

第11次高齢者福祉計画策定に係る在宅介護実態調査

要介護認定者者（約650人）の方

- ・赤字→現行計画の指標になっており、評価する際に必要となるため、削除不可です
- ・必須項目は削除不可
- ・独自項目について要検討
- ・オプション項目については、削除するかどうかのみ要検討

通し番号	種類	大分類	設問	備考
1	必須項目	A	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。（〇はいくつでも）	選択肢変更
2	必須項目	A	世帯類型について、ご回答ください。（〇は1つ）	
3	必須項目	A	現時点での、施設等※1への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。（〇は1つ）	
4	オプション項目	A	ご本人（認定調査対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。（〇はいくつでも）	
5	必須項目	A	令和7年●月の1か月の間に、（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。（〇は1つ）	設問分変更
6	独自項目	A	現在、通所介護（デイサービス）を利用していますか。（〇は1つ）	
7	独自項目	A	通所介護（デイサービス）の利用のきっかけは何ですか。（〇はいくつでも）	
8	独自項目	A	通所介護（デイサービス）の利用を決めた時に着目したことは何ですか。（〇はいくつでも）	
9	オプション項目	A	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）	
10	独自項目	A	今後、通所介護（デイサービス）を利用するとしたら、利用を決める時に着目することは何ですか。（〇はいくつでも）	
11	オプション項目	A	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。（〇はいくつでも）	
12	オプション項目	A	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。	
13	独自項目	A	有償ボランティアがあれば、利用したい支援・サービスについて、ご回答下さい。（〇はいくつでも）	
14	独自項目	A	30分あたりいくらまでなら利用したいですか。（〇は1つ）	
15	独自項目	A	町や社会福祉協議会の実施している、高齢者の暮らしを支えるサービスをご存じですか。知っているサービスを選択してください。（〇はいくつでも）	
16	オプション項目	A	ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療※2を利用していますか。（〇は1つ）	
17	独自項目	A	訪問診療を利用する回数は、だいたい、どのくらいですか。（〇は1つ）	
18	独自項目	A	ご本人（調査対象者）は、現在、居宅療養管理指導※3を受けていますか。（〇は1つ）	
19	独自項目	A	どのような専門家（医療従事者）の訪問を受けていますか。（〇は1つ）	
20	独自項目	A	居宅療養管理指導を受ける場合、医療費とは別に、介護保険サービスの利用料として自己負担額が生じることをご存知ですか。（〇は1つ）	
21	独自項目	A	あなたが暮らしの中で困っていることは何ですか。（〇はいくつでも）	
22	独自項目	A	家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。（〇はいくつでも）	
23	独自項目	A	現在の生活で、地域の人たちに何か協力してもらいたいことはありますか。（〇はいくつでも）	
24	独自項目	A	あなたは、災害時の避難場所についてご存知ですか。（〇は1つ）	
25	独自項目	A	災害が発生して避難する時に、ひとりで避難場所までいくことができますか。（〇は1つ）	
26	独自項目	A	高齢者に対してどのような支援があれば、身近な地域や自宅での生活を続けていくことができると思っていますか。（〇は3つまで）	
27	独自項目	A	乙訓医師会では、身近な地域での「人生最期の過ごし方」について考えるきっかけとして、小冊子『私の医療に対する希望』を配布しています。あなたは、同冊子、あるいは、同じような趣旨で受けた医療への希望などをあらかじめ書いておくノート（「エンディングノート」などと呼ばれることが多い）を知っていますか。（〇は1つ）	

28	独自項目	A	高齢者の権利擁護（高齢者の権利や生活、財産などを守ります）のための制度についておうかがいします。 次の事業や制度を知っていますか。（〇はいくつでも）	
29	独自項目	A	次の事業や制度を利用したこと（利用している）がありますか。（〇はいくつでも）	
30	独自項目	A	あなたは、地域包括支援センターの活動についてご存知ですか。（〇は1つ）	
31	独自項目	A	あなたが高齢者への虐待だと思う行為はどれですか。（〇はいくつでも）	
32	独自項目	A	高齢者の虐待についての相談窓口を知っていますか。（〇は1つ）	
33	独自項目	A	高齢者の虐待についての相談先としてどんなところをご存知ですか。	
34	必須項目	A	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）。（〇は1つ）	
35	必須項目	B	ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）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。）（〇はいくつでも）	
36	オプション項目	B	主な介護者の方は、どなたですか。（〇は1つ）	
37	オプション項目	B	主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（〇は1つ）	
38	必須項目	B	主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（〇は1つ）	選択肢変更
39	独自項目	B	主な介護者の他に日常生活の介護を担っている人はいますか。（〇はいくつでも）	
40	オプション項目	B	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。（〇はいくつでも）	
41	必須項目	B	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。）（〇は3つまで）	
42	独自項目	B	主な介護者の方は、ふだん育児をしていますか。なお、「ふだん育児をしている」とは以下の注釈のようなことを言います。（〇は1つ）	
43	独自項目	B	介護を行う上で悩んでいることや困っていることがありますか。（〇はいくつでも）	
44	独自項目	B	介護の疑問、不安や悩みについて相談できる人はいますか。（〇はいくつでも）	
45	独自項目	B	新型コロナウイルス感染症の流行により、あなたの収入や暮らし向きなどに、経済的な影響がありましたか （〇は1つ）	
46	必須項目	B	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（〇は1つ）	
47	必須項目	B	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。（〇はいくつでも）	
48	オプション項目	B	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。 （〇は3つまで）	
49	必須項目	B	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（〇は1つ）	

第11次高齢者福祉計画策定に係る 在宅介護実態調査

日ごろより、大山崎町の高齢者福祉及び介護保険事業につきまして、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。さて、大山崎町では、令和9年度から令和11年度に取り組むべき施策を明示した「大山崎町第11次高齢者福祉計画（第10期介護保険事業計画）」を策定するにあたり、アンケート調査を実施いたします。

この調査は、町内にお住まいの要介護認定を受けている在宅の方●●人を対象に、現在の心身の状況や、皆様を取り巻く環境の変化などを把握し、計画の策定に向けての基礎資料を作成することを目的としています。

お答えいただいた内容は統計的に処理しますので、回答が個別に公表されることはありません。また、調査の目的以外には決して使用いたしません。お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和7年●月 大山崎町

ご記入にあたってのお願い

- アンケートの回答は、鉛筆またはボールペンなどをお使いいただき、この調査票に直接ご記入ください。
- 封筒の「あて名の方」がアンケートの対象者となっています。
- 記入日現在の状況をご回答ください。
- アンケートに調査対象者ご本人様が記入できない場合は、代理の方（ご家族・知人・介護従事者等）がご本人の意思を反映して、ご記入くださるようお願いいたします。
- 設問の選択肢の中から、当てはまる番号に○を付けてください。また、「その他」と回答された場合には、（ ）内に具体的にご記入ください。
- 封筒の「あて名の方」が死亡・転出・入所の場合は大変申し訳ありませんが、調査票を破棄していただきますようお願いいたします。
- ご記入いただいた調査票は、同封の返送用封筒で 令和7年●月●日(●) までにご投函くださるようお願いいたします。切手は不要です。

この調査に関するお問い合わせ先

大山崎町 健康福祉部 健康課 高齢介護係

〒618-8501 京都府乙訓郡大山崎町字円明寺小字夏目3番地

電 話：075-956-2101（内線：136）

FAX：075-957-1101

個人情報の取扱いについて

個人情報の保護及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。

- この調査は、効果的な介護予防政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、本町による高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定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、本町で適切に管理いたします。
- ただし、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定時に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町外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が認識されない形で利用することがあります。

黄色マーカー：本町の独自設問

緑色マーカー：計画の指標となっている設問（削除不可）

今回の調査から、国の調査票から設問や選択肢を変えないという方針が出ています。そのため、選択肢や設問を国と同じになるように変更している部分があります。表紙含めて 12 ページまたは 16 ページ以内に収めれるよう設問の精査を行います。

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします。

問● 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(具体的に:) |

問● 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つ)

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

問● 現時点での、施設等※¹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 |

※1 「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● ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。
(○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. 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(具体的に:) | |
| 15. なし | 16. わからない |

問● 令和7年●月の1か月の間に、（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。（○は1つ）

1. 利用した

2. 利用していない

-----> 【問●、問●へ】

-> 【問●で「1. 利用した」を回答された方のみ】

問●-1 現在、通所介護（デイサービス）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 -----> 【問●へ】

-> 【問●で通所介護（デイサービス）を「1. 利用した」を回答された方のみ】

問●-2 通所介護（デイサービス）の利用のきっかけは何ですか。（○はいくつでも）

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. ご本人の利用希望があった | 2. 家族・親戚にすすめられた |
| 3. 友人・近所の人にすすめられた | 4. 医療機関・福祉関係機関からすすめられた |
| 5. その他（具体的に： | ） |

【問●で通所介護（デイサービス）を「1. 利用した」を回答された方のみ】

問●-3 通所介護（デイサービス）の利用を決めた時に着目したことは何ですか。（○はいくつでも）

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 健康管理 | 2. 機能訓練 |
| 3. 食事 | 4. 入浴 |
| 5. 社会とのつながり | 6. 医療依存度の高い人の受け入れ |
| 7. 祝祭日利用や利用時間の延長対応 | 8. 短時間の利用が可能 |
| 9. その他（具体的に： | ） 10. わからない |

【問●で「2. 利用していない」を回答された方のみ】

問●-4 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. 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（具体的に： | ） |

【問●で「2. 利用していない」を回答された方及び問●で「2. 利用していない」を回答された方（現在、通所介護（デイサービス）を利用していない方）のみ】

問●-5 今後、通所介護（デイサービス）を利用するとしたら、利用を決める時に着目することは何ですか。（○はいくつでも）

1. 健康管理
2. 機能訓練
3. 食事
4. 入浴
5. 社会とのつながり
6. 医療依存度の高い人の受け入れ
7. 祝祭日利用や利用時間の延長対応
8. 短時間の利用が可能
9. その他（具体的に： ）
10. わからない
11. 通所介護（デイサービス）の利用はしない

これから再び全員の方にお伺いします。

問● 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。（〇はいくつでも）

※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(具体的に：)
11. 利用していない

問● 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) ※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(具体的に：)
11. 特になし

問● 有償ボランティアがあれば、利用したい支援・サービスについて、ご回答下さい。
(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. 調理 | 2. 掃除・洗濯 |
| 3. 買い物（宅配は含まない） | 4. ゴミ出し |
| 5. 外出同行（通院、買い物など） | 6. その他（具体的に： ） |
| 7. 特になし -----> 【問●へ】 | |

-> 【問●で「1. 調理」～「6. その他」を回答された方のみ】

問●-1 30分あたりいくらまでなら利用したいですか。(○は1つ)

- | | |
|---------|-------------------------------------|
| 1. 100円 | 2. 300円 |
| 3. 500円 | 4. その他（具体的に： ） |

問● 町や社会福祉協議会の実施している、高齢者の暮らしを支えるサービスをご存じですか。知っているサービスを選択してください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. ゴミ出し(くらし助け愛サポーター事業) | 2. 水やり(くらし助け愛サポーター事業) |
| 3. 安否確認を兼ねた訪問 | 4. 安否確認を兼ねた電話でのお話し |
| 5. ふれあいいきいきサロン | 6. 認知症カフェ |
| 7. 見守り配食サービス | 8. 見守りホットライン事業 |
| 9. おむつ支給事業 | 10. 寝具丸洗い乾燥事業 |
| 11. 知らない | |

問● ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療※²を利用していますか。(○は1つ)
※ 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●へ】 |
|-----------|-------------------------|

※² 「訪問診療」とは、自宅療養中で通院が困難な方に対し、あらかじめ医師が訪問する計画を立てて、定期的に診療を行うことです。「往診」とは、急に病状が変化したときなどに、医師に診察に来てもらうことです。

-> 【問●で「1. 利用している」を回答された方のみ】

問●-1 訪問診療を利用する回数は、だいたい、どのくらいですか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. 週に2回以上 | 2. 週に1回程度（月に4回） |
| 3. 月に3回程度 | 4. 月に2回程度 |
| 5. 月に1回以下 | 6. わからない |

問● ご本人（調査対象者）は、現在、居宅療養管理指導※³を受けていますか。（○は1つ）

1. はい

2. いいえ

3. わからない

-----> 【問●へ】

※3 「居宅療養管理指導」とは、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、通院困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが、自宅を訪問して療養の助言や情報提供、服薬管理などを行うことです。

【問●で「1. はい」を回答された方のみ】

問●-1 どのような専門家（医療従事者）の訪問を受けていますか。（○は1つ）

1. 医師

2. 歯科医師

3. 病院または診療所の薬剤師

4. 薬局の薬剤師

5. 管理栄養士

6. 歯科衛生士

7. その他（具体的に： _____ ）

【問●で「1. はい」を回答された方のみ】

問●-2 居宅療養管理指導を受ける場合、医療費とは別に、介護保険サービスの利用料として自己負担額が生じることをご存知ですか。（○は1つ）

1. 知っている

2. 知らない

問● あなたが暮らしの中で困っていることは何ですか。（○はいくつでも）

1. 外出の際の移動手段

2. 通院の手段

3. 税金の支払いや公共機関の手続き

4. 財産やお金の管理

5. 日々の買物

6. ペットの世話

7. 日々のゴミ出し

8. 大型ゴミの処理

9. 布団干し

10. 衣替えや暖房器具の出し入れ

11. 庭の手入れ

12. 掃除

13. 洗濯

14. 炊事

15. 電化製品の扱い方

16. 話し相手・相談相手がいないこと

17. 楽しみがほとんどないこと

18. 夜間ひとりになること

19. 家族のこと（家族にかかる心配のこと）

20. 家族のこと（家族を心配すること）

21. その他（具体的に： _____ ）

22. 特にない

問● 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。

(○はいくつでも)

1. 自治会・町内会長
2. 近所・地域の人
3. 老人クラブ
4. 社会福祉協議会
5. 民生委員
6. ケアマネジャー
7. 医師・歯科医師・看護師
8. ホームヘルパー
9. 地域包括支援センター
10. 町役場
11. その他（具体的に： ）
12. そのような人はいない

問● 現在の生活で、地域の人たちに何か協力してもらいたいことはありますか。

(○はいくつでも)

1. 声かけ、安否確認
2. 話し相手
3. ゴミ出し
4. 料理のおすそ分け
5. 外周りの掃除
6. 庭の手入れ、除草、水やり
7. 届出の代行
8. 車での送迎・運搬
9. 買い物の代行（おつかい）
10. 子どもの世話
11. 散歩や外出の付き添い・介助
12. 緊急時の対応
13. その他（具体的に： ）
14. 特になし

問● あなたは、災害時の避難場所についてご存知ですか。(○は1つ)

1. よく知っている 2. 少し知っている 3. 知らない

問● 災害が発生して避難する時に、ひとりで避難場所までいくことができますか。(〇は1つ)

1. ひとりで避難場所までいくことができる
2. ひとりで避難場所までいくことができないが、手助けしてくれる人がある
3. ひとりで避難場所までいくことができないし、手助けしてくれる人もいない

問● 高齢者に対してどのような支援があれば、身近な地域や自宅での生活を続けていくことができると思いますか。(○は3つまで)

1. 日中に活動や交流できる場が身近にあること
2. 近隣の人がお互いに声かけや見守りを行うこと
3. 気軽に介護のことなどについて相談できる窓口が身近にあること
4. 24 時間体制の安心できるサービスがあること
5. 必要なとき、施設に宿泊できること
6. 災害時にも地域の対応がしっかりしていて、安心して暮らせること
7. 契約や財産管理の手続きを援助してもらえること
8. 手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修
9. 在宅や通所でのリハビリテーションが十分できること
10. 訪問介護や通所サービスを利用しながら、医師の訪問診療も利用できること
11. 買い物や通院時などの介助や送迎
12. 簡単な日常生活への支援（電球の交換や窓ふき、ゴミ出しなど）
13. その他（具体的に： _____）
14. 特にない

問● 乙訓医師会では、身近な地域での「人生最期の過ごし方」について考えるきっかけとして、小冊子『私の医療に対する希望』を配布しています。

あなたは、同冊子、あるいは、同じような趣旨で受たい医療への希望などをあらかじめ書いておくノート（「エンディングノート」などと呼ばれることが多い）を知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 知っているし、書いたことがある | 2. 知っているが、書いたことはない |
| 3. 名前だけは聞いたことがある | 4. 知らない |

問● 高齢者の権利擁護（高齢者の権利や生活、財産などを守ります）のための制度についておうかがいします。次の事業や制度を知っていますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------------|
| 1. 日常生活自立支援事業※ ⁴ | 2. 成年後見制度※ ⁵ | 3. どちらも知らない |
|-----------------------------|-------------------------|-------------|

※4 日常生活自立支援事業とは、利用者ができる限り地域で自立した生活を継続できるよう、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理を行います。

※5 成年後見制度とは、判断能力が著しく低下した方の財産管理や福祉施設の入退所などの生活全般の支援に関する契約等の法律行為を援助します。

問● 次の事業や制度を利用したこと（利用している）がありますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|---------------|-----------|----------------|
| 1. 日常生活自立支援事業 | 2. 成年後見制度 | 3. どちらも利用していない |
|---------------|-----------|----------------|

問● あなたは、地域包括支援センターの活動についてご存知ですか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|------------|---------|
| 1. 知っている | 2. 少し知っている | 3. 知らない |
|----------|------------|---------|

問● あなたが高齢者への虐待だと思う行為はどれですか。(○はいくつでも)

1. つねる、たたく、ける、なぐるなど身体に暴力を加えること
2. 閉じ込めたり、戸外に締め出したりすること
3. どなる、悪口を言う、話しかけても無視をすること
4. 食事や入浴、排せつの世話などを十分にしないこと
5. 治療が必要な場合でも治療を受けさせないこと
6. 無断で高齢者の年金を使う、自由になるお金を持たせないこと
7. 性的な行為を強要すること

問● 高齢者の虐待についての相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ -----> 【問●へ】

-> 【問●で「1. はい」を回答された方のみ】

問●-1 高齢者の虐待についての相談先としてどんなところをご存知ですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 地域包括支援センター | 2. 町役場 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 民生委員 |
| 5. 医療関係者（医師、看護師など） | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. 警察 | 8. 京都府高齢者情報相談センター |
| 9. その他（具体的に： | ） |

問● 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。ご協力いただきありがとうございました。
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
- > 【B票へ】

- 問●で「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」～「5. ほぼ毎日ある」を選択された場合は、「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（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いいたします。（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。

問● ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）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。）（○はいくつでも）※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | |
|-------------------------------|
| 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 |

問● 主な介護者の方は、どなたですか。（○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● 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 |
|-------|-------|

問● 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 | 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● 主な介護者の他に日常生活の介護を担っている人はいますか。（○はいくつでも）

- | | | |
|--------------|----------|------------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. 親戚 |
| 4. 近所の人 | 5. 友人 | 6. ホームヘルパー |
| 7. その他（具体的に： | ） | 8. いない |

問● 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 |
|---------|-----------|

問● 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● 主な介護者の方は、ふだん育児をしていますか。なお、「ふだん育児をしている」とは以下の注釈のようなことを言います。(○は1つ)

1. している

2. していない

※「ふだん育児をしている」について

育児の対象は小学生以下(小学6年生まで)の子どもで、ご自身の子ども(養子等を含む)及び孫とします。(ただし、おい・めい・きょうだいの世話などは含みません。)

また、育児の内容としては、乳児のおむつの取り替え、乳幼児の世話や見守り、幼稚園・保育所・学校・塾・習い事等の送迎・つきそい、見守りや勉強・宿題・遊び・習い事などの手伝いや練習の相手、保護者会等への出席などとし、毎日でなくても、1週間、1か月単位での育児も含みます。

問● 介護を行う上で悩んでいることや困っていることがありますか。(○はいくつでも)

1. 介護の方法やサービスの利用方法などがわからない
2. どのようなサービスを利用したらよいかわからない
3. もっと訪問介護(ホームヘルプサービス)や通所介護(デイサービス)、短期入所生活介護(ショートステイ)等の介護サービスを利用させたい
4. 本人がサービスの利用を嫌がるため、サービスを利用できない
5. 家族や近隣の方などの理解が足りない
6. 腰痛など身体的負担が大きい
7. 介護者が高齢・病弱である
8. 経済的負担が大きい
9. 仕事や子育てのため十分介護ができない
10. 相談できる人や窓口がない(わからない)
11. 病気や用事などのときに、助けてくれる人がいない
12. 将来の介護に不安がある
13. 認知症が重く、施設入所の待機中であり、心身ともに負担が大きい
14. 現在病院に入院中であるが、いつまで受け入れてもらえるかわからず不安である
15. その他(具体的に:)
16. 特にない

問● 介護の疑問、不安や悩みについて相談できる人はいますか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. 親戚 |
| 4. 友人・知人 | 5. 近所・地域の人 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. 地域包括支援センター | 8. 民生委員 | 9. 町役場 |
| 10. 医師・歯科医師・看護師 | 11. ホームヘルパー | 12. ケアマネジャー |
| 13. 薬局・介護用品店 | 14. その他(具体的に:) | |
| 15. 相談相手は特にない | | |

問● 新型コロナウイルス感染症の流行により、あなたの収入や暮らし向きなどに、経済的な影響がありましたか(○は1つ)

1. かなりあった

2. 少しあった

3. ほとんどなかった

問● 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

調査は終了です。
ご協力いただきありがとうございました。

※「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●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」を回答された方のみ】

問●-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行っていますか。（○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

【問●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」を回答された方のみ】

問●-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

問● 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 | |

以上で調査は終わりです。ご協力いただきありがとうございました。
同封の返送用封筒に入れ、切手を貼らずにポストにご投函ください。
(●月●日(●)までにご投函ください)