

第9期

郵送

在宅介護実態調査

【調査票】

日頃から、古賀市行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、本市では令和5年度末を目途に「介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画」を策定予定です。この計画策定にあたり、皆様の心身の状態や生活状況、日々の生活課題をお聞かせいただくために、介護認定を受けている方のうち、在宅で生活している方を対象にアンケート調査を実施します。

皆様からのご回答は貴重な資料となりますので、ご多忙中とは存じますが、本調査にご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

令和4年12月

古賀市健康介護課 介護保険係

調査票記入の際のご注意

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、

1月10日(火) までに投函してください。

調査に関してのお問い合わせ先

古賀市 健康介護課 介護保険係

〒811-3116 福岡県古賀市庄205番地 (サンコスモ古賀)

☎ 092-942-1144

FAX 092-942-1154

問 1**調査対象者様ご本人について、お伺いします****(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 |

(2) 世帯について、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（ | ） |

(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 |
|-------|-------|

(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 | | |

(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 |

**(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・入居の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、介護医療院、有料老人ホーム等、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

(7) 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・聴覚障がいを伴うもの） 14. その他
 15. なし 16. わからない

(8) 令和4年11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1（9）へ 2. 利用していない ⇒ 問1（10）へ

(9) 問1（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4年11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○）					
	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
K. ショートステイ（短期入所）	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 (医師や薬剤師等が利用者宅にて療養上の管理指導を実施するもの)	0回	1回	2回	3回	4回
(10) 問1(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 〕

(1 1) 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」に含みます。

(1 2) 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。

(1 3) 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 |
|-----------|------------|

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

**(14) ご家族やご親戚の方からの介護は、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

10ページの間4へ
進んでください

問2へ進んでください

- 問1の(14)で「2.」～「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問2・問3へのご回答をお願いします。
- 「主な介護者」の方が問2・問3へのご回答が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)がご回答願います。ご本人様のご回答が難しい場合は、問2・問3は無回答で、10ページの間4へ進んでください。

問2 主な介護者の方について、お伺いします

(1) 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(転職を除く)
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職を除く)
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。

(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

(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

(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

(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. 金銭管理や生活面で必要な諸手続き

【その他】

15. その他 () 16. わからない

(8) 問2 (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

(9) 問2 (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

(10) 問2 (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 | |

問3

主な介護者の相談相手について、お伺いします

(1) 主な介護者の心配事を聞いてくれる人について、ご回答ください (複数選択可)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(2) 主な介護者が病気で数日間寝込んだときに看病をしてくれる人について、ご回答ください (複数選択可)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(3) 主な介護者が、家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手について、ご回答ください (複数選択可)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・シニアクラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・役所 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | |

問4**調査対象者ご本人の在宅医療・介護の希望について、お伺いします****(1) 将来、どのように暮らしたいと思いますか（1つを選択）**

1. 家族のみに介護してもらいながら、自宅で暮らしたい
2. 家族の介護に加え、介護サービスを利用しながら、自宅で暮らしたい
3. 介護サービスのみ利用しながら、自宅で暮らしたい
4. 家庭的な雰囲気のある少人数で過ごす施設で暮らしたい
5. 入所者が多く、大規模な施設で暮らしたい
6. その他（ ）

(2) 自宅で介護を受ける場合、誰に介護を頼みたいですか（1つを選択）

- | | | |
|----------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他（ ） | |

(3) あなたは、ご自身が終末期に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族とどのくらい話し合ったことがありますか（1つを選択）

1. 詳しく話し合っている
2. 話し合ったことがある
3. まったく話し合ったことがない

(4) あなたが最期を過ごしたいと思う場所はどこですか（1つを選択）

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 病院などの医療施設 | 2. 自宅 |
| 3. 子どもの家 | 4. 兄弟姉妹などの親戚の家 |
| 5. 高齢者向けのケア付き住宅 | 6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 |
| 7. その他 | 8. わからない |

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。