

## 板橋区 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のお願い

日頃から、板橋区政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

区では、年齢を重ねても住み慣れた地域に安心して住み続けられる仕組みづくりを目指して、新たな「高齢者保健福祉・介護保険事業計画」の策定準備を進めています。

このたび、より良い計画の策定に向けて、高齢者のみなさまの日頃の生活状況や区の施策に対するご意見をお伺いする調査を実施することとなりました。

この調査は、令和7年9月1日時点で、区内にお住まいの65歳以上の方（要介護1～5の認定を受けている方を除く）から無作為に5,500名を選ばせていただき、ご回答をお願いするものです。

皆様からいただいたご回答は区で適切に管理して統計的に処理し、個人が特定される形での公表はいたしません。また、計画策定と効果的な介護予防施策の立案・評価という本調査の目的以外に利用することはありません。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。

設問数が多く、誠に恐縮ですがご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年11月 板橋区

### 調査票のご記入にあたってのお願い

- 1 この調査票では、封筒のあて名ご本人を「あなた」とします。
- 2 回答はできる限り、調査対象者ご本人がご記入ください。  
なお、対象者ご本人一人でのご回答が難しい場合は、ご家族や介護されている方などが対象者ご本人の意見を聞いた上でご記入ください。
- 3 回答はあてはまる番号の口にレ点(✓)チェックをつけてください。該当する方のみお答えいただく質問もありますので、質問文にある「ひとつだけ口にチェック」「あてはまるものすべての口にチェック」などの指示にしたがってご回答ください。
- 4 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は口にレ点(✓)チェックをつけたうえで、( )内になるべく具体的な内容をご記入ください。
- 5 令和7年9月1日現在の要介護度に基づき、この調査票をお送りしています。その後、要介護度が変更になった場合（要支援→要介護など）は、変更前の状況でご回答ください。
- 6 この調査は12月5日(金)までに、以下のいずれかの方法にてご回答ください。  
(1) 調査票に直接記入し同封の返信用封筒に入れて、ポストへ投函  
(切手は不要ですので、そのままご投函ください。)  
(2) 右下部にある二次元コードを読み込み、インターネットで回答
- 7 返信用封筒のご返送時は調査票以外の書類を同封しないようお願いいたします。
- 8 調査票及び返信用封筒にお名前・ご住所のご記入は不要です。



### 【問合せ先】

板橋区役所 介護保険課 管理相談係 電話03(3579)2357

問 この調査票を記入されるのはどなたですか。□にチェックをつけてください。

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <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（具体的に）             |

## あなた(封筒のあて名のご本人)について

問1 あなたの性別を教えてください。（令和7年11月1日現在）  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 男性    | <input type="checkbox"/> 2. 女性  |
| <input type="checkbox"/> 3. 回答しない | <input type="checkbox"/> 4. （ ） |

問2 あなたの年齢を教えてください。（令和7年11月1日現在）  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                    |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 65～69歳 | <input type="checkbox"/> 2. 70～74歳 | <input type="checkbox"/> 3. 75～79歳 | <input type="checkbox"/> 4. 80～84歳 |
| <input type="checkbox"/> 5. 85～89歳 | <input type="checkbox"/> 6. 90～94歳 | <input type="checkbox"/> 7. 95～99歳 | <input type="checkbox"/> 8. 100歳以上 |

問3 家族構成を教えてください。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                               |                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 1人暮らし             | <input type="checkbox"/> 2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） |
| <input type="checkbox"/> 3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） | <input type="checkbox"/> 4. 息子・娘との2世帯         |
| <input type="checkbox"/> 5. その他（具体的に）         |                                               |

問4 あなたは要介護認定を受けていますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）  
※この調査票は令和7年9月1日現在の要介護度に基づき、お送りしています。  
9月1日以降、要介護度が変更になった方は、変更前の介護度をご回答ください。

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 要介護認定を受けていない                  |
| <input type="checkbox"/> 2. 事業対象者（元気力チェックシート※で機能低下がみられた方） |
| <input type="checkbox"/> 3. 要支援1                          |
| <input type="checkbox"/> 4. 要支援2                          |
| <input type="checkbox"/> 5. わからない                         |

※元気力チェックシート：おとしより相談センター（地域包括支援センター）や「65歳からの元気力測定会」で受けられる、元気力（生活機能）が低下していないかを確認するチェックシート。

問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。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                      |                                      |                                 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <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 |                                 |

問6 お住まいは戸建て、または集合住宅のどちらですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                              |                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 持家（戸建て）          | <input type="checkbox"/> 2. 持家（集合住宅）    |
| <input type="checkbox"/> 3. 公営賃貸住宅           | <input type="checkbox"/> 4. 民間賃貸住宅（戸建て） |
| <input type="checkbox"/> 5. 民間賃貸住宅（集合住宅）     | <input type="checkbox"/> 6. 借家          |
| <input type="checkbox"/> 7. その他（具体的に _____ ） |                                         |

問7 あなたは板橋区のどこの地区にお住まいですか。

あてはまる番号の□にチェックをつけてください。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                  |                                                                                                    |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 仲町   | 大山町、幸町（7番～66番）、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町（20番、56番～60番）                                                   |
| <input type="checkbox"/> 2. 板橋   | 加賀1丁目、2丁目（1番～5番、12番～18番）、板橋1丁目、2丁目（1番～17番、22番～53番、56番～69番）、3・4丁目、大山東町（17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番） |
| <input type="checkbox"/> 3. 熊野   | 板橋2丁目（18番～21番、54番、55番）、大山金井町、大山東町（1番～16番、18番、26番、27番、29番）、熊野町、中丸町、幸町（1番～6番）、南町                     |
| <input type="checkbox"/> 4. 仲宿   | 加賀2丁目（6番～11番、19番～21番）、稲荷台、仲宿、氷川町、栄町                                                                |
| <input type="checkbox"/> 5. 富士見  | 本町、大和町、双葉町、富士見町                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 6. 大谷口  | 大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目                                                              |
| <input type="checkbox"/> 7. 常盤台  | 上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 8. 清水   | 清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 9. 志村坂上 | 志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目（1番～26番、28番）、東坂下1丁目、相生町（1番～12番11号、13番～16番）                                   |
| <input type="checkbox"/> 10. 中台  | 若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目（1番～30番4号、41番、42番）、3丁目（1番～46番、48番～54番）、4丁目                                |
| <input type="checkbox"/> 11. 蓮根  | 蓮根1～3丁目、坂下1丁目（27番、29番～41番）、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町（12番12号と13号、17番～26番）                                  |
| <input type="checkbox"/> 12. 舟渡  | 舟渡1～4丁目                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 13. 前野  | 前野町1～6丁目                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 14. 桜川  | 小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 15. 下赤塚 | 赤塚1丁目、2丁目、5丁目（1番～17番）、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目（3番10号、4番～31番）、2丁目                                   |
| <input type="checkbox"/> 16. 成増  | 赤塚3～5丁目（18番～36番）、成増1～5丁目、三園1丁目                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 17. 徳丸  | 西台2丁目（30番5号～17号、31番～40番）・3丁目（47番、55番～57番）、徳丸1～8丁目、四葉1丁目（1番～3番（3番10号を除く））                           |
| <input type="checkbox"/> 18. 高島平 | 高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目                                                                            |

## 外出や買い物について

問 8 過去 1 年間に転んだ経験がありますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                   |                                   |                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 何度もある | <input type="checkbox"/> 2. 1 度ある | <input type="checkbox"/> 3. ない |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

問 9 転倒に対する不安は大きいですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. とても不安である | <input type="checkbox"/> 2. やや不安である |
| <input type="checkbox"/> 3. あまり不安でない | <input type="checkbox"/> 4. 不安でない   |

問 10 週に 1 回以上は外出していますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ほとんど外出しない | <input type="checkbox"/> 2. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 3. 週 2～4 回   | <input type="checkbox"/> 4. 週 5 回以上 |

問 11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. とても減っている  | <input type="checkbox"/> 2. 減っている  |
| <input type="checkbox"/> 3. あまり減っていない | <input type="checkbox"/> 4. 減っていない |

問 12 外出を控えていますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

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

問 13 問 12 で「1. はい」の□にチェックをつけた方(外出を控えている方のみ)にお尋ねします。  
外出を控えている理由は、次のどれですか。

（あてはまるものすべての□にチェックをつける）

|                                              |                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 病気               | <input type="checkbox"/> 2. 障がい（脳卒中の後遺症など） |
| <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. 耳の障がい（聞こえの問題など）  | <input type="checkbox"/> 6. 目の障がい          |
| <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. その他（具体的に _____） |                                            |

問 14 外出する際の移動手段は何ですか。（あてはまるものすべての□にチェックをつける）

|                                              |                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <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（具体的に _____） |                                         |

## 食べることについて

問 15 あなたの身長をお教えてください。（数値を記入する）

身長（ ） cm

問 16 あなたの体重をお教えてください。（数値を記入する）

体重（ ） kg

問 17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 18 お茶や汁物等でむせることがありますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 19 口の渇きが気になりますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 20 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。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 21 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）（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 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 22 噛み合わせは良いですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 23 問 21 で「1」「3」の□にチェックをつけた方（入れ歯を利用している方）にお尋ねします。毎日入れ歯の手入れをしていますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

☐ 1. はい

☐ 2. いいえ

問 24 1 日の食事回数は次のうちどれですか。（ひとつだけ□にチェックを付ける）

☐ 1. 朝昼晩の 3 食

☐ 2. 朝晩の 2 食

☐ 3. 朝昼の 2 食

☐ 4. 昼晩の 2 食

☐ 5. 1 食

☐ 6. その他（ ）

問 25 6 か月間で2～3 kg以上の体重減少がありましたか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

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

問 26 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <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  |                                     |

## 毎日の生活について

- 日常生活の動作や行動について、項目ごとに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）のいずれかの□にチェックをつけてください。

問 27 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 28 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。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 29 15 分位続けて歩いていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 30 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）

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 31 自分で食品・日用品の買物をしていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 32 自分で食事の用意をしていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 33 自分で請求書の支払いをしていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

問 34 自分で預貯金の出し入れをしていますか。

|                                       |                                        |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. できるし、している | <input type="checkbox"/> 2. できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 3. できない |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

● 項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかの□にチェックをつけてください。

問 35 物忘れが多いと感じますか。

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

問 36 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか。

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

問 37 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。

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

問 38 今日が何月何日かわからない時がありますか。

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

問 39 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。

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

問 40 新聞を読んでいますか。

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

問 41 本や雑誌を読んでいますか。

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

問 42 健康についての記事や番組に関心がありますか。

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

問 43 友人の家を訪ねていますか。

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

問 44 家族や友人の相談にのっていますか。

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

問 45 病人を見舞うことができますか。

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

問 46 若い人に自分から話しかけることがありますか。

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

問 47 ウォーキング等の運動を週1回以上していますか。

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

問 48 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。

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

問 49 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。

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

## 健康について

問 50 現在のあなたの健康状態はいかがですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <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 51 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、ひとつだけ□にチェックをつけてください。

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 「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"/> |

● 下記の健康に関する問いについて、項目ごとに 1 (はい)、2 (いいえ)のいずれかの□にチェックをつけてください。

問 52 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。

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

問 53 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。

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

問 54 ここ 2 週間、毎日の生活に充実感がないと感じることがありましたか。

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

問 55 ここ 2 週間、これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったと感じることがありましたか。

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

問 56 ここ 2 週間、以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられることがありましたか。

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

問 57 ここ 2 週間、自分が役に立つ人間だと思えないことがありましたか。

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

問 58 ここ 2 週間、わけもなく疲れたような感じがすることがありましたか。

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

問 59 お酒は飲みますか。（ひとつだけ☐にチェックをつける）

|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 60 タバコは吸っていますか。（ひとつだけ☐にチェックをつける）

|                                       |                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| <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 61 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。

（あてはまるものすべての☐にチェックをつける）

|                                                  |                                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <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（具体的に _____ ）    |                                          |

## 地域での活動や趣味について

問 62 趣味はありますか。（ひとつだけ☐にチェックをつける）

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 趣味あり（具体的に _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 2. 思いつかない            |

問 63 生きがいがありますか。（ひとつだけ☐にチェックをつける）

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 生きがいあり（具体的に _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 2. 思いつかない              |

● 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。

問 64～問 71 それぞれに回答してください。（それぞれ、ひとつだけ□にチェックをつける）

**問 64 ボランティアのグループ**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 65 スポーツ関係のグループやクラブ**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 66 趣味関係のグループ**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 67 学習・教養サークル**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 68 介護予防のための通いの場**

（福祉の森サロンや 10 の筋トレ、住民主体の通所型サービスなど）

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 69 シニアクラブ（老人クラブ）**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 70 町内会・自治会**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

**問 71 収入のある仕事**

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 週 4 回以上 | <input type="checkbox"/> 2. 週 2～3 回 | <input type="checkbox"/> 3. 週 1 回   |
| <input type="checkbox"/> 4. 月 1～3 回 | <input type="checkbox"/> 5. 年に数回    | <input type="checkbox"/> 6. 参加していない |

問 72 問 64 から問 71 をすべて「6.参加していない」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。グループ活動に参加していない理由があれば教えてください。

(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                           |                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 健康・体力に自信がない   | <input type="checkbox"/> 2. 人との付き合いがおっくう |
| <input type="checkbox"/> 3. 家庭の事情         | <input type="checkbox"/> 4. 同好の友人・仲間がいない |
| <input type="checkbox"/> 5. 気軽に参加できる活動がない | <input type="checkbox"/> 6. 興味ある活動内容がない  |
| <input type="checkbox"/> 7. 時間的余裕がない      | <input type="checkbox"/> 8. 参加するきっかけがない  |
| <input type="checkbox"/> 9. 活動の情報がない      | <input type="checkbox"/> 10. 交通費がかかる     |
| <input type="checkbox"/> 11. 活動場所が遠い      | <input type="checkbox"/> 12. その他（ ）      |

問 73 板橋区では「高齢者の暮らしを拓げる 10 の筋力トレーニング」を行う自主グループの立ち上げ・継続支援を行っています。あなたは、「10 の筋トレグループ」に参加したことがありますか。(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 定期的に参加している            |
| <input type="checkbox"/> 2. 以前参加したことがあるが今は参加していない |
| <input type="checkbox"/> 3. 知ってはいるが参加したことはない      |
| <input type="checkbox"/> 4. 知らない                  |

問 74 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。(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 75 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。(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 76 あなたは、お住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。(自分なりにできること、会・グループでの役割、隣近所のちょっとしたこと、お手伝いやお願い事など)(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う  | <input type="checkbox"/> 2. そう思う      |
| <input type="checkbox"/> 3. ややそう思う   | <input type="checkbox"/> 4. あまりそう思わない |
| <input type="checkbox"/> 5. 全くそう思わない |                                       |

## 就労について

問 77 現在のあなたの就労状態はどれですか。

(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                        |                                             |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 職に就いたことがない | <input type="checkbox"/> 2. 引退した            |
| <input type="checkbox"/> 3. 常勤（フルタイム）  | <input type="checkbox"/> 4. 非常勤（パート・アルバイト等） |
| <input type="checkbox"/> 5. 自営業        | <input type="checkbox"/> 6. 求職中             |
| <input type="checkbox"/> 7. その他（ ）     |                                             |

問 78 問 77 において「2.引退した」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。

あなたはいつ引退しましたか。（数値を記入する）

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 昭和（ ）年 | 平成（ ）年 | 令和（ ）年 |
|--------|--------|--------|

## 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。

(それぞれ、あてはまるものすべての□にチェックをつける)

問 79 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

|                                         |                                        |                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <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 80 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"/> 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 81 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"/> 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 82 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人

|                                         |                                        |                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <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 83 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。

(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                                        |                                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 自治会・町内会・シニアクラブ（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. おとしより相談センター（地域包括支援センター）・役所 |                                          |
| <input type="checkbox"/> 6. その他（具体的に _____）            |                                          |
| <input type="checkbox"/> 7. そのような人はいない                 |                                          |

問 84 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <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  |                                     |

問 85 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。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                     |                                   |                                  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 0人（いない） | <input type="checkbox"/> 2. 1～2人  | <input type="checkbox"/> 3. 3～5人 |
| <input type="checkbox"/> 4. 6～9人    | <input type="checkbox"/> 5. 10人以上 |                                  |

問 86 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。

(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                             |                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <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（具体的に _____） | <input type="checkbox"/> 8. いない            |

## 認知症について

● 項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかの□にチェックをつけてください。

問 87 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。

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

問 88 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

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

問 89 認知症は誰もがなり得ると思いますか（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                            |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う           | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえばそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |

問 90 認知症になったら何もわからなくなると思いますか（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                            |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う           | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえばそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |

問 91 認知症になったら何もできなくなると思いますか（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                            |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う           | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえばそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |

問 92 あなたが暮らす地域では、地域生活の様々な場面において、認知症の人の意思が尊重されていると思いますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                            |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う           | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえばそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |

問 93 あなたが暮らす地域では、認知症の人が自分らしく暮らせると思いますか。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                            |                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う           | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. どちらかといえばそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |

## 介護について

問 94 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。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <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） |

問 95 問 94 で「2」または「3」のいずれかの□にチェックをつけた方（「介護・介助は必要ない」以外の方のみ）にお尋ねします。介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。  
（あてはまるものすべての□にチェックをつける）

|                                           |                                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <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・聴覚障がい       |
| <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（具体的に ）     |
| <input type="checkbox"/> 15. 不明           |                                             |

問 96 問 94 で「3.現在、何らかの介護を受けている」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。主にどなたの介護・介助を受けていますか。  
(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                         |                                        |                                   |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| <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(具体的に ) |                                   |

問 97 問 94 で「1.介護・介助は必要ない」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。  
あなたは介護が必要になっても、板橋区に住み続けたいと思いますか。  
(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                       |                                          |
|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. そう思う      | <input type="checkbox"/> 2. どちらかといえばそう思う |
| <input type="checkbox"/> 3. あまりそう思わない | <input type="checkbox"/> 4. そう思わない       |
| <input type="checkbox"/> 5. わからない     |                                          |

問 98 あなたが人生の最終段階で受けたい、あるいは受けたくない医療やケアについて、ご家族や医療・介護の関係者と、どの程度話し合っておきたいと考えていますか。  
(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 詳しく話し合いたい    | <input type="checkbox"/> 2. 一応話し合いたい |
| <input type="checkbox"/> 3. 話し合いたいとは思わない |                                      |

問 99 問 98 のような話し合いをしたことはありますか。(ひとつだけ□にチェックをつける)

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

## 板橋区の取り組みについて

問 100 板橋区では、年を重ねても安心して住み慣れたまち(地域)に住み続けることができるよう、「板橋区版AIP(Aging in Place)」と銘打ち、7つの重点分野(①総合事業/生活支援体制整備事業 ②医療・介護連携 ③認知症施策 ④住まいと住まい方 ⑤基盤整備 ⑥シニア活動支援 ⑦啓発・広報)に取り組んでいることをご存知ですか。  
(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 「板橋区版AIP」の名称も、どのような取り組みを行っているかも知っている |
| <input type="checkbox"/> 2. 名称は聞いたことがあるが、どのような取り組みを行っているかは知らない   |
| <input type="checkbox"/> 3. 全く知らない                               |

問 101 問 100 で「1. 「板橋区版 A I P」の名称も、どのような取り組みを行っているかも知っている」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。

「板橋区版 A I P」で行っている取り組みに満足していますか。

また、そのように思う理由はどのようなことですか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                      |     |   |
|--------------------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 満足している   | （理由 | ） |
| <input type="checkbox"/> 2. 概ね満足している | （理由 | ） |
| <input type="checkbox"/> 3. 少し不満である  | （理由 | ） |
| <input type="checkbox"/> 4. 不満である    | （理由 | ） |

問 102 あなたは、お住いの地域のおとしより相談センター（地域包括支援センター）を知っていますか。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 存在を知っており、相談したことがある。または現在、相談している |
| <input type="checkbox"/> 2. 存在は知っているが、相談したことはない             |
| <input type="checkbox"/> 3. 名前のみ知っている                       |
| <input type="checkbox"/> 4. 知らない                            |

問 103 問 102 において、「1. 存在を知っており、相談したことがある。または現在、相談している」と回答された場合、その時の対応の満足度を教えてください。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                      |                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 大変満足している | <input type="checkbox"/> 2. おおむね満足している |
| <input type="checkbox"/> 3. やや満足している | <input type="checkbox"/> 4. 満足していない    |

問 104 あなたは成年後見制度※を知っていますか。（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                         |                                                |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 内容まで大体知っている | <input type="checkbox"/> 2. 聞いたことはあるが内容までは知らない |
| <input type="checkbox"/> 3. 知らない        |                                                |

※**成年後見制度**：認知症や知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをする制度。

問 105 あなたは認知症などで判断能力が低下した場合、成年後見制度を利用したいと思いますか。  
（ひとつだけ□にチェックをつける）

|                                         |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. すでに利用している   | <input type="checkbox"/> 2. 利用してもよい |
| <input type="checkbox"/> 3. 一部なら利用してもよい | <input type="checkbox"/> 4. 利用したくない |
| <input type="checkbox"/> 5. わからない       |                                     |

問 106 あなたは成年後見制度の相談の窓口を知っていますか。  
(ひとつだけ□にチェックをつける)

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 知っている | <input type="checkbox"/> 2. 知らない |
|-----------------------------------|----------------------------------|

問 107 問 106 で「1. 知っている」の□にチェックをつけた方にお尋ねします。  
知っている窓口の□にチェックをつけてください。  
(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. おとしより相談センター（地域包括支援センター）   |
| <input type="checkbox"/> 2. 権利擁護いたばしサポートセンター（社会福祉協議会） |
| <input type="checkbox"/> 3. 家庭裁判所（後見センター）             |
| <input type="checkbox"/> 4. 法テラス                      |
| <input type="checkbox"/> 5. 専門職（弁護士・司法書士等）            |
| <input type="checkbox"/> 6. その他（具体的に _____）           |

問 108 あなたは板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。  
(あてはまるものすべての□にチェックをつける)

|                                                  |                                               |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 見守りなど、ひとり暮らし高齢者等への支援 |                                               |
| <input type="checkbox"/> 2. 福祉や生活にかかわる相談         | <input type="checkbox"/> 3. 高齢者が気楽に活動できる場所の提供 |
| <input type="checkbox"/> 4. 健康づくり・介護予防に関する施策     |                                               |
| <input type="checkbox"/> 5. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援 |                                               |
| <input type="checkbox"/> 6. 生涯学習・スポーツ等の生きがい施策    | <input type="checkbox"/> 7. 仕事の紹介等の就労に関する施策   |
| <input type="checkbox"/> 8. 認知症施策                | <input type="checkbox"/> 9. 介護保険の在宅サービス       |
| <input type="checkbox"/> 10. 介護保険の施設・入居系サービス     | <input type="checkbox"/> 11. 高齢者向け住宅の整備       |
| <input type="checkbox"/> 12. 高齢者の虐待対策            | <input type="checkbox"/> 13. 家族等の介護者に対する支援    |
| <input type="checkbox"/> 14. その他（ _____ ）        |                                               |

問 109 介護保険事業や高齢者施策についてご意見・ご要望がありましたらお書きください。

|      |
|------|
| 自由記述 |
|------|

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

記入した調査票全て（表紙も含みます）を

同封している返信用封筒に入れ、

令和 7 年 12 月 5 日（金）までに

切手を貼らずにポストにご投函してください。