

要介護認定者個別調査票 ～施設等へ入所・入居されている方へ～

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3年度から令和5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。）で施設等に入所・入居されている方の中から、本市が要介護別に層化均等無作為に抽出し、100名の方を対象に、アンケート調査を実施します。（施設等の入所・入居の判断につきまして●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下さっても結構です。
2. 回答は、令和4年●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. 施設等の職員

7. 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. あなたの性別はどちらですか。(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. 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. 近所

2. 県内

3. 県外

4. その他 (

)

5. 親族(子、兄弟姉妹)はいない

問4. あなたの要介護の状態について教えてください。(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(具体的に:

)

問6. 悩みや心配事の相談に乗ってくれる人がいますか。(ひとつだけに○)

1. いる

2. いない

問6. で「1. いる」と答えた方のみ

問6-1. 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. 施設等の職員 | |
| 18. その他() | | |

問7. 現在心配なこと・困っていることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------|
| 1. 自分の健康のこと | 2. 家族の健康のこと | 3. 家計のこと |
| 4. 自分と家族の関係 | 5. 友だちづきあい | 6. 家族同士の人間関係 |
| 7. 孤独 | 8. 自由に外出できない | 9. 家族と一緒にいる時間 |
| 10. 居住空間(狭い・段差・プライバシー等) | 11. 子の将来(就職や結婚など) | |
| 12. 災害時の対応 | 13. 自分らしく過ごせていない | 14. その他() |
| 15. とくにない | | |

問8. 現在の施設等には、どれくらい入所・入居されていますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 半年未満 | 2. 半年以上1年未満 | 3. 1年以上1年半未満 |
| 4. 1年半以上、2年未満 | 5. 2年以上3年未満 | 6. 3年以上4年未満 |
| 7. 4年以上5年未満 | 8. 5年以上 | |

問9. 施設等の所在地はどちらですか。(ひとつだけに○)

- | | | | |
|-------|-------|-------|-----------|
| 1. 近所 | 2. 県内 | 3. 県外 | 4. その他() |
|-------|-------|-------|-----------|

問10. どのようなお部屋にお住まいですか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|---------|-----------|---------|
| 1. 個室 | 2. 二人部屋 | 3. 三人部屋 |
| 4. 四人部屋 | 5. その他() | |

問11. 現在、生活されている施設等はどのような施設ですか。(ひとつだけに○)

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 2. 介護老人保健施設 |
| 3. 介護療養型医療施設・介護医療院 | 4. 有料老人ホーム |
| 5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 6. サービス付き高齢者住宅 |
| 7. 軽費老人ホーム(ケア・ハウス) | 8. 養護老人ホーム |
| 9. その他() | |

問 18. あなたの家族・親族・知人は、どの程度の頻度で訪問されますか。(スマートフォン等によるビデオ通話等も含む) (ひとつだけに○)

- | | | |
|---------------|----------|----------|
| 1. 毎日 (週5回以上) | 2. 週3～4回 | 3. 週1～2回 |
| 4. 月1～2回 | 5. 年数回 | 6. 訪問はない |
| 7. その他 () | 8. わからない | |

問 19. 現在入所・入居している施設等について、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 19 で「3. やや不満」「4. 不満」と答えた方のみ

問 19-1. 不満な点はなんですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. 施設・設備 | 2. 技術や専門性 | 3. 職員の態度やマナー |
| 4. 食事 | 5. 入浴 | 6. 外出・外泊 |
| 7. レクリエーション | 8. 施設等の職員との対話 | 9. リハビリテーション |
| 10. 総合的な印象 | | |

問 20. あなたは、今後、どこで暮らしていきたいですか。(あてはまるもの2つまでに○)

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 1. 自宅 | 2. 親族 (介護者) の家 |
| 3. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 4. 介護老人保健施設 |
| 5. 介護療養型医療施設・介護医療院 | 6. 有料老人ホーム |
| 7. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) | 8. サービス付き高齢者住宅 |
| 9. その他 () | 10. わからない |

問 21. あなたは、ご自身のケアプランをご存知ですか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|----------|---------|----------|
| 1. 知っている | 2. 知らない | 3. わからない |
|----------|---------|----------|

問 21 で「1. 知っている」と答えた方のみ

問 21-1. 現在のご自身のケアプランについてどう思いますか。(ひとつだけに○)

- | | | | |
|-------|---------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|---------|---------|-------|

2 健康状態について

問 22. あなたは、現在ご自分がどの程度健康であると思いますか。

(「健康でない」を1点、「非常に健康」を5点として、点数を囲んでください)



問 23. 健康状態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. 毎日の生活に張りあいなくなった
2. これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうになった
4. 自分が役に立つ人間だと思えなくなった
5. わけもなく疲れたような感じがするようになった
6. 睡眠が不規則で充分取れなくなった
7. とくに思い当たることはない

問 24. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(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() |
| 17. なし | | |

問 25. 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. 最近1年間で、2週間以上の入院経験がある | 2. 現在入院中 | |
| 3. 現在通院中 | 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 26. 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. 転倒に不安はない

問 27. 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。(ひとつだけに○)

1. はい
2. いいえ

問 28. 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 29. 口腔機能についておたずねします。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 30. もの忘れについておたずねします。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. その他()
8. とくに思い当たることはない

3 外出・社会参加について

問 31. 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. 5m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 31 で「1. 外出を控えている」と答えた方のみ

問 31-1. 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 32. 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 33. 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 34 新型コロナウイルス感染症拡大によるあなたの生活などの変化についてお答えください。

(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. 外出することが減った | 2. 病院への通院回数が減った |
| 3. 運動不足を感じるようになった | 4. 物忘れで困ることが増えた |
| 5. ストレスを感じるが増えた | 6. 生活時間が乱れた |
| 7. 他人と関わる機会が減った | 8. 家族で過ごす時間が増えた |
| 9. 仕事の機会が減った | 10. 地域活動やボランティアの機会が減った |
| 11. その他（ | ） |
| | 12. 特に意識や行動に変化はない |

5 高齢者福祉全般について

問 35. 市の高齢者保健福祉サービス及び介護保険制度全般の改善についてご意見がありましたら、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。

*調査票は三つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、ご返送ください
(切手を貼る必要はありません)。