

白井市の介護や高齢者福祉を考えるためのアンケート調査のお願い

<要介護3以上の方へ>

市民の皆さまには、日ごろから市政にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

現在、市では「第5期高齢者福祉計画・介護保険事業計画」に沿って介護保険事業や高齢者施策を実施しておりますが、この計画の期間が平成26年度で終了するため、新たな計画をつくる準備を行っています。

この計画は、市民の皆さまの実態や意向に基づいて策定するものであり、本アンケートは、市内にお住まいの要介護3以上の方にお願ひするものです。

回収した情報は全て統計処理をいたしますので、個人が特定されることは一切ございません。

お忙しいところ恐れ入りますが、調査の主旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成26年2月

白井市長 伊澤 史夫

記入に際してのお願い

1. この調査は、平成26年1月1日現在、介護保険要介護3以上認定者の方にお願ひするものです。
2. 回答は、あて名の本人についてお答えいただきますが、家族の方やケアマネジャーなどが本人のご意向を確認のうえ記入されたり、一緒に考えて記入されてもかまいません。
3. 回答は、質問をよくお読みいただき、該当する番号を で囲み、数字を記入する欄は右詰め(例.

	6	2
--	---	---

 kg)で記入してください。
4. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
介護...介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態
介助...自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
5. 選択いただいた番号により、さらにその内容を教えていただく質問もあります。下線のついた項目を選択した場合は、

--

 などの網掛け番号の質問にもお答えください。
6. 記入後の調査票は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れて

2月24日(月)までに投函してください。

問合せ先 白井市高齢者福祉課介護保険班 電話(直通)047(497)3473

質問1 あなたとあなたの暮らし方について

問1. あなたの(1)性別、(2)年齢を教えてください

(1) 性別	1. 男性	2. 女性		
(2) 年齢	1. 64歳以下	2. 65~69歳	3. 70~74歳	4. 75~79歳
	5. 80~84歳	6. 85歳以上		

問2. あなたがお住まいの地区はどちらですか(わからない場合は自宅から一番近い小学校に)

1. 第一小学校区	2. 第二小学校区	3. 第三小学校区
4. 大山口小学校区	5. 清水口小学校区	6. 南山小学校区
7. 七次台小学校区	8. 池の上小学校区	9. 桜台小学校区

問3. 家族構成を教えてください

1. 一人暮らし				2. 家族などと同居(二世帯住宅を含む)				下の にもお答えください							
3. その他(施設入居など)															
(家族などと同居されている方へ)何人で、どなたと暮らしていますか(はいくつでも可)															
(1)人数	あなたも含めて					人									
(2)同居者との続柄	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								
(3)あなた以外の要援護者の有無	1. 介護認定を受けている高齢者がいる						2. 障がい者(児)がいる								
	3. 病気やけがで療養中の家族がいる						4. 健康状態が心配な家族がいる								
5. その他()						6. 援助が必要な家族はいない									
(家族などと同居されている方へ)あなたは、日中、一人になることがありますか															
1. よくある				2. たまにある				3. ない							

問4. あなたの年金の種類は次のどれですか

1. 国民年金	2. 厚生年金(企業年金あり)	3. 厚生年金(企業年金なし)
4. 共済年金	5. 無年金	6. その他

問5. 主な家計収入は、次のどれですか(はいくつでも可)

1. 自分の給料・事業収入	2. 配偶者の給料・事業収入	3. 子どもの給料・事業収入
4. 自分の年金	5. 配偶者の年金	6. 親の年金
7. 地代・配当・運用益	8. 生活保護費	9. その他()

問6. 現在の暮らしの状況を経済的にみて、どう感じていますか

1. 苦しい	2. やや苦しい	3. ややゆとりがある	4. ゆとりがある
--------	----------	-------------	-----------

問7. お住まいについて(1)と(2)にお答えください

(1)	1. 一戸建て		2. 集合住宅		
(2)	1. 持家	2. 民間賃貸住宅	3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)		
	4. 借間	5. その他			

問8. お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか

1. はい 下のにもお答えください 2. いいえ

(2階以上の方へ)お住まいにエレベーターは設置されていますか

1. 設置されていて、自分の階で止まる 3. 設置されていない
2. 設置されているが、自分の階では止まらない

問9. 買物や散歩などで外出する頻度はどのくらいですか(各あてはまる欄に)

1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満

問10. 外出する際の移動手段は何ですか(はいくつでも可)

1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク
4. 自動車(自分で運転) 5. 自動車(人に乗せてもらう) 6. 電車
7. 路線バス 8. 病院や施設のバス 9. 車いす
10. 電動車いす(カート) 11. 歩行器・シルバーカー 12. タクシー
13. その他()

質問2 健康について

問1. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(はいくつでも可)

1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞など) 3. 心臓病
4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎など)
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折など)
11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病
14. 認知症(アルツハイマー病など) 15. パーキンソン病
16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他() 19. ない

問2. 現在、病院・医院(診療所、クリニック)にかかっていますか(はいくつでも可)

1. 定期的に通院している 2. 定期的に医師の往診を受けている
3. 訪問看護を受けている 4. 時々医者に行く程度 5. 医者にはかかっていない

問3. 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでありますか

1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上
6. 飲んでいない

問4.入れ歯を使用していますか

1. はい 下の にもお答えください 2. いいえ

(入れ歯のある方へ)噛み合わせは良いですか

1. はい 2. いいえ

(入れ歯のある方へ)毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい 2. いいえ

問5.1日の食事の回数は何回ですか

1. 朝昼晩の3食 2. 朝晩の2食 3. 朝昼の2食 4. 昼晩の2食
5. 1食 6. その他

問6.あなたの身長と体重をご記入ください

身長 cm 体重 kg

問7.あなたが、生活の中で大切にしていること、心がけていることは何ですか(はいいくつでも可)

1. 静養・体調管理 2. 体を動かすこと 3. きちんと食べること
4. 外に出ること 5. 自分のことはできるだけ自分ですること
6. 家族と過ごす時間 7. 家族以外にも人づきあいをすること
8. 趣味・習い事 9. 選挙や自治会などの社会参加をすること
10. よく笑うこと 11. 募金やできることでの社会貢献活動
12. くよくよしないこと 13. その他() 14. 特にない

質問3 介護・福祉サービス等との関わりについて

問1.あなたの現在の介護度を教えてください

1. 要介護3 2. 要介護4 3. 要介護5

問2. はじめて介護認定を受けた時のことを教えてください

(1) はじめて介護保険認定を受けたのはいつごろですか

1. 平成12~14年 2. 平成15~17年 3. 平成18~20年
4. 平成21~23年 5. 平成24年以降 6. 覚えていない

(2) 介護が必要になった主な原因はなんですか(はいいくつでも可)

1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 2. 心臓病 3. がん(悪性新生物)
4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) 5. 関節の病気(リウマチ等) 6. 認知症(アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病 8. 糖尿病 9. 視覚・聴覚障害
10. 骨折・転倒 11. 脊椎損傷 12. 高齢による衰弱
13. その他() 14. 不明

(3) はじめて介護認定を受けたとき、どんな機関に相談しましたか(はいくつでも可)

1. 市役所(地域包括支援センター)	2. 市役所(保健福祉相談室)
3. 市役所(介護保険担当)	4. 在宅介護支援センター
5. 介護保険サービス事業所	6. 主治医
7. 民生委員	8. その他()

問3. 介護の体制等について伺います

(1) あなたを介護・介助される主たる介護者はどなたですか(は1つ)

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. 介護サービスのヘルパー	8. その他()		

主たる介護者の方は、最終ページの【質問4】にお答えください

(2) 主たる介護者の年齢は、次のどれですか

1. 64歳以下	2. 65~74歳	3. 75~84歳	4. 85歳以上
----------	-----------	-----------	----------

(3) あなたは、介護保険サービスを利用していますか

1. 利用している	2. 利用していない	下の にもお答えください
(介護保険サービスを利用していない方へ)利用していない理由は何ですか(はいくつでも可)		
1. 家族介護でなんとかやっていけるから	2. 要介護者本人で何とかやっていけるから	
3. 他人を家に入れたくないから	4. 外出するのが大変だから	
5. どんなサービスがあるのかわからないから	6. サービスを受ける手続きがわからないから	
7. 利用者負担が払えないから	8. 受りたいサービスがないから	
9. 病院に入院して、医療保険の適用となり、介護保険サービスが受けられないため		
10. その他 ()		

問4. 認定調査・審査やサービス利用の決定などについて伺います

(1)~(7)について各あてはまるものに つけてください

(1) 認定調査の間隔(期間)	1. 長すぎる	2. 適当	3. 短すぎる
(2) 認定調査から審査、決定までの期間	1. 長すぎる	2. 適当	3. 短すぎる
(3) 認定調査や審査の的確さ	1. 満足	2. 普通	3. 不満
(4) 市とサービス事業所との連絡	1. よい	2. 何とも言えない	3. よくない
(5) サービス事業所の選びやすさ(情報等)	1. 十分	2. 何とも言えない	3. 不十分
(6) 制度やサービス情報のわかりやすさ(説明)	1. 十分	2. 何とも言えない	3. 不十分
(7) ケアプラン作成への本人の参加	1. 十分	2. 何とも言えない	3. 不十分

問5 . (1)～(15)の在宅介護サービスの「ア.利用状況」と今後の「イ.利用意向」)について、各あてはまる番号に をつけてください(介護保険外でご利用の場合も利用しているとお答えください)

	ア. あなたの利用状況			イ.今後の利用意向		
	1.利用したことがある	2.現在(よく)利用している	3.利用したことはない	1.利用したい	2.利用したいと思わない	3.わからない
(1) 訪問診療(医師の訪問)	1	2	3	1	2	3
(2) 訪問介護	1	2	3	1	2	3
(3) 夜間対応型訪問介護	1	2	3	1	2	3
(4) 訪問入浴介護	1	2	3	1	2	3
(5) 訪問看護	1	2	3	1	2	3
(6) 訪問リハビリテーション	1	2	3	1	2	3
(7) 通所介護(デイサービス)	1	2	3	1	2	3
(8) 認知症通所介護	1	2	3	1	2	3
(9) 通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3	1	2	3
(10)小規模多機能型居宅介護	1	2	3	1	2	3
(11)短期入所(ショートステイ)	1	2	3	1	2	3
(12)居宅療養管理指導	1	2	3	1	2	3
(13)福祉用具貸与	1	2	3	1	2	3
(14)住宅改修	1	2	3	1	2	3
(15)上記以外のサービス	()を利用している			()を利用したい		

問6 . (1)～(12)の白井市で独自に行っている在宅(住まい)での高齢者福祉サービスの「ア.利用状況」と今後の「イ.利用意向」)について、各あてはまる番号に をつけてください

	ア. あなたの利用状況			イ.今後の利用意向		
	1.利用したことがある	2.現在(よく)利用している	3.利用したことはない	1.利用したい	2.利用したいと思わない	3.わからない
(1) 緊急通報装置の貸与	1	2	3	1	2	3
(2) 給食サービス	1	2	3	1	2	3
(3) 軽度生活援助サービス	1	2	3	1	2	3
(4) 訪問理美容サービス	1	2	3	1	2	3
(5) 寝具乾燥消毒サービス	1	2	3	1	2	3
(6) 介護支援型短期宿泊事業	1	2	3	1	2	3
(7) 徘徊高齢者家族支援事業	1	2	3	1	2	3
(8) 外出支援サービス	1	2	3	1	2	3
(9) 福祉タクシー事業	1	2	3	1	2	3
(10)紙おむつ等の給付	1	2	3	1	2	3
(11)住宅の改造費助成	1	2	3	1	2	3
(12)上記以外にほしいサービス						

問7 . あなたは、**成年後見制度** についてご存知ですか

1 .よく知っている 2 .少し知っている 3 .聞いたことはある 4 .知らない

成年後見制度とは、認知症等で判断が困難になった方に代って財産管理や契約行為などを行う後見人を選定し、法的に保護・支援する制度。後見人には、家族や親族のほか弁護士・司法書士・社会福祉士等が選任されます。

質問4 【主たる介護者の方へ伺います】在宅介護での困りごとや負担について

問1. ご本人との意思疎通で、困ることはありますか(はいいくつでも可)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 本人に正確な症状を伝えるのが難しい | 2. 現在の状況を理解してもらうのが難しい |
| 3. 来客にも気を遣う | 4. 本人の言動が理解できないことがある |
| 5. 本人に受診を勧めても同意してもらえない | 6. その他() |
| 7. 特に困っていることはない | |

問2. 介護の仕方について(はいいくつでも可)

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. 適切な介護方法がわからない | 2. 症状への対応がわからない |
| 3. 介護を協力してもらえない | 4. 誰に、何を、どのように相談すればよいかわからない |
| 5. 日中、家を空けるのを不安に感じる | 6. 介護を家族等他の人に任せてよいか、悩むことがある |
| 7. 介護の方針などについて、家族、親戚と意見が合わない | |
| 8. 介護することに対して、周囲の理解が得られない | |
| 9. その他() | 10. 特に困っていることはない |

問3. サービス利用について(はいいくつでも可)

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. サービスを思うように利用できない、サービスが足りない | |
| 2. サービスを利用したら本人の状態が悪化した(ことがある) | |
| 3. サービス事業者との関係がうまくいかない | 4. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない |
| 5. その他() | 6. 特に困っていることはない |

問4. 介護者ご自身のことについて(はいいくつでも可)

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. 自分の用事・都合をすませることができない | 2. 身体的につらい(腰痛や肩こりなど) |
| 3. 睡眠時間が不規則になり、健康状態がおもわしくない | 4. 精神的ストレスがたまっている |
| 5. 自分の自由になる時間が持てない | 6. 先々のことを考える余裕がない |
| 7. 経済的につらいと感じたときがある | 8. その他() |
| 9. 特に困っていることはない | |

質問5 【ご本人・介護者の方へ伺います】最後に

白井市の高齡者福祉のあり方などに関するご意見、ご提案があれば自由にお書きください

ご協力ありがとうございました。記入もれがないか、今一度お確かめください。
本調査票は、3つ折りにして同封した返信用封筒に切手を貼らずにご投函ください。