

# 長岡市高齢者等生活実態調査

長岡市では平成26年度に「長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。この計画見直しの基礎資料とするため「長岡市高齢者等生活実態調査」を実施することになりました。長岡市の高齢者保健福祉政策の方向性や次期（平成27年度から29年度）介護保険料を決める大切な調査です。

この調査票は、介護保険の要介護（要支援）認定を受けており、平成25年5月中に介護保険サービスを利用していない皆様から抽出し、郵送させていただきました。

調査票は無記名となっており、調査結果は「長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しのためだけに活用させていただくもので、調査目的以外に用いることは決してありません。

どうか調査の重要性をご理解いただき、お忙しいところ大変恐縮ですが、調査にご協力くださるようお願いいたします。

平成25年7月 長岡市

## 【記入にあたって】

あて名のご本人（以下、「本人」といいます。）が記入困難な場合は、家族の方等が、本人の立場になって記入してください（問18以降については、主に介護をしている方が記入してください）。

## 【提出について】

同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、8月16日（金曜日）までに返送してくださいようお願いいたします。

●調査票のうち、問1～問17を記入された方はどなたですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。（※問18以降は主に介護をしている方への設問です）

1. 本人が記入
2. 家族が記入（本人から見た続柄\_\_\_\_\_）
3. 家族以外の方が記入（本人から見たご関係\_\_\_\_\_）

<問い合わせ先> 〒940-8501 長岡市大手通1丁目4番地10  
長岡市福祉保健部 福祉総務課  
電 話 (0258) 39-2371 (直通)  
FAX (0258) 39-2256  
電子メール fukushi@city.nagaoka.lg.jp  
(受付時間：平日午前8：30～午後5：15)

## 1 あなたの年齢や世帯構成等について

- 問1 あなたご自身（あて名のご本人）についておたずねします。  
 ( )にご記入、またはあてはまるものに○をつけてください。

(1) 年 齢	満 ( ) 歳 (平成25年3月31日現在)
(2) 性 別	1. 男                      2. 女
(3) 要介護度	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
(4) 居 住 地	平成25年3月31日現在、お住まいの町名をご記入ください。 長岡市 ( ) 例：長岡市 ( 大手通1丁目 ) など
(5) 世帯構成	世帯構成について、あてはまるものに <u>1つだけ</u> に○をつけてください。 1. 一人暮らし 2. 二人以上で暮らしており、全員65歳以上 3. 二人以上で暮らしており、65歳以上と64歳以下がいる 4. 二人以上で暮らしており、全員64歳以下

- 問2 あなたは介護保険について困ったことやわからないことがあるとき、だれに相談していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 家族・親戚 2. 民生委員 3. ケアマネジャー 4. 介護施設や介護事業者 5. 市役所や地域包括支援センターなどの公的窓口 6. 相談する相手がいない 7. 特に困ったことやわからないことはない 8. その他 ( )
--



問5 今後、使いたいと思っているサービスはありますか。あてはまるものに3つまで○をつけてください。

1. 自宅にホームヘルパーなどの専門家が訪問して提供するサービス  
(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションなど)
2. 日帰りで施設に通って介護の提供を受けるサービス  
(通所介護 [デイサービス]、通所リハビリテーション [デイケア]、認知症対応型通所介護 [デイホーム])
3. 短期間、施設に宿泊して介護の提供を受けるサービス (ショートステイ)  
(短期入所生活介護、短期入所療養介護)
4. 日常生活上の自立を助けるための福祉用具の利用  
(福祉用具貸与、福祉用具購入)
5. 手すりの取り付けや段差解消などのための住宅の改修 (住宅改修)
6. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設への入所  
(介護老人福祉施設、介護老人保健施設)
7. 有料老人ホームやケアハウスへの入居 (特定施設入居者生活介護)
8. 定期的な巡回訪問や通報により、居宅で介護や看護の提供を受けるサービス  
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護)
9. 認知症高齢者グループホームへの入居 (認知症対応型共同生活介護)
10. 施設への通いを中心として、泊まり、訪問サービスを組み合わせて、介護や看護の提供を受けるサービス (小規模多機能型居宅介護、複合型サービス)
11. 介護予防に効果のあるサービス
  - ・ 運動器の機能向上 (筋力トレーニングなど)
  - ・ 栄養改善
  - ・ 口腔機能の向上 (お口の体操、口腔ケアなど)
12. その他 ( )

#### 【介護保険サービスの概要】

1. (1) 訪問介護：ホームヘルパーが家庭を訪問して、排せつ、入浴などの介護や日常生活援助などを提供するサービス  
(2) 訪問入浴介護：家庭での入浴が困難な人の自宅を移動入浴車で訪問して、入浴の介助を行うサービス  
(3) 訪問看護：医療機関や訪問看護ステーションから看護師が家庭を訪問し、かかりつけ医の指示により病状観察、床ずれの処置などを行うサービス  
(4) 訪問リハビリテーション：リハビリの専門職が家庭を訪問して、継続的なリハビリを行うサービス
2. (1) 通所介護 (デイサービス)：デイサービスセンターなどの施設に日帰りで通って、食事・入浴・リハビリなどを受けるサービス  
(2) 通所リハビリテーション (デイケア)：介護老人保健施設や病院などに日帰りで通ってリハビリテーションを受けるサービス  
(3) 認知症対応型通所介護 (デイホーム)：認知症の方が、デイサービスセンターなどの施設に日帰りで通って、食事・入浴・リハビリなどを受けるサービス

## 【介護保険サービスの概要（つづき）】

3. (1)短期入所生活介護（ショートステイ）：特別養護老人ホームなどの施設へ短期間入所して、食事・入浴・リハビリなどを受けるサービス  
(2)短期入所療養介護（ショートステイ）：介護老人保健施設や病院などの施設へ短期間入所して、看護・リハビリなどの医療や日常生活上の世話を受けるサービス
4. (1)福祉用具貸与：要介護認定の結果に応じて、歩行器や車いすなどの福祉用具をレンタルできるサービス  
(2)福祉用具購入：腰掛便座や簡易浴槽など指定された福祉用具を購入した場合、費用の9割が支給されるサービス
5. 住宅改修：手すりの取り付けや段差の解消など指定された住宅改修を行った場合、費用の9割が支給されるサービス
6. (1)介護老人福祉施設：常に介護が必要で、自宅での生活が困難な人が入所し、介護を受けながら生活する施設  
(2)介護老人保健施設：病状が安定した人に対するリハビリを目的とした施設で、医学的な管理のもとで、介護や看護を受ける施設
7. 特定施設入居者生活介護：介護保険の指定を受けた有料老人ホームなどで、食事・入浴・リハビリなどのサービスを受けながら暮らせる集合住宅
8. (1)定期巡回・随時対応型訪問介護看護：日中・夜間を通じて定期的な巡回訪問と、緊急時に随時の訪問介護及び訪問看護を行うサービス  
(2)夜間対応型訪問介護：夜間の定期的な巡回訪問と、通報により随時訪問する介護を組み合わせるサービス
9. 認知症対応型共同生活介護：認知症の人が日常生活の介助を受けながら、家庭的な雰囲気の中、9人以下の共同生活を送る住宅
10. (1)小規模多機能型居宅介護：利用登録した事業所で、通いを中心として、訪問、泊まりを組み合わせるサービス  
(2)複合型サービス：主に10(1)小規模多機能型居宅介護と1(3)訪問看護を組み合わせるサービス（今後、長岡市内でも提供が予定されているサービスです）



(2) あなたが、安心して自宅で生活を続けるためには、どのようなサービスが必要ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- |  |
|--|
| 1. 夜間や緊急時にも自宅で介護や看護が受けられること<br>2. 自宅等に医師が訪問して診療してくれること<br>3. 介護施設に通って、食事・入浴・リハビリなどを受けられること<br>4. 普段通っている介護施設などで希望すれば泊まれること<br>5. 自分の希望に応じて外出支援のサービスを受けられること<br>6. 介護者の入院など緊急時にショートステイが利用できること<br>7. 急病等の緊急時に、親族や近隣者などと連絡がとれること<br>8. 手すりの取付けや段差の解消など、住宅改修の費用負担が軽減されること<br>9. 自宅まで食事を届けてもらえること<br>10. その他 ( )<br>11. 特にない |
|--|

(3) 上記(2)において、特に必要だと思うサービスを3つまで番号でお選びください。

--	--	--

⇒ 問11へ

問9 問7で「2」、「3」、「4」のいずれかに回答した方にお聞きします。

(1) 施設への入所(入居)を選択した理由は次のうちどれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- |   |
|---|
| 1. 家族に負担をかけたくないから<br>2. 面倒をみてくれる家族がいないから<br>3. 家族・子どもに期待できない、余裕がないから<br>4. 仲間がいるから、同じ心身状態の人と暮らすことにより一体感が得られるから<br>5. 介護の専門家がいて安心できるから<br>6. 施設の設備が整っているから、自宅がバリアフリーではないから<br>7. 状態がだんだん重くなってきているから<br>8. 在宅サービスが不十分で、自宅での介護が困難であるから<br>9. 在宅では十分な介護を受けることができないと思うから<br>10. ホームヘルパーなど他人が家庭内に入ってくるのが嫌だから<br>11. その他 ( ) |
|---|

(2) あなたは、施設に入所(入居)の申込みをしていますか。どちらか1つに○をつけてください。

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 申込みをしている ⇒ 問10へ | 2. 申込みをしていない ⇒ 問11へ |
|--------------------|---------------------|

問10 問9(2)で「1」と回答した方にお聞きします。

(1) 施設への入所(入居)の申込みはどなたの意思で行いましたか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1. 本人の意思             | 2. 家族の意思       |
| 3. 本人と家族の意思          | 4. ケアマネジャー等の勧め |
| 5. 家族の意思とケアマネジャー等の勧め |                |

(2) 施設への入所(入居)に対する緊急度はどのくらいですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. どこでもよいから、すぐに入所(入居)したい       |
| 2. 気に入った施設・病院が空いたら入所(入居)したい    |
| 3. 将来に備えて申し込んだので、当分入所(入居)は急がない |

⇒ 問11へ

## 4 医療について

問11 健康診断についてお聞きします。

(1) あなたは昨年度、健康診断を受けましたか。どちらか1つに○をつけてください。

- |        |           |
|--------|-----------|
| 1. 受けた | 2. 受けていない |
|--------|-----------|

(2) あなたは健康診断について、どのようにお考えですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- |                         |
|-------------------------|
| 1. 健康診断は積極的に受けたい        |
| 2. 健康診断は病気の発見に有効だ       |
| 3. 健康なので、健康診断は必要ない      |
| 4. 医者によくかかるので、健康診断は必要ない |
| 5. 事前に食事制限があるので負担である    |
| 6. 自分の体の悪い点を指摘されるのは嫌だ   |
| 7. 健康診断は費用が高い           |
| 8. 健康診断は時間がかかる          |
| 9. 健康診断の場所が不便(遠い等)      |
| 10. 交通手段を確保することが難しい     |
| 11. 健康診断の時間帯が不便(平日実施等)  |
| 12. その他 ( )             |



問 12 通院・訪問診療についてお聞きします。

※訪問診療とは、在宅で療養している患者で通院が困難な人に対して、同意を得た上で医師が定期的に訪問して診療を行うことです。一方、往診とは、急に具合が悪くなったり病状が悪化したりしたとき、求めに応じて患者宅に訪問し、診療を行うことです。

(1) あなたは、主にどのような方法で医師・歯科医師の診療を受けていますか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

- |                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| 1. 定期的にまたは必要に応じて通院している    | ⇒ 問 12 (2) (3) へ |
| 2. 必要に応じて医師・歯科医師の往診を受けている | ⇒ 問 12 (3) へ     |
| 3. 定期的に医師・歯科医師の訪問診療を受けている | ⇒ 問 13 へ         |

(2) あなたは、通院についてどのような不便を感じていますか。最もあてはまるものに1つだけ○をつけてください。

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 自宅から病院までの距離が遠い        |
| 2. 病院の待ち時間が長い            |
| 3. 交通手段を確保することが難しい       |
| 4. 家族等に付き添ってもらわないと通院できない |
| 5. 身体への負担が大きい            |
| 6. 特に不便を感じていない           |
| 7. その他 ( )               |

(3) あなたが訪問診療を利用していない理由は何ですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 訪問診療そのものを知らなかったから           |
| 2. 訪問診療を行っている医療機関を知らないから       |
| 3. 訪問診療では、十分な質・内容の診療を受けられないから  |
| 4. 訪問診療では、十分な回数・頻度で診療を受けられないから |
| 5. かかりつけ医や主治医が訪問診療を行っていないから    |
| 6. 通院や往診で十分だから・必要ないから          |
| 7. その他 ( )                     |

⇒ 問 13 へ

## 5 介護保険外サービスについて

問 13 介護保険サービス以外の高齢者福祉サービスについてお聞きします。

(1) 高齢者の在宅生活や介護家族を支える福祉サービスとして、長岡市が実施している事業のうち、必要性が高いと思われるものに3つまで○をつけてください。

1. リフォームヘルパーの派遣（住宅改良に関する相談と助言）
2. 住宅改造費の補助（日常生活を容易にする住宅改造費の一部）
3. 安心連絡システムの利用（緊急通報、健康相談、お元気コールなど）
4. 生活用具の貸与・給付（吸引器、除臭器、電磁調理器、車いすほか）
5. 車いすの貸与（歩行が困難な方に車いすを貸与）
6. 在宅介護者支援金の支給（要支援2～要介護2：月額3,000円、要介護3～要介護5：月額5,000円）
7. やすらぎ支援員の派遣（認知症高齢者家族の外出や休養を支援）
8. はり・きゅう・マッサージ施術費助成券の交付（年4枚、1回1,000円）
9. 高齢者等在宅介護支援短期入所（介護保険の支給限度額を超え、さらに短期入所施設などの利用が必要な場合、年7日まで短期入所が可能）
10. 介護相談員の派遣（介護保険サービスを提供している施設を訪問して、利用者の相談業務を実施）

(2) 高齢者の在宅生活や介護家族を支える福祉サービスとして、社会福祉協議会が実施している事業のうち、利用したいまたは利用しているサービスはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. ボランティア銀行（身の回りの世話を1時間300円で受けられるサービス）
2. 福祉送迎サービス（通院時に利用できる無償の送迎サービス）
3. 小地域ネットワークづくり（一人暮らし高齢者等に対し、地域内の住民によるネットワークを形成し、定期的な訪問などで見守りを行う）
4. ふれあい型食事サービス（地区内の一人暮らし高齢者等に対し、概ね月1回から週1回の範囲で、ボランティアにより定期的に食事サービスを実施）
5. 日常生活自立支援事業（判断能力が十分でない方に、生活支援員が福祉サービスの利用手続きや金銭管理などのお手伝いをするサービス）
6. 特にない



## 7 介護保険制度・高齢者保健福祉施策について

問 15 現行の介護保険制度では、サービス水準が高くなると保険料も高くなる仕組みになっています。サービス水準と保険料の関係について、どのようにお考えですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

1. たとえ保険料が上がっても、サービスを充実させてほしい
2. サービスは現状のままでよいので、保険料は上げないでほしい
3. サービスは現状より劣ってもよいので、保険料を下げしてほしい
4. わからない

問 16 現在の介護保険料は、世帯の課税状況及び所得額に応じて 12 段階が設定されていますが、保険料の段階についてどのようにお考えですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

1. 現在の 12 段階のままでよい
2. 現在よりも段階を増やし、きめ細やかな段階とする
3. 国民健康保険料や後期高齢者医療保険料のように、所得額に応じて一定の割合（料率制）とする
4. その他（ )
5. わからない

問 17 介護保険制度、高齢者保健福祉施策について、あなたのお考えに最も合うものに1つだけ○をつけてください。

1. 住みなれた地域で生活できることが一番と考えるので、在宅介護サービスを充実させることが望ましい
2. 施設や病院の方が安心できるため、施設設備を充実させることが望ましい
3. 介護保険制度だけに頼らず、ボランティアやNPO（公益のために営利を追求しない事業を行う民間団体）の育成に力を入れて、地域で支え合うことのできる体制づくりをしてほしい
4. 高齢者がいつまでも元気でいられるよう、生きがい活動の支援や健康づくりの推進、また、要介護状態になっても悪化しないような介護予防対策に力を入れてほしい
5. 介護保険制度を廃止して、自己の責任に応じて対応すべきである
6. その他（ )

## 8 介護負担について

### ●主に介護をしている方にお聞きします。

問18 あて名のご本人（以下、「本人」といいます。）からみて、あなた（主に介護をしている方）はどのようなご関係ですか。あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

1. 配偶者 2. 子または子の配偶者 3. その他の親族	⇒ 問19へ
4. ホームヘルパー等の介護専門職 5. その他 6. 介護している人はいない	⇒ 以上で終了です

問19 あなた（主に介護をしている方）ご自身についておたずねします。それぞれあてはまるものに1つだけ○をつけてください。

(1) 年 齢	1. 30歳未満      2. 30代      3. 40代 4. 50代      5. 60～64歳      6. 65～69歳 7. 70～74歳      8. 75～79歳      9. 80～84歳 10. 85歳以上      (平成25年3月31日現在)
(2) 性 別	1. 男      2. 女
(3) 要介護度	1. 認定を受けていない      2. 要支援1、2 3. 要介護1、2      4. 要介護3～5
(4) 居 住	1. 本人と同居している 2. 本人と別居しており、15分未満で行き来ができる範囲である 3. 本人と別居しており、行き来に15分以上かかる
(5) 本人に対する介護期間	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. 5～7年未満      6. 7～10年未満 7. 10年以上
(6) 1日あたりの介護時間	1. 必要なときに手を貸す程度 2. 2～3時間程度 3. 半日程度 4. ほとんど終日 (※訪問介護などのサービスを受けている時間を除く)

問 20 在宅での介護について、困ったり、負担に感じたりしていることはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

(1) 意思疎通について

1. 本人に正確な症状を伝えるのが難しい
2. 現在の状況を理解してもらうのが難しい
3. 来客にも気を遣う
4. 本人の言動が理解できないことがある
5. 本人に受診を勧めても同意してもらえない
6. その他 ( )
7. 特にない

(2) 介護の仕方について

1. 適切な介護方法がわからない
2. 症状への対応がわからない
3. 介護に協力してもらえない
4. 誰に、何を、どのように相談すればよいかわからない
5. 日中、家を空けるのを不安に感じる
6. 介護を家族など他の人に任せてよいか、悩むことがある
7. 介護の方針などについて、家族・親族との意見が合わない
8. 介護することに対して、周囲の理解が得られない
9. その他 ( )
10. 特にない

(3) サービス利用について

1. サービスを思うように利用できない、サービスが足りない
2. サービスを利用したら本人の状態が悪化した (ことがある)
3. 介護施設や介護事業者との関係がうまくいかない
4. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない
5. その他 ( )
6. 特にない

(4) あなた (主に介護をしている方) ご自身について

1. 自分の用事・都合を済ませることができない
2. 身体的につらい (腰痛や肩こりなど)
3. 精神的なストレスがたまっている
4. 睡眠時間が不規則になり、健康状態が思わしくない
5. 自分の自由になる時間がもてない
6. 先々のことを考える余裕がない
7. 経済的につらいと感じたときがある
8. その他 ( )
9. 特にない

**お忙しいところ、調査にご協力いただき誠にありがとうございました。  
恐れ入りますが、もう一度記入もれのないことをご確認ください。**