

あて名シール

あなたの ID : 0000

パスワード : 0000

墨田区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(墨田区高齢者福祉総合計画・第9期介護保険事業
計画策定のためのアンケート調査)

大切なあなたの声をお聞かせください

墨田区では、「高齢者が生きがいをもって暮らせるしくみ」をつくるよう取り組んでいます。この度、その実現に向けた計画を策定するにあたり、アンケート調査を実施することにいたしました。皆様のご意見をお聞かせください。

この調査は、墨田区にお住まいの65歳以上の高齢者の中から4,000名を無作為に選ばせていただき実施するものです。

ご回答いただきました内容は、統計的に処理するとともに、「墨田区個人情報保護条例」に基づき適正に取り扱い、高齢者支援総合センター、高齢者みまもり相談室の支援活動に利用させていただきます。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

なお、統計的に処理された調査結果は、ホームページで公表いたします。また、個人を特定されることはございませんのでご安心ください。



令和4年10月
墨田区長 山本 亨

《記入にあたってのお願い》

1. 質問における「あなた」とは、左上シールのあて名ご本人のことです。
2. あて名ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族や周りの方にお手伝いいただくか、あて名ご本人の意見を聞いた上で代わりに記入してください。
3. 調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。
4. 郵送、または、電子申請からいずれか1つを選択して回答してください。
いずれでも **10月20日(木)までに** 投函するか入力完了してください。
郵送により回答を行う場合、ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、お近くの郵便ポストに投函してください。
なお、この調査票以外の他の書類を封筒に入れないでください。
電子申請により回答を行う場合、右の二次元バーコード、
または、以下の URL か墨田区ホームページをご利用ください。
<https://www.shinsei.elg-fornt/tokyo/uketsuke/form.do?acs=x>
墨田区トップページ→お知らせ→墨田区高齢者等実態調査の実施
入力の最初に左上のあなたの ID とパスワードを入力してください。
60分以上経過すると内容が消えてしまうため、60分以内に完了してください。
5. ご不明な点等がございましたら、次頁の担当窓口までお問い合わせください。



■ 調査についてのお問い合わせ先

【調査の趣旨】	墨田区福祉保健部高齢者福祉課 電話 03 - 5608 - 6168 (直通) 受付時間 8:30~12:00、13:00~17:00 (土日祝日除く)
【調査内容・回答方法】 本件委託会社	株式会社ナレッジ・マネジメント・ケア研究所 電話 0120-000-000 (フリーダイヤル 調査期間中のみ) 受付時間 10:00~17:00

記入日	令和 4 年	月	日
この調査票を記入されたのはどなたですか。(1つに○)			
1. あて名のご本人が記入			
2. ご家族が記入→(あて名のご本人からみた続柄:)			
3. その他(具体的に:)			
調査票記入者の電話番号: - -			

以下の質問における「あなた」とはあて名の方ご本人のことです。

第1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください。(1つに○)

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. 1人暮らし | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) | 5. その他 |
| 3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | () |

(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。(1つに○)

- | | |
|---|-------------|
| 1. 介護・介助は必要ない (→(3)へ進む) | } (→ 、 へ進む) |
| 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「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(いくつでも○)

- | | | |
|---------------------|-------------|-------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 6. 認知症 | 11. 骨折・転倒 |
| 2. 心臓病 | 7. パーキンソン病 | 12. 脊椎損傷 |
| 3. がん(悪性新生物) | 8. 糖尿病 | 13. 高齢による衰弱 |
| 4. 呼吸器の病気(肺炎・気管支炎等) | 9. 腎疾患(透析) | 14. その他() |
| 5. 関節の病気(リウマチ等) | 10. 視覚・聴覚障害 | 15. 不明 |

【(2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

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) | 3. 娘 | 5. 孫 | 7. 介護サービスのヘルパー |
| 2. 息子 | 4. 子の配偶者 | 6. 兄弟・姉妹 | 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つに○)

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つに○)	
1. 持家(一戸建て)	5. 民間賃貸住宅(集合住宅) みんかんちんたいじゅうたく
2. 持家(集合住宅) こうえいちんたいじゅうたく	6. 借家
3. 公営賃貸住宅 みんかんちんたいじゅうたく	7. その他()
4. 民間賃貸住宅(一戸建て)	
(5) 【(4)で3～6と回答した方のみ】負担可能な家賃及び共益費を合計した月額はいくらですか。(1つに○)	
1. 5万円未満	4. 7万円以上8万円未満
2. 5万円以上6万円未満	5. 8万円以上
3. 6万円以上7万円未満	

第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ずに昇っていますか。(1つに○)		
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) いす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つに○)		
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分くらい続けて歩いていますか。(1つに○)		
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つに○)		
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つに○)		
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つに○)		
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つに○)		
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つに○)		
1. はい(→ へ進む)	2. いいえ(→ (9)へ進む)	
【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】 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 しょうがい のうそっちゅう こういしょう	6. 目の障害	
2. 障害(脳卒中の後遺症など)	7. 外での楽しみがない	
3. 足腰などの痛み	8. 経済的に出られない	
4. トイレの心配(失禁など)	9. 交通手段がない	
5. 耳の障害(聞こえの問題など)	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	6. 電 車	11. 歩行器・シルバーカー
2. 自転車	7. 路線バス	12. タクシー
3. バイク	8. 病院や施設のバス	13. その他()
4. 自動車(自分で運転)	9. 車いす	
5. 自動車(人に乗せてもらう)	10. 電動車いす(カート)	

第3 食べることにについて

(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つに○) 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つに○) 1. はい 2. いいえ

(4) 口の渴きが気になりますか。(1つに○) 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つに○)
1. はい 2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)。(1つに○)

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用(→ 、 へ進む)
2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし(→ を答えてから(7)へ進む)
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用(→ 、 へ進む)
4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし(→ を答えてから(7)へ進む)

噛み合わせは良いですか。(1つに○) 1. はい 2. いいえ

[(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」の方のみ]毎日入れ歯の手入れをしていますか。(1つに○)

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つに○) 1. はい 2. いいえ

(8) どなたかと食事をともにする機会がありますか。(1つに○)

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1. 毎日ある | 3. 月に何度かある | 5. ほとんどない |
| 2. 週に何度かある | 4. 年に何度かある | |

第4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。(1つに○) 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つに○) 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つに○) 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つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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(役所や病院に出す書類)が書けますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(10) 新聞を読んでいますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(11) 本や雑誌を読んでいますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(13) 友人の家を訪ねていますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(14) 家族や友人の相談にのっていますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(15) 病人を見舞うことができますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。(1つに○)	1. は い	2. いいえ
(17) 趣味はありますか。(1つに○)	1. 趣味あり	2. 思いつかない
(18) 生きがいがありますか。(1つに○) A. ある(→それはどんなことですか。(いくつでも○)) B. 思いつかない 1. 趣味やスポーツ、レジャー 5. 友人との交流 2. 家族やペットとの交流 6. 健康づくり、介護予防 3. 仕事、軽作業 7. ボランティア活動、社会貢献 4. 勉強、生涯学習、パソコン教室		
生きがいとしてやってみたいことはありますか。(1つに○) A. ある(→それはどんなことですか。(いくつでも○)) B. 思いつかない 1. 趣味やスポーツ、レジャー 5. 友人との交流 2. 家族やペットとの交流 6. 健康づくり、介護予防 3. 仕事、軽作業 7. ボランティア活動、社会貢献 4. 勉強、生涯学習、パソコン教室		
(19) スマートフォン(スマホ)、タブレット、パソコンのいずれかをお持ちですか。(1つに○) 1. 持っている(持っているものに○ A.スマホ B.タブレット C.パソコン)(→ 、 へ進む) 2. 持っていない(→ へ進む)		
それらはどのようなときに使用しますか。(いくつでも○) 1. 家族、友人等への電話連絡 6. ライン等のSNSを利用 2. 家族、友人等へのメール連絡 7. ネットバンキングや金融取引 3. カメラの利用 8. インターネットによる行政手続の使用 4. インターネットでの情報収集 9. Zoomなどオンラインでの会話 5. 買い物 10. その他()		
それらの使用方法がわからないときに誰に聞きますか。(いくつでも○) 1. 同居している家族 4. 携帯ショップ 2. 同居していない家族 5. 行政の主催する講座や相談会 3. 友人 6. その他()		
それらを利用しない理由はなんですか。(いくつでも○) 1. 必要性を感じない 4. お金がかかるから 2. 使い方がわからないため面倒 5. その他() 3. 使い方を覚えたいが教えてくれる人がいない		

(20) あなたの収入、介護保険サービスと介護保険料についておたずねします。

あなたご本人の収入について、1年間の手取り金額 をお答えください。(1つに○)

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 100万円以下 | 4. 301～400万円 | 7. 601～700万円 |
| 2. 101～200万円 | 5. 401～500万円 | 8. 701万円以上 |
| 3. 201～300万円 | 6. 501～600万円 | |

1年間の手取り金額...年収から事業経費や税金、社会保険料などを差し引いた収入総額

介護保険サービスと介護保険料について、あなたのお考えに最も近いものは次のうちどれですか。(1つに○)

1. 介護保険料が多少高くなっても介護保険サービスが充実している方がよい
2. 介護保険料も介護保険サービスの量も今くらいが妥当である
3. 介護保険サービスを抑えても介護保険料は安い方がよい
4. その他()
5. わからない

(21) コロナ禍により生活の変化はありますか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 1. スマホやパソコンを学び使う機会が増えた | 5. 以前楽しめていたことが楽しめなくなった |
| 2. オンラインにより以前より遠方の家族や友人との交流が増えた | 6. 足腰や口のかむ力が衰えた |
| 3. 家族と過ごす時間が増えた | 7. ストレスや悩みが増えた |
| 4. オンラインを含め人と会う機会が減った | 8. その他() |
| | 9. 特にない |

第5 地域での活動について

(1) 次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

～ それぞれに回答してください。(それぞれ1つに○)

	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
ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
スポーツ関係のグループ やクラブ	1	2	3	4	5	6
趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
介護予防のための通いの場 お住まいの地域で、住民が主体と なって活動している体操、趣味活動 (ウォーキング、カラオケ、朗読、ゲー トボール、手芸、囲碁や将棋等)、サ ロン活動(茶話会)	1	2	3	4	5	6
老人クラブ	1	2	3	4	5	6
町会・自治会	1	2	3	4	5	6
収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(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	3. 別居の子ども
2. 同居の子ども	4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫
5. 近 隣	7. その他()
6. 友 人	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	3. 別居の子ども
2. 同居の子ども	4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫
5. 近 隣	7. その他()
6. 友 人	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	3. 別居の子ども
2. 同居の子ども	4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫
5. 近 隣	7. その他()
6. 友 人	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. 町会・自治会、老人クラブ	5. 高齢者支援総合センター・区役所
2. 社会福祉協議会・民生委員	6. その他()
3. ケアマネジャー	7. そのような人はいない
4. 医師・歯科医師・看護師	
(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(1つに○)	
1. 毎日ある	3. 週に1回ある
2. 週に何度かある	4. 月に何度かある
	5. 年に何度かある
	6. 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。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。(1つに○)	
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. 近隣・同じ地域の人	4. 仕事での同僚・元同僚
2. 幼なじみ	5. 趣味や関心が同じ友人
3. 学生時代の友人	6. ボランティア等の活動での友人
	7. その他()
	8. いらない

第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。(1つに○)	
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。(点数1つに○)	
とても不幸	とても幸せ
0点	10点
1点	
2点	
3点	
4点	
5点	
6点	
7点	
8点	
9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つに○)	
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つに○)	
1. はい	2. いいえ
(5) お酒は飲みますか。(1つに○)	
1. ほぼ毎日飲む	2. 時々飲む
3. ほとんど飲まない	4. もともと飲まない
(6) タバコは吸っていますか。(1つに○)	
1. ほぼ毎日吸っている	3. 吸っていたがやめた
2. 時々吸っている	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○)

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| 1. な い | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | 15. 認知症
<small>にんちしやう</small> |
| 2. 高血圧 | 9. 腎臓・前立腺の病気
<small>じんぞう ぜんりつせん</small> | (アルツハイマー病等) |
| 3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
<small>のうそちゅう のうしゅっけつ のうこうそく</small> | 10. 筋骨格の病気
<small>きんこつかく</small> | 16. パーキンソン病 |
| 4. 心臓病
<small>しんざうびやう</small> | (骨粗しょう症・関節症等)
<small>こつそ</small> | 17. 目の病気 |
| 5. 糖尿病
<small>とうりやうびやう</small> | 11. 外傷(転倒・骨折等)
<small>がいしやう てんとう こっせつなど</small> | 18. 耳の病気 |
| 6. 高脂血症(脂質異常)
<small>こうしけつしやう ししついじやう</small> | 12. がん(悪性新生物) | 19. その他 |
| 7. 呼吸器の病気
(肺炎や気管支炎等) | 13. 血液・免疫の病気
<small>めんえき</small> | () |
| | 14. うつ病 | |

第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つに○)

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つに○)

1. はい 2. いいえ

(3) お住まいの地域は、あなたやあなたの家族に認知症の症状があっても住みやすい地域だと思いますか。(1つに○)

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

(4) 成年後見制度()を知っていますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 内容をよく知っている | 3. 名前は知っているが内容は知らない |
| 2. だいたいの内容は知っている | 4. はじめて聞いた |

成年後見制度 ... 認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、本人の権利を守る援助者を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

第9 お住まいについて

(1) 現在のお住まいや住環境などで、今、困っていることはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 玄関周りの段差 | 7. オートロックがない |
| 2. 廊下や居室などの段差 | 8. 管理人が常駐していない |
| 3. 屋内の階段 | 9. 買物をする場所が近くにない |
| 4. 段差や腰をあげる箇所に手すりがない | 10. 鉄道やバスの利用が不便 |
| 5. 浴室や浴槽が狭い、使いづらい | 11. 家族が近くにいない |
| 6. エレベーターがない | 12. その他() |
| | 13. 特にない |

(2) お住まいのお風呂に入ることにお困りごとはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. 特にない | 4. 浴室・脱衣所が寒い(特に冬) |
| 2. 浴槽がまたげない | 5. 見守りがないと入れない |
| 3. 足場がすべる | 6. 自宅に入浴設備がない |

(3) 公衆浴場を利用するのに困りごとはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 特にない | 4. 段差がある・浴槽が深い |
| 2. 場所が遠い | 5. 一人で入浴することに不安がある |
| 3. 一人で行くことができない | 6. 料金が高い |
| | 7. その他() |

- (4) 墨田区では 65 歳以上を対象に週に 1 度無料で利用できるにこにこ入浴デーを実施していますが、他に公衆浴場利用にあたり何か希望することがありますか。(いくつでも○)
- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. 特にない | 4. 入浴後に談笑できるスペース |
| 2. 入浴に不安のある人を見守るボランティア制度 | 5. 定期的な催し |
| 3. 銭湯までの送迎 | 6. 利用可能な曜日の拡大 |

第 10 地域つながりについて

(1) あなたは、お住まいの地域の人とどの程度の付き合いをしていますか。(1つに○)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. 親しく付き合っている (→ (2)へ進む) | 3. あいさつをする程度 (→ (2)へ進む) |
| 2. 立ち話をする程度 (→ (2)へ進む) | 4. 付き合いはほとんどない (→ へ進む) |

【(1)において「4. 付き合いはほとんどない」の方のみ】付き合いがない主な理由は何ですか。(1つに○)

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. 仕事や家事などで忙しく時間がないから | 5. 気の合う人・話の合う人が近くにいないから |
| 2. 引っ越してきて間もないから | 6. あまり関わりをもちたくないから |
| 3. ふだん付き合う機会がないから | 7. 新型コロナウイルスの流行をきっかけに交流がなくなったから |
| 4. 近隣の人と知り合うきっかけがないから | 8. その他() |
| | 9. 特に理由はない |

(2) 次の中にあなたのお住まいの地域で行われていることはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. 近隣同士でよくあいさつをしている | 7. ボランティアや NPO 法人の活動が活発に行われている |
| 2. 近隣同士で立ち話をしている | 8. 行政が主催するイベントに住民が積極的に参加している |
| 3. 困ったときに近隣同士で助けあっている | 9. その他() |
| 4. 回覧板・掲示板などが活用されている | 10. 行われていることはない |
| 5. 町会・自治会、子ども会等の地縁団体の活動が活発に行われている | |
| 6. 地域集会所・公園・近隣の家など気軽に集まれる場所があり、よく利用されている | |

(3) 今後、あなたが地域の活動や支え合いの活動に参加する場合、どのような条件があれば参加・活動しやすいと思いますか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. 活動情報の提供があること | 7. 時間や期間にあまりしばられないこと |
| 2. 活動や団体を紹介してくれること | 8. 身近なところで活動できること |
| 3. 友人等といっしょに参加できること | 9. 適切な指導者やリーダーがいること |
| 4. 気軽に参加できそうな活動があること | 10. 身体的な負担が少ないこと |
| 5. NPO 法人や自主サークルの立ち上げ支援があること | 11. 金銭的な負担が少ないこと |
| 6. 活動拠点となる場所があること | 12. その他() |
| | 13. どのような条件でもできない |

(4) あなたのお住まいの地域には、認知症や閉じこもりなど、無事に生活が送れているかどうか心配な高齢者がいますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. いる(→ へ進む) | 3. わからない(→ (5)へ進む) |
| 2. いない(→ (5)へ進む) | |

【(4)において「1.いる」の方のみ】

あなたは、その方とどのように接していますか。(いくつでも○)

1. ときどき高齢者宅を訪問し、話をしている
2. 近隣の住民に様子を聞いている
3. ポストに新聞がたまっているか、電気の点灯があるかなど、さりげなく見守っている
4. お住まいの地域の集いの場や定期的なお茶会等への参加状況を把握している
5. 地域住民による見守りのネットワークを形成し、見守りと情報共有を行っている
6. 民生委員や高齢者支援総合センター、みまもり相談室、区役所等と情報交換している
7. その他()
8. 特に何もしていない

(5) あなたは、お住まいの地域の人から何らかの役割を期待されたり、頼りにされたりしていると思いますか。(1つに○)

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

(6) 認知症サポーター養成講座についてお伺いします。(1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 受講したことがあり活かしている | 3. 知っているが受講したことはない |
| 2. 受講したが活かしていない | 4. はじめて聞いた |

認知症サポーター養成講座 ... 地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする
認知症サポーターを養成する講座です。

第 11 お住まいの地域での手助けについて

(1) 現在、あなたは次のような手助けをお住まいの地域で受けていますか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 安否確認の声かけ | 8. 災害時など緊急時の手助け |
| 2. ちょっとした買い物やゴミ出し | 9. 行き帰りの送迎 |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 10. 購入品の宅配 |
| 4. 食事の提供(会食・配食など) | 11. 定期的に自宅を訪問する御用聞き |
| 5. 通院や外出の手助け | 12. その他() |
| 6. ちょっとした軽作業 | 13. 受けていない |
| 7. 話し相手や相談相手 | |

(2) あなたが、お住まいの地域で受けたいと思う手助けはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 安否確認の声かけ | 8. 災害時など緊急時の手助け |
| 2. ちょっとした買い物やゴミ出し | 9. 行き帰りの送迎 |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 10. 購入品の宅配 |
| 4. 食事の提供(会食・配食など) | 11. 定期的に自宅を訪問する御用聞き |
| 5. 通院や外出の手助け | 12. その他 |
| 6. ちょっとした軽作業 | () |
| 7. 話し相手や相談相手 | 13. 特にない(→(3)に進む) |

→ (→ へ進む)

【(2)において「1」～「12」を選択し、手助けを受けていない方のみ】

手助けを受けていない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1. どこに(誰に)頼めばいいのかわからない | 5. 頼むのが面倒である |
| 2. 費用がかかる | 6. その他() |
| 3. 人との関わりを持ちたくない | 7. 特にない |
| 4. 世間体が気になる | |

(3) あなたが、日常生活を送る上で不自由な状態になった場合、お住まいの地域でどんな手助けをしてほしいですか。(3つまでに○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 安否確認の声かけ | 8. 災害時など緊急時の手助け |
| 2. ちょっとした買い物やゴミ出し | 9. 行き帰りの送迎 |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 10. 購入品の宅配 |
| 4. 食事の提供(会食・配食など) | 11. 定期的に自宅を訪問する御用聞き |
| 5. 通院や外出の手助け | 12. その他() |
| 6. ちょっとした軽作業 | 13. 特にない |
| 7. 話し相手や相談相手 | |

(4) (高齢者のみならず)住民が安心して暮らすことができるよう、お住まいの地域の支え合いとして、あなたご自身ができることは何ですか。(3つまでに○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 安否確認の声かけ | 8. 災害時など緊急時の手助け |
| 2. ちょっとした買い物やゴミ出し | 9. 行き帰りの送迎 |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 10. 購入品の宅配 |
| 4. 食事の提供(会食・配食など) | 11. 定期的に自宅を訪問する御用聞き |
| 5. 通院や外出の手助け | 12. その他() |
| 6. ちょっとした軽作業 | 13. 特にない |
| 7. 話し相手や相談相手 | |

(5) あなたは、お住まいの地域で、いま何が問題だと感じていますか。(5つまでに○)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 健康づくりや介護予防の取り組みが不十分なこと | 7. 近隣住民との付き合いなど地域のつながりが希薄なこと |
| 2. 地域活動やボランティア活動に参加する機会が少ないこと | 8. 家庭不安や心配ごとを誰にも相談できない人がいること |
| 3. 介護保険サービス以外の福祉サービスが不足していること | 9. 適切な情報が得られない、あることを知らない人がいること |
| 4. ひとり暮らし高齢者の見守りや支え合い活動が不十分なこと | 10. 高齢者に配慮した住まいや住環境が不十分なこと |
| 5. 働く機会や場が少ないこと | 11. 介護 の入所施設が不足していること |
| 6. 在宅の介護サービスが不足していること | 12. 特に問題だと感じていることはない |

(6) 墨田区では高齢者の様々な相談の総合窓口として高齢者支援総合センター と高齢者みまもり相談室 を設置しています。あなたのお住まいの地域を担当する高齢者支援総合センターと高齢者みまもり相談室を知っていますか。(1つに○)

1. 知っており相談したことがある 2. 知っているが相談したことはない 3. はじめて知った

高齢者支援総合センターとは

高齢者の方が、いつまでも住み慣れた地域で生活ができるように支援するための総合相談窓口です。区内8地区に設置され介護に関する悩みや心配ごとのほか、健康や福祉、医療に関するさまざまな支援を行っています。

高齢者みまもり相談室とは

認知症や閉じこもりを含むひとり暮らし高齢者などに関する相談窓口です。高齢者支援総合センターに併設され、民生委員、町会・自治会、老人クラブ、介護事業所などと連携して見守りの必要な高齢者を支えています。

第 12 災害時や緊急時の避難、急病時の対応について

(1) あなたは、災害時(台風や地震等)や火災などの緊急時に、ひとりで避難することができますか。(1つに○)

1. 避難できる(→(2)へ進む)
 2. ひとりで判断できるが、避難はできない } (→へ進む)
 3. ひとりでは判断も、避難もできない
 4. わからない(→(2)へ進む)

【(1)において「2. ひとりで判断できるが、避難はできない」「3. ひとりでは判断も、避難もできない」の方のみ】災害や火災などの緊急時に避難する際、手助けを頼める人(同居を含む)はいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない

(2) 急病時に手助けを頼める人(同居を含む)はいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない

(3) 墨田区では、かかりつけ医療機関や服薬内容、緊急連絡先等を記入したシートや保険証の写しなどを入れて冷蔵庫等に保管する容器「救急医療情報キット」を、高齢者みまもり相談室等で配布しています。利用状況を教えてください。(1つに○)

1. 持っており活用している 3. 聞いたことはあるが持っていない
 2. 持っているが活用していない 4. はじめて聞いた



救急医療情報キット

第 13 今後の生活について

(1) あなたには、自身の体調や口の中のケア、服薬について相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」はいますか。
 (次のA～Cそれぞれあてはまる番号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. かかりつけ薬剤師..... 1. いる 2. いない 3. わからない

かかりつけ医・歯科医・薬剤師・・・幅広い知識と見識を備え、健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関等を紹介してくれる身近にいて頼りになる存在のこと。

(2) あなたは、医師や歯科医師、薬剤師、訪問看護師による次の在宅医療(患者さんの住まいに訪問して行う医療)の取組を知っていますか。(それぞれ1つに○)

	言葉も内容も知っている	言葉は聞いたことがある	はじめて聞いた
A. 訪問診療 ¹⁾	1	2	3
B. 往診 ²⁾	1	2	3
C. 看取り ³⁾	1	2	3
D. 訪問歯科診療 ⁴⁾	1	2	3
E. 訪問薬剤管理指導 ⁵⁾	1	2	3
F. 訪問看護 ⁶⁾	1	2	3

1) 訪問診療: 医師が定期的かつ計画的に患者の自宅を訪問して診断を行うこと。

4) 訪問歯科診療: 歯科医師、歯科衛生士が患者の自宅等を訪問し歯科診療や口腔ケアを行うこと。

2) 往診: 患者の要請を受けて、医師がその都度、患者の自宅を訪問して診療を行うこと。

5) 訪問薬剤管理指導: 保険薬剤師が、患者の自宅を訪問して、薬学的管理及び指導を行うこと。

3) 看取り: 患者の望む場所(自宅や介護施設、病院等)と方法で最期まで見守り看病すること。

6) 訪問看護: 主治医の指示によって、看護師や保健師、療法士などが自宅を訪問して看護すること。

(3) あなたは、介護予防のための教室や活動にどのくらいの頻度で参加していますか。
(それぞれ1つに○)

	毎日	週 4～6 回	週 2～3 回	週 1 回	月 1～3 回	年に 数回	参加し ていな い
A. 区主催による運動を主とした介護予防事業(げんき応援教室、元気もりもり教室、すみだテイクテン教室、歩いてすっきり運動教室等)	1	2	3	4	5	6	7
B. 区内各施設で開催される体操等、介護予防に資すると考えられる教室	1	2	3	4	5	6	7
C. フィットネス、スポーツジム等民間施設の利用	1	2	3	4	5	6	7
D. 介護予防サポーター等による自主グループがお住まいの地域で実施する体操	1	2	3	4	5	6	7
E. 町会などお住まいの地域で行っている体操(ラジオ体操等)やサロン等	1	2	3	4	5	6	7
F. その他()	1	2	3	4	5	6	7

介護予防サポーター... 介護予防の必要性や専門的な知識・方法を学ぶ区主催の養成講座を受講修了しており、区の介護予防事業等の活動に協力している区民です。

【(3)においてA～Fでいずれか1つでも1～6を選択した方のみ】

参加している効果として感じるものはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 体力を維持、向上できる | 4. 介護予防に関する知識を知ることができる |
| 2. 人と交流する機会を持つことができる | 5. その他() |
| 3. 楽しみ、生きがいを持つことができる | 6. 特に感じていることはない |

(4) 区では元気応援ガイドを作成し、介護予防の実現に向けた活動を紹介しています。次のなかで参加してみたい活動はありますか。(いくつでも○)

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. ウォーキング | 6. 自己健康診断 |
| 2. ストレッチ | 7. 食生活講座 |
| 3. 筋力アップ | 8. 脳トレ |
| 4. 体操 | 9. 男性向けトレーニング教室 |
| 5. 口腔ケア | 10. その他() |
| | 11. 参加したいものがない |

(5) あなたは、今後介護が必要になった場合、あるいは要介護度が高くなった場合、どのように生活したいとお考えですか。(1つに○)

1. 現在の住宅に住み続けたい
2. 子どもや親族の家またはその近くの一般の住宅に移りたい
3. 高齢者向け住宅(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなど)に入居したい
4. 介護保険で入居できる施設(特別養護老人ホームなど)に入居したい
5. 2～4以外の一般の住宅に移りたい(自然環境のよいところ、生まれ育ったところなど)
6. その他()
7. わからない

(6) あなたが特別養護老人ホームなどの施設に入所することになった場合、もっとも重要視する点はなんですか。(1つに○)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 場所が墨田区内であること | 5. 希望にあったケアを受けられること |
| 2. 多少遠方でも早期に入所できること | 6. 急な体調変化に対応してくれること |
| 3. 利用料金が低額であること | 7. 家族が通いやすいこと |
| 4. 居室や設備の形態が生活スタイルにあっていること | 8. その他() |

(7) あなたは、もし疾病などで長期の療養や介護が必要になった場合、できれば自宅で療養したり、介護を受け続けたいと思いますか。(1つに○)

- | | | | |
|--------------|---------|----------|--------------|
| 1. 思う(→ へ進む) | 2. 思わない | 3. わからない | --▶ ((8)へ進む) |
|--------------|---------|----------|--------------|

【(7)において「1. 思う」の方のみ】

ご自宅での療養、介護を受けることは実現可能だと思いますか。(1つに○)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 実現可能だと思う(→ (11)へ進む) | 3. わからない(→ (8)へ進む) |
| 2. 実現は難しいと思う(→ へ進む) | |

【 において「2. 実現は難しいと思う」の方のみ】

それはなぜですか。(3つまでに○)

1. 在宅医療や在宅介護でどのようなケアを受けられるかわからないから
2. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
3. 往診してくれる医師がいないから
4. 訪問看護や介護の体制が不十分だから
5. 家族に負担をかけるから
6. 看護や介護してくれる家族がいないから
7. 療養できる部屋やトイレなど住宅環境が整っていないから
8. お金がかかるから
9. その他()
10. 特に理由はない



(8) あなたは、人生の最終段階に受たい医療やケアについて、誰と話し合っていますか。
(いくつでも○)

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. 同居の家族・親族 | 6. ケアマネジャー |
| 2. 別居の家族・親族 | 7. ヘルパー |
| 3. 友人・知人・近隣の人 | 8. 話し合っていない |
| 4. かかりつけ医(歯科医師含む)・薬剤師 | 9. その他() |
| 5. 訪問看護師 | |

(9) 人生会議[アドバンス・ケア・プランニング(ACP)]()を知っていますか。(1つに○)

1. 言葉も内容も知っている 2. 言葉は知っている 3. はじめて聞いた

人生会議[アドバンス・ケア・プランニング(ACP)]...人生の最終段階で受たい医療やケアについて、
自分自身で前もって考え、信頼する人と話し合い、共有しておく取組のことです。

(10) 最後に、生きがいを持って暮らせるしくみづくりのために、高齢者福祉や介護保険など
について、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力いただきありがとうございました。

皆様からいただいたアンケートは、
高齢者が生きがいをもって暮らせるしくみづくり
に活用させていただきます。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手不要)に入
れて、**10月20日(木)までに**お近くのポストに投函してください。ただし、
電子申請により回答されたい方は本アンケート用紙を投函しないでください。