

蓮田市 在宅介護実態調査

(要支援・要介護認定を受けている方)

調査についてのお願い

市民の皆様には日頃から本市の福祉行政にご理解とご協力を頂き、厚くお礼申し上げます。

この調査は、皆様の生活状況、福祉サービス及び介護保険制度や市に対するご意見等をお聴きし、「蓮田市高齢者福祉計画2024・第9期介護保険事業計画」を策定する上での基礎資料として活用するために実施するものです。

調査の対象者として、要介護・要支援認定を受け、在宅介護サービスをご利用の約1,670名の方にお送りしています。ご回答頂きました内容はすべて統計的に処理し、個人が識別できない形で活用いたします。

調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和4年12月

蓮田市長 山口京子

ご回答の前に、ご確認ください

1. この調査は、本市に在住の65歳以上の方で、要支援1・2又は要介護1～5の認定を受けており、在宅で生活されている方にご協力をお願いしております。
2. この調査は、令和4年11月1日現在の状況でお答えください。対象の方が病院等の医療機関に入院している場合は、ご回答いただく必要はありません。
3. A票(2ページ～7ページ)は封筒のあて名の方ご本人について、B票(8ページ～10ページ)は封筒のあて名の方のご家族等「主な介護者の方」について、お答えください。A票については、封筒のあて名の方ご本人のご家族の方等にご記入いただいてもかまいません。
4. ご回答は、あてはまる回答の番号を○で囲んでください。回答数は、各設問文に指定してありますので、それに従ってご回答ください。
5. ご記入いただいた調査票は、**令和5年1月6日(金)**までに、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに郵送してください。

【問い合わせ先】 蓮田市健康福祉部 長寿支援課

電話：(048) 768-3111 内線 136・148

ファックス：(048) 769-0684

メール：choju@city.hasuda.lg.jp

個人情報の取り扱いについて

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、下記にご同意頂いたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・この調査は、効果的な介護予防施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、蓮田市による高齢者福祉計画及び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、蓮田市で適切に管理いたします。
- ・ただし、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データベースに情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

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 |

必須

問2 世帯について、ご回答下さい。(1つを選択)

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

必須

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

必須

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 | | |

必須

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 |

必須

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、ご回答下さい。(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 | |

必須

※「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。（複数回答可）

1. 脳血管疾患（ <small>のうけっかんしゅっかん</small> 脳卒中）	2. 心疾患（心臓病）	オプション
3. 悪性新生物（がん）	4. 呼吸器疾患	
5. 腎疾患（透析） <small>じん</small>	6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、 <small>せきちゆうかんきょうさくしやう</small> 脊柱管狭窄症等）	
7. 膠原病（ <small>こうげんびやう</small> 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（ <small>しやうかく・しやうじやう</small> 視覚・聴覚障がいを伴うもの）	14. その他	
15. なし	16. わからない	

問8 令和4年9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）	必須
---------------	-------------------	-----------

【問8において「1. 利用した」を選択した方にお伺いします。】

問9 以下の介護保険サービスについて、令和4年9月の1か月間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○)					必須 以上
	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	
(※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
K. 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
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

【問8において「2. 利用していない」を選択した方のみ】

問10 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(複数回答可)

<ol style="list-style-type: none"> 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 	<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; display: inline-block;">オプション</div>
---	---

【問8において「1. 利用した」を選択した方のみ】

問11 現在利用している介護保険サービスの内容に満足していますか。現在複数の介護サービスを利用している場合には、総合的に評価してください。(1つを選択)

1. 満足	2. ほぼ満足	3. やや不満	4. 不満
-------	---------	---------	-------

8期 市独自

【問11で「3. やや不満」「4. 不満」を選択した方のみ】

問12 不満を感じる理由は何ですか。(複数回答可)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 希望する日や時間帯などに利用できない 2. 利用できる回数や日数が少ない 3. 事業所職員や担当者の接し方が悪い 4. 説明が不十分で、予想していたサービス内容と違った 5. サービス提供者の技術・熟練度が低い 6. 利用料金が高い 7. プライバシーや個人の尊厳への配慮がない 8. その他 () 	<div style="background-color: #ffcc00; color: black; padding: 5px; border-radius: 10px; display: inline-block;">8期 市独自</div>
--	--

問19 あなたが相談できる介護や福祉の窓口や相談先はありますか。(1つを選択)

1. ある 2. ある程度ある 3. あまりない 4. まったくない

8期 市独自

問20 介護や福祉に関する情報は入手できていますか。(1つを選択)

1. よく入手できている 2. ある程度入手できている
3. あまり入手できていない 4. まったく入手できていない

8期 市独自

問21 ^{にんちしょう}認知症などにより判断能力が不十分となった時に利用できる「^{せいねんこうけん}成年後見制度」を知っていますか。(1つを選択)

1. 名前も内容も知っている 2. 名前だけ聞いたことがある
3. 知らない(初めて聞いた)

8期 市独自

問22 今の要介護(要支援)状態が続いた場合、あなたは、今後どのような生活を希望しますか。(1つを選択)

1. 自宅で、主に家族や親族に介護をしてもらいたい
2. 自宅で、主に介護サービスなどを利用したい
3. 子どもや親族等の家に住み替えて、介護をしてもらいたい
4. バリアフリー住宅等に住み替えて、介護サービスなどを利用したい
5. 有料老人ホームなどの介護付き住宅で暮らしたい
6. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設に入りたい
7. その他
8. 特にない

8期 市独自

問23 人生の最終段階における医療や介護について、あなたの希望を身近な人と話し合ったことがありますか。(1つを選択)

1. ある 2. ない

8期 市独自

【問23で「1. ある」を選択した方のみ】

問24 誰と話し合いましたか。(複数回答可)

1. 家族 2. 主治医 3. 看護師
4. 介護関係者 5. その他

8期 市独自

問25 あなたは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホームなどの施設に入所申請をしていますか。(1つを選択)

1. 申請している(入所待ち) 2. 申請していない 3. わか

8期 市独自

【問25で「1. 申請している（入所待ち）」を選択した方のみ】

問26 その施設は、どんな（どこの）施設ですか。（複数回答可）

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. 市内の介護老人福祉施設 | 2. 市内の介護老人保健施設 | 3. 市外の介護老人福祉施設 |
| 4. 市外の介護老人保健施設 | 5. グループホーム | 6. 有料老人ホーム |
| 7. ケアハウス | 8. その他 | |

8期 市独自

問27 現在支払っている介護保険料の額について、どのように感じていますか。（1つを選択）

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| 1. 大変な負担である | 2. やや負担である | 3. それほど負担ではない |
| 4. まったく負担ではない | 5. わからない | |

8期 市独自

問28 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 |
|-----------|------------|

オプション

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問29 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 | } | ⇒ B票に進んでください |
| 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 | | | |

必須

- A票の問31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

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）。
（複数回答可）

※ 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 |

必須

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 |

オプション

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答下さい。（1つを選択）

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

オプション

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 |

オプション

問5 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答下さい。（複数回答可）

【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） | |

オプション

【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、ご回答下さい(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】		必須
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 介護や家事などを日常的に行っている 18歳未満の方がいますか。(1つを選択)

※ 上記で、「主な介護者」と回答した方を助けている場合も含みます。

1. いる	2. いない	新規独自案
-------	--------	-------

【問7で「1. いる」を選択した方のみ】

問8 平日の1日あたりに家事や家族のお世話に充てる平均的な時間はどれくらいですか。(1つを選択)

1. 1時間未満	2. 2時間未満	3. 4時間未満
4. 6時間未満	5. 8時間未満	6. 8時間以上
7. わからない	新規独自案	

【問7で「1. いる」を選択した方のみ】

問9 家族のお世話に関する悩みや不満を話せる人がいますか。(1つを選択)

1. いる	2. いない	新規独自案
-------	--------	-------

問10 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答下さい。(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11~13 | 必須 |
| | } ⇒ 調査は終了です | |

※「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10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」を選択した方のみ】

問11 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。(複数回答可)

- | | |
|--|----|
| 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 | 必須 |
|--|----|

【問10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」を選択した方のみ】

問12 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
11. 主な介護者に確認しないと、わからない | オプション |
|---|-------|

【問10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」を選択した方のみ】

問13 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 | 必須 |
|---|----|

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。