

在宅介護実態調査

ご協力をお願い

皆様にはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび宮津市では、令和3年度から令和5年度までの宮津市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のための基礎資料及び高齢者の在宅生活の継続と介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスの在り方を検討するため、「在宅介護実態調査」を実施させていただくことになりました。

本調査票は、市内にお住いの在宅で生活されている方で介護保険制度の要介護・要支援認定を受けておられる方の中から、対象者の方を抽出し送付させていただいております。（※病院に入院または施設に入所されている場合は対象外となります。）

また、あなた様の認定調査に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）も併せて活用させていただくこととしております。

収集した個人情報、皆様にとって大切な個人情報であるという認識にたち、宮津市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、回答にご協力いただきますようお願いいたします。

調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、11月29日（金）までに投函してください。
（切手は不要です。）

【問合せ先】 宮津市健康福祉部 健康・介護課 介護給付係 （電話）45-1619

在宅介護実態調査 調査票

A票

調査対象者様ご本人についてお伺いします。

問0 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。(いくつでも選択可)

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

問1 世帯類型について、ご回答ください。(1つを選択)

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つを選択)

1. ない  問8(次ページ)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
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。(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

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(1つを選択)

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

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。

(いくつでも選択可)

〔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 |
|---------|-----------|

問7 ご家族やご親族の中で、ご本人(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)(いくつでも選択可)

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。

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

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。(いくつでも選択可)

- | | | |
|--------------------------|---------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(食品、日用品等。※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 |

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。

(3つまで選択可)

- | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(食品、日用品等。※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. 話し相手(お話ボランティア) | |
| 11. その他 | 12. 特になし | |

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つを選択)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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。

問11 ご本人(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。

(いくつでも選択可)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 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(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)

※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 |
|-----------|------------|

問 16 ご本人(調査対象者)は、人生の最期をどこで迎えたいですか。(1つを選択)

1. 自宅
2. 息子・娘の家
3. 兄弟姉妹などの親戚の家
4. 高齢者向けのケア付住宅
5. 特別養護老人ホームやグループホームなどの介護保険施設
6. 病院などの医療施設(緩和ケア病棟やホスピスを含む)
7. その他
8. わからない

問 18 へ

問 17 問 16 で「1. 」と回答した方にお伺いします。最期まで自宅で過ごすためには、どのようなことが必要だと思いますか。(3つまで選択可)

1. 家族に介護の負担がかからないこと
2. いざというときに入院できる病院
3. かかりつけ医による往診
4. ホームヘルプサービスや訪問看護
5. 家族の理解や支援
6. 自宅で介護が続けられる住環境
7. ご近所や友人等の見守り、声かけ
8. その他

問 18 人生の最終段階における医療についてお聞きします。ご自身の死が近づいた場合に受けてみたい医療や受けてくれない医療について、ご家族とどのくらい話し合ったことがありますか。(1つを選択)

1. 詳しく話し合っている
2. 一応話し合ったことがある
3. 全く話し合ったことがない

● 問2で「2.」から「5.」までを選択された場合は、「主な介護者」の方に、B票への回答をお願いします。

● 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、調査対象者ご本人が回答をお願いします。(調査対象者ご本人の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

問5、問6(次ページ)へ

問6(次ページ)へ

※「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。(いくつでも選択可)

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

問3 問1で「1.」「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。
(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

問4 問1で「1.」「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。(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 | |

問5 問1で「3.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方の働いていない理由は、何ですか。(1つを選択)

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 1. 家族の介護のため | 2. 自身の健康上などの理由 |
| 3. 定年で退職した | 4. もともと専業主夫・主婦のため、職に就いていない |
| 5. その他 | |

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

問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 | |

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。