

「八雲町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」策定のための
アンケート調査

【在宅介護実態調査】

調査ご協力のお願い

皆様には、日頃から八雲町の高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

八雲町では、介護保険をはじめとする高齢者施策を「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に沿って実施しています。この計画は3年ごとに見直すこととなっており、現在、令和6年度から令和8年度の新たな計画を策定するために、準備を進めているところです。計画策定にあたっては、住民の皆様の現状やご意見を詳しくお伺いし、計画に反映させていきたいと考えております。

この調査票は八雲町にお住まいの方で、要介護認定を受けて在宅で生活されている方に、送付させていただきました。

お忙しいところ恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解の上、何卒アンケート調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年1月 八雲町

※ご記入いただいた調査票は、1月20日（金）～3月3日（金）の間に介護支援専門員が訪問した際にお渡し下さいますようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

○八雲町保健福祉課介護保険係（シルバープラザ内）

TEL 0137-64-2111

○熊石総合支所 住民サービス課住民福祉係

TEL 01398-2-3111

1. この調査は、八雲町内にお住まい（令和4年12月15日現在）で要介護1～5の認定を受けて、在宅で生活されている方を対象にしています。
2. この調査は、A票とB票とに分かれています。A票は、あて名のご本人のことについてお答えください。ご自分でお答えいただくことが難しい時は、ご家族の方がご本人の立場でお答えください。B票は、主な介護者の方（又はご本人）がご回答ください。
3. 質問には、あてはまる番号を○で囲んでお答えください。○の数は、質問ごとに「1つに○」、「あてはまるものすべてに○」などと、それぞれ指定していますので、ご注意ください。
4. 質問によっては、お答えいただく方が限られる場合もあります。質問をよくお読みいただき、ご回答ください。

「在宅介護実態調査」に係る 要介護認定データの利用に係る同意について

この「在宅介護実態調査」の集計・分析にあたりまして、あて名のご本人の要介護認定審査に係る要介護認定データを使用させていただきます。

つきましては、下記事項をご確認いただき、本調査票のご返送をもちまして、利用について同意いただいたものとみなさせていただきます。

記

■要介護認定データの利用目的について

要介護認定データは、要介護認定及び八雲町における高齢者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。ご本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

■「在宅介護実態調査」の回答内容の取扱いについて

在宅介護実態調査でご回答いただいた内容は、集計・分析を委託する調査会社に預託しますが、情報は厳重に管理させていただきます。

【A票をご記入いただいた方は、どなたですか】（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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 あて名のご本人様について、おうかがいします。

問1 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 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）（1つに○）

1. ない
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
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

問8へ
問3～問13へ

問2で「2.」～「5.」と回答した方は、問3～問7もご回答ください。

問3 主な介護者の方は、どなたですか（1つに○）

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 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（1つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 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（1つに○）

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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（あてはまるものすべてに○）

〔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7 ご家族やご親族の中で、ご本人（あて名の方）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）（あてはまるものすべてに○）

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。

ここから再び、全員の方におうかがいします。

問8 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（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|------------------------|------------|-------------------|
| 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・百歳体操などの定期的な通いの場 | 10. その他 | |
| 11. 利用していない | | |

問9 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（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|------------------------|------------|-------------------|
| 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・百歳体操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（1つに○）

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・ケアハウス等）、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問11 ご本人（あて名の方）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください（あてはまるものすべてに○）

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12 ご本人（あて名の方）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つに○）

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13 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（1つに○）

1. 利用している

2. 利用していない

問14へ

問13で「2.」と回答した方は、問14にご回答ください。

問14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（あてはまるものすべてに○）

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わからない
9. その他

ここから再び、全員の方におうかがいします。

問15 あなたは、今後どのような介護を希望しますか（1つに○）

1. 介護保険のサービスは利用しないで、自宅で生活したい
2. 介護保険制度で利用できるサービスを利用しながら、自宅で生活したい
3. 介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設、介護医療院）に入りたい
4. 特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス等）を利用したい
5. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を利用したい
6. その他（）
7. わからない

●続いて「主な介護者」の方にB票へのご回答をお願いします。

B票 主な介護者の方について、おうかがいします。

※「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、ご本人様（あて名の方）がご回答ください（ご本人様のご回答が難しい場合は、無回答で結構です）。

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（1つに○）

- | | | |
|-----------------------|---|--------|
| 1. フルタイムで働いている | } | 問2～問5へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 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2 問1で「1.」「2.」と回答した方におうかがいします。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（あてはまるものすべてに○）

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 問1で「1.」「2.」と回答した方におうかがいします。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つまでに○）

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 問1で「1.」「2.」と回答した方におうかがいします。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つに○）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 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、全員の方におうかがいします。

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）（3つまでに○）

〔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6 介護をする上で、どのようなことに困っていますか
（あてはまるものすべてに○）

1. 介護の方法がわからない
2. 心身の負担が大きい
3. 自分のための時間が持てない（介護を代わってくれる人がいない）
4. 自分の仕事ができない
5. 経済的な負担が重い
6. 介護に関する情報交換の場がない
7. 別居のため介護に出向くのが大変
8. 周囲の理解が足りない
9. 本人が介護サービスを使いたがらない
10. その他（)
11. 特にない
12. 主な介護者に確認しないと、わからない

問7 認知症などによって判断能力が十分ではない方について、後見人等を選任する「成年後見人制度」を知っていますか。(1つに○)

1. 知っている
2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない

問8 高齢者が身近な地域や自宅での生活を続けていくために、特に必要なのは何だと思われませんか(3つまでに○)

1. 通院や外出時などの介助や送迎
2. 医療体制・訪問診療の充実
3. 宅配などによる買い物支援
4. 配食サービスなどの食事の提供
5. 除雪サービス
6. 地域の見守り支援
7. 地域の集いの場(趣味や学習活動・体操など)
8. 緊急時に通報できる手段・連絡体制(緊急通報装置の設置)
9. 簡単な日常生活への支援(窓ふきや掃除、電球の取り替えなど)
10. ゴミ出しの支援
11. 地域交通(バスなど)の利便性の向上
12. 高齢者向け住宅の確保
13. その他()
14. 主な介護者に確認しないと、わからない

問9 認知症対策を進める上で、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか(3つまでに○)

1. 認知症に対する地域の理解の促進(認知症サポーターの養成など)
2. 認知症の早期発見と専門医療の充実
3. 認知症予防の教室・講座の開催
4. 認知症の方の居場所づくりや訪問等を通じた介護者への支援
5. ケアマネジャー・ヘルパー等介護サービス専門職の質の向上
6. 成年後見制度など権利を守る制度の利用促進
7. 徘徊を発見する仕組み・見守り体制の充実
8. 若年性認知症への支援
9. その他()
10. 主な介護者に確認しないと、わからない

問10 あなたは、火事や地震・風水害などの災害が発生して避難する場合、頼りにできる人がいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 自分達で避難できる
2. 一緒に住んでいる家族
3. その他の家族・親族
4. 友人・知人・近所の人
5. 民生委員
6. その他()
7. いない
8. 主な介護者に確認しないと、わからない

