

茨木市の保健福祉に関するアンケート調査 (高齢者の方へ)

■ ご協力をお願い ■

皆様には、日頃から市政の推進に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。

さて、本市では、市民の皆様が高齢期を豊かに充実して送ることができるように、保健福祉サービス・介護保険サービスをはじめ、高齢者の健康増進や生きがい施策など、さまざまな取組みを進めています。

このアンケート調査は、このような高齢者施策の充実を目的に実施するもので、65歳以上の市民から無作為に抽出した3,000人の方を対象に実施しています。

ご記入いただいた内容につきましては、個人情報の保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成28年11月

茨木市長 福岡 洋一

<ご回答にあたってのお願い>

- ◎ 回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数字などをご記入いただくものがあります。「いくつでも」など回答方法を指定していますので、ご注意のうえ、ご回答ください。
- ◎ 質問には、平成28年11月1日現在でお答えください。
- ◎ ご本人が、調査票をご記入できない場合は、ご家族の方による代筆記入でも構いません。
- ◎ 質問の回答が、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内になるべく具体的にご記入ください。
- ◎ ご記入いただいた調査票は、12月6日(火)までに、同封の返信用封筒によりご返送ください。なお、封筒には差出人の氏名の記入や切手の貼付は不要ですので、そのままご投函ください。

ちょうさひょう きにゆう みちか かた よ あ だいひつきにゆう
調 査 票 の 記 入 に あ た っ て、身 近 な 方 の 読 み 上 げ や 代 筆 記 入
ばあい きにゆう
が でき ない 場 合、ま た、記 入 に あ た っ て わ か ら ない こ と が あ り ま し た
こうれいしゃしえんか れんらく
ら、高 齢 者 支 援 課 ま で ご 連 絡 く だ さ い。

ちょうさ と あ さき
[この 調 査 についてのお問い合わせ 先]

いばらきし けんこうふくしぶ こうれいしゃしえんか でんわ
茨 木 市 健 康 福 祉 部 高 齢 者 支 援 課 電 話：072-620-1637

【ご回答にあたって】

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

Q 1 性別は、どちらですか。

1. 男性

2. 女性

Q 2 年齢は、次のどれにあてはまりますか。

1. 65～69歳

2. 70～74歳

3. 75～79歳

4. 80～84歳

5. 85歳以上

Q 3 お住まいは、どちらですか。町名のみお答えください。

茨木市

(町)

Q 4 家族構成をお教えてください。

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 ()

Q 5 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 (→Q 6へ)

2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない (→Q 5-1へ)

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) (→Q 5-1へ)

Q5-1【Q5で「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(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	()

Q5-2【Q5で「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

②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 ()

Q6 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	

Q7 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

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2 からだを動かすことについて

Q 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

Q 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

Q 3 15分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

Q 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

Q 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

Q 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

Q 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

Q 8 外出を控えていますか。

1. はい (→Q 8-1へ) 2. いいえ

Q 8-1 【Q 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^{しょうがい}中^{のうそうちゅう}の後遺症^{こういしょう}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()

Q 9 外出する際の移動手段は何ですか。(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3 食べることについて

Q 1 身長・体重

身長

--	--	--

 cm

(記入例)

体重

--	--	--

 kg

	5	2
--	---	---

 kg (右づめで記入してください。)

Q 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
-------	--------

Q 3 お茶や汁物等でむせることがありますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 4 口の渇きが気になりますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 5 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。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

**Q 6 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. 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

①噛み合わせは良いですか。

1. はい

2. いいえ

②【Q6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、かつ入れ歯を利用」の方のみ】
毎日入れ歯の手入れをしていますか。

1. はい

2. いいえ

Q7 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

Q8 どなたかと食事をとに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

Q1 物忘れが多いと感じますか。

1. はい

2. いいえ

Q2 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。

1. はい

2. いいえ

Q3 今日が何月何日かわからない時がありますか。

1. はい

2. いいえ

Q4 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

Q5 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

Q6 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

Q7 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

Q8 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

Q9 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか。

1. はい 2. いいえ

Q10 新聞を読んでいますか。

1. はい 2. いいえ

Q11 本や雑誌を読んでいますか。

1. はい 2. いいえ

Q12 健康についての記事や番組に関心がありますか。

1. はい 2. いいえ

Q13 友人の家を訪ねていますか。

1. はい 2. いいえ

Q14 家族や友人の相談にのっていますか。

1. はい 2. いいえ

Q15 病人を見舞うことができますか。

1. はい 2. いいえ

Q16 若い人に自分から話しかけることがありますか。

1. はい 2. いいえ

Q17 趣味はありますか。

1. 趣味あり → 具体的に記入ください
2. 思いつかない

Q18 生きがいがありますか。

1. 生きがいあり → 具体的に記入ください
2. 思いつかない

Q19 次の情報通信機器のうち日常生活でよく使用しているものはありますか。
(いくつでも)

1. 固定電話	2. 携帯電話	3. スマートホン
4. タブレット端末	5. パソコン	6. その他 ()
7. 使用していない		

問5 地域での活動について

Q1 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。
※①～⑦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 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

Q2 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
------------	------------	------------

Q3 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**

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

Q 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 | |

Q 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 | |

Q 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 | |

Q 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 | |

**Q 5 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。
（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 | （ |

Q6 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

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

Q7 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。
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

Q8 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(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7 健康について

Q 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

Q2 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、ご記入ください。)

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	

Q3 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

Q 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

Q 5 お酒は飲みますか。

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

Q 6 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 |

Q 7 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)
<small>のうそっちゅう のうしゅけつ・のうこうそくなど</small> | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病
<small>とうようびょう</small> | 6. 高脂血症 (脂質異常)
<small>こうしけつしょう ししつじょう</small> |
| 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
<small>じんぞう ぜんりつせん</small> | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)
<small>きんこつかく こつそ しょう</small> |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等)
<small>がいしょう てんとう こっせつなど</small> | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気
<small>めんえき</small> | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等)
<small>にんちしょう</small> | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 () | |

Q 8 毎年健康診査 (健診) を受けていますか。(○はひとつ)

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. 毎年受けている | 2. 気になったときに受ける |
| 3. 治療中のため、健診は受けていない | 4. 受けていない |

Q 9 毎年歯科健康診査を受けていますか。(○はひとつ)

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. 毎年受けている | 2. 気になったときに受ける |
| 3. 治療中のため、健診は受けていない | 4. 受けていない |

Q10 健康や病気のことについて気軽に相談できる「かかりつけの医療提供者」をお持ちですか。(いくつでも)

- | | | |
|-------|---------|--------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 | 3. 薬剤師 |
|-------|---------|--------|

Q11 あなたは、定期的に通院していますか。通院されている場合、通院先の医療機関はどこにありますか（いくつでも）

1. 通院していない	2. 茨木市	3. 高槻市
4. 箕面市	5. 吹田市	6. 豊中市
7. 摂津市	8. 池田市	9. 大阪市内
10. その他大阪府内（	）	
11. 京都府内	12. 兵庫県内	
13. その他（	）	

問8 認知症について

Q1 認知症の予防についてどのように考えていますか。（いくつでも）

1. 自宅でもできる簡単な予防方法があれば取り組みたい	
2. 認知症を早期に発見できるようなテスト等があれば受けてみたい	
3. 近くの公民館等で予防教室を行っていれば参加したい	
4. その他（	）
5. 予防に取り組む必要を感じない	

Q2 あなたやあなたの家族が認知症になったら不安なことは何ですか。（いくつでも）

1. 家族や周りの人に負担や迷惑をかけること	
2. 物事の判断や理解が出来なくなること	
3. 治療や介護を受けることで経済的な負担が増すこと	
4. どの程度の介護サービスが受けられるかわからないこと	
5. 家族を介護しつづけられるかわからないこと	
6. だまされたり犯罪に巻き込まれたりすること	
7. 介護してくれる人がいないこと	
8. 認知症についてよく知らないこと	
9. 誰（どこ）に相談すればいいのかわからないこと	
10. 社会参加ができなくなること	
11. その他（	）
12. 特に不安なことはない	

Q 3 認知症についてあなたの知っていることを次の中から選んでください。
(いくつでも)

1. 認知症は脳の病気である
2. 早めに受診すれば治る（又は症状を軽くできる）認知症の症状もある
3. 早めに受診すれば認知症の進行を遅らせることができる
4. 周囲の適切な対応によって認知症の症状を軽く出来る
5. 認知症になっても自宅で生活続けることができる
6. 運動（身体活動）や食事などの生活習慣を改善することで認知症を予防できる
7. 認知症になっても感情（喜怒哀楽）は残る
8. 認知症になっても社会参加することができる
9. 65歳未満の人も認知症になる場合がある

Q 4 認知症についての次の意見に対して、あなたの考えに近いものを選んでください。
(いくつでも)

1. 普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい
2. 認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる
3. 認知症の人も地域活動に参加した方がよい
4. 家族が認知症になったら、世間体や周囲の目が気になる
5. 家族が認知症になったら、近所づきあいがしにくくなる
6. 認知症の人に、どのように接したらよいか分からない
7. 認知症の人とは、できる限り関わりたくない

Q 5 市では認知症に関する以下の事業を実施していますが、ご存知ですか。
※①～④それぞれに回答してください。(○はひとつ)

	1. 知っている	2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない	3. 知らない
① 認知症サポーター養成講座	1	2	3
② 認知症地域支援推進員	1	2	3
③ 認知症オレンジダイヤル	1	2	3
④ 認知症初期集中支援チーム (チーム・オレンジ いばらき)	1	2	3

問9 今後の暮らしに対するお考えについて

Q1 人生の最期を過ごしたい場所はどこですか。(○はひとつ)

1. 最期まで自宅で過ごしたい
2. 自宅で療養して、必要になれば医療機関に入院したい
3. 医療機関に入院したい
4. 老人ホームなどの施設に入所したい
5. その他 ()
6. わからない

Q2 自宅で療養生活を送るために必要な条件は何だと思えますか。
(いくつでも)

1. 介護してくれる家族等がいること
2. 家族への負担(身体的・心理的・経済的)が少ないこと
3. 自宅に往診してくれる医師、歯科医師、薬剤師や訪問看護師がいること
4. 自分が望む医療が受けられること
5. 病院から自宅へ退院する際の手続きや自宅での療養の準備が整っていること
6. 居住環境(部屋のつくり、広さなど)が整っていること
7. 自宅での療養のことを相談できる場所があること
8. お金がかからないこと
9. その他 ()
10. 特に不安はない

問 10 高齢者施策全般について

Q 1 今後、高齢者人口の増加に対応するために、茨木市はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。(いくつでも)

1. 社会参加と生きがいづくり
2. 年齢にかかわらず働ける社会の実現
3. 身近な地域における活動拠点の整備
4. 老人クラブなどの高齢者活動への支援
5. 高齢になっても学べる生涯学習環境
6. 良質な高齢者向け住まいの供給
7. 高齢者に適した住宅への住み替え支援
8. 民間賃貸住宅への入居の円滑な支援
9. 道路の段差解消や歩道整備など、高齢者が外出しやすい環境づくり
10. 高齢者を犯罪、人権侵害、悪徳商法から保護する取り組み
11. 防災施策の取り組み
12. 生活動作の改善や栄養改善などの介護予防サービスの充実
13. 配食や送迎、見守り介護などの生活支援サービスの充実
14. 訪問診療の充実
15. 認知症の人が利用できるサービスの充実
16. 認知症の人の家族への支援の充実
17. 24時間対応の在宅サービスの充実
18. 介護保険や福祉サービスの利用手続きの簡素化
19. 健康・医療・介護サービスの統一的な相談体制づくり
20. その他 ()

Q 2 あなたは、「成年後見制度」を知っていますか。

1. 内容まで知っている (→Q 3 へ)
2. 詳しくは知らないが、おおまかなことは知っている (→Q 2-1 へ)
3. 名称を聞いたことがある程度 (→Q 2-1 へ)
4. 知らない (→Q 2-1 へ)

■成年後見制度とは

認知症などの理由で判断能力が不十分な方の権利を守るため、不動産や預貯金などの財産管理や介護サービスに関する契約などを、本人に代わって行う代理人を法的に定め、本人を保護する制度です。

この制度は、通常、本人か家族が申し立てを行います。状況に応じて、市が申し立てを支援することがあります。

Q 2-1 【Q 2で「1. 内容まで知っている」以外を回答した方に】
あなたは成年後見制度に関心はありますか。

1. ある
2. あまりない
3. ない
4. わからない

Q 3 自宅等で安心して療養生活がおくれるように、市では「はつらつパスポート（みんなで連携編）」を作成し、要介護（要支援）認定等を受けて介護サービス等を利用される人に配布していますが、ご存知ですか。

1. 知っている

2. 知らない

みんなで連携編

対象
要支援・要介護認定を受けている市民

特徴

- ・医療と介護に関する情報共有手帳
- ・本人や医療・介護スタッフ等が記入し、関係者の円滑な連携・連絡に活用



Q 4 茨木市の保健福祉サービスや介護保険制度などについて、ご意見・ご要望がございましたら、自由にお書きください。
なお、ご記入いただきました内容につきましては、個別に対応及び回答はいたしませんので、ご了承ください。

質問は以上でおわりです。ご協力ありがとうございました。

茨木市の在宅介護実態調査

■ ご協力をお願い ■

皆様には、日頃から市政の推進に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。

このアンケート調査は、介護に取り組む家族が介護による離職をなくしていくために介護サービスの在り方を検討することを目的として、要介護認定を受けている人の一部を対象に実施するものです。

ご記入いただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

なお、このアンケート調査へのご協力は任意です。ご協力いただけない場合でも、何ら不利益になることはありません。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成 28 年 11 月

茨木市長 福岡 洋一

<ご回答にあたってのお願い>

- ◎ 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。「1つを選択」「複数選択可」など回答方法を指定していますので、ご注意のうえ、ご回答ください。
- ◎ ご記入いただいた調査票は、12月6日（火）までに、同封の返信用封筒によりご返送ください。なお、封筒には差出人の氏名記入や切手の貼付は不要ですので、そのままご投函ください。
- ◎ 要介護認定データの活用に同意していただける場合は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データの活用に係る同意書にご署名をお願いいたします。

[この調査についてのお問い合わせ先]

茨木市 健康福祉部 介護保険課 電話：072-620-1639

在宅介護実態調査 調査票

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(複数回答可)

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

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、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 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 |
| 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 | } | B票へ進んでください |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

- A票の問4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、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

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)(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。

問2 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3 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

問4 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5～問6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5 問4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6 問4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 | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

茨木市の保健福祉に関するアンケート調査 (介護保険事業者の皆様へ)

■ ご協力をお願い ■

皆様には、日頃から市政の推進に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。

本市では、すべての市民が、住み慣れた地域で共に支え合いながら、自立した生活を送ることができるよう、さまざまな取組みを進めています。

このアンケート調査は、保健福祉に関する施策の充実を目的として、茨木市内で介護保険事業を営む事業者を対象に、実施するものです。

ご記入いただいた内容につきましては、すべて統計的に処理し、個別の事業者の情報を外部に出すことはありませんので、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成28年10月

茨木市長 福岡 洋一

<ご回答にあたってのお願い>

- ◎ 回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数値などをご記入いただくものがあります。「○は1つ」「○はいくつでも」など回答方法を指定していますので、ご注意のうえご回答ください。
- ◎ 質問には、茨木市内での事業状況について、平成28年10月1日現在でお答えください。
- ◎ ご記入いただいた調査票は、**11月8日(火)**までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。なお、封筒には差出人の氏名記入や切手は不要ですので、そのままご投函ください。

[この調査についてのお問い合わせ先]

茨木市 健康福祉部 介護保険課 電 話：072-620-1639

FAX：072-622-5950

問 1 貴法人の概要

法人名	
代表所在地	
法人種別	1.医療法人 2.社会福祉法人 3.社団法人 4.農協・生協 5.株式会社 6.有限会社 7.NPO法人 8.その他（ ）
記入者	氏名 （役職）
	連絡先 （TEL） （FAX）

問2 現在提供しているサービス（該当するものすべてに○）

サービス名	現在提供しているサービス		
	介 護	予 防	事 業
1 居宅介護支援			
2 訪問介護			
3 訪問入浴介護			
4 訪問看護			
5 訪問リハビリテーション			
6 居宅療養管理指導			
7 通所介護			
8 通所リハビリテーション			
9 短期入所生活介護			
10 短期入所療養介護			
11 特定施設入居者生活介護			
12 福祉用具貸与			
13 福祉用具販売			
14 介護老人福祉施設			
15 介護老人保健施設			
16 介護療養型医療施設			
17 小規模多機能型居宅介護			
18 認知症対応型共同生活介護			
19 認知症対応型通所介護			
20 夜間対応型訪問介護			
21 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
22 地域密着型特定施設入居者生活介護			
23 看護小規模多機能型居宅介護			
24 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
25 配食等			
26 送迎・移送サービス			
27 その他（具体的に ）			

問3 サービス提供に対する自己評価について

全体的にサービスは利用者のニーズに応じて提供されていると思いますか（○は1つ）

- 1 十分提供できている
2 どちらかといえば提供できている
3 どちらかといえば提供できていない
4 提供できていない

問4 貴法人で宿泊サービス付きの通所介護など介護保険サービス外の事業を実施していますか
(○は1つ)

- 1 実施していない
2 実施している（具体的に

)
裏面に続く

問5 貴法人の運営やサービスの向上のために、どのような情報や支援が必要ですか。以下から最も必要と考えられる情報・支援を選択してください（○は3つまで）

- 1 介護保険制度・介護報酬等に関する情報
- 2 介護保険以外の保健・福祉サービスに関する情報
- 3 情報提供・相談等の窓口
- 4 介護技術・方法に関する情報
- 5 認知症ケアに関する情報
- 6 医療処置を必要とする場合のケアに関する情報
- 7 困難事例、多問題事例に関する情報
- 8 介護予防に関する情報
- 9 研修・講座等に関する情報
- 10 周辺事業所や医療機関に関する情報
- 11 定員の空き状況、空室、空床に関する情報
- 12 緊急時のショートステイや入院などの受入先情報
- 13 事業所連絡会等に関する運営サポート、バックアップ
- 14 ケアカンファレンス等の運営サポート、バックアップ
- 15 サービス展開のための土地・建物に関する情報
- 16 その他（具体的に
- 17 特に必要な情報はない

問6 医療との連携について

（1）医療機関との連携について、法人として取り組んでいることがありますか（○はいくつでも）

- 1 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている
- 2 往診をしてくれる医師・医療機関がある
- 3 急変時の受入を依頼できる病院を確保している
- 4 提携病院があり、一般的な入院を受け入れてもらっている
- 5 その他（具体的に
- 6 法人としての取組はなく、各事業所に任せている
- 7 自らもしくは法人として医療機関を経営しており、連携の問題はない

（2）医療機関との連携について、困難に感じることはありますか。（○は1つ）

- 1 ない
- 2 ある

↓

どのようなことですか

（3）医療ニーズの高い利用者を受け入れていますか（○は1つ）

- 1 受け入れていない
- 2 受け入れている

↓

職員体制や研修等どのような配慮をしていますか

（4）看取り※の体制を整備していますか（○は1つ）

（※ここでいう看取りとは、看取り加算の算定にかかわらず、終末期のケアに係わることを指します。）

- 1 整えていない
- 2 整えている

↓

（5）平成27年4月から平成28年3月末までの施設（事業所）での看取りに係わった実人数（ ）件

次頁へ続く

問7 はつらつパスポート～みんなで連携編～について

(1) はつらつパスポート～みんなで連携編～を知っていますか (○は1つ)

- 1 知らない → 問8へ
2 知っている

↓

(2) はつらつパスポートを活用していますか (○は1つ)

- 1 活用している
2 活用していない

↓

活用していない理由を教えてください

問8 職員の処遇改善に向けた取組について

(1) 介護職員処遇改善加算の算定を届出していますか (○は1つ)

- 1 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)
2 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)
3 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)
4 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)
5 届出していない
- } 問9へ

↓

(2) 介護職員処遇改善加算の算定の届出を行わない理由は (○はいくつでも)

- 1 報酬の設定が給与増に見合わない
2 報酬加算の要件が厳しく加算がとれない
3 サービス利用が低調で経営が厳しい
4 その他 (具体的に

)

問9 職員の採用等の状況について (平成27年4月1日～平成28年3月31日)

(1) 平成27年度における介護職員の採用状況について

正規職員 () 人

正規職員以外 () 人 <うち常勤 () 人 うち非常勤 () 人>

(2) 平成27年度における介護職員の離職状況について

正規職員 () 人

正規職員以外 () 人 <うち常勤 () 人 うち非常勤 () 人>

問10 職員の処遇向上のために取り組んでいることはありますか (○はいくつでも)

- 1 職員の増員による負担の軽減
2 夜勤の見直し等労働条件の改善
3 昇給又は昇進要件の明確化
4 正規職員への転換機会の確保
5 定期的なミーティング等コミュニケーションの充実
6 腰痛対策、メンタルヘルスケア等健康管理の充実
7 出産・子育て・介護を行う職員の支援強化
8 その他 (具体的に
9 実施しなかった (実施予定なし)

)

問11 職員のキャリアアップを促すために取り組んでいることはありますか

(○はいくつでも)

- 1 OJT（職場内教育・訓練）の実施
- 2 職場外研修への職員派遣
- 3 研修代替え職員の配置
- 4 自己啓発休業・休暇制度の導入
- 5 専門性を評価する人事制度や賃金体系の導入
- 6 その他（具体的に
- 7 実施しなかった（実施予定なし）

)

問12 その他、ご意見やご要望などお気づきのことがありましたらご記入ください

(

)

ご協力ありがとうございました。