

前期計画における目標値

総合計画における目標値

前期計画＋総合計画における目標値

ニーズ調査項目

在宅介護実態調査項目

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3年度から令和5年度までの「加東市高齢者保健福祉計画・第8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。

令和元年12月

加東市 健康福祉部 高齢介護課

回答期限：**令和元年12月20日（金）**

【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元年●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、
令和元年12月20日（金）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、介護認定を受けていない場合でも、
 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いて、以下の①または、②のご記入をお願いします。

①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
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
要介護度	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	
要介護認定の状況 (●月●日時点)	1. 新規で認定申請を行った（更新申請や区分変更申請の経験なし） 2. 過去に、1回は認定の更新申請または、区分変更申請を行った 3. わからない	

⇒次ページからご回答をお願いします。

②回答できない方へ	事情により回答できない場合は、大変お手数ですが下記に理由をお書きいただき、その他は白紙のまま同封の封筒にてご返送ください。	
	回答できない理由	

問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
2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) ⇒ (1) - 1へ
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

(1) で「2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」と回答した方のみお答えください。

(1) - 1 日中一人になることはありますか。(1つに○)

1. よくある
2. たまにある
3. ない

(2) あなたが認定を受ける原因となった主な原因は何ですか。(1つに○)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 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. 腎疾患(透析) | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 11. 転倒・骨折 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() |
| 15. 不明 | |

(3) 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。(1つに○)

1. 介護・介助の必要はない
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 ⇒ (3) - 1 ~ (3) - 5へ

(3) で「3. 現在、何らかの介護を受けている」と回答した方のみお答えください。

(3) - 1 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) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他() | |

(3) - 2 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(1つに○)

1. 男性
2. 女性

(3) - 3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(1つに○)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

(3) - 4 主な介護者の方は要介護認定を受けていますか。(1つに○)		
1. 受けていない	2. 要支援1	3. 要支援2
4. 要介護1	5. 要介護2	6. 要介護3
7. 要介護4	8. 要介護5	9. わからない
(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】		
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○)			
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○)			
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○)			
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) 外出の目的は何ですか。(いくつでも)			
1. 通院	2. デイサービス等の通所	3. 買い物	
4. 散歩	5. 田畑	6. シニア(老人)クラブ活動	
7. 自治会活動	8. その他()		
(5) 趣味はありますか。(1つに○)			
1. 趣味あり	2. 思いつかない		

(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○）

- 1. 通院している ⇒ (5) - 1へ
- 2. 往診を受けている ⇒ (5) - 1へ
- 3. かかっていない ⇒ (5) - 2へ

(5) で「1. 通院している」「2. 往診を受けている」と回答した方のみお答えください。

(5) - 1 平均の頻度を教えてください。（1つに○）

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

(5) で「3. かかっていない」と回答した方のみお答えください。

(5) - 2 かかりつけの医師（※）はいますか。（1つに○）

※健康などのことで困ったときに相談する医師のことで、その医師の診療科（専門）は問いません。

- 1. いる
- 2. いない

(6) 過去1年間に医療機関に入院したことがありますか。（1つに○）

- 1. ある ⇒ (6) - 1へ
- 2. ない

(6) で「1. ある」と回答した方のみお答えください。

(6) - 1 退院後、介護保険等サービスへの移行や連携で困ったことはありますか。
(いくつでも)

- 1. 介護保険サービス等をどのように利用したらよいかわからなかった
- 2. 施設入所を希望したが入所できなかった
- 3. 在宅での介護保険サービスが十分でなかった
- 4. 在宅での介護保険以外のサービスが十分でなかった
- 5. 在宅医療が十分でなかった
- 6. 家族の介護負担が大きかった
- 7. その他（具体的に： _____)

問4 介護保険制度と介護保険サービスについて

(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。※①～⑮それぞれ1つに○			
サービス名(サービス内容)	利用している	利用していない	
		利用したい	利用しない
①訪問介護(ホームヘルプ)	1	2	3
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
③通所介護(デイサービス)	1	2	3
④訪問入浴介護(移動入浴車による自宅での入浴)	1	2	3
⑤訪問リハビリテーション(理学療法士等が訪問)	1	2	3
⑥通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3
⑦短期入所生活介護(ショートステイ)	1	2	3
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
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
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
⑪福祉用具貸与(歩行器、車いす、特殊寝台など)	1	2	3
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
⑬住宅改修費支給(手すり、段差の解消などの助成)	1	2	3
⑭有料老人ホームやケアハウス入居	1	2	3
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

(1) で①～⑮のいずれかに「1. 利用している」と回答した方のみお答えください。

(1) - 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. 満足 2. おおむね満足 3. どちらともいえない
4. やや不満 ⇒ (1) - 2へ 5. 不満 ⇒ (1) - 2へ

(1) - 1で「4. やや不満がある」「5. 不満がある」と回答した方のみお答えください。

(1) - 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の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: _____)

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

(1) あなたは現在、以下の保健福祉サービスを利用していますか。※①～⑫それぞれ1つに○				
事業名 (事業内容)	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
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
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
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
④人生いきいき住宅助成 (高齢者等が既存の住宅を住みやすく改修する際の費用助成)	1	2	3	4
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
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
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輛の貸出)	1	2	3	4
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
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
⑩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	3	4
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情報検索機器費用の助成)	1	2	3	4
⑫ふまねっと教室 (筋力アップと認知症予防のふまねっと運動教室)	1	2	3	4

1人暮らし・高齢者のみの世帯の方のみお答えください。				
(2) あなたは現在、以下のサービスを利用していますか。 ※①～④それぞれ1つに○				
事業名 (事業内容)	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
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
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
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
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

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○)
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) 上記について誰かと話し合いをしていますか。(1つに○)
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。(5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。

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 3. 近所の人、ボランティアの人等 5. ケアマネジャー 7. 保健所 9. 医師 11. 民生委員 13. その他	2. 友人・知人 4. 介護が必要な本人 6. 地域包括支援センター・市役所 8. 介護サービス事業者 10. 病院の医療ソーシャルワーカー 12. 勤務先 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○)													
1. はい 2. いいえ													
(3) 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 ⇒ (3) - 1へ 2. いいえ													
(3)で「1. はい」と回答した方のみお答えください。													
(3) - 1 市内の相談窓口を利用したことがありますか。※①～⑤それぞれ1つに○													
相談窓口	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px; text-align: center;">利用したことがある</th> <th style="padding: 5px; text-align: center;">利用したことがない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">①地域包括支援センター（市役所高齢介護課内）</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">②滝野支所（はびねす滝野内）</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">③東条支所（とどろき荘内）</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">④加東市民病院内相談窓口</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">⑤認知症相談センター（市内介護サービス事業所内）</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">1 2</td> </tr> </tbody> </table>	利用したことがある	利用したことがない	①地域包括支援センター（市役所高齢介護課内）	1 2	②滝野支所（はびねす滝野内）	1 2	③東条支所（とどろき荘内）	1 2	④加東市民病院内相談窓口	1 2	⑤認知症相談センター（市内介護サービス事業所内）	1 2
利用したことがある	利用したことがない												
①地域包括支援センター（市役所高齢介護課内）	1 2												
②滝野支所（はびねす滝野内）	1 2												
③東条支所（とどろき荘内）	1 2												
④加東市民病院内相談窓口	1 2												
⑤認知症相談センター（市内介護サービス事業所内）	1 2												
(4) 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 3. どこにいるかわからなくなり、帰れない 5. 物の形や影、物音などを間違える(幻覚) 7. 食べ過ぎなどの食行動の混乱 9. その他(具体的に：)	2. 無気力で、元気がなくなる 4. 不安やいらいらで攻撃的になる 6. 排泄の失敗 8. 夜間不眠など生活リズムの混乱 10. 困っていることは特にない												

(5) 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
令和元年12月20日（金）までにご投函ください。