

## 在宅介護実態調査 【調査票】

### ご協力をお願い

日頃から岬町の介護保険事業や高齢者福祉事業にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

岬町では、介護保険をはじめとする高齢者施策を、「岬町地域包括ケア計画 高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画」に沿って実施していますが、この計画は3年ごとに見直すことから、現在、次期計画（第8期：令和3～5年度）の策定を進めているところです。

策定にあたり、要介護者の在宅生活と介護を行っている方（介護者）の実態把握を目的とした「在宅介護に関するアンケート」を実施させていただくこととしました。

なお、収集した個人情報は、岬町個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解いただき、是非ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和2年7月  
岬町

- 本調査票はA票とB票とに分かれています。A票は調査対象者様ご本人についてご回答ください。ご自分でお答えいただくことが難しい場合は、ご家族等の方がご本人の立場でお答えください。また、B票は主な介護者の方（又はご本人様）がご回答ください。
- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、8月21日(金)までに投函してください。

#### 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、効果的な介護政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、ご本人の要介護認定データ（介護度など）と併せて分析を行い、町による介護保険事業計画策定と効果評価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、岬町個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。

【お問い合わせ先】

岬町 しあわせ創造部 福祉課 高齢介護係

電話：072-492-2703

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 お住まいについて、ご回答ください(1つを選択)

1. 一般住宅
2. 住宅型有料老人ホーム
3. サービス付き高齢者向け住宅
4. その他

問4 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)

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5 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6 最近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 ⇒  問7へ

2. 利用していない ⇒  問8へ

問7 問6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、最近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
K. 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
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

問8 問6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9 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)

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

※ 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。

問10 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)

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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11 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 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。

問12 ご本人(認定調査対象者)が、コロナ禍において生活、仕事、日中活動等で困ったことや変化したこと、気づいたことなどがありましたら、ご記入ください

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日より少ない |   |         |            |
| 3. 週に1~2日ある               |   | }       | B票へ進んでください |
| 4. 週に3~4日ある               |   |         |            |
| 5. ほぼ毎日ある                 |   |         |            |

A票の問13で「2.」～「5.」を選択された場合は、「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)。

## 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)

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お仕事を辞めた方も含みます。

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        | } <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">問8～問10へ</span> |
| 2. パートタイムで働いている       |   |
| 3. 働いていない             | } <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">問11へ</span>    |
| 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・相談担当者を設置    | 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 |                     |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問11 主な介護者の方についてお伺いします。主な介護者の方は、あて名のご本人と同居していますか(1つを選択)

- |            |                     |
|------------|---------------------|
| 1. 同居⇒問12へ | 2. 別居 ⇒問11-1と問11-2へ |
|------------|---------------------|

問11-1 あて名のご本人と別居されている主な介護者の方にお伺いします。主な介護者の方のお住まいはどこですか(1つを選択)

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. 岬町内 | 2. 岬町外 |
|--------|--------|

問11-2 あて名のご本人と別居されている主な介護者の方にお伺いします。主な介護者の方は、介護のためにあて名のご本人の家にとどのくらいの頻度で通われていますか(1つを選択)

- |               |                       |           |
|---------------|-----------------------|-----------|
| 1. 週に1日よりも少ない | 2. 週に1~2日             | 3. 週に3~4日 |
| 4. ほぼ毎日       | 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |           |

問12 主な介護者の方は、現在の生活に満足されていますか(1つを選択)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 非常に満足している          | 2. どちらかといえば満足している |
| 3. あまり満足していない         | 4. ほとんど満足していない    |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |                   |

問13 家族のなかで、主な介護者の方以外に一緒に介護をする人はいますか(1つを選択)

- |                       |        |
|-----------------------|--------|
| 1. いる(主な介護者以外に 人)     | 2. いない |
| 3. 主な介護者に確認しないと、わからない |        |

問 14 主な介護者の方は、介護による負担を感じていますか(1つを選択)

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| 1. 非常に感じる             | 2. どちらかといえば感じる |
| 3. あまり感じない            | 4. ほとんど感じない    |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |                |

問 15 主な介護者の方が、今までに介護をされている期間はどのくらいですか(1つを選択)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. 1年未満               | 2. 1～3年未満  |
| 3. 3～5年未満             | 4. 5～10年未満 |
| 5. 10年以上              |            |
| 6. 主な介護者に確認しないと、わからない |            |

問 16 主な介護者の方は、この1年以内に心身の不調を感じたことがありますか(1つを選択)

- |                       |         |
|-----------------------|---------|
| 1. よくある               | 2. 時々ある |
| 3. ほとんどない             |         |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |         |

問 17 主な介護者の方は、岬町介護者(家族)の会「ほほえみ」に参加されていますか(1つを選択)

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 1. よく参加している           | 2. 時々参加している |
| 3. 参加していない            |             |
| 4. 会のことを知らない          |             |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |             |

問 18 主な介護者の方は、将来的に自宅以外での介護の必要性を感じていますか(1つを選択)

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 非常に感じる ⇒問 19へ      | 2. どちらかといえば感じる ⇒問 19へ |
| 3. あまり感じない            |                       |
| 4. ほとんど感じない           |                       |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |                       |

問 19 問 18 で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。それはどのような施設ですか(1つを選択)

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. グループホーム(認知症) |
| 3. 有料老人ホーム   | 4. サービス付き高齢者住宅  |
| 5. その他( )    |                 |
| 6. わからない     |                 |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問 20 主な介護者の方が、コロナ禍において生活、仕事、日中活動等で困ったことや変化したこと、気づいたことなどがありましたら、ご記入ください

■■■アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました■■■

記入もれがないか再度お確かめください。記入した調査票はすべて(表紙も含みます)を同封の返信用封筒に入れ、8月21日(金)までに切手を貼らずに投函してください。