

第9期岩出市介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定のための調査 【在宅介護実態調査】

市民の皆さまには、日ごろから市政の運営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。

さて、岩出市では、令和6年度から8年度までにおける介護保険事業及び高齢者の福祉事業を円滑に実施するため、「第9期岩出市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」（以下「介護保険事業計画等」という。）の策定を現在進めています。

計画策定にあたり、皆さまの生活状況や意向などをお聞かせいただき、計画策定の基礎資料とするため本アンケート調査を行うものです。

この調査は、令和4年11月1日現在、岩出市にお住まいの65歳以上の方で、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のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方を対象に、無作為に抽出してお送りさせていただいています。本調査票のご返送をもちまして、本調査結果と認定調査に係る要介護認定データを合わせて検討資料とすることに同意をいただいたものとさせていただきます（詳しくは2ページをご覧ください）。

また、ご回答いただきました内容につきましては、すべて統計的に処理をするため、個人にご迷惑をおかけすることはありません。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、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。

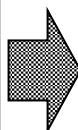
令和4年11月

岩出市生活福祉部 地域福祉課

※ご回答にあたっては、ご家族の方が回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。また、答えたくないことは、無理に答えていただく必要はありません。

※あて名のご本人（ご家族の方）が何らかの事情により回答できない場合には、その理由について下記よりあてはまるものを選び、番号に○をつけてください。

1. 病院などに入院中
2. 介護保険施設など※に入所中
3. 市外転出
4. 死亡
5. その他（ ）



これらのいずれかに該当する場合は、2ページ以降の質問にお答えいただく必要はありません。

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒でこの調査票をご返送ください。

※「介護保険施設など」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。

お手数ですが、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、12月5日(月)
までにご返送ください。

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、下記にご同意いただいたものとさせていただきます。

- 本調査で得られた情報につきましては、本市による介護保険事業計画等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、本市で適切に管理いたします。
- ご回答いただいた内容は、認定調査に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）とともに、本市における介護保険事業計画等策定に向けた基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。ご本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。
- ご回答いただいた内容は、厚生労働省から配布された自動集計分析ソフトを用いて集計分析します。国に情報提供する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理し、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。

《アンケート調査に関するお問い合わせ先》

調査事務局： 電話：0120-67-0107(フリーダイヤル)

(調査事務局:岩出市委託先会社 株式会社 関西計画技術研究所)

※お問い合わせ時間 月～金曜日 午前10時～午後5時

(調査実施主体)

岩出市役所 生活福祉部 地域福祉課 介護保険係

電話:0736-62-2141(代表) FAX:0736-61-1632

A票 あて名（認定調査対象者）のご本人について、お伺いします

質問の該当する答えの番号に○をつけてください。

記入者	1. あて名（認定調査対象者）のご本人 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（ ）
-----	--

問1 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

問2 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 ⇒ 問8～問13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
- } ⇒ 問3～問13へ
及びB票へ

問3 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 |

問4 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 | 3. 回答しない |
|-------|-------|----------|

問5 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 |

問6 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 |
|---------|-----------|

問7 ご家族やご親族の中で、あて名（認定調査対象者）の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。

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問8 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」に含めます。

問9 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。

問10 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。

問11 あて名（認定調査対象者）のご本人が、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 | |

問12 あて名（認定調査対象者）のご本人が、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 |
|-----------|------------|

※訪問診療とは、在宅療養を行う方が、疾病・傷病のため通院が困難な場合に、定期的に医師が訪問して受ける診療です。

※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(1つを選択)

1. 利用している ⇒ **【注】**へ 2. 利用していない ⇒ 問14へ

問13で「2.」を回答した場合は、問14も回答してください。

問14 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

【注】

- A票の問2(2ページ)で「1. ない」を選択された場合は、調査は終了です。ご協力ありがとうございました。6ページ以降のB票(「主な介護者の方について」の設問)にご回答いただく必要はありません。
- A票の問2(2ページ)で「2.」～「5.」を選択された場合は、6ページ以降のB票へのご回答・ご記入をお願いします。

問4 問1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 | |

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 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 | |

問6 介護のことなどで困ったとき、だれに相談しますか（複数選択可）

- | | |
|---|---------------------|
| 1. 家族・親類などの身内 | 2. 友人、知人、近所の人 |
| 3. 介護が必要なご本人 | 4. 自治会・町内会 |
| 5. 民生委員 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. ケアマネジャー | 8. 介護保険サービス事業者 |
| 9. かかりつけの医院、病院などの医療機関 | 10. 地域包括支援センター |
| 11. 市役所や福祉事務所などの公共機関 | 12. 勤務先の人 |
| 13. その他（ ） | |
| 14. 相談することはない | 15. 相談したいが、相談相手がいない |

問7 主な介護者の方が、現在、お子さん等（高校生年代以下）の子育てをされていますか（1つを選択）

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 子どもの子育てをしている ⇒ 問8へ | |
| 2. 孫や甥・姪の子育てをしている ⇒ 問8へ | |
| 3. 現在、子育てはしていない ⇒ 問9へ | ※お子さんがいない場合は「3.」をお選びください。 |

問8 問7で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方が子育てをされている最も年齢の低いお子さんについてお答えください（1つを選択）

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3歳未満 | 2. 3歳以上就学前（未就学児） |
| 3. 小学生低学年（1年生～3年生） | 4. 小学生高学年（4年生～6年生） |
| 5. 中学生 | 6. 高校生年代 |

問9 ご家族の中に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている18歳未満のお子さん（ヤングケアラー）はいますか（1つを選択）

1. いる ⇒ 問10へ

2. いない ⇒ 調査は終了です

問10 問9で「1.」と回答した方にお伺いします。家事や家族の世話などを日常的に行っている18歳未満のお子さんはどなたの世話をしていますか（複数選択可）

1. お子さんの祖父母

2. お子さんの兄弟・姉妹

3. その他（

）

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。