

令和6年9月2日

神奈川県認知症施策推進協議会委員 様

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長
(公 印 省 略)

令和6年度 神奈川県認知症施策評価のためのアンケート調査の実施について (依頼)

本県の高齢者福祉行政の推進につきましては、日頃から格別の御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

県では、県民の皆様から、認知症施策の進捗状況の評価の参考とするためアンケート調査を実施します。

本アンケートは、令和6年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されたことを踏まえ、共生社会の実現のために県民の皆様のご意見から、認知症施策の効果を把握することを目的とするものです。

つきましては、御多忙のところ恐縮ですが、皆様に直接御回答いただくほか、認知症御本人や御家族等、関係機関に案内いただけますと幸いです。いずれもインターネットからの御回答も可能です。詳細は「4 県のホームページ」を御参照ください。

結果につきましては、集計後ホームページに公表します。

お忙しいところ恐縮ですが、御協力をよろしくお願い致します。

1 アンケート調査の種類

① 認知症の方の暮らしアンケート調査

- ・ 本人用〈様式1-1〉
- ・ 家族や介護者用〈様式1-2〉

② 神奈川県認知症施策についてのアンケート調査 (一般の方、支援者用) 〈様式2〉

2 調査実施期間 令和6年9月2日(月)～令和6年12月27日(金)

3 回答締切日 令和6年12月27日(金)

e-kanagawa電子申請システム又は、メール、ファクシミリ、郵送等でご返信ください。

4 県のホームページ

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/hyoukaanne-to.html>



「認知症の方の暮らしアンケート調査（本人用）」



令和6年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。本アンケートは、共生社会の実現のために認知症の当事者や家族のご意見を踏まえて認知症施策の効果を把握することを目的として実施するものです。集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県ホームページに公表します。ご協力をお願いします（代筆による回答も可能）。
*右の2次元コードからも回答できます。

年代	40歳代以下 50歳代 60歳代 70歳代 80歳代 90歳代 100歳代
性別、居住地	性別（男・女・その他）、居住地（ ）市・町・村
職業	有（ ）・無
認知症と診断された年齢	（ ）歳ごろ（ ）年くらい前
介護認定の有無	無・有（要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）・不明
認知症疾患別	<ul style="list-style-type: none"> ・アルツハイマー型認知症 ・血管性認知症 ・レビー小体型認知症 ・前頭側頭型認知症 ・その他 ・不明

普段の暮らしの中で、どのように感じていらっしゃいますか。
評価A～Eの当てはまるものに○をつけてください。

回答日 年 月 日 く 代筆者：家族（ ）その他（ ）

県取組	A：とてもそう思う B：少しそう思う C：あまりそう思わない D：全くそう思わない E：該当なし		
認知症の人に関する理解の増進等	1	周りのすべての人が、認知症を正しく理解している	A・B・C・D・E
保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等	2	希望に沿った保健医療福祉サービスを受けている	A・B・C・D・E
認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進	3	あなたにとって大切な人に認知症であることを打ち明けることができる	A・B・C・D・E
認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護	4	自分の思いが尊重されていると思う	A・B・C・D・E
認知症未病改善の推進及び調査研究等	5	認知症の診断後も様々な技術を用いて、希望を持って暮らすことができる	A・B・C・D・E
その他暮らしに関するご意見など			

「認知症の方の暮らしアンケート調査（家族/介護者用）」



令和6年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。本アンケートは、共生社会の実現のために認知症の当事者や家族のご意見を踏まえて認知症施策の効果を把握することを目的として実施するものです。集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県ホームページに公表します。ご協力をお願いします（代筆による回答も可能）。
*右の2次元コードからも回答できます。

認知症の方について	年齢（ ）歳代、性別（男・女・その他）、居住地（ ）市・町・村	
	無 ・ 有（要支援1・2、要介護1・2・3・4・5） ・ 不明	
	・アルツハイマー型認知症 ・前頭側頭型認知症	・血管性認知症 ・その他
あなたについて	年齢（ ）歳代、性別（男・女・その他）、居住地（ ）市・町・村	
	ご職業（ ）（在宅勤務・その他）	
	認知症の方（本人）との関係（ ） 認知症の方と（同居・別居）	
<p>普段の暮らしの中で、どのように感じていらっしゃいますか。 評価A～Eの当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>回答日 年 月 日〈家族（ ）その他（ ）〉</p>		
県の取組	A：とてもそう思う B：少しそう思う C：あまりそう思わない D：全くそう思わない E：該当なし	
認知症の人に関する理解の増進等	1 本人の周りのすべての人が、認知症を正しく理解している	A・B・C・D・E
保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等	2 本人は、希望に沿った保健医療福祉サービスを受けている	A・B・C・D・E
認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進	3 本人は、本人にとって大切な人に認知症であることを打ち明けることができる	A・B・C・D・E
認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護	4 本人の思いが尊重されていると思う	A・B・C・D・E
認知症未病改善の推進及び調査研究等	5 本人は、認知症の診断後も様々な技術を用いて、希望を持って暮らすことができている	A・B・C・D・E
本人の暮らしの中のご意見など		

神奈川県認知症施策についてのアンケート調査

令和6年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。共生社会の実現のために、県民の皆様の認知症について感じていることを確認し、より良い認知症施策につなげていきます。

集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県のホームページに公表します。

該当する箇所には✓（クリック）、又はご記入ください。

右の2次元コードからも回答できます。ご協力をお願いいたします。



回答日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 アンケートにお答えのご本人についてお答えください

- (1) 年代 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代
 50歳代 60歳代 70歳代 80歳代以上
- (2) 性別 男性 女性 その他
- (3) 回答者の状況をお答えください。
 認知症のご本人 認知症の方がいるご家族 医療・保健・介護従事者
 介護または看取りを終えた方 その他 ()

(4) お住まいの地域についてお答えください。

((3)で「医療・保健・介護従事者」回答者は勤務地に✓をお願いします)

- 指定都市（横浜市・川崎市・相模原市）
 横須賀・三浦地域（横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町）
 県央地域（厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村）
 湘南東部地域（藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町）
 湘南西部地域（平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町）
 県西地域（小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町
真鶴町・湯河原町）
 その他（東京都・静岡県・千葉県・山梨県・埼玉県・その他）

2 認知症に関してお答えください

(1) あなたは、「認知症」について正しく理解していると思いますか。

- とてもそう思う 少しそう思う あまりそう思わない
 全くそう思わない 該当なし

(2) あなた自身が認知症になった場合に、あなたにとって大切な人に認知症であることを打ち明けることができますか。

- とてもそう思う 少しそう思う あまりそう思わない
 全くそう思わない 該当なし

(3) 認知症の人と躊躇（ちゅうちょ）なく話をすることができますか。

- とてもそう思う 少しそう思う あまりそう思わない
 全くそう思わない 該当なし

(4) 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るなど、これまでの生活が維持できていると思いますか。

- とてもそう思う 少しそう思う あまりそう思わない
 全くそう思わない 該当なし

(5) 認知症施策を進めるうえで、今後充実して欲しいことは何ですか。(複数回答)

- 認知症普及啓発イベント
 身近な地域で認知症の正しい知識を学ぶ講座の開催
 認知症を理解してくれる人を増やす(認知症サポーターやステップアップ講座等)
 かながわオレンジ大使(認知症本人大使)等からの本人発信(本人による普及啓発)支援
 認知症の未病改善(予防)(コグニサイズ等)
 認知症の正しい知識や介護方法などの資料の提供(認知症ケアパス等)
 認知症コールセンター等相談できる窓口
 早期発見・早期対応のしくみづくり(認知症初期集中支援チーム)
 受診できる医療機関(かかりつけ医・認知症サポート医・認知症疾患医療センター等)の機能強化
 本人ミーティングなどの本人主体の地域づくり
 家族の交流会(認知症カフェ)や相談会の充実
 認知症等行方不明 SOS ネットワーク(行方不明になる方の事前登録等)
 若年性認知症の人や家族への支援
 認知症介護・医療従事者の研修等人材育成
 見守りやボランティア
 認知症グループホーム(認知症対応型共同生活介護)などの介護施設整備
 その他()

3 その他

地域の中での認知症に関することについてのご意見等があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

【お問合せ・返送先】

〒231-8588 横浜市中区日本大通1
神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課
高齢福祉グループ 中西・緒方
電話:045-210-1111 内線4846 FAX:045-210-8874
電子メール: anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp