

在宅介護実態調査

皆様には、日頃から介護保険行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

愛西市では現在、「みんなで支え、みんなでかわり、安心して暮らせるまち」を基本理念に据えて、介護や支援を必要とする方々と家族介護者にとって住みよい“まちづくり”を進めており、令和8年度には第10期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の策定を予定しています。

このため、愛西市にお住まいの65歳以上の要支援・要介護認定者（以下「要介護者」という。）及びその介護者を対象とするアンケートを実施することとなりました。

この調査は、愛西市にお住いの要支援・要介護認定を受けている方の中から無作為に抽出した1,000名の方を対象としています。

本調査で得られた情報は、第10期介護保険事業計画・高齢者福祉計画の効果検証及び評価並びに策定の目的以外に使用することはありません。

大変お忙しい中、恐縮ではございますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和●年●月

愛西市長 日永 貴章

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

1. 令和●年●月1日現在の内容でご記入ください。
2. アンケートには、封筒のあて名のご本人がお答えください。**また、7ページ以降については、主に介護している方がお答えください。**
3. ご本人が記入できない場合は、ご家族の方などで、ご本人の意思を尊重して代わってご回答していただくようお願いいたします。
4. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合と記述していただく場合があります。回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。
5. 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわり書きのない場合は次の設問に、ことわり書きがある場合は指示に従って回答してください。
6. 回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内に具体的にご記入ください。

◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**●月●日（●）**までにポストに投函していただきますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇調査についてのご質問がある方や外出が難しいなどの理由でアンケートが郵送できない方は、下記までお問い合わせください。

＜お問い合わせ先＞

愛西市 保険福祉部 高齢福祉課

TEL : 0567-55-7116（ダイヤルイン） FAX : 0567-26-5515

問1 現在、この調査票に回答されているのはどなたですか。(〇はいくつでも)

国必須項目

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者本人(あて名のご本人) | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. その他() |

1 あなた(あて名のご本人)のご家族や生活の状況について

問2 現在、ご本人(要介護者)はどちらで生活されていますか。(〇は1つ)

市独自項目

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1. 自宅 | 2. 有料老人ホーム※ ¹ | 3. ケアハウス※ ² |
| 4. サービス付き高齢者向け住宅※ ³ | 5. その他() | |

※1: 食事・洗濯・掃除などの「家事」、介護・健康管理など日常生活を送るうえで必要な「サービス」を提供する施設です。

※2: 食事・洗濯などの介護サービスを受けられます。助成制度が利用できるため、低所得者の費用負担が比較的軽い施設です。

※3: バリアフリー対応で、主に自立あるいは軽度認定の高齢者を受け入れる賃貸住宅です。生活相談員が常駐し、安否確認や様々な生活支援サービスを受けられます。

問3 世帯はどれに該当しますか。(〇は1つ)

国必須項目

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

問4 ご本人の性別について、ご回答ください。(〇は1つ)

国必須項目

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 答えたくない |
|-------|-------|-----------|

問5 ご本人の年齢について、ご回答ください。(〇は1つ)

国必須項目

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 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6 ご本人の要介護度について、ご回答ください。(〇は1つ)

国必須項目

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

2 介護保険サービスについて

問7 令和7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。(○は1つ)

1. 利用した⇒問8-1へ

2. 利用していない⇒問8-2へ

国必須項目

問8-1 【問7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、令和7年12月の1か月間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○)

| 区 分 | 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 |
| ①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 |
| ②訪問入浴介護 | 0回 | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回 以上 |
| ③訪問看護 | 0回 | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回 以上 |
| ④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 |
| ⑤通所介護(デイサービス) | 0回 | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回 以上 |
| ⑥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 |
| ⑦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 |

国必須項目

| 区 分 | 利用の有無(○は1つだけ) | |
|-------------------|---------------|---------|
| ⑧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 |
| ⑨小規模多機能型居宅介護 | 1. 利用していない | 2. 利用した |
| ⑩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 |

| 区 分 | 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 |
| ⑪ショートステイ | ⁰ 0回 | ¹ 1～7日 | ² 8～14日 | ³ 15～21日 | ⁴ 22日以上 |

| 区 分 | 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 |
| ⑫居宅療養管理指導 | 0回 | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 |

問9へ進む⇒

問8-2 【問7で「2.」と答え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。（〇はいくつでも）

国オプション項目

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（要介護者）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. サービスを利用したいが手続きや利用方法が分からない
9. その他（ ）

問9 現時点において、施設など※への入所・入居を検討されていますか。（〇は1つ）

国必須項目

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
3. すでに入所・入居の申し込みをしている

※「施設など」とは、特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院・特定施設（有料老人ホームなど）・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。

問10 現在、利用している「介護保険サービス※¹以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。

国オプション項目

（〇はいくつでも）

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・福祉タクシーなど）
8. 見守り・声かけ
9. サロン※²などの定期的な通いの場
10. その他（ ）
11. 利用していない

※1 総合事業に基づく支援、サービスは「介護保険サービス」に含めます。

◆「総合事業」とは、要介護認定の申請を行わずに利用できる、住民等の多様な主体が参画して実施する介護予防サービスです。

※2 「サロン」とは、ひとり暮らしや、家の中で過ごしがちな高齢者等と、地域住民（ボランティア等）が、気軽に集い、ふれあいを通して生きがいづくり・仲間づくりの輪を広げる場所のことをいいます。

| | |
|------------------------|-------------------|
| 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・福祉タクシーなど） | 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. 特になし | |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含まれます。

1. 脳血管疾患（脳卒中）のうけっかんしっかん
2. 心疾患（心臓病）のうそっちゅう
3. 悪性新生物（がん）あくせいしんせいぶつ
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患（透析）
6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症・脊柱管狭窄症等）こつそ せきちゅうかんきょうさくしやう
7. 膠原病（関節リウマチ含む）こうげんびやう
8. 変形性関節疾患へんけいせいかんせつしっかん
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病（パーキンソン病を除く）
12. 糖尿病とうりやうびやう
13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）
14. 口腔機能低下症こうくうきのうていかしやう
15. 歯周病ししゅうびやう
16. むし歯
17. その他（
18. なし
19. わからない

4

問13 ご本人（要介護者）は、現在、訪問診療※を利用していますか。（○は1つ）

国オプション項目

1. 利用している
2. 利用していない ⇒ 問16へ

※「訪問診療」とは、在宅で療養を行っており、病院への通院が困難な方に対して、定期的に自宅を訪問して診療を行うサービスです。訪問歯科診療や居宅療養管理指導などは含みません。

◆「訪問歯科診療」とは、要介護高齢者が自宅や施設で歯科診療を受けられるサービスです。

◆「居宅療養管理指導」とは、要介護状態となっても、可能な限り自宅において、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・歯科衛生士・管理栄養士が、通院が困難な方のご自宅を訪問して、本人の心身の状況や置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うサービスです。

問14 【問13で「1.」と答えた方にお伺いします】

問14-1 訪問診療をどの程度利用していますか。（○は1つ）

市独自項目

- | | | |
|------------|------------|--------------------------------|
| 1. 週4回以上 | 2. 週2～3回程度 | 3. 週1回程度 |
| 4. 月2～3回程度 | 5. 月1回程度 | 6. その他（ ） |

問14-2 利用している訪問診療に満足していますか。（○は1つ）

市独自項目

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | |
| 3. やや不満 | 4. 不満 | 5. わからない |

問15 【問7（介護保険サービス）、問13（訪問診療）のいずれも「1. 利用している（利用した）」と答えた方にお伺いします】

市独自項目

訪問診療と訪問看護などの介護保険サービスとの連携状況はいかがですか。（○は1つ）

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. 連携はとれている | 2. 連携されているが、情報の伝達が不十分である |
| 3. 連携が不十分である | 4. わからない |

4 日常生活について

問16 何かあった際に駆けつけてくれる人はいますか。(○はいくつでも)

市独自項目

- | | | | |
|---------------|----------|-----------|------------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. ヘルパー | 4. ケアマネジャー |
| 5. 近隣の人 | 6. 友人 | 7. その他() | |
| 8. そのような人はいない | | | |

問17 ご本人はスマートフォンをお持ちですか。(○は1つ)

市独自項目

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

問18 ご本人は普通自動車運転免許証をお持ちですか。(○は1つ)

市独自項目

- | |
|---------------|
| 1. 持っている |
| 2. 持っていたが返納した |
| 3. もともと持っていない |

問19 家族や親族の方から介護してもらう日は、週にどのくらいありますか。(○は1つ)
(同居していない子どもや親族の方などからの介護も含みます。)

国必須項目

- | | | |
|---------------------------|---|-----|
| 1. ない ⇒ 調査は終了です | } | B票へ |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない | | |
| 3. 週に1～2日ある | | |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

★A票の問 19 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）がご回答・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）

問1 主な介護者の方は、ご本人(要介護者)から見てどなたになりますか。(〇は1つ)

- | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 | 国オプション項目 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他() | |

問2 主な介護者の方の性別はどちらですか。(〇は1つ)

国オプション項目

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 答えたくない |
|-------|-------|-----------|

問3 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。(〇は1つ)

国必須項目

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

問4 主な介護者を含めて介護者は何人いますか。(〇は1つ)

国必須項目

- | | | |
|-------|-------|---------|
| 1. 1人 | 2. 2人 | 3. 3人以上 |
|-------|-------|---------|

問5 主な介護者の方は、ご本人(要介護者)と同居していますか。(〇は1つ)

市独自項目

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1. 同居している ⇒ 問7へ | 2. 別居している |
|-----------------|-----------|

問6 【問5で「2.」と答えた方にお伺いします。】

主な介護者の方のお住まいはどちらですか。(〇は1つ)

市独自項目

- | | | |
|-------------------|-------|------------|
| 1. 要介護者宅の近所(徒歩圏内) | 2. 市内 | 3. 近隣の他市町村 |
| 4. 県内 | 5. 県外 | |

問7 今後、ご本人(要介護者)の介護にかかる費用について、主な介護者の方は不安を感じていますか。(〇は1つ)

市独自項目

- | | |
|-------------------|------------|
| 1. 不安である | 2. やや不安である |
| 3. どちらかと言えば不安ではない | 4. 不安ではない |

問8 あなたは普段からインターネットを利用した情報収集をしていますか。(〇は1つ)

市独自項目

- | | | |
|-------------|----------------------|----------|
| 1. 普段からしている | 2. していないが、興味や必要性を感じる | 3. していない |
|-------------|----------------------|----------|

問9 現在、主な介護者の方が行っている介護などはどれですか。(〇はいくつでも)

【身体介護】

国オプショ項目

- | | | |
|--------------------------|--------------------|-----------------|
| 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・歯磨きなど） | |
| 6. 衣服の着脱 | 7. 屋内での移乗・移動 | 8. 外出の付き添い・送迎など |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 | |
| 11. 医療面での対応（経管栄養・ストーマなど） | | |

【生活援助】

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備（調理など） | 13. その他の家事（掃除・洗濯・買い物など） |
| 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

問10 現在の生活を今後も続けていくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護などはどれですか。

(〇は3つまで) (現在行っているかどうかは問いません。)

国必須項目

【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・歯磨きなど） | |
| 6. 衣服の着脱 | 7. 屋内での移乗・移動 | 8. 外出の付き添い・送迎など |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 | |
| 11. 医療面での対応（経管栄養・ストーマなど） | | |

【生活援助】

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備（調理など） | 13. その他の家事（掃除・洗濯・買い物など） |
| 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

問 11 ご家族や親族の方で、ご本人（要介護者）の介護のために、過去 1 年の間に仕事※を辞めた方・転職された方はありますか。（○はいくつでも）（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。）

国必須項目

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仕事を辞めた・転職した場合も含みます。

問 12 主な介護者の方の現在の勤務形態はどれに該当しますか。（○は 1 つ）

国必須項目

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

問 14 へ

※「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」などの方を含みます。自営業・フリーランスなどの場合も、就労時間・日数などから「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。

問 13 **【問 12 で「1.」または「2.」と答えた方にお伺いします。】**

問 13-1 主な介護者の方は、介護をするにあたって、働き方について調整などを行っていますか。

国必須項目

（○はいくつでも）

1. 特に調整していない
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・中抜けなど）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇など）」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

問 13-2 主な介護者の方にとって、仕事と介護の両立に効果があると思う勤め先からの支援はどれですか。(○は3つまで)

国オプション項目

1. 自営業・フリーランスなどのため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇などの制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワーク※など）
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他（ ）
10. 特にない
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

※「テレワーク」とは、勤労形態の一種で情報通信機器などを活用し時間や場所の制約を受けずに、柔軟に働くことができる形態のことをいいます。

問 13-3 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。(○は1つ)

国必須項目

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

問 14 主な介護者の方は、介護について誰かに相談していますか。(○はいくつでも)

市独自項目

1. 家族・親族
2. 友人・知人
3. 本人（要介護者）
4. ケアマネジャー
5. 介護サービス事業者
6. 地域包括支援センター
7. 市役所
8. 保健所
9. 医師
10. 病院の医療ソーシャルワーカー
11. 民生委員
12. 近所の人・ボランティアの人など
13. 勤務先
14. その他（ ）
15. 誰にも相談していない
16. わからない

問 15 あなたは愛西市に関する情報をどのような方法で取得していますか。(〇はいくつでも)

1. 広報あいさい
2. テレビ・ラジオ
3. 愛西市のホームページ
4. 愛西市の公式SNS※(ライン・X(旧ツイッター)・フェイスブック)
5. 近所の人・知人
6. 家族・親族
7. その他()
8. 情報を取得していない

市独自項目

※SNSとは、ソーシャル・ネットワーキング・サービスの略で、スマートフォンやパソコンを使ったインターネット上の交流サービスのことです。

問 16 主な介護者の方が介護を続けていくうえで困ることや不安に感じることはどれですか。

(〇はいくつでも)

1. 介護の方法について
2. いつまで介護が続くのかわからないこと
3. 子育てをしながら介護をすること
4. 買い物など、日常生活に必要な外出ができないこと
5. 仕事と介護を両立すること
6. 経済的なゆとりがなく、介護保険サービスを利用できないこと
7. 介護をするために収入が減少し、経済的に苦しいこと
8. 休む暇がなく、身体的な負担が大きいこと
9. 介護によるストレスを解消できないこと
10. 心にゆとりがなく、要介護者に辛くあたってしまうこと
11. 自分が病気などのとき、介護を代わってくれる人がいないこと
12. 地域の人との交流が少なく、頼れる人がいないこと
13. 介護について相談する相手がいないこと
14. 要介護者が2人以上いること
15. 本人(要介護者)が介護保険サービスを利用したがないこと
16. 災害時における避難や避難先での生活について
17. その他()
18. 特に困ることや不安に感じることはない

市独自項目

(○はいくつでも)

市独自項目

1. 在宅介護サービス（ホームヘルプサービス・デイサービス等）の充実
2. 住宅改修に対する支援の充実
3. 地域包括支援センターなど、相談に対応するための窓口の充実
4. 介護者教室や福祉講演会の充実
5. 地域における見守り体制の強化
6. 最期まで自宅で看取ることができる体制の充実
7. 悩みや不安を共有できる、介護者同士の集いの場の充実
8. 介護者の心身をリフレッシュするための、ショートステイや訪問介護等による介護者支援（レスパイトケア）の充実
9. 医療と介護の連携強化
10. 施設サービス（特別養護老人ホーム・老人保健施設等）の充実
11. 経済的な支援
12. その他（ ）
13. わからない
14. 希望することは特にない

市獨自項目

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 認知症になると、暴言・暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう
6. その他（ ）
7. わからない

問 19 令和6年、国は「認知症施策推進基本計画」において「新しい認知症観※」を示しました。愛西市は、認知症になっても住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるまちだと思いますか。（1つに○）

★新規★
市独自項目

1. 思う 2. どちらかといえば思う 3. あまり思わない
4. 思わない 5. わからない

※「新しい認知症観」とは、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方です。

問20 将来、ご本人（要介護者）が終末期を過ごす際に希望する療養場所はどこですか。（○は1つ）

1. ご本人（要介護者）の自宅
2. 子どもや親族の家
3. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅など
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設
5. 病院・有床診療所
6. ホスピスなどの緩和ケア施設※
7. その他（ ）
8. わからない

市独自項目

問22^

※「緩和ケア施設」とは、末期がんなどによる痛みを主体とした不快な症状や、不安に苦しむ患者の身体の諸症状を和らげ、平穏な心を取り戻すために援助し、本来のその人らしさを発揮して生命を全うすることを目的とする施設です。

問 21 【問 20 で「1.」または「2.」と答えた方にお伺いします。】

市独自項目

問 21-1 終末期の在宅療養介護などで不安に感じることはどれですか。(〇はいくつでも)

1. 在宅での看取り診療
2. 痛みのコントロール
3. 精神面を支える負担
4. 介護の負担
5. 経済的な負担
6. 緊急時の対応
7. 死亡後の手続きや費用
8. 相談相手
9. その他（ ）

(Oはいくつでも)

- ### 市独自項目

市独自項目

- 問 23 【問 22 で「3. 」または「4. 」と答えた方にお伺いします】

市独自項目

1. サービスの内容（回数・日時）が希望と違う
2. 他事業所のサービスを使いたい
3. 利用料負担への配慮が不足している
4. ケアプランの説明が不十分である
5. ケアプランの内容がサービス事業者と共有されていない
6. ケアプラン作成にあたって、本人や家族の参加がない
7. ケアプランの見直しが不十分である
8. その他（ ）

★新規★

市独自項目

1. 対策している

2. 対策していない

3. 持ち家ではない

★新規★

市獨自項目

どのような対策をしていますか。(〇はいいくつでも)

1. 親族等の住まいとする

2. 親族等が定期的に利用及び管理をする

3. 売却・譲渡する

4. その他 ()

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

●月●日（●）までに同封の返信用封筒に入れ、郵便ポストへご投函ください。