

★在宅介護の状況に関するアンケート★

～みなさまの介護充実のために、ご記入いただき、ご返送ください～

日頃より市政の推進にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

このアンケート調査は、第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を策定するにあたり、みなさまの生活や介護の状況、健康状態等をうかがい、計画策定の資料とするとともに、今後の保健福祉行政に活かすことを目的として、那珂川市が実施するものです。調査対象者は、在宅で介護を受けている方の中から無作為に抽出した500の方にアンケートへのご協力をお願いしています。

また、お答えいただいた情報は、大切な個人情報であるという認識にたち、那珂川市個人情報保護条例に基づき適正に取り扱いますので、ご同意の上、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年12月 那珂川市長 武末 茂喜

- アンケートは、あて名のご本人にお答えいただきますが、ご本人がお答えできない場合には、ご家族の方などが、ご本人の立場に立ってお答えください。
- 調査対象者は、原則、介護認定をお持ちの方で在宅生活者としています。調査票記入時点で、入院中または施設等への入所者は、回答不要です。
- 回答にあたっては、裏面に記載している記入方法の説明と質問内容をよくお読みいただき、それに従ってご記入ください。
- 記入された調査票は、同封の返信用封筒に入れ、下記の期限までに郵便ポストへ投函してください(切手は不要)。**投函期限:令和5年1月13日(金)**
- この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

【お問い合わせ先】

那珂川市 健康福祉部 高齢者支援課

電話 092-953-2211(内線143)

FAX 092-953-2312

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、主として「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就労継続」に有効なサービスのあり方を検討するために行うものです。
- また、過去に実施した介護認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）を、高齢者等支援施策を検討する際の基礎資料としても使用させていただきます。
- 本調査で得られた情報につきましては、上記の目的以外には利用いたしません。なお、当該情報については、那珂川市が適切に管理いたします。
- ただし、計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する那珂川市外のデータベース内に情報を登録し、個人が識別されない形で利用することがあります。

【記入方法の説明】

- 回答数が限られる設問がありますので、調査票を記入する際は、文末の指示(複数選択可、1つを選択、3つまで選択可)にしたがってご回答ください。
- 選択肢は、あてはまるものの番号に○をつけてください。
- 設問によって回答していただく方が限られる場合がありますので、ご注意ください。

A 票 調査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（複数回答可）

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

問2 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

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

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

- | | |
|-------|-------|
| 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（1つを選択）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 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（1つを選択）

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 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
(1つを選択)**

※「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。

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

**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
(複数選択可)**

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8 令和4年11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（1つを選択）

1. 利用した ⇨
2. 利用していない ⇨

問9 問8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4年11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○）。

	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

	利用の有無（1つに○）	
H. 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
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

	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
H. ショートステイ	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	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
I. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

問10 問8で「2.」と回答し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（複数選択可）

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・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

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（複数選択可）※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。

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（複数選択可）※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。

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

問13 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）（1つを選択）

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

B票へ進んでください

※A票の問13で「2.」～「5.」を選択された場合（介護を受けている場合）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（調査票宛名）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）。

B 票**主な介護者の方について、お伺いします**

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の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）（複数選択可）※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

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

問2 主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 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について、ご回答ください（1つを選択）

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

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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 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（複数選択可）

〔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 |
|---------|-----------|

問6 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）（3つまで選択可）

〔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、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問7 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（1つを選択）

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | } 問8～問10へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } 調査は終了です |
| 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8 問7で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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（複数選択可）

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9 問7で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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（3つまで選択可）

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 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10 問7で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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（1つを選択）

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

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

●調査票記入後は、3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、
令和5年1月13日（金）までにポストへ投函してください。切手は不要です。