

# 志木市介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

平素より、市行政に多大なるご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、志木市では、令和9年度から令和11年度までを計画期間とする「志木市高齢者保健福祉計画及び志木市第10期介護保険事業計画」を策定します。その基礎資料とするため、皆様の生活実態や生活ニーズなどをお伺いするアンケートを実施させていただくこととしました。対象者は、市内にお住まいの満65歳以上で、要介護認定を受けていない方から無作為で選ばせていただきました。

つきましては、アンケート調査の趣旨をご理解いただき、お手数ですが回答にご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和7年11月

志木市

## 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、志木市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、志木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志木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。

ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

**令和7年12月1日（月）**までに投函してください。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記の二次元コードを読み込むか、URLにアクセスしてください。

<https://en.surece.co.jp/2025shiki1>

回答ログインID：●●●●●●●●

PASS：●●●●●●●●



※この調査について、ご不明な点・ご質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

**【お問い合わせ先】 志木市 福祉部 長寿応援課**  
電話 048-473-1348

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. あて名のご本人が記入 2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 ) 3. その他	

## 問 1 あなたのご家族や生活状況について

### (1) 家族構成をお教えてください。[○は1つだけ]

1. 1人暮らし	4. 息子・娘との2世帯
2. 夫婦2人暮らし(配偶者 65歳以上)	5. その他 ( )
3. 夫婦2人暮らし(配偶者 64歳以下)	

### (2) あなたは、普段の生活でどなたかからの介護・介助が必要です。[○は1つだけ]

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。[○はいくつでも]

1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	9. 腎疾患 (透析)
2. 心臓病	10. 視覚・聴覚障がい
3. がん (悪性新生物)	11. 骨折・転倒
4. 呼吸器の病気 (肺炎腫・肺炎等)	12. 脊椎損傷
5. 関節の病気 (リウマチ等)	13. 高齢による衰弱
6. 認知症 (アルツハイマー病等)	14. その他 ( )
7. パーキンソン病	15. 不明
8. 糖尿病	

≪(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。[○はいくつでも]

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 5. 孫           |
| 2. 息子       | 6. 兄弟・姉妹       |
| 3. 娘        | 7. 介護サービスのヘルパー |
| 4. 子の配偶者    | 8. 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。[○は1つだけ]

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 大変苦しい | 4. ややゆとりがある |
| 2. やや苦しい | 5. 大変ゆとりがある |
| 3. ふつう   |             |

(4) お住まいは戸建て、または集合住宅のどちらですか。[○は1つだけ]

※公営住宅以外の家を借りている場合で、一般的な賃貸借契約がある場合は4または5、それ以外は6を選択してください。

- |   |  |
|---|--|
| 1. 持家(戸建て)                                  | 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) |
| 2. 持家(集合住宅)                                 | 6. 借家  |
| 3. <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> 公営賃貸住宅      | 7. その他 ( )                                   |
| 4. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅(戸建て) |  |

## 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。[○は1つだけ]

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(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。[○は1つだけ]

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(3) 15分位続けて歩いていますか。[○は1つだけ]

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。[○は1つだけ]

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

**（５）転倒に対する不安は大きいですか。〔〇は１つだけ〕**

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. とても不安である | 3. あまり不安でない |
| 2. やや不安である  | 4. 不安でない    |

**（６）週に１回以上は外出していますか。〔〇は１つだけ〕**

- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. ほとんど外出しない | 3. 週 2～4 回 |
| 2. 週 1 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。〔〇は１つだけ〕**

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. とても減っている | 3. あまり減っていない |
| 2. 減っている    | 4. 減っていない    |

**（８）外出を控えていますか。〔〇は１つだけ〕**

- |       |        |
|-------|--------|
| 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。〔〇はいくつでも〕**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 1. 病気  | 7. 外での楽しみがない                    |
| 2. 障がい（脳卒 <sup>のうそつちゅう</sup> 中 <sup>こういしょう</sup> の後遺症など） | 8. 経済的に出られない                    |
| 3. 足腰などの痛み   | 9. 交通手段がない                      |
| 4. トイレの心配（失禁など）  | 10. 感染症等の感染が怖いから                |
| 5. 耳の障がい（聞こえの問題など）                                       | 11. 熱中症が心配                      |
| 6. 目の障がい   | 12. その他（                      ） |

**（９）外出する際の移動手段は何ですか。〔〇はいくつでも〕**

- |                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| 1. 徒歩            | 8. 病院や施設のバス                     |
| 2. 自転車           | 9. 車いす                          |
| 3. バイク           | 10. 電動車いす（カート）                  |
| 4. 自動車（自分で運転）    | 11. 歩行器・シルバーカー                  |
| 5. 自動車（人に乗せてもらう） | 12. タクシー                        |
| 6. 電車            | 13. デマンド交通                      |
| 7. 路線バス          | 14. その他（                      ） |

**（10）上記のうち、最も多く使う移動手段は何ですか。**

最も多い移動手段（９）選択肢

--	--

番

### 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。[○は1つだけ]

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。[○は1つだけ]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

#### (4) 口の渇きが気になりますか。[○は1つだけ]

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。[○は1つだけ] （入れ歯の人は、入れ歯の手入れも含みます。）

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。[○は1つだけ] （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

#### (7) 噛み合わせは良いですか。[○は1つだけ]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

#### (8) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。[○は1つだけ]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

#### (9) どなたかと食事をとにする機会がありますか（同居家族含む）。[○は1つだけ]

1. 毎日ある	4. 年に何度かある
2. 週に何度かある	5. ほとんどない
3. 月に何度かある	

## 問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。[○は1つだけ]

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。[○は1つだけ]

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。[○は1つだけ]

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)  
[○は1つだけ]

1. できるし、している

3. できない

2. できるけどしていない

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。[○は1つだけ]

1. できるし、している

3. できない

2. できるけどしていない

(6) 自分で食事の用意をしていますか。[○は1つだけ]

1. できるし、している

3. できない

2. できるけどしていない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。[○は1つだけ]

1. できるし、している

3. できない

2. できるけどしていない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。[○は1つだけ]

1. できるし、している

3. できない

2. できるけどしていない

**(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。[○は1つだけ]**

1. はい

2. いいえ

**(10) 新聞を読んでいますか。[○は1つだけ]**

1. はい

2. いいえ

**(11) 本や雑誌を読んでいますか。[○は1つだけ]**

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。[○は1つだけ]**

1. はい

2. いいえ

**(13) 友人の家を訪ねていますか。[○は1つだけ]**

1. はい

2. いいえ

**(14) 家族や友人の相談にのっていますか。[○は1つだけ]**

1. はい

2. いいえ

**(15) 趣味はありますか。[○は1つだけ]**

1. 趣味あり  ( )

2. 思いつかない

**(16) 生きがいがありますか。[○は1つだけ]**

1. 生きがいあり  ( )

2. 思いつかない

**(17) 現在の生活で困っていることは何ですか。[あてはまるものすべてに○]**

1. 話し相手がいない

9. 買物

2. ゴミ出し

10. お金の管理

3. 電球の交換

11. 通院

4. 庭の手入れ

12. 服薬

5. 食事の準備

13. 移動手段

6. 掃除

14. 相談先

7. 洗濯

15. その他 ( )

8. 季節の変化に伴う準備(衣替えなど)

16. 特にない

**(18) その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を判断できますか。[○は1つだけ]**

- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 1. 困難なくできる        | 3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 |
| 2. いくらか困難があるが、できる | 4. ほとんど判断できない             |

**(19) 移動手段がなくて市内や近隣の行きたいところに行けないことがありますか。[○は1つだけ]**

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

**(20) 加齢により聴力が衰えたと感じますか。[○は1つだけ]**

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

《(20)において「1. はい」の方のみ。》

**①聴力の衰えをどの程度感じていますか。[○は1つだけ]**

- |  |
|--|
| 1. 生活に支障を感じる（例：テレビやチャイム、電話呼び出し音等が聞こえづらい） |
| 2. 会話に不便を感じる                             |
| 3. 生活に特に支障はない                            |

**②聴力の衰えを感じて家族以外との交流が減りましたか。[○は1つだけ]**

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

**③補聴器を使用していますか。[○は1つだけ]**

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

《③において「2. いいえ」の方のみ。》

**④補聴器を使用していない理由は何ですか。[○はいくつでも]**

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 金銭的に負担に感じる      | 4. 操作が面倒に感じる |
| 2. 補聴器を使用するのに抵抗がある | 5. その他       |
| 3. お店が遠い           | ( )          |



## 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。

※①～⑧それぞれに回答してください。[○はそれぞれに1つ]

	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 介護予防のための通いの場 (いろは百歳体操、サロン、もくせいなど) ※1～5に○の方は(2)へ 6に○の方は(3)へお進みください。	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

《(1) ⑤において「1～5」に○を回答した方のみ。》

(2) 通っている介護予防の通いの場はどこですか。[○はいくつでも]

1. いろは百歳体操 (場所: )
2. サロン (名称: )
3. 認知症カフェ (場所: )
4. 福祉センター
5. 第二福祉センター
6. その他 (名称: )

(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参加者として参加してみたいと思いますか。[○は1つだけ]

1. 是非参加したい	3. 参加したくない
2. 参加してもよい	4. 既に参加している

(4) 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。[○は1つだけ]

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない  |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |

≪(4)において「1. 是非参加したい」の方のみ。≫

(5) 次に掲げるもののうち、企画・運営の世話役やサービスの担い手などとして参加してみたいと思うものがあれば挙げてください。[○はいくつでも]

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 高齢者の話し相手や安否確認等の見守り活動             |
| 2. 体操、運動等の活動や趣味を通じた居場所づくりとしてのサロンの運営 |
| 3. 買い物、調理、掃除などの家事支援                 |
| 4. 児童の登下校の見守り活動や保育の補助               |
| 5. 外出時の送迎                           |
| 6. その他 ( )                          |

(6) 見守りや手助けが必要な人に対してボランティア活動などをしてみたいと思いますか。[○は1つだけ]

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1. 無償・有償にかかわらずしてみたい | 3. 興味がない       |
| 2. 有償であればしてみたい      | 4. したくない（できない） |

## 問6 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか。[○はいくつでも]

- |                    |        |
|--------------------|--------|
| 1. 職に就いたことがない      | 5. 自営業 |
| 2. 引退した            | 6. 求職中 |
| 3. 常勤（フルタイム）       | 7. その他 |
| 4. 非常勤（パート・アルバイト等） | ( )    |

≪(1)で「2. 引退した」の方のみ。≫

①あなたはいつ引退しましたか。

1. 昭和	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div>	年	2. 平成	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div>	年	3. 令和	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div>	年
-------	--	---	-------	--	---	-------	--	---

## 問7 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。[○はいくつでも]

1. 配偶者	5. 近隣
2. 同居の子ども	6. 友人
3. 別居の子ども	7. その他 ( )
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	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。[○はいくつでも]

1. 配偶者	5. 近隣
2. 同居の子ども	6. 友人
3. 別居の子ども	7. その他 ( )
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	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。  
[○はいくつでも]

1. 配偶者	5. 近隣
2. 同居の子ども	6. 友人
3. 別居の子ども	7. その他 ( )
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	8. そのような人はいない

(4) 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人。[○はいくつでも]

1. 配偶者	5. 近隣
2. 同居の子ども	6. 友人
3. 別居の子ども	7. その他 ( )
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	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。  
[○はいくつでも]

1. 自治会・町内会・老人クラブ	5. 地域包括支援センター・役所・役場
2. 社会福祉協議会・民生委員	6. その他 ( )
3. ケアマネジャー	7. そのような人はいない
4. 医師・歯科医師・看護師	

**（６）友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。〔○は１つだけ〕**

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 毎日ある    | 4. 年に何度かある |
| 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない  |
| 3. 月に何度かある |            |

**（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。〔○は１つだけ〕**

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

**（８）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  | 5. 趣味や関心が同じ友人                  |
| 2. 幼なじみ       | 6. ボランティア等の活動での友人              |
| 3. 学生時代の友人    | 7. その他（                      ） |
| 4. 仕事での同僚・元同僚 | 8. いない                         |

**（９）近所づきあいがありますか。〔○は１つだけ〕**

- |                |                                |
|----------------|--------------------------------|
| 1. ほとんど付き合いはない | 4. 相談し合える                      |
| 2. あいさつをする程度   | 5. その他（                      ） |
| 3. 立ち話をする程度    |                                |

《（９）で「１. ほとんど付き合いはない」「２. あいさつをする程度」と答えた方のみ。》

**（１０）その理由は何ですか。〔あてはまるものすべてに○〕**

- |                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. 近所と付き合うきっかけがない    | 6. 同世代の人が近くにいない                 |
| 2. 近所にどんな人がいるのかわからない | 7. 転入して間もない                     |
| 3. 仕事や家事で忙しく時間がない    | 8. 近所づきあいはわずらわしいため避けている         |
| 4. 気の合う人や話が合う人がいない   | 9. 必要性を感じない                     |
| 5. 周囲が留守がちで顔を合わせない   | 10. その他（                      ） |

①普段の生活の中で手助けしてほしいことはありますか。[あてはまるものすべてに○]

- ②手助けする側としてやってみたいことはありますか。[あてはまるものすべてに○]

- 12

## 問8 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。[○は1つだけ]

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. とてもよい | 3. あまりよくない |
| 2. まあよい  | 4. よくない    |

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか。[○は1つだけ]

(「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。[○は1つだけ]

- |       |        |
|-------|--------|
| 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。[○は1つだけ]

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

(5) お酒は飲みますか。[○は1つだけ]

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 3. ほとんど飲まない |
| 2. 時々飲む   | 4. もともと飲まない |

(6) タバコは吸っていますか。[○は1つだけ]

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 3. 吸っていたがやめた  |
| 2. 時々吸っている   | 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。〔〇はいくつでも〕**

1. ない	11. 外傷（転倒・骨折等）
2. 高血圧	12. がん（悪性新生物）
3. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	13. 血液・免疫の病気
4. 心臓病	14. うつ病
5. 糖尿病	15. 認知症（アルツハイマー病等）
6. 高脂血症（脂質異常）	16. パーキンソン病
7. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	17. 目の病気
8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	18. 耳の病気
9. 腎臓・前立腺の病気	19. その他（ ）
10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）	

## 問９ 認知症の支援について

**（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。〔〇は１つだけ〕**

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。〔〇は１つだけ〕**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

**《（２）で「１. はい」と答えた方のみ。》**

**（３）それはどこですか。〔〇はいくつでも〕**

1. 高齢者あんしん相談センター	4. 認知症疾患医療センター
2. かかりつけ医	5. その他
3. 医療機関の認知症専門医	（ ）

**（４）あなたは、以下の認知症に関する内容について、どの程度ご存じですか。**

**※①～⑦それぞれに回答してください。〔〇はそれぞれに１つ〕**

	い る よ く 知 っ て	知 あ る 程 度 知 っ て い る	知 ら な い
① 認知症の原因となる病気（アルツハイマー症など）	1	2	3
② 認知症の症状（記憶障害、妄想、見当識障害など）	1	2	3
③ 認知症の人に対する接し方（話しかけ方など）	1	2	3
④ 認知症の人が入所できる施設	1	2	3
⑤ 認知症の専門病院などの医療機関	1	2	3
⑥ 認知症の人に対するケア（介護）の方法	1	2	3
⑦ 認知症の人が在宅で利用できるサービス	1	2	3

**（５）あなたは、（４）の内容のうち、今後詳しく知りたいと思うものはありますか。**

**〔〇はいくつでも〕**

1. 認知症の原因となる病気（アルツハイマー症など） 2. 認知症の症状（記憶障害、妄想、見当識障害など） 3. 認知症の人に対する接し方（話しかけ方など） 4. 認知症の人が入所できる施設 5. 認知症の専門病院などの医療機関 6. 認知症の人に対するケア（介護）の方法 7. 認知症の人が在宅で利用できるサービス 8. 認知症の相談窓口 9. 特にない
--



**（６）市で行っている認知症にかかわる事業を知っていますか。〔〇はそれぞれに１つ〕**

	知 っ て い る	知 ら な い
①認知症サポーター養成講座 認知症の方や家族を見守るサポーターを養成します。	1	2
②認知症高齢者見守り事業 講義やイベントを通じ認知症に関する理解を深め、地域における認知症高齢者の見守り体制づくりを行っています。	1	2
③もの忘れ訪問支援事業 認知症の方やその疑いのある方のお宅に認知症の専門医や相談員が訪問し必要に応じた支援を行います。	1	2
④認知症カフェ（オレンジカフェ） 認知症の方やそのご家族、地域住民が集い、交流や情報交換をしています。	1	2
⑤チームオレンジ 認知症の方やその家族を地域で支える体制づくりを目的として、認知症の方もチームの一員となり、サロンなどの活動を行っています。	1	2
⑥位置探索サービス・認知症ＳＯＳステッカー交付 認知症の方が道に迷われた場合に早く発見できるようにＧＰＳ機器やステッカーを交付します。	1	2
⑦認知症ガイドブック「知ってつながる認知症」の配布 認知症に関するサービスや支援についてまとめた冊子を発行しています。	1	2
⑧認知症の人も安心なお店・事業所 認知症サポーター養成講座を一定数の従業員が受講しており、認知症への理解や配慮がある店舗や事業所を市が認定し、該当店舗等は、ステッカーを貼示しています。	1	2
⑨後見ネットワークセンター（基幹福祉相談センター） 認知症等により金銭管理や契約行為が困難になった方が利用する成年後見制度について法律・福祉の専門家が相談を受けます。	1	2

(7) 認知症に対してどのようなイメージを持っていますか。[○は1つだけ]

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行して、何もできなくなってしまう
6. わからない
7. その他（ ）

(8) もし、あなたが認知症になったとしたら、どのように暮らしたいと思いますか。  
[○は1つだけ]

1. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していきたい
2. 認知症になると、身の回りのことができない等、周りの人に迷惑をかけてしまうので、介護施設で必要なサポートを利用しながら暮らしたい
3. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活していきたい
4. 認知症になったら、誰にも迷惑をかけないように、ひとりで暮らしていきたい
5. 分からない
6. その他（ ）

(9) もし、あなたの家族が認知症になったら、そのことを近所の人に知ってもらおうと思いますか。[○は1つだけ]

1. 知ってもらって、見守りや声かけなど協力をお願いしたい
2. 知っておいてほしいがあえて支援は望まない
3. できればあまり知られたくないので隠したい
4. 隠す必要もないが、あえてそのことを知っておいてもらう必要もない
5. わからない
6. その他 ( )

**(10) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になると思いますか。[○は1つだけ]**

1. 認知症への理解と対応
2. 定期的な見守りと声掛け
3. 適切な介護サービスの利用
4. 認知症の専門相談
5. 買い物や外出の付き添い
6. 簡単な掃除やゴミ出しなどの手伝い
7. 認知症の本人や家族が参加できる活動の場
8. その他 ( )

**(11) 今後、認知症施策を進めていくうえで、どこに重点を置くべきだと思いますか。[○はいくつでも]**

1. 認知症への正しい理解を広める啓発活動
2. 脳トレーニングなど認知機能に着目した教室などの事業
3. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり
4. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実（ひとり歩きした時に位置情報が探索できる機器など）
5. 病院受診や介護などの相談体制の充実
6. 認知症専門医療機関に受診しやすい仕組みづくり
7. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実
8. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
9. 認知症の人を支援するボランティアの養成
10. 介護者同士の情報交換や交流の場
11. 認知症の人、家族、地域の人が交流できる場
12. その他 ( )

## 問 10 在宅医療・介護について

- (1) 「在宅医療（訪問医療や訪問看護）」とは、医師のほか、訪問看護師や薬剤師、理学療法士（リハビリ）等の関係者が、患者さんの自宅や入所施設などに定期的に訪問して医療を行うことですが、あなたは「在宅医療」について知っていますか。  
[○は1つだけ]

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. よく知っている | 3. 知らない |
| 2. 少し知っている |         |

- (2) 在宅医療・介護を受けることについてどのようなイメージをお持ちですか。

※①～⑩それぞれに回答してください。[○はそれぞれに1つ]

	とても そう思う	やや そう思う	あまり 思わない	思わない
① 在宅でどのような医療が受けられるかわからない	1	2	3	4
② 在宅でどのような介護サービスが受けられるかわからない	1	2	3	4
③ 急に病状が変わった時の対応ができない	1	2	3	4
④ 訪問診療をしてくれる医師を見つけるのは難しい	1	2	3	4
⑤ 訪問看護でどんなサービスが受けられるかわからない	1	2	3	4
⑥ 家族に負担がかかる	1	2	3	4
⑦ 療養できる部屋や風呂・トイレなど住環境が整っている必要がある	1	2	3	4
⑧ 費用が高額になる	1	2	3	4
⑨ 今ではガン末期でも痛みのコントロールをしながら在宅で過ごすことが出来る	1	2	3	4
⑩ 在宅でも満足のいく最期を迎えられる	1	2	3	4

- (3) あなたが要介護状態などで長期の療養が必要になった時、主にどこで過ごしたいですか。[○は1つだけ]

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1. 自宅               | 3. 病院      |
| 2. 特別養護老人ホームなどの介護施設 | 4. その他 ( ) |

≪(3)で「1. 自宅」以外を選択された方のみ。≫

①「1. 自宅」以外を選択された理由は何ですか。[○はいくつでも]

1. 家族に負担や迷惑をかけるから
2. 家族が仕事と介護の両立が難しいから
3. 介護してくれる家族がいないから
4. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
5. 費用等で経済的負担が大きいから
6. 自宅療養できる部屋や風呂、トイレなど住宅環境が整っていないから
7. 訪問看護や訪問介護（ヘルパー）の体制が不十分だから
8. 訪問診療をしてくれる医師がいない（又は知らない）から
9. 医師や看護師等の訪問が精神的負担になるから
10. その他（ ）

(4) あなたの家族が、要介護状態などで長期の療養が必要になった時、主にどこで過ごしてもらいたいですか。[○は1つだけ]

- |                     |           |
|---------------------|-----------|
| 1. 自宅               | 3. 病院     |
| 2. 特別養護老人ホームなどの介護施設 | 4. その他（ ） |

(5) あなたが人生の最期を迎えようとする時、どこで最期を迎えたいですか。  
[○は1つだけ]

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 自宅               | 4. 医療が確保されている高齢者向け住宅等 |
| 2. 病院               | 5. その他（ ）             |
| 3. 特別養護老人ホームなどの介護施設 |                       |

(6) (5) で選択した理由は何ですか。[○はいくつでも]

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 自宅（住み慣れた居住の場）がいいから | 5. 家族がいないから             |
| 2. 家族に看取られたいから        | 6. 最期まで十分な医療を受けたいから     |
| 3. 過剰な医療は受けたくないから     | 7. 最期まで十分な介護サービスを受けたいから |
| 4. 自宅で亡くなるときに迷惑がかかるから | 8. その他（ ）               |

(7) あなたが人生の最期を迎えようとするときに備えて、今から何か準備をしていますか。  
[○は1つだけ]

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

《（７）で「１．はい」を選択した方のみ。》

①どのようなことをしていますか。〔〇はいくつでも〕

- |                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| 1. 遺言状やエンディングノートの作成  | 4. 自身の葬儀や墓の準備                  |
| 2. 身の整理・片付け          | 5. 延命治療や療養に対する意思表示             |
| 3. 保険、遺産、相続などのお金の手続き | 6. その他（                      ） |

（８）あなたは、終末期医療についてどう思いますか。〔〇は１つだけ〕

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. 延命治療を受けられるなら、受けたい | 3. 家族等の判断に任せる |
| 2. 延命治療は受けたくない       | 4. わからない      |

（９）人生の最期をどのように迎えたいか家族と話し合ったことがありますか。  
〔〇は１つだけ〕

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 詳しく話し合い、意思表示の書面を作成している | 3. 一応話し合ったことがある |
| 2. 詳しく話し合っている             | 4. 全く話し合ったことがない |

（１０）あなたは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP、人生会議）について、知っていますか。〔〇は１つだけ〕

- |                    |         |
|--------------------|---------|
| 1. よく知っている         | 3. 知らない |
| 2. 聞いたことはあるがよく知らない |         |

（１１）このような話し合いを進めることについて、あなたはどう思いますか。  
〔〇は１つだけ〕

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. 賛成である | 3. わからない |
| 2. 反対である |          |

（１２）あなたが意識のない状態や認知症などで正常な判断ができなくなった場合に備えて、代理で希望を伝えたり、考えてくれる人を決めていますか。〔〇は１つだけ〕

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 決めている | 2. 決めていない |
|----------|-----------|

## 問 11 その他

(1) 市では、高齢者の生活全般の相談窓口として「高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）」を、市内を5つの圏域に分けて、圏域ごとに1か所ずつ設置しています。あなたが高齢者あんしん相談センターについてご存じなことについて、最も近いものを選んでください。〔〇は1つだけ〕

1. センターの存在や機能は知っており、住所地を担当するセンターも知っている
2. センターの存在や機能は知っているが、住所地を担当するセンターがどこにあるのかまでは知らない
3. センターの名前は聞いたことはあるが、センターが何をしてくれるかわからない
4. センターの存在をこのアンケートで初めて知った

(2) 市の高齢者施策として特に力を入れて欲しいことは何ですか。  
〔あてはまるもの3つまでに〇〕

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. 雇用機会の拡充              | 9. 地域交通の整備              |
| 2. 生涯学習、生涯スポーツ等の振興      | 10. 公共的施設のバリアフリー化の推進    |
| 3. ボランティア活動に対する支援       | 11. 地域の見守り活動等に対する支援     |
| 4. 世代間（高齢者と子ども等）交流の場の拡充 | 12. 緊急時、災害時の支援システムの充実   |
| 5. 健康づくり対策の推進           | 13. 判断機能が低下した場合の支援体制の充実 |
| 6. 介護予防・認知症予防に関する事業の充実  | 14. 敬老意識の啓発             |
| 7. 在宅福祉サービスの充実          | 15. 住まいに関する支援体制の充実      |
| 8. 福祉に関する総合相談体制の充実      | 16. その他                 |
|                         | ( )                     |

(3) その他、介護保険制度や保健福祉サービスなどについて、ご意見やご要望がございましたらご自由にお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\* 調査にご協力いただきありがとうございました \*\*\*