

(2) 要介護（要支援）認定者

要介護（要支援）認定者サービスアンケート調査

【調査ご協力のお願い】

日頃から、本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5期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、介護サービスの利用状況や介護に対する要望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、市内にお住まいで、介護保険の認定を受けている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。

平成23年7月

佐倉市長 蕨 和雄

【ご記入にあたってのお願い】

- 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23年7月15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29日（金）までに同封された返信用の封筒（切手不要）を使って、投函してください。
- 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）

★ご家族の方などがご本人に代わって回答いただける場合には、次のページからの各問に回答をお願いします。あて名のご本人が、平成23年7月15日現在、介護保険施設等に入所されている場合や回答できない場合は、その理由を下記から選んで○をつけ、そのままご返送ください。

- | | |
|--|---------------------|
| 1 介護保険施設（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）に入所中 | 3 認知症高齢者グループホームに入所中 |
| 2 病院に長期入院中 | 5 その他の理由（ |
| 4 有料老人ホームに入所中 | ） |

(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○)

- 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○)

- | | | |
|---------|------------------------------|----------|
| 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23年7月15日現在）について、次の1）～2）にお答えください。 (それぞれ1つに○)

| | | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| 1) 性別 | 1 男性 | 2 女性 | |
| 2) 年齢 | 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. ご本人の住まいはどの地域ですか。 (1つに○)

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 佐倉地区 3 志津地区 5 和田地区 7 千代田地区 | <ul style="list-style-type: none"> 2 臼井地区 4 根郷地区 6 弥富地区 | <p>封筒の宛名に記載されている地区と同じものに○を付けてください。</p> |
|---|--|--|

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○)

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

問 5. ご本人が要支援・要介護状態になった主な原因は何ですか。 (1つに○)

- | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------|
| 1 脳血管疾患 | 2 高齢による衰弱 | 3 転倒・骨折 |
| 4 認知症 | 5 関節疾患（リウマチなど） | 6 心臓病 |
| 7 呼吸器疾患 | 8 糖尿病 | 9 パーキンソン病 |
| 10 その他（ ） | | |

問 6. ご本人の家族構成をお教えてください

(1つに〇)

| | | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. 一人暮らし ⇒ 問7.ハ | 2. 家族などと同居 (二世帯住宅を含む) ⇒ 問6-1ハ | 3. その他(施設入居など) ⇒ 問7.ハ |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|

問 6-1. (家族などと同居されている方のみ) ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。 (あてはまるものすべてに〇)

人

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

問 7. ご本人を主に介護している家族はどなたですか。

(1つに〇)

| | | |
|-----------|----------|-----------------|
| 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() | 9 介護してくれる家族はいない |

問 8. 問7で「1」～「8」を選んだ方にお聞きします。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つ〇)

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

(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 9. 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 その他 () | |

問 10. 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 <u>いいえ</u> | 2 はい ⇒ 問 11. へ |
|--------------|----------------|

問 10-1. 問 10 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 エレベーターが必要なこと | 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 10-2. 問 10 で「1 いいえ」を選んだ方にお聞きします。在宅生活を続けるために、今後、住宅改修が必要とお考えですか。 (1つに○)

- | | |
|-------------|-------|
| 1 <u>はい</u> | 2 いいえ |
|-------------|-------|

問 10-3. 問 10-2 で「1 はい」を選んだ方にお聞きします、どこを改善したいですか。 (あてはまるものすべてに○)

- | |
|---------------|
| 1 段差を解消する |
| 2 階段に昇降機を設置する |
| 3 エレベーターを設置する |
| 4 手すりを取り付ける |
| 5 移動用リフトを設置する |
| 6 風呂場を改修する |
| 7 トイレを改修する |
| 8 ドアを引き戸にする |
| 9 その他 () |

※住宅改修とは

自宅により安全な生活が確保できるようにするため、住宅設備などの改修を行い、移動しやすく、暮らしやすい環境にすることを目的としています。

住宅改修に係る費用の内、9割が介護保険の給付対象(上限額：20万円)となり、残りの1割部分が自己負担となります。

(4) 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 11. 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○)

- | | | |
|----|--------------------|-----------------------|
| 1 | 第1段階 | (平成22年度保険料年額 23,100円) |
| 2 | 第2段階 | (平成22年度保険料年額 23,100円) |
| 3 | 第3段階 | (平成22年度保険料年額 34,600円) |
| 4 | 特例第4段階 | (平成22年度保険料年額 39,200円) |
| 5 | 第4段階 | (平成22年度保険料年額 46,200円) |
| 6 | 第5段階 | (平成22年度保険料年額 53,100円) |
| 7 | 第6段階 | (平成22年度保険料年額 57,700円) |
| 8 | 第7段階 | (平成22年度保険料年額 69,300円) |
| 9 | 第8段階 | (平成22年度保険料年額 80,800円) |
| 10 | 40歳から64歳までの第2号被保険者 | |
| 11 | 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。

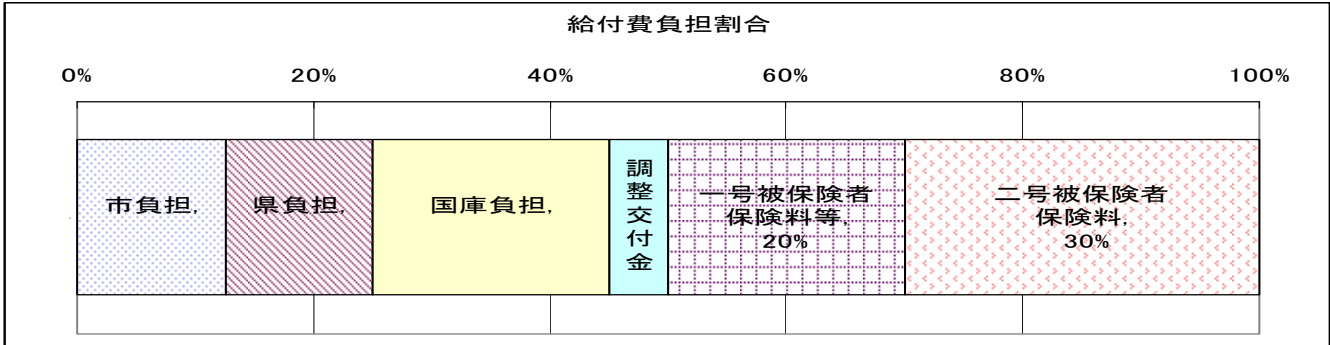
問 12. 現在、ご本人の支払っている介護保険料の金額についてどう思いますか。(1つに○)

- | | | | |
|------|---------|------|--------|
| 1 高い | 2 やや高い | 3 妥当 | 4 やや安い |
| 5 安い | 6 わからない | | |

問 13. 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。そこで、今後の保険料について、ご本人はどのようにお考えですか。(1つに○)

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| 1 保険料が多少増えても、給付されるサービスが充実していればよい | | |
| 2 給付されるサービスを多少抑えても、保険料が低ければよい | | |
| 3 現状のままがよい | | |
| 4 負担年齢の引き下げによる保険料徴収の拡大が必要 | | |
| 5 その他（ | ） | |
| 6 わからない | | |

※参考：給付費負担割合について



※一号被保険者・・・65歳以上の方

※二号被保険者・・・40歳以上65歳未満の方

問 14. 今後、介護保険制度にかかわる施策で重点的に取り組んでほしいものは何ですか。
(あてはまるもの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 介護専門職の資質の向上支援 |
| 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： _____） |
| 12 特にない |

問 15. 今後も施設介護サービスに頼ることなく、自宅での生活を継続していくために必要な居宅介護サービスは何だと思えますか。
(あてはまるもの3つまで○)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1 夜間や緊急時の訪問介護 | 7 契約や財産管理の手続き支援 |
| 2 医師や看護師の訪問 | 8 介護者への介護方法の知識・技術 |
| 3 歯科医師や歯科衛生士の訪問 | 9 緊急時など必要な時に泊まれる施設 |
| 4 病院などへの移送の介助 | 10 介護者の健康管理 |
| 5 在宅介護のための住宅改修 | 11 地域での見守り |
| 6 食事サービス | 12 その他（ _____） |

問16. 介護保険料や介護認定、サービスなどの内容についてわかりにくい点がありますか。
(1つに○)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. 理解している | 3. あまり理解していない | 5. どちらともいえない |
| 2. おおむね理解している | 4. 理解していない | |

問17. 介護保険の申請方法、ケアプランの作成事業者、介護サービスの種類、保険料など介護保険に関する具体的な情報の入手先を教えてください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1. テレビ | 5. 市広報紙 |
| 2. ラジオ | 6. ケアマネジャー |
| 3. 新聞 | 7. その他（講演会・説明会・インターネットなど） |
| 4. 雑誌（月刊誌、週刊誌など） | （ _____ ） |

問18. 介護保険の介護サービスは、1ヶ月あたり保険で利用できるサービスに限度があることを知っていますか。
(1つに○)

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

問19. あなたが介護保険のサービスを利用した場合、1ヶ月あたりの自己負担額として
適当と考える支払額はいくらですか。 (1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3,000円以内 | 6. 15,001円～20,000円 |
| 2. 3,001円～5,000円 | 7. 20,001円～25,000円 |
| 3. 5,001円～8,000円 | 8. 25,001円～30,000円 |
| 4. 8,001円～10,000円 | 9. 30,001円～35,000円 |
| 5. 10,001円～15,000円 | 10. 35,001円以上 |

問20. あなたが負担している介護保険料の負担感についてお聞きします。 (1つに○)

- | | |
|------------|----------|
| 1. 負担感は大きい | 4. やや小さい |
| 2. やや大きい | 5. 小さい |
| 3. 適当である | |

問21. あなたは、要介護認定の介護度に満足していますか。 (1つに○)

- | | | |
|---------------|------------|--------------|
| 1. 満足している | 3. やや不満である | 5. どちらともいえない |
| 2. おおむね満足している | 4. 不満である | |

(5) 介護サービス事業者についておうかがいします

問22. あなたのケアプランを作成している居宅介護支援事業者はどのようにして選びましたか。 (1つに○)

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 事業者は利用していない ⇒ 問28へ |
| 2. 市から配付された一覧表の中から自分で選んだ |
| 3. 事業所の広告を見て選んだ |
| 4. 知人にすすめられて選んだ |
| 5. 担当の地域包括支援センターに相談して決めた |
| 6. 介護保険が始まる前に利用していたサービス事業者からすすめられて選んだ |
| 7. その他 () |

問23. あなたの介護サービス計画（ケアプラン）の作成時に、居宅介護支援事業者からの説明がありましたか。 (1つに○)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. 十分な説明があった | 3. あまり説明がなかった | 5. どちらともいえない |
| 2. おおむね説明があった | 4. 説明がなかった | |

問24. 介護サービスの計画（ケアプラン）の内容に満足していますか。 (1つに○)

- | | | | |
|--|---|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 満足している 2. おおむね満足している 3. どちらともいえない | } | ⇒問 25. へ | <ul style="list-style-type: none"> 4. やや不満である 5. 不満である |
|--|---|----------|--|

※問 24 で「4. やや不満である」、「5. 不満である」と回答した方にお聞きします。

問 24-1. あなたが不満である理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 自分が希望しない種類のサービスが入っていること
- 2. 自分が希望する種類のサービスが入っていないこと
- 3. サービスを受ける事業所が希望と異なること
- 4. サービスを受ける回数が希望と異なること
- 5. サービスを受ける曜日・時間が希望と異なること
- 6. その他 ()

問25. あなたが現在利用している介護サービス事業者は、どのように選びましたか。 (1つに○)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 以前から、利用しているから | 5. 事業所の場所が近いから |
| 2. 評判が良いから | 6. 相談した時の対応が丁寧だったから |
| 3. ケアマネジャーにすすめられたから | 7. 資格を持った人がたくさんいたから |
| 4. 事業者の知名度が高いから | 8. その他 () |

問26. あなたが、介護サービスを利用する前に、サービス事業者からの説明がありましたか。 (1つに○)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. 十分な説明があった | 3. あまり説明がなかった | 5. どちらともいえない |
| 2. おおむね説明があった | 4. 説明がなかった | |

問27. あなたは介護サービスを利用する前に、契約書をサービス事業者と取り交わしましたか。 (1つに○)

- 1. すべての事業者と契約書を取り交わした
- 2. 契約書を取り交わした事業者と取り交わさなかった事業者がいる
- 3. どの事業者とも契約書を取り交わさなかった
- 4. 覚えていない、わからない

(6) 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 28. 以下の介護保険サービスについて、①利用していますか、②今後利用したいと思えますか。
 (1～19のサービスごとに、1・2それぞれ1つずつに○)

| サービスの種類と内容 | ①利用状況 | | ②利用意向 | |
|--|--------|---------|-------------------|-------------|
| | 利用している | 利用していない | 利用したい 今後(今後とも) | 利用したいとは思わない |
| 例) 訪問介護 | | | | |
| ホームヘルパーなどが家庭を訪問して、身体介護や家事援助を行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1) 訪問介護(ホームヘルプサービス) | | | | |
| ホームヘルパーなどが家庭を訪問して、食事、入浴、排せつなどの身体介護や、掃除、洗濯、食事づくりなどの家事援助を行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 2) 訪問入浴介護 | | | | |
| 寝たきりの高齢者等の家庭を入浴車等で訪問し、入浴の介助をするサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 3) 訪問看護 | | | | |
| 看護師などが在宅の高齢者等を訪問し、医師の指示に基づいて病状の観察や床ずれの手当などを行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 4) 訪問リハビリテーション | | | | |
| 理学療法士や作業療法士等が家庭を訪問し、医師の指示に基づいて日常生活の自立を助けるためのリハビリテーション(機能訓練)などを行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 5) 通所介護(デイサービス) | | | | |
| デイサービスセンター(日帰り介護施設)において、食事、入浴の提供など日常生活の世話、機能訓練などを行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 6) 通所リハビリテーション(デイケア) | | | | |
| 病院・老人保健施設等に通ってリハビリテーションを行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 7) 短期入所生活介護(ショートステイ) | | | | |
| 在宅の要介護者等が、特別養護老人ホームなどに短期入所して、食事、入浴、排せつなどの日常生活上の世話等を受けるサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |

| サービスの種類と内容 | ①利用状況 | | ②利用意向 | |
|--|--------|---------|------------------|-----------------|
| | 利用している | 利用していない | 利用したい 今後（今後も） | 利用したいとは 思わない |
| 8) 短期入所療養介護（ショートステイ） | | | | |
| 介護老人保健施設などに短期入所して、医療や看護、機能訓練を受けるサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 9) 福祉用具の貸与 | | | | |
| 心身の機能が低下した高齢者に車いすやベッドなど日常生活の自立を助ける用具を貸与するサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 10) 居宅療養管理指導 | | | | |
| 医師、歯科医師、薬剤師等が訪問して療養生活を送るために必要な指導を行うサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 11) 認知症高齢者グループホーム | | | | |
| 認知症の状態にある人が、少人数で共同生活を送りながら、家庭的な環境の中で日常生活上の支援や介護を受けるもの | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 12) 小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 利用者の希望に応じ、「通い」を中心に「泊まり」や「訪問」を組み合わせ、日常生活の世話や機能訓練を受けることができるサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 13) 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| 夜間、定期的にホームヘルパーによる、日常生活の世話などを受けることができるサービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 14) 有料老人ホーム(特定施設入所者生活介護) | | | | |
| 指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）に入所している要介護者に入浴、排せつ、食事等の支援や介護、機能訓練を受けるサービスを提供するもの | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 15) 福祉用具の購入 | | | | |
| 在宅での日常生活自立支援として、衛生的配慮から特定福祉用具の給付を行い、高齢者本人の自立を支援するもの | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 16) 住宅改修 | | | | |
| 在宅で利用者の自立度を高めるために手すり等の設置など、住環境の改善を行い、高齢者本人の自立を支援するもの | 1 | 2 | 1 | 2 |

| サービスの種類と内容 | ①利用状況 | | ②利用意向 | |
|---|--------|---------|------------------|-------------|
| | 利用している | 利用していない | 利用したい 今後（今後も） | 利用したいとは思わない |
| 17) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 日常生活で常に介護を必要とし、家庭の状況など自宅で生活を続けることが困難な要介護高齢者が、入所した施設でサービス計画に基づき、入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理等のサービスを受けることができるもの | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 18) 介護老人保健施設 病状が安定期にあるため、入院による積極的医療は必要ないが、要介護と認められた方に、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設介護サービス | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 19) 介護老人療養型医療施設 長期にわたる療養を必要とする要介護者が、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理下における介護やその他の世話及び機能訓練や必要な医療を受け、利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるようにする施設介護サービス | 1 | 2 | 1 | 2 |

問 28-1. 問 28 の②利用意向で「利用したいとは思わない」を選んだ方にお聞きします。
「利用したいとは思わない」理由は何ですか。 (あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--|---|
| 1 現在は、そのサービスの利用を必要とする状態にないから 2 サービスの利用をしなくても、自分でなんとかできるから 3 家族の介護だけで十分であり、外部のサービスを利用する必要がないから 4 現在、病院などに入院しているから 5 施設サービスを希望しており、施設が空くのを待っているから 6 他人を家に入れたくないし、他人とかかわりたくないから 7 サービスを受けるために外出するのが、わずらわしいから 8 自分が希望するサービスを受けられるかどうか、わからないから 9 サービス内容（サービス提供事業者を含む）に不満があるから 10 サービスの利用方法や内容がわからないから 11 サービスを利用したいが自己負担が高いから 12 その他の理由（ |) |
|--|---|

問 28-2. 問 28 の (17) ~ (19) の介護保険施設について、②利用意向で「今後 (今後も) 利用したい」を選んだ方にお聞きします。その理由は何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

※○をつけなかった方 (利用を希望しない方) は、問 29にお進みください。

- | |
|---|
| 1 介護する人がいない |
| 2 介護する人が働いており、在宅で介護が十分受けられない |
| 3 介護する人の健康状態がよくないため、在宅で介護が十分受けられない |
| 4 介護する人が精神的、身体的に疲れている |
| 5 認知症の症状が出てきているから |
| 6 リハビリなどが必要で、医師などに入所 (入院) を勧められている |
| 7 ひとり暮らしや高齢者世帯のため、在宅生活に不安を感じる |
| 8 入所 (入院) 待ちを見込んで、早めに入所 (入院) を申し込む必要がある |
| 9 夜間の緊急的な対応が在宅では十分に受けられない |
| 10 家族が外出している時間帯など緊急的な対応が在宅では不十分だから |
| 11 その他 () |

問 28-3. 現在、特別養護老人ホームへの入所申込みをしていますか。 (1つに○)

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



問 28-4. 28-3 で「1 はい」を選んだ方にお聞きします。特別養護老人ホームに申し込まれてからどのくらいたちますか。 (1つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 3か月未満 | 2 3か月以上6か月未満 |
| 3 6か月以上1年未満 | 4 1年以上1年6か月未満 |
| 5 1年6か月以上2年未満 | 6 2年以上 |

問 29. 市では、次のような高齢者の生活支援や家族介護の 支援サービスを行っています。内容を知っていたサービス、現在利用している（利用したことのある）サービスについてあてはまるものすべてに○を、また、今後の利用意向について、それぞれ1つずつ○をつけてください。

| サービスの種類と内容 | 1) 【内容を知っていたサービス】 (あてはまるものすべてに○) | 2) 【現在利用している、または利用したことのあるサービス】 (あてはまるものすべてに○) | 3) 【今後の利用意向】 (それぞれ○は1つずつ) | | | |
|---|-------------------------------------|--|------------------------------|---------|----------|-------------|
| | | | 利用したい(つづけたい) | 利用をやめたい | 利用の予定はない | どうするか決めていない |
| 1) 高齢者安心カード(60歳以上の方を対象に、緊急連絡先等を記入した写真入りのカード(名刺サイズ)を、ご希望の方に発行します。) | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) はり、きゆう、マッサージ等施設利用助成券(60歳以上で、医療保険外で施術を受ける場合、費用の一部(1回につき600円)を助成します。) | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) 緊急通報装置(一人暮らしの65歳以上または重度身体障害者の方に、緊急通報装置を貸与します。(電話回線が必要。通信料は個人負担)) | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) 高齢者等ふれあい配食サービス(65歳以上の一人暮らし又は高齢者の世帯で、心身の障がい等の理由により調理や買い物等が困難な方に週1~5回、1回350円で夕食を手渡して届けています。) | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) 紙おむつ等の購入助成(65歳以上で要介護3以上の認定を受けた在宅の高齢者のうち、紙おむつ・尿取りパッドの購入費用の一部(1枚につき1,500円)を助成します。) | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) 訪問理美容出張費用助成(65歳以上で要介護4以上の認定を受けた方に、自宅で理容または美容のサービスを受けるときに、費用の一部(1枚につき1,000円)を助成します。) | 6 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) 訪問歯科診療(おおむね65歳以上の方で、在宅療養で通院が困難な方に、入れ歯の調整や修理、入れ歯の作成、むし歯の応急処置等を行います。) | 7 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(7) 地域包括支援センターについておうかがいします

問30. あなたは、「地域包括支援センター」をご存じですか。 (1つに○)

- 1. 知っている
- 2. 知らない

■「地域包括支援センター」とは？
住み慣れた地域で安心した生活を続けられるよう、
高齢者の方々の介護予防・権利擁護などのさまざま
な相談を受け支援を行う機関です。現在市には5箇
所の地域包括支援センターがあります。

問31. あなたは、「地域包括支援センター」を利用したいですか。 (1つに○)

- 1. 利用したい⇒ 問32へ
- 2. 利用したくない⇒ 問31-1へ
- 3. わからない⇒ 問32へ

問31-1. 「地域包括支援センター」を利用したくない理由は何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1. 自分で対応できるから
- 2. 地域包括支援センターまで行くのが面倒だから
- 3. 相談する相手がほかにあるから
- 4. 相談する状況にないから
- 5. どのように相談をしてよいかわからないから
- 6. その他 ()

問32. 「地域包括支援センター」を利用しやすくするために何が必要だと思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1. 市民へのPRを進めること
- 2. もっと身近な場所につくること
- 3. 職員の対応を改善すること
- 4. 適切なアドバイスが得られること
- 5. 迅速に対応すること
- 6. その他 ()

介護保険制度や保健福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などございましたら、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。これで調査はすべて終了です。
ご回答いただいた調査票は、同封の返信用の封筒（切手不要）に入れ、
7月29日（金）までに投函してください。