

## 添付資料 1

# 高齢者保健福祉に関する

## アンケート調査

### (1) 在宅介護実態調査

# 高知市 在宅介護実態調査 調査票

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【A票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか】（複数選択可）

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. 調査対象者のケアマネジャー
5. その他

A票

## 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

問1 【全員】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2 【全員】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 →問8へ
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

問3 【問2で2～5を選択された方のみ】主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

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

問4 【問2で2～5を選択された方のみ】主な介護者の方の性別について、ご回答ください  
（1つを選択）

1. 男性
2. 女性

問5 【問2で2～5を選択された方のみ】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
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

問6 【問2で2～5を選択された方のみ】現在、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(複数選択可)

〔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7 【問2で2～5を選択された方のみ】ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)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)(複数選択可)

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

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

問8 【全員】現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください(複数選択可) ※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

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. その他
11. 利用していない

問9 【全員】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(複数選択可)

※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。

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. その他
11. 特になし

問10【全員】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)  
※「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、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。

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

問11【全員】ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください  
(複数選択可)

1. 脳血管疾患(脳卒中)
2. 心疾患(心臓病)
3. 悪性新生物(がん)
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患(透析)
6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)
7. 膠原病(関節リウマチ含む)
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病(パーキンソン病を除く)
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)
14. その他
15. なし
16. わからない

問12【全員】ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)  
※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

1. 利用している
2. 利用していない

問13【全員】現在、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ていますか  
(1つを選択)

1. 利用している
2. 利用していない

問14【問13で2を選択された方のみ】介護保険サービスを利用していない理由は何ですか  
(複数選択可)

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. 家族が介護をするため必要ない
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

問15【全員】問15 過去1年間に歯科医院を受診しましたか(訪問歯科診療含む)(1つを選択)

1. 受診した
2. 受診していない

問16【全員】将来、ご本人(認定調査対象者)は、寝たきりになった場合(もしくは今後)、どこで生活  
したいですか(複数回答可)

1. 家族に介護してもらいながら、できる限り在宅で暮らしたい
2. 介護サービスを利用しながら、できる限り在宅で暮らしたい
3. 家族の介護と介護サービスの利用を組み合わせ、できる限り在宅で暮らしたい
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設に入りたい
5. 有料老人ホームやケアハウスなど、高齢者向けのケア付き住宅に入りたい
6. 病院に入院したい
7. その他の場所(具体的に: )
8. 分からない

## 主な介護者様、もしくはご本人様がお回答・ご記入 (該当する番号に○)をお願い致します。

問1 【全員】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)  
※「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。

1. フルタイムで働いている →問2へ
2. パートタイムで働いている →問2へ
3. 働いていない →問5へ
4. 主な介護者に確認しないと、わからない →問5へ

問2 【問1で1, 2を選択された方のみ】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していますか(複数選択可)

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. 主な介護者に確認しないと、わからない

問3 【問1で1, 2を選択された方のみ】主な介護者の方は、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(3つまで選択可)

1. 自営業・フリーランス等のため、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. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など)
5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワークなど)
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他
10. 特になし
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

問4 【問1で1, 2を選択された方のみ】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

問5 【全員】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つまで選択可)

### 〔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、特になし
17. 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。

## (2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

平成 29 年 6 月 吉日

## 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査への協力をお願い

高知市健康福祉部高齢者支援課

市民の皆様には、日頃から市政に対するご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

さて、本市では平成 30 年度から平成 32 年度までの第 7 期高知市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定にあたり、要介護状態になるリスクの発生状況や日常生活状況を把握し、効果的な介護予防施策の立案と効果評価を行うため、厚生労働省より出された手引きに基づく介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を行うことといたしました。

なお、本調査は 65 歳以上の市民 3,720 人を無作為に抽出し、調査票をお送りしております。

調査は無記名方式ですので、お名前をご記入いただく必要はありませんし、ご回答いただいた内容は統計的に処理しますので、どなたのお答えかは分からないようになっております。

つきましては、ご多用のこととは存じますが、本調査票に必要事項をご記入いただき、返送用封筒にて平成 29 年 6 月 16 日（金）までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は高知市より株式会社東京商工リサーチに委託をして行っており、得られた情報につきましては、高知市による高知市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。

提供いただいた当該情報につきましても、高知市において適切に管理いたします。

ただし、本調査データを活用するにあたり、厚生労働省の管理する高知市以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ので、ご了承ください。

担当：高知市健康福祉部

高齢者支援課介護予防支援担当

電話（088）823-4014

FAX（088）823-9434

<個人情報取り扱いについて>

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、本市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、本市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本市以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。

<調査にご回答いただく際のお願い>

- 該当するものに○を付けて（もしくは数字等を記入して）、ご回答ください（ご家族などの代筆も可能です）。
- 特に指定がなければ、該当するもの（または最も近いもの）1つに○を付けてください。
- 「その他」や「上記以外」を選択された場合、（ ）欄があればその中に具体的な内容をご記入ください。



ご回答に関して

(1) 調査票を記入されたのはどなたですか。

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をご回答ください

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 配偶者(夫または妻)</li><li>2. 子</li><li>3. 孫</li><li>4. 上記以外( )</li></ol> |
|--|

3. その他

(2) あて名のご本人の性別をお答えください。

1. 男性
2. 女性

(3) あて名のご本人の年齢をご記入ください。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
----------------------	----------------------	----------------------	---

(4) あて名のご本人の方はどちらにお住まいですか。町名をご記入ください。  
(例: 本町五丁目)

(5) あて名のご本人の方の介護度に○をつけてください。

「介護保険被保険者証」の「要介護状態区分等」に記載されている区分を、  
ご確認ください。

1. 認定をうけていない
2. 要支援1
3. 要支援2

次ページ以降の設問では、「あなた」とは「あて名のご本人」として、  
ご回答ください。

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成を教えてください

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 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. 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<br>(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) 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. 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. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

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

(3) 15分間位続けて歩いていますか

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

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

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

- |             |            |             |
|-------------|------------|-------------|
| 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        | 4. トイレの心配(失禁など)  |
| 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害          |
| 7. 外での楽しみがない      | 8. 経済的に出られない     |
| 9. 交通手段がない        | 10. その他( )       |

問3 食べることについて

(1)身長・体重をご記入ください

身長

cm

体重

kg

(2)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

(3)歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください

(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

(4)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

(5)どなたかと食事をとにもする機会がありますか

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

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. はい 2. いいえ

(2)バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)

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

(3)自分で食品・日用品の買物をしていますか

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

(4)自分で食事の用意をしていますか

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

(5)自分で請求書の支払いをしていますか

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

(6)自分で預貯金の出し入れをしていますか

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

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 - ⑤それぞれに回答してください

	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やクラブ	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 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(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. 是非参加したい | 2. 参加してもよい | 3. 参加したくない |
|------------|------------|------------|

(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. 是非参加したい | 2. 参加してもよい | 3. 参加したくない |
|------------|------------|------------|

問6	たすけあいについて あなたのまわりの人の「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) あなたが病気で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	

問7	健康について
----	--------

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

1. とてもよい	2. まあよい	3. あまりよくない	4. よくない
----------	---------	------------	---------

(2) あなたは現在どの程度幸せですか

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、該当する点数に○を付けてください)

とても 不幸											とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

(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

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4)この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

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

(5)タバコは吸っていますか

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている    |
| 3. 吸っていたがやめた | 4. もともと吸っていない |

(6)現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも)

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 1. ない               | 2. 高血圧                  |
| 3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    | 4. 心臓病                  |
| 5. 糖尿病              | 6. 高脂血症(脂質異常)           |
| 7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気         |
| 9. 腎臓・前立腺の病気        | 10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) |
| 11. 外傷(転倒・骨折等)      | 12. がん(悪性新生物)           |
| 13. 血液・免疫の病気        | 14. うつ病                 |
| 15. 認知症(アルツハイマー病等)  | 16. パーキンソン病             |
| 17. 目の病気            | 18. 耳の病気                |
| 19. その他( )          |                         |

**問8 在宅療養について**

(1)万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. 病院などの医療施設   | 2. 自宅               |
| 3. 子どもの家       | 4. 兄弟姉妹などの親族の家      |
| 5. 高齢者向けのケア付住宅 | 6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 |
| 7. その他         | 8. 分からない            |

(2)(1)で2・3・4以外を回答された方にお聞きします。1・5～8と答えた理由を下記項目から選択ください(複数回答可)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. 介護してくれる家族がいない                          | 2. 家族へ負担をかけたくない |
| 3. 在宅で最期を迎えることのイメージができない                  |                 |
| 4. 在宅でどのような医療サービス(医師や看護師の訪問等)が受けられるかわからない |                 |
| 5. 在宅でどのような介護サービス(ホームヘルパー等)が受けられるかわからない   |                 |
| 6. その他                                    |                 |

～ 設問は以上です。ご協力ありがとうございました。～