

**高齢者福祉及び介護保険に関するアンケート調査****【調査ご協力のお願い】（介護サービス未利用者）**

日頃より、佐倉市の高齢者福祉行政に、ご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

本調査は、佐倉市の第6期佐倉市介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定の基礎資料とするため、生活の実態や生活支援ニーズなどをおうかがいするものです。アンケート調査をお願いする方は、**6月末現在**、市内にお住まいの介護認定を受け、介護サービス未利用の方を対象に無作為に選ばせていただきました。

なお、この調査への回答は統計的に処理しますので、個人が明らかになるなど、ご回答いただいた方にご迷惑をおかけすることはございません。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

**【ご記入にあたってのお願い】**

《平成26年5月1日以降、この調査票到着までの間に介護サービスを利用した方は、介護サービスを利用する直前の状態を想定して質問にお答えください。》

- 1 ご記入は、ボールペンまたは鉛筆でお願いいたします。
- 2 この調査は、あて名のご本人がお答えください。
- 3 ご本人がお答えできない場合には、ご家族の方などが、ご本人の立場に立ってお答えください。
- 4 回答は、**平成26年7月1日現在**の状況でお答えください。
- 5 回答は、あてはまる項目の番号を○で囲ってください。「その他」に○をつけた場合は、なるべく具体的に内容をご記入ください。
- 6 ご回答いただいた調査票は、**7月31日（木）**までに同封された返信用の封筒（切手不要）を使って、ご返送ください。
- 7 調査の内容や記入の方法などについて、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

佐倉市役所 福祉部 高齢者福祉課 生きがい支援班

電話：043-484-6243（直通） 043-484-1111（代表）

**(1) 調査票の回答者について、おうかがいします**

問 1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。 (1つに〇)

- 1. ご本人（要介護（要支援）認定を受けた方）
- 2. ご本人が回答して、ご家族の方などが記入
- 3. ご家族の方などが本人にかわって回答



問 1-1. 問 1 で「3」を選んだ方にお聞きします。ご本人との続柄をお答えください。

(1つに〇)

- |          |                                |           |
|----------|--------------------------------|-----------|
| 1. 配偶者   | 2. 子ども                         | 3. その他の親族 |
| 4. 知人・友人 | 5. その他（                      ） |           |

【※ご本人にかわって回答される場合は、ご本人の立場に立ってお答えください】

**(2) あて名ご本人（以下、「ご本人」）について、おうかがいします**

問 2. ご本人の性別と年齢（平成26年7月1日現在）について、お答えください。

(それぞれ1つに〇)

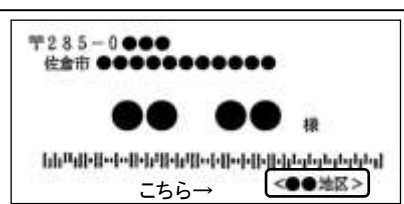
1) 性別	1. 男性	2. 女性	
2) 年齢	1. 65～69 歳	2. 70～74 歳	3. 75～79 歳
	4. 80～84 歳	5. 85～89 歳	6. 90 歳以上

問 3. ご本人の住まいはどの地域ですか。

(1つに〇)

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. 佐倉地区 | 5. 和田地区  |
| 2. 臼井地区 | 6. 弥富地区  |
| 3. 志津地区 | 7. 千代田地区 |
| 4. 根郷地区 |          |

封筒の宛名に記載されている地区と同じものに〇を付けてください。



問 4. 現在のご本人の介護度は次のうちどれですか。

(1つに〇)

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



(3) ご本人の住まいと今後の希望について、おうかがいします

問 8. ご本人の住まいは次のうちどれですか。 (1つに○)

- |            |              |            |
|------------|--------------|------------|
| 1. 一戸建て持ち家 | 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 | 6. アパート    |
| 7. 社宅、官舎   | 8. 有料老人ホーム等  | 9. その他( )  |

問 9. 現在のお住まいは在宅介護に適していると思いますか。 (1つに○)

- |        |       |
|--------|-------|
| 1. いいえ | 2. はい |
|--------|-------|

問 9-1. 問 9. で「1 いいえ」を選んだ方にお聞きします。どこが適していないと思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. ご本人の専用の居室がないこと       | 9. 風呂場に手すりが付いていない   |
| 2. 室内、室外に段差があり、移動に支障がある | 10. 風呂場のドアが開けにくい    |
| 3. 階段がある                | 11. トイレに介助者が一緒に入れない |
| 4. 室内や廊下に手すりが付いていない     | 12. トイレが車椅子で利用できない  |
| 5. 廊下などの通路が狭い           | 13. トイレに手すりが付かない    |
| 6. エレベーターが設置されていない      | 14. トイレのドアが開けにくい    |
| 7. 風呂場に介助者が一緒に入れない      | 15. その他( )          |
| 8. 浴槽の立ち上がりが高い          |                     |

問 10. 買い物、通院などの生活に必要な外出をどのくらいしていますか。 (1つに○)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 週に5～7日(ほぼ毎日外出する) | 6. ほとんど外出しない       |
| 2. 週に3～4日くらい外出する    | } 問 10-2. へお進みください |
| 3. 週に1～2日くらい外出する    |                    |
| 4. 月に2～3回くらい外出する    |                    |
| 5. 月に1回程度外出する       |                    |

問 10-1. へお進みください

問 10-1. 問 10. で「1～5」のいずれかに○をつけた方におうかがいします。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             | 6. 電車       | 10. 電動車いす (カート) |
| 2. 自転車            | 7. 路線バス     | 11. 歩行器・シルバーカー  |
| 3. バイク            | 8. 病院や施設のバス | 12. タクシー        |
| 4. 自動車 (自分で運転)    | 9. 車いす      | 13. その他         |
| 5. 自動車 (人に乗せてもらう) |             | ( )             |

問 10-2. 問 10. で「6. ほとんど外出しない」とお答えの方におうかがいします。外出をしない理由は、次のどれですか。 (あてはまるものすべてに○)

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 病気              | 7. 外での楽しみがない |
| 2. 障害 (脳卒中の後遺症など)  | 8. 経済的に出られない |
| 3. 足腰などの痛み         | 9. 交通手段がない   |
| 4. トイレの心配 (失禁など)   | 10. 介助が必要なため |
| 5. 耳の障害 (聞こえの問題など) | 11. その他 ( )  |
| 6. 目の病気            |              |

#### (4) 健康について、おうかがいします

問 11. いつも行く病院・医院 (診療所、クリニック) は決まっていますか。 (1つに○)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. 決まっている ⇒ 問 11-1. へ | 2. 決まっていない |
|-----------------------|------------|

問 11-1. 問 11 で「1. 決まっている」とお答えの方に伺います。ご自宅からの距離は、どのくらいですか。 (1つに○)

- |           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| 1. 500m以内 | 2. 1 km以内  | 3. 3 km以内  |
| 4. 5 km以内 | 5. 10 km以内 | 6. 10 km 超 |

問 12. いつも行く歯科は決まっていますか。 (1つに○)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. 決まっている ⇒ 問 12-1. へ | 2. 決まっていない |
|-----------------------|------------|

問 12-1. 問 12 で「1. 決まっている」とお答えの方に伺います。ご自宅からの距離は、どのくらいですか。 (1つに○)

- |           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| 1. 500m以内 | 2. 1 km以内  | 3. 3 km以内  |
| 4. 5 km以内 | 5. 10 km以内 | 6. 10 km 超 |

**(5) 今後の介護保険制度にかかわる施策について、おうかがいします**

**問 13. ご本人の介護保険料の段階は次のうちどれですか。**

**(1つに〇)**

1. 第1段階 (平成26年度保険料年額 28,200円)
2. 第2段階 (平成26年度保険料年額 28,200円)
3. 特例第3段階 (平成26年度保険料年額 36,700円)
4. 第3段階 (平成26年度保険料年額 42,300円)
5. 特例第4段階 (平成26年度保険料年額 47,900円)
6. 第4段階 (平成26年度保険料年額 56,400円)
7. 第5段階 (平成26年度保険料年額 64,900円)
8. 第6段階 (平成26年度保険料年額 70,500円)
9. 第7段階 (平成26年度保険料年額 84,600円)
10. 第8段階 (平成26年度保険料年額 98,700円)
11. 40歳から64歳までの第2号被保険者
12. わからない

※保険料の段階は、市から送付された「介護保険料納付通知書(介護保険料(特別徴収)決定通知書)」をご覧ください。

**問 14. 現在、ご本人の支払っている介護保険料について家計への影響は次の内どれに近いですか。**

**(1つに〇)**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 大きい   | 2. やや大きい | 3. 適当である |
| 4. やや小さい | 5. 小さい   | 6. わからない |

**問 15. 介護保険制度は、介護が必要な方にサービスを提供する費用として皆様の負担(1割)の他に40歳以上の方から徴収した保険料などを充てております。介護保険制度で提供する介護サービスや介護予防のサービスの範囲について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。**

**(1つに〇)**

1. 保険料が高くなっても、できるだけ多くの介護サービスが充実していればよい
2. 保険料があまり高くないように、保険で提供するサービスを限定する
3. 現状のままがよい
4. 介護サービスについては、保険の提供を受けなくとも、家族の介護や個人の費用負担で賄えばよい
5. その他 ( )
6. わからない

(6) 介護保険サービスの利用について、おうかがいします

問 16. 平成26年4月～6月の間に介護保険サービスを利用していない理由をおうかがいします。

最もあてはまるものに○をつけてください。

(1つに○)

1. 病院に入院していたから
2. 特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設サービスの空きを待っているから
3. 利用したいサービス（施設サービスを除く）を申し込んだところ、空がないなどの理由で断られた  
→（サービス名をお書きください： )
4. サービスを利用しなくても家族の介護で生活できる
5. サービスを利用しなくても自分の力で生活できる
6. 普段介護をしてくれている人が急病など緊急のときだけサービスを利用したい
7. 短期入所サービス(短期入所生活介護・短期入所療養介護)のみを利用したい
8. 住宅改修費の支給や福祉用具購入費の支給のみを利用したから
9. 利用したいと思うサービスがない
10. サービスを利用するための手続きなどが複雑で面倒だから
11. 要介護者本人が家族・親族以外の介護を好まないから
12. 他人を自宅に入れたくないから
13. 外出したり、他人とかかわったりしたくないから
14. 事業者とのトラブルがあったから
15. 利用料の負担が大変だから
16. その他 ( )

問 17. 介護保険サービスについて、今後の御利用のお考えをおうかがいします。

(1つに○)

- |  |
|--|
| 1. 今後も利用するつもりはない                             |
| 2. 現在、利用しようと思っている・手続きを進めている                  |
| 3. 病院を退院したら利用したい                             |
| 4. 介護をしてくれている人の体力が低下するなど、介護を受けられなくなったら、利用したい |
| 5. 介護をしてくれている人が急病や外出など、緊急の時に利用したい            |
| 6. 身の回りのことが自分でできなくなったら、利用したい                 |
| 7. 希望するサービスに空きができたなら、利用したい                   |
| 8. その他 ( )                                   |

問 17で2. ~7. に○をつけた方におうかがいします。

問 17-1. 介護保険サービスのうち、今後利用してみたいと思うサービスはどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）  | 10. 短期入所生活介護（ショートステイ）   |
| 2. 夜間対応型訪問介護※1       | 11. 短期入所療養介護（医療ショートステイ） |
| 3. 訪問入浴介護            | 12. 福祉用具貸与              |
| 4. 訪問看護              | 13. 福祉用具購入費の支給          |
| 5. 訪問リハビリテーション       | 14. 住宅改修費の支給            |
| 6. 居宅療養管理指導※2        | 15. 小規模多機能型居宅介護 ※4      |
| 7. 通所介護（デイサービス）      | 16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ※5 |
| 8. 通所リハビリテーション（デイケア） | 17. わからない               |
| 9. 認知症対応型通所介護※3      | 18. 特にない                |

※1 夜間対応型訪問介護 : 24時間安心して在宅生活が送れるよう、定期的な巡回や通報により夜間に行う訪問介護サービス

※2 居宅療養管理指導 : 医師、歯科医師、薬剤師等が家庭を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービス

※3 認知症対応型通所介護 : 認知症の方を対象として、日常生活に必要な入浴・排せつ・食事などの身の回りの世話や機能訓練を施設などで受けるサービス

※4 小規模多機能型居宅介護 : 小規模な施設で、通いを中心としながら、訪問や短期宿泊を組み合わせたサービス

※5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 : 1日複数回の定期的な訪問と要請に応じて24時間対応での随時訪問がセットとなった定額サービス





問 20. ご近所や地域の方との付き合いは、どのようなものですか。 (1つに○)

1. よく立ち話をするなど、日常的に付き合いがあるほうだ
2. あいさつ程度はするが、あまり付き合いは深くないほうだ
3. ご近所や地域との付き合いは、ほとんどない

↓ 問 20. で 3. に○をつけた方におうかがいします。

問 20-1. その理由について、最もあてはまるものに○をつけてください。(1つに○)

1. 近所付き合いの機会やきっかけがない
2. 近所に友人・知人がいない
3. あまり付き合いをしたくない
4. その他 ( )

問 21. 隣近所の方や地域にお住まいの方に、以下のようなことを頼みたいと思ったことは、ありますか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 無事かどうか確認のために、声をかけてもらいたい
2. 話し相手になってほしい
3. ごみ出しを頼みたい
4. 玄関前や庭などの家周りの掃除を頼みたい
5. 散歩や外出に同行してほしい
6. ちょっとした買い物を頼みたい
7. その他 ( )

(7) ここからは、ご家族などの中心となって介護をしている方がお答えください。  
(介護をしている方がいない場合は、以上で質問は終わりです。)

問 22. 中心となって介護している方は、宛名ご本人から見てどのような関係にありますか。  
(1つに○)

1. 夫・妻	2. 子ども	3. 孫
4. 子どもの配偶者	5. 孫の配偶者	6. 親
7. 兄弟・姉妹	8. その他 ( )	

問 23. ご本人を主に介護している方の状況について、次の1)～5)についてお答えください。  
(それぞれ1つに○)

1) 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	
2) 性 別	1. 男性                      2. 女性		
3) 介護者の 住まい	1. 同居している		
	2. 佐倉市内		
	3. 八千代市、成田市、八街市、印西市、酒々井町		
	4. 千葉県内（八千代市、成田市、八街市、印西市、酒々井町を除く）		
	5. その他 ( )		
4) 仕事の有無	1. 仕事をしている		
	2. 介護のため辞めた		
	3. 以前からしていない		
5) 健康の状態	1. おおむね健康	2. 健康に不安がある	3. 病気や障がいがある

問 24. 介護をし始めてから現在までの期間は、どのぐらいですか。  
(1つに○)

1. 半年以内	5. 5年以上～7年未満
2. 半年以上～1年未満	6. 7年以上～10年未満
3. 1年以上～3年未満	7. 10年以上
4. 3年以上～5年未満	



問 29. 中心となって介護をしている方は、介護の負担や悩みを感じることがありますか。  
(1つに○)

- 1. 特に、負担や悩みはない
- 2. ごくまれに、負担や悩みを感じる
- 3. 時々、負担や悩みを感じる
- 4. 常に、負担や悩みを感じる

問 29 で 2. 3. 4. に ○ を つ け た 方 に お う か が い し ま す 。

問 30. 中心となって介護をしている方が、介護の負担や悩みを感じることは何ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- 1. 体位の交換、トイレの誘導など、介護のやり方にあまり自信がない
- 2. 介護をしていると体力的にきびしい
- 3. 介護を受けている方との体格の差があるために、介護が難しい
- 4. 24時間目が離せないために、睡眠不足が続いている
- 5. 介護を受けている方に対して、どう接してよいかわからなくなる
- 6. 介護の大変さを理解し、介護に協力してくれる人が周囲にいない
- 7. 自分が急病・急用時に、代わってくれる人がいない
- 8. 介護のため就業・家事・子育て等、自分の時間が持てない
- 9. 介護保険のサービスが十分でない
- 10. どんな福祉サービスが受けられるのかわからない
- 11. 経済的な負担が大きい
- 12. その他 ( )

問 31. 中心となって介護をしている方は、介護の際などで困った時、どのような手助け活動が必要ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- 1. ごみ出し
- 2. 買い物
- 3. 調理
- 4. 洗濯や部屋の掃除
- 5. 玄関前や庭などの家周りの掃除
- 6. 簡単な力仕事
- 7. 病院への送迎
- 8. 病院への付き添いや薬の受け取り
- 9. 病院以外の外出時の送迎
- 10. 病院以外の外出時の付き添い
- 11. 声かけ・見守り
- 12. 日ごろの話し相手
- 13. 金銭管理、書類の確認
- 14. 市役所などでの手続き
- 15. 家電器具やパソコン等の操作
- 16. その他 ( )
- 17. 特になし

