

# 近江八幡市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和7年度）

平素は、本市の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本市では、3年に一度「総合介護計画」の見直しを行い、高齢者福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおります。

このたび、今後の福祉行政に役立てるために、65歳以上の方（令和7年10月末日現在）から、無作為に選んだ皆様を対象に、普段の生活や健康などを把握するためのアンケートを実施します。

総合介護計画策定のための大変なアンケートですので、趣旨をご理解いただき、差し支えない範囲で回答にご協力くださいますようお願いいたします。

近江八幡市 福祉保険部 介護保険課

お問い合わせ (平日8:30~17:15)	TEL 0748-33-3511 FAX 0748-31-2037
--------------------------	--------------------------------------

## 【個人情報の取り扱いについて】

個人情報の保護及び活用目的は、以下のとおりとなっています。本調査票の返送をもって、以下の内容に同意いただいたものとさせていただきます。なお、調査票右上の番号は、回答を取りまとめるための管理番号です。  
※同意されない方は、返送いただかなくて結構です。

### ■個人情報の保護及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。調査で得られた情報については、市の高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定、学術研究（個人情報は匿名化し、平均値や分析結果のみが公表されます）の目的以外には使用しません。また、当該情報については、市で適切に管理します。
- 高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定時に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・分析することがあります。（氏名などの個人情報は登録しません。）

## 記入に際してのお願い

- ご回答にあたっては封筒のあて名ご本人様についてお答えいただきますが、ご家族等がご本人様の立場にたって回答されてもかまいません。
- この調査は無記名回答方式ですので、名前を記入いただく必要はありません。また、ご記入いただいた内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的に使用いたしません。
- ご回答にあたっては質問をよく読んでいただき、該当する番号を○で囲んでください。数字を記入する欄は右詰め（例 

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

）でご記入ください。
- 特に断りのない場合は選択肢の1つに○をつけてください。「いくつでも」等の表記があれば、その内容にしたがって○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（切手不要）に入れて、令和7年○月○日（○）までに投函してください。

## 問1 あなたのご家族や生活状況について

### (1) 家族構成をお教えください

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 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「3. 現在、何らかの介護を受けている」と回答した方にお伺いします】

#### ① 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 ( ) |          |

### (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 ( )       |                  |

### (5) 現在のお住まいや住環境などで困っていることはありますか (いくつでも)

- |                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| 1. 住まいの段差や階段などの物理的なこと                | 2. 買物をする場所が近くにない          |
| 3. 家の周りに階段や坂が多い                      | 4. 家の周りの道に歩道がない、狭い        |
| 5. 鉄道やバスの利用が不便                       | 6. 家族が近くにいない              |
| 7. 住まいの利用にかかる費用 (家賃など)               | 8. 引越し先がない (高齢のため拒否されるなど) |
| 9. 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入所希望だが近くにない | 10. その他 (具体的に: )          |
|                                      | 11. 特にない                  |

## 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ら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)と回答した方にお伺いします】

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. 障がい (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. 耳の障がい (聞こえの問題など) | 6. 目の障がい           |
| 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 (あかこんバス等) | 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

【(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」と回答した方にお伺いします】

① 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい                    2. いいえ

② 噛み合わせは良いですか

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もにする機会はありますか

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) 年数回以上、図書館に行きますか**

1. はい      2. いいえ

**(11) 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

**(12) 次のようなインターネットにつながる機器を使っていますか（いくつでも）**

1. スマートフォン      2. タブレット      3. パソコン  
4. その他（ ）      5. 使っていない

【(12) で「1」（スマートフォンを使っている）と回答した方にお伺いします】

**①どのような目的で使っていますか（いくつでも）**

1. 人とコミュニケーションをとるため      2. 情報収集のため  
3. 買い物をするため      4. その他（ ）

【(12) ①で「2」（情報収集のため）と回答した方にお伺いします】

**②スマートフォンから、情報収集のために普段から利用しているものがありますか（いくつでも）**

1. LINE（ライン）      2. X（エックス）（旧Twitter（ツイッター））  
3. Facebook（フェイスブック）      4. Instagram（インスタグラム）  
5. YouTube（ユーチューブ）      6. ニコニコ動画  
7. TikTok（ティックトック）      8. その他（ ）

【(12) で「5」(インターネットにつながる機器を使っていない)と回答した方にお伺いします】

③使っていない理由を教えてください (いくつでも)

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. 必要性を感じないから                           | 2. 使い方がわからないので、面倒だから |
| 3. インターネットに接続する機器の購入場所・方法などが<br>わからないから | 4. 使い方を教えてくれる人がいないから |
| 5. 文字が見にくいから                            | 6. お金がかかるから          |
| 7. その他 ( )                              | )                    |

(13) 趣味はありますか

- |                   |
|-------------------|
| 1. 趣味あり (⇒具体的に: ) |
| 2. 思いつかない         |

(14) 生きがいはありますか

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 生きがいあり | 2. 思いつかない |
|-----------|-----------|

【(14) で「1. 生きがいあり」と回答した方にお伺いします】

① あなたが生きがいを感じるのはどのような時ですか (いくつでも)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 働いているとき              | 2. 趣味の会や文化サークルなどの活動 |
| 3. アウトドアレジャー・スポーツ活動     | 4. ボランティア活動         |
| 5. 旅行                   | 6. 買物、ウィンドウショッピング   |
| 7. 家族・親族、友人などの仲間内とのふれあい | 8. 地域活動やご近所づきあいなど   |
| 9. その他 ( )              | )                   |

## 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

※①~⑨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	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 (いきいき百歳体操、地域サロン、コミュニティカフェなど)	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
⑨ その他 ( )	1	2	3	4	5	6

(2) 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. 是非参加したい      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なったら、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. 是非参加したい      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

(4) 高齢者に対する手助けとして、あなたが支援できる内容はどれですか（あてはまるもの5つまでに○）

1. 外出の際の送迎支援（通院を含む） 2. 話し相手 3. 食事の調理や準備・後片付け  
4. 買物 5. 家事（掃除・洗濯・布団干し等） 6. ごみ出し  
7. 電球や蛍光灯等の交換 8. 庭木の手入れや草むしり 9. 大型ごみの処理  
10. 入浴 11. 定期的な安否確認 12. その他（ ）  
13. 特にない

(5) (4)のような手助けとしての支援活動に参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい      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

(6) 身近に居場所・通いの場はありますか

1. ある 2. ない

【(6)において「1. ある」と回答した方にお伺いします】

①それはどのような場ですか（いくつでも）

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. 趣味やサークル活動 | 2. 地域サロン    |
| 3. コミュニティカフェ | 4. いきいき百歳体操 |
| 5. その他（<br>） |             |

(7) あなたは今後、収入のある仕事をしたいと思いますか

1. はい (具体的な仕事内容: ) 2. いいえ

【(7)において「1. はい」と回答した方にお伺いします】

①今後就労したいと考える理由は何ですか（いくつでも）

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. 知識や経験がいかせるから    | 2. 地域や社会に貢献できるから |
| 3. 新しい人と知り合いになれるから | 4. 健康が維持できるから    |
| 5. 収入が得られるから       | 6. その他（ ）        |

(8) 近江八幡市で行われている「商助※」の取り組みについて知っていますか。

※企業や事業者が、本業の活動以外で高齢者への支援やサービス提供を行い、地域全体の「支え合い」を推進する取り組みのこと。(近江八幡市では商助に取り組む事業者を「近江八幡市ささえあい商助推進事業者」として登録しています。)

1. 「商助」の事業者の支援やサービスを利用したことがある      2. 利用したことはないが、知っている  
3. 知らない

【(8)において「1. 「商助」の事業者の支援やサービスを利用したことがある」「2. 利用したことはないが、知っている」と回答した方にお伺いします】

① 「商助」で知っている、または利用したことがあるのはどれですか（いくつでも）

1. 高齢者にとって安心できる環境をつくる取り組み（例：商品と一緒に探す。休憩所を設置する取り組み）
2. 高齢者の生活を支援する取り組み（例：買った商品を配達する。宅配時に生活支援サービスを実施する取り組み）
3. 高齢者の移動を支援する取り組み（例：お店までの送迎を行う取り組み）
4. 高齢者の社会参加の機会をつくる取り組み（例：高齢者の趣味や知識を活用できる場・機会を提供する取り組み）
5. 高齢者のために場所を提供する取り組み（例：高齢者のサロン等として場所を開放する取り組み）
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    | 6. 市役所          |
| 7. その他（ ）        | 8. 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. 週に何度がある | 3. 月に何度がある |
| 4. 年に何度がある | 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            |

(9) 在宅生活を続ける上で、地域の人にどのような支援をしてほしいと思いますか（あてはまるもの5つまでに○）

- |                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. 外出の際の送迎支援（通院を含む） | 2. 話し相手            | 3. 食事の調理や準備・後片付け |
| 4. 買物               | 5. 家事（掃除・洗濯・布団干し等） | 6. ごみ出し          |
| 7. 電球や蛍光灯等の交換       | 8. 庭木の手入れや草むしり     | 9. 大型ごみの処理       |
| 10. 入浴              | 11. 定期的な安否確認       | 12. その他（ ）       |
| 13. 特にない            |                    |                  |

(10) あなたが現在、地域の人に支援してもらっていることはどれですか（いくつでも）

- |                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. 外出の際の送迎支援（通院を含む） | 2. 話し相手            | 3. 食事の調理や準備・後片付け |
| 4. 買物               | 5. 家事（掃除・洗濯・布団干し等） | 6. ごみ出し          |
| 7. 電球や蛍光灯等の交換       | 8. 庭木の手入れや草むしり     | 9. 大型ごみの処理       |
| 10. 入浴              | 11. 定期的な安否確認       | 12. その他（ ）       |
| 13. 特にない            |                    |                  |

## 問7 健康・介護予防について

(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) 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

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

## (7) あなたには、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから気軽に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」がいますか（それぞれ1つに○）

- |              |       |        |          |
|--------------|-------|--------|----------|
| (a) かかりつけ医   | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| (b) かかりつけ歯科医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| (c) かかりつけ薬局  | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |

## (8) あなたの介護予防に関するお考えをお答えください

1. 意識して取り組んでいる。 2. 体力が落ちてきたら取り組みたい  
3. もう少し年を取ってから取り組みたい 4. きっかけがあれば取り組みたい  
5. 興味はあるが具体的な取り組み方がわからない 6. 興味・関心がない  
7. その他（具体的に ）

## (9) 日ごろどのような運動を取り入れていますか（いくつでも）

1. 散歩  
2. 民間のフィットネスクラブ  
3. ゴルフ、水泳、ジョギングなどの個人で取り組むスポーツ  
4. テニス、卓球、グランドゴルフ、ゲートボールなどチームで取り組むスポーツ  
5. 運動はしていない  
6. その他（ ）

## (10) 近江八幡市ではいきいき百歳体操の普及に取り組んでいます。あなたはいきいき百歳体操について、知っていますか

1. 知っているし、現在体操に取り組んでいる  
2. 知っており、体操に取り組んでいた時期もあるが、現在は取り組んでいない。  
3. 知っているが、体操を実施したことはない  
4. 知らない

## 問8 認知症について

(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

【(2)において「1. はい」と回答した方にお伺いします】

①あなたが知っている認知症の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. かかりつけ医  
3. 認知症疾患医療センター※ 4. その他（ ）

※滋賀県の指定を受けた医療機関で、認知症の専門医療相談、診断、身体的合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進等を実施しています。

(3) 認知症の対応・治療に関して、あなたのイメージに最も近いものを選んでください

1. 早く対応・治療すれば、治すことができる  
2. 早く対応・治療すれば、進行を遅らせることができる  
3. 早く対応・治療したとしても、進行を遅らせることも、治すこともできない  
4. 早く対応・治療したり、医師に診てもらう必要はない  
5. わからない

(4) 認知症の人への適切な接し方を知っていますか

1. 知っている 2. 聞いたことはあるが詳しくは知らない 3. 聞いたことがない

(5) あなたは認知症の人が住み慣れた地域で暮らしていくためには、どのような地域住民の協力があると助かると思いますか。（いくつでも）

1. 話し相手 2. 認知症への正しい理解  
3. 道に迷っている様子を見かけた時の声かけ 4. 定期的な声かけ、見守り  
5. 地震などの災害時における安否確認 6. 病気などの時の受診の手助け  
7. 買い物や近くまでの外出などの付き添い 8. その他（ ）

(6) 認知症の人やその家族、地域の方、専門スタッフなどが集い会話を楽しむ「認知症カフェ」があることを知っていますか

1. 参加したことがある 2. 参加したことはないが、知っている 3. 知らない

(7) 健常者と認知症の中間にあたる軽度認知障害（MCI）を知っていますか

1. 内容まで知っている 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らない

(8) あなたや家族、身近な人が認知症になった場合、そのことを周囲に伝えてよいと思いますか

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(9) あなたは、認知症の方が地域社会のなかで、人格を持った一人の人間として尊重されていると思いますか

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(10) 認知症の人も地域活動に役割をもって参加したほうがよいと思いますか

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

(11) 今後、認知症施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思いますか（いくつでも）

1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり
2. かかりつけ医が認知症の治療もできるようにしてほしい
3. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実（行方不明になった時に、位置情報が検索できる機器など）
4. 認知症の人が利用できる介護施設・人材の確保
5. 専門医が近くにいるとよい
6. 病院受診や介護などの相談体制の充実（土・日曜日の相談、インターネットによる相談など）
7. 地域の人たちがお茶を飲んだり、体操をするなど、身近で定期的に交流できる場所があるとよい
8. 認知症の予防・重症化予防のための教室
9. 認知症への正しい理解を広める啓発活動
10. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実
11. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会
12. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
13. 認知症の人を支援するボランティアの養成
14. 若年（65歳未満）で発症する認知症に対する支援の充実

(12) あなたが認知症や脳の障がいにより、意思表示や判断ができなくなったとき、入院の申し込みや介護保険の契約など身の上の手続きを手助けしてくれる人はいますか

1. いる 2. いない

(13) 成年後見制度について知っていますか

1. どのような制度か知っている 2. 制度の名称は聞いたことがあるが、内容は知らない  
3. 制度の名称も内容も聞いたことがない

(14) 高齢者の虐待についての相談先として、どんなところを知っていますか。（いくつでも）

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| 1. 地域包括支援センター      | 2. 市役所                      |
| 3. ケアマネジャー         | 4. 民生委員                     |
| 5. 医療関係者（医師、看護師など） | 6. 介護サービス事業所（ヘルパー、デイサービスなど） |
| 7. 社会福祉協議会         | 8. 警察                       |
| 9. その他（ ）          | 10. どこに相談したらよいのか知らない        |

## 問9 その他

(1) 在宅生活を続ける上で、利用したいと考えるサービスはどれですか（あてはまるもの5つまでに○）

- |                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. 外出の際の送迎支援（通院を含む） | 2. 話し相手            | 3. 食事の調理や準備・後片付け |
| 4. 買物               | 5. 家事（掃除・洗濯・布団干し等） | 6. ごみ出し          |
| 7. 電球や蛍光灯等の交換       | 8. 庭木の手入れや草むしり     | 9. 大型ごみの処理       |
| 10. 入浴              | 11. 預貯金の出し入れ       | 12. 財産・お金の管理     |
| 13. 定期的な安否確認        | 14. その他（<br>）      | 15. 特にない         |

(2) 現在利用しているサービス、またはこれまで利用したことがあるものはどれですか（いくつでも）

- |                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. 外出の際の送迎支援（通院を含む） | 2. 話し相手            | 3. 食事の調理や準備・後片付け |
| 4. 買物               | 5. 家事（掃除・洗濯・布団干し等） | 6. ごみ出し          |
| 7. 電球や蛍光灯等の交換       | 8. 庭木の手入れや草むしり     | 9. 大型ごみの処理       |
| 10. 入浴              | 11. 預貯金の出し入れ       | 12. 財産・お金の管理     |
| 13. 定期的な安否確認        | 14. その他（<br>）      | 15. 特にない         |

(3) 将来、仮に介護が必要になった時、どこで暮らしたいと思いますか（最もあてはまるもの1つに○）

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. 自宅   | 2. 息子・娘・孫の家     |
| 3. 兄弟姉妹などの親族の家                                  | 4. シェアハウス（共同住宅） |
| 5. 自宅に近く、少人数で過ごす施設（グループホームなど）                   |                 |
| 6. 大規模で、専門スタッフの多い施設（老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなど） |                 |
| 7. 病院などの医療施設                                    |                 |
| 8. その他（<br>）                                    |                 |

(4) 将来、治る見込みがなく死期が迫っている（6か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、どこで療養生活を望みますか（最もあてはまるもの1つに○）

- |   |  |
|---|--|
| 1. 自宅   |  |
| 2. 自宅に近く、少人数で過ごす施設（グループホームなど）                   |  |
| 3. 大規模で、専門スタッフの多い施設（老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなど） |  |
| 4. 病院などの医療施設                                    |  |
| 5. ホスピス   |  |
| 6. その他（<br>）                                    |  |
| 7. わからない  |  |

(5) ACP\*（アドバンス・ケア・プランニング＝「人生会議」）について知っていますか

\*人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 名称も内容も知っている    | 2. 名称は聞いたことがあるが、内容は知らない |
| 3. 名称も内容も聞いたことがない |                         |

(6) 自分の終末期の希望（治療や療養の場所等）について、家族に話したり伝えたりしたことありますか

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

(7) 自分にもしものことがあった時のために、伝えておきたいことをまとめておくノート（エンディングノートなど）を作成していますか

1. 作成している
2. 作成していないが、今後作成してみたい
3. 作成していないし、今後も作成する予定はない

(8) 近江八幡市の「地域包括支援センター」について知っていることを選んでください（いくつでも）

1. 高齢者の介護や医療、生活などに関する総合的な相談を受けることができる身近な相談窓口であることを知っている
2. 近江八幡市内のエリアごとに設置されていることを知っている
3. 自分の住んでいる地域の「地域包括支援センター」がどこにあるか知っている
4. 全く知らない

(9) 市の保健・福祉・介護保険サービスに関する情報は、主にどこから得ていますか（いくつでも）

- |                    |                           |                  |
|--------------------|---------------------------|------------------|
| 1. 家族・親族           | 2. 友人・知人                  | 3. 民生委員          |
| 4. 市役所の窓口          | 5. 市役所のホームページ             | 6. 広報誌           |
| 7. 地域包括支援センター      | 8. 保健センター                 | 9. 社会福祉協議会       |
| 10. 病院、診療所、歯科医院、薬局 | 11. 介護保険サービス事業者（ケアマネジャー等） |                  |
| 12. 地域の商業施設や商店     | 13. 回覧                    | 14. ケーブルテレビ（ＺＴＶ） |
| 15. SNS            | 16. その他（ ）                | 17. 特にない         |

(10) あなたは、暮らしの問題や福祉などについて困りごとがあったとき、どこに（誰に）相談しますか（いくつでも）

- |                          |                   |           |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| 1. 家族・親族                 | 2. 友人・知人          | 3. 民生委員   |
| 4. 市役所の窓口                | 5. 地域包括支援センター     | 6. 保健センター |
| 7. 社会福祉協議会               | 8. 病院、診療所、歯科医院、薬局 |           |
| 9. 介護保険サービス事業者（ケアマネジャー等） | 10. その他（ ）        |           |
| 11. 相談できる人がいない           |                   |           |

(11) 地震や風水害などの災害時にに対し、対策していることはありますか（いくつでも）

1. 災害に関する情報（避難指示や勧告など）の入手方法を確認できている
2. 避難時等、どこ（だれ）に助けをもとめるか確認できている
3. 避難所や安全な場所まで避難する経路や方法の確認ができている
4. 食料品や飲料水の備蓄ができている
5. 自分や家族の安否の伝達方法を確認できている
6. 避難時に持ち出すもの（薬や衛生物品等）の準備ができている
7. その他（ ）
8. 特に対策はしていない

(12) 市では、災害時の支援体制づくりとして、自力での避難が難しい方（避難行動要支援者）を対象に市への登録申請を受け付けています。この制度を知っていますか

1. 内容まで知っている
2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない

(13) あなたは、お住まいの地域で安心して暮らすことができていますか  
(「とても不安」を0点、「とても安心」を10点として、ご記入ください)



■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

- ・長時間のご協力ありがとうございました。記入もれがないか、再度お確かめください。
- ・調査票記入後は3つ折りにし同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、令和7年〇月〇日（〇）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ご投函ください