

高齢者福祉や介護予防にかかる調査にご協力ください

(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)【調査票】

はじめに

平素は、市の介護保険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。

この度、守山市では、市内にお住まいの 65 歳以上の方のうち、2,000 人（要介護 1 から 5 の方を除く。）を無作為に抽出し調査を実施いたします。

この調査は、皆様の生活状況やお体のこと、地域における活動等の状況、普段お感じになっていることなどをお伺いし、**令和 9 年度から 3 年間の第 10 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定にあたり、市の介護保険事業計画をはじめとする高齢者福祉施策の検討や、介護予防の充実に向けた基礎資料となる大変重要な調査です。**

多くのご意見を施策に反映させるため、調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和●年●月 守山市

※本調査は守山市がジェイエムシー株式会社大阪支店に委託し実施するものです。今回の調査結果については、宛名シールに記載された連番のみがデータ化され、ご本人様の属性（性別、年齢、お住まいの学区、要介護度等）と関連付けた後、匿名化して集計・分析します。詳しくは、次頁の「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

回答
期限

令和 8 年 ○ 月 ○ 日 (○) ※消印有効

回答
方法

以下の①②いずれかの方法で回答をお願いします。

① この調査票への記入

ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れ、
上記の回答期限までにポストに投函してください。(切手は不要です。)

② インターネットからの回答

スマートフォン・パソコン・タブレットで専用サイトにアクセスしてください。
回答ページに「ID」を入力したら、【アンケートへ進む】を押してください。
※「ID」は、重複しての回答がないか確かめるためのもので、
個人を特定するものではありません。

専用サイト URL <https://aaaaaaaaaaaaaaaa>

二次元コード

ID

【問い合わせ先】

〒524-8585 守山市吉身二丁目 5 番 22 号 守山市役所
健康福祉部 長寿政策課 電話：077-584-5474
FAX：077-581-0203

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和●年●月●日現在、65歳以上（要介護1～5の方を除く。）の方です。
2. ご回答にあたってはあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されても結構です。
3. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。

①. はい 2. いいえ

数字を記入する欄は右詰めでご記入ください。

	6	2	kg
--	---	---	----

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（_____）

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報の保護および利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させていただきます。

■個人情報の保護および利用目的について

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、市の高齢者福祉計画策定、介護保険事業計画策定ならびに市の施策の検討・立案目的以外には使用いたしません。また、当該情報については、**個人情報の保護に関する法律および守山市個人情報の保護に関する法律施行条例に基づき**、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。（お名前などの個人情報は出ません。）

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄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

1 家族構成を教えてください。(○は1つ)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 一人暮らし | 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。(○は1つ)

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. 介護・介助は必要ない | ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| 2. 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"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 2-2 |
| 3. 現在、何らかの介護を受けている | ⇒ <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-3 |
| (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で、「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみにお伺いします。

2-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|--|--|
| 1. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅつけつ</small> 脳出血・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞等) | 2. <small>しんぞうびょう</small> 心臓病 |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん (悪性新生物) | 4. <small>こきゅうき</small> 呼吸器の病気 (<small>はいきしゅ</small> 肺気腫・ <small>はいえん</small> 肺炎等) |
| 5. <small>かんせつ</small> 関節の病気 (<small>びょうき</small> リウマチ等) | 6. <small>にんちしょう</small> 認知症 (<small>アルツハイマー病</small> 等) |
| 7. パーキンソン病 | 8. <small>とうようびょう</small> 糖尿病 |
| 9. <small>じんしつかん</small> 腎疾患 (<small>とうせき</small> 透析) | 10. <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちようかくしょうがい</small> 聴覚障害 |
| 11. <small>こっせつ</small> 骨折・ <small>てんとう</small> 転倒 | 12. <small>せきついそんしょう</small> 脊椎損傷 |
| 13. <small>こうれい</small> 高齢による <small>すいじゃく</small> 衰弱 | 14. その他 () |
| 15. 不明 | |

2で、「1. 介護・介助は必要ない」以外の方にお伺いします。

2-2 介護・介助が必要になった年齢をお教えてください。(○は1つ)

- | | | | | |
|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1. 40歳未満 | 2. 40～44歳 | 3. 45～49歳 | 4. 50～54歳 | 5. 55～59歳 |
| 6. 60～64歳 | 7. 65～69歳 | 8. 70～74歳 | 9. 75～79歳 | 10. 80～84歳 |
| 11. 85～89歳 | 12. 90歳以上 | | | |

2で、「3. 現在、何らかの介護を受けている」と答えた方にお伺いします。

2-3 主にどなたからの介護・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() | |

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)

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

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)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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。(○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 |
|--------------|---------------|---------|

3 15分位続けて歩けますか。(○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 |
|--------------|---------------|---------|

4 過去1年間に転んだ経験がありますか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 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。(○は1つ)

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

6 週に1回以上は外出していますか。(○は1つ)

- | | | | |
|--------------|--------|----------|----------|
| 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。(○は1つ)

- | | |
|--------------|-----------|
| 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。(○は1つ)

1. はい ⇒ 8-1へ 2. いいえ ⇒ 9へ

8で、「1. はい」と答えた方にお伺いします。

8-1 外出を控えている理由は、以下のどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|---------------------------------------|
| 1. 病気 | 2. 障害 (脳卒 ^{のうそっちゅう} 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. 新型コロナウイルス等への感染の心配 |
| 11. 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 | 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー・
モーリーカー※ |
| 13. その他 () | | |

※モーリーカーとは、既存のバス路線を補完するため、本市が運営しているデマンド乗合タクシーで、自家用車や運転免許証を持たない満65歳以上の高齢者や、身体的な理由により車の運転ができない方などの移動手段を確保することを目的としています。

9で「4. 自動車 (自分で運転)」を選んだ方にお伺いします。

それ以外の方は問3へお進みください。

9-1 あなたは自動車の運転をどの程度されていますか。(○は1つ)

1. ほぼ毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回より少ない

9-2 あなたは自動車を運転する時、若い頃と比べて不安を感じることはありますか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|---|---|
| 1. ある | } | <input type="checkbox"/> 9-3、 <input type="checkbox"/> 9-4、 <input type="checkbox"/> 9-5、 <input type="checkbox"/> 9-6へ |
| 2. 時々ある | | |
| 3. あまりない | } | <input type="checkbox"/> 9-4、 <input type="checkbox"/> 9-5、 <input type="checkbox"/> 9-6へ |
| 4. ない | | |

9-2で「1. ある」または「2. 時々ある」を選んだ方にお伺いします。

9-3 運転時に感じる不安はどのようなことですか。(いくつでも○)

- | | | |
|------------|-----------|-----------|
| 1. 反応速度の低下 | 2. 集中力の低下 | 3. 注意力の低下 |
| 4. 聴力の低下 | 5. 視力の低下 | 6. 体力の低下 |
| 7. その他 () | | |

9-4 あなたにとって自動車の利用は、生活に欠かせませんか。(○は1つ)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. はい | 2. どちらかといえば、はい |
| 3. どちらかといえば、いいえ | 4. いいえ |

9-5 運転免許証の自主返納制度がありますが、あなたは将来的に自主返納しようと思われませんか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 1. 自主返納する | 2. 自主返納しない | 3. わからない |
|-----------|------------|----------|

9-6 あなたが、今後運転免許証を返納することになった場合、特にどのような支援等が必要だと思いませんか。(○は3つまで)

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1. 返納手続き方法の周知 | 2. 代替交通手段の充実 |
| 3. タクシーの料金割引 | 4. バスの運賃割引 |
| 5. 路線バスの充実 | 6. もーりーカーの充実 |
| 7. 商店等での割引 | 8. 地域(自治会等)が実施する移送サービス |
| 9. その他 () | |

※道路交通法が一部改正され、平成 29 年 3 月 12 日に施行されました。法改正の目的は 75 歳以上の高齢運転者による事故情勢が厳しくなっていることから、認知機能の低下のおそれがある高齢者にタイムリーに医師の診断や安全運転支援(指導)を行えるようにするためです。主な改正事項として「臨時認知機能検査」と「臨時高齢者講習」の新設、「臨時適性検査制度」の見直しが行われました。

※自主返納制度とは、運転に不安を感じる高齢ドライバーが、運転免許証を自主的に返納できる制度です。返納者が申請することにより、本人確認の身分証として活用できる「運転経歴証明書」が発行されます。

問3 食べることについて

1 身長・体重を教えてください。(小数点以下は記入不要)

身長	<input type="text"/>			cm	体重	<input type="text"/>			kg
	百の位	十の位	一の位			百の位	十の位	一の位	

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)

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)

1. はい 2. いいえ

4 口の渴きが気になりますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

5 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。(○は1つ)
(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

6 この6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

7 家族を含めてどなたかと食事をともにする機会がありますか。(○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)

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)

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)

1. はい

2. いいえ

4 バスや電車を使って一人で外出できますか(自家用車でも可)。(○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

5 自分で食品・日用品の買い物ができますか。(○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

6 自分で食事の用意ができますか。(○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

7 自分で請求書の支払いができますか。(○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

8 自分で預貯金の出し入れができますか。(○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

9 日常生活を送る上で、どのようなサービスや支援を利用したいですか。
(いくつでも○)

1. 買い物支援

2. 調理支援

3. 掃除支援

4. 洗濯支援

5. ゴミ出しや電球交換などの支援

6. 食事の配達

7. 声かけ・見守り

8. 移送サービス(介護・福祉タクシー等)

9. 外出支援(通院・買物等)

10. 緊急時の通報システム

11. 行方不明高齢者の探索機器の貸与

12. 体操・運動レッスン

13. 話し相手

14. 金銭や財産管理支援

15. パソコンやスマートフォン等の利用支援

16. 行政手続きのオンライン化

17. その他()

18. 特になし

10 日常生活を送る上で、将来、不安や心配されていることはありますか。
(いくつでも○)

1. 世話をしてくれる人がいない	2. 親しい友人がない
3. 近所との交流がない、うまくいっていない	4. 自分の健康が不安
5. 家族の健康が不安	6. 同居家族との死別や離別後の独居生活
7. 家族や親族との関係がよくない	8. 財産の管理や相続のこと
9. 経済的に不安定である	10. 仕事がない
11. 住宅のこと	12. 物忘れがひどくなったこと
13. 介護が必要になったときの相談先	14. 生きがいがない
15. 犯罪や交通事故などが不安	16. 孤独・孤立死
17. 災害の発生が不安	18. 緊急連絡先・入院時の保証人がない
19. その他 ()	20. 特になし

問5 地域での活動について

1 以下の①～⑧の番号について、どれぐらいの頻度で参加していますか。
①～⑧ごとに回答してください。(それぞれ○は1つ)

番号	内容	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
⑥	【記入例】老人クラブ	①	2	3	4	5	6
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	すこやかサロン・百歳体操・健康のび体操などの介護予防のための通いの場	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

2 地域の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)

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

3 地域の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)

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. ぜひ参加したい | 2. 参加してもよい |
| 3. 参加したくない ⇒ 3-1 へ | 4. 既に参加している |

3で「3. 参加したくない」を選んだ方にお伺いします。

3-1 参加したくない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 負担になる | 2. 活動資金を確保できない |
| 3. 活動場所を確保できない | 4. 内容などに関心・興味がない |
| 5. 就労や介護などで時間がない | 6. その他 () |

4 ボランティア活動をしたいですか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. ぜひ参加したい ⇒ 4-1 へ | 2. 参加してもよい ⇒ 4-1 へ |
| 3. 参加したくない ⇒ 4-2 へ | 4. 既に参加している |

4で「1. ぜひ参加したい」「2. 参加してみてもよい」を選んだ方にお伺いします。

4-1 どのような分野のボランティアをしたいですか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| 1. 高齢者の生活支援（ゴミ出しや買い物、掃除等） | |
| 2. 障害のある人の生活支援（ゴミ出しや買い物、掃除等） | |
| 3. 子どもや子育て中の親子の支援（子ども食堂や読み聞かせ等） | |
| 4. 地域（自治会等）の活動（サロンや地域行事等） | |
| 5. 美化活動（草刈りや清掃等） | 6. 国際交流（通訳や翻訳等） |
| 7. スポーツ関連（案内受付や交通整理等） | 8. 観光案内（地元ガイド等） |
| 9. 交通安全・防犯（登下校の見守りや防犯パトロール等） | |
| 10. 災害時支援・防災（家屋の片付けや炊き出し等） | 11. その他 () |

4で「3. 参加したくない」を選んだ方にお伺いします。

4-2 参加したくない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 負担になる | 2. 外出する手段がない |
| 3. 外出することに不安がある | 4. 内容などに関心、興味がない |
| 5. 就労や介護などで時間がない | 6. その他 () |

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」についてお伺いします。)

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. 近隣住民 | 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. 近隣住民 | 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寝込んだ時に、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. 近隣住民 | 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. 近隣住民 | 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。(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・児童委員 |
| 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・市役所 | 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。(○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 | |

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人と数えることにします。(○は1つ)

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

8 あなたが実際に行っている近所づきあいはどのようなものですか。
(いくつでも○)

- | | | |
|-----------|--------------|--------------|
| 1. あいさつ程度 | 2. 世間話を交わす程度 | 3. 相談したり助け合う |
| 4. 関わりがない | 5. その他 () | |

9 あなたご自身がご近所で手助けや協力ができることがありますか。
(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 買い物 | 2. ちょっとした力仕事 |
| 3. 話し相手や相談相手 | 4. 定期的な声かけや見守り |
| 5. 外出のつきそい (通院・散歩等) | 6. 気軽に行ける自由な居場所の提供 |
| 7. 災害時の避難の手助け | 8. 急に具合が悪くなった時の手助け |
| 9. ゴミ出し、電球の交換、草引き | 10. 特に手助けできることはない |
| 11. その他 () | |

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。(○は1つ)

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 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。(○は1つ)
(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、記入してください)

とても不幸											とても幸せ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
点	点	点	点	点	点	点	点	点	点	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)

- | | |
|-------|--------|
| 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)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

5 タバコは吸っていますか。(○は1つ)

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

6 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. <small>こうけつあつ</small> 高血圧
3. <small>のうそつちゅう</small> <small>のうしゅつけつ</small> <small>のうこうそく</small> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	4. <small>しんぞうびょう</small> 心臓病
5. <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病	6. <small>こうしけっしょう</small> <small>しじついじょう</small> 高脂血症 (脂質異常)
7. <small>こきゅうき</small> <small>はいえん</small> <small>きかんしえん</small> 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	8. <small>いちよう</small> <small>かんぞう</small> <small>たん</small> 胃腸・肝臓・胆のうの病気
9. <small>じんぞう</small> <small>ぜんりつせん</small> 腎臓・前立腺の病気	10. <small>きんこつかく</small> <small>こつそ</small> <small>しょう</small> <small>かんせつしょう</small> 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)
11. <small>がいしやう</small> <small>てんとう</small> <small>こっせつ</small> 外傷 (転倒・骨折等)	12. <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん (悪性新生物)
13. <small>けつえき</small> <small>めんえき</small> 血液・免疫の病気	14. うつ病
15. <small>にんちしょう</small> 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 ()	

7 定期的に通院していますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

8 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。(それぞれ○は1つ)

①かかりつけ医	1. ある	2. ない
②かかりつけ歯科医	1. ある	2. ない
③かかりつけ薬局	1. ある	2. ない

問8 認知症について

- 1 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。
(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

- 2 認知症について、どのように理解していますか。(いくつでも○)

1. 脳の病気である 2. 単なる物忘れとは異なる
3. 治らないので受診は必要ない 4. 服薬や対応により進行を遅らせることができる
5. 脱水や低栄養でも認知症の症状を引き起こすことがある
6. 早期発見・早期受診が必要 7. わからない
8. その他 ()

- 2-1 認知症について、あなたが知っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 認知症は誰にでも発症する可能性がある
2. 認知症は治療で症状が改善する場合がある
3. 早期の治療で認知症の進行を遅らせることができる場合がある
4. 認知症は、不安、うつ状態、幻覚・妄想などを伴うことがある
5. 定期的に運動することで、認知症のリスクを低くすることにつながる
6. バランスの取れた食事をすることで、認知症のリスクを低くすることにつながる
7. 認知症になっても家族や医療、介護などのサポートで生活の質は維持向上する
8. 認知症の知識を持ち、ちょっとした工夫や気づきがあれば、認知症の方や家族を応援できる
9. その他 ()
10. 知っていることはない

- 2-2 あなたが、認知症を予防するために効果があると思うものは何ですか。
(いくつでも○)

1. 食生活に気をつける 2. 水分をしっかりとり 3. 定期的に運動する
4. タバコを吸わない 5. 趣味を持つ 6. 仕事やボランティア活動をする
7. 友人や仲間をつくる 8. 閉じこもらずに外出する
9. 定期的に健康診断を受ける(もの忘れ予防健診を受ける)
10. その他 ()
11. 該当なし

3 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

3で「1. 知っている」を選んだ方にお伺いします。

4 知っている相談窓口はどのようなものですか。(いくつでも○)

- | | | |
|--------------|---------------|------------------|
| 1. 市役所 | 2. 地域包括支援センター | 3. 医療機関(物忘れ外来含む) |
| 4. 介護サービス事業所 | 5. その他() | |

5 あなたが、認知症かも？と悩んだ時は、どちらに相談されますか。
(いくつでも○)

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1. 家族・親戚に相談する | 2. 友人に相談する |
| 3. 近所の人に相談する | 4. かかりつけ医に相談する |
| 5. 認知症の専門医に相談する | 6. 行政機関(地域包括支援センターなど)に相談する |
| 7. 誰にも相談しない | 8. その他() |

6 市が実施している認知症施策について、知っているものはありますか。
(いくつでも○)

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. 認知症サポーター養成講座 | 2. 認知症みまもーりー♡隊員養成講座 |
| 3. 認知症キャラバンメイト | 4. 認知症カフェ(見守りカフェ) |
| 5. もの忘れ相談 | 6. 家族介護者訪問 |
| 7. 認知症初期集中支援チーム | 8. 認知症地域支援推進員 |
| 9. チームオレンジ | 10. 行方不明高齢者等 SOS ネットワーク |
| 11. 行方不明高齢者等 GPS 機器購入補助※1 | 12. 認知症高齢者等個人賠償責任保険※2 |
| 13. 補聴器購入費助成 | 14. 特になし |

※1 行方不明の心配がある高齢者等のご家族等の経済的・精神的な負担を軽減し、安心して介護ができる環境を整備するため、GPS 機器の購入または賃借にかかる初期費用を助成する事業

※2 認知症の高齢者等が、日常生活における偶然の事故により、他人にケガをさせるなど法律上の損害賠償責任を負った場合に守山市が加入する保険から1事故につき最大1億円までを補償する制度

※1、※2ともに、行方不明高齢者等 SOS ネットワークに事前登録している人が利用できる

7 あなたが認知症になった場合、どのような不安がありますか。(いくつでも○)

1. 家族に身体的・精神的負担をかけるのではないか
2. 周囲に迷惑をかけてしまうのではないか
3. 買い物や料理、車の運転など、できていたことができなくなってしまうのではないか
4. 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないか
5. 誇りを持って生活できなくなるのではないか
6. 外出先で帰り道がわからなくなるのではないか
7. 金銭管理や契約手続きができなくなるのではないか
8. その他 ()
9. 特にない

8 あなたが認知症になった場合でも、続けたい活動はありますか。(いくつでも○)

1. ボランティアグループ
2. スポーツ関係のグループやクラブ
3. 趣味関係のグループ
4. 学習・教養サークル
5. 居場所づくり（守山百歳体操やサロン、老人クラブ、認知症カフェなど）
6. 町内会・自治会
7. できる範囲での収入のある仕事
8. 友人との交流
9. その他 ()

9 あなたが認知症になった場合でも、住み慣れた地域で暮らしていくためには、特にどのような地域住民の協力があると助かるとお思いますか。(○は3つまで)

1. 話し相手
2. 定期的な声かけや見守り
3. 認知症への正しい理解
4. 認知症の人の思いを知ること
5. 居場所づくり（守山百歳体操やサロン、老人クラブ、認知症カフェなど）
6. 道に迷っている様子を見かけたときの声かけ
7. その他 ()
8. わからない

問9 地域における暮らしについて

- 1 あなたが住んでいる地域について「感じること」「必要なこと」は何ですか。それぞれの回答欄にあてはまるものをお教えてください。
 ※①～⑨それぞれに対して「感じること」と「必要なこと」を回答してください。
 (それぞれ○は1つ)

		感じること					必要なこと				
		まったく思わない	そう思わない	どちらともいえない	どちらかというところを思う	そう思う	重要ではない	さほど重要ではない	どちらともいえない	重要	非常に重要
共生	① 地域で見守るなどの住民による助け合い活動の取組が充実している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
認知症	② 認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活続けることができる	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生活支援	③ 高齢者への見守り活動が充実している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
予防	④ 市の介護予防に関する情報が手に入りやすい	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	⑤ 介護予防に取り組む場所が充実している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
医療	⑥ かかりつけ医の重要性や必要性に対する認識が高い	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
介護	⑦ 介護や福祉に関する相談窓口が充実している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
住まい	⑧ 安全・安心に暮らせる住環境が整っている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	⑨ 今後も暮らし続けていく上での生活の利便性がよい	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

問 10 高齢者福祉について

- 1 今後、福祉サービスが必要になった時に以下のような市の高齢者福祉サービスを利用したいと思いますか。(①～⑤それぞれ○は1つ)

サービスの種類	利用について
① 行方不明高齢者 GPS 機器購入補助 認知症等により行方不明のおそれがある高齢者に対し、端末機（GPS 等）の購入費用を補助します。	1. 必要になれば利用したい 2. 利用したいと思わない (理由：) 3. わからない
② 配食サービス事業 1人暮らしの高齢者等に昼食・夕食を宅配することで食生活を改善し、訪問時には安否の確認を行います。	1. 必要になれば利用したい 2. 利用したいと思わない (理由：) 3. わからない
③ 緊急通報システム事業 1人暮らしの高齢者等の家にボタンひとつでコールセンターにつながり必要に応じ救急車を手配する緊急通報装置を設置し、もしもの時に備えます。	1. 必要になれば利用したい 2. 利用したいと思わない (理由：) 3. わからない
④ 補聴器購入費助成 中等度難聴の高齢者に対し補聴器の購入費の一部を助成することで、高齢者の社会参加を促進し、認知症やうつ病等の発症リスクを低減させます。	1. 必要になれば利用したい 2. 利用したいと思わない (理由：) 3. わからない
⑤ 紙おむつ費用助成 在宅で要介護高齢者を介護されている家族を支援するために、紙おむつの購入に要する費用の一部を助成します。	1. 必要になれば利用したい 2. 利用したいと思わない (理由：) 3. わからない

問 11 地域包括支援センターについて

1 地域包括支援センターを知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている ⇒ 1-1^ハ 2. 名前だけ知っている ⇒ 1-1^ハ 3. 知らない

1で「1. 知っている」「2. 名前だけ知っている」を選んだ方のみお答えください。

1-1 地域包括支援センターをどこで知りましたか。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 市広報 | 2. 市HP |
| 3. 運営法人のHP | 4. 医療・介護関係者からの紹介 |
| 5. 自治会、民生委員・児童委員からの紹介 | 6. 家族・知人からの紹介 |
| 7. その他 () | |

※ 地域包括支援センターとは、高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、介護、福祉、健康、医療など、様々な面から高齢者や家族等を支援する相談機関です。本市では、南部（守山・小津学区）、中部（吉身・玉津学区）、北部（河西・速野・中洲学区）の圏域ごとに法人に委託し運営しています。

1で「1. 知っている」を選んだ方にお伺いします。

1-2 地域包括支援センターの取組のうち知っていることを教えてください。(いくつでも○)

- | |
|---|
| 1. 高齢者の生活や介護等の困りごと相談 |
| 2. 高齢者虐待の対応や成年後見制度の利用等の支援 |
| 3. 在宅医療・在宅介護の普及啓発 |
| 4. 地域での支え合いや高齢者の社会参加支援 |
| 5. 認知症の人とその家族を支える取組（相談支援、認知症サポーター養成講座等） |
| 6. 介護予防教室や各種出前講座の開催 |

2 あなたの介護保険料について経済的な負担感はどうですか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|----------------|------------------|
| 1. 負担は感じない | 2. それほど負担を感じない | 3. 今の程度なら、やむを得ない |
| 4. やや負担が大きい | 5. 負担が大きい | 6. わからない |

3 今後、高齢化が進み、高齢者が増えていくと、介護保険施設（特別養護老人ホーム等の入所施設）が不足することも想定されます。入所施設が増えると保険料への影響が大きくなりますが、あなたの考えに最も近いものはどれですか。(○は1つ)

- | |
|---|
| 1. 介護の負担を軽減するため、保険料に影響があっても施設の充実を優先させたほうがよい |
| 2. 在宅サービスを充実させ、保険料への影響はなるべく抑えたほうがよい |
| 3. どちらともいえない |
| 4. その他 () |
| 5. わからない |

4 最後に、ご意見等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。