

# 加東市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 見直しのためのアンケート調査

## (要介護認定者の方)

皆様には日頃より本市の高齢者福祉行政にご協力をいただき感謝申し上げます。

平成27年3月に策定しました「加東市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」が平成29年度末に計画期間が満了となるため、見直すこととなりました。

このアンケート調査は、要介護の認定を受け、在宅で生活している方全員を対象にお送りしております。このアンケート結果は、高齢者の社会参加や介護予防の充実、生活支援に向けて、必要に応じて個別の支援を行うとともに、統計的処理により計画策定の基礎資料として活用させていただきます。目的外に使用することは、決してございません。

趣旨をご理解いただき、調査にご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

平成28年11月18日

加東市高齢介護課長

### 【ご記入上のご注意】

1. 本調査はあて名のご本人の方がお答えください。ご本人の方が記入できない場合、同居のご家族の方やお世話をされている方がお答えください。  
介護をされているご家族の方への質問もあります。  
(アンケートは、記名でお願いいたします)
2. 回答は、設問ごとに(1つに○)、(あてはまるもの全てに○)などとなっています。  
○印は、あてはまるものの番号を囲むようにつけてください。  
また、記入欄については、具体的な内容をご記入ください。
3. ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れてポストに投函してください。  
切手は不要です。

●回答期限：平成28年12月5日(月)

### 【調査に関するお問い合わせ先】

加東市役所 福祉部 高齢介護課  
電話：0795-43-0440(直通)  
FAX：0795-42-1735

質問が多く、  
お手数をおかけして  
申し訳ありませんが、  
ゆっくりご回答ください。



## 要介護認定者の方

※このアンケート調査では、「あて名のご本人」を「あなた」として質問しています。

<b>問1</b>	<b>調査に回答される方について</b>		
<b>(1) このアンケートに答えていただくのはどなたですか。(1つに○)</b>			
1. あて名のご本人(要介護・要支援と認定されている方)			
2. ご家族(あて名のご本人からみた続柄 )			
3. その他			
ご本人氏名		住 所	加東市 番地
<b>(2) 平成28年12月1日現在のご本人の年齢(区分)を教えてください。(1つに○)</b>			
1. 65～69歳			
2. 70～74歳			
3. 75～79歳			
4. 80～84歳			
5. 85～89歳			
6. 90歳以上			
<b>(3) あなたの性別を教えてください。(1つに○)</b>			
1. 男			
2. 女			
<b>(4) 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。(1つに○)</b>			
1. 要介護1			
2. 要介護2			
3. 要介護3			
4. 要介護4			
5. 要介護5			

<b>問2</b>	<b>あなたのご家族や生活状況について</b>		
<b>(1) 家族構成を教えてください。(1つに○)</b>			
1. 1人暮らし			
2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)			
3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)			
4. 息子・娘との2世帯			
5. その他			
<b>(2) 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○)</b>			
1. 大変苦しい			
2. やや苦しい			
3. ふう			
4. ややゆとりがある			
5. 大変ゆとりがある			
<b>(3) あなたの現在のお住まいについてお答えください。(1つに○)</b>			
1. 持家(一戸建て)			
2. 持家(集合住宅)			
3. 公営賃貸住宅			
4. 民間賃貸住宅(一戸建て)			
5. 民間賃貸住宅(集合住宅)			
6. 借家			
7. その他			
<b>(4) あなたが認定を受ける原因となった主な病気等は次のうちどれですか。(1つに○)</b>			
1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			
2. 心臓病			
3. がん(悪性新生物)			
4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等)			
5. 関節の病気(リウマチ等)			
6. 認知症(アルツハイマー病等)			
7. パーキンソン病			
8. 糖尿病			
9. 視覚・聴覚障害			
10. 外傷(転倒・骨折)			
11. 脊椎損傷			
12. 高齢による衰弱			
13. 整形外科疾患(膝・腰・骨そしょう症など)			
14. その他( )			
15. 不明			

<b>(5) 現在、病院・医院（診療所やクリニック）にかかっていますか。（1つに○）</b>		
1. 通院している	2. 往診を受けている	3. かかっていない
<b>【(5)において「1. 通院している」「2. 往診を受けている」方のみ】</b>		
<b>①平均の頻度を教えてください。（1つに○）</b>		
1. 週1回以上	2. 月2～3回	3. 月1回程度
4. 2か月に1回程度	5. 3か月に1回程度	6. 4か月以上に1回程度

<b>問3</b>	<b>健康について</b>
<b>(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか。</b>	
1. とてもよい      2. まあよい      3. あまりよくない      4. よくない	
<b>(2) あなたは、現在どの程度幸せですか。</b>	
<b>（「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点としてご記入ください）</b>	
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
<b>(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。</b>	
1. はい      2. いいえ	
<b>(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。</b>	
1. はい      2. いいえ	

<b>問4</b>	<b>からだを動かすことについて</b>
<b>(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。</b>	
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	
<b>(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。</b>	
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	
<b>(3) 15分位続けて歩いていますか。</b>	
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	
<b>(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。</b>	
1. 何度もある      2. 1度ある      3. ない	
<b>(5) 転倒に対する不安は大きいですか。</b>	
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. 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. 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. はい      2. いいえ

**【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】**

**①外出を控えている理由は、次のうちどれですか。(いくつでも)**

1. 病気      2. 障害(脳卒中の後遺症など)      3. 足腰などの痛みや衰え  
 4. 認知症の症状のため      5. トイレの心配(失禁など)      6. 耳の障害(聞こえの問題など)  
 7. 目の障害      8. 外での楽しみがない      9. 経済的に出られない  
 10. 転倒するのがこわい      11. 交通手段がない      12. 介助者(付き添い)がいない  
 13. その他(具体的に:      )

**(9) 以下のような目的でどのくらいの頻度で外出していますか。**  
**※①～⑦それぞれ1つに○**

	週5回以上	週2～4回	週1回	ほとんどしていない
①買い物	1	2	3	4
②散歩	1	2	3	4
③仕事(農作業含む)	1	2	3	4
④趣味	1	2	3	4
⑤デイサービス通所など	1	2	3	4
⑥通院	1	2	3	4
⑦その他(      )	1	2	3	4

**(10) 外出する際の移動手段は何ですか。(いくつでも)**

1. 徒歩      2. 自転車      3. バイク・スクーター      4. 自分で運転する車  
 5. 家族が運転する車      6. タクシー      7. バス・鉄道      8. 病院や施設の車  
 9. 車イス      10. 電動カート      11. その他(      )

**(11) 外出する際、不便だと感じることは何ですか。(いくつでも)**

1. 目的地(病院、公共施設、スーパー等)が遠いので時間がかかる  
 2. 体力的にバスの乗り降りがきつい  
 3. バスなどの便が悪く利用しにくい  
 4. 車やバイク、自転車等を運転しなくなったので、気軽に外出できない  
 5. 家族や知り合いの手助けがあれば助かるが、なかなか協力が得られない  
 6. その他(      )  
 7. 特に不便だと感じることはない

<b>問5</b>	<b>食べることについて</b>	
(1) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。		
1. はい	2. いいえ	
(2) お茶や汁物等でむせることがありますか。		
1. はい	2. いいえ	
(3) 口の渇きが気になりますか。		
1. はい	2. いいえ	
(4) 歯磨き（人にやってもらう場合を含む）を毎日していますか。		
1. はい	2. いいえ	
(5) 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. 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	
①噛み合わせは良いですか。		
1. はい	2. いいえ	
②【(5)で「1. 20本以上・入れ歯あり」「3. 19本以下・入れ歯あり」の方のみ】 毎日の入れ歯の手入れをしていますか。		
1. はい	2. いいえ	
(6) 身長・体重		
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。		
1. はい	2. いいえ	
(8) どなたかと食事をとにもする機会はありますか。		
1. 毎日ある	2. 週に何度かある	3. 月に何度かある
4. 年に何度かある	5. ほとんどない	

<b>問6</b>	<b>毎日の生活について</b>
(1) 物忘れが多いと感じますか。	
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. 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. はい	2. いいえ

<b>(4) 車やバス、電車を使って1人で外出していますか。</b>		
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
<b>(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。</b>		
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
<b>【(5)で「2. できるけどしていない」「3. できない」の方のみ】</b>		
<b>①主にどなたが買物をしますか。(1つに○)</b>		
1. 同居の家族	2. 別居の家族	3. ヘルパー
4. 配達の依頼	5. 介護ファミリーサポートセンターの協力会員	6. その他 ( )
<b>(6) 自分で食事の用意をしていますか。</b>		
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
<b>【(6)で「2. できるけどしていない」「3. できない」の方のみ】</b>		
<b>①主にどなたが食事の用意をしますか。(1つに○)</b>		
1. 同居の家族	2. 別居の家族	3. ヘルパー
4. 配達の依頼	5. 介護ファミリーサポートセンターの協力会員	6. その他 ( )
<b>(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。</b>		
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
<b>(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。</b>		
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
<b>(9) 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。</b>		
1. はい	2. いいえ	
<b>(10) 新聞を読んでいますか。</b>		
1. はい	2. いいえ	
<b>(11) 本や雑誌を読んでいますか。</b>		
1. はい	2. いいえ	
<b>(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。</b>		
1. はい	2. いいえ	
<b>(13) 友人の家を訪ねていますか。</b>		
1. はい	2. いいえ	
<b>(14) 家族や友人の相談にのっていますか。</b>		
1. はい	2. いいえ	

<b>(15) 病人を見舞うことができますか。</b>			
1. はい		2. いいえ	
<b>(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。</b>			
1. はい		2. いいえ	
<b>(17) 趣味はありますか。(1つに○)</b>			
1. 趣味あり		2. 思いつかない	
<b>【(17)において「1. 趣味あり」の方のみ】</b>			
<b>①趣味の内容を教えてください。(いくつでも)</b>			
1. スポーツ活動(グランドゴルフ等)	2. 散歩・ウォーキング	3. 歌・楽器の演奏・踊り	4. 旅行
5. 読書	6. 編み物・手芸	7. 料理・菓子作り	8. 野菜づくり・花づくり
9. 買物・ウィンドウショッピング	10. 川柳・俳句など	11. 将棋・囲碁	12. パソコン・インターネット
13. 映画・音楽鑑賞	14. その他( )		
<b>(18) 生きがいがありますか。(1つに○)</b>			
1. 生きがいあり		2. 思いつかない	
<b>【(18)において「1. 生きがいあり」の方のみ】</b>			
<b>①どんな時に生きがいを感じますか。(いくつでも)</b>			
1. 仕事に打ち込んでいる時	2. 勉強や教養などに身を入れている時	3. 孫の面倒をみている時	4. 家族との団らんの時
5. 友人や知人と食事、雑談している時	6. 社会奉仕や地域活動をしている時	7. 旅行に行っている時	8. 他人から感謝された時
9. 収入があった時	10. 若い世代と交流している時	11. その他( )	
12. わからない			
<b>(19) 日常生活における次の事項で、外部の支援が必要だと感じていますか。</b>			
<b>※①～⑦それぞれ1つに○</b>			
	現に支援を受けている	必要である	必要ではない
①買い物	1	2	3
②ごみ出し	1	2	3
③食事を作ること	1	2	3
④居室の掃除	1	2	3
⑤外出支援(散歩や受診の付添い等)	1	2	3
⑥話し相手	1	2	3
⑦移送支援(送迎や車いす対応車の貸し出し)	1	2	3
⑧その他(具体的に: )	1	2	3

**問7 地域での活動について**

(1) 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。

※①～⑧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
①ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係のグループ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤老人クラブの活動	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会活動	1	2	3	4	5	6
⑦サロン等の身近に集う場	1	2	3	4	5	6
⑧その他 ( )	1	2	3	4	5	6

**問8**

**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

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(いくつでも)

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 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 |           |

(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         | 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 |           |

(3) あなたが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         | 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 |           |

(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         | 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 |           |

(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. 自治会・町内会・老人クラブ    | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー          | 4. 医師・歯科医師・看護師  |
| 5. 地域包括支援センター・役所・役場 | 6. その他          |
| 7. そのような人はいない       |                 |



<b>(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(1つに○)</b>		
1. 毎日ある	2. 週に何度かある	3. 月に何度かある
4. 年に何度かある	5. ほとんどない	
<b>(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。</b>		
1. 0人(いない)	2. 1~2人	3. 3~5人
4. 6~9人	5. 10人以上	
<b>(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)</b>		
1. 近所・同じ地域の人	2. 幼なじみ	3. 学生時代の友人
4. 仕事での同僚・元同僚	5. 趣味や関心が同じ友人	
6. ボランティア等の活動での友人	7. その他	8. いない

<b>問9 介護保険制度と介護保険サービスについて</b>				
<b>(1) あなたは現在、以下の介護サービス等を利用していますか。</b>				
<b>※①~⑯それぞれ1つに○</b>				
	利用 している	利用 したい	利用 しない	わから ない
①訪問介護(ホームヘルプ)	1	2	3	4
②訪問看護(看護師等が自宅で行う看護やリハビリ)	1	2	3	4
③通所介護(デイサービス)	1	2	3	4
④訪問入浴介護(移動入浴車による自宅での入浴)	1	2	3	4
⑤訪問リハビリテーション(理学療法士等が訪問)	1	2	3	4
⑥通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3	4
⑦短期入所生活介護(ショートステイ)	1	2	3	4
⑧短期入所療養介護(老人保健施設等でのショートステイ)	1	2	3	4
⑨認知症対応型通所介護(専門的ケアを行うデイサービス)	1	2	3	4
⑩小規模多機能型居宅介護(通所、訪問、泊まりのサービス)	1	2	3	4
⑪福祉用具貸与(歩行器、車いす、特殊寝台など)	1	2	3	4
⑫福祉用具購入費支給(腰掛け便座・入浴補助用具等)	1	2	3	4
⑬住宅改修費支給(手すり、段差の解消などの助成)	1	2	3	4
⑭有料老人ホームやケアハウス入居	1	2	3	4
⑮定期巡回・臨時対応型(夜間も含む)訪問介護看護サービス	1	2	3	4
⑯複合型(小規模多機能型と訪問看護)サービス	1	2	3	4

**【(1)で「1. 利用している」と回答した方のみ】**  
**①現在利用している居宅介護サービスの全体の質について、どの程度満足していますか。(1つに○)**

---

1. 質については、満足している                      2. 質については、おおむね満足している  
 3. 質については、どちらともいえない          4. 質については、やや不満がある  
 5. 質については、不満がある

**【①で「4. やや不満」「5. 不満がある」と回答した方のみ】**  
**②満足していない理由は何ですか。(いくつでも)**

---

1. 職員の態度や言葉使いがよくない            2. 介護の技術が不足している  
 3. サービス内容について事前の説明が十分でない  
 4. 体調や意向を確認してくれない            5. プライバシーの配慮に欠ける  
 6. 担当者がよく変わる                          7. 精神的・身体的虐待などを受けた  
 8. その他(具体的に： \_\_\_\_\_ )

**【(1)で介護サービスを全て「3. 利用しない」と回答した方のみ】**  
**③介護サービスを利用しない主な理由は何ですか。(○は2つまで)**

---

1. 家族が介護してくれるから  
 2. 今のところサービスを利用する状態ではないから  
 3. 住宅改修や福祉用具購入のサービスにより、生活環境が整ったから  
 4. 病院に入院していて利用する機会がなかったから  
 5. 利用の仕方がわからないから  
 6. 利用したいサービスがない、またはサービス内容が期待とは異なるから  
 7. 家族が嫌がるから、または近所の目が気になるから  
 8. サービスの利用料が高いから  
 9. 介護保険以外のサービスを使っているから  
 (使っているサービス名： \_\_\_\_\_ )  
 10. その他(具体的に： \_\_\_\_\_ )

**問 10 市で実施している主な保健福祉サービスについて**

(1) あなたは現在、以下の保健福祉サービス等を利用していますか。

※①～⑪それぞれ1つに○

	知らない	知っている			
		利用している	利用したい	利用しない	わからない
①かとうまちかど体操教室 (筋力アップの体操を中心にした自主グループ活動)	1	2	3	4	5
②物忘れ予防カフェ (認知症予防や介護について語り合うグループ活動)	1	2	3	4	5

	知らない	知っている			
		利用している	利用したい	利用しない	わからない
③権利擁護事業 (高齢者が、不利益な扱いを受けないよう、生活、法律、年金などについて相談や援助を行う事業)	1	2	3	4	5
④人生80年いきいき住宅助成 (高齢者等が既存の住宅を住みやすく改修するときの費用助成)	1	2	3	4	5
⑤かとう介護ファミリーサポートセンター【社会福祉協議会】 (話し相手や掃除などを協力会員[市民]が行う生活支援サービス)	1	2	3	4	5
⑥移送サービス【社会福祉協議会】 (車いす利用者の通院等などの送迎をボランティアにより実施)	1	2	3	4	5
⑦福祉車両の貸出【社会福祉協議会】 (車いすのまま乗降可能な福祉車両の貸出)	1	2	3	4	5
⑧福祉タクシー利用券助成事業 (高齢者等の閉じこもり予防を目的としたタクシー料金助成)	1	2	3	4	5
⑨はり・灸・あんま・マッサージ・指圧施術費助成事業 (はり・灸・あんまなど施術費の一部を助成する事業)	1	2	3	4	5
⑩ひとり外出見守り・徘徊SOSネットワーク事業 (認知症による徘徊行方不明を予防するための事前登録事業)	1	2	3	4	5
⑪おでかけ安心GPS事業 (認知症による徘徊行方不明者の位置検索機器費用の助成)	1	2	3	4	5
<b>【ひとり暮らし・高齢世帯の方のみ】</b>					
<b>(2) あなたは現在、以下の保健福祉サービス等を利用していますか。</b>					
<b>※①～④それぞれ1つに○</b>					
	知らない	知っている			
		利用している	利用したい	利用しない	わからない
①給食サービス【社会福祉協議会】 (見守りと健康増進のため、ボランティアにより配食するサービス)	1	2	3	4	5
②日常生活用具給付事業 (自動消火器・火災警報器・電磁調理器などを給付するサービス)	1	2	3	4	5
③緊急通報システム事業 (急病等の緊急時に速やかにコールセンターに連絡できるサービス)	1	2	3	4	5
④おうちで安心見守り事業 (見守り機能のついた機器の購入費用の一部を助成する事業)	1	2	3	4	5

<b>問 1 1</b>	<b>今後の生活と福祉や介護保険制度について</b>
<b>(1) 今後の住まいについてどのようにお考えですか。(1つに○)</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 現在の住居で暮らし続けたい</li> <li>2. 子どもや親せきなどの家に移って暮らしたい</li> <li>3. 介護サービス付高齢者賃貸住宅（高齢者の支援サービスが利用できるバリアフリーの住宅）</li> <li>4. 軽費老人ホームやケアハウス（生活に応じて必要な支援サービスが利用できる施設）</li> <li>5. グループホーム（認知症を有する方が、支援や介護を受けながら共同生活をする住宅）</li> <li>6. 特別養護老人ホーム（常時介護が必要で、自宅介護が困難な方が生活する施設）</li> <li>7. その他（具体的に： _____ )</li> </ol>	
<b>(2) 高齢化の進展により、認知症を有する人も増加しています。安心して、暮らせるために加東市では、どのような施策に優先的に取り組む必要があると思いますか。(3つに○)</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症に関する知識の習得や情報交換を行う「家族介護者のつどい」などの家族への支援</li> <li>2. 誰もが気軽に参加でき、集う場である「認知症(物忘れ)予防カフェ」の実施</li> <li>3. 認知症の人と家族を支え見守るネットワークづくり対策</li> <li>4. 若年性認知症の人が利用できるサービスや就労支援等の充実</li> <li>5. 身近な地域での「認知症予防教室・認知症サポーター養成講座」の実施</li> <li>6. デイサービス施設等での認知症の予防やケアの充実</li> <li>7. 認知症の早期発見、早期対応に対する取り組み</li> <li>8. その他（具体的に： _____ )</li> </ol>	
<b>(3) これからの加東市において、特に重要になると思われる施策は何ですか。(5つまでに○)</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高齢者が参加する健康づくりや趣味等のグループ活動を身近な地域で行う通いの場づくり</li> <li>2. 高齢者自身のボランティア活動参加促進による相互に支えるしくみづくり</li> <li>3. 自治会や事業所などとの連携による高齢者を地域で見守り、支えるネットワークづくり</li> <li>4. 高齢者のいきがいと活躍の場づくり（高齢者の雇用や社会参加の促進）</li> <li>5. 買い物支援、宅配、給食・配食サービスなど食を支えるサービス</li> <li>6. 訪問理美容（理・美容店に行くことが困難な方に、理・美容師が出張して行うサービス）</li> <li>7. 介護サービス（訪問介護、通所介護、短期入所など）の質の向上</li> <li>8. 介護サービス事業所（入所施設も含む）などの量的充実</li> <li>9. 地域における高齢者の総合相談機能（地域包括支援センター）の充実</li> <li>10. 地域医療、リハビリテーション、看護の充実</li> <li>11. 移送サービスや公共交通などの交通機関の充実</li> <li>12. 介護保険施設ではない高齢者向け住宅などの住宅施策</li> <li>13. 生活困窮予防などの対策</li> <li>14. 自主防災組織等との連携など災害時の援護体制の整備</li> <li>15. 認知症を有する人の暮らしを守るための施策</li> <li>16. 高齢者の虐待や消費者被害の防止</li> <li>17. その他（具体的に： _____ )</li> </ol>	

(4) 市の高齢者施策の取組みについてご意見等ございましたら、ご自由にお書きください。


**介護をされているご家族について**

ここからは、あて名のご本人の介護をされているご家族の方におたずねします。

**問 1 2 調査に回答される方について**

(1) あなたは、ご本人（認定を受けている方）からみてどのようなご関係ですか。  
(1つに○)

1. 配偶者（夫・妻）      2. 子      3. 子の配偶者      4. 孫  
5. 兄弟・姉妹      6. その他（      ）

(2) 平成28年12月1日現在のあなたの年齢（区分）を教えてください。(1つに○)

1. 40歳未満      2. 40～64歳      3. 65～74歳  
4. 75～84歳      5. 85歳以上

(3) あなたの性別を教えてください。(1つに○)

1. 男      2. 女

(4) あなたは、要介護度認定を受けていますか。(1つに○)

1. 要支援1      2. 要支援2      3. 要介護1      4. 要介護2  
5. 要介護3      6. 要介護4      7. 要介護5      8. 受けていない

**問 1 3 就労、働き方の調整状況について**

(1) ご自身やご家族等の中で、ご本人の介護のために、過去に仕事を辞めた方はいますか。  
(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません) (いくつでも)

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）  
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）  
3. 主な介護者が転職した      4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した  
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない      6. わからない

(2) あなた（主な介護者）の現在の勤務形態について、ご回答ください。(1つに○)

1. フルタイムで働いている      2. パートタイムで働いている  
3. 働いていない      4. わからない

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

【(2)で「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ】

①あなたは介護するにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。  
(いくつでも)

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. わからない

【(2)で「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ】

②あなたは勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。(いくつでも)

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. 自営業のため、勤め先はない       | 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実  |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり      | 4. 仕事と介護の両立に関する情報の提供 |
| 5. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置 | 6. 介護している従業員への経済的な支援 |
| 7. その他                 | 8. 特にない              |
|                        | 9. わからない             |

【(2)で「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ】

③あなたは今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(1つに○)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける   | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい   |
| 5. わからない         |                     |

#### 問14 不安を感じる介護と相談先について

(1)現在の生活を継続していくにあたって、あなたが不安を感じる介護等は何ですか。  
(現状で行っているか否かは問いません)(3つまでに○)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 屋内の移乗・移動             | 2. 外出の付添い、送迎等          |
| 3. 入浴・洗身                | 4. 日中の排泄               |
| 5. 夜間の排泄                | 6. 食事の準備（調理等）          |
| 7. 食事の介助（食べる時）          | 8. 服薬                  |
| 9. 認知症状への対応             | 10. 衣服の着脱              |
| 11. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | 12. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 13. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き   |
| 15. その他                 | 16. 不安を感じていることは、特にない   |
| 17. わからない               |                        |

## 要介護認定者の方

### (2) あなたは、介護について誰かに相談していますか。(いくつでも)

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 家族・親族          | 2. 友人・知人           |
| 3. 近所の人、ボランティアの人等 | 4. 介護が必要な本人        |
| 5. ケアマネジャー        | 6. 地域包括支援センター・市役所  |
| 7. 保健所            | 8. 介護サービス事業者       |
| 9. 医師             | 10. 病院の医療ソーシャルワーカー |
| 11. 民生委員          | 12. 勤務先            |
| 13. その他           | 14. 誰にも相談していない     |
| 15. わからない         |                    |

### 問 15 ご本人（認定を受けている方）の認知症状と介護について

#### (1) ご本人は、認知症の症状がありますか。(1つに○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

#### 【(1)で「1. はい」と回答した方のみ】

#### ①医師から診断を受けている病名を教えてください。(1つに○)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. アルツハイマー型 | 2. 脳血管疾患型    |
| 3. 前頭葉側頭葉型  | 4. レビー小体型    |
| 5. 混合型      | 6. 不明        |
| 7. その他( )   | 8. 診断を受けていない |

#### 【(1)で「1. はい」と回答した方のみ】

#### ②介護に困りアドバイスがほしいと思う認知症に伴う行動や心理症状は何ですか。

(いくつでも)

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1. しまい忘れを勘違いし「盗られた」等騒ぐ | 2. 無気力で、元気がなくなる   |
| 3. どこにいるかわからなくなり、帰れない  | 4. 不安やいらいらで攻撃的になる |
| 5. 物の形や影、物音などを間違える(幻覚) | 6. 排泄の失敗          |
| 7. 食べ過ぎなどの食行動の混乱       | 8. 夜間不眠など生活リズムの混乱 |
| 9. その他(具体的に: )         | 10. 困っていることは、特にない |

### 問 16

市の高齢者施策の取組みについてご意見等ございましたら、ご自由にお書きください。



ご協力ありがとうございました。記入漏れがないか、もう一度ご確認のうえ、同封の返信用封筒に入れてご投函ください。