

「桜井市老人保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定のための

在宅介護実態調査

ご協力をお願い

日頃から桜井市介護保険事業にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

桜井市では、高齢者福祉の向上と介護保険サービスの適正な運営を目的に、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「桜井市老人保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」（以下、「計画」という）を策定します。

このたび、計画を策定するにあたり、皆さまの暮らしや健康の状況をお伺いして、計画の基礎資料とさせていただくために、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方に対して、この調査をお願いすることとなりました。本調査で得られた情報につきましては、計画策定のための分析以外には利用しません。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和●年●月

桜井市長 松井 正剛

ご記入にあたってのお願い

- 次のページの内容をよくお読みの上、ご回答をお願いします。
- ご回答いただいたアンケートは同封の返信用封筒に入れて、●月●日（●）までにポストにご投函ください。（切手は不要です）

※この調査に関するご質問やお問合せは、以下までお願いします。

桜井市役所 福祉保健部 高齢福祉課
<お問合せ先> 電話：0744-42-9111
(内線2162・2163)

A 票

◆調査対象者（ご本人）について、お答えください

問1 調査対象者（ご本人）の世帯の構成をお答えください。（○は1つ）

1. ひとり暮らし 2. 夫婦のみ世帯 3. その他

問2 現時点での施設等[※]への入所・入居の検討状況をお答えください。（○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

（※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、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3 ご本人が、現在抱えている傷病をお答えください。（あてはまる疾病すべてに○）

- | | |
|---|--|
| 1. 脳血管疾患（ <small>しっかん のうそっちゅう</small> 脳卒中） | 2. 心疾患（ <small>しんしっかん</small> 心臓病） |
| 3. 悪性新生物（がん） | 4. 呼吸器疾患（ <small>しっかん</small> ） |
| 5. 腎疾患（ <small>しっかん</small> 透析） | 6. 筋骨格系疾患（ <small>しっかん こつそ しょう</small> 骨粗しょう症、 <small>せきちゅうかんきょうさくしょう</small> 脊柱管狭窄症等） |
| 7. 膠原病（ <small>こうげんびょう</small> 関節リウマチ含む） | 8. 変形性関節疾患（ <small>しっかん</small> ） |
| 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>しっかん</small> 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4 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。(○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



「2. 利用していない」を答えた方は、問5もお答えください

問5 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. 認定された要介護度では利用したいサービスが利用できない
7. 利用したいサービス事業所が近くにない
8. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
9. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
10. その他

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

問6 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスをお答えください。(総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めず。)(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 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、買い物等) |
| 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 | |

問7 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)をお答えください。(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)(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 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、買い物等) |
| 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 | |

問8 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。(ただし、訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません)(〇は1つ)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問9 家族や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 → 回答終了 < B票への記入不要
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない
3. 家族・親族の介護は、週に1～2日ある
4. 家族・親族の介護は、週に3～4日ある
5. 家族・親族の介護は、ほぼ毎日ある

< B票の記入必要 >

< B票へのご記入について >

● A票の問9で「1. ない」を回答した場合 → B票の記入不要 → 調査は終了です

● A票の問9で「2. 」～「5. 」(家族・親族の介護がある)を回答した場合のみ
「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。

B票を記入してください

< 「主な介護者」の方が同席されていない場合 >

調査対象者(ご本人)が、ご回答ください。なお、調査対象者(ご本人)がご回答することが困難な場合は、無回答で結構です。

B 票

◆主な介護者の方（もしくは調査対象者（ご本人））がお答えください

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人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おられますか。（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。また、自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。）
（〇はいくつでも）

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2 主な介護者の方はどなたですか。（〇は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3 主な介護者の方の性別をお答えください。（〇は1つ）

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

問4 主な介護者の方の年齢をお答えください。（〇は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5 現在、主な介護者の方が行っている介護・介助をお答えください。

(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 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） | 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 |
| 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を感じる介護・介助等をお答えください。（現状で行っているか否かは問いません）

(○は3つまで)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 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） | 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 |
| 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をお答えください。(○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

問8～問10へ

回答終了

(※「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. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と答え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。(○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9 問7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」と答え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。(〇は3つまで)

1. 自営業・フリーランス*等のため、勤め先はない

(※「フリーランス」とは、企業や団体などと雇用関係がなく、独立して仕事を請け負う人のことで、単発の仕事ごとに契約を結ぶ形態のこと。)

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*等）

(※「フレックスタイム制」とは、労使協定に基づき、労働者が各自の始業時刻と終業時刻を原則として自由に決められる制度のこと。)

5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワーク*等）

(※「テレワーク」とは、一般的に「遠隔勤務」と訳され、ICT（情報通信技術）を活用した、場所や時間にとらわれない柔軟な働き方のこと。)

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. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と答え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。(〇は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

● 以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。 ●

ご記入済のアンケートは、同封の返信用封筒に入れて

●月●日（●）までに ポストにご投函ください。