

## 第9次芦屋すこやか長寿プラン21策定に向けたアンケート調査 【在宅介護実態調査】

皆様には、日頃より市政の推進について温かいご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市におきましては、介護を必要とする人が住みなれた家庭や地域で安心して過ごすことができるように、介護サービスの質の向上と円滑な事業運営に取り組んでいます。

本市では3年を1期とする事業計画を策定し、そこで、必要なサービス基盤の整備計画を作成しています。令和2年度で現行の計画期間が終了しますので、次期の3年間(令和3年度～5年度)のための「第9次芦屋すこやか長寿プラン 21」の策定に向けて、その基礎資料とするためアンケート調査を実施することになりました。

この調査は、皆様の介護サービスの質の向上に向け、生活の実態や介護保険に対する考え・意向などを把握するためのものであり、調査結果は、これからの高齢者福祉事業及び介護保険事業の充実に活用します。

なお、アンケートは無記名であり、ご記入いただいた内容はすべて統計的に処理されます。また、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が、本調査の目的以外には使用いたしません。

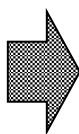
大変お忙しい中、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

令和2年1月

芦屋市

※あて名のご本人が何らかの事情により、**回答できない(代筆も困難な)場合**には、その理由について、下記の中から、あてはまる番号に○をつけてください。

1. 病院などに入院中
2. 介護保険施設などに入所中
3. 市外転出
4. 死亡
5. その他 (                      )



これらのいずれかに該当する場合は、これ以降の質問にお答えいただく必要はありません。

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒に入れて、この**調査票をご返送ください**。

◆ この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

**芦屋市福祉部 高齢介護課 (電話) 0797-38-2044**

これは芦屋市の高齢者福祉施策についてのアンケート調査票です。

ふりがな付きのアンケート調査票が必要な場合は、ご連絡ください。

芦屋市福祉部 高齢介護課 e-mail: [koureikaigo@city.ashiya.lg.jp](mailto:koureikaigo@city.ashiya.lg.jp)

Survey on the Elderly Welfare in Ashiya City

If you need either an English version or a Japanese with furigana version of the questionnaire, please contact the office below:

Ashiya City Welfare Department Senior Care Division

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方の中から無作為に抽出した方です。
2. ご回答にあたっては、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. 各質問について、あてはまるお答えの番号に○（または文字など）を記入してください。なお、質問によっては、“○は3つまで”など、○の数が決まっている場合がありますのでご注意ください。
4. 回答で「その他」を選んだ場合は、（ ）内に具体的に記入してください。
5. 令和2年1月1日現在の状況を記入してください。
6. 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、2月14日（金）までにご返送ください。（※切手は不要です）

### A票 あて名のご本人について、お伺いします

記入者	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. その他（ ）
-----	--

問1 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）		
1. 単身世帯	2. 夫婦のみ世帯	3. その他（ ）

問2 ご本人が現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（○はいくつでも）		
1. ない		
2. 高血圧		3. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中（ <small>のうしゅっけつ</small> 脳出血・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞等）
4. 心臓病		5. <small>とうようびょう</small> 糖尿病
6. <small>こうしけっしょう</small> 高脂血症（ <small>しじつじょう</small> 脂質異常）		7. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎、 <small>はいきしゅ</small> 肺気腫等）
8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気		9. <small>じんそう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺の病気
10. <small>きんこつかく</small> 筋骨格の病気（ <small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しじょう</small> 関節症等）		11. <small>がいしやう</small> 外傷（ <small>てんどう</small> 転倒・ <small>こっせつ</small> 骨折等）
12. がん（悪性新生物）		13. 血液・ <small>めんえき</small> 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3 ご本人は、この1年または2年の間に、以下の定期健診・検診を受けていますか  
(○はいくつでも) ※過去に受けたことがあっても、1～2年以上前に受けたものは含みません

◀↓この1年間に受けたものに○▶

- |           |                          |             |
|-----------|--------------------------|-------------|
| 1. 特定健康診査 | 2. 後期高齢者医療健康診査           | 3. 人間ドッグ    |
| 4. 職場での健診 | 5. 肺がん検診                 | 6. 胃がん検診    |
| 7. 大腸がん検診 | 8. 前立線がん検診 ※ <u>男性のみ</u> | 9. 骨粗しょう症検診 |
| 10. 歯科健診  |                          |             |

◀↓この2年間に受けたものに○▶ ※女性のみ

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 11. 乳がん検診      | 12. 子宮頸がん検診         |
| 13. いずれも受けていない | ※過去に受けたことがある場合を含みます |

問4 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか(1つに○)

※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5 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つに○)

※「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6 ご本人は、現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外)介護保険サービスを利用していますか(1つに○)

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 1. 利用している ⇒ <b>問7へ</b> | 2. 利用していない ⇒ <b>問6-1へ</b> |
|------------------------|---------------------------|

【問6で「2.利用していない」とお答えの方にお聞きします】

問6-1 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( )

**【すべての方にお聞きします】**

問7 現在、ご本人が利用している、「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（○はいくつでも）

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 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. その他（ )        |
| 11. 利用していない           |                   |

問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（○はいくつでも）  
 ※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9 自分（ご本人）の身の回りのことができなくなったときに、どのようなサービスがあれば在宅生活を続けていくことができるとお考えですか（○はいくつでも）

**【在宅で受けられるサービス】**

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 訪問介護や訪問看護などの在宅サービス | 2. 緊急時に利用できる在宅介護サービス  |
| 3. 夜間に定期的に巡回してくれるサービス | 4. 在宅介護に適した住宅の改修      |
| 5. 介護する家族のための健康管理     | 6. 介護する家族のための専門的な介護研修 |
| 7. 介護する家族のための相談窓口の設置  | 8. 在宅で介護するための補助用品の支給  |

**【入所や通所のサービス】**

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 9. ショートステイなどの宿泊サービス、デイサービスなどの通所サービス                                 |                               |
| 10. 「通い（デイサービス）」「訪問（訪問介護）」「泊り（ショートステイ）」が一体的に提供されるサービス（小規模多機能型のサービス） |                               |
| 11. 有料老人ホームなどの居住施設  | 12. 状態が悪化したときなどに緊急で入れる施設      |
| 13. 認知症専門の通所サービス  | 14. 認知症専門の共同生活介護サービス（グループホーム） |

**【医療サービス】**

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| 15. 在宅で受けられる医療サービス  | 16. 認知症専門の診療 |
| 17. 24時間対応できる病院、診療所 |              |

**【その他のサービス】**

- |                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| 18. 買い物を支援するサービス               | 19. 通院を支援するサービス |
| 20. 食事を配達するサービス                |                 |
| 21. 介護保険外のサービス（家事援助、身の回りの世話など） |                 |
| 22. 地域住民の助け合いや見守り（徘徊の発見、通報など）  |                 |
| 23. その他（ )                     | 24. わからない       |

問 10 ご本人は、災害時（台風や地震など）や火災などの緊急時に、一人で避難することができますか（1つに○）

1. 避難できる ⇒ **問 11 へ**  
2. 一人で判断できるが、避難はできない  
3. 一人で判断できないし、避難できない } ⇒ **問 10-1, 問 10-2 へ**

【問 10 で「2. 一人で判断できるが、避難はできない」「3. 一人で判断できないし、避難できない」とお答えの方にお聞きます】

問 10-1 避難できない理由は何ですか（○はいくつでも）

1. 体力・身体的な理由のため  
2. 看病や介護が必要な家族がいるため  
3. どこに避難したらいいかわからない  
4. 避難先に行く手段がない（遠い）  
5. その他（ ）

【問 10 で「2. 一人で判断できるが、避難はできない」「3. 一人で判断できないし、避難できない」とお答えの方にお聞きます】

問 10-2 災害時や火災など緊急時に避難する際、手助けを頼める人はいますか（○はいくつでも）

1. 家族・親族  
2. 近所の人  
3. 友人・知人  
4. 自治会の人  
5. 民生委員  
6. その他（ ）  
7. 頼れる人はいない

問 11 万が一の災害や急病に備え、医療情報を記入した用紙を筒状の容器に入れ、ご家庭にある冷蔵庫に収納する救急医療情報キットをご本人は知っていますか（1つに○）

1. 既に持っている  
2. 知っているが持っていない  
3. 知らない

問 12 地震や風水害などの災害時に対し、ご本人が不安に思うことはありますか（○はいくつでも）

1. 災害に関する情報が入手できるかわからない  
2. どこ（だれ）に助けをもとめてよいかわからない（身近に頼れる人がいない）  
3. 安全な場所まで自力で避難できるかわからない  
4. 地域の避難場所がどこなのか知らない  
5. 地域の危険な箇所がわからない  
6. 防災グッズや非常食を常備していない  
7. 災害時用伝言ダイヤル（171）や伝言板の利用方法がわからない  
8. 健康面・身体面に不安がある（治療の必要な持病がある、歩きづらいなど）  
9. その他（ ）  
10. 不安は特にない

問 13 ご本人は『成年後見制度』について知っていますか（1つに○）

【成年後見制度とは】 認知症高齢者など、判断能力の不十分な方を法律面や生活面で支援する制度（さまざまな契約の支援や財産管理の支援など）

1. よく知っている ⇒ **問 13-1 へ**  
2. 少し知っている ⇒ **問 13-1 へ**  
3. よく知らないが聞いたことがある ⇒ **問 14 へ**  
4. まったく知らない ⇒ **問 14 へ**

【問 13 で「1. よく知っている」または「2. 少し知っている」とお答えの方にお聞きます】

問 13-1 今後、ご本人は成年後見制度を利用したいですか（1つに○）

1. はい  
2. いいえ  
3. わからない

問 14 ご本人は『市民後見人』について知っていますか（1つに○）

【市民後見人とは？】

家庭裁判所から選任された親族以外の一般市民による後見人のことで、市民感覚を生かしたきめ細やかな後見活動や、地域での支えあい活動に主体的に参画する人材として期待されています

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| 1. よく知っている         | 2. 少し知っている  |
| 3. よく知らないが聞いたことがある | 4. まったく知らない |

問 15 自身(ご本人)の人生の最終段階に向けて、何か準備していることはありますか。(1つに○)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. はい（準備を進めている） ⇒ <b>問 15-1 へ</b>    |
| 2. いいえ（現時点では準備していない） ⇒ <b>問 16 へ</b> |

【問 15 で「1. はい」とお答の方にお聞きします】

問 15-1 具体的に準備を進めていることは何ですか（○はいくつでも）

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 身の回りのもの（持ち物）の整理 | 2. 財産の整理（相続対策）       |
| 3. エンディングノートの作成    | 4. 終末期医療・看護についての話し合い |
| 5. お葬式の事前相談（費用の貯蓄） | 6. お墓の購入（購入のための貯蓄）   |
| 7. その他（            | ）                    |

問 16 将来、人生の最終段階に向けた準備を進めるにあたって（または現在準備を進めている中で）、ご本人が知りたいことや相談したいことはありますか（○はいくつでも）

- |                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. 生前整理として何から手をつけたらいいか               |                     |
| 2. いつから（どの時期から）準備を始めたらいいか            |                     |
| 3. エンディングノート（自身の死後の希望を書き留めておくもの）の書き方 |                     |
| 4. 自分の葬儀やお墓の準備の仕方                    |                     |
| 5. 自身の財産の把握・整理方法（財産としてどういったものがあるか）   |                     |
| 6. 誰に何を相続させるべきか                      |                     |
| 7. 自分のパソコンや携帯電話などのデータの整理・管理の方法       |                     |
| 8. 加入している保険の整理・見直しの方法                |                     |
| 9. その他（                              | ）                   |
| 10. 特にない                             | 11. 何か準備することは考えていない |

問 17 人生の最終段階について、今後、ご家族と話し合う機会を作りたいと思いますか（最も近いもの1つに○）

- |                          |
|--------------------------|
| 1. すでに話し合っている            |
| 2. 時期が来たら話し合いたい（話し合える）   |
| 3. 話し合いたいと思うが機会（きっかけ）がない |
| 4. 話し合いたいとは思わない（必要ない）    |

問 18 人生の最終段階を迎える準備に関するセミナー（講演会）が身近な場所で開催された場合、参加してみたいと思いますか（1つに○）

- |            |                  |          |
|------------|------------------|----------|
| 1. 参加してみたい | 2. 参加してみたいとは思わない | 3. わからない |
|------------|------------------|----------|

問 19 高齢者への支援で必要なことはどのようなことだと思いますか(主なもの3つまでに○)

1. 高齢者の働く場の確保 (就労機会の拡大)
2. 世代間交流の場づくり
3. 生きがいをもてるような活動機会の拡大
4. ボランティア活動の育成・充実
5. 隣近所や地域の助け合い・支え合い活動の推進
6. 地域でのリハビリテーション事業の推進
7. 介護している家族への支援
8. 介護保険施設(特養などの入所施設)や有料老人ホーム, サービス付き高齢者向け住宅の充実
9. 介護保険以外の在宅生活を支援する福祉サービスの充実
10. 往診や緊急時の対応など医療体制の充実
11. 認知症施策の充実
12. 建物・道路等を高齢者に配慮したまちづくり
13. 災害時の避難誘導體制の充実
14. 健康づくり・介護予防の充実
15. 移動手段の充実
16. その他 ( )
17. 特にない

問 20 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい
2. いいえ

問 21 ご本人は認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい
2. いいえ

問 22 あなた(ご本人)は認知症になる(患う)と思いますか

1. はい
2. いいえ

問 23 認知症予防の方法として、重要なことはどのようなことだと思いますか  
(主なもの3つまでに○)

1. 家族や隣人等との会話
2. 運動・スポーツ
3. 早期発見のための受診
4. 単調な生活を送らないようにする
5. 生活習慣病にかからないようにする
6. 仕事をする
7. その他 ( )

問 24 認知症の人への支援で必要なことはどのようなことだと思いますか（主なもの3つまでに○）

1. 医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診断のしくみづくり
2. 予防教室や講演会など市民に対する啓発
3. 家族の交流会や相談会などの支援
4. 認知症の介護・コミュニケーション方法等、家族向け研修会の開催
5. 認知症を見守るボランティアなどのしくみづくり
6. 認知症による行方不明の高齢者などに対する福祉サービス制度の充実
7. 認知症グループホームや特別養護老人ホームなどの施設整備
8. 成年後見制度や虐待防止などの制度の充実
9. 若年性認知症（64歳以下の発症）に対する支援
10. 認知症の当事者や家族が集まれる場所
11. 関係機関のネットワークづくり
12. 困ったときに訪問して関係機関につないでくれる機関の周知・啓発
13. その他（ ）

問 25 ご本人が外出する際の移動手段は何ですか（○はいくつでも）

1. 徒歩
2. 自転車
3. 自動車（人に乗せてもらう）
4. 電車
5. 路線バス
6. 病院や施設のバス
7. 車いす
8. 電動車いす（カート）
9. 歩行器・シルバーカー
10. タクシー（介護タクシーを含む）
11. その他（ ）

【問 25 で「5. 路線バス」とお答の方にお聞きします】※それ以外の方は問 26 へ

問 25-1 ご本人が路線バスを利用する主な理由は何ですか（○はいくつでも）

1. 停留所が自宅に近いから
2. 他に移動手段がないから
3. 行きたい場所に運行するから
4. 車の運転ができないから
5. 利用したい時間帯に運行しているから
6. 利用しやすい運賃だから
7. 運賃助成で半額になるから
8. その他（ ）

【問 25 で「5. 路線バス」とお答の方にお聞きします】※それ以外の方は問 26 へ

問 25-2 ご本人が路線バスを利用する主な目的は何ですか（○はいくつでも）

1. 買い物
2. 通院
3. 趣味・教養の活動
4. スポーツ
5. ボランティア活動
6. 老人クラブ活動
7. 自治会・町内会の活動
8. 通勤
9. その他（ ）

問 26 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（1つに○）

※同居していない子どもや親族等からの介護を含む。

1. ない ⇒ **調査はこれで終了です。**
  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
- } ⇒ **次ページのB票へ進んでください**



- A票の問 26 (P.7) 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。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、あて名のご本人様（調査対象者様）にご回答・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

記入者	1. 主な介護者 2. あて名のご本人 3. 主な介護者以外の家族・親族 4. その他（ ）
-----	---

問1 主な介護者の方は、どなたですか（1つに○）		
1. 配偶者	2. 子	3. 子の配偶者
4. 孫	5. 兄弟・姉妹	6. その他（ ）

問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. 1, 2にあてはまらない	4. 答えたくない

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

問4 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（○はいくつでも）	
<b>【身体介護】</b>	
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）	
<b>【生活援助】</b>	
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	
<b>【その他】</b>	
15. その他（ ）	16. わからない



**問 8 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つに○）**

※「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  
2. パートタイムで働いている

⇒ 問 8-1～問 8-3 へ

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

⇒ 調査はこれで終了です

**【問 8 で「1. フルタイムで働いている」または「2. パートタイムで働いている」とお答えの方に、問 8-1～問 8-3 についてお聞きします】**

**問 8-1 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（○はいくつでも）**

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. 主な介護者に確認しないと、わからない

**問 8-2 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（主なもの3つまでに○）**

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. 特にない  
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

**問 8-3 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. 主な介護者に確認しないと、わからない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました