

清須市 高齢者介護に関する調査

～ 調査ご協力のお願い～

市民のみなさまには、日頃より市政にご協力をいただき、ありがとうございます。

清須市では、令和5年度に高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを予定しております。この調査は、その計画を策定するために、みなさまのご意見やご要望をお聞きするための大切な調査です。

調査にあたり、清須市にお住まいの65歳以上の方のうち、令和4年9月末現在で要介護認定を受けている方の中から無作為に選ばせていただきました。

お答えいただいた内容は、この事業の統計としてのみ利用させていただきます。実情に基づいてご回答いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年12月

清須市長 永田 純夫

<ご記入にあたっての注意事項>

- 1 この調査は、令和4年9月末日現在、本市に居住の要支援・要介護認定を受け、在宅で暮らしている方の中から無作為に抽出した1,500名を対象にお願いしています。
- 2 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいて構いません。
- 3 選択肢がある場合は、あてはまる番号を○印で囲んでください。
その他の場合は、具体的な内容を記述してください。
- 4 本調査で得られた情報の活用目的は以下の通りですので、ご確認ください。
 - ・ 本調査で得られた情報につきましては、清須市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、清須市で適切に管理いたします。
 - ・ この調査の分析にあたって、要介護認定データを、本市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とさせていただくことがあります。
- 5 アンケート用紙は、ご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、令和4年12月26日(月)までに投函してください(切手不要)。
- 6 回答に際してご不明な点や、この調査についてのお問合せは下記へお願ひいたします。

清須市 健康福祉部 高齢福祉課

TEL:052-400-2911

E-mail : koreifukushi@city.kiyosu.lg.jp

調査票対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。（○はいくつでも）

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 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（ <input type="text"/> ） |

問2 家族構成について、ご回答ください。（○は1つ）

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

問3 本人の性別について、ご回答ください。（○は1つ）

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

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください。（○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 ご本人の要介護度について、ご回答ください。（○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6 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。（○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、介護医療院、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7 ご本人（認定調査対象者）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. 膜原病（関節リウマチ含む） | 8. 变形性関節疾患 |
| 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（ <input type="text"/> ） | 15. なし |
| 16. わからない | |

問8 令和4年●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～問8-2へ
2. 利用していない		問8-3へ

問8で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。

問8-1 以下の介護保険サービスについて、令和4年●月の1か月の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らない場合は、「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○）

項目	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

項目	利用の有無(1つに○)	
	1. 利用していない	2. 利用した
H. 定期巡回・隨時対応型 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

項目	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日	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

項目	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

問8－2 現在利用している介護保険サービスの利用回数について、どのようにお考えですか。

(○は1つ)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. 大幅に利用回数を増やしたい | 2. もう少し利用回数を増やしたい |
| 3. 現在の利用回数で十分である | 4. もう少し利用回数を減らしたい |
| 5. 大幅に利用回数を減らしたい | 6. その他() |

問8で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

問8－3 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・購入のみは利用している |
| 8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からぬ |
| 9. その他() |

ここから再び、すべての方にお伺いします。

問9 今後、新たに利用したいと思う介護保険サービスはありますか。 (○は3つまで)

- | | |
|-----------------------------------|-----------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 2. 訪問入浴介護 |
| 3. 訪問リハビリテーション | 4. 訪問看護 |
| 5. 居宅療養管理指導 | 6. 通所介護（デイサービス） |
| 7. 通所リハビリテーション（デイケア） | |
| 8. 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ） | |
| 9. 福祉用具貸与・購入費支給 | |
| 10. 住宅改修費支給 | |
| 11. 介護老人福祉施設（特養）やグループホームなどの介護保険施設 | |
| 12. 特にない（今までどおりでよい） | |

問10 現在、利用している、「高齢者福祉サービス」の支援・サービスについて、ご回答ください。

(○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11 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。（○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・サービスともに含みます。

問12 ご本人（本調査対象者）は、現在、訪問診療（医療保険）を利用していますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------|------------|
| 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（介護保険）は含みません。

問13 介護保険制度をはじめ、介護にかかわるこれからの施策のあり方について、特に力を入れてほしいことは何ですか。（○は3つまで）

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. 要介護認定のための訪問調査の内容や方法の質の向上 | |
| 2. 選択できるサービス提供事業者の充実 | |
| 3. 介護保険制度の対象とならない市独自のサービスの提供 | |
| 4. サービス利用にあたって重要な役割を担うケアマネジャーの質の向上 | |
| 5. サービス提供事業者の質を高めるための指導の充実 | |
| 6. ケアマネジャーやサービス提供事業者に関する情報提供の充実 | |
| 7. 苦情相談窓口の充実 | |
| 8. 介護保険制度の仕組みや利用方法に関する情報提供の充実 | |
| 9. 認知症の高齢者などの権利を守るために制度の充実 | |
| 10. 低所得者の負担軽減に配慮した所得段階の見直しなど保険料設定の充実 | |
| 11. 介護予防や要介護の進行防止のための健康づくり事業・保健事業の充実 | |
| 12. 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実 | |
| 13. 介護している家族向けの健康づくりのための教室や相談 | |
| 14. その他（
） | |

問14 あなたは、成年後見制度を知っていますか。（○は1つ）

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. よく知っている | 2. だいたいの内容は知っている |
| 3. 名前は知っているが内容は知らない | 4. 全く知らない |

※成年後見制度とは

認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力の不十分な方は、不動産や預貯金などの財産の管理や介護に必要なサービスの契約を行うことが難しくなっています。そこで、家庭裁判所によって選ばれた成年後見人が本人に代わって財産の管理や必要な契約を行い、判断能力の不十分な方を保護、支援する制度です。

問15 成年後見制度は、今後必要な制度だと思いますか。（○は1つ）

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

問16 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. 事業内容まで知っている | 2. 名前だけは知っている |
| 3. 知らない | |

問17 あなたは、地域包括支援センターを利用したことがありますか。 (○は1つ)

- | | | | | | |
|--------------|--|-------------|-------------|--|------|
| 1. 利用したことがある | | 問17-1～17-2へ | 2. 利用したことない | | 問18へ |
|--------------|--|-------------|-------------|--|------|

問17で「1. 利用したことがある」とお答えの方にお聞きします。

問17-1 地域包括支援センターの印象はいかがでしたか。 (○は1つ)

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. 利用しやすかった | 2. 距離的に遠いと感じた |
| 3. 気軽に相談できる雰囲気ではなかった | |
| 4. 担当者の対応があまり良くなかった | |
| 5. その他（
） | |

問17で「1. 利用したことがある」とお答えの方にお聞きします。

問17-2 今後、地域包括支援センターに特に力を入れてほしい事業は何ですか。 (○は3つまで)

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 事業内容の周知 | 2. 高齢者宅への訪問等による実態調査 |
| 3. 高齢者の一般的な相談 | 4. 認知症の相談 |
| 5. 病院や施設の入退院（所）に関する相談 | |
| 6. 出前講座等による介護予防講座への参加 | |
| 7. 介護予防のためのケアプランの作成 | 8. 高齢者虐待、消費者被害の防止 |
| 9. 成年後見制度の周知と利用 | 10. 介護支援専門員への指導・助言 |
| 11. 地域における様々な関係者とのネットワークづくり | |
| 12. その他（
） | 13. 特にない |

問18 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)

- | | | |
|----------------------------|--|---------|
| 1. ない | | 調査は終了です |
| | | |
| 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 | | |
- 
- 問19へ

- 問18で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問19以降のご回答・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(本調査対象者様)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)。

主な介護者の方に、お伺いします

問19 ご家族やご親族の中で、ご本人（本調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年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）。（○はいくつでも）

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。

問20 主な介護者の方は、ご本人（本調査対象者）から見てどなたですか。（○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21 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（○は1つ）

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

問22 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（○は1つ）

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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23 ご本人への介護を、どのくらい続けていますか。（○は1つ）

- | | | |
|-----------|------------|------------|
| 1. 半年未満 | 2. 半年～1年未満 | 3. 1～3年未満 |
| 4. 3～5年未満 | 5. 5～8年未満 | 6. 8～10年未満 |
| 7. 10年以上 | | |

問24 現在、主な介護者の方が行っている介護の内容について、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・清拭
- 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

問25 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の内容について、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・清拭
- 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、特にない
- 17. 主な介護者に確認しないと、わからない

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）

- 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27～問29へ

→ 調査は終了です

※「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。

ここから先は、問26で「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」と回答した方にお伺いします。

問27 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。

(○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28 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
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

問29 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)

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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。