

「在宅介護実態調査」のご協力をお願い

皆様には、介護保険行政の運営につきまして、日頃からご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

この度、次期江別市高齢者総合計画（計画期間：令和3年度～令和5年度）の策定にあたり、要支援・要介護の認定を受けられている方を対象とする「在宅介護実態調査」を実施することといたしました。

本調査は、在宅（自宅）で生活されている要支援・要介護認定を受けられている方の生活状況や介護者（介護しているご家族等）の働き方等についてお伺いし、計画の策定に役立てるために行うものです。

つきましては、本調査の趣旨をぜひともご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和2年3月 江別市健康福祉部介護保険課

<調査票のご記入にあたって>

- 1 本調査は、在宅（自宅）で要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方を対象としています。
◆有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等に入居されている方も調査の対象となります。
- 2 回答は、封筒のあて名の方ご本人について記入してください。
- 3 回答にあたっては、あて名のご本人が回答できる場合は、ご本人が回答してください。ご本人が回答できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って代わりに回答してください。
- 4 調査票は、A票とB票があります。
B票は、A票の問2で「2.」～「5.」に○をつけた方（ご家族やご親族の方から介護を受けている方）のみお答えください。
- 5 今回の調査結果については、ご本人の要介護認定データと関連付けて集計・分析させていただきます。その旨のご承諾をいただき、裏面の同意書にご署名の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。
- 6 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、
令和2年4月10日(金)までにご返送ください（切手不要）。

<問い合わせ先>

江別市健康福祉部 介護保険課（企画・指導担当）

電話 011-381-1067

FAX 011-381-1073

調査の前に、下記の同意書にご署名をされたうえで、設問へお進みください。

江別市長 殿

同意書

私は、「在宅介護実態調査」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）の活用について、以下の事項を確認のうえ、同意します。

■ 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（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、要介護認定及び当市における高齢者等支援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。

本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

■ 本調査で得られた情報の取扱いについて

本調査で得られた情報については、江別市高齢者総合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、江別市において適切に管理いたします。

令和 年 月 日

＜ご署名＞

※調査対象者様のご署名をお願いいたします。

A票

調査対象者ご本人様について、お伺いします

◆ 調査票の該当する番号に○をつけてください。

【この調査票を記入いただいている方は、どなたですか】（複数選択可）

1. 調査対象者本人
2. 主な介護者となつている家族・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
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（3ページ）へ

問3～問13へ

※こちらを選択した方は、5・6ページの「B票」にも回答願います。

問3 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。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 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。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 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。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 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。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)
13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)

生活援助

12. 食事の準備(調理等)
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 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。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
(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(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・サービスにも含まれます。

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(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)

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問診療とは、医師が定期的にご自宅に訪問し、診療を行うことです。
訪問歯科診療や居宅療養管理指導(栄養管理や健康状態に対する助言・指導を行うもの)等は含まれません。

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つを選択)

1. 利用している ⇒ 5ページへ
2. 利用していない ⇒ 問14へ

問14 問13で「2. 利用していない」を回答した方に伺います。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

【B票の記入について】

- 問2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」の方が記入できない場合は、ご本人（調査対象者の方）がご回答・ご記入をお願いします。（ご本人がご回答・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

※主な介護者の方、もしくはご本人様が調査票の該当する番号に○をつけてください。

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 | } | 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(6ページ)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.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」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きますか
(複数選択可)

1. 特に行っていいない
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.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、勤め先からの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.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」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ねですか(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

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

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) (1~17までの中から、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、特にならない
17. 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。