

鈴鹿亀山地区 在宅介護実態調査 調査票

● 調査ご協力をお願い ●

日頃は、介護保険事業の運営にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。

現在、鈴鹿亀山地区広域連合では、令和6年度から実施する「第9期介護保険事業計画」の策定作業を進めております。

この調査は、介護保険事業の円滑な実施と、高齢者の保健福祉サービスを充実させるための基礎資料とさせていただくものです。アンケートの集計結果などにつきましては、すべてコンピュータで統計的に処理し、みなさんにご迷惑をおかけすることはありませんので、率直なご意見をお聞かせいただきたく存じます。

なお、この調査は介護保険の要介護認定（要介護1～5）または要支援認定（要支援1・2）を受けている方を対象としており、2,000人を無作為に選ばせていただきました。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ぜひご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和4年12月

鈴鹿亀山地区広域連合

< ご記入にあたっての注意事項 >

1. この調査は、**できる限り対象者ご本人(封筒のあて名の方)**がお答えください。なお、対象の方が何らかの事情により回答できない場合で、どなたも代筆できない場合などには、そのまま返送してください。
2. 左上の番号は、お名前を伏せてデータ突合を行うための番号です。詳しくは次ページの「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。
3. この調査は、**令和4年11月15日を基準日**として、対象の方を選ばせていただいております。**基準日現在の状況**について、あてはまる**番号に○をつけて**ください。また、〔 〕内にはその内容を具体的にお書きください。できるだけ**黒のボールペンか鉛筆**でお願いします。答えにくい質問には答えていただかなくてもかまいません。
4. 1つだけ答えていただく質問と、複数お答えいただく質問とがありますので、質問をよく読んでお答えください。また、お答えの内容によっては、次に答えていただく質問が変わるものがあります。質問の指示にしたがってください。
5. 回答が終わりましたら、記入もれなどがないか確認していただき、**同封の返信用封筒に入れて、1月16日(月)までに**郵便ポストに投函してください。切手を貼る必要はありません。
6. このアンケートについてのお問い合わせは下記までお願いします。

鈴鹿亀山地区広域連合 介護保険課 管理グループ 電話 059-369-3204

※鈴鹿亀山地区広域連合は、鈴鹿市と亀山市によって構成される特別地方公共団体（行政機関）です。介護保険に関する事業を行うほか、消費生活に関する相談業務などを行っております。詳しくは、ホームページ <https://www.suzukakameyama-kouiki.jp/> をご覧ください。

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、介護保険事業計画策定の際の基礎資料とするために行うものです。また、この調査の分析にあたっては、認定調査にかかる要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）及び給付データを使用させていただきます。その際、ご本人のお名前などの個人情報を伏せてデータ突合を行うため、表紙左上の識別番号を用います。本調査で得られた情報につきましては、上記の目的以外には利用いたしません。
- ☐ この調査でご回答頂いた内容は、集計・分析を委託する株式会社日本開発研究所三重に預託しますが、情報は適切に管理いたします。

1 調査対象者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〔あて名のご本人から見た続柄〕
- 3. 主な介護者以外の家族・親族〔あて名のご本人から見た続柄〕
- 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へ進む

問2で「2」または「3」と回答した方にお伺いします。

問2-② ご本人は、日中、一人になることがありますか。（1つを選択）

- 1. 週5日以上ある
- 2. 週に3～4日ある
- 3. 週に1～2日ある
- 4. 週に1日より少ない
- 5. ない

2 ご本人の生活の場についてお伺いします

すべての方にお伺いします。

問3 お住まいは、次のうちどれですか。(1つを選択)

- | | |
|---|-----------|
| 1. 持家（一戸建て） | } → 問4へ進む |
| 2. 持家（集合住宅） | |
| 3. 賃貸住宅、借家 | |
| 4. 居住系施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅） | } → 問4へ進む |
| 5. その他〔 | |

問3で「4」と回答した方にお伺いします。

問3-② 現在の居住系施設に入居した理由は何ですか。(複数選択可)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 自宅に介護者がいなかったから |
| 2. 自宅で一人きりになることが多かったから |
| 3. 医師やケアマネジャーなどに入居を勧められたから |
| 4. 将来の生活が不安だったから |
| 5. 家族に介護の負担をかけたくなかったから |
| 6. 特別養護老人ホーム等、希望する施設に空きがなかったから |
| 7. その他〔 |

再びすべての方にお伺いします。

問4 ご本人は、現在のお住まいに対し、今後に向けて不安がありますか。(複数選択可)

- | |
|----------------------|
| 1. 特にない |
| 2. 家賃が払っていけるか不安 |
| 3. 水道光熱費が払っていけるか不安 |
| 4. 家の維持修繕がしていけるか不安 |
| 5. 家の清掃がしていけるか不安 |
| 6. バリアフリーになっていない |
| 7. 狭い（介護ヘルパーが入れないなど） |
| 8. プライバシー面が不安 |
| 9. 防犯面が不安 |
| 10. 耐震性が低い |
| 11. 大雨の時に浸水の恐れがある |
| 12. その他〔 |

問5 ご本人は、これからの生活をどこでどのように送りたいとお考えですか。
(1つを選択)

- | |
|----------------------------|
| 1. 家族だけに介護してもらい、自宅で生活を続けたい |
| 2. 介護サービスを利用して、自宅で生活を続けたい |
| 3. 施設に入所・入居したい |
| 4. その他〔 |
| 5. わからない |

問6 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 →

施設名を記入してください

※「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。

3 ご本人の介護サービスへの希望などについてお伺いします

すべての方にお伺いします。

問7 現在、ご本人は住宅改修、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 → 問8へ進む
- 2. 利用していない

↓
問7で「2」と回答した方にお伺いします。

問7-② 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状態ではない
- 2. 本人がサービスの利用を希望しない
- 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〔

〕

再びすべての方にお伺いします。

問 8 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス（訪問型サービス、通所型サービス）とは、要支援の方や基本チェックリストで対象者になった方に対するサービスです。あなたは、このサービスを利用したことがありますか。（1つを選択）

- 1. 知っているし、利用したことがある
- 2. 知っているが、利用したことはない
- 3. 知らない

} 問 9 へ
進む

問 8 で「1」と回答した方にお伺いします。

問 8－② 利用しようと思ったきっかけは何ですか。（複数選択可）

- 1. 以前から要支援者向けのサービスを受けていたから
- 2. ケアマネジャーに勧められたから
- 3. 友人・知人に勧められたから
- 4. 介護予防のサービスを受けて、要介護にならないようにしたかったから
- 5. 他に良いサービスが無かったから
- 6. その他〔 〕

問 8－③ 利用してみて、いかがでしたか。（複数選択可）

- 1. 満足している
- 2. サービスの量（回数や時間）が少なかった
- 3. サービスの内容が不満だった
- 4. 職員の対応が不満だった
- 5. その他〔 〕

再びすべての方にお伺いします。

問 9 ご本人が現在、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 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物 | 10. その他〔 〕 |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

※ 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 10 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 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物 | 10. その他〔 〕 |
| 5. ゴミ出し | 11. 特になし |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

※ 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。

4 ご本人の傷病と通院などについてお伺いします

すべての方にお伺いします。

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

問 12 ご本人は、現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか。
（1つを選択）

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | → 問 13 へ進む |
|-------|--------|------------|

問 12 で「1」と回答した方にお伺いします。

問 12-② その頻度は次のどれですか。（1つを選択）

- | | | |
|----------|-------------|-------------|
| 1. 週1回以上 | 3. 月1回程度 | 5. 3か月に1回程度 |
| 2. 月2～3回 | 4. 2か月に1回程度 | |

問 12-③ ご本人は、通院に介助が必要ですか。（1つを選択）

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

再びすべての方にお伺いします。

問 13 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。（1つを選択）

なお、「訪問診療」とは、通院できない患者に対し、2週間に1回など医師が計画的に訪問する診療であり、急病時に医師を呼ぶ「往診」とは異なります。

- | | |
|------------|------------|
| 1. 利用している | → 問 14 へ進む |
| 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 で「2」と回答した方にお伺いします。

問 13-② 「訪問診療」を受けていない理由は何ですか。（複数選択可）

- | |
|------------------------------|
| 1. 自分で通院できるから |
| 2. 家族等が通院に付き添ってくれるから |
| 3. 訪問診療をしてくれるかかりつけ医が近くにいないから |
| 4. 訪問診療を受けることに抵抗があるから |
| 5. 訪問診療のことを知らなかったから |
| 6. 診療の必要がないから |
| 7. その他〔 〕 |

再びすべての方にお伺いします。

問 14 ご本人は、自宅で最期まで療養したいと思いますか。(1つを選択)

- 1. したい
- 2. したいが難しいと思う
- 3. したくない
- 4. わからない

問 15 自宅で最期まで療養するためには、どのようなことが必要だと思いますか。
(3つまでを選択)

- 1. かかりつけ医による定期的な訪問診療
- 2. 訪問看護（看護師の訪問）の 24 時間対応等の充実
- 3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）の 24 時間対応等の充実
- 4. 24 時間対応してくれる相談体制
- 5. 介護者への支援
- 6. 症状が急に悪くなったときの入院先の確保
- 7. 居住環境の整備
- 8. 経済的な支援
- 9. その他〔 〕
- 10. わからない

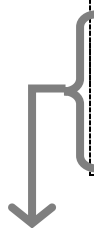
問 16 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）。(1つを選択)

1. ない



アンケートはこれで終了です。ご意見のある方は最後のページの記述欄にお書きください。

- 2. 家族・親族の介護はあるが、週に 1 日より少ない
- 3. 週に 1～2 日ある
- 4. 週に 3～4 日ある
- 5. ほぼ毎日ある



次ページの問 17 へ進む

ここからは主な介護者の方がお答えください。

ただし、主な介護者の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人（あて名の方）によるご回答・ご記入をお願いします。

ご本人のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です。

5 主な介護者の方についてお伺いします【介護者への質問】

すべての介護者の方にお伺いします。

問 17 主な介護者の方は、どなたですか。（1つを選択）

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

問 18 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 19 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 | 4. 40 代 | 7. 70 代 |
| 2. 20 代 | 5. 50 代 | 8. 80 歳以上 |
| 3. 30 代 | 6. 60 代 | 9. わからない |

問 20 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〕 | 〔生活援助〕 |
| 1. 日中の排泄 | 12. 食事の準備（調理等） |
| 2. 夜間の排泄 | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 4. 入浴・洗身 | |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 〔その他〕 |
| 6. 衣服の着脱 | 15. その他〔 〕 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 16. わからない |
| 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） | |

問 21 ご家族の中で、主な介護者の方以外に補助的な介護者はいますか。（1つを選択）

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 配偶者 | 4. 孫 | 7. いない |
| 2. 子 | 5. 兄弟・姉妹 | 8. わからない |
| 3. 子の配偶者 | 6. その他〔 〕 | |

問 22 ご家族やご親族の中で、ご本人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 23 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〕 | 〔生活援助〕 |
| 1. 日中の排泄 | 12. 食事の準備（調理等） |
| 2. 夜間の排泄 | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 4. 入浴・洗身 | |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 〔その他〕 |
| 6. 衣服の着脱 | 15. その他〔 〕 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 16. 不安に感じていることは、特にない |
| 8. 外出の付き添い、送迎等 | 17. わからない |
| 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） | |

問 24 主な介護者の方が介護する上で、どんなことに困っていますか。(3つまで選択可)

1. 特にない
2. 介護の方法がわからない
3. 本人が介護サービスを受けたがらない
4. 家族や親戚の人などの理解が足りない
5. 相談する人や悩みを聞いてくれる人がいない
6. 介護者の代わりがいない
7. 精神的に滅入ってしまう
8. 肉体的に疲れてしまう
9. 経済的な負担が大きい
10. 仕事との両立が難しい
11. 自分の時間がもてない
12. 健康状態に不安がある
13. 本人にあたったり、放っておいてしまうことがある
14. その他〔 〕
15. わからない

問 25 主な介護者の方が介護について相談したいとき、まずどこに相談しますか。
(1つを選択)

1. 家族・親族
2. 友人・知人・近所の人
3. ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）
4. 介護サービス事業者
5. 地域包括支援センター
6. 市役所【鈴鹿市保健センター、あいあい（亀山市総合保健福祉センター）を含む】
7. 鈴鹿亀山地区広域連合
8. 主治医（かかりつけ医）
9. 民生委員・児童委員
10. その他〔 〕
11. 相談するところがない
12. わからない

問 26 主な介護者の方は、介護に関する情報を得られていますか。(1つを選択)

1. 十分得られている
2. ある程度得られている
3. 得られていない
4. わからない

問 27 主な介護者の方は、介護に関する情報をどのような方法で入手していますか。
(複数選択可)

1. 家族・親族
2. 友人・知人・近所の人
3. ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）
4. 介護サービス事業者
5. 地域包括支援センター
6. 市役所【鈴鹿市保健センター、あいあい（亀山市総合保健福祉センター）を含む】
7. 鈴鹿亀山地区広域連合
8. 主治医（かかりつけ医）
9. 民生委員・児童委員
10. 広報紙やパンフレット
11. 新聞・テレビ等
12. インターネット
13. その他〔 〕
14. 情報の入手先がない
15. わからない

6 主な介護者の方の就労についてお伺いします【介護者への質問】

すべての介護者の方にお伺いします。

問 28 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. わからない
- 問 29 へ進む

※「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 28 で「1」または「2」と回答した方にお伺いします。

問 28-② 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。（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. わからない

問 28-③ 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. わからない

問 28-④ 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. わからない

7 ご本人(あて名の方)の介護・療養生活についてお伺いします 【介護者への質問】

すべての介護者の方にお伺いします。

問 29 今後、ご本人(あて名の方)の介護についてどのようにお考えですか。(1つを選択)

- | | | |
|----------------------------|---|--------------|
| 1. 家族のみで、自宅で介護をしたい | } | 問 30 へ
進む |
| 2. 介護サービスを利用しながら、自宅で介護をしたい | | |
| 3. 施設に入所・入居させたい | } | 問 30 へ
進む |
| 4. その他〔 | | |
| 5. わからない | | |

問 29 で「3」と回答した方にお伺いします。

問 29-② どのような条件が整えば、自宅で生活をすることができますか。
(3つまで選択可)

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. 在宅で十分な量の介護サービスを受けられる | |
| 2. 夜間など、急な状態の変化にも対応できる体制 | |
| 3. 在宅でも専門的な介護サービスを受けられる | |
| 4. 在宅で十分な医療を受けられる | |
| 5. 介護しやすいような住宅への改修 | |
| 6. 一人歩き等の見守りなど、地域の支援 | |
| 7. 介護している方への支援 | |
| 8. 家事、外出など生活面の手助け | |
| 9. その他〔 | 〕 |
| 10. わからない | |

再びすべての介護者の方にお伺いします。

問 30 主な介護者の方は、ご本人(あて名の方)を自宅で最期まで療養させたいと思いますか。(1つを選択)

- | | | |
|----------------|-----------|------------|
| 1. させたい | 3. させたくない | } 問 31 へ進む |
| 2. させたいが難しいと思う | 4. わからない | |

問 30 で「1」または「2」と回答した方にお伺いします。

問 30-② 自宅で最期まで療養するためには、どのようなことが必要だと思いますか。
(3つまで選択可)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. かかりつけ医による定期的な訪問診療 | |
| 2. 訪問看護(看護師の訪問)の24時間対応等の充実 | |
| 3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)の24時間対応等の充実 | |
| 4. 24時間対応してくれる相談体制 | |
| 5. 介護者への支援 | |
| 6. 症状が急に悪くなったときの入院先の確保 | |
| 7. 居住環境の整備 | |
| 8. 経済的な支援 | |
| 9. その他〔 | 〕 |
| 10. わからない | |

再びすべての介護者の方にお伺いします。

問 31 ご本人（あて名の方）が人生の終末期のことについて話している人はいますか。
（複数選択可）

- 1. 家族・親族
- 2. 医師
- 3. ケアマネジャー
- 4. 弁護士や司法書士
- 5. その他〔
- 6. そのような人はいない
- 7. わからない

〕

問 32 認知症は、単なる物忘れとは異なり、アルツハイマー病や脳血管障害などの病気が主な原因となって引き起こされるため、予防したり、進行を遅らせたりすることができると言われています。主な介護者の方は認知症についてどの程度知っていますか。（1つを選択）

- 1. よく知っている
- 2. ある程度知っている
- 3. 知らない

問 33 「認知症サポーター」（認知症に関する学習会を受講し、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者）についてご存じですか。（1つを選択）

- 1. 知っている
- 2. 聞いたことはある
- 3. 知らない

問 34 認知症について相談する場合、どの相談窓口にご相談しますか。（複数選択可）

- 1. 認知症初期集中支援チーム
- 2. ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）
- 3. 介護サービス事業者
- 4. 地域包括支援センター
- 5. 市役所【鈴鹿市保健センター、あいあい（亀山市総合保健福祉センター）を含む】
- 6. 鈴鹿亀山地区広域連合
- 7. 主治医（かかりつけ医）
- 8. 認知症専門の医療機関
- 9. その他〔
- 10. 相談するところがない
- 11. わからない

〕

問 35 ご本人（あて名の方）には認知症の症状がみられますか。（1つを選択）

- | | |
|-----------------|------------|
| 1. 特にみられない | → 問 36 へ進む |
| 2. その疑いがあるように思う | |
| 3. 認知症の診断を受けている | |
| 4. わからない | → 問 36 へ進む |

問 35 で「2」または「3」と回答した方にお伺いします。

**問 35-② 認知症に対して、主な介護者の方が困っていることは何ですか。
（3つまで選択可）**

- | |
|--------------------------------|
| 1. 特にない |
| 2. 一人歩きをしたり、夜間に行動するなど、目が行き届かない |
| 3. 介護者に対する暴力や暴言がある |
| 4. 地域に対する引け目を感じてしまう |
| 5. 家族や地域の人などの理解が足りない |
| 6. 介護の方法が分からない |
| 7. 本人が受診したがない |
| 8. 本人が介護サービスを受けたがない |
| 9. サービスが認知症にうまく対応できていない |
| 10. 認知症に対応した施設に空きがない |
| 11. 精神的に滅入ってしまう |
| 12. 肉体的に疲れてしまう |
| 13. 本人にあたったり、放っておいてしまうことがある |
| 14. その他〔 |
| 15. わからない |

再びすべての介護者の方にお伺いします。

問 36 認知症の人が地域の中で暮らしていくために、どのようなことが必要だと思いますか。（3つまで選択可）

- | |
|-------------------------|
| 1. 認知症サポーターの養成 |
| 2. 認知症の人を見守る地域づくり |
| 3. 認知症の人への声のかけ方などの理解・啓発 |
| 4. 認知症カフェなどの交流の場づくり |
| 5. 一人歩き等を発見するための協力体制 |
| 6. その他〔 |
| 7. わからない |

問 37 認知症などにより物事の判断能力が十分でない人に代わり、家庭裁判所が選んだ「成年後見人」が財産管理などを行う制度（成年後見制度）があります。主な介護者の方は、「成年後見制度」のことをご存じですか。（1つを選択）

- | |
|-------------|
| 1. 知っている |
| 2. 聞いたことはある |
| 3. 知らない |

問 38 成年後見や財産管理などについて相談する場合、どの相談窓口にご相談しますか。
(複数選択可)

1. ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）
2. 介護サービス事業者
3. 地域包括支援センター
4. 市役所【鈴鹿市保健センター、あいあい（亀山市総合保健福祉センター）を含む】
5. 鈴鹿亀山地区広域連合
6. 弁護士、司法書士
7. 成年後見サポートセンター
8. その他〔 〕
9. 相談するところがない
10. わからない

問 39 成年後見や財産管理などが必要になった場合、どのようなことに不安を感じますか。
(複数選択可)

1. 特に不安に感じることはない
2. どのようなタイミングで制度を利用すべきか
3. 手続きなどが難しく、面倒なのではないか
4. 家族などが制約を受けるのではないか
5. 弁護士などに頼む費用がかさむのではないか
6. その他〔 〕

8 地域における支援体制(地域包括ケア)についてお伺いします 【介護者への質問】

すべての介護者の方にお伺いします。

問 40 鈴鹿亀山地区には、介護サービスなどに関する身近な相談の場として、鈴鹿市内に8か所、亀山市内に2か所の「地域包括支援センター」があります。地域包括支援センターをご存知ですか。(1つを選択)

1. 自分の居住する地区を担当するセンターを知っている
2. 地域包括支援センターのことは知っているが、自分の居住する地区を担当するセンターがどこにあるのか知らない
3. 地域包括支援センターのことは知らない

問 41 地域包括支援センターは、令和3年4月から箇所数が増え、担当区域が狭くなり、きめ細やかな対応が可能になりました。このことはご存知でしたか。(1つを選択)

1. 知っていた
2. 知らなかった

問 42 「地域包括支援センター」の役割として知っているものはどれですか。
(複数選択可)

1. 要介護となる恐れのある高齢者を早期発見し、介護予防を行う
2. 高齢者虐待の相談、対応
3. 成年後見制度の利用支援
4. 介護のことや介護保険利用等の総合相談窓口
5. 要支援の認定を受けた人、基本チェックリスト該当者の介護予防ケアマネジメントの実施
6. 生活機能の低下がみられた方（要介護認定の非該当者、基本チェックリスト該当者等）に向けたプログラム（介護予防教室等）の実施・紹介
7. 高齢者を支援するための地域の見守りネットワークづくり
8. 高齢者が抱える問題に対し、解決に向けた関係機関のネットワークづくり
9. ケアマネジャーへの支援や指導
10. 知らない

問 43 ご本人（あて名の方）の住んでいる地域には、住民どうしの支え合い活動（サロン活動、ごみ出し・草取りなどの手助け、買い物の付き添いなど）がありますか。また、その活動による手助けを利用していますか。（1つを選択）

1. あり、利用している
2. あるが、利用していない
3. ない
4. わからない

【ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください】

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ご返送ください。