

# 草津市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(令和元年度)

日頃は草津市政の推進につきまして、御理解、御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活が送れるよう「草津あんしんいきいきプラン」(高齢者福祉計画・介護保険事業計画)を策定し、きめ細やかな高齢者福祉施策の計画的な推進に努めているところですが、今般、令和3年度から令和5年度を計画期間とする「草津あんしんいきいきプラン第8期計画」の策定にあたり、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施いたします。

この調査では、生活状況やお身体のこと等をお伺いし、計画策定のための基礎資料にさせていただきます。

つきましては、当該調査の趣旨を御理解いただき、2月20日(木)までに御回答いただきますようお願い申し上げます。

令和2年1月

草津市長 橋川 渉

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. 御本人が記入				
2. 御家族が記入 (御本人からみた続柄_____)				
↳ 御本人が回答できない理由を記入してください(1つに○)				
1. 身体的状況    2. 施設入院・入所    3. 転居    4. その他 (    )				
3. その他				

※以下は御本人の情報を記入してください(それぞれ1つに○)

性別	1. 男	2. 女	
年齢	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歳以上
要介護度	1. 要支援1	2. 要支援2	
	3. 事業対象者	4. 受けていない	
	5. わからない		

草津市 長寿いきがい課 長寿政策係

## 調査票への記入にあたって

- 65歳以上で要介護認定（要介護1～5）を受けておられない方から無作為に5,500人を選んで御協力をお願いしております。
- 御本人の記入が難しい場合、御家族などの代筆による御回答をお願いします。
- 各項目で該当する数字に○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、  
**2月20日（木）**までに最寄りの郵便ポストに投函してください。

（お問い合わせ先）

草津市 健康福祉部 長寿いきがい課 長寿政策係

電話（077）561-2372（直通）

FAX（077）561-2480

E-mail choju@city.kusatsu.lg.jp

## 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、御確認ください。

なお、本調査票の返送をもちまして、以下に同意いただいたものとみ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、本市による介護保険事業計画および本市の他計画の策定にかかる業務等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、本市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本市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

## 問1 あなたの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

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

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

#### 【(2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

##### ③主に介護、介助している人の年齢は、次のどれですか(1つに○)

- |          |            |           |          |
|----------|------------|-----------|----------|
| 1. 65歳未満 | 2. 65歳~74歳 | 3. 75~84歳 | 4. 85歳以上 |
|----------|------------|-----------|----------|

### (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. 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

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

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

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

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

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

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

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) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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) 外出を控えていますか

1. はい                      2. いいえ

【(8)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(いくつでも)

1. 病気                      2. 障害(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. 耳の障害(聞こえの問題など)                      6. 目の障害  
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(                      )

(9) 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)

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. 病院や施設のバス                      9. 車いす  
10. 電動車いす(カート)                      11. 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    cm

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

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

1. はい 2. いいえ

#### (4) 口の渇きが気になりますか

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

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 (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

#### ① 噛み合わせは良いですか

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

1. はい 2. いいえ

#### (7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか

1. はい 2. いいえ

#### (8) どなたかと食事をとる機会がありますか

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある  
4. 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

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

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

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)

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

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

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

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) 自分で預貯金の出し入れをしていますか

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

1. はい 2. いいえ

(10) 新聞を読んでいますか

1. はい 2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか

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

1. はい 2. いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか

1. はい 2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか

1. はい 2. いいえ



**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）**

- |                      |               |           |
|----------------------|---------------|-----------|
| 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（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（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（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 (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

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

- |             |          |         |
|-------------|----------|---------|
| 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 (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. 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  
(「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) 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. はい    2. 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. はい    2. いいえ

(5) 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

(6) 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

(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)

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

**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. 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) (2) で「1. はい」と答えた方にお聞きします  
あなたが知っている相談窓口はどこですか (いくつでも)

- |                |                      |               |
|----------------|----------------------|---------------|
| 1. 地域包括支援センター  | 2. 市役所               | 3. 認知症専門医     |
| 4. かかりつけ医      | 5. 介護関連施設 (ケアマネジャー等) | 6. 認知症なんでも相談所 |
| 7. 社会福祉協議会     | 8. 民生委員              | 9. 認知症の人と家族の会 |
| 10. 認知症コールセンター | 11. その他 ( )          |               |

## 問9 介護保険サービスについて

(1) 介護が必要となった場合、あなたはどこで介護を受けたいとお考えですか (1つに○)

1. 自宅 (在宅)
2. 子ども、兄弟等親族の家
3. 有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅を含む)
4. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
5. 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)
6. 病院等医療施設
7. その他 ( )
8. わからない

(2) (1) で「4. 認知症対応型共同生活介護」、「5. 介護保険施設」と答えた方にお聞きします  
その施設等を希望されている理由は何ですか (あてはまるものすべてに○)

1. 就労などで家族が不在のときが多く、在宅サービスだけでは心配だから
2. 現在の介護者の健康状態では在宅介護が難しいから
3. 家族に介護の負担をかけたくないから
4. 一人暮らしのため、在宅サービスでは不安があるから
5. 現在の自分の身体状況からみて、在宅サービスでは不安があるから
6. 現在の住環境 (家屋構造) では在宅介護が難しいから
7. 認知症などにより常に見守りが必要な状況にあり、在宅では介護が困難だから
8. 在宅サービスを利用して介護するよりも、経済的な割安感があるから
9. その他 (具体的に : )

(3) あなたの介護保険料についての経済的負担感はどうですか (1つに○)

1. 負担は感じない
2. この程度ならよい
3. やや負担が大きい
4. 負担が大きい

(4) 介護サービスの提供を増やすことは介護保険料の額に大きく影響します。今後、介護サービスを充実させることで、利用者が増加すると保険料は高くなります。一方、介護サービスを抑制すると保険料の上昇を抑えることができます。あなたは、介護サービスと保険料の関係について、どのようにお考えですか (1つに○)

1. 介護保険料が今より高くなっても、施設や在宅サービスの量を増やす方がいい
2. 施設や在宅サービスの量は現状程度とし、保険料も現状程度とするのがよい
3. 施設や在宅サービスの量が低下しても、保険料が安いほうがよい
4. その他 (具体的に : )

## 問10 その他

### (1) あなたは、災害のときに不安なことはありますか (あてはまるものすべてに○)

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| 1. 安全な場所まで避難できるかわからない           | 2. 災害などの情報が入手できるかわからない |
| 3. どこ (だれ) に助けをもとめてよいかわからない     | 4. 避難場所がどこにあるかわからない    |
| 5. 地域の危険な箇所がわからない               | 6. 緊急避難セットを常備していない     |
| 7. 災害時伝言ダイヤルや伝言板のことがわからない       | 8. 頼れる家族などがいない         |
| 9. 健康面、身体面 (治療の必要な持病がある、歩きづらい等) |                        |
| 10. その他 (具体的に: _____ )          | 11. 不安は特にない            |

### (1) - 2 災害等いざというときに避難する際、あなたの支援者はどなたですか (あてはまるものすべてに○)

- |             |                  |          |
|-------------|------------------|----------|
| 1. 同居・近居の親族 | 2. 近隣の友人・知人      | 3. 町内会の人 |
| 4. 民生委員     | 5. その他 ( _____ ) | 6. いない   |

### (2) 介護保険制度外の高齢者福祉サービスなどについて、今後、利用したいと思うものをお答えください (あてはまるものすべてに○)

- |  |                        |                |          |         |
|--|------------------------|----------------|----------|---------|
| 1. 配食  | 2. 調理                  | 3. 掃除洗濯        | 4. 買い物代行 | 5. ごみ出し |
| 6. 外出同行  | 7. 移送サービス (介護・福祉タクシー等) | 8. 理髪サービス      |          |         |
| 9. 徘徊探知機の貸与  | 10. 住宅改造助成             | 11. 緊急通報システム貸与 |          |         |
| 12. 日常生活用具給付等 (電磁調理器・火災報知器・自動消火器等の給付および高齢者福祉電話の貸与)   |                        |                |          |         |
| 13. ふとんクリーンサービス (ふとんの水洗いサービス) 14. その他 (具体的に: _____ ) |                        |                |          |         |

### (3) かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局はありますか

(あてはまるものすべてに○をし、病院名等を記入)

- |                           |
|---------------------------|
| 1. かかりつけ医 (病院名: _____ )   |
| 2. かかりつけ歯科医 (病院名: _____ ) |
| 3. かかりつけ薬局 (薬局名: _____ )  |

### (4) 人生の最期をどこで迎えたいですか (1つに○)

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. 自宅 (在宅)                             | 2. 子ども、兄弟等親族の家   |
| 3. 有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅を含む)          |                  |
| 4. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)              |                  |
| 5. 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) |                  |
| 6. 病院等医療施設                             | 7. その他 ( _____ ) |
| 8. わからない                               |                  |

(5) 高齢者福祉について、今後どのような施策の拡充が重要とお考えですか

(あてはまるものすべてに○)

1. 健康づくり対策の充実
2. 認知症対策の充実
3. 介護予防対策の推進 (いきいき百歳体操、転倒予防教室、草津菌・口からこんにちは体操など)
4. 寝たきり予防の充実
5. ボランティア活動のための場の確保
6. 高齢者を地域で見守るなどの住民による助け合い活動の取り組み
7. 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん
8. 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実
9. 世代間交流の場づくり
10. 在宅サービスの充実
11. 施設サービスの充実
12. 身近で「通い」や「泊まり」などのサービスが受けられる事業所等の充実
13. 高齢者向け住宅の普及
14. 移動手手段の充実
15. 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり
16. 介護している家族等の支援
17. その他 (具体的に: )

(6) 草津市では、「認知症サポーター養成講座」を開催していますが、知っていますか (1つに○)

※認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を見守り、支援する応援者のことです。  
※認知症サポーター養成講座では、クイズやグループワーク、寸劇等を通じて認知症の基本的な理解や認知症の人の接し方について学びます。

1. 講座を受けたことがある
2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない

(7) (6) で「2. 名前は聞いたことがある」「3. 知らない」と答えた方にお聞きします  
あなたは「認知症サポーター養成講座」を受講したいと思いますか (1つに○)

1. 受講したい
2. 受講したくない
3. わからない

(8) 認知症があっても住み慣れた地域で安心して生活をするために、どのようなことが大切だと思いますか (あてはまるものすべてに○)

1. 日ごろからの声かけや挨拶
2. いきいき百歳体操やサロン、老人クラブ、認知症カフェなどの居場所づくり
3. 認知症であることを近所の人に話しておくこと
4. 認知症の理解を深め、認知症の人への対応を学ぶこと (認知症サポーターの養成)
5. 認知症の人が活躍できる場づくり
6. 特にない
7. その他 (具体的に: )

<p>(9) 「成年後見制度」についてお聞きします。「成年後見制度」をご存知ですか (1つに○)</p> <p>※成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な人の法律行為 (財産管理や契約の締結など) を、家庭裁判所が選任した成年後見人等が本人の代理として契約を行ったり、同意なく結んだ不利益な契約を取り消すなどの保護や支援を行う制度。</p>	
1. よく知っている	2. まあ知っている
3. あまり知らない	4. 全く知らない
<p>(10) 仮に、将来あなた自身が「成年後見制度」を必要な状態になったとした場合、「成年後見制度」を利用したいと思いますか (1つに○)</p>	
1. ぜひ利用したい	2. まあ利用したい
3. あまり利用したくない	4. 利用したくない
5. わからない	
<p>(11) 「フレイル」をご存知ですか (1つに○)</p> <p>※フレイルとは、加齢とともに心身の機能が低下してきて、「健康」と「要介護」との中間の状態のことです。多くの高齢者がフレイル状態を経て要介護になるため、フレイル予防が健康寿命を延ばすカギと言われています。</p>	
1. 知っている	2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない	
<p>(12) 草津市では、「フレイル予防事業」を実施しています。あなたは「フレイル予防事業」に参加したいと思いますか (1つに○)</p> <p>※フレイル予防事業では、要介護状態にならないための連続運動教室や、いきいき百歳体操・サロン等の通いの場での運動・栄養の専門職の出前講座を実施しています。</p>	
1. 連続運動教室に参加したい	2. 通いの場で出前講座に参加したい
3. どちらも参加したい	4. どちらも参加したくない
5. わからない	

■■■以上で調査は終了です。御協力ありがとうございました■■■

御協力ありがとうございます。記入もれがないか、お確かめください。  
 なお、御記入いただいた調査票は切り離すことなく、同封の返信用封筒に入れて、  
2月20日(木)までに投函してください。

※返信用封筒に、この調査票のみを入れて投函してください。