

在宅介護実態調査 ご協力をお願い

は じ め に

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から、入間市の高齢者保健福祉施策及び介護保険事業の実施、運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、市では、現在の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を見直し、令和6年度からの新たな計画を策定するにあたり、要介護認定を受けている方のうち、自宅で生活されている方を対象に、アンケート調査を実施いたします。

このアンケートでは、高齢者の日常生活・健康管理・介護に関することなどをお聞かせいただき、その結果を次期計画や介護保険事業運営のために活かしてまいりたいと考えております。

趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和5年1月

入間市長 杉 島 理一郎

記 入 に 際 し て の お 願 い

1. この調査の対象者は、令和4年12月1日現在、要介護認定を受けている方のうち、自宅で生活されている方から、1,500名を無作為に抽出しています。
2. ご回答にあたっては、「A票“ご本人”についてお答えいただく部分」と「B票“主な介護者の方”にお答えいただく部分」がありますので、ご注意ください。
3. ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に○をつけてください。
4. この調査についてのお問合せは下記までお願いいたします。

**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て、
令和5年1月 日（ ）までに投函（切手不要）してください。**

【問い合わせ先】入間市役所 福祉部 高齢者支援課

〒358-8511 入間市豊岡一丁目16番1号

TEL：04-2964-1111（内線1371・1372）

FAX：04-2966-5517

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、効果的な介護予防施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、第10次入間市高齢者保健福祉計画・第9期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、入間市で適切に管理いたします。
- ◆ただし、介護保険事業計画策定時および効果評価時、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・分析することがあります。

A票
調査対象者様ご本人について、お伺いします
Q 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（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 |

Q 2. 世帯類型について、ご回答ください（1つのみ）

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

Q 3. ご本人の性別について、ご回答ください（1つのみ）

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

Q 4. ご本人の年齢について、ご回答ください（1つのみ）

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| 1. 40～64 歳 | 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 | |

Q 5. ご本人のお住まいの地区について、ご回答ください（1つのみ）

豊岡東	1. 豊岡 4. 大字黒須	2. 東町（東町6丁目2・3番除く）	3. 向陽台
豊岡西	5. 扇町屋	6. 扇台	7. 久保稲荷 8. 善蔵新田
豊岡北	9. 黒須 13. 鍵山	10. 河原町 14. 高倉	11. 春日町 12. 宮前町
東金子	15. 牛沢町 19. 新久	16. 小谷田 20. 狭山ヶ原	17. 上小谷田 21. 狭山台4丁目
金子	22. 木蓮寺 26. 西三ツ木 30. 花ノ木	23. 南峯 27. 三ツ木台 31. 中神	24. 寺竹 28. 上谷ヶ貫 32. 根岸
宮寺・二本木	25. 金子中央 29. 下谷ヶ貫 33. 狭山台3丁目	34. 宮寺 38. 大字狭山台	35. 二本木 39. 狭山台1丁目
藤沢	36. 高根 40. 狭山台2丁目	37. 駒形富士山	
東藤沢	41. 上藤沢 42. 下藤沢	43. 東町6丁目2・3番	
西武	44. 東藤沢		
	45. 仏子	46. 野田	47. 新光

Q 6. ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つのみ）			
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. 新規申請者
9. わからない			
Q 7. 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つのみ）			
※「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・入居の申し込みをしている			
Q 8. ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください（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. 認知症	
9. 変形性関節疾患		10. 難病（パーキンソン病を除く）	
11. パーキンソン病		12. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）	
13. 糖尿病		14. その他	
15. なし		16. わからない	
Q 9. <u>令和4年12月に、（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つのみ）</u>			
1. 利用した ⇒ Q10へ		2. 利用していない ⇒ Q11へ	

【Q9で「1. 利用した」の方のみ】

Q10. 以下の介護保険サービスについて、令和4年12月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、「1. 利用していない」を選択してください。（それぞれ1つのみ）

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つのみ）					
	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	1	2	3	4	5	6
A. 訪問介護 （ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5	6
B. 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
C. 訪問看護	1	2	3	4	5	6
D. 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
E. 通所介護 （デイサービス）	1	2	3	4	5	6
F. 通所リハビリテーション （デイケア）	1	2	3	4	5	6
G. 夜間対応型訪問介護 （※訪問のあった回数を回答）	1	2	3	4	5	6

	利用の有無（1つのみ）	
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つのみ）				
	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	1	2	3	4	5

	1か月あたりの利用回数（1つのみ）				
	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	1	2	3	4	5

【Q9で「2. 利用していない」の方のみ】

Q11. 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（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. 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。

Q12. 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（いくつでも）

※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 | |

Q13. 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（いくつでも）

※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 | |

Q14. ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか（1つのみ） ※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。	
1. 利用している	2. 利用していない
Q15. 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つのみ）	
1. ない 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	<div>調査は終了です</div> <div>B票へ進んでください</div>

●A票のQ15で「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」と回答された場合、「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		
<p>Q 1. 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）（いくつでも）</p> <p>※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。</p>		
<p>1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）</p> <p>2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）</p> <p>3. 主な介護者が転職した</p> <p>4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した</p> <p>5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない</p> <p>6. わからない</p>		
<p>Q 2. 主な介護者の方は、どなたですか（1つのみ）</p>		
1. 配偶者	2. 子	3. 子の配偶者
4. 孫	5. 兄弟・姉妹	6. その他
<p>Q 3. 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つのみ）</p>		
1. 男性	2. 女性	
<p>Q 4. 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つのみ）</p>		
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（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 |
|----------|---|-----------|

Q 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）

〔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 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つのみ）

※「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。

※フリーランスとは、企業や団体などと雇用契約がなく、独立して仕事を請け負う人をいいます。

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



Q 8 ~ Q10 へ

3. 働いていない

4. 主な介護者に確認してみないと、わからない



調査は終了です

【Q 7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」の方のみ】

Q 8. 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（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

【Q7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」の方のみ】
Q9. 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）

※フリーランスとは、企業や団体などと雇用契約がなく、独立して仕事を請け負う人をいいます。

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

【Q7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」の方のみ】
Q10. 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つのみ）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 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。
調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和5年1月 日（ ）までに投函（切手不要）してください。