

# 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査へのご協力のお願い

日頃は、市政にご理解、ご協力いただき、誠にありがとうございます。

現在奈良市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう「奈良市老人福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や適正な介護保険サービスの利用を推進しているところです。この計画が令和8年度末で終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、このたび、皆さまの日頃の生活のご様子や健康状態、介護サービスのご利用状況等について、その実情やニーズを把握するため、アンケートを実施させていただくことになりました。

ご回答いただいた内容は、次期計画策定のために利用させていただくものであり、回答者個人が特定されたり、個々の回答内容が漏れたり、他の目的に利用することはございません。また、お答えになりにくい質問にはお答えいただかなくてかまいません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和8年1月

奈良市長 仲川 げん

## アンケートの概要

### (1) 対象者

本調査は、令和7年12月1日現在、市内にお住いの65歳以上の方で、要介護の認定を受けていない方の中から6,500名を無作為に抽出し、ご協力をお願いしています。

### (2) 目的

日常生活の状況等の実態を調査し、日常生活圏域（概ね中学校区）ごとに地域が抱える課題やニーズを把握するために行うものです。

## 回答の方法

- (1) あて名ご本人の考えにもっとも近いものを選び回答してください。（代筆可）
- (2) ボールペンや鉛筆など、どのような筆記用具でお書きいただいてもかまいません。
- (3) 裏面の「記入にあたってのお願い」と「個人情報の取扱いについて」をお読みいただき、ご回答ください。

この調査に関する問い合わせ先  
奈良市役所 福祉部 長寿福祉課  
TEL 0742-34-5439

## 記入にあたってのお願い

### 調査票・返信用封筒には氏名や住所を記入しないでください

- 1 質問によって、「回答は1つ」「いくつでも」など、印をつける数が異なりますのでご注意ください。
- 2 すべての記入が終わったら、この調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒(切手不要・介護福祉課宛)に入れて郵便ポストへ投かんしてください。
- 3 本調査は、パソコンやスマートフォン等での回答も可能です。  
下の二次元コードを読み込むか、下記のURLにアクセスしてください。  
なお、WEBで回答された場合は、郵送での回答はしないでください。  
入力する際は、IDを入力してください。(ID「○○○○○」)

<https://questant.jp/q/5GCP7HKP>



※このIDは同一人による二重回答を防止するためのもので、個人は特定されません。

**【WEB回答者の場合も期日は同じ】**  
令和8年2月17日(火)までに、郵便ポストへ投かんをお願いします

## 個人情報の取扱いについて

### 【個人情報の保護およ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。本調査で得られた情報につきましては、奈良市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市が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できます。

**本調査票のご返送をもちまして、上記にご同意いただいたものとして取り扱いさせていただきます。**

## 記入日

令和8年

--	--

月

--	--

日

# 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票

調査票を記入されたのはどなたですか(回答は1つ)

- ①あて名のご本人が記入  ②ご家族が記入  ③その他

あて名ご本人の年齢を教えてください(回答は1つ)

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

性別(回答は1つ)

- ①男性  ②女性  ③その他  ④答えたくない

お住いの圏域(回答は1つ) ※()内は小学校区になります

- ①若草 (鼓阪北、鼓阪、佐保)  
 ②三笠 (大宮、佐保川、椿井、大安寺西)  
 ③春日・飛鳥 (済美、済美南、大安寺、飛鳥)  
 ④都南 (辰市、明治、東市、帶解)  
 ⑤北部 (ならやま (神功、右京)、朱雀、左京、佐保台)  
 ⑥平城 (平城西、平城)  
 ⑦京西・都跡 (伏見南、六条、都跡)  
 ⑧伏見 (あやめ池(学園南除く)、西大寺北、伏見)  
 ⑨二名 (鶴舞、青和、二名、富雄北)  
 ⑩登美ヶ丘 (東登美ヶ丘、登美ヶ丘)  
 ⑪富雄東 (三碓、富雄南、あやめ池(学園南))  
 ⑫富雄西 (鳥見、富雄第三)  
 ⑬東部 (田原、柳生、興東、都祁、月ヶ瀬)

介護保険の認定状況(回答は1つ)

- ①受けていない  ②「基本チェックリスト」でサービス事業対象者と判断された方  
 ③要支援1  ④要支援2

# 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(回答は1つ)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①1人暮らし           | <input type="checkbox"/> ②2人暮らし(配偶者65歳以上) |
| <input type="checkbox"/> ③2人暮らし(配偶者65歳未満) | <input type="checkbox"/> ④息子・娘との2世代       |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他             |   |

## (2) 普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか(回答は1つ)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ①介護・介助は必要ない               |
| <input type="checkbox"/> 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"/> 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)普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか」の質問で「②何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」または「③現在、何らかの介護を受けている」を選ばれた方のみ】

## (3) 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)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | <input type="checkbox"/> ②心臓病             |
| <input type="checkbox"/> ③がん(悪性新生物)     | <input type="checkbox"/> ④呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) |
| <input type="checkbox"/> ⑤関節の病気(リウマチ等)  | <input type="checkbox"/> ⑥認知症(アルツハイマー病等)  |
| <input type="checkbox"/> ⑦パーキンソン病       | <input type="checkbox"/> ⑧糖尿病             |
| <input type="checkbox"/> ⑨腎疾患(透析)       | <input type="checkbox"/> ⑩視覚・聴覚障害         |
| <input type="checkbox"/> ⑪骨折・転倒         | <input type="checkbox"/> ⑫脊椎損傷            |
| <input type="checkbox"/> ⑬高齢による衰弱       | <input type="checkbox"/> ⑭その他( )          |
| <input type="checkbox"/> ⑮不明            |   |

【「(2)普段の暮らしの中で、介護・介助を必要とされていますか」の質問で「③現在、何らかの介護を受けている」を選ばれた方のみ】

## (4) 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)

- |                                       |                                  |                                 |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①配偶者(夫・妻)    | <input type="checkbox"/> ②息子     | <input type="checkbox"/> ③娘     |
| <input type="checkbox"/> ④子の配偶者       | <input type="checkbox"/> ⑤孫      | <input type="checkbox"/> ⑥兄弟・姉妹 |
| <input type="checkbox"/> ⑦介護サービスのヘルパー | <input type="checkbox"/> ⑧その他( ) |                                 |

## (5) 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(回答は1つ)

- |                                    |                                    |                               |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①大変苦しい    | <input type="checkbox"/> ②やや苦しい    | <input type="checkbox"/> ③ふつう |
| <input type="checkbox"/> ④ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> ⑤大変ゆとりがある |                               |

(6) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(回答は1つ)

<input type="checkbox"/> ①持家(一戸建て)	<input type="checkbox"/> ②持家(集合住宅)	<input type="checkbox"/> ③公営賃貸住宅 こうえい ちんたい じゅうたく
<input type="checkbox"/> ④民間賃貸住宅(一戸建て) みんかん ちんたい じゅうたく	<input type="checkbox"/> ⑤民間賃貸住宅(集合住宅) みんかん ちんたい じゅうたく	
<input type="checkbox"/> ⑥借家	<input type="checkbox"/> ⑦その他	

問2 からだを動かすことについて

	質問項目	回答 (いずれかに✓)			
(1)	手すりや壁をつたわらずに階段を昇っていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>	
(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	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>	
(3)	15分くらい続けて歩いて いますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>	
(4)	過去1年間に転んだ経験が ありますか	何度かある <input type="checkbox"/>	1度ある <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>	
(5)	転倒に対する不安は大きい ですか	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 <input type="checkbox"/>
(6)	週に1回以上は外出してい ますか	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 <input type="checkbox"/>
(7)	昨年と比べて外出の回数が 減っていますか	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 <input type="checkbox"/>
(8)	外出を控えていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>		

【(8)外出を控えていますか】の質問で「はい」を選ばれた方のみ】

(9) 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(脳卒中の後遺症など) しょうがい のうそくちゅう こういしょう
<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感染症の流行
<input type="checkbox"/> ⑪その他( )	

(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3 食べることなどについて

	質問項目	回答(いずれかに✓) ※(1)のみ数値を記入してください	
		身長 cm	体重 kg
(1)	身長・体重		
(2)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(3)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(4)	口の渴きが気になりますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(6)	噛み合わせは良いですか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(7)	6ヶ月間で2~3kg 以上の体重減少がありましたか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
(8)	どなたかと食事をともにする機会はありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

(9) 歯の数と入れ歯(インプラントやブリッジを除く)の利用状況を教えてください(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】

入れ歯を利用しておらず	入れ歯を利用しておらず
<input type="checkbox"/> ①自分の歯は20本以上 <input type="checkbox"/> ③自分の歯は19本以下	<input type="checkbox"/> ②自分の歯は20本以上 <input type="checkbox"/> ④自分の歯は19本以下

【(9)の質問で「入れ歯を利用している」を選ばれた方のみ】

(10) 毎日入れ歯の手入れをしていますか(回答は1つ)

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

## 問4 毎日の生活について

	質問項目	回答 (いずれかに✓)		
(1)	物忘れが多いと感じますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(3)	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(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)	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(5)	自分で食品・日用品の買い物をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(6)	自分でゴミ出し(自宅から集積所までの運搬)をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(7)	自分で食事の用意をしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(8)	自分で公共料金や税金などの支払いをしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(9)	自分で預貯金の出し入れをしていますか	できるし している <input type="checkbox"/>	できるが していない <input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>
(10)	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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(11)	新聞を読んでいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(12)	本や雑誌を読んでいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(13)	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(14)	友人の家を訪ねていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	

	質問項目	回答 (いずれかに✓)		
(15)	家族や友人の相談にのっていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(16)	病人を見舞うことができますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(17)	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
(18)	趣味はありますか。 ※ある場合は（）内に内容を記入してください	趣味あり <input type="checkbox"/> ( )	思いつかない <input type="checkbox"/>	
(19)	生きがいはありますか ※ある場合は（）内に内容を記入してください	生きがいあり <input type="checkbox"/> ( )	思いつかない <input type="checkbox"/>	

【「(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)」の質問で「できるが、していない」または「できない」を選ばれた方のみ】

(20) その主な理由は、次のどれですか(回答は1つ)

①外出したいと思わない

**【外出したいがしていない場合】次の理由から外出していない**

②身体的理由などで外出が困難

③行きたいところまでの移動手段がない(少ない)

④行きたいところがない

⑤家族の反対がある

⑥移動費が高額になる

⑦その他( )

(21) 公共交通以外の送迎サービス(地域住民間での送迎サービスなど)があれば利用したいですか。(回答は1つ)

①利用したい

②利用したくない

**【利用するかどうかわからない場合】次の理由から利用するかわからない**

③公共交通や自家用車などで十分である

④家族や親族など、身内の送迎を優先的に考えている

⑤事故の補償や安全面などに不安がある

⑥運転者が顔見知りであったときに気を使う

⑦利用料金による

⑧その他( )

【「(5)自分で食品・日用品の買い物をしていますか」の質問で「できるし、している」を選ばれた方のみ】

(22) もっとも利用頻度が高いのは次のいずれですか(回答は1つ)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①近所のスーパー・小売店      | <input type="checkbox"/> ②近所のコンビニ |
| <input type="checkbox"/> ③遠くのスーパー・小売店やコンビニ | <input type="checkbox"/> ④宅配サービス  |
| <input type="checkbox"/> ⑤移動販売車            | <input type="checkbox"/> ⑥ネット通販   |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他( )           |                                   |

【「(5)自分で食品・日用品の買い物をしていますか」の質問で「できるが、していない」または「できない」を選ばれた方のみ】

(23) その主な理由は、次のいずれですか(回答は1つ)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①自分で買い物をしたいと思わない |
|---|

**【買い物をしたいがしていない場合】次の理由から買い物をしていない**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ②近くに店がない                     |
| <input type="checkbox"/> ③店まで行くのが体力的に難しい／荷物を持ち帰るのが難しい |
| <input type="checkbox"/> ④家族が代わりにしている                 |
| <input type="checkbox"/> ⑤店までの往復の道中、車や自転車が多く危険である     |
| <input type="checkbox"/> ⑥宅配やネット通販の利用方法がわからない         |
| <input type="checkbox"/> ⑦家族の反対がある                    |
| <input type="checkbox"/> ⑧その他( )                      |

## 問5 地域での活動について

以下のような会やグループ等の活動にどのくらいの頻度で参加していますか

	①週4回以上	②週2～3回	③週1回	④月1～3回	⑤年数回	⑥参加していない
(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)介護予防のための通いの場 (元気ならエクササイズなど)	<input type="checkbox"/>					
(6)万年青年クラブ(老人クラブ)	<input type="checkbox"/>					
(7)町内会・自治会	<input type="checkbox"/>					
(8)収入のある活動・仕事	<input type="checkbox"/>					

(9)次のうち参加している(参加してみたい)地域の活動はどれですか(いくつでも)

<input type="checkbox"/> ①おしゃべり・茶話会	<input type="checkbox"/> ②音楽鑑賞・歌・楽器演奏
<input type="checkbox"/> ③クイズ、将棋や囲碁などのゲーム	<input type="checkbox"/> ④ミニ講座(栄養・口腔・体操等)
<input type="checkbox"/> ⑤手芸・工作・料理	<input type="checkbox"/> ⑥食事会
<input type="checkbox"/> ⑦体操・軽スポーツ	<input type="checkbox"/> ⑧その他( )

(10) 地域でどのような介護予防や通いの場であれば参加したいと思いますか  
(いくつでも)

- ①公民館などの体操・ストレッチ
- ②自宅で参加できるオンライン体操（YouTube・Zoomなど）
- ③公園でのラジオ体操・ウォーキング
- ④お茶などを楽しむ交流の場（茶話会など）
- ⑤気軽に立ち寄れる地域の交流カフェ
- ⑥福祉・健康・地域イベントなどの情報が得られる場
- ⑦認知症予防の脳トレや健康講座（市・地域主催）
- ⑧スマホ等で受講できる認知症予防講座（YouTube・Zoomなど）
- ⑨趣味の集まり（料理・手芸・健康マージャンなど）
- ⑩地域のボランティア活動（清掃・見守りなど）
- ⑪農作業体験や収穫イベント
- ⑫高齢者の生活を支える活動（移動支援・ごみ出し支援など）
- ⑬世代間交流（子ども食堂・地域イベントなど）
- ⑭その他（ ）

(11) 介護予防や通いの場に参加したいと思う理由は何ですか(いくつでも)

- ①新しい仲間ができるから
- ②仲間（友人・知人）と会えるから
- ③健康のため
- ④楽しいから
- ⑤生きがいを感じる
- ⑥情報が得られるから
- ⑦地域や人の役に立ちたい
- ⑧その他（ ）

(12) 地域での活動に参加するうえで重視することは何ですか(いくつでも)

- ①活動内容
- ②一緒に参加する人
- ③参加費用
- ④活動場所までの移動手段
- ⑤その他（ ）

(13) 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  
参加してみたいですか(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

(14) 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ですか(回答は1つ)

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ②参加してもよい  |
| <input type="checkbox"/> ③参加したくない | <input type="checkbox"/> ④既に参加している |

## 問6 たすけあいについて

以下の場合について、あてはまるものをお答えください。(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
(1)あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人	<input type="checkbox"/>							
(2)反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人	<input type="checkbox"/>							
(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	<input type="checkbox"/>							
(4)反対に、看病や世話をしてあげる人	<input type="checkbox"/>							

(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・万年青年クラブ | <input type="checkbox"/> ②民生委員       |
| <input type="checkbox"/> ③社会福祉協議会         | <input type="checkbox"/> ④ケアマネジャー    |
| <input type="checkbox"/> ⑤医師・歯科医師・看護師     | <input type="checkbox"/> ⑥地域包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> ⑦市役所             | <input type="checkbox"/> ⑧その他( )     |
| <input type="checkbox"/> ⑨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(回答は1つ)

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①毎日ある    | <input type="checkbox"/> ②週に何度がある | <input type="checkbox"/> ③月に何度がある |
| <input type="checkbox"/> ④年に何度がある | <input type="checkbox"/> 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(回答は1つ)  
同じ人には何度も会っても1人と数えることとします。

- |                                   |                                 |                                |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①0人(いない) | <input type="checkbox"/> ②1～2人  | <input type="checkbox"/> ③3～5人 |
| <input type="checkbox"/> ④6～9人    | <input type="checkbox"/> ⑤10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)

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ①近所・同じ地域の人  | <input type="checkbox"/> ②幼なじみ           |
| <input type="checkbox"/> ③学生時代の友人    | <input type="checkbox"/> ④仕事での同僚・元同僚     |
| <input type="checkbox"/> ⑤趣味や関心が同じ友人 | <input type="checkbox"/> ⑥ボランティア等の活動での友人 |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他        | <input type="checkbox"/> ⑧いない            |

(9) 自分には人とのつきあいがないと感じることがありますか(回答は1つ)

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①全くない | <input type="checkbox"/> ②ほとんどない |
| <input type="checkbox"/> ③時々ある | <input type="checkbox"/> ④常にある   |

(10) 自分は他の人たちから孤立していると感じることがありますか(回答は1つ)

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①全くない | <input type="checkbox"/> ②ほとんどない |
| <input type="checkbox"/> ③時々ある | <input type="checkbox"/> ④常にある   |

## 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(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 |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

(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 | 0点                       | 1点                       | 2点                       | 3点                       | 4点                       | 5点                       | 6点                       | 7点                       | 8点                       | 9点                       | 10点                      | とても幸せ |
|       | <input type="checkbox"/> |       |

(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 |
|------------------------------|-------------------------------|

(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 |
|------------------------------|-------------------------------|

(5) 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 |

(6) 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 |

(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"/> ⑯耳の病気                | <input type="checkbox"/> ⑯その他( )        |

---

## 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(回答は1つ)

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

(2) あなたは認知症に対してどのようなイメージを持っていますか(いくつでも)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①誰でもなる可能性がある  | <input type="checkbox"/> ②本人の気持ちがわかりにくい    |
| <input type="checkbox"/> ③早期に気づけば対応できる | <input type="checkbox"/> ④地域や周囲の理解があれば暮らせる |
| <input type="checkbox"/> ⑤よくわからない      | <input type="checkbox"/> ⑥その他( )           |

(3) 認知症センター養成講座や認知症カフェなど、認知症について学んだり交流したりする場に参加したことがありますか。(回答は1つ)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①参加したことがある |
|-------------------------------------|

【参加したことがない場合】次の理由から参加したことがない

- |                                     |  |                                 |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ②必要性を感じない  | <input type="checkbox"/> ③時間がない        | <input type="checkbox"/> ④興味がない |
| <input type="checkbox"/> ⑤情報が入ってこない | <input type="checkbox"/> ⑥参加してよいか分からない |                                 |
| <input type="checkbox"/> ⑦特に理由はない   | <input type="checkbox"/> ⑧その他( )       |                                 |

(4) 介護保険制度以外にどのような支援やサービスがあればよいと思いますか  
(いくつでも)

- ①認知症の方やその家族、地域住民などが集い交流する機会
- ②認知症の方同士が交流する機会
- ③認知症の方の家族同士が交流する機会
- ④認知症の方と家族が一緒に参加し交流する機会
- ⑤気軽に相談できる場(対面・電話・ＷＥＢなど)
- ⑥認知症の当事者による認知症の本人へのサポートや助言(ピアサポート)
- ⑦わからない
- ⑧その他( )

(5) 認知症に関する相談窓口(例:かかりつけ医、市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会など)を知っていますか(回答は1つ)

- ①はい
- ②いいえ

(6) 将来、自分自身で物事を判断することが難しくなった場合、成年後見制度を利用したいと思いますか(回答は1つ)

- ①利用したい
- ②興味はあるが利用に不安がある
- ③利用するつもりはない
- ④今はまだわからない

<成年後見制度とは>

認知症などの理由により、判断能力が十分でない人を法律的に支援する制度のことです。家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等が、本人の利益を考えながら、財産管理や契約行為等を行い、生命、身体、自由、財産等の権利を守ります。

(7) 認知症などでご自身が意思決定できなくなったときに備えて、あらかじめ将来の医療や介護などについて、身近な人と話し合いをしていますか(①～③の回答は1つ)

また、どのようなことを話し合ったことがありますか((1)～(6)いくつでも)

①詳しく話し合っている  ②一応話し合っている

- {
- (1)受けたい（または受けたくない）医療や介護の内容  
(延命治療など)
  - (2)経済的なこと
  - (3)やりたいことや目標
  - (4)過ごしたい場所（自宅、施設、病院など）
  - (5)亡くなった後のこと（葬儀の希望等要望や、ペットの  
世話等の気がかりなど）
  - (6)その他（  
）

③話し合ったことはない

(8) 認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか(回答は1つ)

- ①認知症について正しく理解できる機会（講座・広報など）の充実
- ②認知症の人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備
- ③認知症の人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保
- ④認知症の人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり
- ⑤医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備
- ⑥認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実
- ⑦認知症にならないための予防に関する情報や取り組みの推進

## 問9 地域の支え合いについて

次のそれぞれについて、いまあなたが支援してほしいこと、もしくは、いまあなたが支援できることがあれば、該当する箇所に✓をつけてください

※✓をつける場合、①と②、③と④は、それぞれいずれか片方に✓してください。

	支援してほしい		支援できる	
	①無償で	②(※1)有償でも	③無償で	④(※1)有償であれば
(1)日頃の見守りや声掛け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)一般家庭ゴミ(大型ゴミを除く)の集積所までの運搬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)買い物同行(店内の付き添いと介助)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)買い物代行(指定されたものを届ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)通いの場(※2)への送迎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)庭木の剪定や草むしり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(※1) 「有償」とは、活動に対する謝礼として、交通費などの実費の他、1時間あたり500円程度の金銭を支払(受領)する場合としてお答えください。

(※2) 「通いの場」とは、地域住民が主体となって、身近な集会所や公民館などを活用し健康の維持増進や介護予防につながる活動を行う場のことです。

## 問10 将来・これからの生活について

(1) もしものとき(自らが望む医療やケアについて考えたり、伝えたりすることができなくなったときなど)に備えて、ご家族や信頼している人と話し合い(人生会議(アドバンス・ケア・プランニング))をしていますか(回答は1つ)

- ①している。したことがある
- ②したいと思っているが、できていない
- ③したいと思わない

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「①している。したことがある」または「②したいと思っているが、できていない」を選ばれた方のみ】

(2) どなたと話し合いをされましたか。話し合いたいですか(回答は1つ)

- ①家族、親族
- ②医療関係者(医師、看護師など)
- ③知人、友人
- ④介護関係者(ケアマネジャー、ヘルパーなど)
- ⑤その他( )

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「①している。したことがある」を選ばれた方のみ】

(3) どのようなことを話し合われましたか(いくつでも)

- ①受けたい、または受けたくない医療や介護の内容(延命治療など)
- ②看取りの希望(どこで過ごしたいか、誰に看取られたいかなど)
- ③亡くなった後のこと(葬儀の希望等や、ペットの世話、家財の処理など)
- ④経済的なこと
- ⑤やりたいことや目標
- ⑥その他( )

【「(1) もしものときに備えて、ご家族や信頼している人と話し合いをしていますか」の質問で「②したいと思っているが、できていない」を選ばれた方のみ】

(4) その理由は何ですか(いくつでも)

- ①話し合い方がわからない
- ②誰と話をしたらいいかわからない
- ③自分自身の時間がない
- ④相手の時間が取れない
- ⑤話を切り出し�にくい
- ⑥今はまだ話し合う必要性を感じていない
- ⑦話をする相手がいない
- ⑧秘密を守ってもらえるか不安
- ⑨その他( )

(5) 「わたしの未来ノート（奈良市版エンディングノート）」についてお答えください（回答は1つ）

- ①知っており活用している、活用してみたい
- ②知っているが活用したくない
- ③知らないが活用してみたい
- ④知らないし活用したくない

※エンディングノートは、自分の希望や意思を記録しておくノートです。葬儀や財産、医療についての希望を生前に伝えることで、遺族の負担を減らすことができます。奈良市版「わたしの未来ノート」は、奈良市が作成したエンディングノートです。

(6) 今後の生活の中で準備をしているものはありますか（いくつでも）

- ①入院や療養が必要になった時の物品の準備
- ②判断能力が低下したときの代理人
- ③リビングウィル（終末期医療の指示・介護の希望・代理人の指定等）の作成
- ④身近な人へのメッセージやエンディングノート（自身の死後の希望や意思を遺族等に伝える文書）の作成
- ⑤財産の整理（相続の準備等）
- ⑥身の回りの所有物の整理（⑤を除く）
- ⑦葬儀の準備
- ⑧お墓の準備
- ⑨その他（ ）
- ⑩準備しているものはない

【「(6) 今後の生活の中で準備をしているものはありますか」の質問で「⑩準備しているものはない」を選ばれた方のみ】

(7) 準備をしていない理由は何ですか（いくつでも）

- ①整理や準備に対する意欲が湧かないから
- ②整理をする必要性を感じないから
- ③思い出の品などを捨てることに抵抗があるから
- ④何をどう整理すればいいのかわからないから
- ⑤費用がかかるため整理に踏み切れないから
- ⑥その他（ ）

■■■以上でアンケート調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■