

# 「認知症施策推進計画にかかると調査」にご協力ください

## 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。

この調査は、国において認知症施策推進基本計画（令和6年12月）が策定されたことを受け、本市において令和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わせ、認知症施策推進計画を一体的に策定することとし、より一層認知症施策の推進を図ることを目的として、主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方を対象に実施します。

何卒、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。

## 調査に際してのお願い

- 1 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。収集した情報は、ご回答者様にとって大切な個人情報であるという認識に立ち、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く適正な取扱いを行います。
- 2 今回の調査結果については、ご本人様の要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と関連付けた後、匿名化して集計・分析し、本市の高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とさせていただきます。このことについて、本調査票の返送をもちましてご同意いただいたものとさせていただきます。
- 3 この調査は【C票】【D票】とあります。各調査の対象者は以下の通りです。
  - 【C票】…宛名の要支援・要介護認定者ご本人様（全14問）
  - 【D票】…要支援・要介護認定者を支援・介護している主な介護者の方（全16問）

回答  
期限

令和8年〇月〇日（〇） ※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1頁に記載のある専用サイトにアクセスしてください。

### 【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



問6 今後、あなたがやってみたいと思うことを教えてください。(いくつでも○)

1. 絵や手芸、音楽など趣味を持ちたい・継続したい
2. 自分の体験や希望、今後のことなど認知症について話し合える活動に参加したい
3. 地域のお祭りや自治会の活動に参加したい
4. ボランティア活動に参加したい
5. できる範囲で働きたい
6. 旅行
7. 家族・友人との交流
8. その他 ( )

問7 あなたは、もの忘れが増えたり、判断能力が低下しても、住み慣れた地域で暮らしていくためには、周りの人からどのような協力があると助かりますか。(いくつでも○)

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8 あなたが、もの忘れが増えたり、判断能力が低下した場合、どのような地域ならば安心して暮らしやすいと思いますか。(いくつでも○)

1. 声掛け・見守り・住民同士の助け合いがある地域
2. 認知症の正しい知識が啓発されている地域
3. ちょっとした困りごとや不安を相談できる地域
4. 公的な支援やサービス、行政施策が充実している地域
5. 認知症になっても自分らしく、住み慣れた場所で暮らせる地域
6. 認知症の人が活躍できる場のある地域

問9 あなたは、家族などの身近な人が、認知症を正しく理解していると思いますか。(○は1つ)

1. とてもそう思う
2. 少しそう思う
3. あまりそう思わない
4. 全くそう思わない
5. わからない

問10 あなたは、希望に沿った医療や介護保険サービスなどを受けていると思いますか。(○は1つ)

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問11 あなたが認知症になった場合、家族や身近な人に、認知症であることを打ち明けてもよいと思いますか。(○は1つ)

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問12 あなたは、自分の思いが尊重されていると思いますか。(○は1つ)

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問13 あなたが、もの忘れが増えたり、判断能力が低下した場合、どこで生活したいですか。(○は1つ)

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. 自宅で生活したい | 2. 介護施設に入所したい |
| 3. その他 ( )  | 4. わからない      |

問14 あなたが、もの忘れが増えたり、判断能力が低下した場合、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。(いくつでも○)

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1. 適切な介護サービスの利用     | 2. 認知症への理解と対応     |
| 3. 定期的な見守りと声かけ      | 4. 買い物や外出の付き添い    |
| 5. 簡単な掃除やごみ出しなどの手伝い | 6. ひとり暮らしのためのサポート |
| 7. 金銭面の管理           | 8. その他 ( )        |
| 9. 特に必要はない          |                   |

● 介護者がおられる場合は、介護者の方がD票のご回答・ご記入をお願いします。

**D票 認知症に関する調査（主な介護者の方がお答えください）**

問1 あなたは、周りのすべての人が、認知症を正しく理解していると思いますか。（○は1つ）

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問2 あなたは、本人が希望に沿った医療や介護保険サービスなどを受けられていると思いますか。（○は1つ）

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問3 あなたは、家族が認知症になった場合、身近な人に、家族が認知症であることを打ち明けてもよいと思いますか。（○は1つ）

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問4 あなたは、本人の意思が尊重されるなど、本人の望む生活が継続できていると思いますか。（○は1つ）

- |              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| 1. とてもそう思う   | 2. 少しそう思う   |          |
| 3. あまりそう思わない | 4. 全くそう思わない | 5. わからない |

問5 本人は認知症の診断を受けていますか。（○は1つ）

- |          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない | 3. わからない |
|----------|-----------|----------|

- 「受けている」 ⇒ 問6へ進む
- 「受けていない」「わからない」 ⇒ 問12へ進む

問6 あなたは、本人が認知症であることを周囲の人に話していますか。（○は1つ）

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 話している | 2. 話していない |
|----------|-----------|

問7 あなたは、本人のどのような様子を見て、認知症ではないかと思い始めましたか。(○は1つ)

- |                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| 1. 約束を忘れたり、薬を飲み忘れたりすることが多くなった |                     |
| 2. 同じことを何回も言ったり聞いたりするようになった   |                     |
| 3. 物事への興味や関心が失われた             | 4. お金の管理ができなくなった    |
| 5. 物の名前が出てこなくなった              | 6. 慣れた道でも迷うようになった   |
| 7. 家事や、仕事の上のミスが多くなった          | 8. ささいなことで怒りっぽくなった  |
| 9. お金やものが盗まれたというようになった        | 10. 人に会うのを避けるようになった |
| 11. その他 ( )                   |                     |

問8 それは、本人が何歳ごろの時でしたか。

1. ( ) 歳ごろ

問9 あなたが、本人のことを専門機関(医療・介護等相談機関)に相談したのは、本人が認知症ではないかと思い始めてからどのくらいの期間ですか。(○は1つ)

- |             |               |              |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. 1か月未満    | 2. 1か月以上6か月未満 | 3. 6か月以上1年未満 |
| 4. 1年以上2年未満 | 5. 2年以上3年未満   | 6. 3年以上5年未満  |
| 7. 5年以上     |               |              |

問10 あなたが、家族・知人以外で最初に、本人の認知症の相談をしたところはどこですか。(○は1つ)

- |                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 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. 介護サービス事業者(ケアマネジャーなど) | 6. 民生委員・児童委員  |
| 7. 認知症の人と家族の会           | 8. 認知症コールセンター |
| 9. その他 ( )              |               |

問11 上記、問10について、相談しようと思ったきっかけはどのようなことですか。(○は1つ)

- |                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| 1. 家族のすすめ                         | 2. 近所、友人のすすめ |
| 3. 支援者(ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等)のすすめ | 4. 本人の希望     |
| 5. かかりつけ医の紹介                      | 6. その他 ( )   |

問 12 あなたは、介護の悩みを相談できる人がいますか。(いくつでも○)

- |                |               |              |
|----------------|---------------|--------------|
| 1. 家族（主に       | 2. 友人         | 3. かかりつけ医    |
| 4. 認知症専門医      | 5. 認知症の人と家族の会 | 6. 職場の人      |
| 7. 近所の人        | 8. ケアマネジャー    | 9. 民生委員・児童委員 |
| 10. 地域包括支援センター | 11. その他（      |              |
| 12. 相談できる人はいない |               |              |

問 13 あなたは、本人の介護をしていて困ること、負担に感じることはありますか。(いくつでも○)

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. 本人を残して外出できない                |                        |
| 2. 自分の自由な時間がない                 |                        |
| 3. 徘徊やもの盗られ妄想など、介護の負担が大きい      |                        |
| 4. 十分に睡眠をとることができない             |                        |
| 5. 適切な介護の仕方が分からない              | 6. 認知症の症状を、病気としてわりきれない |
| 7. 介護に協力してくれる人がいない             | 8. 仕事に出ることができない        |
| 9. 自分自身の通院・治療が受けられない           |                        |
| 10. 現在利用している介護サービスに不満がある       |                        |
| 11. 地域に病気や介護についての理解がなく、気軽に話せない |                        |
| 12. その他（                       |                        |
| 13. 特にない                       |                        |

問 14 あなたが、本人の介護をしていて、良かったと思えることはありますか。(いくつでも○)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 家族で話す機会が増えた      | 2. 話す話題が増えた        |
| 3. 介護を通して知人が増えた     | 4. 生活にメリハリができた     |
| 5. 自身の体調を気にするようになった | 6. 専門的な知識・技術が身についた |
| 7. 出かける場所が広がった      | 8. 地域の役に立つことができた   |
| 9. その他（             | 10. 特にない           |

