

〒
枝幸町

様

「在宅介護実態調査」 ご協力をお願い

日頃より枝幸町の介護保険事業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。

介護保険制度では、地域の実情やニーズを把握しながら、3年ごとに事業計画を策定することで、保険料額などを定め運営が行われています。

枝幸町では「高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」の策定に当たり、要支援・要介護認定を受け、在宅で介護サービスをご利用されている方を対象とした「在宅介護実態調査」を実施します。

この調査は、ご本人の在宅生活の継続とご家族等介護者の支援を目的として、状況等をお伺いするもので、いただいた回答は、介護予防事業等の検討をはじめ計画策定に用いる基礎資料として活用いたします。

お答えしづらい質問もあろうかと存じますが、**今後の枝幸町介護保険事業の方向性を検討するうえで、非常に重要なアンケート調査です。**ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年3月 枝幸町長 村上 守継

※記入に際してのお願い

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字を○印で囲んでください。
- 郵便ポストへの投函など調査票のご提出が難しい場合などは、職員による対応もできますので、下記までご連絡願います。

ご記入いただいた調査票は、**令和5年3月31日（金）**までに同封の返信用封筒に入れて、郵便ポストへ投函してください。（切手不要）

【お問い合わせ先】 枝幸町保健福祉課 福祉介護グループ
平日 9:00~17:00 電話：62-1337（直通）

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けまし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】

- この調査で得られた情報および要介護認定や介護サービスの利用状況のデータにつきましては、枝幸町における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。なお、本目的以外の使用はせず、ご回答いただいた内容は適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するに当たり厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。
- ID番号につきましては、性別や年代別の集計など、事務の便宜上必要とするものであり、個人を特定する趣旨ではありません。また、個人を特定する内容が公表されることはありません。

※記入日および記入された方を記載願います。

記入日	令和 5 年 3 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。 (○をつけてください。)	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名ご本人からみた続柄:)	
3. その他 ()	

在宅介護実態調査 調査表

ID

【A票にご回答いただいているのは、どなたですか】（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他 | |

A票 調査対象者のご本人様について、お伺いします

問1 世帯類型について、ご回答ください（〇は1つ）

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

問2 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）（〇は1つ）

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. ない | } 「1.ない」の方は
問8（5ページへ） |
| 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 | } 2～5の方は、
問3へ |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

問3 主な介護者の方は、どなたですか（〇は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4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（〇は1つ）

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

問5 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6 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（○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 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗(ベットや車椅子等に移る介助)・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、注射等) |

〔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 | 15. 生活面に必要な諸手続 |

〔その他〕

16. その他() 17. わからない

**問7 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）
（○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。

問10 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



1の方は、問13へ

2. 入所・入居を検討している



2または3の方は、
問11・問12へ

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10で「2.入所・入居を検討している」又は「3.すでに入所・入居申し込みをしている」を回答した方は、問11・問12も回答してください。

問11 どの施設に入所・入居したいとお考えか、ご回答ください（○はいくつでも）

1. 枝幸苑

2. 歌翠園

3. 町内の施設がよい

4. 町外の認知症グループホーム

5. 町外の有料老人ホーム

6. 町外の特別養護老人ホーム

7. 町外の施設がよい

8. まだ具体的な考えはない

9. その他（ ）

問12 施設に期待することは何ですか（○はいくつでも）

1. 認知症の症状に対応してもらえる

2. いつも見守ってくれる

3. 話し相手がいる

4. 自宅から近く、家族が面会しやすい

5. 最後までいられる

6. 料金が安い

7. 必要な医療を受けられる

8. 職員が親切で感じが良い

9. 建物や部屋などがきれい

10. 食事がおいしい

11. 期待していることは特にない

12. その他（ ）

【参考】施設等	説明
特別養護老人ホーム（特養）	原則、要介護3～5の認定を受けており、常に介護が必要で在宅での生活が困難な方が、介護や日常生活の援助を受ける施設
介護老人保健施設（老健）	要介護1～5の認定を受け、症状が安定し在宅復帰を目指す方が、入所でリハビリテーションや介護、その他日常生活の援助を受ける施設
グループホーム （認知症対応型共同生活介護）	認知症と診断された要支援2以上の方が、生活支援を受けながら共同生活を送る施設
有料老人ホーム	施設職員が介護を行う「介護付き」と外部の介護サービスを利用する「住宅型」があり、月額の居住費などを支払うことで、食事や日常生活の援助が受けられる老人ホーム。入居基準や費用は施設によって異なる。
サービス付き高齢者向け住宅	介護を要する方を対象とする「介護型」と自立した方を想定する「一般型」があり、バリアフリー、安否確認、生活相談がある高齢者向けの賃貸住宅。入居基準や費用は施設によって異なる。

問13 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. <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患 <small>のうそっちゅう</small> （脳卒中）	2. <small>しんしっかん</small> 心疾患（心臓病）
3. 悪性新生物（がん）	4. 呼吸器疾患
5. <small>じんしっかん</small> 腎疾患 <small>とうせき</small> （透析）	6. <small>きんこつかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患 <small>こつそ</small> （骨粗しょう症、 <small>せきちゅうかんきょうさくしょう</small> 脊柱管狭窄症等）
7. <small>こうげんびょう</small> 膠原病（関節リウマチ含む）	8. 変形性関節疾患
9. <small>にんちしょう</small> 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. <small>とうにょうびょう</small> 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患 <small>しかく</small> （視覚・ <small>ちようかく</small> 聴覚障害を伴うもの）	
14. 高血圧	15. その他（ ）
16. なし	17. わからない

問14 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（○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は含みません。

問15 現在、（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ていますか（○は1つ）

1. 利用している

2. 利用していない

●問15で「2. 利用していない」を回答した方は、問16も回答してください。

問16 介護保険サービスを利用していない理由はなんですか（○はいくつでも）

1. 現在では、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わからない
9. 周囲の目が気になるため
10. 保険外の家族サービスや配食サービス等の利用だけで足りているため
11. その他（ ）

問17 ご本人（認定調査対象者）は、自宅からの移動に困難を感じていますか（○は1つ）

1. はい

2. いいえ

●問17で「1. はい」を回答した方は、問18も回答してください。

問18 どのような理由で困難を感じていますか（○はいくつでも）

1. 歩くことが困難である
2. 階段や歩道の上下りが困難である
3. 公共交通機関の本数が少ない
4. 近くに公共交通機関がない
5. 自動車運転免許証を返納している
6. 送迎してくれる人がいない
7. その他（ ）

B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

※ 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査表の該当番号に○)をお願いいたします。

問1 主な介護者の方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 | } | 1又は2の方は、問2へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 3又は4の方は、問5へ |
| 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2 B票問1で「1.」又は「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行っていますか(○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3 B票問1で「1.」又は「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(○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4 B票問1で「1.」又は「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（○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 | |

問5 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）（○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 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗(ベットや車椅子等に移る介助)・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、注射等) |

〔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 | 15. 生活面に必要な諸手続 |

〔その他〕

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 16. その他() | 17. 不安に感じていることは、特にない |
| 18. 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。

ご記入いただいた調査票は、**令和5年3月31日（金）**までに
同封の返信用封筒に入れて、郵便ポストへ投函してください。（切手不要）