

《富士見市》介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査協力をお願い

皆様には、日頃から市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

富士見市では、高齢者の皆様が住み慣れた地域で安心して元気に暮らすことができるよう、3年を1期とする高齢者保健福祉計画に基づき、取り組みを進めております。

この計画の見直しを令和5年度に予定しており、このたび地域の課題や高齢者の皆様の現状等を把握するためのアンケートを実施することといたしました。

この調査は、富士見市にお住まいの要介護1～5の認定を受けていない65歳以上の方の中から無作為に抽出した5,000名の方を対象としています。

本調査で得られた情報は、第9期富士見市高齢者保健福祉計画の策定及び効果評価の目的以外に使用することはありません。併せて、厚生労働省が管理するデータベース内に情報を登録し活用させていただきますが、上記目的以外に使用することはありません。また、当該情報は富士見市個人情報保護条例に則り、富士見市で慎重かつ適正に管理いたします。なお、本調査票のご回答をもちまして、個人情報の取り扱いについてご同意いただいたものとさせていただきます。

大変お忙しいとは存じますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年12月

富士見市長 星野 光弘

回答方法 ※下記①②のいずれかの方法でアンケートの回答をしてください。

①アンケート調査票を郵送する

こちらのアンケート調査票に直接ご記入のうえ、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、ポストへ投函してください。

②Web回答フォームから回答する

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。QRコードを読み込むか、下記のURLにアクセスして、回答を入力してください。

<https://questant.jp/q/4NQ6QYY9>

入力する際は、IDを入力してください。（ID「●●●●●●」）



回答期限 令和4年12月28日（水）まで

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。 チェック☑または○をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1. あて名のご本人が記入 <input type="checkbox"/> 2. ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄 _____ ） <input type="checkbox"/> 3. その他（ _____ ）				

ご記入にあたってのお願い

1. この調査対象者は、富士見市内にお住まいで、令和4年11月1日現在、要介護1～5の認定を受けていない65歳以上の方です。
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かまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当するところにチェック☑をつけるか、○で囲んでください。
4. 数字を記入する欄は右詰めでご記入ください。（例、

	6	2
--	---	---

 kg）
5. 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわりのない場合は次の設問に、ことわり書きや矢印がある場合は指示に従い、次へお進みください。
6. 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

<この調査に関するお問い合わせ先>

富士見市 高齢者福祉課 地域包括ケア係 電話：049-251-2711（内線391・392）

1 あなた自身やご家族、生活状況について

問1 あなたの性別はどちらですか（回答は1つ）

- ①男性 ②女性 ③回答しない

問2 あなたの年齢はどれに該当しますか（回答は1つ）

- ①65～69歳 ②70～74歳 ③75～79歳
④80～84歳 ⑤85～89歳 ⑥90～94歳
⑦95～99歳 ⑧100歳以上

問3 あなたは、要支援認定を受けていますか（回答は1つ）

- ①認定は受けていない ②要支援1 ③要支援2
④事業対象者 ⑤わからない

問4 あなたの住所地を下記から選んでください（回答は1つ）

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①羽沢1・2丁目 | <input type="checkbox"/> ②山室 |
| <input type="checkbox"/> ③羽沢3丁目 | <input type="checkbox"/> ④諏訪 |
| <input type="checkbox"/> ⑤渡戸 | <input type="checkbox"/> ⑥鶴馬1・2・3丁目 |
| <input type="checkbox"/> ⑦大字勝瀬（勝瀬町会） | <input type="checkbox"/> ⑧関沢1丁目 |
| <input type="checkbox"/> ⑨大字勝瀬（勝瀬西町会） | <input type="checkbox"/> ⑩関沢2・3丁目 |
| <input type="checkbox"/> ⑪ふじみ野東 | <input type="checkbox"/> ⑫鶴瀬東 |
| <input type="checkbox"/> ⑬ふじみ野西1・2・4丁目 | <input type="checkbox"/> ⑭鶴瀬西 |
| <input type="checkbox"/> ⑮ふじみ野西3丁目1～8 | <input type="checkbox"/> ⑯上沢 |
| <input type="checkbox"/> ⑰ふじみ野西3丁目9～17 | <input type="checkbox"/> ⑱西みずほ台 |
| <input type="checkbox"/> ⑲大字鶴馬（渡戸東町会） | <input type="checkbox"/> ⑳針ヶ谷1・2丁目 |
| <input type="checkbox"/> ㉑大字鶴馬（鶴瀬西1丁目二葉町会、
鶴瀬西1丁目西町会） | <input type="checkbox"/> ㉒大字針ヶ谷 |
| <input type="checkbox"/> ㉓大字鶴馬（前谷町会、山室町会、
諏訪1丁目町会、諏訪2丁目町会） | <input type="checkbox"/> ㉔大字水子（下記以外） |
| <input type="checkbox"/> ㉕東大久保 | <input type="checkbox"/> ㉖水谷 |
| <input type="checkbox"/> ㉗上南畑 | <input type="checkbox"/> ㉘貝塚 |
| <input type="checkbox"/> ㉙下南畑 | <input type="checkbox"/> ㉚榎町 |
| <input type="checkbox"/> ㉛南畑新田 | <input type="checkbox"/> ㉜水谷東 |
| <input type="checkbox"/> ㉝みどり野 | <input type="checkbox"/> ㉞東みずほ台 |

※上記の住所地は、高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）が担当する範囲によって分けています。

2 からだを動かすことについて

問1 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（回答は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

問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（回答は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

問3 15分位続けて歩いていますか（回答は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

問4 過去1年間に転んだ経験がありますか（回答は1つ）

- ①何度もある ②1度ある ③ない

問5 転倒に対する不安は大きいですか（回答は1つ）

- ①とても不安である ②やや不安である
③あまり不安でない ④不安でない

問6 週に1回以上は外出していますか（回答は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

問7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（回答は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

問8 外出を控えていますか（回答は1つ）

- ①はい ②いいえ

【問8で「①はい」(外出を控えている)の方のみ】

問8-① 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"/> ①病気	<input type="checkbox"/> ②障害 <small>(<small>しょうがい</small> <small>のうそちゆう</small> <small>こういよう</small>など)</small>
<input type="checkbox"/> ③足腰などの痛み	<input type="checkbox"/> ④トイレの心配(失禁など)
<input type="checkbox"/> ⑤耳の障害(聞こえの問題など)	<input type="checkbox"/> ⑥目の障害
<input type="checkbox"/> ⑦外での楽しみがない	<input type="checkbox"/> ⑧経済的に出られない
<input type="checkbox"/> ⑨交通手段がない	<input type="checkbox"/> ⑩新型コロナウイルス感染症等の影響
<input type="checkbox"/> ⑪その他()	

問9 東武東上線の駅まで、普段、バスか徒歩で行く場合の所要時間(数字を記入)

バス	<input type="text"/>	分	徒歩	<input type="text"/>	分
----	----------------------	---	----	----------------------	---

問10 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①徒歩	<input type="checkbox"/> ②自転車
<input type="checkbox"/> ③バイク	<input type="checkbox"/> ④自動車(自分で運転)
<input type="checkbox"/> ⑤自動車(人に乗せてもらう)	<input type="checkbox"/> ⑥電車
<input type="checkbox"/> ⑦市内循環バス、路線バス	<input type="checkbox"/> ⑧病院や施設のバス
<input type="checkbox"/> ⑨車いす	<input type="checkbox"/> ⑩電動車いす(カート)
<input type="checkbox"/> ⑪歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> ⑫タクシー
<input type="checkbox"/> ⑬その他()	

【問10で「④自動車(自分で運転)」の方のみ】

問10-① 将来的に運転免許証を自主返納したいと思いますか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①はい(理由:)
<input type="checkbox"/> ②いいえ(理由:)
<input type="checkbox"/> ③わからない

問11 習慣として、運動(散歩などを含む)をどれくらいしていますか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> ②週4~5日	<input type="checkbox"/> ③週2~3日
<input type="checkbox"/> ④週1回	<input type="checkbox"/> ⑤週1日未満	

問 12 あなたは、市（健康増進センターや公民館等）主催の介護予防教室などに参加したことはありますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

【問 12 で「①はい」（参加したことがある）の方のみ】

問 12-① 参加したことにより、成果や効果はありますか（いくつでも）

◀①通院回数が減った

◀②薬を飲む量が減った

◀③体力が向上した

◀④家でも体操などをするようになった

◀⑤外出の回数が増えた

◀⑥仲間が増えた

◀⑦気持ちが前向きになった

◀⑧成果は感じなかった

◀⑨わからない

◀⑩その他（ ）

問 13 あなたは、市（健康増進センター）で行っている「介護支援ボランティアポイント事業」を知っていますか（回答は1つ）

※「介護支援ボランティアポイント事業」とは、介護保険施設等でボランティアとして活躍されることで高齢者の社会参加と介護予防をすすめている事業のこと。ボランティアとしてスタンプ（ポイント）をためると翌年度に特典と交換できる。

◀①知っている

◀②聞いたことがあるが内容は知らない

◀③知らない（わからない）

問 14 あなたは、以下のどの介護予防や健康づくりの活動に参加したいですか（いくつでも）

◀①市主催の介護予防教室

◀②公民館等での趣味サークル

◀③公民館や集会所等での体操

◀④公園でのラジオ体操

◀⑤屋外でのウォーキング

◀⑥会食や茶話会などのサロン

◀⑦ボランティア活動

◀⑧農作業や農作物の収穫体験

◀⑨支援が必要な高齢者への生活支援（買物や移動支援等）

◀⑩子どもや若年世代等世代間との交流活動

◀⑪その他（ ） ◀⑫特にない

3 食べることについて

問1 身長・体重（数字を記入）

身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----	----	----------------------	----

問2 食事は自分で食べられますか（回答は1つ）

- ◀①できる ◀②一部介助があればできる ◀③できない

問3 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問4 お茶や汁物等でむせることがありますか（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問5 口の渇きが気になりますか（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問6 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（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問7 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（回答は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

【問7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」の方のみ】

問7-① 毎日入れ歯の手入れをしていますか（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問8 どなたかと食事をとる機会がありますか（回答は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

4 毎日の生活について

問1 物忘れが多いと感じますか（回答は1つ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問2 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）（回答は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

問3 自分で食品・日用品の買物をしていますか（回答は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

【問3で「②できるけどしていない」「③できない」の方のみ】

問3-① 食品・日用品の買物をする人は主にどなたですか（回答は1つ）

- ◀①同居の家族 ◀②別居の家族 ◀③ヘルパー
◀④配達を依頼 ◀⑤その他（ ）

問4 自分で食事の用意をしていますか（回答は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

【問4で「②できるけどしていない」「③できない」の方のみ】

問4-① 食事を用意する人は主にどなたですか（回答は1つ）

- ◀①同居の家族 ◀②別居の家族 ◀③ヘルパー
◀④配食サービスを利用 ◀⑤その他（ ）

問5 自分で請求書の支払いをしていますか（回答は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

問6 自分で預貯金の出し入れをしていますか（回答は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

問7 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの行動や意識に変化はありましたか（いくつでも）

- ◀①外出しなくなった ◀②人と会わなくなった
◀③人や物に触るのが怖くなった ◀④不安になることが多くなった
◀⑤健康に気を付けるようになった ◀⑥人とのつながりの大切さを知ることができた
◀⑦その他（ ） ◀⑧特にない

問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（回答は1つ）

◀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

問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（回答は1つ）

◀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

問5 あなたは、富士見市社会福祉協議会に配置されている「生活支援コーディネーター」が、地域づくりを支援する活動を行っていることを知っていますか（回答は1つ）

※「生活支援コーディネーター」とは、地域支え合い推進員とも呼ばれ、地域の方々と一緒に考えながら支え合いやつながりのある地域づくりに取り組むとともに、地域に不足している生活支援サービスの創出や関係者間の情報共有、地域ニーズとの整合性を図るなど調整を行う人のこと。

◀①知っている

◀②知らない（わからない）

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

問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）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問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）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問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）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問4 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問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）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> ◀②社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ◀③ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> ◀④医師・歯科医師・看護師 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤市役所・高齢者あんしん相談センター | <input type="checkbox"/> ◀⑥その他（ |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦そのような人はいない | |

問6 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（回答は1つ）

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①毎日ある | <input type="checkbox"/> ◀②週に何度かある | <input type="checkbox"/> ◀③月に何度かある |
| <input type="checkbox"/> ◀④年に何度かある | <input type="checkbox"/> ◀⑤ほとんどない | |

7 健康について

問1 現在のあなたの健康状態はいかがですか（回答は1つ）

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①とてもよい | <input type="checkbox"/> ◀②まあよい |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまりよくない | <input type="checkbox"/> ◀④よくない |

問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(チェックして)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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問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（回答は1つ）

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問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（回答は1つ）

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問5 タバコは吸っていますか（回答は1つ）

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①ほぼ毎日吸っている | <input type="checkbox"/> ◀②時々吸っている |
| <input type="checkbox"/> ◀③吸っていたがやめた | <input type="checkbox"/> ◀④もともと吸っていない |

問6 お酒は飲みますか（回答は1つ）

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①ほぼ毎日飲む | <input type="checkbox"/> ◀②時々飲む |
| <input type="checkbox"/> ◀③ほとんど飲まない | <input type="checkbox"/> ◀④もともと飲まない |

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

問8 現在のあなたの耳の聞こえの状態はいかがですか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①普通	<input type="checkbox"/> ◀②普通の声がやっと聞こえる
<input type="checkbox"/> ◀③かなり大きな声なら何とか聞き取れる	<input type="checkbox"/> ◀④ほとんど聞こえない

【問8で「②普通の声がやっと聞こえる」「③かなり大きな声なら何とか聞き取れる」「④ほとんど聞こえない」の方のみ】

問8-① 現在、補聴器を使用していますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①使用している	）
<input type="checkbox"/> ◀②持っているが使用していない（理由：	）
<input type="checkbox"/> ◀③持っていない	

【問8-①で「①使用している」の方のみ】

問8-② 補聴器を使用する前と比べて外出は増えましたか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①増えた	<input type="checkbox"/> ◀②減った	<input type="checkbox"/> ◀③変わらない
--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

【問8-①で「③持っていない」の方のみ】

問8-③ 補聴器を持っていない理由はなんですか（いくつでも）

<input type="checkbox"/> ◀①補聴器は高額だから	）
<input type="checkbox"/> ◀②補聴器でどのくらい改善されるか分からないから	
<input type="checkbox"/> ◀③補聴器を使用することがわずらわしいから	
<input type="checkbox"/> ◀④耳が聞こえにくくなっていることを周りに知られたくないから	
<input type="checkbox"/> ◀⑤その他（	）

8 在宅医療に関することについて

問1 あなたの家の近くに安心してかかれる医療機関（かかりつけ医）がありますか
（回答は1つ）

- ◀①ある ◀②ない

問2 あなたは、「在宅医療」について知っていますか（回答は1つ）

※「在宅医療」とは、通院が困難で自宅での療養を希望する患者のために、医師や歯科医師、訪問看護師、薬剤師などの専門職が自宅などに訪問して診療を行うこと。

- ◀①知っている ◀②聞いたことはあるが内容は知らない
◀③知らない（わからない）

問3 あなたが仮に病気等で治る見込みがなくなり、死期が迫っている（6ヶ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、療養の場所はどこを希望されますか
（いくつでも）

- ◀①なるべく今まで通っていた（または現在入院中の）医療機関に入院したい
◀②なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげるための病棟）に入院したい
◀③自宅で療養して、必要になれば、それまでの医療機関に入院したい
◀④自宅で療養して、必要になれば、緩和ケア病棟に入院したい
◀⑤自宅で最期まで療養したい ◀⑥老人ホームに入所したい
◀⑦専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
◀⑧その他（ ） ◀⑨わからない

問4 あなたは最期まで自宅での療養ができると思いますか（回答は1つ）

- ◀①実現可能である ◀②困難である ◀③わからない

【問4で「②困難である」の方のみ】

問4-① 困難であると思う理由はなんですか（いくつでも）

- ◀①往診してくれる医師がいない
◀②訪問看護体制（看護師の訪問）が整っていない
◀③訪問介護体制（介護サービスのヘルパーの訪問）が整っていない
◀④24時間相談にのってくれるところがない
◀⑤介護してくれる家族がいない
◀⑥介護してくれる家族に負担がかかる
◀⑦症状が急変した時の対応に不安がある
◀⑧症状急変時すぐに入院できるか不安である
◀⑨在宅で療養する居住環境が整っていない
◀⑩経済的に負担が大きい

9 認知症に関することについて

問1 5分前のことが思い出せますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問2 その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか（回答は1つ）

◀①困難なくできる

◀②いくらか困難であるが、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

◀④ほとんど判断できない

問3 人に自分の考えをうまく伝えられますか（回答は1つ）

◀①困難なく伝えられる

◀②いくらか困難であるが、伝えられる

◀③あまり伝えられない

◀④ほとんど伝えられない

問4 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（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問5 認知症に関する相談窓口を知っていますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問6 認知症について正しく理解する方法の一つに「認知症サポーター養成講座」があります。あなたは、認知症サポーター養成講座をご存知ですか。また、講座を受講したいと思えますか（回答は1つ）

◀①知っているし受講したい

◀②知っているが受講したいとは思わない

◀③知らなかったが受講したい

◀④知らないし受講したいとは思わない

◀⑤すでに受講したことがある

問4 これからの高齢者の保健福祉や介護に関して、ご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

アンケートは、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

12月28日（水）までに ポストへ投函してください。