

## 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 【 調査票 】

鏡石町にお住まいの 65 歳以上の方と要支援認定者の皆様

日頃から、町福祉行政へのご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

鏡石町では、このたび地域課題や高齢者の皆様の要望（ニーズ）等を把握するためにアンケートを実施することといたしました。

このアンケートは、鏡石町にお住まいで要介護認定を受けていない 65 歳以上の皆様を対象としています。

なお、ご記入いただいた内容は、皆様の健康情報という大切な個人情報であるという認識にたち、個人情報保護法に基づき適正に取扱うとともに前述以外の目的に使用することはありません。調査結果は、個人が識別されない形で集計・分析を行うとともに厚生労働省の管理するデータベース内に登録し、地域分析等に利用します。

ご多用のところ、お手数おかけしますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和 7 年 12 月 鏡石町

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。（1つのみ）									
<input type="checkbox"/> あて名のご本人が記入									
<input type="checkbox"/> ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄 _____）									
<input type="checkbox"/> その他									

## ＜ご回答にあたってのお願い＞

●この調査の対象者となる方は、町内にお住まいで、次の①、②の方（令和7年12月1日現在）です。

- ① 要支援・要介護の認定を受けていない65歳以上の方
- ② 要支援1・要支援2の認定を受けている65歳以上の方

●ご回答にあたっては表紙に記載の「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かまいません。

●ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する答えに  をつけ、数字を記入する欄は右詰め（例 

0	6	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。

●この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険サービスを受けている場合、または認定を受けていない場合において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

●この調査に関するご質問やお問合せは、下記へお願いします。

担当 鏡石町 福祉こども課 福祉グループ  
電話 0248-62-2210

ご記入後、お手数ですが、このアンケートを  
3つ折りにし同封の返信用封筒に入れ、

12月25日（木）までに

郵便ポストへご投函ください。



鏡石町公式キャラクター  
ホルスタイン・かわいうし姫  
牧場のあーさー♪

## 問1 あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えください。(1つのみ)

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

Q2. 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つのみ)

- 介護・介助は必要ない
  - 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
  - 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)

【Q2において「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

Q2-①. 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)

- 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
  - がん（悪性新生物）
  - 関節の病気（リウマチ等）
  - パーキンソン病
  - 腎疾患（透析）
  - 骨折・転倒
  - 高齢による衰弱
  - 不明
  - 心臓病
  - 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）
  - 認知症（アルツハイマー病等）
  - 糖尿病
  - 視覚・聴覚障害
  - 脊椎損傷
  - その他（  
）

【Q2において「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

Q2-②. 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(いくつでも)

- 配偶者（夫・妻）       息子       娘  
 子の配偶者       孫       兄弟・姉妹  
 介護サービスのヘルパー       その他（ ）

Q3. 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つのみ)

- 大変苦しい       やや苦しい       ふつう  
 ややゆとりがある       大ゆとりがある

Q4. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つのみ)

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持家（一戸建て）     | <input type="checkbox"/> 持家（集合住宅）     |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅       | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（集合住宅） | <input type="checkbox"/> 借家           |
| <input type="checkbox"/> その他          |                                       |

問2 からだを動かすことについて

Q1. 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか。(1つのみ)

- |                                    |                                     |                               |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるし、している | <input type="checkbox"/> できるけどしていない | <input type="checkbox"/> できない |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|

Q2. 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つのみ)

- |                                    |                                     |                               |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるし、している | <input type="checkbox"/> できるけどしていない | <input type="checkbox"/> できない |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|

Q3. 15分位続けて歩いていますか。(1つのみ)

- |                                    |                                     |                               |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるし、している | <input type="checkbox"/> できるけどしていない | <input type="checkbox"/> できない |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|

Q4. 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つのみ)

- |                                |                               |                             |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 何度もある | <input type="checkbox"/> 1度ある | <input type="checkbox"/> ない |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

Q5. 転倒に対する不安は大きいですか。(1つのみ)

- |                                   |                                  |                                   |                                |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とても不安である | <input type="checkbox"/> やや不安である | <input type="checkbox"/> あまり不安でない | <input type="checkbox"/> 不安でない |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

Q6. 週に1回以上は外出していますか。(1つのみ)

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない | <input type="checkbox"/> 週1回   |
| <input type="checkbox"/> 週2~4回     | <input type="checkbox"/> 週5回以上 |

Q7. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つのみ)

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とても減っている  | <input type="checkbox"/> 減っている  |
| <input type="checkbox"/> あまり減っていない | <input type="checkbox"/> 減っていない |

Q8. 外出を控えていますか。(1つのみ)

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

【Q8で「はい」（外出を控えている）の方のみ】

Q8-①. 外出を控えている理由は、次のどれですか。（いくつでも）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 病気             | <input type="checkbox"/> 障害（脳卒中の後遺症など） |
| <input type="checkbox"/> 足腰などの痛み        | <input type="checkbox"/> トイレの心配（失禁など）  |
| <input type="checkbox"/> 耳の障害（聞こえの問題など） | <input type="checkbox"/> 目の障害          |
| <input type="checkbox"/> 外での楽しみがない      | <input type="checkbox"/> 経済的に出られない     |
| <input type="checkbox"/> 交通手段がない        | <input type="checkbox"/> その他（ ）        |

Q9. 外出する際の移動手段は何ですか。（いくつでも）

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩            | <input type="checkbox"/> 自転車        |
| <input type="checkbox"/> バイク           | <input type="checkbox"/> 自動車（自分で運転） |
| <input type="checkbox"/> 自動車（人に乗せてもらう） | <input type="checkbox"/> 電車         |
| <input type="checkbox"/> 路線バス          | <input type="checkbox"/> 病院や施設のバス   |
| <input type="checkbox"/> 車いす           | <input type="checkbox"/> 電動車いす（カート） |
| <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー    | <input type="checkbox"/> タクシー       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）        |                                     |

問3 食べることについて

Q1. 身長・体重

記入例 ※164 cm、59 kgの場合（小数点以下は四捨五入してください）

1	6	4
---	---	---

 cm

0	5	9
---	---	---

 kg

身長 

--	--	--

 cm

体重 

--	--	--

 kg

Q2. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。（1つのみ）

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q3. お茶や汁物等でむせることがありますか。（1つのみ）

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q4. 口の渴きが気になりますか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q5. 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つのみ)

はい

いいえ

Q6. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください。(1つのみ)

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用

自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし

自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用

自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

Q6-①. 噙み合わせは良いですか。(1つのみ)

はい

いいえ

【Q6で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

Q6-②. 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q7. 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q8. どなたかと食事をともにする機会はありますか。(1つのみ)

毎日ある

週に何度かある

月に何度かある

年に何度かある

ほとんどない

#### 問4 毎日の生活について

Q1. 物忘れが多いと感じますか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q2. 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つのみ)

はい

いいえ

Q3. 今日が何月何日かわからない時がありますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q4. 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つのみ)

できるし、している  できるけどしていない  できない

Q5. 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つのみ)

できるし、している  できるけどしていない  できない

Q6. 自分で食事の用意をしていますか。(1つのみ)

できるし、している  できるけどしていない  できない

Q7. 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つのみ)

できるし、している  できるけどしていない  できない

Q8. 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つのみ)

できるし、している  できるけどしていない  できない

Q9. 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つのみ)

はい  いいえ

Q10. 新聞を読んでいますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q11. 本や雑誌を読んでいますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q12. 健康についての記事や番組に関心がありますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q13. 友人の家を訪ねていますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q14. 家族や友人の相談にのっていますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q15. 病人を見舞うことができますか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q16.若い人に自分から話しかけることがありますか。(1つのみ)

はい

いいえ

Q17. 趣味はありますか。(1つのみ)

(趣味がある方は( )内に具体的にお書きください)

趣味あり ( )

思いつかない

Q18. 生きがいはありますか。(1つのみ)

(生きがいがある方は( )内に具体的にお書きください)

生きがいあり ( )

思いつかない

## 問5 地域での活動について

Q1. 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から⑧それぞれに回答してください。

	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	<input type="checkbox"/>					
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/>					
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>					
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>					
⑤ 運動のサロンなど、介護・予防のための通いの場	<input type="checkbox"/>					
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>					
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>					
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>					

**Q2.** 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。(1つのみ)

是非参加したい  参加してもよい  参加したくない  既に参加している

**Q3.** 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。(1つのみ)

是非参加したい  参加してもよい  参加したくない  既に参加している

## 問6 就労について

**Q1.** 現在のあなたの就労状態はどれですか。(いくつでも)

職に就いたことがない  引退した  
 常勤(フルタイム)  非常勤(パート・アルバイト等)  
 自営業  求職中  
 その他( )

【Q1で「引退した」の方のみ】

**Q1-①.** あなたはいつ引退しましたか。※引退した和暦をお答えください。(1つのみ)

昭和 

--	--

 年 平成 

--	--

 年 令和 

--	--

 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。

**Q1.** 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)

配偶者  同居の子ども  別居の子ども  
 兄弟姉妹・親戚・親・孫  近隣  友人  
 その他( )  そのような人はいない

**Q2.** 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)

配偶者  同居の子ども  別居の子ども  
 兄弟姉妹・親戚・親・孫  近隣  友人  
 その他( )  そのような人はいない

**Q3. 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)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**Q4. 反対に、看病や世話をしてあげる人。(いくつでも)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**Q5. 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)**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー       | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師  |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・役場 | <input type="checkbox"/> その他          |
| <input type="checkbox"/> そのような人はいない    |                                       |

**Q6. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(1つのみ)**

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日ある   | <input type="checkbox"/> 週に何度ある | <input type="checkbox"/> 月に何度ある |
| <input type="checkbox"/> 年に何度ある | <input type="checkbox"/> ほとんどない |                                 |

**Q7. この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。**

同じ人には何度も会っても1人と数えることとします。(1つのみ)

- |                                  |                                |                               |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0人(いない) | <input type="checkbox"/> 1~2人  | <input type="checkbox"/> 3~5人 |
| <input type="checkbox"/> 6~9人    | <input type="checkbox"/> 10人以上 |                               |

**Q8. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(いくつでも)**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 近所・同じ地域の人  | <input type="checkbox"/> 幼なじみ           |
| <input type="checkbox"/> 学生時代の友人    | <input type="checkbox"/> 仕事での同僚・元同僚     |
| <input type="checkbox"/> 趣味や関心が同じ友人 | <input type="checkbox"/> ボランティア等の活動での友人 |
| <input type="checkbox"/> その他        | <input type="checkbox"/> いない            |

**問8****健康について**

**Q1.** 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つのみ)

とてもよい     まあよい     あまりよくない     よくない

**Q2.** 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
<input type="checkbox"/>										

**Q3.** 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つのみ)

はい     いいえ

**Q4.** この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。(1つのみ)

はい     いいえ

**Q5.** お酒は飲みますか。(1つのみ)

ほぼ毎日飲む     時々飲む     ほとんど飲まない  
 もともと飲まない

**Q6.** タバコは吸っていますか。(1つのみ)

ほぼ毎日吸っている     時々吸っている     吸っていたがやめた  
 もともと吸っていない

Q7. 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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ない               | <input type="checkbox"/> 高血圧                 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）    | <input type="checkbox"/> 心臓病                 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病              | <input type="checkbox"/> 高脂血症（脂質異常）          |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） | <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気        |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気        | <input type="checkbox"/> 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） |
| <input type="checkbox"/> 外傷（転倒・骨折等）       | <input type="checkbox"/> がん（悪性新生物）           |
| <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気         | <input type="checkbox"/> うつ病                 |
| <input type="checkbox"/> 認知症（アルツハイマー病等）   | <input type="checkbox"/> パーキンソン病             |
| <input type="checkbox"/> 目の病気             | <input type="checkbox"/> 耳の病気                |
| <input type="checkbox"/> その他（<br>）        |  |

問9 介護予防について

Q1. あなたは、介護予防が必要と認定された時にはどのようなサービスを利用してみたいと思いますか。(いくつでも)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 運動器具などを使った筋力トレーニング      |
| <input type="checkbox"/> 食事内容などの栄養指導             |
| <input type="checkbox"/> 定期的な血圧測定などの健康管理         |
| <input type="checkbox"/> みんなと交流ができるようなレクリエーションなど |
| <input type="checkbox"/> その他（<br>）               |
| <input type="checkbox"/> 利用したくない                 |

Q2. あなたは、医師や保健師などから生活機能低下予防や閉じこもり予防、筋力向上トレーニングなどの介護予防事業への参加を勧められた場合、どうしますか。(1つのみ)

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 積極的に参加したい  | <input type="checkbox"/> 参加してもよい    |
| <input type="checkbox"/> あまり参加したくない | <input type="checkbox"/> 参加したいと思わない |

**Q3. 将来、あなたが介護予防事業を利用するとしたら、どのようなことを優先しますか。  
(いくつでも)**

- 参加しやすいこと(場所や時間など)
- 参加料金が安いこと
- 介護予防に効果があると感じられること
- 仲間と一緒に参加すること
- 何をするのか事前にわかりやすく説明されていること
- その他 ( )
- どのような条件でも参加したいと思わない

**Q4. あなたは身近な地域で高齢者が集える場である地域のサロン(いきいきサロン・通いの場・百歳体操など)を知っていますか。(1つのみ)**

- 知っている
- 聞いたことはある
- 知らなかった

【Q4において「知っている」の方のみ】

**Q4-①. あなたは地域のサロンに参加したことがありますか。(1つのみ)**

- 参加したことがある
- 参加したことはない

【Q4-①において「参加したことはない」の方のみ】

**Q4-②. あなたが地域のサロンに参加しない理由は何ですか。(いくつでも)**

- 興味がないから
- 交通手段がない・移動が困難だから
- 開催場所がわからないから
- 内容がよくわからないから
- 一緒に参加する人(仲間)がいない
- 参加するのに気が引ける・恥ずかしいから
- 自分には必要ない・関係ないから
- その他 ( )

## 問10 認知症について

Q1. 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つのみ)

はい  いいえ

Q2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q3. 認知症サポーターについて聞いたことがありますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q4. チームオレンジについて聞いたことがありますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q5. 認知症カフェについて聞いたことがありますか。(1つのみ)

はい  いいえ

Q6. 高齢化の進行で、今後「認知症」となる人が増えることが予想されています。あなたは「認知症」について、どのようなことを知っていますか。(いくつでも)

- 認知症は、脳の病気を原因疾患とし、誰にでも起こりうるものである
- 認知症の症状には、記憶障害や時間・場所がわからなくなるなどの基本症状と、妄想、幻覚、徘徊など個人差のある症状がある
- 食生活や生活習慣などの改善は、認知症の進行を遅らせる効果がある
- 認知症は高齢期だけでなく、若い世代でも発症する若年性認知症がある
- 認知症は早期に診断を受けて、治療することにより、進行を遅らせることができる

Q7. 普段の生活で、認知症に関して何らかの不安を感じることはありますか。(1つのみ)

- 全くない
- 将来的な不安を感じるが、現在は問題ない
- もの忘れなどの不安はあるが、問題なく生活している
- 未受診だが、認知症と思われる症状があり、生活に支障がでている
- 医師から認知症であるとの診断を受けている

**Q8. 今後、認知症対策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと考えますか。(いくつでも)**

- かかりつけ医からの専門医療機関へのスムーズな連携体制づくり
- 徘徊や緊急時の対応
- 見守りボランティアなど、在宅での生活を支える取組み
- 認知症グループホームの整備
- 医療機関と介護（施設、する方、される方）と行政との円滑な連携の強化
- 家族の精神的な負担を緩和する取組み
- 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
- 認知症への正しい理解を広める取組み
- 成年後見制度など、認知症の人の権利や財産を守る制度の充実
- その他（ ）

**問11 最期のときについて**

**Q1. あなたは、人生会議（ACP:アドバンス・ケア・プランニング）のことを知っていますか。（1つのみ）**

※「人生会議」とは、もしもの時にどのような医療やケアを望むのか、前もって考え、家族や信頼する人、医療・介護従事者たちと繰り返し話し合い、共有することをいいます。

- 知っている
- 言葉は聞いたことがある
- 知らなかった

**Q2. 家族や自分の医療・ケアに関する希望について、話し合ったことはありますか。（1つのみ）**

- 話し合っている
- 話し合ったことはない

**Q3. 家族や自分の医療・ケアに関する希望について、書面（エンディングノートなど）を作成したことはありますか。（1つのみ）**

- 作成し保存している
- 作成したことはあるが、保存していない
- 作成したことはない

**問12 介護保険制度や介護保険料について**

**Q1. 介護保険制度の仕組みなどについて、どの程度知っていますか。（1つのみ）**

- 内容まで詳しく知っている
- 概略程度なら知っている
- 知らない

**Q2. 現行の介護保険制度に対して、あなたはどのように感じますか。(1つのみ)**

- 大変満足している       だいたい満足している       やや不満である  
 大変不満である       わからない

**Q3. 現在の介護保険料の支払いについて、あなたはどのように感じていますか。(1つのみ)**

- 大変負担に感じる       やや負担に感じる       あまり負担に感じない  
 負担に感じない       わからない

**Q4. 介護保険料と介護サービスについて、お考えに近いものはどれですか。(1つのみ)**

- 保険料の負担が今よりも重くなつても使いたいサービスが受けられるほうがよい  
 保険料はできるだけ上げず、その財源でできる範囲でのサービスが受けられればよい  
 介護サービスが不足してもかまわない、保険料の負担は軽いほどよい  
 どちらともいえない

**問13 災害について**

**Q1. あなたは災害が発生したときに、一人で避難できますか。(1つのみ)**

- できる       できない       わからない

**Q2. 家族が不在の場合や一人暮らしの場合、近所にあなたを助けてくれる人はいますか。(1つのみ)**

- いる       いない       わからない

**Q3. あなたは災害時に困ること、不安なことはありますか。(いくつでも)**

- 安全な場所まで避難できるか不安  
 被害状況、避難場所などの情報が入手できない  
 どこ（誰）にも救助を求めることができない  
 避難場所がどこにあるかわからない  
 避難場所の設備（トイレ等）や生活環境が不安  
 投薬や治療が受けられない  
 補装具や日常生活用具の入手や使用が困難になる  
 周囲とコミュニケーションがとれない  
 その他（ ）  
 特にない

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。