

A 認定者本人、家族の状況などについてお尋ねします (平成28年12月1日現在でお答えください)

問1 この調査票の回答を記入される方はどなたですか。(○は1つ)

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1. 認定者本人 | 2. 主たる介護者(直接介護をしている家族) |
| 3. 主たる介護者以外の家族 | 4. その他() |

問2 あなた(以下、宛名の認定者本人を「あなた」といいます)の性別はどちらですか。(○は1つ)

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

問3 あなたの年齢はいくつですか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～64歳 | 2. 65～69歳 | 3. 70～74歳 |
| 4. 75～79歳 | 5. 80～84歳 | 6. 85歳以上 |

問4 あなたのお住まいの小学校区は、次のどれにあたりますか。(○は1つ)

- | | | | |
|-------------|------------|-------------|------------|
| 1. 小牧小学校区 | 2. 村中小学校区 | 3. 小牧南小学校区 | 4. 三ツ淵小学校区 |
| 5. 味噌小学校区 | 6. 篠岡小学校区 | 7. 北里小学校区 | 8. 米野小学校区 |
| 9. 一色小学校区 | 10. 小木小学校区 | 11. 小牧原小学校区 | 12. 本庄小学校区 |
| 13. 桃ヶ丘小学校区 | 14. 陶小学校区 | 15. 光ヶ丘小学校区 | 16. 大城小学校区 |

※小学校区がわからない方は、町名をご記入ください。小牧市 _____

問5 あなたと一緒に住んでいる方はどなたですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子または娘 | 3. 息子夫婦 |
| 4. 娘夫婦 | 5. 孫 | 6. 本人の親 |
| 7. 配偶者の親 | 8. その他の親類 | 9. その他() |
| 10. 一人暮らし | | |

問5-1 問5で「1」～「9」の誰かと一緒に住んでいると回答された方にお尋ねします。一緒に住んでいる方の状況についてお尋ねします。(○は1つ)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. いつも誰かは家にいる | 2. 昼間はあなたが一人 |
| 3. 夜間はあなたが一人 | 4. その他() |

問6 あなたのお住まいの形態はどれですか。(○は1つ)

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. 持家 | 2. 民間賃貸住宅 |
| 3. 公営賃貸住宅(都市機構、公社など) | 4. 借間 |
| 5. その他() | |

問7 1週間あたりの外出機会（デイサービス等も含む）はどの程度ですか。
（○は1つ）

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 毎日、数回、外出している | 2. 毎日、1回程度、外出している |
| 3. 2～3日に1回、外出している | 4. 1週間に1回程度、外出している |
| 5. その他（ | 6. ほとんど外出しない |

問7-1 問7で「6. ほとんど外出しない」と回答された方にお尋ねします。
外出しない理由は、次のどれですか。（○は1つ）

- | |
|------------------------------|
| 1. 介添えがない |
| 2. 一人で歩けるが、連れがいない |
| 3. 居宅での生活で満足しており、特に外出する必要がない |
| 4. 居宅にいても特にすることはないが、外出のあてもない |
| 5. 身体の状態が悪くて外出できない |
| 6. その他、外出しない理由（ |

問8 となり近所とのつきあいはどうですか。（近くに住む家族・親戚を含む）
（○はいくつでも）

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 毎日話をする相手がいる |
| 2. たまにあいさつを交わす程度 |
| 3. とくどき立ち話をする程度 |
| 4. 月に1回以上は、お宅を訪問して話をする相手がいる |
| 5. 月に1回以上は、食事と一緒にいたり、家族ぐるみでつきあう相手がいる |
| 6. 気軽に、相談したり助け合ったりしている相手がいる |
| 7. その他（ |
| 8. ほとんど人とのつきあいはない |

問9 悩みを気軽に相談できる人や場所（機関）はありますか。（○は1つ）

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

問9-1 問9で「1. はい」と回答された方にお尋ねします。具体的にはどこに相談されますか。（○はいくつでも）

- | | | |
|------------|---------------|---------|
| 1. 家族 | 2. 知人 | 3. 市役所 |
| 4. ケアマネジャー | 5. 地域包括支援センター | 6. 民生委員 |
| 7. その他（ | | |

問10 あなたの介護が必要となった原因はどれですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 2. 心臓病 |
| 3. がん(悪性新生物) | 4. 糖尿病 |
| 5. 腎疾患(透析) | 6. 呼吸器疾患(肺気腫、肺炎等) |
| 7. 関節疾患(リウマチ等) | 8. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 9. 難病(パーキンソン病等) | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 11. 事故(骨折・転倒、脊髄損傷) | 12. 高齢による衰弱 |
| 13. その他() | |

問11 現在のあなたの要介護度はどれですか。(○は1つ)

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

問12 1年前の要介護度はどれでしたか。(○は1つ)

- | | | |
|----------------|---------|----------|
| 1. 自立(未申請・非該当) | 2. 要支援1 | 3. 要支援2 |
| 4. 要介護1 | 5. 要介護2 | 6. 要介護3 |
| 7. 要介護4 | 8. 要介護5 | 9. わからない |

問13 治療中の病気・症状はありますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|---------------|-------------------|------------|
| 1. 高血圧 | 2. 心臓病 | 3. 呼吸器疾患 |
| 4. 胃腸病 | 5. 糖尿病 | 6. 肝臓病 |
| 7. 腎臓病 | 8. 脂質異常症 | 9. 耳鼻の病気 |
| 10. 白内障等の目の病気 | 11. 婦人科の病気 | 12. 骨折 |
| 13. リウマチ・神経痛 | 14. 腰痛や膝・足の関節痛 | 15. 骨そしょう症 |
| 16. 老人性認知症 | 17. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | |
| 18. その他() | 19. 特に治療中の病気はない | |

問13-1 問13で「1」～「18」の治療中の病気・症状はあると回答された方にお尋ねします。どのような方法で医師の治療を受けていますか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|------------------|-----------|
| 1. 通院している | 2. 往診・訪問診療を受けている | 3. 入院している |
|-----------|------------------|-----------|

問14 あなたは自分の「歯」が何本ありますか。(○は1つ)

※歯が全てそろっている場合は28本です。

- | | | |
|---------------|------------|----------|
| 1. 歯は全てそろっている | 2. 20本以上 | 3. 5～19本 |
| 4. 1～4本 | 5. 歯は1本もない | |

問15 歯や口の中の状態はいかがですか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. 特に悪いところはない | 2. 歯ぐきがはれることがある |
| 3. 歯ぐきから血が出る | 4. 歯がしみることがある |
| 5. 口臭が気になる | 6. 入れ歯が合わない |
| 7. あごがガクガク音がしたり、口を大きく開けると痛い | |
| 8. 歯がグラグラしたり、抜けたままになっている | |
| 9. 治療中である | 10. その他 () |

問16 定期的に歯科検診を受けていますか。(○は1つ)

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

問17 現在、薬を飲んでいますか。(○は1つ)

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

問17-1 問17で「1. はい」と回答された方にお尋ねします。薬はきちんと飲むことができていますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------|---------------|--------|
| 1. はい | 2. 少し忘れることがある | 3. いいえ |
|-------|---------------|--------|

問17-2 問17で「1. はい」と回答された方にお尋ねします。薬の管理はどなたが行っていますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1. 自分 | 2. 家族 | 3. その他 () |
|-------|-------|------------|

問18 1日の食事の回数は何回ですか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|----------|----------|
| 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19 自分一人だけでなく、どなたかと食事をとる機会がありますか。(○は1つ)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 3. 月に何度かある |
| 4. 年に何度かある | 5. ほとんどない | |

→ 問23-1 問23で「1. 入所の申し込みをしている」と回答された方にお尋ねします。
施設の種類は何ですか。(○はいくつでも)
それぞれの施設への申し込み年月を記入してください。

- | | | | |
|---------------------------|-----|---|----|
| 1. 特別養護老人ホーム | (平成 | 年 | 月) |
| 2. 介護老人保健施設 | (平成 | 年 | 月) |
| 3. 介護療養型医療施設 | (平成 | 年 | 月) |
| 4. グループホーム(認知症対応型共同生活介護) | (平成 | 年 | 月) |
| 5. 特定施設(介護付有料老人ホーム・ケアハウス) | (平成 | 年 | 月) |
| 6. その他() | (平成 | 年 | 月) |

問24 あなたは、普段、居宅(在宅)の介護サービスを利用していますか。(○は1つ)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. サービスを利用している | 2. サービスを利用していない |
|----------------|-----------------|

→ 問24-1 問24で「1. サービスを利用している」と回答された方にお尋ねします。
介護保険サービスの満足度はいかがでしょうか。(複数のサービスを利用されている方は全体の満足度についてお答えください。)(○は1つ)

- | | |
|--------------|----------|
| 1. 満足・おおむね満足 | 2. ふつう |
| 3. 不満・やや不満 | 4. わからない |

問24-2 問24で「2. サービスを利用していない」と回答された方にお尋ねします。
介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- | |
|-----------------------------|
| 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わからない |
| 9. その他() |

問25 夜間・早朝にホームヘルパーがご自宅を訪問して、安否確認や体位交換などのサービスを行う夜間・早朝サービスを利用したいと思いませんか(○は1つ)

- | | | |
|----------|---------------|---------|
| 1. 利用したい | 2. 利用したいときもある | 3. 必要ない |
|----------|---------------|---------|

問26 次の介護サービスの内、今後利用したいものはありますか。(現在利用しているものを含めて○をつけてください。)(○はいくつでも)

1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)
2. 訪問入浴介護 (浴槽を積んだ入浴車が自宅を訪問して提供される入浴サービス)
3. 訪問看護 (自宅で看護師等が病状の観察や床ずれの手当てなどを行うサービス)
4. 訪問リハビリテーション (自宅で専門職から機能回復訓練を受けるサービス)
5. 居宅療養管理指導 (自宅で医師・歯科医師・薬剤師等から、療養上の管理や指導を受けるサービス)
6. 通所介護 (デイサービス)
7. 通所リハビリテーション (老人保健施設等で機能回復訓練を受けるサービス)
8. 短期入所生活介護 (特別養護老人ホーム等でのショートステイ)
9. 短期入所療養介護 (老人保健施設等でのショートステイ)
10. 福祉用具の貸与 (例：車イス、電動ベッド等)
11. 福祉用具購入費の支給 (例：ポータブルトイレ等)
12. 住宅改修費の支給
13. 特定施設入居者生活介護 (介護付有料老人ホーム、ケアハウス)
14. 認知症対応型通所介護 (認知症の方対象のデイサービス)
15. 小規模多機能型居宅介護 (デイサービスを中心に、ホームヘルプサービスやショートステイも利用できるサービス)
16. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
17. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
18. 介護老人保健施設 (老人保健施設)
19. 介護療養型医療施設

問26-1 問26で「1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)」と回答された方にお尋ねします。具体的にはどのような介護を受けたいですか。(○はいくつでも)

【身体的介護】

- | | | |
|-------------|---------------------|------------|
| 1. 日中の排泄介助 | 2. 夜間の排泄介助 | 3. 食事の介助 |
| 4. 入浴・洗身の介助 | 5. 身だしなみ (洗顔・歯みがき等) | |
| 6. 衣服の着脱 | 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い |
| 9. 服薬 | 10. 医療的なケア | |
| 11. その他 () | | |

【生活援助】

- | | |
|--------------------|-------------|
| 12. 食事の準備 (調理) | 13. 買い物 |
| 14. その他の家事 (掃除、洗濯) | 15. その他 () |

問27 あなたは、どのような収入がありますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|---------------|--------------------|------------|
| 1. 給与収入 | 2. 自営収入 | 3. 恩給・公的年金 |
| 4. 生活保護等の公的扶助 | 5. 私的年金 | 6. 仕送り |
| 7. 地代・家賃収入 | 8. 株式による所得等、預貯金の利子 | 9. 収入はない |
| 10. その他 () | | |

問28 介護費用の負担はどうしていますか。(○は1つ)

- | |
|-------------------------------|
| 1. あなた(あるいは配偶者)の収入のみでまかなっている |
| 2. あなた(あるいは配偶者)の貯蓄も取り崩している |
| 3. あなた(あるいは配偶者)以外の収入・貯蓄を充てている |

問29 介護保険料について、どのように感じていますか。(○は1つ)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 保険料は上がってもいいから、サービスを充実させてほしい |
| 2. 保険料が上がるなら、現状のままでよい |
| 3. 今の保険料では生活が苦しいので下げるべきだ |
| 4. その他 () |

問30 あなたは「地域包括支援センター」を知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 知っている | 2. 言葉はきいたことがある |
| 3. まったく知らない | |

問31 現在、市内には、高齢者の介護や生活上の相談等を受ける地域包括支援センター(小牧、味岡、篠岡、北里)がありますが、あなたのお住まいの地域を担当しているセンターをご存知ですか。(○は1つ)

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

問31-1 問31で「1. 知っている」と回答された方にお尋ねします。あなたは、地域包括支援センターの高齢者に対するどのような業務をご存知ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1. 介護保険制度の説明・要介護認定申請援助 | |
| 2. 福祉サービス案内(配食サービス、緊急通報システム装置の設置等) | |
| 3. 福祉用具・住宅改修相談 | 4. 介護に関する相談 |
| 5. 医療に関する初期段階の相談 | 6. 介護保険施設利用に関する相談 |
| 7. 要支援認定者への介護サービス利用の支援 | 8. 成年後見制度の利用 |
| 9. 虐待への対応 | 10. 消費者被害の防止 |
| 11. 認知症サポーター養成講座の開催 | 12. 認知症見守りネットワーク構築・運営 |

C 介護保険サービス以外の保健・福祉サービスについてお尋ねします

問32 小牧市には介護保険サービス以外に、次のような福祉のサービスがあります。今後利用したいと思いませんか。①から⑪の各サービスに対し、それぞれ該当する番号に○をつけてください。(○は1つずつ)

※サービスによっては年齢などの制限があります。

	1 利用 したい	2 ない 利用 した く	3 ない よ く わ か ら
① 在宅歯科診療（費用：通院時の費用に往診費を加算） 歯科医院に通院が困難な在宅の寝たきりの高齢者宅に歯科医師が訪問して歯の治療を行うサービス	1	2	3
② ふれあい・いきいきサロン（費用：おやつ代程度） 地域の中で高齢の方が気軽に足を運び、レクリエーション、食事会、創作活動などを行うサロン	1	2	3
③ ひとり暮らし高齢者交流会（費用：無料） ひとり暮らしの方同士が交流できる会	1	2	3
④ 軽度生活援助サービス（費用：利用料の一部を負担） 家屋の軽微な修繕、家屋内外の清掃または整理整頓、庭の手入れ、寝具等大物の洗濯等を行うサービス	1	2	3
⑤ 食の自立支援サービス[配食サービス]（費用：300 円/回） 一人暮らしや高齢者のみの世帯に、月～金の最大 5 回昼食を配達するサービス	1	2	3
⑥ 訪問理美容サービス（費用：1,000 円/回） 理髪店または美容院に通うことが困難な高齢者等の居宅に理美容師が訪問し、整髪するサービス	1	2	3
⑦ 紙おむつの給付（費用：年間 180 枚まで無料） 寝たきり高齢者等で紙おむつを必要としている方に、紙おむつや尿取りパッドを支給するサービス	1	2	3
⑧ 寝具のクリーニングサービス（費用：200 円等/枚） 一人暮らしの高齢者等の寝具の洗濯や乾燥を行うサービス	1	2	3
⑨ 家族介護用品の支給（費用：月額約 6,000 円分まで無料） 寝たきりや認知症の高齢者を介護している家族介護者に対して、介護用品を支給するサービス	1	2	3
⑩ 外出支援サービス（費用：運賃の一部を助成） 車いす利用者が医療機関または在宅福祉サービスなどの実施場所へ移動する際に、車いすリフト付タクシーの利用料金の一部を助成するサービス	1	2	3
⑪ 緊急通報システム装置設置（費用：無料、電話料金は自己負担） 急病などの緊急時に、簡単に緊急通報センターに通報できるよう、電話機に装置を設置するサービス	1	2	3

問33 現在、あなたが生活するうえで困っていることはありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. 生活費などの金銭面 | 2. 住宅の構造 |
| 3. 福祉、介護サービスの利用 | 4. 隣近所や地域との関係 |
| 5. 悩みを気軽に相談できる人、場所 | 6. 日用品の買物 |
| 7. 情報の入手 | 8. 食事 |
| 9. 病院や公共機関への外出 | 10. その他 () |
| 11. 特になし | |

問34 もしボランティアの人が気軽に家庭を訪問し、手助けをしてくれるとしたら、どのようなことについて手助けを求めたいと思いますか。(○は3つまで)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 庭や家の中の掃除 | 2. 洗濯 |
| 3. 食事の支度や昼食弁当の配達 | 4. 買物 |
| 5. ゴミ出し | 6. 通院の付き添い |
| 7. 通院以外の外出の付き添い | 8. 留守番 |
| 9. 電球の交換や家屋の修繕 | 10. 悩みごとの相談や話し相手 |
| 11. 見守りが必要な高齢者の安否確認 | 12. その他 () |
| 13. 特になし | |

問35 介護が必要になっても自宅で暮らし続けるために、より充実させていく必要があると思われるものをお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. 介護サービス | 2. 自宅で受けられる医療 |
| 3. 隣近所からの手助け | 4. 地域ボランティアによる見守り |
| 5. その他 () | |

問36 市内には48か所(平成28年10月現在)サロンがありますが、あなたは参加したことがありますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|------------------------|
| 1. 参加している | 2. 今はしていないが以前参加したことがある |
| 3. 参加したことがない | |

問37 市内のサロンに参加してみたいですか。(○は1つ)

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 参加したい | 2. 参加したいがどこにあるのかわからない |
| 3. 参加したいとは思わない | 4. その他 () |
| 5. わからない | |

問38 判断力が不十分な高齢者が、地域で自立した生活が送れるよう、生活支援員が福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理を行う地域福祉権利擁護事業がありますが、このサービスを知っていますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------|------------------|
| 1. 現在利用している | 2. 利用していないが知っている |
| 3. 知らない | |

※日常生活自立支援事業は、認知症高齢者、知的障害者及び精神障害者などの判断能力が十分でない人に対して、自立した地域生活が送れるように生活支援員を派遣し、様々な福祉サービスの利用や日常的な金銭管理の支援、重要書類等の預かりを行う事業で、社会福祉協議会で実施しています。

問39 あなたは、かかりつけ医がいますか。（○は1つ）

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問39-1 問39で「2. いない」と回答された方にお尋ねします。かかりつけ医をもっていない理由は何ですか。（○は1つ）

- | |
|---------------------------------|
| 1. 近くに医者がない |
| 2. たくさん医者に通っているので誰がかかりつけ医かわからない |
| 3. 健康だから必要ない |
| 4. その他（) |

問40 「在宅医療※」のことを知っていますか。（○は1つ）

※在宅医療とは、医療や介護が必要になっても、住み慣れた自宅での生活を望む方が、引き続き自宅での生活が継続できるよう、医師だけでなく歯科医、薬剤師、看護師などのほか、介護サービスも含め他職種が連携してサービスが提供される体制のことです。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 知っている | 2. 言葉はきいたことがある |
| 3. まったく知らない | |

問41 「在宅療養支援診療所※」のことを知っていますか。（○は1つ）

※在宅療養支援診療所とは、地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所のことです。

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

問42 どのような環境を整えば在宅医療を利用したいと思いますか。（○はいくつでも）

- | |
|------------------------------|
| 1. 気軽に往診してくれる |
| 2. 訪問看護をしてくれる |
| 3. 緊急時には24時間体制で連絡がつく |
| 4. 症状が急変したらきちんと受け入れてくれる病院がある |
| 5. ちょっとしたことでも相談にのってくれるところがある |
| 6. その他（) |

問43 あなたや家族が在宅医療を利用する場合、何か不安がありますか。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1. 往診してくれる医師を知らない |
| 2. 訪問看護をしてくれるところを知らない |
| 3. 介護してくれる家族がない |
| 4. 介護してくれる家族に負担がかかる |
| 5. 費用が高くなりそうで不安である |
| 6. 緊急時にどこに連絡すればよいかわからない |
| 7. 症状が急変したときに、すぐに入院できるか不安がある
(どのようにすればよいかわからない) |
| 8. 終末期を迎えたときに、在宅で過ごせるかサポート体制などに不安がある |
| 9. その他 () |
| 10. 特にない |

問44 あなたは災害時の緊急避難場所を知っていますか。(○は1つ)

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

問45 あなたは災害時の避難行動要支援者台帳への登録をしていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1. 登録している | 2. 手続きがわからないため登録していない |
| 3. 登録の必要がない | 4. その他 () |
| 5. わからない | |

問46 あなたは最期はどこで迎えたいと思いますか。(○は1つ)

- | | | | |
|-------|---------|-------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 介護施設 | 3. 病院 | 4. わからない |
|-------|---------|-------|----------|

D ケアマネジャー(居宅サービス計画を作る人)についてお尋ねします

ケアマネジャー：要介護および要支援者に応じた、総合的な居宅サービス計画(ケアプラン)づくりを担当し、利用者や家族の希望を聞きながら、サービス事業者との調整を本人に代わって行います。介護支援専門員のことです。

居宅サービス計画：利用者の心身の状況に合わせて、サービスの種類や回数を組み合わせて毎月作成される介護サービスの利用計画のことです。ケアプランとも言います。

問47 ケアマネジャーおよび居宅サービス計画に関する現在の満足度について、該当する番号に○をつけてください。(○は1つ)

- | | |
|------------|----------|
| 1. 満足・やや満足 | 2. 普通 |
| 3. 不満・やや不満 | 4. わからない |

問47-1 問47で「1. 満足・やや満足」または「3. 不満・やや不満」と回答された方にお尋ねします。そう思われた主な理由は何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. サービス計画の説明 | 2. ケアマネジャーの態度 |
| 3. サービス事業所との調整 | 4. 急変時等の対応 |
| 5. その他 () | |

問48 ケアマネジャーから、介護サービス以外の福祉サービス(問32の①～⑪のサービス)の提案がありましたか。(○は1つ)

- | | |
|--------|---------|
| 1. あった | 2. なかった |
|--------|---------|

問49 ケアマネジャーがあなたの家を訪問する頻度は、次のどれに相当しますか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 月2回以上は訪問がある | 2. 月1回は訪問がある |
| 3. 2か月に1回程度訪問がある | 4. 3か月に1回程度訪問がある |
| 5. その他 () | |

E 主な介護者についてお尋ねします

⇒ 介護者がいない場合は問61へ

問50 あなた(主な介護者)と認定者本人との続柄を教えてください。(○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 () | |

問51 あなた(主な介護者)の性別はどちらですか。(○は1つ)

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

問52 あなた(主な介護者)の年齢はいくつですか。(平成28年12月1日現在)

満

--	--	--

 歳

問53 あなた(主な介護者)は認定者本人と同居していますか。(○は1つ)

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. 同居している | 2. 同居していないが同じ敷地 |
| 3. 同居していない | |

問54 あなた(主な介護者)は、現在、仕事をしていますか。(○は1つ)

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

問61 保健・福祉・介護の制度全般について要望などがございましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、●月●日（●）までに
ポストに投函してください。