

高齢者福祉に関するアンケート調査

《要介護認定者の方へ》

調査協力をお願い

皆様には、日頃から高齢者福祉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。

さて、豊川市では、高齢者の方々が健康で安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「豊川市高齢者福祉計画」を策定するにあたり、皆様の生活実態や福祉ニーズの把握のために、アンケート調査を実施することになりました。

この調査票は、平成28年12月1日現在で豊川市内にお住まいの要介護認定を受けている方から無作為に抽出した800人の方に送付しています。抽出時点以降に転出等された方についても送付されてしまう場合もありますが、その場合は大変申し訳ありませんが調査票を破棄していただきますようお願いいたします。

なお、お答えいただいた内容は、統計処理にのみ利用し、秘密の保持には万全を期していますので、アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

平成29年1月 豊川市

ご記入後、お手数ですがこのアンケートを同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

2月8日（水）までに

郵便ポストへご投函ください。

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

豊川市 福祉部 介護高齢課

電話：0533-89-2105（直通） FAX：0533-89-2137

ご記入にあたってのお願い

1. この調査は、要介護者ご本人及び主な介護者の方についてお答えいただくアンケートです。各設問には、平成29年1月1日の状況でご回答ください。
2. 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。
3. 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、ことわり書きや矢印がある場合は指示に従い、次へお進みください。

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。(○はいくつでも)

1. あて名のご本人(要介護者)
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. 担当ケアマネジャー
5. その他()

I ご本人(要介護者)の状況について

問2 世帯類型はどれに該当しますか。(○は1つ)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他()

問3 ご本人(要介護者)の性別はどちらですか。(○は1つ)

1. 男性
2. 女性

問4 平成29年1月1日現在、ご本人(要介護者)の年齢はどれに該当しますか。(○は1つ)

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

問5 ご本人（要介護者）のお住まいの地区（中学校区）は、どこですか。（○は1つ）

1. 東部中学校区
2. 南部中学校区
3. 中部中学校区
4. 西部中学校区
5. 代田中学校区
6. 金屋中学校区
7. 一宮中学校区
8. 音羽中学校区
9. 御津中学校区
10. 小坂井中学校区
11. 分からない

↓ お住まいの地区が分からない方は、町名または郵便番号をご記入ください

問6 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じますか。（○は1つ）

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 ご本人（要介護者）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
8. わからない

問8 現時点において、施設等^{*}への入所・入居を検討されていますか。（○は1つ）

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9 ご本人（要介護者）が、現在抱えている傷病名を教えてください。（○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10 平成28年12月の1か月間に、(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ていますか。(○は1つ)

1. 利用した ⇒ 問10-1へ

2. 利用していない ⇒ 問10-2へ

問10-1 介護保険サービスを「利用した」方にお伺いします。

平成28年12月の1か月間に、以下の介護保険サービスをどの程度利用しましたか。
(利用がなかったサービスについては「利用していない」を選んでください。)

	1週間あたりの利用回数(各サービス、○は1つ)					
	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
(1) 訪問介護(ホームヘルプサービス)	1	2	3	4	5	6
(2) 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
(3) 訪問看護	1	2	3	4	5	6
(4) 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
(5) 通所介護(デイサービス)	1	2	3	4	5	6
(6) 通所リハビリテーション(デイケア)	1	2	3	4	5	6
(7) 夜間対応型訪問介護 ※訪問のあった回数を回答	1	2	3	4	5	6

	利用の有無(○は1つ)	
	利用していない	利用した
(8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2
(9) 小規模多機能型居宅介護	1	2
(10) 看護小規模多機能型居宅介護	1	2

	1か月あたりの利用日数(○は1つ)				
	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	1	2	3	4	5

	1か月あたりの利用回数(○は1つ)				
	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	1	2	3	4	5

問 10-2 介護保険サービスを「利用していない」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)

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 11 現在、「介護保険サービス以外」の支援・サービスは、何を利用していますか。
(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 在宅生活を今後も続けていくためには、どの支援・サービス※（現在利用中を含む）が必要だと思えますか。(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. 特にない | |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスに関わらずお答えください。

問2 在宅で介護をする家族には、どのような支援や理解が必要だと思いますか。

【これまで、介護の経験がない方は、想像で構いません。】(○はいくつでも)

1. 介護方法の情報提供
2. 介護に対する地域の理解
3. 介護に対する職場の理解
4. 介護と医療の円滑な連携
5. 経済的負担軽減への支援
6. 介護サービス(ショートステイ等)利用による、身体的負担軽減への支援
7. 悩みごとを相談できる場所など、精神的負担軽減への支援
8. その他()

問3 あなたは、今後の高齢者介護のあり方として、どれが望ましいと思いますか。

(○は1つ)

1. 自宅で、家族による介護
2. 自宅で、家族による介護を中心に、必要に応じて介護サービスを利用する介護
3. 自宅で、介護サービスを中心に、できることは家族とする介護
4. 施設等に入所し、専門の職員による介護
5. その他()

IV 高齢者福祉の認識について

問1 高齢者福祉の認識に関する事柄についてお伺いします。

①~⑨それぞれに回答してください。(○はそれぞれ1つ)

① 高齢者介護に関心がありますか	1. はい	2. いいえ
② 家族を介護することについて抵抗がありますか	1. はい	2. いいえ
③ 家族に介護されることについて抵抗がありますか	1. はい	2. いいえ
④ 市の介護予防の取り組みを知っていますか	1. はい	2. いいえ
⑤ お住まいの地域は近所づきあいが活発ですか	1. はい	2. いいえ
⑥ お住まいの地域は地域活動や行事が活発ですか	1. はい	2. いいえ
⑦ お住まいの地域は介護保険サービスが充実していますか	1. はい	2. いいえ
⑧ お住まいの地域は介護や福祉に関する相談窓口が充実していますか	1. はい	2. いいえ
⑨ お住まいの地域は介護や福祉の情報が手に入りやすいですか	1. はい	2. いいえ

**問7 あなたは、介護・福祉・医療に関する知識や情報をどこから得ることが多いですか。
(○は3つまで)**

- | | | |
|---------------------------|------------|--------------|
| 1. 家族 | 2. 友人・知人 | 3. 近所の人 |
| 4. 所属しているサークルや団体 | | 5. 民生委員・福祉委員 |
| 6. 広報紙 | 7. テレビ・ラジオ | 8. インターネット |
| 9. 新聞や雑誌 | 10. 勤務先 | 11. 病院・医院 |
| 12. 高齢者相談センター（地域包括支援センター） | | 13. 市役所の窓口 |
| 14. 介護サービス事業者 | 15. その他（ | ） |

V 今後の高齢者福祉について

**問1 市では、次のような高齢者福祉サービスを行っています。将来、必要性が高まると
思われるものはどれですか。(○はいくつでも)**

1. 食の確保や安否確認のための配食サービス
2. ひとり暮らし高齢者にガスもれ警報装置の設置
3. 緊急時に通報できるシステムの設置
4. 寝具洗濯サービス
5. 災害時要援護者支援制度への登録
6. 日常生活用具（自動消火器や電磁調理器等）の給付
7. ホームヘルパーの派遣
8. 介護用品券の支給（おむつ、尿取りパッド等）
9. 訪問理美容サービス
10. 徘徊高齢者所在検索サービス※
11. 高齢者の生活に関する総合相談
12. 認知症に関する総合相談
13. 外出支援（バス乗車券助成）
14. その他（

※「徘徊高齢者所在検索サービス」とは、徘徊の可能性のある認知症高齢者に、あらかじめ携帯用端末機をお持ちいただき、居場所がわからなくなった場合に、位置発見システムを利用して所在を検索し、家族等に情報を提供するサービスのことをいいます。

問2 あなたが、豊川市がまだ実施していない以下の施策について、必要性が高いと思うものはどれですか。(〇は3つまで)

1. 高齢者の居場所づくり（宅老所^{※①}、ミニデイサービス^{※②}等）
2. 外出支援（タクシー料金助成等）
3. 介護認定を受けていない高齢者への住宅改修費の助成
4. 介護認定者への住宅改修費限度額の上乗せ
5. 高齢者用の住まいの整備（共同住宅、低所得者用住宅等）
6. 高齢者見守りボランティア
7. 高齢者移動支援ボランティア
8. その他（）

※①「宅老所」とは、日中の通いや短期の宿泊サービスなどを提供する小規模な民間施設サービスのことをいいます。
※②「ミニデイサービス」とは、身近な地域で気軽に一緒に楽しめるように、体を動かすレクリエーションや趣味の活動を一緒に行うサービスのことをいいます。

問3 あなたは、高齢期を住み慣れた地域で最後まで過ごすために、どのような施策を望みますか。(〇は3つまで)

1. 健康づくりの普及
2. さまざまな学習機会の提供
3. 知識や経験を活かした就労や起業の支援
4. 介護・福祉・医療情報の提供
5. 家事援助や配食などの生活支援
6. 安全な住まいづくりの相談・支援
7. 困ったとき、気軽に相談できる窓口の設置
8. 定期的な高齢者に対する見守り
9. 趣味や社会活動などの生きがい対策
10. 24時間対応の介護・医療サービスの提供
11. その他（）
12. 特にない

問4 高齢者福祉についてご意見・ご要望、日常のお困りごと・ご不安なこと等がありましたら、ご自由に記入してください。

----- ----- -----

※ここからは、「主な介護者」の方がご回答ください。「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、ご本人（要介護者）が記入されるか、無回答で結構です。

VI 主な介護者等の状況（属性等）について

問1 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。）

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2 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。（○は1つ）

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

問3 主な介護者の方の性別はどちらですか。（○は1つ）

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

問4 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20～29歳 | 3. 30～39歳 |
| 4. 40～49歳 | 5. 50～59歳 | 6. 60～69歳 |
| 7. 70～79歳 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問5 現在、主な介護者の方が行っている介護等はどれですか。(○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. 屋内での移乗・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

問6 (在宅生活を送る要介護者を介護している)現在の生活を今後も続けていくためには、主な介護者の方が不安に感じる介護等はどれですか。(○は3つまで)
(現在行っているかどうかは問いません。)

〔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. 屋内での移乗・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. わからない

問7 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)

1. フルタイムで働いている ⇒ 問7-1~3へ

2. パートタイム*で働いている ⇒ 問7-1~3へ

3. 働いていない ⇒ 調査終了

4. わからない ⇒ 調査終了

※「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。

「3. 働いていない」「4. わからない」と答えた方は、これで調査は終了です。

※なお、主な介護者の方が「働いている」方は、引き続きお答えください。

問7-1 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。
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きますか。
(○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. わからない

問7-2 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。
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)

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・介護休暇等の制度の充実
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

