

介護保険・福祉に関するアンケート調査 ご協力をお願い

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、令和2年度に「第8期碧南市高齢者ほっとプラン（第8期高齢者福祉計画・第8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5年度は、3年ごとに行う見直しの年度に当たり、「第9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ますが、調査の分析にあたっては、年齢・性別などのデータ、要介護認定データ及び給付データを、個人が識別されない形で活用させていただきます。ご記入いただいた内容及び個人情報につきましては、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5年●月

碧南市長 禰宜田 政信

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

- ・ 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 28 は、あて名ご本人に対しての項目です。ご本人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 29 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。
- ・ 設問に選択肢のあるものは、あてはまる番号に○をつけてください。お答えが「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。
- ・ 設問によって、○をつけていただく数を（ ）内に指定していますので、ご注意ください。

◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、●月●日（●）までに郵送していただきますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇調査についてのご質問などは、下記までお問い合わせください。

碧南市 高齢介護課 介護保険係

電話 0566-95-9889（直通）

1 あなた（あて名ご本人）のことがいします

◎ この調査票の記入者はどなたですか

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

F 1 あなたの家族構成は

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

F 2 あなたの日中の状況は

- | |
|------------------------------|
| 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 ） |

F 3 あなたのお住まいは

- | | |
|---------------|-------------------|
| 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. 有料老人ホーム | 10. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 11. （具体的に ） | |

問 1 あなたが要介護状態になられた主な原因は何ですか。（○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2 あなたが現在抱えている傷病は何ですか。(○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3 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。(○は1つだけ)

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1. 自立しており、ひとりで外出できる | → 問3-1へ |
| 2. 自立しているが介助なしでは外出できない | → 問3-2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3-3へ |
| 4. 一日中ベッド上で過ごし、寝たきりの状態である | → 問3-4へ |

問3で「1. 自立しており、ひとりで外出できる」と答えた方にお聞きします。

問3-1 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○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 |
| 2. 遠方に外出はできないが、隣近所なら外出できる |

問3で「2. 自立しているが介助なしでは外出できない」と答えた方にお聞きします

問3-2 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○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 |
| 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3で「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」と答えた方にお聞きします

問3-3 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○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 |
| 2. 介助があれば、車いすに移ることができる |

問3で「4. 一日中ベッド上で過ごし、寝たきりの状態である」と答えた方にお聞きします

問3-4 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○は1つだけ)

- 1. 自力で寝返りをうつことができる
- 2. 自力で寝返りをうつことができない

問4 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い等）がみられますか。(○は1つだけ)

- 1. みられる
- 2. みられない → 問5へ

問4で「1. みられる」と答えた方にお聞きします。

問4-1 それは以下のどの状態に近いですか。(○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5へ
- 2. 日常生活は誰かが見てくれていると自立できている
- 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
- 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5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5へ

問4-1で「2. 日常生活は誰かが見てくれていると自立できている」と答えた方にお聞きします。

問4-2 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○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
- 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5へ

問4-1で「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」と答えた方にお聞きします。

問4-3 あなたのより詳細な状況はどちらに近いですか。(○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
- 2. 夜間を中心に問題のある行動をしてしまう

→ 問5へ

問5 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの行動や意識に変化はありましたか。

(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 外出しなくなった | 2. 人と会わなくなった |
| 3. 人や物に触るのが怖くなった | 4. 不安になることが多くなった |
| 5. 健康に気を付けるようになった | 6. 人とのつながりの大切さを知ることができた |
| 7. その他 () | 8. 特にない |

問6 現在、あなたはどちらで生活していらっしゃいますか。(○は1つだけ)

○在宅

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 自宅 | } →引き続き、問7からの質問にお答えください |
| 2. 有料老人ホーム | |
| 3. サービス付き高齢者向け住宅（サ高住） | |

○施設等

- | | |
|--------------------------|--|
| 4. 特別養護老人ホーム | } → 問7・8の設問にお答えください。
問8を回答後終了となります。 |
| 5. 老人保健施設 | |
| 6. 介護療養型医療施設（療養病床）、介護医療院 | |
| 7. 養護老人ホーム | |
| 8. グループホーム | |
| 9. 病院に入院している | |

2 介護保険制度についておうかがいします

問7 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。（○は1つだけ）

1. 保険料が高くなっても、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8 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。（○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： _____）



在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。

- ・ 特別養護老人ホームに入所している方
- ・ 老人保健施設に入所している方
- ・ 介護療養型医療施設（療養病床）、介護医療院に入所している方
- ・ 養護老人ホームに入所している方
- ・ グループホームに入所している方
- ・ 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。

3 介護保険サービスの利用状況についておうかがいします

問9 令和●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。(○は1つだけ)

1. 利用した

→ 問9-1へ

2. 利用していない → 問9-3へ

問9で「1. 利用した」と答えた方にお聞きします。

問9-1 現在受けている介護保険サービスに満足していますか。(○は1つだけ)

1. 満足

2. やや満足

→ 問10へ

3. やや不満

4. 不満

問9-1で「3. やや不満」「4. 不満」と答えた方にお聞きします。

問9-2 不満の理由は何ですか。(○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9で「2. 利用していない」と答えた方にお聞きします。

問9-3 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○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:

)

問 10 新型コロナウイルス感染症の影響でサービス利用状況は変化しましたか。また、それに伴う身体の変化はありますか。(○は1つだけ)

【サービスの利用状況】

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. 増えた | 2. 減った | 3. 変わらない |
|--------|--------|----------|

「1. 増えた」「2. 減った」と答えた方にお聞きします。

【増えた・減ったサービスの種類】(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問リハ等） | 2. 通所系サービス（通所介護、通所リハ） |
| 3. その他（ ） | |

「1. 増えた」「2. 減った」と答えた方にお聞きします。

【増えた・減った理由】(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 1. 本人・介護者等による（感染不安等） | 2. 事業者の提供体制による（従事者の確保等） |
| 3. わからない | |

【身体の状態】

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. よくなった | 2. 悪くなった | 3. 変わらない |
|----------|----------|----------|

<全員におたずねします>

問 11 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。(○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。

- | |
|---|
| <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> |
|---|

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. 特になし（今のままでよい）

問 12 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 13 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●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○）

※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○）		
A. 配食	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
B. 調理	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
C. 掃除・洗濯	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3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 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
E. ゴミ出し	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
F. 外出同行（通院、買い物等）	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
G. 移送サービス （介護・福祉タクシー等）	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
H. 見守り、声かけ	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上
I. サロンなどの定期的な通いの場	1. 利用していない 3. 週2回程度 5. 週4回程度	2. 週1回程度 4. 週3回程度 6. 週5回以上

※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. 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	

サービスの種類と内容		【利用状況】 (それぞれ○は1つ)			【利用希望】
		(したことがある)	知っているが利用 したことはない	知らない	今後利用したい(続け たい)ものに○をつけ てください
記入例)		1	2	3	○
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	
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	
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	
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	
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	

		【利用状況】 (それぞれ○は1つ)			【利用希望】
サービスの種類と内容		利用している (したことがある)	知っているが利用 したことはない	知らない	今後利用したい(続け たい)ものに○をつけ てください
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
13	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	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	高齢者タクシー料金助成 (社会参加の促進及び家族の介護負担の軽減のため、高齢者がタクシーを利用する際の料金の一部を助成する)	1	2	3	

		【利用状況】 (それぞれ○は1つ)			【利用希望】
サービスの種類と内容		利用している (したことがある)	知っているが利用 したことはない	知らない	今後利用したい(続け たい)ものに○をつけ てください
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	
17	ふれあいいきいきサロン（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	
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	
19	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	
20	認知症高齢者等個人賠償責任保険 (認知症高齢者とその家族の方が地域で安心した生活をする事ができる環境の整備を図るため、市が契約者の個人賠償責任保険に加入する)	1	2	3	
21	認知症家族のつどい・本人交流会 (認知症の方や介護者同士で困っていることや悩んでいることなど、情報交換(話)をする集まり。ミニ講座も同時開催)	1	2	3	
22	認知症伴走型支援事業 (認知症の人やそのご家族に対し、認知症介護の専門的知識を持つ職員が、認知症の本人・ご家族に寄り添いながら継続的に支援をしていく。相談拠点はグループホームたなお。)	1	2	3	

※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。

4 認知症についておうかがいします

問 16 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。(○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（個人賠償責任保険制度を含む） | |
| 13. わからない（認知症を知らない） | |
| 14. その他（具体的に： | ） |

5 介護をうける場所についておうかがいします

問 17 あなたは今後、どのような介護を受けたいですか。(○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. 老人ホームやサ高住、病院などに入所（入院）したい |
| 4. わからない |

問 17 で「3. 老人ホームやサ高住、病院などに入所（入院）したい」と答えた方にお聞きします。

問 17-1 その理由は何ですか。(○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： |

）

6 在宅医療についておうかがいします

問 18 あなたは現在、定期的・継続的に医療を受けていますか。(○は1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 18 で「1. はい」と答えた方にお聞きします。

問 18-1 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。(○はいくつでも)

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 19 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。(○は1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 19 で「2. いいえ」と答えた方にお聞きします。

問 19-1 在宅医療を利用したいと思わない理由は何ですか。(○はいくつでも)

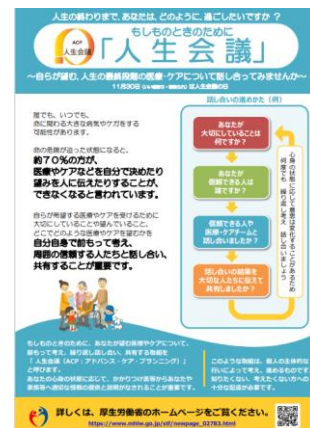
1. 家族に負担（肉体的・精神的）負担がかかるから
2. 経済的な理由から
3. 自宅では、緊急時の対応ができないから
4. 見てくれる人（家族）がいないから
5. 部屋やトイレ等の環境が整っていないから
6. 見てくれる医師がいないから
7. 訪問看護や介護を受けやすい体制が整っていないから
8. その他（具体的に： _____ ）
9. 特にない

問 20 「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。（○は1つだけ）

※碧南市では「私の4つの大切な覚え」、

「絆ノート（エンディングノート）」を作成し周知しております。

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



人生会議（ACP）リーフレット
出典：厚生労働省

問 21 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。（○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 22 へ

問 21 で「1」「2」「3」と答えた方にお聞きします。

問 21-1 どのような内容を考えてましたか、または話しましたか。（○はいくつでも）

1. 病状や予後に関すること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 22 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。（○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 23 どのような条件が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を受けられる	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

7 災害時の対応についておうかがいします

問 24 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。(○は1つだけ)

- | | | |
|--------|---------|----------|
| 1. できる | 2. できない | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問 25 避難を支援してくれる人がいますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

問 26 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。(○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、 ケアマネジャー |
| 9. その他（具体的に： _____） |

問 27 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。

8 主に介護している方についておうかがいします

問 28 日常、ご本人を主に介護している方は、どなたですか。（○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 28 で「6. いない」と答えた方にお聞きします

問 28-1 介護している方がいない理由をお答えください。（○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 28 で「1」～「5」の「介護している家族がいる」と答えた方にお聞きします。

問 29 主な介護者の状況についてお答えください。（○はそれぞれ1つだけ）

①性別	1. 男性	2. 女性	
②年齢	1. 15歳未満	2. 15～19歳	3. 20～29歳
	4. 30～39歳	5. 40～49歳	6. 50～59歳
	7. 60～64歳	8. 65～69歳	9. 70～74歳
	10. 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	

(○は1つだけ)

1. いる (歳)

2. いない

問 31 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。（○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. 特になし

問 32 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。(○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 33 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は何ですか。
(○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 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。
(○は1つだけ)

- | | |
|---------------------|--------------|
| 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 35 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）。(○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 36 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つだけ)

※「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。

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 37 へ

問 36-1~36-3は問 36で「1」「2」と答えた方にお聞きします。

問 36-1 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。
(○はいくつでも)

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、短期間勤務、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

問 36-2 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. 特になし

問 36－3 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 37 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。