

南丹市

高齢者福祉のための 在宅介護実態アンケート調査

～要支援・要介護認定者の方～

はじめに

日頃より本市介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

南丹市では、介護保険をはじめとする高齢者施策を「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」に沿って実施しております。この計画は3年ごとに見直すことになっており、現在、平成30年度から平成32年度までの計画を策定するために、準備を進めています。計画策定にあたっては、市民の皆様の現状やご意見を詳しく把握し、計画に反映させていきたいと考えております。

つきましては、在宅の要支援・要介護認定者の方を対象にアンケート調査を実施します。

なお、本調査でご記入いただいた個人情報は、本市個人情報保護条例に基づき、適正な取扱いを行います。

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

平成29年1月

南丹市 市民福祉部 高齢福祉課

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、

●月●日(●)までに投函してください。

●調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください(1つを選択)

1. あて名のご本人が記入
2. ご家族が記入(あて名のご本人からみた続柄 _____)
3. その他

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、平成28年12月1日現在、要支援・要介護認定者の方です。
2. ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、黒や青のボールペン、または鉛筆などで、該当する番号を○で囲みください。
4. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れて、**平成29年●月●日(●)までに投函してください。**
5. 対象となる方は、●月●日現在の状況でお送りしておりますので、その後に異動等がございましたらご了承ください。
6. この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

問合せ先 南丹市 市民福祉部 高齢福祉課
電話(直通) 0771-68-0006

調査対象者様ご本人について、お伺いします

Q 1. 世帯類型について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

Q 2. ご本人の性別について、ご回答ください(1つを選択)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

Q 3. ご本人の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 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 | | |

Q 4. ご本人の要介護度について、ご回答ください(1つを選択)

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

Q 5. 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 2. 入所・入居を検討している ⇒Q7. ^ |
| 3. すでに入所・入居申し込みをしている ⇒Q6. Q7. ^ | |

※ 「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

Q 6. Q5. で「3. 」と回答した方にお伺いします。施設の種類と申し込まれてからの期間について、お答えください(施設の種類それぞれについて1つに○)

施設の種類	申込みをしているところに○をつけてください	申し込まれてからの期間					
		3か月未満	6か月未満	3か月以上 1年未満	6か月以上 1年以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上
(記入例) 特別養護老人ホーム	①	1	2	3	4	⑤	6
特別養護老人ホーム	1	1	2	3	4	5	6
介護老人保健施設	1	1	2	3	4	5	6
介護療養型医療施設	1	1	2	3	4	5	6
グループホーム	1	1	2	3	4	5	6
有料老人ホーム・ケアハウス	1	1	2	3	4	5	6

Q 7. Q5. で「2. 」 「3. 」と回答した方にお伺いします。施設に入所したい理由は何ですか(複数選択可)

1. ひとり暮らしで介護者がいないから
2. 介護している人の身体的・精神的な負担が大きいから
3. 介護している人の時間的負担が大きいから
4. 病院などを退院する期限がせまっているから
5. その他 ()

Q 8. 平成28年12月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用しましたか(1つを選択)

1. 利用した ⇒Q9へ
2. 利用していない ⇒Q10. へ

Q9. Q8. で「1. 」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、平成28年12月の1か月の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない(0回、1. 利用していない)」を選択してください(それぞれ1つに○)。

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
(※回答例) ●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護 (デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション (デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数を回答)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無(1つに○)	
H. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型 居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(1つに○)				
	利用していない	月1~7日程度	月8~14日程度	月15~21日程度	月22日以上
K. ショートステイ	0回	1~7日	8~14日	15~21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数(1つに○)				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

Q10. Q8. で「2. 」と回答した方にお伺いします。介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数選択可)

1. 現状では、サービスを利用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

Q11. 現在利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください(複数選択可)

- | | | |
|---------------------------|-------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 7. 移送サービス
(介護・福祉ｸﾗﾌﾞ等) | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 利用していない | |

Q12. 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数選択可)

- | | | |
|---------------------------|-------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 7. 移送サービス
(介護・福祉ｸﾗﾌﾞ等) | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 利用していない | |

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

Q13. 市では、介護サービス以外に次のような福祉サービスを行っています。利用したことのあるサービスの「利用状況」と、今後、利用したいと思うサービスの「今後の利用意向」についてお答えください(それぞれに1つを選択)

	利用状況			今後の利用意向		
	現在利用している (以前に利用したこと がある)	利用したことはな いが知っている	知らない	利用したい	利用したくない	わからない
1 「食」の自立支援事業(配食サービス) おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者や高齢者世帯、または心身に障がいのある方で調理が困難な方を対象に、食事を定期的に提供するとともに、配達時には安否確認を行います。	1	2	3	1	2	3
2 外出支援サービス 自力で公共交通機関の利用が困難なおおむね65歳以上の高齢者等に対し、送迎用車両(リフト付等)を使用して利用者の自宅と、医療機関等との送迎を行います。	1	2	3	1	2	3
3 訪問理美容サービス 在宅で寝たきり、認知症及び虚弱な高齢者や障がいのある方で、一般の理美容院に出向くことが困難な方を対象に、在宅で散髪などの理美容師の出張に要する費用の一部を助成します。	1	2	3	1	2	3
4 あんしん見守りシステム事業 おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者等に対し、固定電話の回線に設置した専用装置の緊急・相談ボタンを押すことで「あんしんセンター」につながり24時間365日専門のスタッフが対応を行います。	1	2	3	1	2	3
5 日常生活用具給付事業 おおむね65歳以上であって心身機能の低下にともない防火等の配慮が必要なひとり暮らし高齢者、または高齢者世帯に対し、日常生活用具(電磁調理器等)を給付するなどし、日常生活の便宜を図ります。	1	2	3	1	2	3
6 除雪対策事業 自力での除雪が困難な高齢者世帯等に対し、公道や屋外トイレまでの雪かきや屋根の雪下ろし作業を行います。	1	2	3	1	2	3

※ 各サービスのご利用については、対象者が限られているものもあります。
すべての方がご利用できるとは限りませんのでご了承ください。

Q14. 自分が必要だと思うサービスを必要なだけ受けることができましたか(1つを選択)

1. できた ⇒Q16. ^

2. できなかった ⇒Q15. ^

Q15. Q14. で「2. 」と回答した方にお伺いします。受けることができなかった理由は何ですか(2つまで選択可)

1. 利用限度額を超える
2. 遠くまで行かなければならない
3. 家族と希望が異なる
4. ケアマネジャーが聞き入れてくれなかった
5. サービスの種類・内容がよくわからなかった
6. サービスの利用回数を制限された
7. 利用したいサービス提供事業者・施設が利用定員を超えていたから
8. 医療の処置が必要なため受け入れてもらえなかった
9. 利用料が払えない
10. 現状では、サービスの対象外と言われた
11. その他 ()

Q16. 作成されたケアプラン(介護サービス計画)は、あなたの心身の状態や希望などが十分に反映された満足できるものになっていますか(1つを選択)

1. 満足

2. 不満(不満の理由:)

Q17. 介護保険の保険料は、市全体で使われた介護サービスの量で決まります。あなたは、保険料の負担と介護サービスについてどう思いますか(1つを選択)

1. 介護サービスが充実するなら、保険料が高いのはやむを得ない
2. 介護サービスの充実より保険料が安い方がよい
3. 平均的なサービスで平均的な保険料がよい
4. わからない

Q18. あなたは、これからの生活をどこでどのように送りたいとお考えですか(1つを選択)

1. 家族などによる介護を中心に自宅で生活したい
2. 介護サービスを利用しながら自宅で生活したい
3. 小規模多機能型居宅介護を利用したい(泊まりや訪問のサービスを併用しながら自宅で生活したい)
4. グループホームを利用したい(認知症に対応した少人数での共同生活)
5. 特別養護老人ホームなどの施設に入所したい
6. わからない
7. その他 ()

Q 19. ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)(1つを選択)

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------|
| 1. ない | 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| 3. 週に1～2日ある | 4. 週に3～4日ある | 5. ほぼ毎日ある |

※ A票のQ19. で「2. 」～「5. 」を選択された場合は、「主な介護者」の方に B 票へのご回答・ご記入をお願いします。

※ 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

Q 20. あなたは認知症の人が安心して暮らせるまちにするためには、どのような取組みが必要だと思いますか(3つまで選択可)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 認知症に対する正しい知識や理解を広めること |
| 2. 認知症の相談窓口を充実させること |
| 3. 認知症のケア(支援)の質を向上させること |
| 4. 認知症の人をお世話している家族を支援すること |
| 5. 認知症の治療を行っている医療機関を周知すること |
| 6. 認知症の対応の入所施設を周知すること |
| 7. 住民が助け合い、認知症高齢者を支えることのできる地域づくり |
| 8. 認知症の人をヘルパーなどが見守るような介護サービス |
| 9. 認知症の人や家族等の集える場(認知症カフェ)等の充実 |
| 10. 軽度の認知症の人が通える場の充実 |
| 11. その他() |

Q 21. あなたは、高齢者虐待について知っていますか(1つを選択)

- | | | |
|----------|-----------------------|-------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはあるが、内容まで知らない | 3. まったく知らない |
|----------|-----------------------|-------------|

Q 22. あなたは、成年後見制度について知っていますか(1つを選択)

- | | | |
|----------|-----------------------|-------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはあるが、内容まで知らない | 3. まったく知らない |
|----------|-----------------------|-------------|

Q 23. Q22. で「1. 知っている」を選択された方に伺います。将来、成年後見制度を利用しようと思えますか(1つを選択)

- | | | |
|-------|---------|----------|
| 1. 思う | 2. 思わない | 3. わからない |
|-------|---------|----------|

Q 2 4. あなたは、地震や台風などの災害が発生して避難などに手助けが必要となったとき、最初に誰が手助けしてくれると思いますか(1つを選択)

- | | | |
|-----------------------|------------------------|------------|
| 1. 同居または近所に住む家族・親族 | 2. 普段からつきあいのある近所の友人・知人 | |
| 3. 自治会・民生児童委員・老人クラブの人 | 4. 消防署・警察 | |
| 5. 特にいない | 6. わからない | 7. その他 () |

Q 2 5. あなたは、高齢者が健やかに過ごすために、どのようなところに力を入れるとよいと思いますか(3つまで選択可)

- | | |
|--|---------------------|
| 1. 何でも相談できる窓口をつくるなど相談体制の充実 | |
| 2. サービス利用の手続きの簡素化 | |
| 3. 健康づくり活動の充実 | |
| 4. 行政からの福祉に関する情報提供の充実 | |
| 5. 保健や福祉の専門的な人材の育成と資質の向上 | |
| 6. 参加しやすいスポーツ・サークル・文化活動の充実 | |
| 7. いろいろなボランティア活動の育成 | |
| 8. シルバー人材センター等就労への支援 | |
| 9. 在宅での生活や介助がしやすいよう、保健・医療・福祉サービスの連携と充実 | |
| 10. リハビリ・生活介護などが受けられる通所施設の整備 | |
| 11. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備 | |
| 12. 地域でともに学べる学習・教育内容の充実 | |
| 13. 地域内での独居高齢者等への見守り | |
| 14. 年代にかかわらず、住民同士がふれあう機会や場の充実 | |
| 15. 利用しやすい道路・交通機関・建物などの整備・改善 | |
| 16. 高齢者に配慮した生活の場の確保 | 17. 災害のときの避難誘導體制の整備 |
| 18. 福祉教育や広報活動の充実 | 19. 本人や家族への意識啓発 |
| 20. 地域での日常生活への助け合い活動の充実 | |
| 21. 市の新しい福祉サービスの創設(具体的に:) | |
| 22. その他() | |

主な介護者の方について、お伺いします

Q 1. ご家族やご親族の中で、ご本人(調査対象者)の介護を主な理由として、過去 1 年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(複数選択可)

1. 主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く)
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

Q 2. 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

- | | | |
|--------|----------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他() |

Q 3. 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

Q 4. 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

Q 5. 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください(複数選択可)

[身体介護]

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | | |
|----------|---|-----------|
| 15. その他（ | ） | 16. わからない |
|----------|---|-----------|

Q 6. 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（3つまで選択可）。

〔身体介護〕

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 15. その他 | 16. 不安に感じていることは、特にな |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

Q 7. 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください（1つを選択）

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイムで働いている |
| 3. 働いていない | 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |

※ 「パートタイム」とは、「1 週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

Q 8. Q7. で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか(複数選択可)

- | |
|--|
| 1. 特に行っていない |
| 2. 介護のために、「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」しながら、働いている |
| 3. 介護のために、「休暇(年休や介護休暇等)」を取りながら、働いている |
| 4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている |
| 5. 介護のために、2~4以外の調整をしながら、働いている |
| 6. 主な介護者に確認しないと、わからない |

Q 9. Q7. で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか(1つを選択)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

【自由記入欄】その他ご意見などありましたら、自由にお書きください

ご協力ありがとうございました。

記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て(表紙も含みます)を同封の返信用封筒に入れて、●月●日(●)までに切手を貼らずに投函してください。

