

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)

【調査ご協力のお願い】

日頃より、加東市の高齢者福祉及び介護保険行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

来年度、加東市では、計画期間が令和6年度から令和8年度までの「加東市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定します。

このアンケート調査は、今後の高齢者福祉サービスや健康づくりの方策を検討するために、加東市内でご自宅にお住まいの要介護認定者全員に対して、日頃の生活や介護の状況、サービスの利用意向などの実態を調査し、計画策定における基礎的な資料を作成するために実施したいと考えております。

つきましては、アンケートの趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年12月

加東市 健康福祉部 高齢介護課

回答期限： 令和4年12月 日 ()

【個人情報の取扱いについて】

個人情報の保護及び活用目的は以下の通りですので、ご確認ください。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見させていただきます。

■個人情報の保護及び活用目的について

この調査は、効果的な介護予防施策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、高齢者の社会参加や介護予防・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。目的以外には使用いたしません。また、当該情報については、加東市個人情報保護条例に基づき、市で適切に管理いたします。

ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。(お名前などの個人情報は出ません。)

【お問い合わせ先】

加東市役所 健康福祉部 高齢介護課
TEL (直通) 0795-43-0440

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。



記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は令和4年11月 日現在、要介護認定を受けている65歳以上の方です。
2. なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などがご本人の意思を尊重して代わってご回答くださるようお願いいたします。
3. ご記入後は、調査票全て（表紙も含む）を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、
令和4年12月 日（ ）までに、切手を貼らずにポストに投函してください。
4. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。

介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、常時ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

記入例	ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。	①. はい 2. いいえ
-----	---	-------------------

★まず、表紙をお読みいただき、以下のご記入をお願いします。

回答者の方へ	調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。	
	1. あて名のご本人	2. 主な介護者となっている家族・親族
	3. 主な介護者以外の家族・親族	4. あて名のご本人のケアマネジャー
	5. その他	
※以下にあて名のご本人の情報を記入してください。		
年齢・性別	() 歳 男性 ・ 女性	

⇒次ページからご回答をお願いします。

(3) - 5 主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(いくつでも)

【身体介護】

在宅

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) | |

【生活援助】

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 12. 食事の準備(調理等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【その他】

- | | |
|---------|-----------|
| 15. その他 | 16. わからない |
|---------|-----------|

問2 日常生活について

(1) 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つに○)

ニーズ

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(2) 転倒に対する不安は大きいですか。(1つに○)

ニーズ

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

(3) 週に1回以上は外出していますか。(1つに○)

ニーズ

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

(4) 趣味はありますか。(1つに○)

ニーズ

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 趣味あり | 2. 思いつかない |
|---------|-----------|

(5) 生きがいがありますか。(1つに○)

ニーズ

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 生きがいあり | 2. 思いつかない |
|-----------|-----------|

問5 市で実施している主な介護予防・生活支援・福祉サービスについて

変更

(1) あなたは、以下の保健福祉サービスを知っていますか。 ※①～⑥それぞれ1つに○		
事業名 (事業内容)	知っている	知らない
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
②権利擁護事業 (高齢者が、不利益な扱いを受けないように、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
④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
⑤ひとり外出見守り・SOSネットワーク事業 (認知症による行方不明を予防するための事前登録事業)	1	2
⑥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情報検索機器費用の助成)	1	2

問6 今後の生活と福祉や介護保険制度について

(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○)	目標値
1. 現在の住居で暮らし続けたい 2. 子どもや親せきなどの家に移って暮らしたい 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) 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) 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) 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) 7. その他()	
(2) 今後の住まいや生活について誰かと話をしていますか。(1つに○)	変更
1. 全くしていない 2. 話し合ったことがある 3. 話し合い、その結果を紙などに記載した	

(3) これからの加東市において、特に重要になるとと思われる施策は何ですか。(3つまで〇)

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
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
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
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)
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
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)
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
8. 介護サービス事業所(入所施設も含む)などの量的充実
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
10. 地域医療、リハビリテーション、看護の充実
11. 移送サービスや公共交通などの交通機関の充実
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
13. 生活困窮予防などの対策
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
15. 認知症を有する人の暮らしを守るための施策
16. 高齢者の虐待や消費者被害の防止
17. その他(具体的に：)

(4) 市の高齢者施策の取組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。

ここからは主な介護者の方にお聞きします

主な介護者の方が同席されていない場合は、無回答で構いません。

問7 主な介護者の方のお考え等について

(1) 主な介護者の方は、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 |

(2) あて名のご本人は認知症の症状がありますか。または家族に認知症の症状がある人がいますか。(1つに○)

ニーズ

1. はい → (2) - 1へ 2. いいえ

(2) - 1 主な介護者が対応に困っている認知症に伴う行動や症状は何ですか。(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. 同じことを何度も聞く | 10. サービスの利用を嫌がる |
| 11. 火の不始末 | 12. その他(具体的に：) |
| 13. 困っていることは特にない | |

(3) 主な介護者の方は、今後の介護をどのようにしていきたいとお考えですか。(1つに○)

1. 現在の住居で、介護サービスを利用せず介護を続けたい
2. 現在の住居で、介護サービスを利用しながら介護を続けたい
3. 子どもや親せきなどの家に移って介護をしてもらいたい
4. 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)に入居させたい
5. 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)に入居させたい
6. 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)を利用したい
7. 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)に入所させたい
8. その他(具体的に：)



調査は以上です。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

令和4年12月 日 () までにご投函ください。