

町

前回調査（第8期）

独

 …独自項目

厚労省

今回調査

★ …オプション

第9次高齢者福祉計画策定に係る 在宅介護実態調査

【ご協力のお願い】

皆様には、日頃より町政にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、大山崎町では、65 歳以上の住民の皆様が、住み慣れた家庭や地域でいきいきと安心して過ごしていただけるように、高齢者福祉施策や介護保険事業の運営を進めてまいりました。令和2年度には「大山崎町第9次高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画」の策定を予定しております。

この調査は、要介護認定を受けている在宅の方およそ 500 人を対象に、健康状態や生活の状況、介護保険に対するご意見やご要望等をお聞きするものです。

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。

令和元年 11 月

大山崎町

【ご記入に当たってのお願い】

1. ご回答は、令和元年 11 月 1 日現在の状況でお答えください。
2. この調査は、あて名のご本人についてお答えください。ご家族の方などがご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されたりしてもかまいません。ただし、質問の「あなた」とは、この調査の対象である「封筒のあて名の方」のことです。
3. ご回答は、あなたの状況や日頃お感じのことなど、率直にご記入ください。あてはまるものの番号に○をつけていただきますが、場合によりご記入いただくものがあります。
4. 「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。
5. ご記入いただいた調査票は、**12月20日（金）**までに同封の返信用封筒に入れて、返送ください（切手は必要ありません）。

〈お問い合わせ先〉 大山崎町健康福祉部健康課（担当：高齢介護係）
電話 075-956-2101（代表）内線 136

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いたものとみなします。

- 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。
- ご回答いただいた内容は、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）とともに、本町における高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に向けた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。
- ご回答いただいた内容は、厚生労働省から配布された自動集計分析ソフトを用いて集計分析します。国に情報提供する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理し、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。

調査対象者様ご本人について、お伺いします

問 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。（複数回答可）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他 | |

問 2 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 3 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4 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。
（複数選択可）

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 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5 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つを選択）

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. 利用している →問6へ | 2. 利用していない →次ページの間8へ |
|----------------|----------------------|

独

問6 問5で「1. 利用している」と回答した方にお伺いします。
現在、通所介護（デイサービス）を利用していますか。
（1つを選択）

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1. 利用している →問7へ | 2. 利用していない →次ページの間9へ |
|----------------|----------------------|

独

問7 問6で、通所介護（デイサービス）を「1. 利用している」と回答した方にお伺いします。
利用している通所介護（デイサービス）についてお伺いします。

（1）通所介護（デイサービス）の利用のきっかけは何ですか。（複数選択可）

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

（2）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。（複数選択可）

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 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（ ） | 10. わからない |

★ 問8 問5で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(複数選択可)

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 ()

独

問9 問5で「2. 利用していない」と回答した方と問6で「2. 利用していない」と回答した方(現在、通所介護(デイサービス)を利用していない方)にお伺いします。

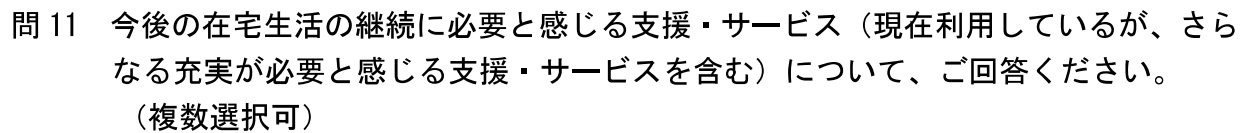
今後、通所介護(デイサービス)を利用するとしたら、利用を決める時に着目することは何ですか。(複数選択可)

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 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 () | 10. わからない |
| 11. 通所介護(デイサービス)の利用はしない | |

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

★ 問10 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。(複数選択可)

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



- ※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 12 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。
(複数選択可)

- 問13 問12で「1.」～「6.」と回答した方にお伺いします。

30分あたりいくらまでなら利用したいですか。(1つを選択)

- 問 14 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。

問 15 あなたは、災害時の避難場所についてご存知ですか。（1つを選択）

- 問 16 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。(1つを選択)

- 5

独 問 17 あなたが暮らしの中で困っていることは何ですか。(複数選択可)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 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. その他 () | 20. 特にない |

独 問 18 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。(複数選択可)

- | | |
|----------------|------------|
| 1. 町内会・自治会長 | 2. 近所の人 |
| 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 () | |
| 12. そのような人はいない | |

独 問 19 近隣の人たちに、何か協力してもらっていますか。(複数選択可)

- | | | |
|-------------|-------------------|------------------|
| 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 () | |
| 14. 特にない | | |

独 問 20 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。(複数選択可)

- | | | |
|-------------|-------------------|------------------|
| 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 () | |
| 14. 特にない | | |

独 問 21 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伺いします。

（１）次の事業や制度を知っていますか。（複数選択可）

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

※¹ 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。

※² 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。

独 （２）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。（複数選択可）

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

独 （３）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。（１つを選択）

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

独 問 22 あなたが高齢者への虐待だと思う行為はどれですか。（複数選択可）

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

独 問 23 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。（複数選択可）

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 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（ | ） |
| 10. どこに相談したらよいのか知らない | |

独

問 24 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。（より必要なものを3つまで選択可）

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
()
14. 特にない

問 25 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 → 調査は終了です。ご協力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
- } → 次ページの間 26 へ
進んでください。

- 問 25 で「2.」～「5.」を選択された場合は、以下の「主な介護者の方」に関する設問へのご回答・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。）

主な介護者の方について、お伺いします

問 26 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）。
（複数選択可）

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

★ 問 27 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 28 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 29 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 |

独 問 30 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。（複数選択可）

- | | | |
|----------|----------|------------|
| 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（ | ） | 8. いない |



問 31 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。(複数選択可)

〔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 32 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 | |

独

問 33 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。(1つを選択)

- | | |
|---------|----------|
| 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。

独 問 34 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。(複数選択可)

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 ()
16. 特にない

独 問 35 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。(複数選択可)

- | | | |
|----------------|-------------|-------------|
| 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・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 () | |
| 15. 相談相手は特にいない | | |

問 36 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 | } →次ページの問 37～問 39 へ進んでください。 |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } →調査は終了です。
ご協力ありがとうございました。 |
| 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 37 問 36 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。（複数選択可）

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 38 問 36 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 39 問 36 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 | |

質問は以上です。アンケートへのご協力、ありがとうございました。
アンケートは、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに、
令和元年 12 月 20 日（金）までに郵便ポストに投函してください。

★：オプション項目

厚労省

第10次（第9期）

基本調査項目＋オプション項目

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（複数回答可）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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2 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3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

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

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 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 | | |

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 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. わからない |

問6 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7 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（複数選択可）

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 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8 令和●●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（1つを選択）

1. 利用した ⇒問9へ

2. 利用していない ⇒問10へ

問9 問8で「1.」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和●●年●月の1か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、「利用していない（0回、1. 利用していない）」を選択してください（それぞれ1つに○）。

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	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	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護（デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション（デイケア）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（1つに○）	
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つに○）				
	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
H. ショートステイ	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数（1つに○）				
	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
I. 居宅療養管理指導	0回	1回	2日	3回	4回

★ 問 10 問8で「2.」と回答した方にお伺いします。介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

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

★ 問 11 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（複数選択可）

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

※ 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。

★ 問 12 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（複数選択可）

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

※ 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 13 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つを選択）

- | | |
|-----------|------------|
| 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 14 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 | } | 調査は終了です |
| 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 | } | B票へ進んでください |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

- A票の問 14 で「2. 」～「5. 」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1 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）（複数選択可）

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。

★ 問2 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3 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4 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（複数選択可）

〔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 | |

問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つを選択)

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | } 問8～問10へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } 調査は終了です |
| 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8 問7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(複数選択可)

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9 問7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 10 問7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 | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。