

在宅介護実態調査 【調査票】

町民の皆さまには、日頃から福祉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。

本町では、3年に一度「京丹波町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行い、高齢者福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおります。このたび、本町にお住まいの65歳以上の要介護認定者の方及びその介護者の方を対象に、現在の介護サービスの利用状況や介護者の方の勤務状況等を元に、今後の介護保険制度をはじめとした高齢者福祉施策のあり方に対するお考えをお聞かせいただくため調査を実施いたします。調査結果は、令和6年度から実施する事業計画の策定のために、基礎資料として活用させていただきます。

なお、ご記入いただきました内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的には使用いたしません。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和5年1月

ご自身で記載いただくことが困難で、代理で記載いただける方がおられない場合は、下記までお問い合わせください。

京丹波町 健康福祉部 福祉支援課 高齢福祉係 82-1800

整理番号： _____

※この整理番号は、調査結果の分析に必要となる基本的な情報【性別、年齢階層、生活圏域、要介護等の認定の有無】についてのみ機械的に把握するためのものです。

個人情報の取扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認いただきますようお願いいたします。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

- 収集した個人情報は、京丹波町個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。
- 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内に情報を登録し、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。

京丹波町 健康福祉部 福祉支援課 高齢福祉係

記入後は、同封の返信用封筒に入れて、

1月●日(●曜日)までに切手を貼らずに投函してください。

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

Q1. 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 |

Q2. 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 |
|---------|-----------|--------|

Q3. 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 |
|-------|-------|

Q4. 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 | | |

Q5. 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. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 |
| 4. 要介護4 | 5. 要介護5 | 6. わからない |

Q6. 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。

Q7. あなたは、この2年間の新型コロナウイルス感染症の影響により、精神的・身体的な変化はありましたか。(1つを選択)

- | | | | |
|--------|--------------|-------|----------|
| 1. あった | 2. どちらともいえない | 3. ない | 4. わからない |
|--------|--------------|-------|----------|

Q8. 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

Q9. 新型コロナウイルス感染症の流行により、介護保険サービスの利用に影響がありましたか。(1つを選択)

1. サービスを利用できないなど影響があった	2. サービス利用を自主的に控えるなどした
3. 特に影響はなかった	

Q10. 令和4年12月の1か月の間に、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	2. 利用していない ⇒Q11へ
---------	------------------

Q11. Q10で「2. 利用していない」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. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
8. その他

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

介護保険サービスを利用された場合の利用者負担は、介護サービスにかかった費用の1割、2割または3割ですが、その残り(9割から7割)は、皆様にご負担いただいている介護保険料や国または京都府等からの公費でまかっています。そこで、サービスと保険料のバランスについてのお考えをお聞きします。

Q12. 京丹波町が今後行う介護保険サービスの整備について、どのようなあり方が望ましいと思いますか(1つを選択)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 施設が充実するなら、保険料が高くなるのは仕方ない |
| 2. 在宅サービスが充実するなら、保険料が高くなるのは仕方ない |
| 3. 保険料が高くなるのは困るので、施設の数最低限にとどめるべき |
| 4. 保険料が高くなっても、在宅・施設両方のサービスを充実すべき |
| 5. 保険料が高くならないよう、在宅・施設両方のサービスを極力増やさない |

Q13. 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. 特になし | |

※ 総合事業(要支援者やチェックリスト該当者(事業対象者)等を対象に、介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施する事業)に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

Q14. 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。

Q15. 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 |
|-----------|------------|

※ 訪問歯科診療(在宅での歯科診療)や居宅療養管理指導(医師、歯科医師、薬剤師等が自宅を訪問しての療養上の管理・指導など)等は含みません。

Q16. 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 |

※ Q16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)がご回答・ご記入いただきますようお願いいたします(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、お伺いします

Q1. ご家族やご親族の中で、A票の調査対象者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。

Q2. 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 |

Q3. 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 |
|-------|-------|

Q4. 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 |

Q5. 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. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|---------|-----------|
| 15. その他 | 16. わからない |
|---------|-----------|

Q6. 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)(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、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

Q7. 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 | 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 |

※ 「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。

Q8. Q7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行っていますか(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 |

Q9. Q7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. 特になし |
| 11. 主な介護者に確認しないと、わからない |

Q10. Q7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 | |

【自由意見欄】

介護保険制度をはじめとする高齢者福祉施策全般について、何か感じられていることがあればお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。