

在宅介護実態調査 【調査票】

市民の皆さまには、日頃から保健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。

本市では、3年に一度「介護保険事業計画・高齢者福祉計画」の見直しを行い、高齢者保健福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおります。このたび、本市にお住まいの65歳以上の要介護認定者の方及びその介護者の方を対象に、現在の介護サービスの利用状況や介護者の方の勤務状況等を元に、今後の介護保険制度をはじめとした高齢者福祉施策のあり方に対するお考えをお聞かせいただくため調査を実施いたします。調査結果は、令和6年度から実施する事業計画の策定のために、基礎資料として活用させていただきます。

なお、ご記入いただきました内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的には使用いたしません。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和●年●月

記入後は、同封の返信用封筒に入れて、
令和●年●月●日（●曜日）までに切手を貼らずに投函してください。

問い合わせ先：甲賀市 長寿福祉課 介護保険係 電話 0748-69-2165

整理番号：□□□□

※この整理番号は、調査結果の分析に必要な基本的な情報【性別・年齢階層・生活圏域・要支援等の認定の有無】についてのみ機械的に把握するためのものです。個人を特定することはありません。



回答にかかる時間は約15分です。

★皆様のご意見が、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりに活かされています。

Q 6. 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. <small>のうけっかんしゅっかん</small> 脳血管疾患（ <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中） | 2. <small>しんしゅっかん</small> 心疾患（ <small>しんぞうびょう</small> 心臓病） |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物（がん） | 4. <small>こきゅうきしゅっかん</small> 呼吸器疾患 |
| 5. <small>じんしゅっかん</small> 腎疾患（ <small>とうせき</small> 透析） | 6. <small>きんこつかくけいしゅっかん</small> 筋骨格系疾患
(<small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しゅう</small> 脊柱管狭窄症等) |
| 7. <small>こうげんびょう</small> 膠原病（ <small>かんせつ</small> 関節リウマチ含む） | 8. <small>へんけいせいかんせつしゅっかん</small> 変形性関節疾患 |
| 9. <small>にんちしゅう</small> 認知症 | 10. パーキンソン病 |
| 11. <small>なんびょう</small> 難病（パーキンソン病を除く） | 12. <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病 |
| 13. <small>がんか</small> 眼科・ <small>じびか</small> 耳鼻科疾患（ <small>しゅじょう</small> 視覚・ <small>しゅじょう</small> 聴覚障害を伴うもの） | 14. その他 |
| 15. なし | 16. わからない |

Q 7. 令和4年 11 月の 1 か月の間に、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 ⇒Q9 へ | 2. 利用していない ⇒Q8 へ |
|---------------|------------------|

Q 8. Q 7. で「2. 利用していない」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. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない |
| 8. その他 |

※ ここから再び、全員の方にお伺いします。

Q 9. 新型コロナウイルス感染症の流行により、介護保険サービスの利用に影響がありましたか。（1つを選択）

- | |
|----------------------|
| 1. サービスを利用出来ないことがあった |
| 2. サービス利用を自主的に控えた |
| 3. 特に影響はなかった |

Q10. 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。

Q11. 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. 利用していない | |

※ 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。

Q12. 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。

Q13. 施設入所や入院を考えた場合に心配なことはありますか（複数選択可）

- | | | |
|-----------|------------|------------|
| 1. 家の用心 | 2. ペットの世話 | 3. 郵便物の管理 |
| 4. 相続 | 5. 入所・入院費用 | 6. お金の出し入れ |
| 7. その他（ ） | | |

Q14. 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。ご協力ありがとうございました。 |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | } 引き続き【B票の】アンケートにご協力をお願いします |
| 3. 週に1～2日ある | |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

※ 「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）がご回答・ご記入いただきますようお願いいたします（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

Q 1. ご家族やご親族の中で、A 票の調査対象者ご本人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を含みます。

Q 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 |

Q 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 |
|-------|-------|

Q 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 |

Q 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

Q 6. 介護の方法を誰から（どこで）学んでいますか（複数回答可）

1. ケアマネジャー	2. ヘルパー	3. 訪問看護
4. デイサービス	5. 病院・診療所	6. インターネット
7. 親戚・知人	8. 学ぶ場所がない	9. 学ぶ場所を知らない
10. その他（ ）		

Q 7. 介護アドバイス事業※を知っていますか。（1つを選択）

※ 在宅で介護をされている方へ介護福祉士が自宅へ訪問し、介護の仕方をアドバイスする事業です。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 8. 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	

Q 9. 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	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

※ 「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。

Q 10. Q 9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。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

Q11. Q9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。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

Q12. Q9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。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 | |

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。