

介護保険・福祉に関するアンケート

調査ご協力のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段の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、平成29年度に「第7期碧南市高齢者ほっとプラン（第7期高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画）」を策定し、介護・福祉全般にわたる総合的な高齢者福祉サービスの推進、並びに介護保険サービスの充実と質の向上を図るための取組みに努めております。令和2年度は、3年ごとに行う見直しの年度に当たり、「第8期碧南市高齢者ほっとプラン」の策定を予定しています。

今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、計画がより実態に即したものとなるように役立てる資料とさせていただきます。

この調査は、要介護認定を受けている方の中から無作為に抽出した1,000人を対象に実施します。

調査は無記名で行い、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、本事業の目的以外で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、調査の目的と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。

令和●年●月

碧南市長 禰 亘 田 政 信

『調査票のご記入に当たってのお願い』

- この調査は、**令和●年●月1日現在**の状況でお答えください。
- 問1～問30は、あて名ご本人に対しての項目です。ご本人お一人でのご記入がむずかしい場合は、ご家族か代理の方がお手伝いのうえ、ご回答ください。
問31からの介護者への質問については、主に介護をしている方がご回答ください。
- 回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものがあります。(○印は1つだけ)(○印はいくつでも)などの指示にしたがってご回答ください。
- 質問の回答が、「その他」にあてはまる場合は、()内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
- ご記入いただいた調査票は、**●月●日(●)までに**、同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

[この調査についてのお問い合わせ]

碧南市 高齢介護課 介護保険係

電話：0566-95-9889 (直通)

あなた（あて名ご本人）のことについて

問1 この調査票の記入者はどなたですか。（○印は1つだけ）

この調査票の記入者	1 あなた（あて名ご本人）	2 主な介護者となっている家族・親族	3 主な介護者以外の家族・親族	4 その他
-----------	---------------	--------------------	-----------------	-------

問2 あなたにあてはまるものの番号に○印をつけてください。（○印はそれぞれ1つだけ）

①性別	1 男性	2 女性																					
②年齢	1 40～64歳	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																
③家族構成	1 ひとり暮らし 2 夫婦ふたり暮らし 3 本人とその他の高齢者（65歳以上）のみの世帯 4 2世代（自分と子どもなど）同居世帯 5 3世代（自分と子ども夫婦と孫など）同居世帯 6 その他の世帯（ ）																						
④日中の状況	1 一日中、主な介護者の目の届く場所にいる 2 主な介護者は仕事等のため、日中は一人で過ごしている 3 その他（具体的に ）																						
⑤お住まい	1 一戸建て持家							2 一戸建て借家		3 分譲マンション		4 賃貸マンション		5 県営住宅、市営住宅等		6 アパート		7 社宅・官舎・家族寮		8 間借り・住み込み等		9 その他（具体的に： ）	
⑥居住地区	1 西端地区		2 新川地区		3 中央地区		4 旭地区		5 棚尾地区		6 大浜地区		7 わからない（町名を記入： ）										
⑦要介護度	1 要支援1		2 要支援2		3 要介護1		4 要介護2		5 要介護3		6 要介護4		7 要介護5		8 わからない								

問3 あなたが要介護状態になられた主な原因は何ですか。(○印は1つだけ)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1 脳血管疾患(脳卒中) | 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 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(アルツハイマー病等) | 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4 あなたが現在抱えている傷病は何ですか。(○印はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1 脳血管疾患(脳卒中) | 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 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(アルツハイマー病等) | 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5 あなたの生活状況は以下のどの状態に近いですか。次の番号から選んでください。(○印は1つだけ) また、矢印に沿って、より詳細な状況をお答えください。

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| 1 自立しており、ひとりで外出できる | →問5-1へ |
| 2 自立しているが介助なしでは外出できない | →問5-2へ |
| 3 日中はベッドの上での生活が多いが、車いすで移動することができる | →問5-3へ |
| 4 一日中ベッド上で過ごし、寝たきりの状態である | →問5-4へ |

問5-1 「1 自立しており、ひとりで外出できる」とお答えの方にお伺いします。
あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。
(○印は1つだけ)

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 バス等の交通機関を使って遠方に外出できる | } →問6へ |
| 2 遠方に外出はできないが、隣近所なら外出できる | |

問5-2 「2 自立しているが介助なしでは外出できない」とお答えの方にお伺いします。
あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。
(○印は1つだけ)

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| 1 介助があれば外出できる、日中はほとんどベッドにはいない | } →問6へ |
| 2 介助があれば外出できるが回数は少ない、日中は寝たり起きたりの生活である | |

問5-3 「3 日中はベッドの上での生活が多いが、車いすで移動することができる」とお答えの方にお伺いします。あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。(○印は1つだけ)

- | | |
|--|--------|
| 1 介助なしに、車いすに移って、食事、排せつ等をベッドから離れて行うことができる | } →問6へ |
| 2 介助があれば、車いすに移ることができる | |

問5-4 「4 一日中ベッド上で過ごし、寝たきりの状態である」とお答えの方にお伺いします。あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。(○印は1つだけ)

- | | |
|--------------------|--------|
| 1 自力で寝返りをうつことができる | } →問6へ |
| 2 自力で寝返りをうつことができない | |

問6 認知症の症状(記憶が抜け落ちてしまう、日時や場所がわからない、今までできたことができなくなる等)がみられますか。(○印は1つだけ)

- | | |
|--------|--------------|
| 1 みられる | 2 みられない →問7へ |
|--------|--------------|

(問6で「1 みられる」とお答えの方に)

問6-1 それは以下のどの状態に近いですか。次の番号から選んでください。(○印は1つだけ)

- | | |
|--|--------|
| 1 何らかの認知症の症状はあるものの、日常生活は自立している | →問7へ |
| 2 日常生活は誰かが見てくれていれば自立できている | →問6-2へ |
| 3 日常生活に問題のある行動が時々あるため、介護を受けている | →問6-3へ |
| 4 日常生活に問題のある行動を頻繁に起こしてしまうため、常に介護を受けている | →問7へ |
| 5 著しい精神症状、問題行動があり、専門医療を受けている | →問7へ |

問6-2 「2 日常生活は誰かが見てくれていれば自立できている」とお答えの方にお伺いします。あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。(○印は1つだけ)

- | | |
|---|--------|
| 1 外出時に、道に迷ったり、買い物を間違ったり、ミスが多い | } →問7へ |
| 2 外出時に、道に迷ったり、買い物を間違ったりするだけでなく、家庭でも薬の管理ができなかったり、電話の対応ができないことがある | |

問6-3 「3 日常生活に問題のある行動が時々あるため、介護を受けている」という方にお伺いします。あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。以下の番号から選んでください。(○印は1つだけ)

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1 日中を中心に問題のある行動をしてしまう | } →問7へ |
| 2 夜間を中心に問題のある行動をしてしまう | |

問7 現在、あなたはどちらで生活していらっしゃいますか。(○印は1つだけ)

- 1 自宅
- 2 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- 3 介護老人保健施設(老人保健施設)
- 4 介護療養型医療施設(療養病床)
- 5 養護老人ホーム
- 6 有料老人ホーム
- 7 サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)
- 8 グループホーム
- 9 病院に入院している
- 10 その他(具体的に:)

問8からの
設問にお答えください。

問8と問9の
設問にお答えください。
問9を回答後終了となります。

介護保険制度について

問8 今後、ますます高齢化が進んでいくことが予想され、介護サービスを一層充実させていく必要があると言われてしています。そのための費用負担が増えることについてあなたの考えに最も近いものはどれですか。(○印は1つだけ)

- 1 保険料が多少高くなっても、介護保険サービスが充実している方がよい
- 2 保険料も介護保険サービスも今くらいが妥当である
- 3 介護保険サービスを抑えても保険料が低い方がよい
- 4 わからない

問9 今後、介護保険制度をより良くするために、どのようなことを改善してほしいと思いますか。(○印は3つまで)

- 1 介護保険制度のしくみや利用方法に関する情報提供の充実
- 2 介護支援専門員(ケアマネジャー)やサービス提供事業者に関する情報提供の充実
- 3 苦情・相談窓口の充実
- 4 介護専門職の資質向上支援
- 5 認知症高齢者などの権利を守るための制度の充実
- 6 低所得者への負担軽減対策
- 7 介護予防や要介護度の進行防止のための介護予防事業の充実
- 8 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
- 9 介護保険サービスの量や質の充実
- 10 保健・医療・福祉機関との連携・協力
- 11 その他(具体的に: _____)

自宅以外で生活されている方はここで調査は終了となります。

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所している方
- ・介護老人保健施設(老人保健施設)に入所している方
- ・病院に入院している方 等

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は、●月●日(●)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

介護保険サービスの利用状況について

問10 令和元年●月の1か月の間に、(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ましたか。(○印は1つだけ)

1 利用した →問 11・12 へ

2 利用していない →問 13 へ

(問10で「1 利用した」とお答えの方に)

問11 以下の介護保険サービスについて、令和元年●月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「1. 利用していない」を選択してください。(それぞれ1つに○印)。

1週間あたりの利用回数 (それぞれ1つに○印)	
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス) [ホームヘルパーの訪問]	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
B. 訪問入浴介護 [移動入浴車での訪問]	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
C. 訪問看護 [看護師などの訪問]	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
D. 訪問リハビリテーション [リハビリの専門職の訪問]	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
E. 通所介護 (デイサービス) [デイサービスセンターなどへの通所]	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上

1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○印）	
F. 通所リハビリテーション （デイケア） 〔老人保健施設などへの通所〕	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上

利用の有無（1つに○印）	
G. 小規模多機能型居宅介護 〔デイサービスを中心に、訪問介護やショートステイを組み合わせる居宅介護〕	1 利用していない 2 利用した

1か月あたりの利用日数（1つに○印）	
H. ショートステイ 〔特別養護老人ホームや老人保健施設などへの短期間入所〕	1 利用していない 2 月1～7日程度 3 月8～14日程度 4 月15～21日程度 5 月22日以上

1か月あたりの利用回数（1つに○印）	
I. 居宅療養管理指導 〔療養上の管理及び指導〕	1 利用していない 2 月1回程度 3 月2回程度 4 月3回程度 5 月4回程度

介護保険サービスの利用について

(問10で「1 利用した」とお答えの方に)

問12 現在受けている介護保険サービスに満足していますか。(○印は1つだけ)

1 満足

2 やや満足

→問14へ

3 やや不満

4 不満

(問12で「3 やや不満」、「4 不満」とお答えの方に)

問12-1 不満の理由は何ですか。(○印はいくつでも)

- 1 サービスの提供回数が少ない
- 2 サービスの提供時間が短い
- 3 土・日・祝日にサービスが受けられない
- 4 サービスを利用できる時間帯が限られている
- 5 サービス提供事業者が近くにない
- 6 利用料が高い
- 7 介護技術のレベルが低い
- 8 その他(具体的に:)

→問14へ

(問10で「2 利用していない」とお答えの方に)

問13 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○印はいくつでも)

- 1 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
- 2 本人にサービス利用の希望がない
- 3 家族が介護をするため必要ない
- 4 以前、利用していたサービスに不満があった
- 5 利用料を支払うのが難しい
- 6 利用したいサービスが利用できない、身近にない
- 7 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
- 8 サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからない
- 9 その他(具体的に:)

<全員におたずねします。>

問14 あなたが今後、自宅で生活するうえで、今後利用したいと思う介護保険サービスは何ですか。(○印はいくつでも)

※現在利用している人も、利用していない人もお答えください。

1 訪問介護（ホームヘルプサービス）

訪問介護員（ホームヘルパー）が家庭を訪問し、入浴、排せつ、食事などの介護サービスや、調理、洗濯、掃除等の身の回りの世話をを行うサービス

2 訪問入浴介護

居宅の要介護者宅を訪問し、入浴車などから家庭内に浴そうを持ち込んで入浴の介護を行うサービス

3 訪問リハビリテーション

主治医の判断に基づき、理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問して、日常生活上の自立援助のために必要な機能訓練を行うサービス

4 訪問看護

主治医の判断に基づき、看護師や保健師が家庭を訪問して、在宅療養上の看護や必要な診療の補助、家族等への指導、助言を行うサービス

5 居宅療養管理指導

医師・歯科医師・薬剤師などが家庭を訪問して、在宅療養に関する相談や指導を行うサービス

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、入浴、食事の提供、相談・助言等、日常生活の世話や機能訓練などを受けるサービス

7 通所リハビリテーション（デイケア）

老人保健施設や医療機関に通い、主治医の指示のもと、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助のために必要なリハビリテーションを受けるサービス

8 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）

特別養護老人ホームや老人保健施設などに短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話を受けるサービス

9 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

車いす、介護用ベッドなど要介護者の日常生活の自立を助ける用具、福祉機器を貸与するサービスや、貸与になじまない入浴や排せつのための用具の購入費を支給するサービス

10 住宅改修費の支給

移動、排せつなどにかかる負担を軽減するため、段差の解消や手すりの取り付けなど住宅の改善に必要な費用の一部を支給するサービス

11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回又は随時通報により、利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応などを行うサービス

12 小規模多機能型居宅介護

デイサービスを中心に訪問介護やショートステイを組み合わせ、在宅での生活の支援や、機能訓練を行うサービス

13 看護小規模多機能型居宅介護

可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すサービス

14 夜間対応型訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）等が18時から翌朝8時の夜間に定期的に各自宅を巡回する「定期巡回」、また利用者の求めに応じて随時対応する訪問介護「随時対応」を組み合わせたサービス

15 特にない（今のままでよい）

問15 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。

(○印は1つだけ)

※「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）、グループホームを指します。

- | |
|---------------------|
| 1 入所・入居は検討していない |
| 2 入所・入居を検討している |
| 3 すでに入所・入居申し込みをしている |

問16 自宅での生活において利用している支援・サービスについて、令和元年●月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象のサービスをご利用になっていない場合は、「1. 利用していない」を選択してください。(それぞれ1つに○印)

※介護保険サービス、高齢者福祉サービス事業ともに含みます。

1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○印）	
A. 配食	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
B. 調理	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
C. 掃除・洗濯	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上
D. 買い物（宅配は含まない）	1 利用していない 2 週1回程度 3 週2回程度 4 週3回程度 5 週4回程度 6 週5回以上

<全員におたずねします。>

高齢者福祉サービス事業の利用状況について

問18 市では、次のような介護予防・生活支援サービスを行っています。サービスの利用状況や、今後利用できるとした場合に利用したいものをお答えください。

サービスの種類と内容	【利用状況】 (それぞれ〇は1つ)			【利用希望】
	ある(利用したことがある)	は利知 ない用 いたして たい ことが	知らない	けもい今 ての(後 くに(続 ださ〇)け さいをつ たい)した
記入例)	1	2	3	1
1) 配食サービス (安否確認が必要なひとり暮らしの高齢者などが配食サービスを利用する際の費用の一部を補助する)	1	2	3	1
2) 寝具洗濯乾燥サービス (布団等の洗濯を行うことが困難なねたきり及びひとり暮らし高齢者などに対して、寝具の洗濯乾燥を行う)	1	2	3	2
3) 緊急通報システム機器貸与 (ひとり暮らしの高齢者などに緊急通報センターに通報できるシステム機器を貸与する)	1	2	3	3
4) 徘徊高齢者家族支援サービス (徘徊行動のある認知症高齢者などの家族に位置検索の端末機を貸与する)	1	2	3	4
5) 外出支援サービス (一般の交通機関を利用することが困難な方を、病院等へ福祉車両で送迎する)	1	2	3	5
6) 介護用品(おむつ等)支給 (自宅で介護を必要とするねたきりや認知症の高齢者におむつ等の給付券を交付する)	1	2	3	6
7) 訪問理容サービス (ねたきりの高齢者などに理容店が自宅を訪問し、散髪とひげそりを行う)	1	2	3	7
8) まちかどいきいきサロン (まちかどサロンを利用して、高齢者の社会的孤立感の解消や介護予防のため、レクリエーションや食事などのサービスを行う)	1	2	3	8
9) 日常生活用具給付 (ひとり暮らしの高齢者などの日常生活を支援し、火災から守るため、火災警報器・消火器・電磁調理器を支給する)	1	2	3	9

サービスの種類と内容	【利用状況】 (それぞれ〇は1つ)			【利用希望】
	ある(利用したことがある)	は利知 ない用 してっ たいて るこ とが	知らない	けもい今 ての(後 くだ(続 さい)〇利 をつ)用 した
10) 家具等転倒防止 (地震発生時の家具等の転倒を防止するために高齢者世帯などの家具を金具で固定する)	1	2	3	10
11) 救急医療情報キット (高齢者の救急時に備え、医療情報や緊急連絡先を記入した用紙を入れる専用ケースを配布する)	1	2	3	11
12) 軽度生活援助 (ウェルヘルプサービス) (虚弱高齢者のみの世帯で、自ら行うことに支障がある方に資源ごみのごみ出しや軽微な家周りの修繕などを行う)	1	2	3	12
13) 安心ッス!!へきなん支え愛ネット (認知症高齢者の情報を登録し、行方不明になった際に地域の支え愛サポーターにメール配信し捜査協力を図る)	1	2	3	13
14) 無料入浴サービス (高齢者の外出促進等のため、利用券の交付等により、あおいパーク浴室、サン・ビレッジ衣浦プール・浴場、市内の公衆浴場を無料で利用できる)	1	2	3	14
15) 福祉機器貸出 (社協事業) (車いすや車いす専用車を貸し出す)	1	2	3	15
16) 乳酸菌飲料の宅配サービス (社協事業) (75歳以上のひとり暮らしの人などに乳酸菌飲料を宅配し、安否の確認を行う)	1	2	3	16
17) ふれあいきいきサロン (社協事業) (公民館を利用してボランティアの作る食事会などを行い、ひとり暮らしの高齢者のふれあいを輪を広げる)	1	2	3	17
18) ハートフルケアセミナー (介護予防や家庭での基本的な介護知識と技術を身につけていただく教室)	1	2	3	18
19) 認知症家族のつどい (認知症のご家族を介護してみえる中で困っていることや悩んでいることなど、参加者同士で情報交換(話)をする集まり。ミニ講座も同時開催)	1	2	3	19

※各サービスのご利用については、対象者が限られているものもあります。
 全ての方がご利用できるとは限りませんので、ご了承ください。

認知症について

問19 認知症の方に対する支援として、どのようなことが必要だと思いますか。
(○印はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1 認知症予防教室の開催と参加促進 | 2 カウンセリング等の充実 |
| 3 認知症に関する相談窓口の設置 | 4 認知症のご本人や介護者が集う場所づくり |
| 5 家族会発足の支援 | 6 認知症を早期発見するための診断の実施 |
| 7 地域の見守り・支援体制づくり | 8 認知症に対する地域の理解 |
| 9 認知症専用の医療機関の充実 | 10 医療職の訪問 |
| 11 認知症専用の介護サービスの充実 | |
| 12 認知症の方が行方不明になった際のサポート体制 | |
| 13 わからない(認知症を知らない) | |
| 14 その他(具体的に: _____) | |

介護を受ける場所について

問20 あなたは今後、どのような介護を受けたいですか。(○印は1つだけ)

- | |
|---|
| 1 なるべく家族のみで、自宅で介護してもらいたい |
| 2 介護保険制度のサービス(ホームヘルパー等)や福祉サービスを活用しながら自宅で介護してもらいたい |
| 3 老人ホームや病院などに入所(入院)したい |
| 4 わからない |

(問20で「3 老人ホームや病院などに入所(入院)したい」とお答えの方に)

問20-1 その理由は何ですか。(○印は2つまで)

- | |
|----------------------------------|
| 1 家が狭い、段差があるなど、現在の住居が介護に適していないから |
| 2 経済的な理由(自己負担が少なくて済む)から |
| 3 家族に負担をかけたくない(負担になる)から |
| 4 待機期間を見込んで早めに入所(入院)を申し込んだから |
| 5 介護者がいないなどの理由で、自宅で介護が受けられないから |
| 6 ひとり暮らし(高齢者世帯)のため自宅の生活に不安を感じるから |
| 7 家族はいるが働いていて介護が受けられないから |
| 8 家族等介護者の健康状態がよくないため |
| 9 在宅サービスだけでは介護しきれないから |
| 10 認知症がひどいなど、ほとんど24時間介護が必要だから |
| 11 その他(具体的に: _____) |

在宅医療について

問21 あなたは現在、定期的・継続的に医療を受けていますか。(○印は1つだけ)

1 はい

2 いいえ

(問21で「1 はい」とお答えの方に)

問21-1 現在、訪問診療・往診、訪問看護、訪問リハビリ、在宅酸素や在宅人工透析などの在宅医療を受けていますか。(○印は1つだけ)

1 はい

2 いいえ

<在宅医療を受けている、受けていないに関わらず全員におたずねします。>

問22 あなたは、在宅医療を利用して、自宅での生活を継続したいと思いますか。(○印は1つだけ)

1 はい

2 いいえ

(問22で「2 いいえ」とお答えの方に)

問22-1 在宅医療を利用したいと思わない理由は何ですか。(○印はいくつでも)

- 1 家族に負担(肉体的・精神的)負担がかかるから
- 2 経済的な理由から
- 3 自宅では、緊急時の対応ができないから
- 4 見てくれる人(家族)がいないから
- 5 部屋やトイレ等の環境が整っていないから
- 6 見てくれる医師がいないから
- 7 訪問看護や介護が受けやすい体制が整っていないから
- 8 その他(具体的に:)
- 9 特にない

問23 「人生会議」または「ACP」（※万が一のときに備えて、どのような治療やケアを希望するかについて、家族等やかかりつけ医等と繰り返し話し合うこと）について、知っていますか。（○印は1つだけ）
 ※碧南市では「私の4つの大切な覚え」として周知しております。

- | |
|--------------------------------------|
| 1 よく知っている
2 言葉を聞いたことはある
3 知らない |
|--------------------------------------|



問23-1 あなたは、万が一のときに備えて、どのような治療やケアを希望するかについて、以下にあてはまるものに○をつけてください。（○印はいくつでも）

- | |
|---|
| 1 自分ひとりで考えたことがある
2 かかりつけ医に相談したことがある
3 家族と話し合ったことがある
4 考えていない →問24へ |
|---|

（問23-1で「1」「2」「3」とお答えの方に）

問23-2 どのような内容を考えましたか、または話しましたか。（○印はいくつでも）

- | |
|---|
| 1 病状や予後に関すること
2 希望する医療・ケアに関すること
3 意思決定ができなくなった場合の対応に関すること
4 その他（具体的に： _____） |
|---|

問24 あなたご自身が病気などで最期を迎えるとしたらどこで迎えたいと思いますか。（○印は1つだけ）

- | |
|--|
| 1 自宅
2 病院・ホスピス・緩和ケア病棟、老人ホームなどの福祉施設
3 わからない |
|--|

問25 どのような条件を整えば在宅医療を受けたいと思いますか。

内容	【在宅医療に必要な条件】 (それぞれ○は1つ)			
	とてもそう思う	やや思う	あまり思わない	思わない
記入例)	1	2	3	4
1) 自宅でどのような医療を受けられるかがわかる	1	2	3	4
2) 在宅医療を受けるとどのような生活になるかがわかる	1	2	3	4
3) かかりつけの病院が訪問診療・往診をしてくれる	1	2	3	4
4) 訪問診療・往診をしてくれる専門病院がある	1	2	3	4
5) 緊急時にはすぐに対応してもらえる	1	2	3	4
6) 訪問看護でどのようなことをするかがわかる	1	2	3	4
7) 在宅医療を受けることで家族の負担が減る	1	2	3	4
8) 家族が、介護や看護の方法について十分な指導を受けられる	1	2	3	4
9) 一人暮らしでも自宅で療養を続けることができる	1	2	3	4
10) 入院するよりも費用が抑えられる	1	2	3	4
11) 看取りの際のサポートが受けられる	1	2	3	4
12) 家族が(介護者が)介護に疲れたときに一週間程度入院ができる	1	2	3	4
13) 医療処置がある場合でもデイサービス・ショートステイを利用できる	1	2	3	4
14) その他 ()	1	2	3	4

災害時の対応について

問26 あなたは、災害発生時に、自力で避難することができますか。(○印は1つだけ)

- 1 できる 2 できない 3 わからない

問27 避難を支援してくれる人がいますか。(○印は1つだけ)

- 1 いる 2 いない 3 わからない

問28 避難の支援が必要なことを誰に知っておいて欲しいですか。(○印はいくつでも)

- 1 近所の人
2 町内会、自主防災会
3 消防、警察
4 民生委員
5 社会福祉協議会
6 地域包括ケアセンター
7 市役所
8 福祉施設職員、ケアマネージャー
9 その他(具体的に: _____)

問29 避難所での生活に最も必要だと思うものは何ですか。(○印は1つだけ)

- 1 介護・福祉系サービスの提供
2 医療系サービスの提供
3 パーテーション等でプライバシーに配慮された空間
4 多目的トイレ、手すり、スロープ等の高齢者に配慮された設備
5 情報提供や相談の窓口
6 その他(具体的に: _____)

問30 高齢者福祉や介護保険について、ご意見・ご要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

主に介護している方について

問31 日常、ご本人を主に介護している方は、どなたですか。(○印は1つだけ)

- | | | |
|---------|--------------|------------|
| 1 配偶者 | 2 子ども又はその配偶者 | 3 孫又はその配偶者 |
| 4 兄弟・姉妹 | 5 その他の家族・親族 | |
| 6 いない | | |

(問31で「6 いない」とお答えの方に)

問31-1 介護している方がいない理由をお答えください。(○印は1つだけ)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1 訪問看護員（ホームヘルパー）、家政婦などをお願いしている | |
| 2 その他（具体的に： _____） | |
| 3 介護を必要としていない | |

介護者がいらっしゃらない場合は、ここで調査は終了となります。

《ここからは介護者への質問です。主に介護をしている方がご回答ください》

(問31で「1」～「5」の「介護している家族がいる」とお答えの方に)

問31-2 主な介護者の状況についてお答えください。(○印はそれぞれ1つだけ)

①性別	1 男性	2 女性	
②年齢	1 29歳以下	2 30～39歳	3 40～49歳
	4 50～59歳	5 60～64歳	6 65～69歳
	7 70～74歳	8 75歳以上	
③ご本人との同居	1 同居している	2 同居していない	
④健康状態	1 おおむね健康	2 健康に不安あり	
	3 病気や疾病あり		
⑤介護協力者の有無	1 いる	2 いない	
⑥介護している時間帯	1 ほとんど終日	2 半日程度	
	3 2～3時間程度	4 必要なときに手を貸す程度	
⑦介護の負担感	1 非常に負担	2 多少負担	
	3 あまり負担でない	4 負担ではない	

問32 主な介護者の方が、介護を行ううえで困っていることは何ですか。
(○印はいくつでも)

- 1 睡眠時間や休息する時間がとれない
- 2 自分の健康が保てない
- 3 介護保険サービスを利用させたいが、本人が使いたがらない
- 4 ストレスがたまっている
- 5 本人との意思疎通がうまくできない
- 6 適切な介護の方法や、その相談窓口がわからない
- 7 介護を続けていく自信がない
- 8 急な病気や用事の時に、ショートステイを利用できない
- 9 医療処置のために利用できるサービスが限定される
- 10 家族や親族の理解が足りない
- 11 精神的・肉体的疲労感が限界である
- 12 自分の他に介護をしてくれる人がいない
- 13 その他（具体的に： _____)
- 14 特にない

問33 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。
(○印はいくつでも)

【 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 わからない |
|-----------------|----------|

問34 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を感じる介護等は何ですか。(○印はいくつでも)

【 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 |
|---------|---|--------------------|

問35 介護についての不安なことや悩みは誰に（どこに）相談しますか。
(○印はいくつでも)

- | | | |
|--------------------|-------------|---|
| 1 配偶者 | 2 同居している家族 | |
| 3 親族 | 4 医師・看護師 | |
| 5 介護支援専門員（ケアマネジャー） | 6 サービス提供事業者 | |
| 7 地域包括支援センター | 8 その他（ | ） |

問36 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)
(○印はいくつでも)

※ 自営業や農林水産業の仕事を辞めた方を含みます。

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

問40 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。
(○印は1つだけ)

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

問41 高齢者福祉や介護保険について、介護者からのご意見・ご要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は、●月●日(●)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。