもらいたくない  
3. スポーツクラブや体操教室に通っている  
4. 働いている                                      5. 体調が悪い  
6. 家族の介護をしていて時間がない      7. 興味・関心がない  
8. その他（    ）

## 問9 施設や住まいについて

Q1. 将来、介護が必要になったときに、自宅以外の「施設」や「高齢者向けの住まい」に入所（入居）を希望しますか

1. はい →  
2. いいえ

Q1-1 入所（入居）を希望する理由は次のどれですか（〇はいくつでも）

1. 家族に迷惑をかけたくない                      2. 家族は専門的な介護ができない  
3. 自宅では緊急時の対応に不安がある          4. 自宅の構造に問題がある  
5. 自宅から離れた施設等なら世間の目が気にならない  
6. 自分で家事ができない                              7. 頼れる家族が近くにいない  
8. その他（    ）

Q1-2 入所（入居）を希望する「施設」や「高齢者向け住まい」の形態は次のどれですか（〇はいくつでも）

1. 大規模（30人以上）な介護施設                      2. 小規模な介護施設  
3. 必要に（状態に）応じた介護が受けられる施設  
4. 段差がなかったり、トイレが近くにあったりするなど生活しやすい施設  
5. 特になし    6. その他（    ）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

記入もれがないかお確かめのうえ、記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て（表紙も含まれます）を3つ折りにして同封の返信用封筒に入れて、切手をはらずに6月10日（火）までにポストに投函してください。

このニーズ調査にご協力いただいた方には、ご記入いただいた内容に基づき、結果アドバイス表と、結果に応じた案内を7月下旬ごろから順に郵送しますので、健康状態や生活習慣の見直しや今後の生活の参考にしてください。

なお、要介護認定がない方には、生活機能の状態にあわせた介護予防教室などの案内も同封いたしますので、ぜひご参加ください。