

高齢者の暮らしと介護に関するアンケート調査 【65歳以上の高齢者の方(要介護1～5の認定者を除く)】

【調査ご協力のお願い】

日頃から高松市の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

市町村は、3年毎に老人福祉事業の目標や方針などを定める計画と、介護保険事業のサービス量や費用、方針などを定める計画を作成することとされています。

3年間の計画期間中、高齢者福祉施設や介護施設をどれだけ整備するのか、介護保険料がいくらになるのかなどは、この計画に沿って決まります。

今回、平成30年度から32年度までを期間とする「第7期高松市高齢者保健福祉計画」の策定にあたり、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービス、保健・福祉サービスにつなげるため、市民の皆様に現状をお尋ねするアンケート調査を実施するものです。

※今後の高齢者を取り巻く様々な環境に、より適切に対応するための大切な調査となっています。質問項目が多くなっておりますが、ご協力をお願いします。

※収集した個人情報が高松市個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

※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。

平成29年2月

高松市長 大西 秀人

■このアンケートは、平成29年1月●日現在の情報に基づき、要介護1～5の認定者を除く、65歳以上の高齢者3,000人を無作為に抽出し、送付しています。

■アンケート対象者ご本人が、転出、死亡などされている場合は、行き違いですのでご了解ください。

【お問い合わせ先】

高松市番町一丁目8番15号

高松市役所 健康福祉局 長寿福祉部 長寿福祉課 地域包括ケア推進室

TEL 087-839-2345（アンケート調査担当）

記入に際してのお願い

1. ご回答にあたっては封筒ラベルの宛名のご本人についてお答えいただきますが、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。
2. 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○で囲み、数字を記入する質問は枠内にご記入ください。
3. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、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

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、3月3日（金）までに投函してください。

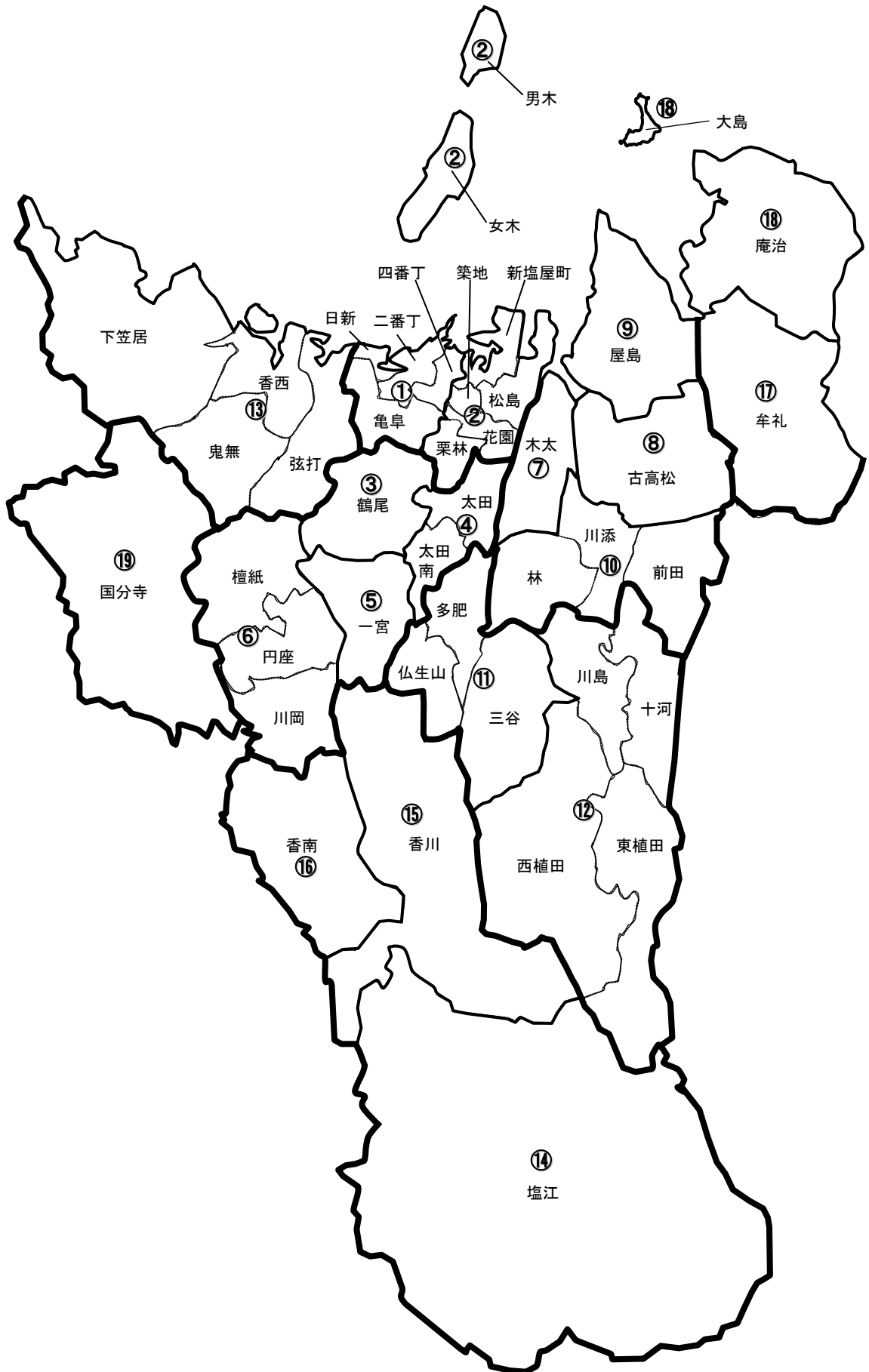
記 入 日	平成29年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。	
1. 宛名のご本人が記入 2. ご家族が記入 (宛名のご本人からみた続柄 _____) 3. その他	

※以下は宛名のご本人の情報を記入してください。

住 所	高松市 町 丁目	番 号	番 地		
お住まいの地区	2ページの地図からお住まいの地区番号を記入してください。	○	番		
お 名 前					
年 齢 ・ 性 別	() 歳 男 ・ 女				
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日				
要介護認定状況 (該当する数字を○で囲ってください)	1. 無 (事業対象者*かどうかもお答えください)	① 事業対象者	2. 有 (要介護区分もお答えください)	要支援	1・2
		② 事業対象者でない		要介護	1・2・3・4・5
電 話 番 号	—				

※事業対象者とは、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられると判定された者をいいます。

<高松市内の地区>



問1 家族構成をお教えてください。【○は1つ】

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 1人暮らし | 2 夫婦2人暮らし（配偶者 <u>65歳以上</u> ） |
| 3 夫婦2人暮らし（配偶者 <u>64歳以下</u> ） | 4 息子・娘との2世帯 |
| 5 その他（ | ） |

問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。【○は1つ】

- | |
|--|
| 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） |

→ **問2-1** （問2において「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」と回答した方に伺います。）

介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。【○はいくつでも】

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 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 骨折・転倒 | 12 脊椎損傷 |
| 13 高齢による衰弱 | 14 その他（ |
| 15 不明 | ） |

→ **問2-2** （問2において「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」と回答した方に伺います。）

主にどなたの介護・介助を受けていますか。【○はいくつでも】

- | | |
|---------------|---------|
| 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（ |
| | ） |

問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。【〇は1つ】

- | | |
|------------|------------|
| 1 大変苦しい | 2 やや苦しい |
| 3 ふう | 4 ややゆとりがある |
| 5 大変ゆとりがある | |

問4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。【〇は1つ】

- | | |
|----------------|----------------|
| 1 持家（一戸建て） | 2 持家（集合住宅） |
| 3 公営賃貸住宅 | 4 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| 5 民間賃貸住宅（集合住宅） | 6 借家 |
| 7 その他 | |

問5 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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6 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。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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7 15分位続けて歩いていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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8 過去1年間に転んだ経験がありますか。【〇は1つ】

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

問9 転倒に対する不安は大きいですか。【〇は1つ】

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

問10 週に1回以上は外出していますか。【Oは1つ】

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

問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。【Oは1つ】

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

問12 外出を控えていますか。【Oは1つ】

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

→問12-1 (問12で「1 はい(外出を控えている)」と回答した方にお伺いします。)

外出を控えている理由は、次のどれですか。【Oはいくつでも】

- | | |
|------------------|-----------------|
| 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13 外出する場合の、主な手段は何ですか。【Oはいくつでも】

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1 徒歩 | 2 自転車 |
| 3 バイク | 4 自動車(自分で運転) |
| 5 自動車(人に乗せてもらう) | 6 電車 |
| 7 路線バス | 8 病院や施設のバス |
| 9 車いす | 10 電動車いす(カート) |
| 11 歩行器・シルバーカー | 12 タクシー |
| 13 その他() | |

問14 あなたの身長と体重をお書きください。【数字で記入】

身長

--	--	--

 cm 体重

--	--	--

 kg

問 15 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 16 お茶や汁物等でむせることはありますか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 17 口の渴きが気になりますか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 18 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 19 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。【Oは1つ】

（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

問 19-1 噛み合わせは良いですか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

→ 問 19-2 （問 19 で「1 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3 自分の歯は19本以下」と回答した方にお伺いします。）
毎日入れ歯の手入れをしていますか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 20 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。【Oは1つ】

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 21 どなたかと食事をとる機会がありますか。【Oは1つ】

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 22 物忘れが多いと感じますか。【○は1つ】

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

問 23 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。【○は1つ】

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

問 24 今日が何月何日かわからない時がありますか。【○は1つ】

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

問 25 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)

【○は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 26 自分で食品・日用品の買物をしていますか。【○は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 27 自分で食事の用意をしていますか。【○は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 28 自分で請求書の支払いをしていますか。【○は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 29 自分で預貯金の出し入れをしていますか。【○は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 30 年金などの書類が(役所や病院などに出す書類)が書けますか。【○は1つ】

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

問 31 新聞を読んでいますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 32 本や雑誌を読んでいますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 33 健康についての記事や番組に関心がありますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 34 友人の家を訪ねていますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 35 家族や友人の相談にのっていますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 36 病人を見舞うことができますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 37 若い人に自分から話しかけることがありますか。【Oは1つ】

1 はい 2 いいえ

問 38 趣味はありますか。【Oは1つ】

1 趣味あり ⇒ 具体的にお書きください()
2 思いつかない

問 39 生きがいがありますか。【Oは1つ】

1 生きがいあり ⇒ 具体的にお書きください()
2 思いつかない

問 40 以下のような①～⑦の会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

【①～⑦それぞれに○は1つずつ】

	週4回 以上	週に 2～3回	週1回	月に 1～3回	年に 数回	参加して いない
【記入例】老人クラブ	1	2	3	4	5	6
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老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問 41 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、その活動に参加者として参加してみたいと思いますか。【○は1つ】

- 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 42 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、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。【○は1つ】

- 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 43 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はどなたですか。

【○はいくつでも】

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 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 44 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はどなたですか。
【〇はいくつでも】

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 45 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はどなたですか。【〇はいくつでも】

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 46 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人はどなたですか。
【〇はいくつでも】

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 47 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。
【〇はいくつでも】

1 自治会・町内会・老人クラブ	2 社会福祉協議会・民生委員
3 ケアマネジャー	4 医師・歯科医師・看護師
5 地域包括支援センター・役所・役場	6 その他（ ）
7 そのような人はいない	

問 48 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。【〇は1つ】

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 49 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。【〇は1つ】
同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

1 0人（いない）	2 1～2人	3 3～5人
4 6～9人	5 10人以上	

問 50 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。【Oはいくつでも】

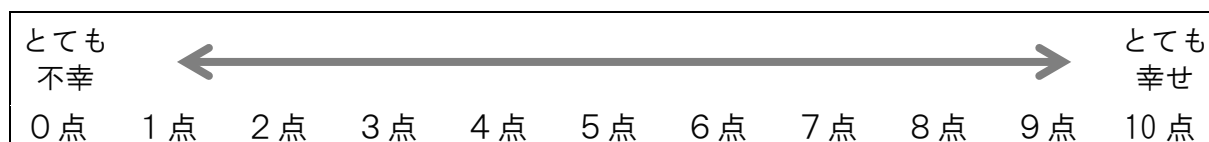
- | | |
|--------------|------------------|
| 1 近所・同じ地域の人 | 2 幼なじみ |
| 3 学生時代の友人 | 4 仕事での同僚・元同僚 |
| 5 趣味や関心が同じ友人 | 6 ボランティア等の活動での友人 |
| 7 その他 () | 8 いない |

問 51 現在のあなたの健康状態はいかがですか。【Oは1つ】

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

問 52 あなたは、現在どの程度幸せですか。【Oは1つ】

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)



問 53 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。【Oは1つ】

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

問 54 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。【Oは1つ】

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

問 55 お酒は飲みますか。【Oは1つ】

- | | |
|------------|------------|
| 1 ほぼ毎日飲む | 2 時々飲む |
| 3 ほとんど飲まない | 4 もともと飲まない |

問 56 タバコは吸っていますか。【Oは1つ】

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

	今後の利用意向		
	利用したい	利用したくない	わからない
⑦ 通所リハビリテーション（デイケア） 介護老人保健施設や医療機関などに通い、日帰りで理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションを受けられます。	1	2	3
⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ） 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに短期間入所して、入浴、排せつ、食事などの介護や、その他の日常生活上の世話と機能訓練を受けられます。	1	2	3
⑨ 短期入所療養介護（ショートステイ） 介護老人保健施設などに短期間入所して、看護、医学的管理下の介護と機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話を受けられます。	1	2	3
⑩ 福祉用具の貸与 車いすやベッドなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出すものでサービス費用は貸与品に応じて変わります。介護度により利用が制限される場合があります。	1	2	3
⑪ 福祉用具の購入 排せつや入浴に用いる福祉用具で、貸与になじまないものの購入費を限度額の範囲内で支給します。	1	2	3
⑫ 住宅改修費の支給 手すりの取付けや段差の解消など、高齢者が居住する住宅を改造するために必要な費用の一部を補助します。	1	2	3
⑬ 特定施設入居者生活介護 有料老人ホームやケアハウスなどに入所している要支援・要介護者に対し、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練等を受けられます。	1	2	3
⑭ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 要介護者に対し、定期的な巡回訪問や随時通報による介護やその他日常生活上の世話を行います。また看護師等が療養上の世話や必要な診療の補助を行います。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
⑮ 夜間対応型訪問介護 夜間の定期的な巡回訪問または随時通報により、要介護者の自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話などを行います。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
⑯ 認知症対応型通所介護 認知症の方を対象に、デイサービスセンターなどに通い、日常生活の世話や専門的なケアを受けられます。	1	2	3
⑰ 小規模多機能型居宅介護 身近な地域で「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を組み合わせた複合的な介護サービスを受けられます。	1	2	3
⑱ 看護小規模多機能型居宅介護 ⑰の小規模多機能型居宅介護に加え、看護サービスを受けられます。	1	2	3

	今後の利用意向		
	利用したい	利用したくない	わからない
⑱ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 認知症の高齢者に対し、共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けます。要支援1の方は利用できません。	1	2	3
⑳ 地域密着型特定施設入居者生活介護 有料老人ホームなどで、定員が29人以下の介護専用型特定施設において、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けます。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
㉑ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームにおいて、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けます。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
㉒ 地域密着型通所介護 定員18人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴等の介護や機能訓練が日帰りで受けられます。	1	2	3



問 59 次の高齢者のための在宅福祉サービスについて、今後、事業の必要性などを検証する際の参考とするため、あなたのご意見をお聞かせください。全てのサービスについて、それぞれにあてはまるものを選んで1～5の数字1つを○で囲ってください。【○は1つずつ】

	今後も必要である	どちらかといえば必要である	どちらかといえば必要でない	必要でない	わからない
① 紙おむつの給付 寝たきりなどの高齢者に、紙おむつを給付します。	1	2	3	4	5
② 介護見舞金の支給 寝たきりなどの高齢者を6ヶ月以上介護している方に、見舞金を支給します。	1	2	3	4	5
③ 徘徊高齢者家族支援サービス（Eメール配信、GPS） 徘徊高齢者を早期に発見できる探索機器の購入費を助成します。	1	2	3	4	5
④ 軽度生活援助 ひとり暮らし高齢者等に家周りの清掃など、軽易な日常生活上の援助を行います。	1	2	3	4	5

	今 後 も 必 要 と あ る	ど ち ら か と い え ば 必 要 と あ る	ど ち ら か と い え ば 必 要 と あ ら な い	必 要 と あ ら な い	わ か ら な い
⑤ あんしん通報サービス（緊急通報装置貸与） ひとり暮らし高齢者等が、急病などの緊急時に携帯型の押しボタンにより、異常事態を知らせる装置を貸与します。	1	2	3	4	5
⑥ 福祉電話の貸与 電話をつけていないひとり暮らし高齢者に、電話を貸与します。	1	2	3	4	5
⑦ 日常生活用具の給付 ひとり暮らし高齢者等に火災警報器・自動消火器・電磁調理器を給付します。	1	2	3	4	5
⑧ 福祉タクシー助成 外出が困難な要介護認定を受けている高齢者に、タクシー助成券を交付します。	1	2	3	4	5
⑨ 住宅改造助成 寝たきり高齢者等が、住宅の浴室、便所等を改造する場合、費用の一部を助成します。	1	2	3	4	5
⑩ 食事サービス 地区のボランティアの協力により、コミュニティセンターで月1回程度、会食方式の食事サービスを行います。	1	2	3	4	5
⑪ 介護相談専用ダイヤル 介護や福祉の専門職が日常の様々な相談に応じます。	1	2	3	4	5
⑫ 特別あんしん見守り シルバー人材センターの「高齢者特別あんしん見守り訪問員」が、特にきめ細やかな見守りが必要な人の自宅へ定期的に訪問し、日々の困りごとや体の状態をお伺いすることにより、暮らしの不安を和らげます。	1	2	3	4	5



問 60 高齢者が気軽に集える場所がありますか。【〇は1つ】

1 ある	2 ない
------	------

→問 60-1 (問 60 で「1 ある」と回答した方にお伺いします。)

気軽に集える場所は、次のどれですか。【〇はいくつでも】

1 高松市高齢者居場所づくり事業の居場所	2 社会福祉協議会主催のふれあい・いきいきサロン
3 コミュニティセンター	4 集会所
5 スーパー等の休憩所	6 近所の知人宅
7 公園	8 その他 ()

問 61 高松市では、地域における高齢者の身近な相談窓口として、「高松市地域包括支援センター」を設置しています。「高松市地域包括支援センター」を知っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|---------|------------------------|
| 1 知っている | 2 聞いたことはあるが、内容はよくわからない |
| 3 知らない | |

問 62 地域包括支援センターは、今後、特にどの業務を充実すればよいと思いますか。【〇はいくつでも】

- | |
|--|
| 1 高齢者の日常生活に関する総合的な相談を受けること |
| 2 高齢者の人権や財産を守るための制度が利用できるよう支援すること |
| 3 地域団体や医療・福祉等の関係機関と連携し地域の課題を解決すること |
| 4 要支援認定者や基本チェックリストによる事業対象者のケアプラン作成やサービス利用を支援すること |
| 5 介護予防の普及啓発や一般介護予防事業を推進すること |
| 6 認知症対策に関すること |

問 63 もし、自分が認知症になったら、どのようなことに不安を感じると思いますか。【〇はいくつでも】

- | |
|------------------------------------|
| 1 家族に身体的・精神的負担をかける |
| 2 買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなる |
| 3 近所の人や友人に迷惑をかけてしまう |
| 4 家族や大切な思い出を忘れてしまう |
| 5 経済的に苦しくなる |
| 6 外出した際に家への帰り道がわからなくなる |
| 7 病院や診療所で治療しても、症状は改善しない |
| 8 必要な介護サービスが利用できず、現在の住まいで生活できなくなる |
| 9 介護施設が利用できなくなる |
| 10 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭う |
| 11 自分らしく生活できなくなる |
| 12 どこに相談すればいいのかわからない |
| 13 特にない |
| 14 わからない |
| 15 その他 () |

問 64 もし、家族が認知症になったとしたら、どのようなことに不安を感じると思いますか。【〇はいくつでも】

- 1 ストレスや精神的負担が大きい
- 2 買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなるので、周りの人の負担が大きくなる
- 3 近所の人や友人に迷惑をかけてしまう
- 4 自分（あなた）や大切な思い出を忘れてしまう
- 5 経済的負担が大きくなる
- 6 外出した際に家への帰り道がわからなくなる
- 7 病院や診療所で治療しても、症状は改善しない
- 8 必要な介護サービスを利用することができず、現在の住まいで生活できなくなる
- 9 介護施設が利用できない
- 10 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭う
- 11 本人の意思を尊重して、介護することができるか
- 12 どこに相談すればいいのかわからない
- 13 特にない
- 14 わからない
- 15 その他（ ）

問 65 もし、自分や家族が「認知症かもしれない。」と不安になったときに、どこに相談したいですか。【〇はいくつでも】

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1 かかりつけの医師や看護師等 | 2 認知症疾患医療センター |
| 3 家族・親族 | 4 ケアマネジャー（介護支援専門員） |
| 5 地域包括支援センター | 6 老人介護支援センター |
| 7 介護保険課 | 8 長寿福祉課 |
| 9 民生委員 | 10 介護サービス事業者 |
| 11 友人・近隣住民 | 12 認知症の家族会等ボランティア団体 |
| 13 その他（ ） | |

問 66 認知症になっても、地域で安心して暮らすことができるためには、どのようなことに重点を置くべきだと考えますか。【○はいくつでも】

- 1 市民に認知症への正しい知識と理解をもってもらうための啓発・情報提供
- 2 認知症のことを相談できる窓口・体制の充実
- 3 できるだけ早い段階から、医療・介護などのサポートなどを利用できる仕組みづくり
- 4 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
- 5 家族の仕事と介護の両立支援などを含めた、経済的負担を減らす取組
- 6 認知症の人を地域で見守る体制の充実
- 7 日常生活の中で必要となる財産管理などへの支援の充実
- 8 悪質商法や詐欺的な勧誘による被害を防止するための取組
- 9 認知症の人が利用できる介護施設の充実
- 10 64歳以下で発症する若年性認知症の人への支援
- 11 その他 ()
- 12 特にない
- 13 わからない

問 67 現在あなたは介護予防に取り組んでいますか。【○は1つ】

- | | |
|-----------|------------|
| 1 取り組んでいる | 2 取り組んでいない |
|-----------|------------|

問 68 介護予防の上で重要と思われるものに○をつけてください。【○は3つまで】

- 1 高血圧症や糖尿病など生活習慣病の予防
- 2 運動や体操の習慣
- 3 認知症の予防
- 4 歯や口腔のケア
- 5 食生活に気をつける
- 6 楽しめる趣味をもつ
- 7 自分でできるボランティア活動に参加する
- 8 友人等と交流する
- 9 外出の機会を多くもつ
- 10 健康診断を受ける
- 11 その他 ()

問 69 自分で介護予防に取り組むためにどのようなものがあればよいと思いますか。

【〇は3つまで】

- | |
|-------------------------------|
| 1 公園や体育館などの運動できる場や施設 |
| 2 介護予防や健康づくりのための知識や情報を提供する講演会 |
| 3 フィットネスクラブなどでの高齢者向けの体操教室 |
| 4 自分に合った介護予防について相談できる場 |
| 5 介護予防のための体操のDVDなどの教材 |
| 6 地域の居場所など交流の場 |
| 7 趣味活動ができる場や施設 |
| 8 介護予防について指導してくれる専門職 |
| 9 居場所などで活動する介護予防のためのボランティア |
| 10 その他 () |

問 70 ボランティア活動などの社会参加が介護予防に効果があることは、知っていますか。【〇は1つ】

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

問 71 様々なボランティア活動の種類がありますが、中でも、介護予防ボランティアの活動をしてみたいですか。【〇は1つ】

- | | |
|--------------|---------------|
| 1 現在している | 2 条件が合えばしてみたい |
| 3 条件が合ってもしない | |
| 4 わからない | |



問 71-1 (問 71 で「2 条件が合えばしてみたい」と回答した方にお伺いします。)

どのような介護予防ボランティア活動をしてみたいですか。【〇はいくつでも】

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 介護予防教室のサポート | 2 高齢者の見守りをする人 |
| 3 元気を広げる人* | 4 認知症サポーター |

※元気を広げる人…地域コミュニティ単位で高齢者の健康のために活動しているボランティア

問 72 現在、携帯電話を持っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1 スマートフォンを持っている | 2 スマートフォン以外の携帯電話を持っている |
| 3 どちらも持っている | 4 どちらも持っていない |

問 73 日頃から病気やけがの時に診察を受けることを決めている「かかりつけ医」を持っていますか。【〇は1つ】

1 持っている	2 持っていない
3 わからない	

問 73-1 (問 73 で「2 持っていない」と回答した方にお伺いします。)

「かかりつけ医」を持っていない理由は何ですか。【〇はいくつでも】

1 医療機関に行く必要がないから	2 近くに適当な医療機関がないから
3 1つの医療機関では安心できないから	4 その他 ()

問 74 自分の最期をどこで迎えたいと思いますか。【〇は1つ】

1 自宅	2 今まで通ったことのある医療機関
3 緩和ケア施設のある医療機関	4 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）
5 その他 ()	

問 75 将来の住まいと介護サービスの利用について、どのように考えていますか。

【〇は1つ】

1 介護が必要になっても、できる限り、現在の住まいや地域に住み続けたい
2 ケア付き住宅（高齢者向けの各種サービスの利用が可能な住宅）に早めに住み替えたい
3 介護が必要になったときに、施設（特別養護老人ホーム等）に入所したい
4 今のところ、よく分からない
5 その他 ()

問 76 高齢化が進行していく社会において、重要と思われる方策はどのようなことですか。【〇はいくつでも】

1 健康づくりや介護予防	2 高齢者活躍の場の確保（活躍の場への誘導）
3 地域で支え合う体制の充実	4 介護サービスの質の向上
5 介護サービス施設などの量的充実	6 住宅や交通などの住環境の充実
7 地域医療の充実	8 災害時の援護体制の整備
9 交通安全の確保	10 犯罪被害の防止
11 高齢者虐待の防止	12 認知症高齢者施策の推進

問 77 地域包括ケアシステムの構築の推進に当たり、特に重要だと思うことはどのようなことですか。【〇はいくつでも】

- 1 家族や親族の理解と協力があること
- 2 友人・知人の理解と協力があること
- 3 地元の自治会の理解と協力があること
- 4 自宅近くの診療所・医院やクリニックが充実していること
- 5 規模の大きな病院（入院ベッド数が200床以上の総合病院）が充実していること
- 6 中小規模の病院（入院ベッド数が200床未満の病院）が充実していること
- 7 自宅近くの歯科診療所が充実していること
- 8 自宅近くの薬局が充実していること
- 9 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）が充実していること
- 10 自宅近くの介護支援事業所（ケアマネジャー）が充実していること
- 11 自宅近くの訪問看護事業所（訪問看護師など）が充実していること
- 12 行政（地域包括支援センターなど）の支援があること
- 13 その他（）

最後に、介護保険制度や本市の高齢者保健福祉施策に対するご意見やご要望など、何かございましたら自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒に入れて、**3月3日（金）まで**に、
切手を貼らずにご投函くださるようお願いいたします。

高齢者の暮らしと介護に関するアンケート調査

【65歳以上の高齢者の方（要介護1～5の認定者）】

【調査ご協力のお願い】

日頃から高松市の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

市町村は、3年毎に老人福祉事業の目標や方針などを定める計画と、介護保険事業のサービス量や費用、方針などを定める計画を作成することとされています。

3年間の計画期間中、高齢者福祉施設や介護施設をどれだけ整備するのか、介護保険料がいくらになるのかなどは、この計画に沿って決まります。

今回、平成30年度から32年度までを期間とする「第7期高松市高齢者保健福祉計画」の策定にあたり、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービス、保健・福祉サービスにつなげるため、市民の皆様に現状をお尋ねするアンケート調査を実施するものです。

※今後の高齢者を取り巻く様々な環境に、より適切に対応するための大切な調査となっています。質問項目が多くなっておりますが、ご協力をお願いします。

※収集した個人情報は高松市個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

平成29年2月

高松市長 大西 秀人

■このアンケートは、平成29年1月●日現在の情報に基づき、要介護1～5の認定を受けた65歳以上の高齢者2,800人を無作為に抽出し、送付しています。

■アンケート対象者ご本人が、転出、死亡などされている場合は、行き違いですのでご了解ください。

【お問い合わせ先】

高松市番町一丁目8番15号

高松市役所 健康福祉局 長寿福祉部 長寿福祉課 地域包括ケア推進室

TEL 087-839-2345（アンケート調査担当）

記入に際してのお願い

1. ご回答にあたっては封筒ラベルの宛名のご本人についてお答えいただきますが、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。
2. 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○で囲み、数字を記入する質問は枠内にご記入ください。
3. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、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

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、3月3日（金）までに投函してください。

記 入 日	平成29年 月 日
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. 宛名のご本人が記入 2. ご家族が記入 (宛名のご本人からみた続柄 _____) 3. その他	

※以下は宛名のご本人の情報を記入してください。

お住まいの地区	2 ページの地図からお住まいの地区番号を記入してください。	○	番
年 齢 ・ 性 別	() 歳	男 ・ 女	
要介護認定状況 (該当する数字を○で囲ってください)	1. 無 2. 有 (要介護区分もお答えください)	要支援	1 ・ 2
		要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

問1 家族構成をお教えてください。【○は1つ】

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 1人暮らし | 2 夫婦2人暮らし（配偶者 <u>65歳以上</u> ） |
| 3 夫婦2人暮らし（配偶者 <u>64歳以下</u> ） | 4 息子・娘との2世帯 |
| 5 その他（ | ） |

問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。【○は1つ】

- | |
|--|
| 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） |

→ **問2-1** （問2において「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」と回答した方に伺います。）

介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。【○はいくつでも】

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 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 骨折・転倒 | 12 脊椎損傷 |
| 13 高齢による衰弱 | 14 その他（ |
| 15 不明 | ） |

→ **問2-2** （問2において「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」と回答した方に伺います。）

主にどなたの介護・介助を受けていますか。【○はいくつでも】

- | | |
|---------------|---------|
| 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（ |
| | ） |

問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。【〇は1つ】

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4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。【〇は1つ】

1 持家（一戸建て）	2 持家（集合住宅）
3 公営賃貸住宅	4 民間賃貸住宅（一戸建て）
5 民間賃貸住宅（集合住宅）	6 借家
7 特別養護老人ホーム	8 介護老人保健施設
9 介護療養型医療施設	
10 その他（ ）	

→ 問4-1、問4-2へ

→ 問4-3へ

問4-1 （問4で住まいとして「1 持家（一戸建て）」「2 持家（集合住宅）」「3 公営賃貸住宅」「4 民間賃貸住宅（一戸建て）」「5 民間賃貸住宅（集合住宅）」「6 借家」「10 その他」と回答した方にお伺いします。）

次の介護保険在宅サービス（平成28年4月1日現在）について、今後の利用意向をお聞きします。全てのサービスについて、それぞれにあてはまるものを選んで1～3の数字1つを○で囲ってください。【〇は1つずつ】

	今後の利用意向		
	利用したい	利用したくない	わからない
① 訪問介護（ホームヘルプサービス） ホームヘルパーが家庭を訪問し、食事・入浴・排せつなどの身体介助や炊事・掃除・洗濯などの家事援助をします。	1	2	3
② 訪問入浴介護 浴槽を積んだ入浴車などが家庭を訪問し、入浴サービスを行います。	1	2	3
③ 訪問看護 看護師等が家庭を訪問し、病状の観察や床ずれの手当てなど療養上の世話や診察の補助を行います。	1	2	3

	今後の利用意向		
	利用したい	利用したくない	わからない
④ 訪問リハビリテーション 家庭での生活行為を向上させるために、理学療法士等リハビリの専門職が家庭を訪問して、必要なりハビリテーションを行います。	1	2	3
⑤ 居宅療養管理指導 医師、歯科医師、薬剤師等が家庭を訪問して、療養生活を送るために必要な健康管理や保健指導を行います。	1	2	3
⑥ 通所介護（デイサービス） デイサービスセンターなどに通い、日帰りで食事・入浴や日常動作訓練、レクリエーションなどを受けられます。	1	2	3
⑦ 通所リハビリテーション（デイケア） 介護老人保健施設や医療機関などに通い、日帰りで理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションを受けられます。	1	2	3
⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ） 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに短期間入所して、入浴、排せつ、食事などの介護や、その他の日常生活上の世話と機能訓練を受けられます。	1	2	3
⑨ 短期入所療養介護（ショートステイ） 介護老人保健施設などに短期間入所して、看護、医学的管理下の介護と機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話を受けられます。	1	2	3
⑩ 福祉用具の貸与 車いすやベッドなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出すものでサービス費用は貸与品に応じて変わります。介護度により利用が制限される場合があります。	1	2	3
⑪ 福祉用具の購入 排せつや入浴に用いる福祉用具で、貸与になじまないものの購入費を限度額の範囲内で支給します。	1	2	3
⑫ 住宅改修費の支給 手すりの取付けや段差の解消など、高齢者が居住する住宅を改造するために必要な費用の一部を補助します。	1	2	3
⑬ 特定施設入居者生活介護 有料老人ホームやケアハウスなどに入所している要支援・要介護者に対し、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練等を受けられます。	1	2	3
⑭ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 要介護者に対し、定期的な巡回訪問や随時通報による介護やその他日常生活上の世話を行います。また看護師等が療養上の世話や必要な診療の補助を行います。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
⑮ 夜間対応型訪問介護 夜間の定期的な巡回訪問または随時通報により、要介護者の自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話などを行います。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3

	今後の利用意向		
	利用したい	利用したくない	わからない
⑩ 認知症対応型通所介護 認知症の方を対象に、デイサービスセンターなどに通い、日常生活の世話や専門的なケアを受けられます。	1	2	3
⑪ 小規模多機能型居宅介護 身近な地域で「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を組み合わせた複合的な介護サービスを受けられます。	1	2	3
⑫ 看護小規模多機能型居宅介護 ⑪の小規模多機能型居宅介護に加え、看護サービスを受けられます。	1	2	3
⑬ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 認知症の高齢者に対し、共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けられます。要支援1の方は利用できません。	1	2	3
⑭ 地域密着型特定施設入居者生活介護 有料老人ホームなどで、定員が29人以下の介護専用型特定施設において、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けられます。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
⑮ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームにおいて、入浴、排せつ、食事などの介護やその他の日常生活上の世話と機能訓練を受けられます。要支援1、要支援2の方は利用できません。	1	2	3
⑯ 地域密着型通所介護 定員18人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴等の介護や機能訓練が日帰りで受けられます。	1	2	3

問4-2 (問4で住まいとして「1 持家(一戸建て)」「2 持家(集合住宅)」「3 公営賃貸住宅」「4 民間賃貸住宅(一戸建て)」「5 民間賃貸住宅(集合住宅)」「6 借家」「10 その他」と回答した方にお伺いします。)

次の高齢者のための在宅福祉サービスについて、今後、事業の必要性などを検証する際の参考とするため、あなたのご意見をお聞かせください。全てのサービスについて、それぞれにあてはまるものを選んで1～5の数字1つを○で囲ってください。【○は1つずつ】

	今後も必要である	どちらかといえば必要である	どちらかといえば必要でない	必要でない	わからない
① 紙おむつの給付 寝たきりなど的高齢者に、紙おむつを給付します。	1	2	3	4	5

	今 後 も 必 要 と あ る	ど ち ら か と い え ば 必 要 と あ る	ど ち ら か と い え ば 必 要 と な い	必 要 と な い	わ か ら な い
② 介護見舞金の支給 寝たきりなどの高齢者を6ヶ月以上介護している方に、見舞金を支給します。	1	2	3	4	5
③ 徘徊高齢者家族支援サービス（Eメール配信、GPS） 徘徊高齢者を早期に発見できる探索機器の購入費を助成します。	1	2	3	4	5
④ 軽度生活援助 ひとり暮らし高齢者等に家周りの清掃など、軽易な日常生活上の援助を行います。	1	2	3	4	5
⑤ あんしん通報サービス（緊急通報装置貸与） ひとり暮らし高齢者等が、急病などの緊急時に携帯型の押しボタンにより、異常事態を知らせる装置を貸与します。	1	2	3	4	5
⑥ 福祉電話の貸与 電話をつけていないひとり暮らし高齢者に、電話を貸与します。	1	2	3	4	5
⑦ 日常生活用具の給付 ひとり暮らし高齢者等に火災警報器・自動消火器・電磁調理器を給付します。	1	2	3	4	5
⑧ 福祉タクシー助成 外出が困難な要介護認定を受けている高齢者に、タクシー助成券を交付します。	1	2	3	4	5
⑨ 住宅改造助成 寝たきり高齢者等が、住宅の浴室、便所等を改造する場合、費用の一部を助成します。	1	2	3	4	5
⑩ 食事サービス 地区のボランティアの協力により、コミュニティセンターで月1回程度、会食方式の食事サービスを行います。	1	2	3	4	5
⑪ 介護相談専用ダイヤル 介護や福祉の専門職が日常の様々な相談に応じます。	1	2	3	4	5
⑫ 特別あんしん見守り シルバー人材センターの「高齢者特別あんしん見守り訪問員」が、特にきめ細やかな見守りが必要な人の自宅へ定期的に訪問し、日々の困りごとや体の状態をお伺いすることにより、暮らしの不安を和らげます。	1	2	3	4	5

問4-3 (問4で住まいとして「7 特別養護老人ホーム」「8 介護老人保健施設」「9 介護療養型医療施設」と回答した方にお伺いします。)

どのような居宅サービスが充実していれば、居宅で生活できると思いますか。

【〇はいくつでも】

1 訪問介護（ホームヘルプサービス）	2 訪問入浴介護
3 訪問看護	4 訪問リハビリテーション
5 居宅療養管理指導	6 通所介護（デイサービス）
7 通所リハビリテーション（デイケア）	8 短期入所生活介護（ショートステイ）
9 短期入所療養介護（ショートステイ）	10 福祉用具の貸与
11 福祉用具の購入	12 住宅改修費の支給
13 特定施設入居者生活介護	14 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15 夜間対応型訪問介護	16 認知症対応型通所介護
17 小規模多機能型居宅介護	18 看護小規模多機能型居宅介護
19 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	20 地域密着型特定施設入居者生活介護
21 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	22 地域密着型通所介護

問5 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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6 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。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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7 15分位続けて歩いていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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8 過去1年間に転んだ経験がありますか。【〇は1つ】

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

問9 転倒に対する不安は大きいですか。【Oは1つ】

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

問10 週に1回以上は外出していますか。【Oは1つ】

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

問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。【Oは1つ】

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

問12 外出を控えていますか。【Oは1つ】

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

→問12-1 (問12で「1 はい(外出を控えている)」と回答した方にお伺いします。)

外出を控えている理由は、次のどれですか。【Oはいくつでも】

- | | |
|------------------|-----------------|
| 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13 外出する場合の、主な手段は何ですか。【Oはいくつでも】

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1 徒歩 | 2 自転車 |
| 3 バイク | 4 自動車(自分で運転) |
| 5 自動車(人に乗せてもらう) | 6 電車 |
| 7 路線バス | 8 病院や施設のバス |
| 9 車いす | 10 電動車いす(カート) |
| 11 歩行器・シルバーカー | 12 タクシー |
| 13 その他() | |

問 14 あなたの身長と体重をお書きください。【数字で記入】

身長 cm 体重 kg

問 15 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 16 お茶や汁物等でむせることはありますか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 17 口の渴きが気になりますか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 18 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 19 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。【○は1つ】

（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 |

問 19-1 噛み合わせは良いですか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

→ 問 19-2 （問 19 で「1 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用」「3 自分の歯は 19 本以下」と回答した方にお伺いします。）

毎日入れ歯の手入れをしていますか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 20 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか。【○は1つ】

1 はい 2 いいえ

問 21 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。【Oは1つ】

- | | |
|-----------|-----------|
| 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 22 物忘れが多いと感じますか。【Oは1つ】

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

問 23 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。【Oは1つ】

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

問 24 今日が何月何日かわからない時がありますか。【Oは1つ】

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

問 25 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)

【Oは1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 26 自分で食品・日用品の買物をしていますか。【Oは1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 27 自分で食事の用意をしていますか。【Oは1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 28 自分で請求書の支払いをしていますか。【Oは1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 29 自分で預貯金の出し入れをしていますか。【Oは1つ】

- | | |
|-------------|--------------|
| 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 30 年金などの書類が（役所や病院などに出す書類）が書けますか。【Oは1つ】

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

問 31 新聞を読んでいますか。【Oは1つ】

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

問 32 本や雑誌を読んでいますか。【Oは1つ】

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

問 33 健康についての記事や番組に関心がありますか。【Oは1つ】

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

問 34 友人の家を訪ねていますか。【Oは1つ】

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

問 35 家族や友人の相談にのっていますか。【Oは1つ】

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

問 36 病人を見舞うことができますか。【Oは1つ】

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

問 37 若い人に自分から話しかけることがありますか。【Oは1つ】

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

問 38 趣味はありますか。【Oは1つ】

- | | | |
|----------|----------------|---|
| 1 趣味あり | ⇒ 具体的にお書きください（ | ） |
| 2 思いつかない | | |

問 39 生きがいがありますか。【Oは1つ】

- | | | |
|----------|----------------|---|
| 1 生きがいあり | ⇒ 具体的にお書きください（ | ） |
| 2 思いつかない | | |

問 40 以下のような①～⑦の会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

【①～⑦それぞれに○は1つずつ】

	週4回 以上	週に 2～3回	週1回	月に 1～3回	年に 数回	参加して いない
【記入例】老人クラブ	1	2	3	4	5	6
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老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問 41 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、その活動に参加者として参加してみたいと思いますか。【○は1つ】

- 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 42 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、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。【○は1つ】

- 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 43 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はどなたですか。

【○はいくつでも】

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 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 44 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はどなたですか。
【〇はいくつでも】

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 45 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はどなたですか。【〇はいくつでも】

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 46 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人はどなたですか。
【〇はいくつでも】

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 47 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。
【〇はいくつでも】

1 自治会・町内会・老人クラブ	2 社会福祉協議会・民生委員
3 ケアマネジャー	4 医師・歯科医師・看護師
5 地域包括支援センター・役所・役場	6 その他（ ）
7 そのような人はいない	

問 48 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。【〇は1つ】

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 49 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。【〇は1つ】
同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

1 0人（いない）	2 1～2人	3 3～5人
4 6～9人	5 10人以上	

問 50 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。【〇はいくつでも】

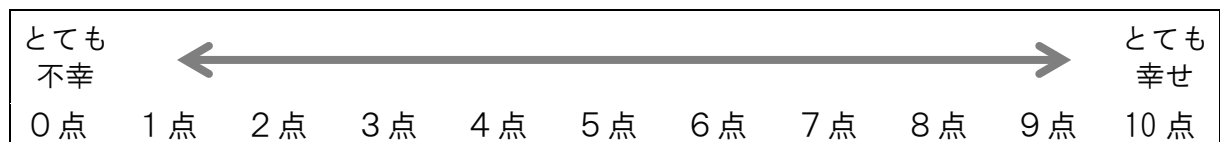
- | | |
|--------------|------------------|
| 1 近所・同じ地域の人 | 2 幼なじみ |
| 3 学生時代の友人 | 4 仕事での同僚・元同僚 |
| 5 趣味や関心が同じ友人 | 6 ボランティア等の活動での友人 |
| 7 その他 () | 8 いない |

問 51 現在のあなたの健康状態はいかがですか。【〇は1つ】

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

問 52 あなたは、現在どの程度幸せですか。【〇は1つ】

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)



問 53 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。【〇は1つ】

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

問 54 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。【〇は1つ】

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

問 55 お酒は飲みますか。【〇は1つ】

- | | |
|------------|------------|
| 1 ほぼ毎日飲む | 2 時々飲む |
| 3 ほとんど飲まない | 4 もともと飲まない |

問 56 タバコは吸っていますか。【〇は1つ】

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

問 57 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。【〇はいくつでも】

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 58 高齢者が気軽に集える場所がありますか。【〇は1つ】

1 ある	2 ない
------	------

→問 58-1 **（問 58 で「1 ある」と回答した方にお伺いします。）**

気軽に集える場所は、次のどれですか。【〇はいくつでも】

1 高松市高齢者居場所づくり事業の居場所	2 社会福祉協議会主催のふれあい・いきいきサロン
3 コミュニティセンター	4 集会所
5 スーパー等の休憩所	6 近所の知人宅
7 公園	8 その他（ ）

問 59 高松市では、地域における高齢者の身近な相談窓口として、「高松市地域包括支援センター」を設置しています。「高松市地域包括支援センター」を知っていますか。【〇は1つ】

1 知っている	2 聞いたことはあるが、内容はよくわからない
3 知らない	

問 60 地域包括支援センターは、今後、特にどの業務を充実すればよいと思いますか。

【〇はいくつでも】

- 1 高齢者の日常生活に関する総合的な相談を受けること
- 2 高齢者の人権や財産を守るための制度が利用できるよう支援すること
- 3 地域団体や医療・福祉等の関係機関と連携し地域の課題を解決すること
- 4 要支援認定者や基本チェックリストによる事業対象者のケアプラン作成やサービス利用を支援すること
- 5 介護予防の普及啓発や一般介護予防事業を推進すること
- 6 認知症対策に関すること

問 61 もし、自分が認知症になったら、どのようなことに不安を感じると思いますか。【〇はいくつでも】

- 1 家族に身体的・精神的負担をかける
- 2 買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなる
- 3 近所の人や友人に迷惑をかけてしまう
- 4 家族や大切な思い出を忘れてしまう
- 5 経済的に苦しくなる
- 6 外出した際に家への帰り道がわからなくなる
- 7 病院や診療所で治療しても、症状は改善しない
- 8 必要な介護サービスが利用できず、現在の住まいで生活できなくなる
- 9 介護施設が利用できなくなる
- 10 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭う
- 11 自分らしく生活できなくなる
- 12 どこに相談すればいいのかわからない
- 13 特にない
- 14 わからない
- 15 その他（）

問 64 認知症になっても、地域で安心して暮らすことができるためには、どのようなことに重点を置くべきだと考えますか。【〇はいくつでも】

- 1 市民に認知症への正しい知識と理解をもってもらうための啓発・情報提供
- 2 認知症のことを相談できる窓口・体制の充実
- 3 できるだけ早い段階から、医療・介護などのサポートなどを利用できる仕組みづくり
- 4 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
- 5 家族の仕事と介護の両立支援などを含めた、経済的負担を減らす取組
- 6 認知症の人を地域で見守る体制の充実
- 7 日常生活の中で必要となる財産管理などへの支援の充実
- 8 悪質商法や詐欺的な勧誘による被害を防止するための取組
- 9 認知症の人が利用できる介護施設の充実
- 10 64歳以下で発症する若年性認知症の人への支援
- 11 その他 ()
- 12 特にない
- 13 わからない

問 65 現在、携帯電話を持っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1 スマートフォンを持っている | 2 スマートフォン以外の携帯電話を持っている |
| 3 どちらも持っている | 4 どちらも持っていない |

問 66 日頃から病気やけがの時に診察を受けることを決めている「かかりつけ医」を持っていますか。【〇は1つ】

- | | |
|---------|----------|
| 1 持っている | 2 持っていない |
| 3 わからない | |

問 66-1 (問 66 で「2 持っていない」と回答した方にお伺いします。)

「かかりつけ医」を持っていない理由は何ですか。【〇はいくつでも】

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 医療機関に行く必要がないから | 2 近くに適切な医療機関がないから |
| 3 1つの医療機関では安心できないから | 4 その他 () |

問 70 地域包括ケアシステムの構築の推進に当たり、特に重要だと思うことはどのようなことですか。【〇はいくつでも】

- 1 家族や親族の理解と協力があること
- 2 友人・知人の理解と協力があること
- 3 地元の自治会の理解と協力があること
- 4 自宅近くの診療所・医院やクリニックが充実していること
- 5 規模の大きな病院（入院ベッド数が200床以上の総合病院）が充実していること
- 6 中小規模の病院（入院ベッド数が200床未満の病院）が充実していること
- 7 自宅近くの歯科診療所が充実していること
- 8 自宅近くの薬局が充実していること
- 9 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）が充実していること
- 10 自宅近くの介護支援事業所（ケアマネジャー）が充実していること
- 11 自宅近くの訪問看護事業所（訪問看護師など）が充実していること
- 12 行政（地域包括支援センターなど）の支援があること
- 13 その他（）

最後に、介護保険制度や本市の高齢者保健福祉施策に対するご意見やご要望など、何かございましたら自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒に入れて、**3月3日（金）まで**に、
切手を貼らずにご投函くださるようお願いいたします。

高齢者の暮らしと介護に関するアンケート調査

【40歳以上65歳未満の市民の方】

【調査ご協力のお願い】

日頃から高松市の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

市町村は、3年毎に老人福祉事業の目標や方針などを定める計画と、介護保険事業のサービス量や費用、方針などを定める計画を作成することとされています。

3年間の計画期間中、高齢者福祉施設や介護施設をどれだけ整備するのか、介護保険料がいくらになるのかなどは、この計画に沿って決まります。

今回、平成30年度から32年度までを期間とする「第7期高松市高齢者保健福祉計画」の策定にあたり、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービス、保健・福祉サービスにつなげるため、市民の皆様に現状をお尋ねするアンケート調査を実施するものです。

※今後の高齢者を取り巻く様々な環境に、より適切に対応するための大切な調査となっています。質問項目が多くなっておりますが、ご協力をお願いします。

※収集した個人情報は高松市個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

平成29年2月

高松市長 大西 秀人

■このアンケートは、平成29年1月●日現在の情報に基づき、40歳以上65歳未満の方1,000人を無作為に抽出し、送付しています。

■アンケート対象者ご本人が、転出、死亡などされている場合は、行き違いですのでご了解ください。

【お問い合わせ先】

高松市番町一丁目8番15号

高松市役所 健康福祉局 長寿福祉部 長寿福祉課 地域包括ケア推進室

TEL 087-839-2345（アンケート調査担当）

記入に際してのお願い

1. ご回答にあたっては封筒ラベルの宛名のご本人についてお答えいただけますが、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。
2. 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○で囲み、数字を記入する質問は枠内にご記入ください。

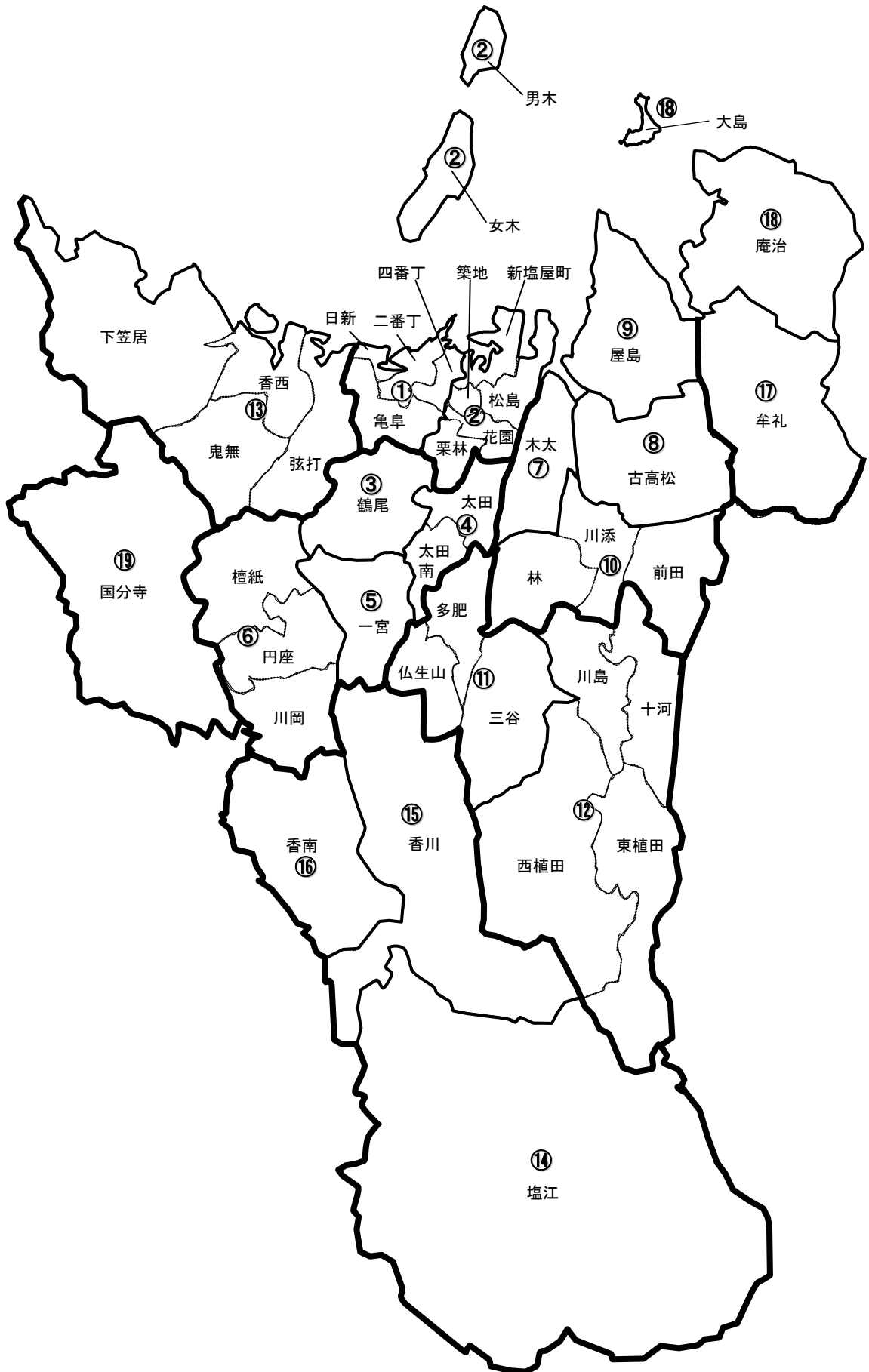
調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、3月3日（金）までに投函してください。

記 入 日	平成29年 月 日
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. 宛名のご本人が記入 2. ご家族が記入 (宛名のご本人からみた続柄 _____) 3. その他	

※以下は宛名のご本人の情報を記入してください。

性 別	男 ・ 女	
年 齢	1 40～44歳	2 45～49歳
	3 50～54歳	4 55～59歳
	5 60～64歳	
お住まいの地区	2ページの地図からお住まいの地区番号を記入してください。	○ 番

<高松市内の地区>



問1 次の高齢者のための在宅福祉サービスについて、今後、事業の必要性などを検証する際の参考とするため、あなたのご意見をお聞かせください。全てのサービスについて、それぞれにあてはまるものを選んで1～5の数字1つを○で囲ってください。【○は1つずつ】

	今後も必要である	どちらかといえば必要である	どちらかといえば必要でない	必要でない	わからない
① 紙おむつの給付 寝たきりなど的高齢者に、紙おむつを給付します。	1	2	3	4	5
② 介護見舞金の支給 寝たきりなど的高齢者を6ヶ月以上介護している方に、見舞金を支給します。	1	2	3	4	5
③ 徘徊高齢者家族支援サービス（Eメール配信、GPS） 徘徊高齢者を早期に発見できる探索機器の購入費を助成します。	1	2	3	4	5
④ 軽度生活援助 ひとり暮らし高齢者等に家周りの清掃など、軽易な日常生活上の援助を行います。	1	2	3	4	5
⑤ あんしん通報サービス（緊急通報装置貸与） ひとり暮らし高齢者等が、急病などの緊急時に携帯型の押しボタンにより、異常事態を知らせる装置を貸与します。	1	2	3	4	5
⑥ 福祉電話の貸与 電話をつけていないひとり暮らし高齢者に、電話を貸与します。	1	2	3	4	5
⑦ 日常生活用具の給付 ひとり暮らし高齢者等に火災警報器・自動消火器・電磁調理器を給付します。	1	2	3	4	5
⑧ 福祉タクシー助成 外出が困難な要介護認定を受けている高齢者に、タクシー助成券を交付します。	1	2	3	4	5
⑨ 住宅改造助成 寝たきり高齢者等が、住宅の浴室、便所等を改造する場合、費用の一部を助成します。	1	2	3	4	5
⑩ 食事サービス 地区のボランティアの協力により、コミュニティセンターで月1回程度、会食方式の食事サービスを行います。	1	2	3	4	5
⑪ 介護相談専用ダイヤル 介護や福祉の専門職が日常の様々な相談に応じます。	1	2	3	4	5

	今後も必要である	どちらかといえば必要である	どちらかといえば必要でない	必要でない	わからない
⑫ 特別あんしん見守り シルバー人材センターの「高齢者特別あんしん見守り訪問員」が、特にきめ細やかな見守りが必要な人の自宅へ定期的に訪問し、日々の困りごとや体の状態をお伺いすることにより、暮らしの不安を和らげます。	1	2	3	4	5



問2 高齢者が気軽に集える場所がありますか。【〇は1つ】

1 ある	2 ない
------	------

→問2-1 (問2で「1 ある」と回答した方にお伺いします。)

気軽に集える場所は、次のどれですか。【〇はいくつでも】

1 高松市高齢者居場所づくり事業の居場所	2 社会福祉協議会主催のふれあい・いきいきサロン
3 コミュニティセンター	4 集会所
5 スーパー等の休憩所	6 近所の知人宅
7 公園	8 その他 ()

問3 高松市では、地域における高齢者の身近な相談窓口として、「高松市地域包括支援センター」を設置しています。「高松市地域包括支援センター」を知っていますか。【〇は1つ】

1 知っている	2 聞いたことはあるが、内容はよくわからない
3 知らない	

問4 地域包括支援センターは、今後、特にどの業務を充実すればよいと思いますか。

【〇はいくつでも】

1 高齢者の日常生活に関する総合的な相談を受けること
2 高齢者の人権や財産を守るための制度が利用できるよう支援すること
3 地域団体や医療・福祉等の関係機関と連携し地域の課題を解決すること
4 要支援認定者や基本チェックリストによる事業対象者のケアプラン作成やサービス利用を支援すること
5 介護予防の普及啓発や一般介護予防事業を推進すること
6 認知症対策に関すること

問5 もし、自分が認知症になったら、どのようなことに不安を感じると思いますか。【〇はいくつでも】

- 1 家族に身体的・精神的負担をかける
- 2 買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなる
- 3 近所の人や友人に迷惑をかけてしまう
- 4 家族や大切な思い出を忘れてしまう
- 5 経済的に苦しくなる
- 6 外出した際に家への帰り道がわからなくなる
- 7 病院や診療所で治療しても、症状は改善しない
- 8 必要な介護サービスが利用できず、現在の住まいで生活できなくなる
- 9 介護施設が利用できなくなる
- 10 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭う
- 11 自分らしく生活できなくなる
- 12 どこに相談すればいいのかわからない
- 13 特にない
- 14 わからない
- 15 その他（)

問6 もし、家族が認知症になったら、どのようなことに不安を感じると思いますか。【〇はいくつでも】

- 1 ストレスや精神的負担が大きい
- 2 買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなるので、周りの人の負担が大きくなる
- 3 近所の人や友人に迷惑をかけてしまう
- 4 自分（あなた）や大切な思い出を忘れてしまう
- 5 経済的負担が大きくなる
- 6 外出した際に家へ帰れなくなる
- 7 病院や診療所で治療しても、症状は改善しない
- 8 必要な介護サービスを利用することができず、現在の住まいで生活できなくなる
- 9 介護施設が利用できない
- 10 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭う
- 11 本人の意思を尊重して、介護することができるか
- 12 どこに相談すればいいのかわからない
- 13 特にない
- 14 わからない
- 15 その他（)

問 15 現在あなたは介護予防に取り組んでいますか。【○は1つ】

- | | |
|-----------|------------|
| 1 取り組んでいる | 2 取り組んでいない |
|-----------|------------|

問 16 介護予防の上で重要と思われるものに○をつけてください。【○は3つまで】

- | |
|-----------------------|
| 1 高血圧症や糖尿病など生活習慣病の予防 |
| 2 運動や体操の習慣 |
| 3 認知症の予防 |
| 4 歯や口腔のケア |
| 5 食生活に気をつける |
| 6 楽しめる趣味をもつ |
| 7 自分でできるボランティア活動に参加する |
| 8 友人等と交流する |
| 9 外出の機会を多くもつ |
| 10 健康診断を受ける |
| 11 その他 () |

問 17 自分で介護予防に取り組むためにどのようなものがあればよいと思いますか。
【○は3つまで】

- | |
|-------------------------------|
| 1 公園や体育館などの運動できる場や施設 |
| 2 介護予防や健康づくりのための知識や情報を提供する講演会 |
| 3 フィットネスクラブなどでの高齢者向けの体操教室 |
| 4 自分に合った介護予防について相談できる場 |
| 5 介護予防のための体操のDVDなどの教材 |
| 6 地域の居場所など交流の場 |
| 7 趣味活動ができる場や施設 |
| 8 介護予防について指導してくれる専門職 |
| 9 居場所などで活動する介護予防のためのボランティア |
| 10 その他 () |

問 18 ボランティア活動などの社会参加が介護予防に効果があることは、知っていますか。【○は1つ】

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

問 19 様々なボランティア活動の種類がありますが、中でも、介護予防ボランティアの活動をしてみたいですか。【〇は1つ】

1 現在している	2 条件が合えばしてみたい
3 条件が合ってもしない	
4 わからない	



問 19-1 (問 19 で「2 条件が合えばしてみたい」と回答した方にお伺いします。)

どのような介護予防ボランティア活動をしてみたいですか。【〇はいくつでも】

1 介護予防教室のサポート	2 高齢者の見守りをする人
3 元気を広げる人*	4 認知症サポーター

※元気を広げる人…地域コミュニティ単位で高齢者の健康のために活動しているボランティア

問 20 現在、携帯電話を持っていますか。【〇は1つ】

1 スマートフォンを持っている	2 スマートフォン以外の携帯電話を持っている
3 どちらも持っている	4 どちらも持っていない

問 21 日頃から病気やけがの時に診察を受けることを決めている「かかりつけ医」を持っていますか。【〇は1つ】

1 持っている	2 持っていない
3 わからない	



問 21-1 (問 21 で「2 持っていない」と回答した方にお伺いします。)

「かかりつけ医」を持っていない理由は何ですか。【〇はいくつでも】

1 医療機関に行く必要がないから	2 近くに適切な医療機関がないから
3 1つの医療機関では安心できないから	4 その他 ()

問 22 自分の最期をどこで迎えたいと思いますか。【〇は1つ】

1 自宅	2 今まで通ったことのある医療機関
3 緩和ケア施設のある医療機関	4 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）
5 その他 ()	

問 23 将来の住まいと介護サービスの利用について、どのように考えていますか。

【〇は1つ】

- | | |
|---|---|
| 1 | 介護が必要になっても、できる限り、現在の住まいや地域に住み続けたい |
| 2 | ケア付き住宅（高齢者向けの各種サービスの利用が可能な住宅）に早めに住み替えたい |
| 3 | 介護が必要になったときに、施設（特別養護老人ホーム等）に入所したい |
| 4 | 今のところ、よく分からない |
| 5 | その他（ ） |

問 24 高齢化が進行していく社会において、重要と思われる方策はどのようなことですか。【〇はいくつでも】

- | | | | |
|----|-----------------|----|----------------------|
| 1 | 健康づくりや介護予防 | 2 | 高齢者活躍の場の確保（活躍の場への誘導） |
| 3 | 地域で支え合う体制の充実 | 4 | 介護サービスの質の向上 |
| 5 | 介護サービス施設などの量的充実 | 6 | 住宅や交通などの住環境の充実 |
| 7 | 地域医療の充実 | 8 | 災害時の援護体制の整備 |
| 9 | 交通安全の確保 | 10 | 犯罪被害の防止 |
| 11 | 高齢者虐待の防止 | 12 | 認知症高齢者施策の推進 |

問 25 地域包括ケアシステムの構築の推進に当たり、特に重要だと思うことはどのようなことですか。【〇はいくつでも】

- | | |
|----|---|
| 1 | 家族や親族の理解と協力があること |
| 2 | 友人・知人の理解と協力があること |
| 3 | 地元の自治会の理解と協力があること |
| 4 | 自宅近くの診療所・医院やクリニックが充実していること |
| 5 | 規模の大きな病院（入院ベッド数が200床以上の総合病院）が充実していること |
| 6 | 中小規模の病院（入院ベッド数が200床未満の病院）が充実していること |
| 7 | 自宅近くの歯科診療所が充実していること |
| 8 | 自宅近くの薬局が充実していること |
| 9 | 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）が充実していること |
| 10 | 自宅近くの介護支援事業所（ケアマネジャー）が充実していること |
| 11 | 自宅近くの訪問看護事業所（訪問看護師など）が充実していること |
| 12 | 行政（地域包括支援センターなど）の支援があること |
| 13 | その他（ ） |

最後に、介護保険制度や本市の高齢者保健福祉施策に対するご意見やご要望など、何かございましたら自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒に入れて、**3月3日（金）まで**に、
切手を貼らずにご投函くださるようお願いいたします。

平成29年2月 日

要介護（要支援）認定調査を受けられる皆様

高松市長 大 西 秀 人
(公 印 省 略)

『在宅介護実態調査』への御協力をお願い

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より、本市の介護保険事業の推進に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、市町村は、老人福祉事業の目標や方針などを定める計画と、介護保険事業のサービス量や費用、方針などを定める計画を3年毎に作成することとされており、本市においては、高松市高齢者保健福祉計画として、一体的に策定しております。

3年間の計画期間中、高齢者福祉施設や介護施設をどれだけ整備するのか、介護保険料がいくらになるのかなどは、この計画に沿って決まります。

今回、平成30年度から32年度までを期間とする「第7期高松市高齢者保健福祉計画」の策定に当たり、要介護（要支援）認定を受けられる方々の日頃の生活状況等についてお伺いし、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討するための「在宅介護実態調査」を実施することといたしました。

つきましては、本日の要介護（要支援）認定調査と併せて、本調査への御協力をお願いいたしたく存じます。

なお、本調査の内容が、要介護（要支援）認定の審査判定に影響を与えることはありません。

本日実施する認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会データ）及び在宅介護実態調査で御回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する、株式会社サーベイリサーチセンターに預託し、要介護認定及び上記計画策定の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。収集した個人情報、高松市個人情報保護条例に基づき、適切に管理し、目的以外に使用することはありません。

調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

本調査への御意見や御質問等がございましたら、下記まで御連絡ください。

<お問い合わせ先>

高松市番町一丁目8番15号

高松市役所 健康福祉局 長寿福祉部 介護保険課 介護認定係

TEL：087-839-2326（在宅介護実態調査担当）

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

【在宅介護実態調査について】

市町村は、老人福祉事業の目標や方針などを定める計画と、介護保険事業のサービス量や費用、方針などを定める計画を、3年毎に作成することとされており、本市においては、「高松市高齢者保健福祉計画」として一体的に策定しております。

3年間の計画期間中、高齢者福祉施設や介護施設をどれだけ整備するのか、介護保険料がいくらになるのかなどは、この計画に沿って決まります。

今回、平成30年度から32年度までを期間とする「第7期高松市高齢者保健福祉計画」の策定に当たり、要介護（要支援）認定を受けられる方々の、日頃の生活状況等についてお伺いし、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討するための「在宅介護実態調査」を実施することといたしました。

つきましては、本日の要介護（要支援）認定調査と併せて、本調査への御協力をお願いいたしたく存じます。

なお、本調査の内容が、要介護（要支援）認定の審査判定に影響を与えることはありません。

本日実施する認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会データ）及び在宅介護実態調査で御回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する、株式会社サーベイリサーチセンターに預託し、要介護認定及び上記計画策定の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。収集した個人情報、高松市個人情報保護条例に基づき、適切に管理し、目的以外に使用することはありません。

上記内容を説明し、同意を得ました

調査員名[_____]

問7 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)

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。

● **ここから再び、全員に調査してください。**

問8 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)

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

※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。

問9 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)

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

※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10 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、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11 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 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)

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問 13 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 13 で「2. 」を回答した場合は、問 14 も調査してください。

問 14 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 ご本人(認定調査対象者)は、現在、携帯電話をもっていますか

1. スマートフォンを持っている
2. スマートフォン以外の携帯電話を持っている
3. どちらも持っている
4. どちらも持っていない

問2で「2. 」～「5. 」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

● 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

B票

主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入いただく項目

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願いいたします。

問1 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 | } | 問2～問5へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5(裏面)へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

※「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2 問1で「1.」「2.」と回答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していきますか(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.」と回答した方にお伺いします。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. 特にない
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.」と回答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 | |

⇒ 皆様、裏面へお進みください

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 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、特にない |
| 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。