

介護者個別調査票

～高齢者の介護をしておられる方へ～

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。）の中から、本市が要介護度別に層化均等無作為に抽出し、600名の方を対象に、アンケート調査を実施します。（在宅又は施設等の入所・入居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、主な介護者のことです。できるだけ主な介護者が回答してください。主な介護者が複数おられる場合は、どなたか1名をお決めください。
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○の数などは、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

1 あなた(介護者)について

問1. 介護者は、あなたを含めて何人いますか。ホームヘルパー等サービス提供事業所は除いた数でお答えください。(ひとつだけに○)

1. 1人 2. 2人 3. 3人以上

問2. そのうち、要介護者と同居している人は何人ですか。要介護者が入所・入院している場合は、その前の状況でお答えください。(ひとつだけに○)

1. 0人 2. 1人 3. 2人 4. 3人以上

問3. 主な介護者は、要介護者から見て、どなたですか。(ひとつだけに○)

1. 配偶者(夫・妻) 2. 息子 3. 娘 4. 子の配偶者
5. 孫 6. 兄弟・姉妹 7. その他(具体的に:)

問4. 主な介護者の性別をおたずねします。(ひとつだけに○)

1. 男 2. 女 3. その他

問5. 主な介護者の年齢をおたずねします。(ひとつだけに○)

1. 20歳未満 2. 20～49歳 3. 50～59歳 4. 60～64歳
5. 65～69歳 6. 70～74歳 7. 75～79歳 8. 80～89歳
9. 90歳以上

問6. 主な介護者は要介護者と同居していますか。要介護者が施設等に入所・入院している場合は、入所・入院前の状況でお答えください。(ひとつだけに○)

1. 別居している 2. 同居している 3. その他()

問6で「1. 別居している」と答えた方のみ

問6-1. 主な介護者が要介護者のところに着くまでに何分かかりますか。また、主な介護者のお住まいはどちらですか。要介護者が施設等に入所・入院している場合は、入院前の状況でお答えください。(枠内に数字を入れ、ひとつだけに○)

要介護者のところに着くまでに 時間ほどかかる

1. 市内 2. 近隣の他の市町(葉山・鎌倉・横浜・横須賀)
3. 県内 4. 県外

問7. あなたが介護を始めてどのくらいになりますか。(ひとつだけに○)

1. 半年以内 2. 1年以内 3. 2年以内
4. 3年以内 5. 4年以内 6. 5年以内
7. 5年以上 8. 覚えていない

問8. あなたが今困っていることはなんですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 高齢である
2. 持病がある
3. 体が不自由である
4. ストレスを感じている
5. 自分も要支援・要介護認定を受けている
6. ほかに介護しなくてはならない要介護者等がいる
7. 仕事と介護の両立が難しい
8. 子育てと介護の両立が難しい
9. 自由な時間が持てない
10. 経済的な負担が大きい
11. その他の問題がある(具体的に:)
12. とくに問題はない

問9. あなたは、介護にストレスを感じたことはありますか。(あてはまるものに○)

1. ストレスを感じたことがある(どんな時ですか:)
2. ストレスを感じたことがない
3. わからない

問9で「1. ストレスを感じたことがある」と答えた方のみ

問9-1. あなたは、介護にストレスを感じ、誰か(どこか)に相談したことはありますか。

1. 相談をしたことがある
2. 相談をしたことがない⇒問9-1-2へ

問9-1で「1. 相談をしたことがある」と答えた方のみ

問9-1-1. 誰(どこ)へ相談したことがありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 家族
2. 友人
3. 市役所の窓口
4. ケアマネジャー
5. 地域包括支援センター
6. 民生委員・児童委員
7. かかりつけの医師
8. サービスの直接の担当者
9. 社会福祉協議会
10. その他()
11. とくにない

問9で「2. 相談をしたことがない」と答えた方のみ

問9-1-2. 相談したことがない理由をお聞かせください。(あてはまるものすべてに○)

1. どこに相談してよいのかわからない
2. 他の人に言いたくない
3. 相談しても解決しないから
4. その他()

2 あなたが介護をしている方(要介護者)について

問10. 現在、要介護者はどこで生活していますか。(ひとつだけに○)

※ 短期入所や短期間の入院をしているときは、入所や入院前の状況でお答えください。

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

問 11. 要介護者の要介護度は現在どれにあてはまりますか。(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 12. 要介護者の心身の状況はいかがですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 日常生活はなんとか一人でできる
2. 日常生活の一部に手助けが必要
3. 日常生活のすべてについて手助けが必要
4. 認知症の症状が少しあるが、なんとか一人でも生活できる
5. 認知症の症状がかなりあり、一日中目が離せない
6. その他(具体的に:)

問 12 で「4. 認知症の症状が少しあるが、なんとか一人でも生活できる」「5. 認知症の症状がかなりあり、一日中目が離せない」と答えた方のみ

問 12-1. 認知症の対応について、どのようなことでお困りですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. 会話が成立しない | 2. 認知症と思われる行動に対して対処がわからない |
| 3. 日中の見守りが大変である | 4. 夜間の見守りが大変である |
| 5. 自分の時間が持てない | |
| 6. 要介護者に責められたり暴力をふるわれたりすることがある | |
| 7. 要介護認定にうまく反映されていない | 8. どこに相談したらいいかわからない |
| 9. どの医療機関を選択したらいいかわからない | |
| 10. その他() | |
| 11. とくに困ることはない | |

問 13. 要介護者は、介護保険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
2. 在宅で受けられるサービスを利用している
(有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、サービス付き高齢者住宅等に入居している場合を含む)
3. 施設等に入所・入院している
(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設・介護医療院、軽費老人ホーム・養護老人ホームに入所・入院中の場合)

問 13 で「1. 利用していない」と答えた方のみ

問 13-1. 主な理由は何ですか。(ひとつだけに○)

1. 現状では、サービスを必要と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分からない
9. その他()

3 要介護者が利用している在宅サービスについて

問 14. あなたは、要介護者のケアプランをご存じですか。(ひとつだけに○)

1. 知っている 2. あることは知っているが見たことがない 3. 知らない

問 14 で「1. 知っている」と答えた方のみ

問 14-1 要介護者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 14-1 で「3. やや不満」「4. 不満」と答えた方のみ

問 14-1-1. 不満な内容は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

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

問 15. 要介護者のケアマネジャーとよく連絡している人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-----------|---------------------------------|-----------|
| 1. 要介護者本人 | 2. あなた | 3. その他の家族 |
| 4. ヘルパー | 5. その他 () | 6. とくにいない |

問 16. 担当のケアマネジャー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 16 で「3. やや不満」「4. 不満」と答えた方のみ

問 16-1. 不満な内容は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. 説明の丁寧さ・親切さ | 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・関係機関との連携 |
| 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 | |

問 17. 現在、利用しているサービスにはどのようなものがありますか。(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 |
| 17. その他 () | 18. わからない |

問 17-1. 問 17 のサービスについて、① もっと利用したい、または、② 利用しにくいとお感じのサービスがありましたら、その内容についてご自由にお書きください。

① もっと利用したいと思うサービス

サービス名称	もっと利用したいと思う内容や理由

② 利用しにくいと思うサービス

サービス名称	利用しにくいと思う内容や理由

問 17-2. 問 17 以外で、希望するサービスをお知らせください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 付き添い（外出先での活動支援） | 2. 生活の見守り（認知症対応） |
| 3. 夜間の介護等 | 4. 施設入浴（施設に行つての入浴） |
| 5. リハビリ目的の短時間施設利用 | 6. 紙おむつの支給 |
| 7. 訪問理美容サービス | 8. 突発的な事由によるショートステイ |
| 9. その他（ ） | 10. とくにない |

問 18. 返子市の独自事業である「移送サービス」についてご存知ですか。(ひとつだけに○)

(医療機関への通院や買い物等のために、タクシー等で送迎してもらつうサービスです。なお、このサービスを利用するには、利用条件に該当する方が事前に利用証の交付を受けて、ケアプランに位置づける必要があります。)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. 利用したことがある | 2. 利用したことはないが、制度内容は知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある | 4. 知らない |

問 19. 今後、外出を積極的に支援するため、移送サービスの拡大を検討していますが、どのように利用者の拡大を図ればよいと思ひますか。(ひとつだけに○)

(なお、移送サービスの財源は第 1 号被保険者(65 歳以上)の保険料で、サービスの拡充を行う場合は、今後、介護保険料の負担が増加する可能性があります。)

1. 利用できる介護度を下げる(現在、要介護3以上)
2. 利用できる所得条件を緩和する(現在、本人が非課税であること)
3. ひと月当たりの利用回数を増やす(現在、月4回(片道))
4. 1回あたりの助成上限額を緩和し、本人負担を軽減する(現時点、助成上限額は3,000円)
5. 申請や利用に当たり手続きを簡素化する
6. 現状のままでよい(要介護3以上で本人が非課税であること)
7. その他()
8. わからない

問 20. その他、外出を支援するために市に望むことは何ですか。ご自由にお書きください。

4 要介護者が施設等に入所・入居しているご家族におたずねします

※要介護者が介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設・介護医療院等に入所・入居中の場合にお答えください。

問 21. 要介護者のケアプランをご存じですか。（ひとつだけに○）

1. 知っている 2. あることは知っているが見たことがない 3. 知らない

問 22. 現在、要介護者が入所・入院している施設等について、不満な点がありますか。
（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|-----------------|----------------|---------------------------------|
| 1. 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. 意思疎通（話しにくい） | 9. リハビリテーション |
| 10. 本人との連絡手段がない | 11. 利用料 | 12. その他（ ） |

問 23. 要介護者はどこで暮らして欲しいですか。（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. 軽費老人ホーム（ケア・ハウス） | 10. 養護老人ホーム |
| 11. その他（ ） | 12. わからない |

5 高齢者福祉全般について

※ 介護者の皆さまにおたずねします。

問 24. 介護保険制度をはじめ、各種高齢者の保健福祉制度の内容やサービスについて、あなたが相談しやすいところはどこですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|----------------|--------------------|-------------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 友人・知人 | 3. 近所の人、ボランティアの人等 |
| 4. 介護が必要な本人 | 5. ケアマネジャー | 6. 地域包括支援センター |
| 7. 自治体 | 8. 保健福祉事務所 | 9. 介護サービス事業者 |
| 10. 医師 | 11. 病院の医療ソーシャルワーカー | |
| 12. 民生委員 | 13. その他 () | |
| 14. 誰にも相談していない | 15. わからない | |

問 25. 成年後見制度についてご存知ですか。(ひとつだけに○)

※成年後見制度とは、認知症等で判断能力が困難になった方に代わり、財産管理や契約行為等を行う後見人を選定し、法律的に保護・支援する制度です。裁判所に申立てを行うことで、後見人は、家族や親族のほかに弁護士・社会福祉士等が選任されます。

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. 内容まで知っている | 2. 名前を聞いたことがある | 3. 知らない |
|--------------|----------------|---------|

問 26. 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)。