

# 要介護認定者個別調査票 ～ご自宅等でお過ごしの方へ～

## 介護保険制度の円滑な実施を図るためのアンケート調査のお願い

日頃から逗子市の高齢者保健福祉行政につきまして格別のご理解・ご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

さて、逗子市では、高齢者が安心して暮らしていける環境づくりを進めるため、令和4年度から令和8年度までの3年間の高齢者保健福祉計画の見直しを行います。

このため、●月1日現在、要介護の認定を受けている方（以下「要介護者」といいます。）の中で、ご自宅等でお過ごしの方から、本市が要介護度別に層化均等無作為に抽出し、500名の方を対象に、アンケート調査を実施します。（在宅等の判断につきましては、●月末の時点で判断しておりますので、実態と異なる場合はご容赦ください。）

この調査は、介護保険サービスの利用状況や今後の利用意向などをお伺いします。

皆さまからの回答は、個人が特定できないように、すべてコンピューターにより統計的に処理し、本調査の目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

令和4年●月

### ご記入に当たってのお願い

1. この調査票でいう「あなた」とは、要介護者ご本人のことです。できるだけご本人が回答してください。ご本人が回答できない場合は、ご本人のお気持ちを考え、ご家族の方等が回答してください。ご本人が回答できない場合は、ご本人のお気持ちを考え、ご家族の方等が回答してください。
2. 回答は、令和4年11月の状況でご記入ください。
3. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合と、記述していただく場合、数字を記入していただく場合があります。回答の仕方は、質問ごとの指定に従ってください。
  - ◆付けていただく○の数が複数の場合は、質問ごとに示してあります。
  - ◆記述していただく場合は、（ ）の中または枠の中にご記入ください。
  - ◆回答により、次に進む質問が異なる場合があります。ことわり書きや矢印に従って回答してください。特にことわりのない場合は、次の設問にお進みください。
  - ◆回答したくない設問は無記入にし、次の設問にお進みください。

ご記入いただいた調査票は、**●月●日（●曜日）**までに、同封の返信用封筒により、逗子市福祉部高齢介護課介護保険係までご返送ください（切手を貼る必要はありません）。

なお、この調査票についてご不明の点がございましたら、お手数ですが、高齢介護課介護保険係までお問い合わせください。

問い合わせ先

逗子市福祉部高齢介護課介護保険係

電話 046 (873) 1111 内線 246・247

◎最初にこの調査にご回答いただく方についておたずねします。

1. ご本人自らが回答

2. ご本人の回答を、別の方が代筆

3. ご本人の思いを想定し、別の方が代理で回答

「2. ご本人の回答を、別の方が代筆」、「3. ご本人の思いを想定し、別の方が代理で回答」の方のみ回答されている方は、ご本人からみてどなたですか。

1. 配偶者

2. 子

3. 兄弟姉妹

4. 孫

5. 親

6. その他 (

)

## 1 あなたとあなたのご家族や生活状況について

問1 あなたの性別はどれですか。(ひとつだけに○)

1. 男性

2. 女性

3. その他

問2 あなたの年齢はおいくつですか。(ひとつだけに○)

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

問3 あなたの家族構成について教えてください。(ひとつだけに○)

1. ひとり暮らし

2. 配偶者のみ(あなたと二世帯) ⇒ 問3-3へ

3. 配偶者以外の65歳以上の方との世帯 } ⇒ 問3-2、3-3へ

4. その他の世帯(同居世帯)

問3で「1. ひとり暮らし」と答えた方のみ

問3-1. 親族(子、兄弟姉妹)は、どちらにお住まいですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 二世帯住宅にいますが、生活は別

2. 同じ敷地内にいますが、生活は別

3. 近所(歩ける範囲)にいる

4. 近所ではないが、市内にいる

5. 県内(市外)にいる

6. 県外にいる

7. その他 (

)

8. 親族(子、兄弟姉妹)はいない

**問3で「3. 配偶者以外の65歳以上の方との世帯」及び「4. その他の世帯（同居世帯）」と答えた方のみ**

**問3-2. ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、それは、あなたからみてどんな方ですか。  
（あてはまるものすべてに○）**

人

- |                 |          |         |
|-----------------|----------|---------|
| 1. 父母（配偶者の親も含む） | 2. 配偶者   | 3. 息子   |
| 4. 娘            | 5. 子の配偶者 | 6. 兄弟姉妹 |
| 7. 孫            | 8. その他（  | ）       |

**問3で「2. 配偶者のみ(あなたと二人世帯)」「3. 配偶者以外の65歳以上の方との世帯」「4. その他の世帯(同居世帯)」と答えた方のみ**

**問3-3. 普段、誰と一緒に過ごしていますか。（あてはまるものすべてに○）**

- |                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| 1. 一日中ひとりである           | 2. 昼間(夜間)はひとりで、夜間(昼間)のみ家族といる |
| 3. 一日中家族といることが多        | 4. 一日中家族以外の人といることが多い         |
| 5. 近所の親族・親しい知人といることが多い | 6. 病院や施設の職員といることが多い          |

**問4. 要介護度は次のどれに該当しますか。（ひとつだけに○）**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 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. わからない |

**問5. 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。（あてはまるものすべてに○）**

- |                |                        |   |
|----------------|------------------------|---|
| 1. 高血圧         | 2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）       |   |
| 3. 心臓病         | 4. 糖尿病                 |   |
| 5. 脂質異常症（高脂血症） | 6. 呼吸器の病気（肺炎や慢性閉塞性肺疾患） |   |
| 7. 骨・関節の病気     | 8. 外傷（転倒・骨折等）          |   |
| 9. がん          | 10. 認知症（アルツハイマー病）      |   |
| 11. パーキンソン病    | 12. 視覚・聴覚障がい           |   |
| 13. 高齢による機能低下  | 14. 脊椎疾患(脊柱管狭窄症等)      |   |
| 15. 心の病気       | 16. その他（               | ） |

**問6. あなたを介護している人は誰ですか。(ひとつだけに○)**

- |                |            |      |
|----------------|------------|------|
| 1. 配偶者 (夫・妻)   | 2. 息子      | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者       | 5. 兄弟姉妹    | 6. 孫 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他 ( ) |      |
| 9. いない         |            |      |

**問6で「1. 配偶者 (夫・妻)」～「6. 孫」と答えた方のみ**

**問6-1 主な介護者の性別はどれですか。(ひとつだけに○)**

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

**問6-2. 主な介護者とは、同居していますか。(ひとつだけに○)**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 同居している | 2. 同居していない |
|-----------|------------|

**問6-3. あなたを主に介護・介助する方の年齢は、次のどれですか。(ひとつだけに○)**

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

**問6-4. 主な介護者の実状についてお知らせください。(あてはまるものすべてに○)**

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. とくに問題はない           | 2. 高齢である                |
| 3. 病弱である              | 4. 介護者も要介護・要支援の認定を受けている |
| 5. 仕事のために十分介護ができない    | 6. 子育てのために十分介護ができない     |
| 7. ほかに介護しなければならない人がいる | 8. 介護のために離職した (休職中も含む)  |
| 9. その他の問題がある ( )      |                         |

**問7. 悩みや心配事の相談できる人はいますか。(ひとつだけに○)**

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

**問7で「1. いる」と答えた方のみ**

**問7-1. 相談できる人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)**

- |                   |                 |                |
|-------------------|-----------------|----------------|
| 1. 配偶者 (夫・妻)      | 2. 息子           | 3. 娘           |
| 4. 子の配偶者          | 5. 兄弟姉妹         | 6. 友人・知人       |
| 7. 近所の人           | 8. 自治会・町内会      | 9. 老人クラブ       |
| 10. 民生委員・児童委員     | 11. 医師・歯科医師・看護師 | 12. ケアマネジャー    |
| 13. その他の介護サービス従事者 | 14. 社会福祉協議会     | 15. 地域包括支援センター |
| 16. 市役所           |                 |                |
| 17. その他 ( )       |                 |                |





**問 17. 入院・通院状況についておたずねします。(あてはまるものすべてに○)**

1. 現在通院中  
2. 最近1年間で、2週間以上の入院経験がある  
3. 現在入院中  
4. 現在往診を受けている  
5. とくに医者にはかかっていない

**問 17 で「1. 現在通院中」と答えた方のみ**

**問 17-1. どのような方法で通院していますか。(あてはまるものすべてに○)**

1. 徒歩(自力歩行・杖歩行など)  
2. 車いす  
3. 自家用車(家族が運転を含む)  
4. 電車  
5. 路線バス  
6. タクシー  
7. 民間による移送サービス  
8. 特殊車両(ストレッチャーや車いすで乗れるもの)  
9. その他( )

**問 17-2. 通院しているところはどこですか。(ひとつだけに○)**

1. 逗子市内  
2. 神奈川県内(市外)  
3. 県外

**問 17-3. 通院の頻度はどのくらいですか。(ひとつだけに○)**

1. 週2回以上  
2. 週1回程度  
3. 月に2回程度  
4. 月に1回程度  
5. その他( )

**問 17-4. 通院に介助が必要ですか。(ひとつだけに○)**

1. はい  
2. いいえ

**問 18. 転倒について、思い当たるものをお選びください。(あてはまるものに○)**

1. この1年間に転んだことがある  
2. 転倒に対する不安は大きい  
3. 転倒の不安はない

**問 19. 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。(どちらかに○)**

1. はい  
2. いいえ

**問 20. あなたの身長と体重を教えてください。(整数でお答えください。)**

身長  cm      体重  kg

**問 21. 口腔機能について、思い当たるものをお選びください。(あてはまるものすべてに○)**

1. 半年前に比べて固いものが食べにくくなった
2. お茶や汁物等でむせることがある
3. 口の渇きが気になる
4. 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日している
5. 定期的に歯科受診（健診を含む）をしている
6. とくに思い当たることはない

**問 22. 1日の食事の回数は何回ですか。(ひとつだけに○)**

1. 朝昼晩3回
2. 朝晩2回
3. 朝昼2回
4. 昼晩2回
5. 1回
6. その他（ ）

**問 23. どなたかと食事をとる機会がありますか。(ひとつだけに○)**

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 23 で「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」と答えた方のみ

**問 23-1. 食事をとる人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)**

1. 家族
2. 近所の人や友人
3. デイサービスの仲間
4. その他（ ）

**問 24. もの忘れについて、思い当たるものをお選びください。(あてはまるものすべてに○)**

1. 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いわれる
2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができない
3. 今日が何月何日かわからない時がある
4. 5分前のことが思い出せない
5. その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できない
6. 人に自分の考えをうまく伝えることができない
7. とくに思い当たることはない
8. その他（ ）



### 3 外出・社会参加について

問 25. 運動・外出について、思い当たるものをお選びください。(あてはまるものすべてに○)

1. 外出を控えている
2. 階段を手すりや壁をつたわずに昇り降りしている
3. 椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっている
4. 5 m以上歩ける
5. 15分位続けて歩いている
6. 週に1回以上は外出している
7. 昨年と比べて外出の回数が減っている
8. その他 ( )

問 25 で「1. 外出を控えている」と答えた方のみ

問 25-1. 外出を控えている理由は、次のどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 病気
2. 障がい(脳卒中の後遺症など)
3. 歩行が不自由である
4. 足腰などの痛み
5. トイレの心配(失禁など)
6. 耳の障がい(聞こえの問題など)
7. 目の障がい
8. 外での楽しみがない
9. 経済的に出られない
10. 面倒なので
11. 交通手段がない
12. その他 ( )

問 26. 外出する頻度はどのくらいですか。(ひとつだけに○)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. ほぼ外出しない

問 27. 外出する際の移動手段は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 徒歩
2. 自転車(電動・三輪を含む)
3. 歩行器・シルバーカー(手押し車)
4. 車いす
5. 電動車いす(カート)
6. 自動車(人に乗せてもらう)
7. 電車
8. 路線バス
9. 病院や施設のバス
10. タクシー
11. その他 ( )

問 28. 人との交流等について、思い当たるものをお選びください。(あてはまるものすべてに○)

1. 友人の家を訪ねている、または友人が訪ねてくる
2. 家族や友人の相談にのっている、または相談している
3. 趣味や生きがいがある
4. 他の人に自分から話しかけることがある
5. 隣の家(部屋)の人の名前や顔を知っている
6. その他 ( )

## 4 介護保険について

問 29. あなたは、現在、介護保険のサービスを利用していますか。(ひとつだけに○)

1. 利用していない ⇒ 問 29-1へ                      2. 利用している ⇒ 問 29-3へ

問 29 で「1. 利用していない」と答えた方のみ

問 29-1. 介護サービスを利用していない理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. 利用したい介護サービスがない                 | 2. 家族が介護しているので必要ない       |
| 3. 介護サービスが必要な状態ではない               | 4. どんなサービスを利用したらよいかわからない |
| 5. 利用量を支払うのが困難だから                 | 6. サービスを利用することに抵抗がある     |
| 7. 友人、知人、近所の方が手伝ってくれるから必要ない       |                          |
| 8. 利用したかったが、事業者が予約でいっぱいだった(サービス名) | )                        |
| 9. その他(                           | )                        |

問 29-2. 今後、利用を考えている介護保険サービスはありますか。(ひとつだけに○)

1. 在宅で利用できるサービス
2. 施設等への入所・入居 ⇒ 問 29-2-2、29-2-3へ
3. 今はまだわからない

問 29-2 で「1. 在宅で利用できるサービス」と答えの方

問 29-2-1. 在宅で利用できるサービスの中で考えているものはどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| 1. 訪問介護(ホームヘルプ)      | 2. 訪問入浴介護                |
| 3. 訪問看護              | 4. 訪問リハビリテーション           |
| 5. 居宅療養管理指導          | 6. 通所介護(地域密着を含む)         |
| 7. 認知症対応型通所介護        | 8. 通所リハビリテーション(デイケア)     |
| 9. 短期入所生活介護(ショートステイ) | 10. 短期入所療養介護(療養型ショートステイ) |
| 11. 福祉用具貸与           | 12. 特定福祉用具購入費の支給         |
| 13. 住宅改修費の支給         | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護       |
| 15. 小規模多機能型居宅介護      | 16. 移送サービス               |



**問 29 で「2. 利用している」と答えた方のみ**

**問 29-3. あなたは、ご自身の介護サービス計画（以下「ケアプラン」といいます。）の内容をご存じですか。（ひとつだけに○）**

1. 知っている

2. 知らない

3. わからない

**問 29-3 で「1. 知っている」と答えた方のみ**

**問 29-3-1. 現在のご自身のケアプランについて、不満な点がありますか。（ひとつだけに○）**

1. 満足

2. やや満足

3. やや不満

4. 不満

**問 29-3-1 で「3. やや不満」「4. 不満」と答えた方のみ**

**問 29-3-1-1. 不満な内容について、当てはまるものすべてに○をつけてください。**

1. ケアプランの援助目標とその説明

2. ケアプラン作成への本人の参加

3. ケアプラン作成への家族の参加

4. 事業所の選択

5. 利用者負担への配慮

6. ケアプラン見直し・評価の体制

7. 利用するサービスの数

8. サービスの組み合わせ

9. サービスの利用日時の設定

10. 全体的なサービスの量

11. その他（

）

**問 29-4. 現在のケアプランを作成しているケアマネジャーについて、不満な点がありますか。（あてはまるものすべてに○）**

1. 説明の丁寧さ・適切さ

2. 本人・家族の希望の反映

3. 相談時間や訪問回数

4. 納得できるケアプランの策定や見直し

5. 事業所やサービスの決め方

6. 事業所・医師・市役所との連携

7. 知識や情報量

8. 態度やマナー

9. 緊急時（急変時）やサービス変更等の対応

10. 総合的な印象

11. ケアマネジャーや地域包括支援センター職員を知らない

12. その他（

）

13. とくに不満はない

**問 29-5. サービス事業所を選ぶ際に重視したいことはどのようなことですか。**

(それぞれ、あてはまるものすべてに○)

- ① **家庭を訪問するサービス** (訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、定期巡回・随時対応型訪問看護)
1. 仕事の正確さ (時間や契約内容の履行)
  2. 職員の技術や態度
  3. 連絡のとりやすさ (日頃の意思疎通や緊急対応等)
  4. 事業所の規模
  5. 事業所の知名度や評判
  6. 提携施設や紹介便宜
  7. その他 ( )
- ② **施設へ通所・短期入所するサービス** (通所介護 (地域密着を含む)、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能居宅介護)
1. 施設や設備の使い勝手 (移動しやすさ、安全性)
  2. 居心地よさ (清潔さ、明るさ、雰囲気など)
  3. 活動内容 (リハビリ、趣味活動、行事等)
  4. 食事の質
  5. 職員の技術や態度
  6. 意思疎通のしやすさ
  7. 併設・提携施設や紹介便宜
  8. 自宅からの近さ
  9. 事業所の知名度や評判
  10. その他 ( )
- ③ **福祉用具貸与**
1. 用具の種類が多さ
  2. 用具の質 (新しさ、清潔さ等)
  3. 職員の知識や態度
  4. 事業所の知名度や評判
  5. その他 ( )

**問 29-6. 認定され利用限度額 (以下、限度額) について、どの程度までサービスを利用していますか。**

(ひとつだけに○)

<参考> 要介護度別の1か月の限度額です。記載の額は令和元年度です。

(ただし、負担金額はこの1割から3割です)

要介護1 : 167,650円	要介護2 : 197,050円	要介護3 : 270,480円
要介護4 : 309,380円	要介護5 : 362,170円	

1. 限度額を超えて保険外でも利用している ⇒ 問 29-6-1、29-6-2へ
2. 限度額をほぼ満額利用している (9割以上)
3. 限度額までは利用していない
4. ケアマネジャーから「サービス利用票別表」をもらっていない
5. わからない

**問 29-6 で「1. 限度額を超えて保険外でも利用している」と答えた方のみ**

**問 29-6-1. 限度額を超えて利用している理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)**

1. 限度額の範囲内では在宅生活が続けられない    2. 介護者の介護時間を減らす必要がある  
3. もっと多くのサービスを利用したい    4. ケアマネジャーや事業所の勧めに納得して  
5. その他 ( )

**問 29-6-2. 主に利用しているサービスは何ですか。(あてはまるもの3つまでに○)**

1. 訪問介護(ホームヘルプ)    2. 訪問入浴介護  
3. 訪問看護    4. 訪問リハビリテーション  
5. 居宅療養管理指導    6. 通所介護(地域密着を含む)  
7. 認知症対応型通所介護    8. 通所リハビリテーション(デイケア)  
9. 短期入所生活介護(ショートステイ)    10. 短期入所療養介護(医療型ショートステイ)  
11. 福祉用具貸与    12. 定期巡回・随時対応型訪問看護  
13. 小規模多機能型居宅介護    14. その他 ( )  
15. わからない

**問 29-7. あなたが介護保険サービスを利用する場合の負担割合は何割ですか。**

1. 1割    2. 2割    3. 3割    4. わからない

**問 29-8. 介護保険サービスの利用料はどなたがご負担していますか。(ひとつだけに○)**

1. あなた    2. 家族    3. あなたと家族  
4. その他 ( )    5. わからない

**問 29-9. 介護保険サービス利用料の1か月当たりの支払額がいくらか知っていますか。**

(ひとつだけに○)

1. 知っている    2. 知らない

**問 29-9 で「1. 知っている」と答えた方のみ**

**問 29-9-1. 介護保険サービス利用料の1か月当たりの概ねの支払額をお知らせください。(ひとつだけに○)**

1. 1,000 円未満    2. 1,000 円以上 5,000 円未満  
3. 5,000 円以上 10,000 円未満    4. 10,000 円以上 50,000 円未満  
5. 50,000 円以上 100,000 円未満    6. 100,000 円以上

**問 29-9-2. 介護保険サービス利用料の支払額について、どのように感じていますか。**

(ひとつだけに○)

1. 負担が大きい    2. 少し負担    3. 妥当な額である  
4. 思ったより安い    5. わからない

## 5 高齢者福祉全般について

**問 30 介護等の高齢者福祉に関する情報を、何から得ていますか。(あてはまるものすべてに○)**

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1. 市の広報紙        | 2. 市のパンフレットなど |
| 3. 市社会福祉協議会の広報紙 | 4. 民生委員・児童委員  |
| 5. 隣近所の人        | 6. 回覧板        |
| 7. 病院や施設        | 8. 新聞         |
| 9. テレビやラジオ      | 10. 書籍や雑誌     |
| 11. 家族や友人・知人    | 12. インターネット   |
| 13. その他 ( )     | 14. 特に入手していない |

**問 31 あなたは、介護や保健、医療等に関する事で、どのような情報がほしいですか。(あてはまるものすべてに○)**

1. 生きがいや健康づくり・介護予防に関する情報
2. 自宅のバリアフリー化（段差解消など）や高齢期に適した住みかえ先の情報
3. 介護保険制度に関する情報（サービス利用の手続きなど）
4. 介護保険施設に関する情報（施設概要・空き状況等）
5. 介護保険以外の福祉サービスに関する情報（配食、送迎サービス、ボランティアなど）
6. 認知症の人に対するケアや相談先などの情報
7. 高齢者に対する虐待の相談先の情報
8. 医療や介護に必要な費用に関する情報
9. その他 ( )
10. 特に必要ない

**問 32 スマートフォン・携帯電話を持っていますか。(1つに○)**

1. スマートフォンを持っている
2. 携帯電話を持っている
3. スマートフォンも携帯電話も持っていない

**問 32 で「1. スマートフォンを持っている」と答えた方に、お伺いします。**

**問 32-1 下記の機能で利用できるものを選んでください。(あてはまるものすべてに○)**

- |                     |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| 1. 電話               | 2. メール     | 3. LINE    |
| 4. 動画視聴（YouTube など） | 5. インターネット | 6. フェイスブック |
| 7. インスタグラム          | 8. ツイッター   | 9. その他 ( ) |

