資料４－２

精華町　高齢者介護に関する調査

（在宅介護実態調査）

◎国の必須項目、■国のオプション項目、★独自追加

日頃より、精華町の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

精華町では、令和２年度に高齢者福祉計画ならびに介護保険事業計画の見直しを予定しております。この調査は、その計画を策定するために、みなさまのご意見やご要望をお聞きするための大切な調査です。調査にあたり、精華町にお住まいの 65 歳以上の方のうち、令和元年●月●日現在で要介護認定を受けている方の中から無作為に選ばせていただきました。

お答えいただいた内容は、この事業の統計としてのみ利用させていただきますのでみなさまにご迷惑をおかけすることは一切ございません。個人情報の保護には最大の注意を払っておりますので、実情に基づいてご回答いただき、ご協力をお願いいたします。

令和元年●月　精華町

＜ご記入にあたっての注意事項＞

◆ この調査は、できる限りご本人（封筒のあて名の人）がお答えください。ただし、ご家族の方などがご本人の立場にたって回答されてもかまいません。

◆ 記入は黒のボールペンや鉛筆などで、はっきりとお書きください。

◆ 回答が終わりましたら、記入もれなどがないか確認していただき、同封の返信用封筒に入れて、**●月●日（●）までに**郵便ポストに投函してください。

この調査票についてご不明な点などございましたら、
お手数ですが下記までお問い合わせください。

精華町 健康福祉環境部 高齢福祉課　　電話 0774-95-1932

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，高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定の際の基礎資料とするために行うものです。また、この調査の分析にあたっては、認定調査にかかる要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）及び給付データを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。

問１　あなたのことについて

（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。（○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. その他（　　）

（2）世帯類型について、ご回答ください。（○は1つ）◎

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他（　　）

（3）ご本人が、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. 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. 糖尿病
10. 認知症
11. 軽度認知症（MCI）
12. パーキンソン病
13. 難病（パーキンソン病を除く）
14. 眼科･耳鼻科疾患（視覚･聴覚障がいを伴うもの）
15. その他（　　）
16. なし
17. わからない

（4）ご本人は、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２　必要な介護やサービスの利用などについて

（1）現在、（住宅改修、福祉用具貸与･購入<u>以外の</u>）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 → **次ページの（2）**にお進みください。
2. 利用していない

<u>【（1）で「2」を選んだ方におうかがいします。】</u>

（1）-①　介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。（○はいくつでも）■

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. ご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（　　）

（2）ご本人は今後、どのような介護を受けたいですか。（○は1つ）★

1. なるべく家族のみで、自宅で介護してもらいたい
2. 介護保険制度のサービス（ホームヘルパー等）や福祉サービス等を活用しながら自宅で介護してもらいたい

→ **下の(3)**にお進みください。

3. 施設や病院などに入所（入院）したい
4. わからない → **下の(3)**にお進みください。

【（2）で「3」を選んだ方におうかがいします。】

（2）-①　その理由はなんですか。（○は2つまで）★

1. 家が狭い、段差があるなど、現在の住居が介護に適していないから
2. 経済的な理由（自己負担が少なくて済む）から
3. 家族に負担をかけたくない（負担になる）から
4. 待機期間を見込んで早めに入所（入院）を申し込んだから
5. 自宅では、急な容態変化や介護者の都合などの緊急時の対応の面で不安だから
6. ひとり暮らし（または高齢者世帯）であり、在宅の生活に不安を感じるから
7. 家族はいるが、介護の時間が十分にとれないから
8. 家族等介護者の健康状態がよくないため
9. 自宅では、認知症対応やリハビリなど専門的な介護が受けられないから
10. 認知症があるなど、ほとんど 24 時間介護が必要だから
11. その他（　　）

（3）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　◎
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。

（4）ずっと自宅で暮らし続けるためには、どのような支援があればいいと思いますか。（○はいくつでも）★

1. 必要な時にいつでもショートステイや宿泊サービスが利用できること
2. 自宅に医師が訪問して診療してくれること
3. デイサービスなどの通所サービスを必要な時に利用できること
4. 金額を気にせず、必要なだけサービスを利用できること
5. 通院などの際の送迎サービスを利用できること
6. 介護をしてくれる家族がいること
7. 夜間や休日にも自宅で介護や看護のサービスを受けられること
8. 配食サービスが受けられること
9. 緊急時などに必要な見守りを受けられること
10. その他（　　）

（5）現在、利用している、「介護保険サービス・介護予防・日常生活支援総合事業<u>以外</u>」の支援・サービスについて、ご回答ください。（○はいくつでも）■

1. 在宅高齢者等配食サービス事業
2. 緊急通報体制等整備事業
3. 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業
4. 家族介護用品支給事業
5. 高齢者救急支援事業
6. 生活管理指導短期宿泊事業
7. 買い物・調理・掃除などの生活支援
8. ゴミ出しの支援
9. 移送サービス（介護・福祉タクシー等）
10. 住民主体の集いの場
11. ふれあいサロン
12. 外出同行（通院）
13. 外出同行（買い物など）
14. その他（　　）
15. 利用していない

（6）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。（○はいくつでも）■

1. 在宅高齢者等配食サービス事業
2. 緊急通報体制等整備事業
3. 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業
4. 家族介護用品支給事業
5. 高齢者救急支援事業
6. 生活管理指導短期宿泊事業
7. 買い物・調理・掃除などの生活支援
8. ゴミ出しの支援
9. 移送サービス（介護・福祉タクシー等）
10. 住民主体の集いの場
11. ふれあいサロン
12. 外出同行（通院）
13. 外出同行（買い物など）
14. その他（　　）
15. 利用していないため、わからない
16. 必要なサービスはない

（7）かかりつけ医はいますか。（○は1つ）★

1. いない
2. いる
3. わからない
4. 病院・診療所を受診していない
5. その他（　　）

（8）あなたは、在宅医療（通院が困難な方の自宅に医師が訪問して行う医療）を利用して、自宅での生活を継続したいと思いますか。（○は1つ）★

1. 思う → **次ページの（9）**にお進みください。
2. 思わない

<u>【（8）で「2」を選んだ方におうかがいします。】</u>

（8）-①　在宅医療を利用したいと思わない理由はなんですか。（○はいくつでも）★

1. 家族に負担（肉体的・精神的）がかかるから
2. 経済的な理由から
3. 自宅では、緊急時の対応ができないから
4. 看てくれる人（家族）がいないから
5. 部屋やトイレ等の環境が整っていないから
6. 看てくれる医師がいないから
7. 訪問看護や介護が受けやすい体制が整っていないから
8. その他（　　）
9. 特に理由はない

（9） ACP(万が一のときに備えて、どのような治療やケアを希望するかについて、繰り返し話し合うこと)、または人生会議について知っていますか。（○は1つ）★

1. よく知っている
2. 聞いたことはあるが、よく知らない
3. 知らない → **下の(10)**にお進みください

【(9)で「1」または「2」を選んだ方におうかがいします。】

（9）-①　ACP(万が一のときに備えて、どのような治療やケアを希望するかについて、繰り返し話し合うこと)、または人生会議の状況についてお聞かせください。★
（○はいくつでも）

1. 自分ひとりで考えたことがある
2. かかりつけ医に相談したことがある
3. 家族と話し合ったことがある
4. 考えていない

【(9)-①で「1」から「3」を選んだ方におうかがいします。】

（9）-②　どのような内容を考えましたか、または話しましたか。★

1. 病状や予後に関すること
2. 希望する医療・ケアに関すること
3. 意思決定ができなくなった場合の対応に関すること
4. その他（　　）

（10） 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）。（○は1つ）◎

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

(10)で「2」～「5」を選択された場合は、
「主な介護者」の方に問3以降の設問へのご回答・ご記入をお願いします。

なお、「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）。

問３　主な介護者の方について《介護者への質問》

（1）主な介護者の方は、どなたですか。ご本人からの続柄でお答えください。（○は1つ）■

1. 配偶者	3. 子の配偶者	5. 兄弟･姉妹
2. 子	4. 孫	6. その他

（2）主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（○は1つ）■

1. 男性	2. 女性

（3）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	4. 40 代	7. 70 代
2. 20 代	5. 50 代	8. 80 歳以上
3. 30 代	6. 60 代	9. わからない

（4）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･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

（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･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４　主な介護者の方の就労について《介護者への質問》

（1）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。（○は1つ）◎

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

次ページ(2)にお進みください。

※「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。

【(1)で「1」または「2」を選んだ方におうかがいします。①②③ともにお答えください。】

（1）-①　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。（○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

（1）-②　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

（1）-③　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

（2）ご家族やご親族の中で、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）。（○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

→ **下の（3）**にお進みください。

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

【（2）で「1」「2」「3」「4」を選んだ方におうかがいします。①②ともにお答えください。】

（2）-①　仕事を辞めたり、転職したりしなければならなかった最も大きな理由は何ですか。（○は1つ）★

1. 十分に介護したかったから
2. 介護するために目が離せなかったから
3. 融通の利く勤務形態ではなかったから
4. 精神的に余裕がなかったから
5. 介護者の健康状態が悪化したから
6. 両立する自信がなかったから
7. 介護するために遠距離を移動しなければならなかったから
8. 介護サービスが十分に受けられなかったから
9. 介護サービスなどの受け方が分からなかったから
10. その他（　　）

（2）-②　再就職したり、復職したりすることはできましたか。（○は1つ）★

1. できた　　2. できなかった　　3. 希望しなかった

（3）その他、主な介護者の方からの介護・高齢者福祉に対するご意見・ご要望等がありましたら、ご自由にご記入ください。★

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■