

凡例 国から提示された項目
新たに追加した項目
前回の調査項目にあつて追加した項目
一般高齢者調査票から追加した項目

検討事項

資料 2 - 3

長久手市 高齢者福祉・介護保険事業に関するニーズ調査

調査へのご協力をお願い

(あいさつ文)

平成29年1月

長久手市長 吉 田 一 平

☆記入上のお願い

☆調査についてのお問い合わせ

長久手市 福祉部 長寿課 介護保険係

電話：0561-56-0613 ファックス：0561-63-2940

○ 調査票を記入されたのはどなたですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. 調査対象者(あて名の方)ご本人 | 2. 主な介護者となっているご家族・ご親族 |
| 3. 主な介護者以外のご家族・ご親族 | 4. ケアマネジャー |
| 5. その他 | |

あなたのご家族や生活状況などのことについてお聞きます

問1 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つだけ)

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

問1-1 日中、一人になることがありますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問1-2 <問1で「3. その他」と答えた方のみ>同居されている人はどなたですか。(人数を記入して、あてはまるものすべてに○)

人

- | | | | |
|-------------|----------|-----------|----------|
| 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() | |

問2 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(○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. 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. 腎疾患(透析) | 10. 視覚・聴覚障がい |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() |
| 15. 不明 | |

認定情報とつながるので不要?

問3 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。(○は1つだけ)

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

問4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(○は1つだけ)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 1. 持家(一戸建て) | 2. 持家(集合住宅) | 3. 公営賃貸住宅 |
| 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) | 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6. 借家 |
| 7. その他 | | |

介護者についてお聞きします

問5 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) (○は1つだけ)

1. ない  次ページの問6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

問5-1 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つだけ)

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

問5-2 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つだけ)

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

問5-3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つだけ)

- | | | | | |
|----------|--------|----------|----------|--------|
| 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5-4 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。

(○はいくつでも)

<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 |
|------------|-----------|

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

問9 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。申込みをしている方は、入所待機施設の番号に○をつけて、申し込んでいる施設の数と待機期間を記入してください。

1. すでに入所・入居申込みをしている

＜入所待機施設＞	申込み箇所数	待機期間（最長のもの）
1. 特別養護老人ホーム	か所	年 か月
2. 老人保健施設	か所	年 か月
3. グループホーム	か所	年 か月
4. 有料老人ホーム	か所	年 か月
5. その他 ()	か所	年 か月

2. 入所・入居を検討している

3. 入所・入居は検討していない → 問10へ

問9-1 ＜「1.」または「2.」と答えた方のみ＞ 入りたい時期はいつですか。
(○は1つだけ)

1. 今すぐ 2. 6か月以内
3. 1年以内 4. 当面は希望しないが、とりあえず申し込んでいる（検討している）

問9-2 ＜「1.」または「2.」と答えた方のみ＞ 入所・入居の申込みをしている（検討している）理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 自宅で介護できる家族がいらないから 2. 24時間の介護が必要だから
3. 家族の介護負担が大きいから 4. 家族に面倒をかけたくないから
5. 同じような境遇の人と一緒に、安心して暮らせるから
6. 住居の都合（段差がある、手すりがない等）で生活が困難だから
7. 専門的な介護（医療、認知症等）が必要だから
8. その他（ ）

※「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。

問10 ＜問9で「3.」と答えた方のみ＞ 入所・入居を考えていない理由は何ですか。
(○はいくつでも)

1. 家族の介護を受けるから 2. 施設を利用するほどの状態ではないから
3. 利用料を支払うのが困難だから 4. どんな施設に入ったらよいかわからないから
5. 施設に入ることには抵抗があるから 6. 家族や身内などに理解が得られないから
7. 申し込んでも（入所待ちの方が多く）入ることができるかわからないから
8. その他（ ）

問11 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。（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 | ） |

問12 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。

（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。

毎日の生活についてお聞きします

問13 自分で食事の用意をしていますか。

1. できるし、している
↓
2. できるけどしていない
↓
3. できない

問13-1 食事の用意をする人は主にどなたですか。（〇は1つだけ）

- | | | |
|--------------------|-----------------------|----------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. 隣人や知人 |
| 4. 自分で調理済みのものを購入する | 5. 誰かに調理済みのものを購入してもらう | |
| 7. 外食する | 8. 配食サービスを利用 | 9. その他（ |

問14 あなたは、自分で調理ができますか

1. 自分で調理ができる
2. ご飯を炊く、湯を沸かす、電子レンジで温める、などの簡単な調理はできる
3. まったくできない
4. 機会がない（5. わからない）

問15 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(○は1つだけ)

1. できるし、している → 問15-2へ

2. できるけどしていない

3. できない

問15-1 食品・日用品の買い物をする人は主にどなたですか。(○は1つだけ)

1. 同居の家族

2. 別居の家族

3. 隣人や知人

4. 配達を依頼

5. その他 ()

問15-2 食品・日用品の買い物を主にどこでしていますか。(○はいくつでも)

1. 近所のスーパーマーケット

2. ドラッグストア

3. 大型ショッピングセンター(アピタなど)

4. コンビニエンスストア

5. 宅配サービス(インターネット、生協など)

6. その他 ()

問16 趣味はありますか。(○は1つだけ)

1. 趣味あり → ()

2. 思いつかない

問17 生きがいがありますか。(○は1つだけ)

1. 生きがいあり → ()

2. 思いつかない

医療についてお聞きます

問18 ご本人(調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。(○はいくつでも)

1. 脳血管疾患(脳卒中)

2. 心疾患(心臓病)

3. 悪性新生物(がん)

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)

7. 膠原病(関節リウマチ含む)

8. 変形性関節疾患

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

13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)

14. その他 ()

15. なし

16. わからない

問19 現在、訪問診療を利用していますか。(○は1つだけ)

1. 利用している

2. 利用していない

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

将来の生活の希望についてお聞きします

問20 これからの介護について、どのようにしたいとお考えですか。(○は1つだけ)

- 
1. 自宅で、家族に介護をしてもらいたい
 2. 自宅で、介護サービス等を利用しながら介護をしてもらいたい
 3. 特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の施設に入りたい
 4. 費用が高くて、環境や設備の良い有料老人ホーム等で介護を受けたい
 5. 病院に入院したい
 6. その他（
 7. 特にない

問20-1 最期まで自宅で過ごしたいと思いますか。(○は1つだけ)

1. 自宅で生活したい
2. 自宅で過ごしたいが、現実には無理だと思う
3. 自宅では過ごしたくない
4. その他（

問20-2 どんな条件であれば、自宅で過ごしたいですか。(○は1つだけ)

1. 家族に介護などの手間がかからないこと
2. 医師や看護師がすぐに来てくれること
3. 在宅サービスが十分に受けられること
4. その他（

問21 長久手市では、住まい・医療・介護・予防・生活支援が、地域で一体的に提供できる連携体制（地域包括ケアシステム）づくりを進めています。住み慣れた地域で暮らし続けるために最も充実すべきことは何だと思いますか。(○は1つだけ)

1. 在宅医療を充実する（医師や看護師の訪問体制の整備）
2. 介護サービスを充実する（訪問介護など在宅サービスや24時間対応のサービスの充実）
3. 医療と介護の連携を強化する
4. 介護予防の推進（介護が必要な状態とならないための取組や自立を支援する介護の推進）
5. 生活支援の充実（見守り・配食・買い物など生活支援サービスの充実と権利擁護の確立）
6. 住まいの整備（高齢期・要介護状態になっても住み続けることのできる住まいの整備）
7. その他（

地域での活動やたすけあいについてお聞きします

問22 あなたは、自分の近隣に住んでいる人のことを知っていますか

1. よく知っている
2. まあまあ知っている
3. あまり知らない
4. ほとんど知らない
5. まったく知らない

問23 あなたは、隣近所とどの程度おつきあいがありますか

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. ほとんど毎日のように行き来している | 2. ときどき行き来している |
| 3. あいさつをかわす程度 | 4. ほとんどない |

問24 あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします。(○はいくつでも)

①あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 | 7. その他 | 8. そのような人はいない |

②反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 | 7. その他 | 8. そのような人はいない |

③あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 | 7. その他 | 8. そのような人はいない |

④反対に、看病や世話をしてあげる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| 5. 近隣 | 6. 友人 | 7. その他 | 8. そのような人はいない |

問25 友人関係についておうかがいします。

①友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(○は1つだけ)

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

②この1ヶ月間、何人の友人・知人と会いましたか。(○は1つだけ)

※同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

- | | | |
|------------|----------|---------|
| 1. 0人（いない） | 2. 1～2人 | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人 | 5. 10人以上 | |

③よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ |
| 3. 学生時代の友人 | 4. 仕事での同僚・元同僚 |
| 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他 | 8. いない |

◆ここからは、主な介護者の方（あて名の方を介護している方）におうかがいします。（主な介護者がおられない場合には、あて名の方ご本人またはご家族の方等がご記入ください。）

問26 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。（○は1つだけ）

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24へ**
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。

問26-1 主な介護者の方は、介護するにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。（○はいくつでも）

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

問26-2 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。（○は3つまで）

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇など制度の充実
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提供
7. 介護に関する相談窓口・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

重要項目

問26-3 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つだけ）

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. 続けるのは、やや難しい 4. 続けるのはかなり難しい
5. 主な介護者に確認しないと、わからない

重要項目

問27 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に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）。（○は3つまで）

＜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、特でない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問28 主な介護者の方の健康状態について、ご回答ください。(○は1つだけ)

1. 健康である 2. どちらかといえば健康である 3. ふつう
4. どちらかといえば健康でない 5. 健康でない

問29 主な介護者の方の1日あたりの介護に要する時間について、ご回答ください。

(○は1つだけ)

1. ほとんど終日 2. 半日程度 3. 2～3時間程度
4. 必要なときに手を貸す程度 5. その他（ ）

問30 主な介護者の方が、介護するうえで困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

1. もっと介護サービスを利用させたくても本人が受けたがらない
2. 利用できる介護サービスの量が不足している
3. 精神的な負担が大きい
4. 体力的な負担が大きい
5. 経済的な負担が大きい
6. 介助・介護の方法や医療器具の使い方などがわからない
7. 自分の時間が持てない
8. その他（ ）
9. 特にない

問31

(○はいくつでも)

1. 家族、親族
2. 友人
3. ボランティア、近隣の人
4. 民生委員
5. ケアマネジャー
6. 介護サービス事業所の職員（ケアマネジャーを除く）
7. 国民健康保険団体連合会
8. 市役所（介護保険担当課）
9. 保健師
10. 地域包括支援センター
11. 病院や診療所の医師
12. その他（ ）
13. 相談相手はいない
14. 相談先がわからない

問32

1. 身近な相談窓口
2. 介護者同士の交流会
3. 介護教室・講習会の開催
4. 介護にかかる費用の軽減
5. 地域住民による見守り
6. リフレッシュできる機会や場所
7. 特にな
8. その他（ ）

■長久手市の高齢者施策や介護保険事業に関して、ご意見がありましたら、自由にお書きください。

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。