

# 資料編



# 資料編

## 1 アンケート調査票

**在宅介護実態調査票**  
《要介護認定者用》

**調査協力のお願い**

皆様には、日頃から介護保険行政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。

近年、高齢者人口の増加とともに様々な課題に対し、地域包括ケアシステムをより深化させ、高齢者の自立支援及び要介護度の重度化防止など、介護を必要とする高齢者等が自分らしく在宅生活を続けるための体制整備が求められています。また、家族介護者の介護離職等をなくすため、地域住民が役割を持ち、支え合いながら活躍できる「地域共生社会」の実現に向けた介護サービスのあり方が課題となっています。

平内町では現在、「住み慣れた地域で支え合い、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を基本理念に据えて、介護や支援を必要とする方々と家族介護者にとつて住みよい“まちづくり”を進めており、令和2年度には次期計画となる高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の策定を予定しています。

このため、平内町にお住まいの65歳以上の要介護認定者（以下「要介護者」という。）及びその介護者を対象とするアンケートを実施することとなりました。

本調査で得られた情報は、平内町高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定及び効果評価の目的以外には使用することはありません。また、当該情報は平内町個人情報保護条例に則り平内町で慎重かつ適正に管理いたします。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和元年8月  
平内町長 船橋 茂久

ご記入後、お手数ですが、このアンケートを同封の返信用封筒に入れ、**8月23日（金）までに** 郵便ポストへご投函ください。

<この調査に関するお問い合わせ先>

平内町 福祉介護課

電話：017-755-2114（内線 145） FAX：017-755-2145

**ご記入にあたってのお願い**

1. この調査は、要介護者ご本人及び主な介護者の方についてお答えいただくアンケートです。各設問には、**令和元年8月1日**の状況をご回答ください。

2. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合と、記述していただく場合があります。

3. 回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。

4. 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわりがない場合は次の設問に、ことわり書きや矢印がある場合は指示に従い、次へお進みください。

問A 現在、この調査票に回答されているのはどなたですか。(○はいくつでも)

1. あて名のご本人（要介護者）      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. 担当ケアマネジャー

5. その他（                                      ）

**I ご本人（要介護者）の状況について**

問1 世帯類型はどれに該当しますか。(○は1つ)

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

問2 家族や親族の方から介護してもらう日は、週にどのくらいありますか。(○は1つ)  
(同居していない子どもや親族の方等からの介護も含みます。)

1. ない ⇒ 問8へ                                      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

**II 主な介護者等の状況（属性等）について**

問3 主な介護者の方は、ご本人（要介護者）から見てどなたになりますか。(○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はどちらですか。(○は1つ)

1. 男性                                      2. 女性

1

### Ⅲ 支援・サービス・訪問診療の利用状況・ニーズについて

問8 現在、「介護保険サービス以外」の支援・サービス※は、何を利用していますか。  
(〇はいくつでも)

1. 配食
2. 調理
3. 掃除・洗濯
4. 買い物(宅配は含まない)
5. コミ出し
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

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含まれます。

問9 在宅生活を今後も続けていくためには、どの支援・サービス※(現在利用中を含む)が必要だと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 配食
2. 調理
3. 掃除・洗濯
4. 買い物(宅配は含まない)
5. コミ出し
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. 特にない

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含まれます。

問5 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。(〇は1つ)

1. 20歳未満
2. 20～29歳
3. 30～39歳
4. 40～49歳
5. 50～59歳
6. 60～69歳
7. 70～79歳
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はどれですか。(〇はいくつでも)

#### 〔身体介護〕

1. 日中の排泄
2. 夜間の排泄
3. 食事の介助(食へる時)
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)
6. 衣服の着脱
7. 屋内での移乗・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手続き

#### 〔その他〕

15. その他( )
16. わからない

問7 ご家族や親族の方で、ご本人(要介護者)の介護のために、過去1年の間に仕事を辞めた方・転職された方はありますか。(〇はいくつでも)  
(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。)

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仕事を辞めた・転職した場合も含まれます。

問 13-1 介護保険サービスを「利用していない」方にお伺いします。  
介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人(要介護者)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. サービスを利用したいが手続きや利用方法が分からない
9. その他 ( )

※ここからは「主な介護者」の方がご回答ください。「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、  
ご本人(要介護者)が記入されるか、無回答で結構です。

#### IV 主な介護者の就労状況について

問 14 主な介護者の方の現在の勤務形態はどれに該当しますか。(〇は1つ)

1. フルタイムで働いている ⇒ 問14-1~3へ
2. パートタイム\*で働いている ⇒ 問14-1~3へ
3. 働いていない ⇒ 問15へ
4. わからない ⇒ 問15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、勤務時間・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 10 現時点において、施設等\*への入所・入居を検討されていますか。(〇は1つ)

1. 入所・入居を検討していない
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

\*「施設等」とは、特別介護老人ホーム、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)、  
フルーナーホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別介護老人ホームを指します。

問 11 ご本人(要介護者)が、現在抱えている傷病名を教えてください。(〇はいくつでも)

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(滑膜しよう症、肩こり、頸椎管狭窄症等)
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. 雑病(パーキンソン病を除く)
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を併うもの)
14. その他 ( )
15. なし
16. わからない

問 12 ご本人(要介護者)は、現在、訪問診療\*を利用していますか。(〇は1つ)

1. 利用している
2. 利用していない

\*訪問診療や在宅療養管理指導を含みます。

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。(〇は1つ)

1. 利用している ⇒ 問 14へ
2. 利用していない ⇒ 問 13-1へ

問 14-3 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。  
 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、かなりの難しい
5. わからない

### V 介護生活を続ける際の不安や困りごと

問 15 (在宅生活を送る要介護者を介護している)現在の生活を今後も続けていくためには、主な介護者の方が不安に感じる介護等はどれですか。(○は3つまで)  
 (現在行っているかどうかは問いません。)

〔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. 屋内での移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
9. 脚蓋
10. 認知症状への対応
11. 医薬面での対応(経営栄養、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請手続き

〔その他〕

15. その他( )
16. 不安に感じていることは、特にない
17. わからない

ご協力ありがとうございました。  
 記入もれがないか、今一度お確かめください。

8月23日(金)までに郵便ポストへご投函ください。

問 14-1 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。  
 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. 特に調整していない
2. 介護のために「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、選出・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. わからない

問 14-2 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。  
 仕事と介護の両立に効果があると思う勤め先からの支援はどれですか。(○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. わからない

## 平内町

### 在宅介護実態調査結果報告書

発行日 2019（令和元）年9月

発行元 平内町 福祉介護課

住 所 〒039-3393 東津軽郡平内町大字小湊字小湊 63 番地

連絡先 TEL：017-755-2114

FAX：017-755-2145

URL：<http://www.town.hiranai.aomori.jp/>