

## IV 調査票

## 高齢者一般調査・在宅要支援認定者調査

令和4年度 高齢者一般調査  
在宅要支援認定者調査 調査票

湖西市にお住まいの皆様

令和5年1月  
湖西市長

## アンケート調査のお願い

平素は、高齢者保健福祉行政のご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

湖西市では、今後の介護保険制度のより円滑な運営に役立てるために、皆様の介護保険制度への意識に関するアンケートを実施いたしますので、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

この調査の対象者は、湖西市にお住まいの65歳以上の方の中から無作為に抽出しています。

なお、皆様からのご回答は、統計的に処理するためだけに利用し、個人のお名前が出ることは一切ありません。

## ◆回答に当たってのお願い◆

- 1 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 2 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、**1月27日(金)**までに投函してください。
- 3 この調査に関するご質問やお問合せは、下記にお願いします。

担 当) 湖西市 健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険係  
電 話) 053-576-1104

### 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですの  
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  
ただいたものと見なさせていただきます。

#### 【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政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、市町村による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市町村内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市町村外の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。

## はじめに 調査票の記入者について

(1) 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. あて名のご本人が記入
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄) )
3. その他 ( )

## 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つを選択)

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 ( )

(2) 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つを選択)

1. 介護・介助は必要ない
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  
(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)

(3) 問1(2)で「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」を選択した方にお伺いします。  
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 ( )

(4) 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つを選択)

1. 大変苦しい
2. やや苦しい
3. ふつう
4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある

**問2 からだを動かすことについて**

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(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。  
(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(3) 15分位続けて歩いていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つを選択)

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

(5) 転倒に対する不安は大きいですか。(1つを選択)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. とても不安である | 3. あまり不安でない |
| 2. やや不安である  | 4. 不安でない    |

(6) 週に1回以上は外出していますか。(1つを選択)

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1. ほとんど外出しない | 3. 週2～4回 |
| 2. 週1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つを選択)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. とても減っている | 3. あまり減っていない |
| 2. 減っている    | 4. 減っていない    |



(3) 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つを選択)

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

(4) どなたかと食事をとる機会がありますか。(1つを選択)

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 毎日ある    | 4. 年に何度かある |
| 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない  |
| 3. 月に何度かある |            |

(5) 緑茶を1日何杯飲んでますか。(1つを選択)

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 5杯以上  | 3. ほとんど飲まない |
| 2. 1杯～4杯 |             |

#### 問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。(1つを選択)

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

(2) バスや電車を使って1人で外出してありますか(自家用車でも可)。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(3) 自分で食品・日用品の買物をしてますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(4) 自分で食事の用意をしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(5) 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(7) 生活における困りごとがありますか。(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(8) 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。  
(いくつでも)

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1. 配食                 |   |
| 2. 調理                 |   |
| 3. 掃除・洗濯              |   |
| 4. 買い物（宅配は含まない）       |   |
| 5. ゴミ出し               |   |
| 6. 外出同行（通院、買い物など）     |   |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |   |
| 8. 見守り、声かけ            |   |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場     |   |
| 10. 金銭管理              |   |
| 11. 契約などの保証行為         |   |
| 12. その他（              | ） |
| 13. 特になし              |   |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

### 問5 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それぞれに回答してください。 (それぞれ1つに○)

#### ① ボランティアのグループ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ② スポーツ関係のグループやクラブ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ③ 趣味関係のグループ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ④ 学習・教養サークル

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ⑤ 介護予防のための通いの場(デイサービス、いきいきサロン、健康体操など)

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑥ シニアクラブ・老人クラブ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑦ 町内会・自治会

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑧ 収入のある仕事

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

(2) 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。(1つを選択)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない  |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |

(3) 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。

(1つを選択)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない  |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |







## 問9 介護保険サービスについて

(1) 現在の要支援認定の状況（要支援度）について教えてください。  
(1つを選択)

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| 1. 要支援認定は受けていない | ⇒ 問10へ   |
| 2. 要支援1         | } 問9(2)へ |
| 3. 要支援2         |          |

(2) 問9(1)で「2. 要支援1」「3. 要支援2」を選択した方にお伺いします。  
介護保険サービスを利用したことがありますか。(1つを選択)

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1. 利用したことがある | ⇒ 問9(3)へ |
| 2. 利用したことはない | ⇒ 問10へ   |

(3) 問9(2)で「1. 利用したことがある」を選択した方にお伺いします。  
現在の要支援度で使えるサービスの満足度は100点満点で何点だと思いますか。(点数を記入)

点

## 問10 権利擁護について

(1) 将来入院や介護が必要になった際に、どなたにあなたの支援をお願いしたいと考えていますか。(1つを選択)

- |        |       |          |             |
|--------|-------|----------|-------------|
| 1. 配偶者 | 3. 兄弟 | 5. その他親族 | 7. 頼れる人がいない |
| 2. 子ども | 4. 甥姪 | 6. 友人、知人 |             |

(2) その方にあなたの支援についてお願いをしたことはありますか。  
(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(3) 将来の金銭管理や契約行為について、不安を感じることはありますか。  
(1つを選択)

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. ある         | 3. 親族がいるため不安はない |
| 2. どちらかといえばある | 4. 考えたことがない     |

(4) 第三者に金銭管理や契約行為を支援してもらうことのできる成年後見制度を知っていますか。(1つを選択)

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1. 制度の中身を知っている | 3. 聞いたことがない |
| 2. 聞いたことはある    |             |

(5) 成年後見制度についての相談先を知っていますか。(1つを選択)

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

### 問11 その他について

(1) ご自分の健康のためにどんなことを心がけていますか。(3つまで)

- |  |
|--|
| 1. 休養や睡眠を十分にとる                         |
| 2. 食事に気をつける (栄養バランスを意識する、体に良い食べ物をとるなど) |
| 3. 歯や口の中を清潔に保つ                         |
| 4. 健康診断などを定期的にする                       |
| 5. 酒、タバコを控える                           |
| 6. 散歩やスポーツをする                          |
| 7. 地域の活動に参加する                          |
| 8. 教養や学習活動などの楽しみを持つ                    |
| 9. 気持ちをなるべく明るく持つ                       |
| 10. 身の回りのことはなるべく自分で行う                  |
| 11. 仕事をする                              |
| 12. その他 ( )                            |
| 13. 特に心がけていない                          |

(2) 健康についてどのようなことが知りたいですか。(3つまで)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. がんや生活習慣病 (高血圧など) にならないための工夫について |
| 2. 望ましい食生活について                     |
| 3. 運動の方法について                       |
| 4. 健康診断・各種検診の内容や受け方などについて          |
| 5. 寝たきりや介護の予防について                  |
| 6. 歯の健康について                        |
| 7. 認知症の予防について                      |
| 8. うつ病の予防について                      |
| 9. その他 ( )                         |

(3) 生きがい（喜びや楽しみ）を感じるのはどのような時ですか。  
(いくつでも)

1. 仕事をしているとき（農作業なども含む）
2. 教養を身につけること（学習）をしているとき
3. 健康づくりやスポーツをしているとき
4. 家族との団らんのとき
5. 友人や知人と過ごすとき
6. シニアクラブ・老人クラブ活動をしているとき
7. 地域活動（町内会、自治会、ボランティア等）に参加しているとき
8. 旅行に行っているとき
9. 散歩や買い物をしているとき
10. テレビを見たり、ラジオを聞いているとき
11. パソコン、インターネットをしているとき
12. 他人から感謝されたとき
13. 収入があったとき
14. おいしいものを食べているとき
15. 若い世代と交流しているとき
16. その他（ )
17. 特にない

(4) 今後やってみたいと思うものは何ですか。(いくつでも)

1. 働くこと
2. 学習や教養を高めるための活動
3. 健康づくりやスポーツ
4. 趣味の活動
5. シニアクラブ・老人クラブ活動
6. 社会奉仕活動（ボランティア、高齢者の生活支援など）
7. 町内会、自治会の活動
8. その他（ )
9. 特にない

(5) 日常生活範囲での移動支援があれば、どのような場所に外出したいですか。自由にお書きください。


(6) あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたか、これまでに考えたことはありますか。(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(7) あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたか、だれかと話し合ったことがありますか。(いくつでも)

1. ご家族	4. その他 (                      )
2. 友人	5. 話し合ったことはない
3. 医療介護関係者	

(8) 高齢者の相談先である『地域包括支援センター』を知っていますか。  
(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(9) 高齢者保健福祉施策や介護保険制度について、ご意見やご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。


◆アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました◆

ご記入いただいた調査票を返信用封筒(切手不要)に入れ、  
1月27日(金)までにご投函ください。

**総合事業対象者調査****令和4年度 総合事業対象者調査 調査票**

湖西市にお住まいの皆様

令和5年1月  
湖西市長

**アンケート調査のお願い**

平素は、高齢者保健福祉行政のご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

湖西市では、今後の介護保険制度のより円滑な運営に役立てるために、皆様の介護保険制度への意識に関するアンケートを実施いたしますので、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

この調査の対象者は、湖西市にお住まいで、令和4年12月1日現在、総合事業の対象となっている方の中から無作為に抽出しています。

なお、皆様からのご回答は、統計的に処理するためだけに利用し、個人のお名前が出ることは一切ありません。

**◆回答に当たってのお願い◆**

- 1 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 2 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、**1月27日(金)**までに投函してください。
- 3 この調査に関するご質問やお問合せは、下記にお願いします。

担 当) 湖西市 健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険係  
電 話) 053-576-1104

### 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですの  
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  
ただいたものと見なさせていただきます。

#### 【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政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、市町村による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市町村内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市町村外の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。

## はじめに 調査票の記入者について

(1) 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. あて名のご本人が記入
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄) )
3. その他 ( )

## 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つを選択)

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 ( )

(2) 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つを選択)

1. 介護・介助は必要ない
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  
(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)

(3) 問1(2)で「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」を選択した方にお伺いします。  
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 ( )

(4) 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つを選択)

1. 大変苦しい
2. やや苦しい
3. ふつう
4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある

**問2 からだを動かすことについて**

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(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。  
(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(3) 15分位続けて歩いていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つを選択)

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

(5) 転倒に対する不安は大きいですか。(1つを選択)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. とても不安である | 3. あまり不安でない |
| 2. やや不安である  | 4. 不安でない    |

(6) 週に1回以上は外出していますか。(1つを選択)

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1. ほとんど外出しない | 3. 週2～4回 |
| 2. 週1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つを選択)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. とても減っている | 3. あまり減っていない |
| 2. 減っている    | 4. 減っていない    |



(3) 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つを選択)

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

(4) どなたかと食事をとる機会がありますか。(1つを選択)

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 毎日ある    | 4. 年に何度かある |
| 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない  |
| 3. 月に何度かある |            |

(5) 緑茶を1日何杯飲んでいらっしゃいますか。(1つを選択)

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 5杯以上  | 3. ほとんど飲まない |
| 2. 1杯～4杯 |             |

#### 問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。(1つを選択)

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

(2) バスや電車を使って1人で外出していらっしゃいますか(自家用車でも可)。  
(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(3) 自分で食品・日用品の買物をしていらっしゃいますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(4) 自分で食事の用意をしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(5) 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つを選択)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. できるし、している  | 3. できない |
| 2. できるけどしていない |         |

(7) 生活における困りごとはありますか。(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(8) 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。  
(いくつでも)

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1. 配食                 |   |
| 2. 調理                 |   |
| 3. 掃除・洗濯              |   |
| 4. 買い物（宅配は含まない）       |   |
| 5. ゴミ出し               |   |
| 6. 外出同行（通院、買い物など）     |   |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |   |
| 8. 見守り、声かけ            |   |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場     |   |
| 10. 金銭管理              |   |
| 11. 契約などの保証行為         |   |
| 12. その他（              | ） |
| 13. 特になし              |   |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

### 問5 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それぞれに回答してください。 (それぞれ1つに○)

#### ① ボランティアのグループ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ② スポーツ関係のグループやクラブ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ③ 趣味関係のグループ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ④ 学習・教養サークル

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

#### ⑤ 介護予防のための通いの場(デイサービス、いきいきサロン、健康体操など)

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑥ シニアクラブ・老人クラブ

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑦ 町内会・自治会

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

## ⑧ 収入のある仕事

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 週4回以上 | 4. 月1～3回   |
| 2. 週2～3回 | 5. 年に数回    |
| 3. 週1回   | 6. 参加していない |

(2) 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。(1つを選択)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない  |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |

(3) 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。

(1つを選択)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 3. 参加したくない  |
| 2. 参加してもよい | 4. 既に参加している |







### 問9 総合事業について

(1) 総合事業のサービスを利用していますか。(1つを選択)

- |            |   |          |
|------------|---|----------|
| 1. 利用している  | ⇒ | 問9 (2) ~ |
| 2. 利用していない | ⇒ | 問10 ~    |

(2) 問9 (1) で「1. 利用している」を選択した方にお伺いします。  
使えるサービスの満足度は100点満点で何点だと思えますか。

(点数を記入)

	点
--	---

### 問10 権利擁護について

(1) 将来入院や介護が必要になった際に、どなたにあなたの支援をお願いしたいと考えていますか。(1つを選択)

- |        |       |          |             |
|--------|-------|----------|-------------|
| 1. 配偶者 | 3. 兄弟 | 5. その他親族 | 7. 頼れる人がいない |
| 2. 子ども | 4. 甥姪 | 6. 友人、知人 |             |

(2) その方にあなたの支援についてお願いをしたことはありますか。  
(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(3) 将来の金銭管理や契約行為について、不安を感じることはありますか。  
(1つを選択)

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. ある         | 3. 親族がいるため不安はない |
| 2. どちらかといえばある | 4. 考えたことがない     |

(4) 第三者に金銭管理や契約行為を支援してもらうことのできる成年後見制度を知っていますか。(1つを選択)

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1. 制度の中身を知っている | 3. 聞いたことがない |
| 2. 聞いたことはある    |             |

(5) 成年後見制度についての相談先を知っていますか。(1つを選択)

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

## 問11 その他について

(1) ご自分の健康のためにどんなことを心がけていますか。(3つまで)

1. 休養や睡眠を十分にとる
2. 食事に気をつける(栄養バランスを意識する、体に良い食べ物をとるなど)
3. 歯や口の中を清潔に保つ
4. 健康診断などを定期的に受ける
5. 酒、タバコを控える
6. 散歩やスポーツをする
7. 地域の活動に参加する
8. 教養や学習活動などの楽しみを持つ
9. 気持ちをなるべく明るく持つ
10. 身の回りのことはなるべく自分で行う
11. 仕事をする
12. その他 ( )
13. 特に心がけていない

(2) 健康についてどのようなことが知りたいですか。(3つまで)

1. がんや生活習慣病(高血圧など)にならないための工夫について
2. 望ましい食生活について
3. 運動の方法について
4. 健康診断・各種検診の内容や受け方などについて
5. 寝たきりや介護の予防について
6. 歯の健康について
7. 認知症の予防について
8. うつ病の予防について
9. その他 ( )

(3) 生きがい（喜びや楽しみ）を感じるのはどのような時ですか。  
(いくつでも)

1. 仕事をしているとき（農作業なども含む）
2. 教養を身につけること（学習）をしているとき
3. 健康づくりやスポーツをしているとき
4. 家族との団らんのとき
5. 友人や知人と過ごすとき
6. シニアクラブ・老人クラブ活動をしているとき
7. 地域活動（町内会、自治会、ボランティア等）に参加しているとき
8. 旅行に行っているとき
9. 散歩や買い物をしているとき
10. テレビを見たり、ラジオを聞いているとき
11. パソコン、インターネットをしているとき
12. 他人から感謝されたとき
13. 収入があったとき
14. おいしいものを食べているとき
15. 若い世代と交流しているとき
16. その他（ )
17. 特にない

(4) 今後やってみたいと思うものは何ですか。(いくつでも)

1. 働くこと
2. 学習や教養を高めるための活動
3. 健康づくりやスポーツ
4. 趣味の活動
5. シニアクラブ・老人クラブ活動
6. 社会奉仕活動（ボランティア、高齢者の生活支援など）
7. 町内会、自治会の活動
8. その他（ )
9. 特にない

(5) 日常生活範囲での移動支援があれば、どのような場所に外出したいですか。自由にお書きください。


(6) あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたか、これまでに考えたことはありますか。(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(7) あなたは、ご自身の死期が迫ったときにどのような世話や治療を受けたか、だれかと話し合ったことがありますか。(いくつでも)

1. ご家族	4. その他 (                      )
2. 友人	5. 話し合ったことはない
3. 医療介護関係者	

(8) 高齢者の相談先である『地域包括支援センター』を知っていますか。  
(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(9) 高齢者保健福祉施策や介護保険制度について、ご意見やご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。


◆アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました◆

ご記入いただいた調査票を返信用封筒(切手不要)に入れ、  
1月27日(金)までにご投函ください。

**在宅要介護認定者調査****令和4年度 在宅要介護認定者調査 調査票**

湖西市にお住まいの皆様

令和5年1月  
湖西市長

**アンケート調査のお願い**

平素は、高齢者保健福祉行政のご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

湖西市では、今後の介護保険制度のより円滑な運営に役立てるために、皆様の介護保険制度への意識に関するアンケートを実施いたしますので、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

この調査の対象者は、湖西市にお住まいで、令和4年12月1日現在、要介護認定を受けておられる方の中から無作為に抽出しています。

なお、皆様からのご回答は、統計的に処理するためだけに利用し、個人のお名前が出ることは一切ありません。

**◆回答に当たってのお願い◆**

- 1 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 2 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、**1月27日(金)**までに投函してください。
- 3 この調査に関するご質問やお問合せは、下記にお願いします。

担 当) 湖西市 健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険係  
電 話) 053-576-1104

### 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですの  
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  
ただいたものと見なさせていただきます。

#### 【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政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、市町村による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市町村内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市町村外の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。

**A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします**

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。  
(〇はいくつでも)

1. 調査対象者本人
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. その他 ( )

問2 世帯類型について、ご回答ください。(1つを選択)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他 ( )

問3 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。(1つを選択)

1. 入所・入居は検討していない
2. 入所・入居を検討している
3. すでに入所・入居申し込みをしている

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問4 令和4年12月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)  
介護保険サービスを利用しましたか。(1つを選択)

1. 利用した ⇒ 問5へ
2. 利用していない ⇒ 問6へ

- 問5 問4で「1. 利用した」を選択した方にお伺いします。  
以下の介護保険サービスについて、令和4年12月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「1. 利用していない」を選択してください。  
(それぞれ1つに○)

A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

B. 訪問入浴介護

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

C. 訪問看護

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

D. 訪問リハビリテーション

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

E. 通所介護（デイサービス）

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

**F. 通所リハビリテーション（デイケア）**

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

**G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）**

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 週3回程度 |
| 2. 週1回程度   | 5. 週4回程度 |
| 3. 週2回程度   | 6. 週5回以上 |

**H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護**

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. 利用していない | 2. 利用した |
|------------|---------|

**I. 小規模多機能型居宅介護**

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. 利用していない | 2. 利用した |
|------------|---------|

**J. 看護小規模多機能型居宅介護**

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. 利用していない | 2. 利用した |
|------------|---------|

**K. ショートステイ**

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 利用していない  | 4. 月15～21日程度 |
| 2. 月1～7日程度  | 5. 月22日以上    |
| 3. 月8～14日程度 |              |

**L. 居宅療養管理指導**

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 利用していない | 4. 月3回程度 |
| 2. 月1回程度   | 5. 月4回程度 |
| 3. 月2回程度   |          |

問6 **問4で「2. 利用していない」を選択した方にお伺いします。**

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。

(○はいくつでも)

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護するため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他 ( )

**※ここから再び、全員の方にお伺いします。**

問7 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。(いくつでも)

1. 配食
2. 調理
3. 掃除・洗濯
4. 買い物（宅配は含まない）
5. ゴミ出し
6. 外出同行（通院、買い物など）
7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等）
8. 見守り、声かけ
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. 金銭管理
11. 契約などの保証行為
12. その他 ( )
13. 特になし

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。



問14 日常生活範囲での移動支援があれば、どのような場所に外出したいですか。自由にお書きください。


問15 認知症支援について以下の取り組みを知っていますか。(いくつでも)

1. 認知症サポーター
2. 認知症カフェ
3. 認知症ケアパス (認知症ケアガイド)
4. 見守りオレンジネットワーク (オレンジシール)
5. 認知症初期集中支援チーム
6. 認知症地域支援推進員
7. 本人ミーティング
8. 認知症疾患医療センター
9. 静岡県認知症コールセンター
10. 知っているものはない

問16 将来の金銭管理や契約行為について、不安を感じることはありますか。  
(1つを選択)

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. ある         | 3. 親族がいるため不安はない |
| 2. どちらかといえばある | 4. 考えたことがない     |

問17 第三者に金銭管理や契約行為を支援してもらうことのできる成年後見制度を知っていますか。(1つを選択)

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1. 制度の中身を知っている | 3. 聞いたことがない |
| 2. 聞いたことはある    |             |

問18 成年後見制度についての相談先を知っていますか。(1つを選択)

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問19 高齢者保健福祉施策や介護保険制度について、ご意見やご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。


問20 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)。(1つを選択)

- |                            |              |
|----------------------------|--------------|
| 1. ない ⇒ 調査は終了です            | } B票へ進んでください |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない |              |
| 3. 週に1～2日ある                |              |
| 4. 週に3～4日ある                |              |
| 5. ほぼ毎日ある                  |              |

○ A票の間20で「2.」～「5.」を選択された場合は、  
「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。

### B票 主な介護者の方について、お伺いします

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人様（認定調査対象者様）の介護を主な理由として、過去1年の間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

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

問2 主な介護者の方は、どなたですか。（1つを選択）

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

問3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（1つを選択）

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

問4 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）。（3つまで）

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. 不安に感じていることは、特にない 17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問5 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。  
（1つを選択）

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. 主な介護者に確認しないと、わからない	} 問6・問7へ } 調査は終了です
---	-----------------------

※「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・フリーランス等の場合も、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。

問6 問5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」を選択した方にお伺いします。

主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等を行っていますか。(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、短期間勤務、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. 主な介護者に確認しないと、わからない

問7 問5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」を選択した方にお伺いします。

主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。

(1つを選択)

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. 主な介護者に確認しないと、わからない

◆アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました◆

ご記入いただいた調査票を返信用封筒(切手不要)に入れ、  
1月27日(金)までにご投函ください。

湖西市 高齢者保健福祉に関するアンケート

調査結果報告書

令和5年3月

湖西市

湖西市 健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険係

053-576-1104