

## 中津川市高齢者実態調査ご協力のお願い

皆様には、日頃から介護保険行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

近年、高齢者人口の増加にともなう様々な課題に対し、地域包括ケアシステムをより深化させ、高齢者の自立支援及び要介護度の重度化防止など、介護を必要とする高齢者等が自分らしく在宅生活を続けられるための体制整備が求められています。

中津川市では現在、介護や支援を必要とする方々と家族介護者にとって住みよいまちづくりを進めており、令和5年度には第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定を予定しています。

このため、中津川市にお住まいで在宅生活している65歳以上の要介護認定者（以下「要介護者」という。）及びその介護者を対象とするアンケートを実施することとなりました。本調査で得られた情報は、中津川市個人情報保護条例に則り慎重かつ適正に管理いたします。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年〇月

中津川市長

青山節児

「在宅介護実態調査」についての同意書（チェック欄に☐を記入ください）

この調査で得られた情報及び要介護認定や介護サービスの利用状況等のデータにつきましては、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。なお、本目的以外の使用はせず、ご回答いただいた内容は適切に管理いたします。

上記調査について

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

令和      年      月      日

<回答に関してのご不明な点やこの調査に関するお問い合わせ先>

中津川市 市民福祉部 介護保険課

電話：0573（66）1111（内線642） FAX：0573（62）0058

## 在宅介護実態調査 調査票

問A 現在、この調査票に回答されているのはどなたですか。【○はいくつでも】

- ①調査対象者の関係者（複数選択）
- |                                           |                    |
|-------------------------------------------|--------------------|
| １．調査対象者ご本人（要介護者）                          | 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（                                  ） |                    |

1. ご本人（要介護者）の状況について

問1 世帯類型はどれに該当しますか。【○は1つ】

1. 単身世帯                      2. 夫婦のみ世帯  
3. その他（                                  ）

問2 家族や親族の方から介護してもらう日は、週にどのくらいありますか。  
【○は1つだけ】（同居していない子どもや親族の方等からの介護も含みます。）

1. ない ⇒ 問8へ
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

## 2. 主な介護者等の状況（属性等）について

問3 主な介護者の方は、ご本人（要介護者）から見てどなたになりますか。  
【○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4 主な介護者の方の性別はどちらですか。【○は1つ】

1. 男性 2. 女性

問5 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。【○は1つ】

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 20歳未満  | 2. 20～29歳 | 3. 30～39歳 | 4. 40～49歳 |
| 5. 50～59歳 | 6. 60～69歳 | 7. 70～79歳 | 8. 80歳以上  |
| 9. わからない  |           |           |           |

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等はどれですか。【○はいくつでも】

〔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. 屋内での移乗・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7 ご家族や親族の方で、ご本人（要介護者）の介護のために、過去1年の間に仕事※を辞めた方・転職された方はありますか。【○はいくつでも】  
（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。）

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仕事を辞めた・転職した場合も含みます。

### 3. 支援・サービス・訪問診療の利用状況・ニーズについて

問8 現在、「介護保険サービス以外」の支援・サービス※は、何を利用していますか。  
【○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 在宅生活を今後も続けていくためには、どの支援・サービス※（現在利用中を含む）が必要だと思いますか。【○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10 現時点において、施設等※への入所・入居を検討されていますか。【○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（要介護者）が、現在抱えている傷病名を教えてください。

【○はいくつでも】

- |                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| 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<br>(骨粗しょう症、脊柱狭窄症等) |
| 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       | 14. その他（<br>(視覚・聴覚障害を伴うもの)   |
| 15. なし             | 16. わからない                    |

問12 ご本人（要介護者）は、現在訪問診療※を利用していますか。【○は1つだけ】

- |           |            |
|-----------|------------|
| 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。【○は1つだけ】

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 利用している ⇒問 14 へ | 2. 利用していない ⇒問 13－1 へ |
|-------------------|----------------------|

問 13-1 介護保険サービスを「利用していない」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。【○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（要介護者）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. サービスを利用したいが手続きや利用方法が分からない |
| 9. その他（<br>)                 |

※ここからは、「主な介護者」の方がご回答ください。「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、ご本人（要介護者）がご回答ください。

#### 4. 主な介護者の勤労状況について

問14 主な介護者の方の現在の勤務形態はどれに該当しますか。【○は1つだけ】

- 1. フルタイムで働いている ⇒問14 - 1～3へ
- 2. パートタイム※で働いている ⇒問14 - 1～3へ
- 3. 働いていない ⇒問15へ
- 4. 主な介護者に確認しないとわからない ⇒問15へ

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事務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14-1 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺いします。

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. 特に調整していない
- 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）」をしながら、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

仕事と介護の両立に効果があると思う勤め先からの支援はどれですか。  
【○は3つまで】

- 問 14-3 「フルタイムまたはパートタイムで働いている」主な介護者の方にお伺い  
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。  
【○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

## 5. 介護生活を送る際の不安や困りごと

問15 （在宅生活を送る要介護者を介護している）現在の生活を今後も続けていくためには、主な介護者の方が不安に感じる介護等はどれですか。【○は3つまで】  
（現在行っているかどうかは問いません。）

〔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. 屋内での移乗・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16 新型コロナウイルスの感染拡大に際して、不安に思ったことはありますか。  
【○はいくつでも】

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 自分や家族の感染    | 2. 生活用品の不足     |
| 3. 自粛等による生活の変化 | 4. 家族、友人との人間関係 |
| 5. 偏見や差別       | 6. 自分や家族の仕事の収入 |
| 7. その他（ ）      |                |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。