
いきいき高齢者プランまいばら 第9期介護保険事業計画／高齢 者福祉計画の策定に伴う高齢者 等実態調査について

米原市高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

【在宅介護実態調査】

日頃から米原市政へのご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、要介護認定を受けた方およびその介護者の方の実態等を調査し、安心して暮らせる高齢社会実現の基礎資料とするため、アンケートを実施しています。

このアンケートは、厚生労働省が示す「在宅介護実態調査」の内容を基本として実施するものです。お答えいただいた内容については、統計的に処理いたしますので、皆様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。また、本調査票にご記入いただいた内容が、要介護認定の審査判定に影響を与えることはありません。お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、同意書にご署名の上、ご回答くださいますようお願いのほどよろしくお願いいたします。

なお、調査結果および認定データにつきましては、個人情報を含む情報として、米原市個人情報保護条例に則って適正に取扱います。

米原市長 様

「在宅介護実態調査」に係る認定データの活用に係る同意書

今回実施するアンケートに係る認定データは、市における「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の基礎資料とし、よりよいサービスを検討することを目的に認定データの活用について同意します。

令和 年 月 日

ご署名 _____

※調査対象者名(封筒のあて名の方)をご記入ください。

令和4年10月

米原市

◇ご記入の前に

- ・ この調査は封筒のあて名の方およびその介護者の方が対象となります。
- ・ 回答は令和4年10月1日現在の内容でお答えください。
- ・ 回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・ 事情によりご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただき、ご本人の意思を尊重して代わりにご回答くださいますようお願いいたします。
- ・ 対象の方がなんらかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかに○をつけて返送してください。

1. 入院中	2. 施設等入所	3. 死亡	4. その他
--------	----------	-------	--------

◇調査票の回収について

- ・ ご記入いただいた調査票は、切手を貼らずに同封の返信用封筒に入れ、令和4年11月14日（月）までに投函くださるようお願いいたします。

◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所 暮らし支援部 高齢福祉課

TEL : 0749-53-5122 FAX : 0749-53-5119

問1 現在、この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。(○は1つ)

1. 調査対象者(あて名の方)ご本人
2. 主な介護者となっているご家族・ご親族
3. 主な介護者以外のご家族・ご親族
4. ケアマネジャー
5. その他

1 あなた(あて名の方)やご家族について

問2 世帯について、ご回答ください。(○は1つ)

1. 一人暮らし
2. 夫婦のみの世帯
3. その他

問3 <問2で「3. その他」と回答した方のみ>ご自分を含めて何人で暮らしていますか。(○は1つ)

1. 2人
2. 3人
3. 4人
4. 5人
5. 6人以上

問4 <問2で「3. その他」と回答した方のみ>同居されている方はどなたですか。(あてはまるものに○)

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. その他

問5 <問2で「2. 夫婦のみの世帯」「3. その他」と回答した方のみ>日中、一人になることがありますか。(○は1つ)

1. よくある(週4回以上)
2. たまにある(週1~3回程度)
3. ない

問6 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(あてはまるものに○)

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. 難病(パーキンソン病除く)
9. 糖尿病
10. 視覚・聴覚障がい
11. 腎疾患(透析)
12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱
14. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)
15. その他()
16. わからない

2 家族介護の状況について

問7 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)。(○は1つ)

1. ない
 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
- } 問13へ
} 問8へ

問8 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つ)

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

<p>問9 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つ)</p> <p>1. 男性 2. 女性 3. その他</p>
<p>問10 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)</p> <p>1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代</p> <p>6. 60代 7. 70代 8. 80歳以上 9. わからない</p>
<p>問11 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。(あてはまるものに○)</p> <p>〔身体介護〕</p> <p>1. 日中の排泄 2. 夜間の排泄 3. 食事の介助（食べる時）</p> <p>4. 入浴・洗身 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） 6. 衣服の着脱</p> <p>7. 屋内の移乗・移動 8. 外出の付き添い、送迎等 9. 服薬</p> <p>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）</p> <p>〔生活援助〕</p> <p>12. 食事の準備（調理等） 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）</p> <p>14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>〔その他〕</p> <p>15. その他（ ） 16. わからない</p>
<p>問12 ご家族やご親族の中で、ご本人（あて名の方）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。(あてはまるものに○)</p> <p>1. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない 2. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）</p> <p>3. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く） 4. 主な介護者が転職した</p> <p>5. 主な介護者以外の家族・親族が転職した 6. わからない</p> <p>※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。</p>

<p>3 介護保険サービスについて</p>
<p>問13 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入<u>以外</u>)介護保険サービスを利用していますか。(○は1つ)</p> <p>1. 利用している → 問15へ 2. 利用していない → 問14へ</p>
<p>問14 <前問で「2. 利用していない」と回答した方のみ>介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(あてはまるものに○)</p> <p>1. 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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため</p> <p>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</p> <p>9. その他（ ）</p>

問15 あなたは将来どのような生活を送りたいとお考えですか。(○は1つ)

1. 自宅で介護サービスを利用せず、家族の世話で暮らしたい
2. デイサービスやショートステイなどを利用しながら、ずっと在宅で生活したい
3. 安否確認などのサービスを受けることができる高齢者向けの賃貸住宅等で生活したい
4. 入浴や食事など日常生活の介助等を受けることができる特別養護老人ホームなどの施設で生活したい
5. その他 ()

問16 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。(○は1つ)

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 → 問18へ
3. すでに入所・入居申し込みをしている → 問17へ

※「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。

【特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム】

介護の必要な高齢者に入浴、排泄、食事等の日常の世話、健康管理、機能訓練、療養上の世話をする施設。

【老人保健施設】

比較的病状の安定している人が、医学的管理のもとで介護、看護、リハビリテーションを受けながら在宅復帰を目指す施設。

【介護医療院】

慢性期疾患などで長期的な療養を必要とする要介護者のための施設。介護療養型医療施設(療養病床)が廃止となり(移行期間あり)、新たに介護医療院が制度化された。

【特定施設、地域密着型特定施設】

介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など。

【グループホーム】

認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で共同生活し、入浴、排泄、食事等の日常の世話、機能訓練を行い、能力に応じ自立した生活を営む施設。

問17 <前問で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」と回答した方のみ>申請中の施設の種別と入所待機期間を記入してください。

1. 特別養護老人ホーム ⇒待機期間 年 か月
2. 老人保健施設 ⇒待機期間 年 か月
3. 介護医療院 ⇒待機期間 年 か月
4. グループホーム ⇒待機期間 年 か月
5. その他 () ⇒待機期間 年 か月

問18 高齢化の進展に伴い、介護保険サービスにかかる費用が増大し、介護保険料等も上昇していくことが見込まれています。このような状況をふまえ、保険料と介護保険サービスとの関係について、あなたのお考えにもっとも近いものはどれですか。(○は1つ)

1. 保険料や利用料が増えても、もっとサービスを充実してほしい
2. 真に必要なサービスに重点を置くなどして、できるだけ介護保険料等の上昇を抑えるべきである
3. サービスを減らしてでも、保険料等を下げるべきである
4. わからない

4 介護保険以外のサービスについて

問19 現在、利用している、「介護保険サービス以外（自費）」の支援・サービスについて、ご回答ください。（あてはまるものに○）

- | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 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. 緊急通報 | 10. サロンなどの定期的な通いの場 | |
| 11. その他（ ） | 12. 利用していない | |

※総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。総合事業とは、事業対象者、要支援1・2の人が利用できるサービスです。

問20 今後の在宅生活の継続・充実に必要と感じる支援・サービスについて、ご回答ください。（あてはまるものに○）

- | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 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. 緊急通報 | 10. サロンなどの定期的な通いの場 | |
| 11. その他（ ） | 12. 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。

5 人生の最期（看取り）について

問21 あなたは、人生の最期（看取り）をどこで迎えたいですか。（○は1つ）

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. 自宅 | 2. 病院などの医療施設 |
| 3. 老人保健施設、特別養護老人ホームなどの介護保険施設 | |
| 4. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など | |
| 5. その他（ ） | 6. わからない |

問22 ご本人（あて名の方）は、現在、訪問診療（往診）を利用していますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------|------------|
| 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23 ご本人（あて名の方）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。（あてはまるものに○）

- | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------|
| 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. 難病（パーキンソン病除く） | 9. 糖尿病 | |
| 10. 視覚・聴覚障がい | 11. 腎疾患（透析） | |
| 12. 脊椎損傷 | 13. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） | |
| 14. その他（ ） | 15. わからない | |

6 介護予防について

問24 健康づくりや、介護が必要な状態が悪化しないため、日ごろから取り組んでいることはありますか。(○は1つ)

1. ある → 問25 へ 2. 特にない → 問26 へ

問25 <前問で「1. ある」と回答した方のみ>健康づくりや、介護が必要な状態が悪化しないため、日ごろから取り組んでいることはどれですか。(あてはまるものに○)

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1. 休養や睡眠を十分にとる | 2. 規則正しい生活を送る |
| 3. 栄養のバランスの取れた食事をとる | 4. 定期的に健康診断をうける |
| 5. 酒やたばこを控える | 6. 散歩や体操など定期的な運動を続ける |
| 7. 口や歯の手入れをこまめに行う | 8. よく噛んで食べる |
| 9. できるだけ外出をする | 10. 気持ちをなるべく明るくもつ |
| 11. ボランティアなどの社会活動に積極的に参加する | 12. その他 () |

問26 <問24で「2. 特にない」と回答した方のみ>「特にない」と答えられたのはなぜですか。(あてはまるものに○)

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. 興味・関心がない | 2. 体力や気力がない |
| 3. どのようなことに取り組んでよいかわからない | 4. 時間的な余裕がない |
| 5. 金銭的な余裕がない | 6. その他 () |

7 生きがい・社会参加について

問27 現在、興味・関心のあること、あるいは今後取り組んでみたいことはどのようなものですか。(あてはまるものに○)

1. 新たな資格や技術を身につけること
2. 地域活動やボランティア活動等を通じて社会貢献をすること
3. スポーツや体操、運動などをすること
4. 芸術・文化活動などをすること
5. その他 ()
6. 特に興味・関心のあることはない

問28 現在、市内では多くの高齢者が、様々な活動の担い手として活躍されています。今後ますます高齢化が進む中、社会貢献についてどのように考えますか。(○は1つ)

1. 積極的に社会貢献したい
2. 自分のできる範囲で社会貢献したい
3. 高齢者に負担をもとめるべきではない
4. その他 ()
5. わからない

8 相談と地域との関わりについて

問29 心配事がある場合に誰に相談をしていますか。(あてはまるものに○)

1. 家族・親戚（配偶者・子・兄弟姉妹など）
2. 友人・知人
3. ケアマネジャーなどの介護関係者
4. かかりつけ医などの医療関係者
5. 市役所や地域包括支援センターなどの行政関係者
6. 民生委員・児童委員や福祉協力員などの地域の役員
7. その他（ ）
8. 相談できる人はいない

問30 ふだん、近所で親しく付き合っている人はいますか。(○は1つ)

1. 何か困ったときに助け合える親しい人がいる
2. お互い訪問し合う程度の人がある
3. 立ち話をする程度の人がある
4. あいさつをかわす程度の人がある
5. ほとんど付き合いはない
6. その他（ ）

9 成年後見制度等について

問31 認知症の高齢者や障がいのある人が、地域で自立した生活が送れるよう、生活支援員による福祉サービスの利用援助や日常的金銭管理を行う日常生活自立支援事業を知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている
2. 知らない
3. 利用している

問32 判断能力の不十分な方々の権利を擁護するための成年後見制度を知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている
2. 知らない
3. 利用している

※「成年後見制度」とは、判断能力が不十分な方々の権利を擁護するため、財産処分や管理などの法律行為に関する援助を行う制度です。

問33 成年後見制度の利用促進のための課題は何だと思えますか。(あてはまるものに○)

1. 成年後見制度やその手続き等について知る機会がない
2. 成年後見制度が分かりにくい
3. 成年後見制度についての相談先が分からない
4. 手続きが難しい、手続きの支援をしてもらえるところがない
5. 利用開始までに時間がかかる
6. 費用の負担が大きい（申立費用、後見報酬）
7. 後見人に手続きや契約、金銭管理を安心して任せられない
8. 市民後見人、法人後見事業の普及が進まない
9. その他（ ）
10. わからない

10 高齢者福祉の施策について

問34 高齢者にとって住みよいまちをつくるために、何に重点をおくべきだと思いますか。

(あてはまるものに○)

1. 健康づくりや介護予防に関連した事業の充実
2. 高齢者の生きがいづくりや仲間づくりの支援・社会参加の促進
3. 認知症高齢者施策の充実
4. 財産管理や成年後見などの権利擁護の充実
5. 虐待を防止する制度や取組の充実
6. 高齢者の就業や起業、NPO活動などへの支援の充実
7. 介護に関する相談窓口や相談体制の整備
8. 在宅介護のためのヘルパーやショートステイなどのサービスの充実
9. 特別養護老人ホームや認知症グループホームなどの介護施設の整備
10. 高齢者に配慮した賃貸住宅などの住宅整備の促進
11. 在宅で介護する家族に対する支援の充実
12. 利用者が介護サービスを適切に選択することができる情報の提供
13. 病院や診療所などの医療機関の充実
14. その他 ()

問35 令和2年以降の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、起きたことや困ったことはありますか。(あてはまるものに○)

1. 不安を強く感じたり、いらいらしたりした
2. 検査やワクチンを受けるのに苦労した
3. 日中を過ごす場所に困った(通所先が閉鎖された等)
4. 外出の頻度が少なくなった
5. 治療やリハビリが中止や延期になった
6. 福祉サービスの利用ができなかった、しづらくなった
7. 家族・親戚・友人などに会う機会が減った
8. 経済的に苦しくなった
9. その他 ()

問36 地震や水害等の災害発生時に向けた準備に取り組んでいることはありますか。(あてはまるものに○)

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 居住地の災害リスクの確認 | 2. 避難する場所の環境確認 |
| 3. 持ち出し荷物の準備 | 4. 支援者との連絡方法の確保 |
| 5. 災害に関する情報源の確保 | 6. 避難する場所への避難方法の確保 |
| 7. 医薬品や機材(医療機器の電源等)等の備蓄 | 8. 家で避難生活するための備蓄 |
| 9. 地域の防災訓練への参加 | 10. 家具の固定 |
| 11. その他 () | 12. 何もしていない |

◆ここからは、主な介護者の方（あて名の方を介護している方）におうかがいします。（介護をしている方がいない場合は回答不要です。）

11 介護と仕事の両立等について

問37 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。（○は1つ）

- | | | |
|-----------------------|---|--------|
| 1. フルタイムで働いている | } | 問 38 へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問 41 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38 <問37で「1.」「2.」と回答した方のみ>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。（あてはまるものに○）

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39 <問37で「1.」「2.」と回答した方のみ>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。（○は3つまで）

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 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40 <問37で「1.」「2.」と回答した方のみ>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。（○は1つ）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 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41 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）。（○は3つまで）

〔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42 介護するうえで、どんなことに困っていますか。（あてはまるものに○）

1. 身体的な負担感がある（疲労が蓄積している、睡眠不足等）
2. 精神的な負担感がある（将来に不安を感じる、相談相手がいない等）
3. 経済的な負担感がある（家計を圧迫している、貯金を切り崩している等）
4. 介護を手伝ってくれる身近な存在がいない
5. 利用できる社会資源がわからない
6. 仕事や子育て等と介護の両立が困難である
7. その他（ ）
8. 特にない

問43 介護で困ったことがあるときは誰に相談しますか。（あてはまるものに○）

1. 家族・親戚（配偶者・子・兄弟姉妹など）
2. 友人・知人
3. ケアマネジャーなどの介護関係者
4. かかりつけ医などの医療関係者
5. 市役所や地域包括支援センターなどの行政関係者
6. 民生委員・児童委員や福祉協力員などの地域の役員
7. その他（ ）
8. 相談できる人はいない

問44 あなたが介護している人には、認知症と思われる症状がありますか。（○は1つ）

1. 重い症状がある
2. 軽い症状がある
3. ない

問45 <前問で「1. 重い症状がある」「2. 軽い症状がある」と回答した方のみ>認知症の人や家族、支援する人達が参加して、悩みを打ち明けたり、情報交換を行う「認知症カフェ」や市役所閉庁日の土曜日、日曜日に介護等の相談ができる「ちょっと相談所」を知っていますか。（あてはまるものに○）

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46 <問 44 で「1. 重い症状がある」「2. 軽い症状がある」と回答した方のみ>

介護者の負担軽減のためどんな場が欲しいと思いますか。(あてはまるものに○)

1. 介護者同士で情報交換や気楽に話せる場
2. 男性介護者の集い
3. 専門職に相談できる場
4. 介護について学べる場
5. 気分がリフレッシュできる活動の場
6. その他 ()
7. 欲しいと思わない

介護保険制度や高齢者福祉等に関するご意見・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。

高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

【介護保険施設等利用者調査】

日頃から米原市政へのご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、施設等を利用されている皆様が、介護サービスの内容等について日ごろ感じられていることをお聞かせいただき、今後の介護保険制度の運営に活かしていくために、アンケートを実施しています。

ご記入いただいた内容については、すべて統計的に処理いたしますので、回答者個人が特定されたり個々の回答内容が他にもれたりすることは一切ありません。

お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和4年10月

米原市

◇ご記入の前に

- ・この調査は封筒のあて名の方が対象となります。
- ・回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・回答は令和4年10月1日現在の内容でお答えください。
- ・事情によりご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただき、ご本人の意思を尊重して代わりにご回答くださいますようお願いいたします。
- ・対象の入所（院）の方がなんらかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかに○をつけて返送してください。

1. 入院中（介護療養型医療施設・介護医療院以外）

2. 退所（院）

3. 死亡

4. その他

◇調査票の回収について

- ・ご記入いただいた調査票は、無記名で切手を貼らずに同封の返信用封筒に入れ、**令和4年11月14日（月）**までに投函くださるようお願いいたします。

◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所 暮らし支援部 高齢福祉課

TEL：0749-53-5122 / FAX：0749-53-5119

1 回答者について

問1 この調査票に記入するのはどなたですか。(○は1つ)

- | | |
|------------------------|------------|
| 1. ご本人 (入所 (院) されている方) | 2. 家族 |
| 3. 施設職員 | 4. その他 () |

2 ご本人について

問2 あなた (入所 (院) されている方) の性別を教えてください。(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問3 あなた (入所 (院) されている方) の年齢を教えてください。(○は1つ)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 2. 65～69歳 | 3. 70～74歳 | 4. 75～79歳 |
| 5. 80～84歳 | 6. 85～89歳 | 7. 90歳以上 | |

問4 あなたの入所 (院) 前のお住まいはどちらですか。(○は1つ)

- | | | | |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 山東地域 | 2. 伊吹地域 | 3. 米原地域 | 4. 近江地域 |
|---------|---------|---------|---------|

問5 現在の入所 (院) 施設の種類のどれですか。(○は1つ)

- | |
|---|
| 1. 介護老人福祉施設等 (特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム) |
| 2. 介護老人保健施設 (老人保健施設) |
| 3. 介護医療院、介護療養型医療施設 (療養病床) |
| 4. グループホーム |
| 5. その他 () |

【介護老人福祉施設等 (特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム)】

介護の必要な高齢者に入浴、排せつ、食事等の日常の世話、健康管理、機能訓練、療養上の世話をする施設。

【介護老人保健施設 (老人保健施設)】

比較的病状の安定している人が、医学的管理のもとで介護、看護、リハビリテーションを受けながら在宅復帰を目指す施設。

【介護医療院】

慢性期疾患などで長期的な療養を必要とする要介護者のための施設。介護療養型医療施設 (療養病床) が廃止となり (移行期間あり)、新たに介護医療院が制度化された。

【認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)】

認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で共同生活し、入浴、排せつ、食事等の日常の世話、機能訓練を行い、能力に応じ自立した生活を営む施設。

問6 あなたが入所 (院) している部屋の形態は、次のどれですか。(○は1つ)

- | | | |
|------------|----------|--------|
| 1. ユニット型個室 | 2. 従来型個室 | 3. 多床室 |
|------------|----------|--------|

【ユニット型個室】 入所者の自立した生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共有スペースを備えている。

【従来型個室】 一つの居室を一人の入所者が占有する形態。

【多床室】 一つの居室を複数の入所者で利用する形態。

問7 入所（院）前の世帯は次のどれに当てはまりますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1. 一人暮らし | 2. 夫婦のみの世帯 |
| 3. その他の高齢者のみの世帯（きょうだい・親子など） | |
| 4. 65歳未満の家族との同居世帯 | 5. その他の世帯 |

問8 現在の施設に入所（院）してからどれくらいたちますか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. 3か月未満 | 2. 3か月～6か月未満 | 3. 6か月～1年未満 |
| 4. 1年～2年未満 | 5. 2年～3年未満 | 6. 3年～5年未満 |
| 7. 5年～10年未満 | 8. 10年以上 | |

問9 介護が必要になってどれくらいたちますか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. 3か月未満 | 2. 3か月～6か月未満 | 3. 6か月～1年未満 |
| 4. 1年～2年未満 | 5. 2年～3年未満 | 6. 3年～5年未満 |
| 7. 5年～10年未満 | 8. 10年以上 | |

問10 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。（あてはまるものに○）

- | | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| 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. 難病（パーキンソン病除く） | 9. 糖尿病 | |
| 10. 視覚・聴覚障がい | 11. 骨折・転倒 | |
| 12. 脊椎損傷 | 13. 高齢による衰弱 | |
| 14. その他（ ） | 15. わからない | |

問11 現在受けている医療処置はありますか。（あてはまるものに○）

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 1. 点滴の管理 | 2. 中心静脈栄養 |
| 3. 透析 | 4. ストーマの処置 |
| 5. 酸素療法 | 6. レスピレーター |
| 7. 気管切開の処置 | 8. 疼痛の看護 |
| 9. 経管栄養 | 10. モニター測定 |
| 11. 褥瘡の処置 | 12. カテーテル |
| 13. 喀痰吸引 | 14. インスリン注射 |
| 15. その他（ ） | |

問12 あなた（入所（院）している方）の要介護度は次のどれに該当しますか。

（○は1つ）

- | | | |
|---------|---------|----------------------|
| 1. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 |
| 4. 要介護4 | 5. 要介護5 | 6. その他（ ） |

問13 施設を利用した理由は何ですか。（あてはまるものに○）

- | |
|--|
| 1. 家庭では介護ができないから |
| 2. すぐには入所できないと聞いていたので、あらかじめ申請していたら入所できた |
| 3. 在宅介護は施設入所よりも金銭的負担が大きいから |
| 4. 介護者の体調がすぐれないから |
| 5. 家族の負担が大きいから |
| 6. まわりからすすめられたから |
| 7. その他（ ） |

問14 現在の施設をどのような理由で選びましたか。（あてはまるものに○）

- | | |
|--|--------------------|
| 1. 以前、利用したことがある | 2. ケアマネジャーのすすめ |
| 3. 評判がよい | 4. 自宅から近い |
| 5. 金額で選んだ | 6. チラシやセールスにより |
| 7. 家族・親族・知人からの紹介 | 8. かかりつけ医や入院先からの紹介 |
| 9. その他（ ） | |

問15 令和4年9月分の利用者負担金（日常生活費、差額ベッド代等を含みます）はどれくらいでしたか。（○は1つ）

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 50,000円以下 | 2. 50,001～70,000円 |
| 3. 70,001～90,000円 | 4. 90,001～110,000円 |
| 5. 110,001～130,000円 | 6. 130,001～150,000円 |
| 7. 150,001円以上 | 8. わからない |

問16 今後、どこで介護を受けたいとお考えですか。（○は1つ）

- | | | | |
|--|----------|---------|-------|
| 1. 自宅 | 2. 現在の施設 | 3. 他の施設 | 4. 病院 |
| 5. その他（ ） | | | |

問 17 <問 16で「3. 他の施設」と答えた方のみ>希望する施設はどの施設ですか。(〇は1つ)

1. 介護老人福祉施設等（特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 介護医療院、介護療養型医療施設（療養病床）
4. グループホーム
5. その他（ ）

3 成年後見制度について

問 18 判断能力の不十分な方々の権利を擁護するための成年後見制度を知っていますか。(〇は1つ)

1. 知っている
2. 知らない
3. 利用している

※「成年後見制度」とは、判断能力が不十分な方々の権利を擁護するため、財産処分や管理などの法律行為に関する援助を行う制度です。

問 19 成年後見制度の利用促進のための課題は何だと思えますか。(あてはまるものに〇)

1. 成年後見制度やその手続き等について知る機会がない
2. 成年後見制度が分かりにくい
3. 成年後見制度についての相談先が分からない
4. 手続きが難しい、手続きの支援をしてくれるところがない
5. 利用開始までに時間がかかる
6. 費用の負担が大きい（申立費用、後見報酬）
7. 後見人に手続きや契約、金銭管理を安心して任せられない
8. 市民後見人、法人後見事業の普及が進まない
9. その他（ ）
10. 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。

高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

【介護支援専門員調査】

日頃から米原市政へのご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、介護支援専門員の方が日ごろ業務を行なううえで、潜在化しているご意見やご要望等を把握し、よりよいサービスの提供をめざすため、アンケートを実施しています。

ご記入いただいた内容については、すべて統計的に処理いたしますので、回答者個人が特定されたり個々の回答内容が他にもれたりすることは一切ありません。

お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和4年10月

米原市

◇ご記入の前に

- ・回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・回答が「その他」にあてはまる場合は、() 内に具体的にご記入ください。

◇調査票の回答について

- ・この調査の回答は、令和4年11月14日（月）までをお願いいたします。

◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所 暮らし支援部 高齢福祉課

TEL : 0749-53-5122

FAX : 0749-53-5119

1 ご本人について

問1 あなたの性別を教えてください。(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問2 現在のあなたの年齢を教えてください。(○は1つ)

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|----------|
| 1. 20歳代 | 2. 30歳代 | 3. 40歳代 | 4. 50歳代 | 5. 60歳以上 |
|---------|---------|---------|---------|----------|

問3 ケアマネジャー業務に従事してどのくらいの経験がありますか。職場を変えている場合は累計の期間でお答えください。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上2年未満 | 3. 2年以上3年未満 |
| 4. 3年以上5年未満 | 5. 5年以上 | |

問4 あなたの勤務形態は次のどれに該当しますか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|------------|----------|
| 1. 常勤・専従 | 2. 非常勤・専従 | 3. 常勤・兼務 |
| 4. 非常勤・兼務 | 5. その他 () | |

2 ケアプランの作成について

問5 あなたが令和4年10月時点で担当しているケアプランの件数は何件ですか。
(それぞれ数字を記入)

- | | |
|---------------|-----------------|
| ①【介護】 _____ 件 | ②【介護予防】 _____ 件 |
|---------------|-----------------|

問6 ケアプランの作成を断ったことがありますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問6-1 問6で「1. ある」と回答されたその理由は何ですか。

()

問7 ケアプランに介護保険以外のサービスを取り入れていますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. いつも取り入れている | 2. 取り入れたことがある |
| 3. 取り入れたことはない | |

問7-1 問7で「3. 取り入れたことはない」に○を付けられた方におうかがいします。
取り入れていない理由は何ですか。(あてはまるものに○)

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. 利用できるサービスがないから | 2. 利用したいと思うサービスがないから |
| 3. 利用料などの負担が増加するから | 4. 本人が望まないから |
| 5. 手続き方法がわからないから | 6. 手続きがわずらわしいから |
| 7. 介護保険サービスで十分に対応できているから | |
| 8. その他 () | |

問8 サービス利用者宅をどの程度訪問していますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. 月に4回以上 | 2. 月に2～3回程度 | 3. 月に1回程度 |
| 4. 数か月に1回程度 | 5. なし | |

問9 ケアプランを立てるにあたり、生活機能の状態のほかに、どのようなことに気を付けていますか。(あてはまるものに○)

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 本人の意見を大事にすること | 2. 家族の意見を大事にすること |
| 3. 要介護状態の改善、若しくは悪化の防止 | 4. 生活背景 |
| 5. サービス利用に係る経済的な負担 | 6. 複合化した課題の有無 |
| 7. その他 () | |

問10 ケアプラン作成時に困難だと思われることは何ですか。(あてはまるものに○)

- | |
|--|
| 1. 主治医との連携がとりにくい |
| 2. サービス利用者・担当者との日程が合わずサービス担当者会議が開催できない |
| 3. サービス事業者・担当者からの情報が少ない |
| 4. 要介護度の認定結果がでるのに時間がかかる |
| 5. 提供事業者サービス提供票を送付するのに手間がかかる |
| 6. 介護予防ケアマネジメントが難しい |
| 7. 利用者や家族との想いの食い違い |
| 8. 複合化した課題への対応が難しい |
| 9. 介護保険外サービス（インフォーマルサービス）の情報が少ない |
| 10. その他 () |

問11 ケアプラン作成時に困ったことがあった場合どなたに相談されますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------|------------------|------------|
| 1. 同僚 | 2. 他の事業所のケアマネジャー | 3. 主治医 |
| 4. 市職員 | 5. 地域包括支援センター職員 | 6. その他 () |

問12 認知症利用者のケアマネジメントにおいて困難だと思われることは何ですか。(あてはまるものに○をし、「5. 本人の状態に合ったサービスがない」と回答した方は必要なサービスについてお答えください)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 本人の状態がつかみづらい |
| 2. 本人の同意が得られない |
| 3. 家族の同意が得られない |
| 4. 認知症対応の事業所が少ない |
| 5. 本人の状態に合ったサービスがない(具体的に必要なサービス:) |
| 6. 初期集中支援チームとの連携がしにくい |
| 7. 主治医との連携がしにくい |
| 8. 認知症疾患センターとの連携がしにくい |
| 9. その他 () |

3 ケアマネジメントの質の向上について

問13 サービスの質の向上に向けた研修に参加していますか。(〇は1つ)

2.～4.に〇をつけられた方はその理由をご記入ください。

1. 法人内および外部の研修に参加 2. 法人内の研修にのみ参加→(外部研修に参加しない理由) 3. 外部の研修にのみ参加 →(法人内研修に参加しない理由) 4. 研修には参加していない→(研修に参加していない理由)	}	→	
---	---	---	--

問14 今、一番あなたにとって必要だと思う研修は何ですか。(〇は1つ)

1. 適切なケアマネジメント手法	2. BPC策定研修
3. 介護情報システムを活かしたマネジメント研修	4. ケアマネジャーが果たす役割
5. ACP研修	6. 個別から地域づくりへの展開
7. 受けたいと思わない	8. その他 ()

問15 ケアプラン会議での多職種からの意見をもらえる機会についてお答えください。(〇は1つ)

1. 参加しケアマネジメントの参考になった	2. 参加したが参考にならなかった
3. 参加したことがないが今後参加していきたい	4. 参加したいと思わない
5. その他 ()	

問16 利用者やその家族からの苦情を受けたことはありますか。(〇は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

問16-1 問16で「1. ある」に〇を付けられた方におうかがいします。

どのような内容でしたか。(あてはまるものに〇)

1. サービスの質	2. サービスの不足	3. 介護保険制度に関すること
4. 要介護認定の結果	5. 利用者が負担する費用	6. ケアプランの内容
7. その他 ()		

4 医療との連携状況について

問17 日ごろから医療との連携をとっていますか。(〇は1つ)

1. 連携はとれている	3. 連携はとれていない
2. どちらともいえない	

問17-1 問17で「2. どちらともいえない」「3. 連携はとれていない」と答えた方におうかがいします。医療との連携がとれていない理由は何ですか。(あてはまるものに〇)

1. 日時などが合わない	2. 医師の理解が得られない
3. 自分自身の医療的な知識が不足している	4. 医師の介護保険制度に対する理解が少ない
5. 連携の必要性を感じない	6. その他 ()

問 18 あなたの担当している利用者で、これまでに在宅での看取りをしたケースはありますか。

(○は1つ)

- | | | | |
|---------|---------|-----------|--------|
| 1. 1人いる | 2. 数人いる | 3. 5人以上いる | 4. いない |
|---------|---------|-----------|--------|

問 19 在宅での看取りで、最も大切だと思うことは何ですか。(○は1つ)

- | | | |
|------------------|--------------|------------------|
| 1. 在宅医療の充実 | 2. 介護サービスの充実 | 3. 関係者の在宅看取りへの理解 |
| 4. 利用者家族の認識・心づもり | 5. その他 () | |

問 20 地域包括支援センターへ期待することは何ですか。(あてはまるものに○)

- | |
|---|
| 1. 介護予防ケアマネジメントを通じた介護予防 |
| 2. 地域の総合相談窓口 |
| 3. 主治医との連携 |
| 4. 支援困難事例に対する個別指導・相談 |
| 5. 給付管理に対する個別指導・相談 |
| 6. 居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーと協働した事業展開やネットワークづくり |
| 7. 多職種協働・連携による包括的・継続的ケアマネジメント支援 |
| 8. フォーマルサービスとインフォーマルサービスの調整 |
| 9. 地域民生委員等の支援者とのつなぎ |
| 10. 高齢者の虐待防止・権利擁護 |
| 11. 居宅介護支援事業所への訪問における相談体制 |
| 12. 居宅介護支援事業所間の情報交換の場の設定 |
| 13. その他 () |

5 高齢者虐待について

問 21 家庭内における高齢者虐待の事例を経験(担当)したことがありますか。

(いずれかに○をし、あると答えた方は相談先にあてはまるものに○を記入してください)

1. ある	1. 市役所の窓口	2. 地域包括支援センター	3. 民生委員
2. ない	4. 保健所	5. 警察	6. その他(具体的に:)

問 22 高齢者虐待への対応として必要な制度や仕組みはどのようなものだと思いますか。(○は3つまで)

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. 相談窓口の設置、明確化 | 2. 関係機関のネットワークの強化 |
| 3. 対応マニュアルの作成 | 4. 介護者への援助の充実 |
| 5. 住民への啓発 | 6. 関係機関や職員への研修 |
| 7. 緊急一時保護施設の確保 | 8. 地域福祉権利擁護事業の充実 |
| 9. 成年後見制度への積極的な取り組み | 10. 警察・司法との連携・介入 |
| 11. 家族介護者を対象とした介護相談の充実 | 12. その他 () |

6 ケアマネジメント全般について

問 23 ケアマネジャーの業務として難しいことは何ですか。(あてはまるものに○)

1. サービス調整	2. 家族間調整
3. 地域民生委員との連携	4. ケアプランの作成
5. ニーズのとらえ方	6. モニタリング
7. 給付管理	8. 認知症ケースへの対応
9. 虐待ケースへの対応	10. 経済的困窮ケースへの対応
11. 制度の理解	12. 複合的課題ケースへの対応
13. その他 ()	

7 介護保険全般について

問 24 不足していると感じている介護保険サービスはありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

問 24-1 問 24 で「1. ある」に○を付けられた方におうかがいします。
不足しているサービスは以下のどれですか。(あてはまるものに○)

No	サービス名	回答	No	サービス名	回答
1	居宅介護支援		14	特定福祉用具販売	
2	訪問介護		15	小規模多機能型居宅介護	
3	訪問入浴介護		16	夜間対応型訪問介護	
4	訪問看護		17	認知症対応型通所介護	
5	訪問リハビリテーション		18	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
6	居宅療養管理指導		19	看護小規模多機能型居宅介護	
7	通所介護(地域密着型含む)		20	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
8	通所リハビリテーション		21	地域密着型特定施設入居者生活介護	
9	短期入所生活介護		22	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
10	短期入所療養介護		23	介護老人福祉施設	
11	特定施設入居者生活介護		24	介護老人保健施設	
12	住宅改修		25	介護医療院	
13	福祉用具貸与				

問 25 介護保険サービス以外で必要だと思うサービスがあればご記入ください。

--

問 26 介護給付や予防給付の適正化に向けて、どのようなことが大切だと思いますか。

(あてはまるものに○)

- | |
|----------------------|
| 1. 利用者への啓発と理解の促進 |
| 2. ケアプランの点検体制の整備 |
| 3. ケアマネジャーの研修の充実 |
| 4. 事業者の運営管理に対する指導の強化 |
| 5. 要介護認定調査の精度の向上 |
| 6. その他 () |

問 27 住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す「地域包括ケアシステム」について取り組むためには、何が重要と思われますか。(○は1つ)

- | |
|----------------------------|
| 1. 要介護状態にならないための介護予防の促進 |
| 2. 医療と介護の連携強化(退院、入院時の連携強化) |
| 3. 家族や地域住民による高齢者の生活支援 |
| 4. 在宅サービスの充実 |
| 5. その他 () |

問 28 「介護離職者ゼロ」をめざすという国の方針が示されています。あなたの担当している利用者の家族で、これまでに介護のために仕事をやめられたケースはありますか。

(○は1つ)

- | | |
|-------------|-------|
| 1. ある (世帯) | 2. ない |
|-------------|-------|

問 29 仕事と介護の両立支援として、大切だと思うことは何ですか。(あてはまるものに○)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 入所施設の充実(特養・グループホーム等) |
| 2. 通所系サービスの充実(時間延長・休日利用・病気時の利用) |
| 3. 短期入所系サービスの充実(緊急時の利用・病気時の利用) |
| 4. 訪問系サービスの充実 |
| 5. 介護休業等の充実、職場の理解など職場環境の改善 |
| 6. 見守りなど地域の協力 |
| 7. その他 () |

問 30 あなたが担当している利用者の家庭で、「ヤングケアラー」と思われる子はいますか。

(○は1つ)

*「ヤングケアラー」とは、介護の必要な高齢者、障がいや病気のある家族、幼い兄弟姉妹など、ケアを必要とする人がいるために、「本来大人が担うと想定されているような家事や家族の世話などを日常的に行っている18歳未満の子ども」のことをいいます。

- | | |
|-------------|---------|
| 1. 該当する子がいる | → (世帯) |
| 2. 疑わしい子がいる | → (世帯) |
| 3. いない | |
| 4. わからない | |

問 31 高齢化社会に対して、今後何に重点をおくべきだと思いますか。(あてはまるものに○)

- 1. ひとり暮らし高齢者対策の充実
- 2. 高齢者自身や家族が気軽に相談できる窓口の充実
- 3. 在宅の高齢者の家族介護などに対する支援
- 4. 高齢者が安心して暮らせる住宅などの整備
- 5. 道路や建物の段差の解消などのまちづくり対策
- 6. 在宅での介護を望む高齢者のための在宅介護サービスの充実
- 7. 施設での介護を望む高齢者のための入所施設の充実
- 8. 判断能力が不十分な高齢者のための自立支援サービスの充実
- 9. 高齢者の雇用の推進
- 10. 趣味や学習、スポーツなどの生きがい活動に取り組める環境の整備
- 11. 巡回バスの運行など高齢者の交通手段の充実
- 12. 高齢者が安心して買物をするための買物弱者対策の推進
- 13. 高齢者の生活を支援する市民ボランティアの育成
- 14. 高齢者のための医療の充実
- 15. 高齢期の健康づくり対策の充実
- 16. 若い頃からの健康づくり対策の充実
- 17. その他 ()

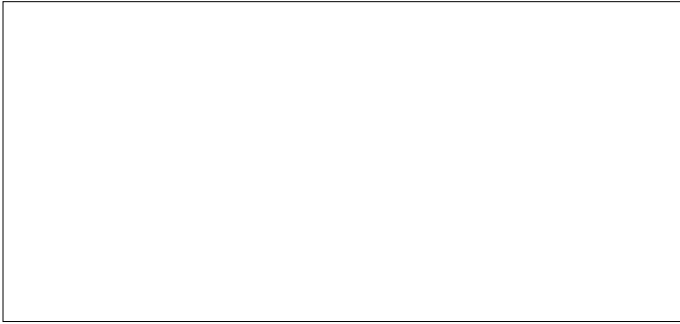
問 32 令和2年以降の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、起きたことや困ったことがありますか。(○は1つ)

- 1. ある
- 2. ない

問 33 問 32 で「1. ある」に○を付けられた方におうかがいします。どのようなことが具体的にご記入ください。

◎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。



第9期

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 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、11月14日 (月)までに投函してください。

記 入 日	令 和	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. 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				

この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

米原市 くらし支援部 福祉政策課

(米原市基幹包括支援センター)

電 話 0749 - 53 - 5121
F A X 0749 - 53 - 5128

はじめに

市民の皆さまには、米原市の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。米原市くらし支援部では、市民の皆さまに日々、予防活動に取り組んでいただくことで、いつまでも健康でいきいきと暮らしていただきたいと願っております。

そこで、米原市では、本アンケート調査において個人の介護予防における支援を把握し、今後の介護予防施策に役立てていきたいと考えています。なお、調査結果を基に「いきいき高齢者プランまいばら」（介護保険事業計画／高齢者福祉計画）の必要な策定資料とさせていただきます。

本調査結果において、きめ細やかな支援を目指してまいりますので、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

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、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、市による介護保険事業計画策定と効果評価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、市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および効果評価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・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

1

あなたのご家族や生活状況について

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 | |

問2 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(○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。(○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 | |

2

からだを動かすことについて

問4 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(○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5 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。(○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 15分位続けて歩いていますか。(○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7 過去1年間に転んだ経験がありますか。(○は1つ)

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

問8 転倒に対する不安は大きいですか。(○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9 週に1回以上は外出していますか。(○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10 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○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

3 食べることについて

問11 身長・体重

身長 cm

体重 kg

問12 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13 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)。(○は1つ)

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14 どなたかと食事をとる機会がありますか。(○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15 6か月間で2～3kg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16 お茶や汁物等でむせることがありますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問17 口の渇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 定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

4 毎日の生活について

問20 物忘れが多いと感じますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問21 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問22 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23 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24 生活の中で耳の聞こえづらさを感じますか。(○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 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問31 1日の間、座ったり、寝転んだりしている(テレビ、読書、おしゃべりなど)時間は、合計するとどのくらいになりますか(睡眠時間は除く)。

1日 _____ 時間 _____ 分

5 地域での活動について

問32 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。

※①～⑩それぞれに回答してください。(それぞれ○は1つ)

	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 「地域お茶の間創造事業の居場所」 など) 介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 町内の祭りや行事	1	2	3	4	5	6
⑨ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6
⑩ シルバー人材センターの仕事	1	2	3	4	5	6

問33 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。(○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
4. 既に参加している

問34 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。(○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
4. 既に参加している

問35 市では、高齢者の居場所づくり事業として「地域お茶の間創造事業」を推進し、市内約30地区で定期的に高齢者が集える居場所を住民主体で運営されています。「地域お茶の間創造事業」をご存じですか。または、参加していますか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 参加している | 2. 知っているが、参加していない |
| 3. 知らないが、参加してみたい | 4. 知らないし、参加してみたいとは思わない |

問36 (地域お茶の間創造事業の場所に参加していない方のみ) 参加していない理由は、次のうちどれですか。(いくつでも)

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. 時間がない | 2. 他で運動や交流をしている |
| 3. 一人の方が運動や趣味活動がしやすい | 4. 近くでそのようなグループがない |
| 5. そのような活動を知らない | 6. 会場まで自力でいけない |
| 7. その他 () | |

問37 あなたは、近所の人とどの程度つきあいをしていますか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. お互いに訪問しあう人がいる | 2. 立ち話をする程度の人がある |
| 3. あいさつ程度の人がある | 4. つきあいはない |

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

問38 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 | |

問39 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 | |

問40 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 | |

問41 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 |

7 健康について

問42 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○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43 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)(点数のところに○)。

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	

問44 (ここ2週間) 毎日の生活の充実感がない。(○は1つ)

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

問45 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。(○は1つ)

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

問46 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる。(○は1つ)

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

問47 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。(○は1つ)

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

問48 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。(○は1つ)

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

問49 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。(○は1つ)

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

問50 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。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問51 タバコは吸っていますか。(○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52 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 ()

8 市の介護予防活動について

問53 市では、伊吹山テレビやDVD配布にて介護予防体操「まいばら体操」の啓発を実施していますが、「まいばら体操」をご存知ですか。または、体操をしたことはありますか。(○は1つ)

1. 定期的実施している 2. 知っているが、実施していない
3. 知らないが、実施してみたい 4. 知らないし、実施してみたいとは思わない

問54 市では、出前講座等にて椅子に座ってできる「なわとび体操」の啓発を実施していますが、「なわとび体操」をご存知ですか。または、体操をしたことはありますか。(○は1つ)

1. 定期的実施している 2. 知っているが、実施していない
3. 知らないが、実施してみたい 4. 知らないし、実施してみたいとは思わない

問55 市では、介護予防活動を推進するため運動や趣味活動等を実施している団体に対し、施設利用料を助成する制度を設けていますが、ご存知ですか。(○は1つ)

1. 利用している 2. 知っているが、利用していない
3. 知らないが、利用してみたい 4. 知らないし、利用したいとは思わない

9 認知症にかかる相談窓口の把握について

問56 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。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問57 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問58 認知症の相談をするとしたら、どこに相談しますか。(○は1つ)

1. かかりつけ医 2. 認知症医療疾患センター 3. 市役所
4. 地域包括支援センター 5. 認知症初期集中支援チーム
6. 民生委員・児童委員 7. その他 ()

問59 認知症は早く気づいて適切なケアをすることで、その症状を軽くしたり、進行を遅らせることができる病気であることを知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている 2. 知らない

問60 認知症の人が近所にいた場合、あなたはどうか行動しますか。(○は1つ)

1. 何かできることがあれば積極的に関わりたい
2. 今後、勉強して力になりたい
3. できるだけ関わりたいくない
4. その他 ()

問61 認知症予防の講座や教室があれば参加したいと思いますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

10 窓口相談について

問62 市では、米原近江地域包括支援センターと山東伊吹地域包括支援センターで高齢者等の相談窓口を設置しています。各地域包括支援センターを知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている 2. 知らない
3. 聞いたことがある 4. 相談したことがある

問63 高齢者の虐待が疑われる場合、地域包括支援センターに相談できることを知っていますか。(○は1つ)

1. 知っている 2. 知らない
3. 聞いたことがある 4. 相談したことがある

11 市の高齢福祉事業について

問64 市では、介護保険サービス以外に、65歳以上の高齢者の方が利用できるサービス（一定の要件有）を実施しています（別紙「高齢者福祉サービス一覧」参照）。今後も必要だと思うサービスは次のうちどれですか（○は3つまで）。

また、現在実施していませんが、必要だと思うサービスがあればご記入ください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 介護用品支給助成事業 | 2. 高齢者自立支援住宅改修助成事業 |
| 3. 配食サービス事業 | 4. 訪問理容サービス事業 |
| 5. 緊急通報システム事業 | 6. 徘徊高齢者探知サービス事業 |
| 7. 日常生活用具給付事業 | 8. 地域なじみの安心事業 |
| 9. 高齢者等住宅除雪費補助事業 | 10. 高齢者等安心確保（絆ボタン）事業 |
| 11. 高齢者エアコン設置事業 | |

必要なサービス（自由記載）

高齢者福祉、介護保険制度等に関するご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。■■■

高齢者福祉サービス一覧

米原市高齢者福祉事業の一覧です。サービス利用にあたっては、申請手続きが必要となりますので高齢福祉課までお問い合わせください。

くらし支援部 高齢福祉課
(市役所 本庁舎 1階)

TEL: 53-5122 FAX: 53-5119

事業名	内容	対象者				
(1) 介護用品支給 助成事業	<p>常時おむつ等の介護用品が必要な方に対し、指定店で購入時に利用できる助成券を四半期ごとに交付します。対象となる介護用品は、紙おむつ・尿取りパッド・使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプーのみです。</p> <p>【助成内容】記載金額は月額単価です。</p> <table border="0"> <tr> <td>要介護1～3</td> <td>2,000円</td> </tr> <tr> <td>要介護4・5</td> <td>4,000円</td> </tr> </table>	要介護1～3	2,000円	要介護4・5	4,000円	<p>次のすべてに該当する方。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・米原市の被保険者で在宅であること。 ・要介護1～5の認定を受けていること。 ・非課税世帯(介護保険料が第1～3段階)に該当していること。 <p>*介護保険施設入所、入院時は利用できません。</p>
要介護1～3	2,000円					
要介護4・5	4,000円					
(2) 高齢者自立支援 住宅改修助成事業	<p>高齢者に対し、居住する住宅の改修をすることによる転倒等の予防効果を図るため、次の改修にかかる費用を補助します。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 手すりの取り付け ② 床段差の解消 ③ 洋式便器等への便器の取替え ④ 引き戸等への扉の取替え <p>【補助金額】当該年度分の市民税非課税世帯 補助率 3/4以内 上限額150,000円 当該年度分の市民税均等割課税世帯 補助率 1/2以内 上限額 100,000円</p>	<p>次のすべてに該当する方。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・米原市内に住所を有する65歳以上のひとり暮らしまたは高齢者のみの世帯で、介護保険法に基づく要介護および要支援の認定を受けていない方 ・当該年度分の市民税の所得割を課せられている方がいない世帯に属する方 ・米原市高齢者小規模住宅改修助成事業、米原市在宅重度障がい者住宅改造費助成事業、米原市重度身体障がい者日常生活用具給付等事業に規定する助成を受けていない方 <p>対象となる物件は、対象者が1年以上居住している住居に限る</p>				
(3) 配食サービス事業	<p>調理が困難(買い物も困難)な方で食が確保できない方に対し、安否確認とともに食事を提供します。365日利用可能。</p> <p>【市補助額】1食ごとに150円 (伊吹・山東地域は朝食対応不可)</p>	<p>65歳以上で、傷病等の理由により、調理が困難な(食が確保できない)一人暮らしの高齢者または高齢者世帯の方。</p>				
(4) 訪問理容 サービス事業	<p>在宅の寝たきり高齢者等に対し、訪問による理容サービスを行います。利用券を発行し(1会計年度4枚の交付)、利用は四半期に1回(4回/年)とします。市内の登録店の方が対象者宅を訪問し、理容サービスが行われます。出張料を市が負担します。</p> <p>【利用者負担額】理髪料金</p>	<p>老衰、心身の障がいおよび傷病などの理由により、一般の理容サービスを利用することが困難な方。</p>				
(5) 緊急通報システム 事業	<p>一人暮らし高齢者等の急病または事故等の緊急事態に対応します。緊急通報端末装置を貸し出し、緊急通報受信センター(大阪ガスセキュリティサービス株式会社)に通報します。</p> <p>【利用者負担額】通話料および機器等の維持管理経費(対象者の要件により、装置設置費用が有料になる場合があります。)</p>	<p>65歳以上の一人暮らし高齢者または高齢者世帯で、虚弱または病弱等により身体状況に不安のある方等(緊急通報システムの設置が可能な家屋であること)。</p>				

事業名	内容	対象者
(6) 徘徊高齢者探知サービス事業	徘徊が見られる高齢者に簡易型携帯発信機器を付帯させ、高齢者が不明な状況になった場合、PC、携帯電話から検索を行い、電波(GPS)を利用し対象者の位置検索を行う。当初加入料金および付属品代金は市が負担。 【利用者負担額】月額基本料:1,320円、位置検索:220円、ネット検索:110円、電池交換:2,310円、徘徊者保護:11,000円、機器紛失に係る賠償:全額利用者負担	おおむね65歳以上の高齢者で、要介護・支援状態と認定され認知症のため徘徊が見られる方を介護する方。
(7) 日常生活用具給付事業	ひとり暮らし高齢者等に対して、在宅生活の便宜を図るために、電磁調理器、火災警報器、自動消火器等の貸与(給付)を行う事業です。 【利用者負担額】収入に応じた負担あり	おおむね65歳以上の低所得ひとり暮らし高齢者(電磁調理器は、心身機能低下に伴い防火等の配慮が必要な高齢者)。
(8) 地域なじみの安心事業	介護者の急な病気、事故、その他やむを得ない事由により、介護を必要とする高齢者の介護ができなくなった際に通所介護事業所において緊急あずかりをします。 【利用者負担額】あずかりにかかった費用の10分の2(費用は時間帯によって異なります。)	市内に住居を有する要介護等高齢者およびその介護者の方。
(9) 高齢者等住宅除雪費補助事業	自力での除雪が困難な65歳以上の高齢者のみ世帯または障がい者世帯に対し、除雪に要した経費の一部について助成します。(※積雪量が50cmを超える場合) 【助成内容】原則、1会計年度2回の助成を限度 屋根の雪下ろし作業のみ:上限10,000円 屋根の雪下ろし作業+下した雪の排雪作業:上限20,000円	65歳以上の高齢者のみ世帯または障がい者世帯。
(10) 高齢者等安心確保(絆バトン)事業	高齢者や障がい者の方等の安全を確保することを目的に「かかりつけ医」「薬剤情報提供書(写)」「持病」等の医療情報や「診察券(写)」「健康保険証(写)」「緊急連絡先」等を専用の容器に入れ、自宅に保管しておくことで、万一の救急時および災害時に備えるものです。	① 75歳以上の方 ② 要介護3~5の認定を受けている方 ③ 身体障害者手帳の交付を受けていて肢体1級および2級、または聴覚・視覚3級および4級の方 ④ 療育手帳の交付を受けていて、障がいの程度が重度または最重度の方 ⑤ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていて、障がいの程度が1級の方 ⑥ その他救急時に不安を抱く方および災害時に自力避難することが困難な方
(11) 高齢者エアコン設置事業	高齢者の熱中症による事故を未然に防ぐため、新たにエアコンを設置する高齢者世帯に購入・設置費用を補助します。 【補助対象経費】エアコンの購入および設置費用 【補助金額】補助対象経費の2分の1以内(上限50,000円) ※1世帯につき1回のみ	次のすべてに該当する方。 ・市内に1年以上居住している ・75歳以上の高齢者のみの世帯 ・新たにエアコンを購入し設置する(すでにエアコンを設置している住宅は対象外) ・住民税非課税世帯に属する ・世帯員の全員が市税などを滞納していない ・市内事業者からの購入のみが対象