

藤井寺市在宅介護実態調査

【調査へのご協力をお願い】

日頃は藤井寺市の保健福祉行政、介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本市では、このたび、皆様が住み慣れた地域でいつまでもいきいきと元気に過ごし、また介護が必要な状態になっても安心して暮らし続けることができるよう、令和6年度からの第9期藤井寺市いきいき長寿プランを策定いたします。

そこで、令和4年11月1日において要支援1・2及び要介護1～5の認定を受けておられる在宅の市民の方の中から無作為に抽出された方に対し、アンケート調査を行うことになりました。

地域の実態にあった計画を策定するために大変重要な調査となりますので、皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

令和4年12月

藤井寺市長 岡田 一樹

ご記入に際しての注意事項

1. 記入は、必ず黒か青のボールペンまたは鉛筆でお願いいたします。
2. 回答にあたっては、問1～16はあて名のご本人(調査対象者ご本人)にお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
また、問17～26は主な介護者の方にお答えいただきます。
3. 回答は、あてはまる項目の番号を○で囲んでいただくもの、ご意見を記入していただくものがあります。
4. 調査票記入後は3つ折りで同封の返信用封筒(切手不要・記名不要)に入れて、12月28日(水)までに郵便ポストへ投函してください。

【調査主体】

藤井寺市 健康福祉部 高齢介護課

TEL:072-939-1164 FAX:072-939-0399

【調査に関する問合せ先】

株式会社サーベイリサーチセンター大阪事務所(調査委託先)

フリーダイヤル: 0120-186-189

受付時間:月～金曜日(土曜・日曜・祝日除く) 午前9時～12時、午後1時～5時

あなたの意見を
お聞かせください。



個人情報の取り扱いについて

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見なさせていただきます。

— 個人情報の保護および活用目的について —

- この調査は、有効な介護サービスのあり方を検討するために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、藤井寺市いきいき長寿プラン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、藤井寺市が適切に管理いたします。
- ただし、藤井寺市いきいき長寿プラン策定時に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市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。なお、情報は統計的に処理し、個人を特定することなどは一切いたしません。

この調査票にご回答されるのは、どなたですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者様ご本人 | 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 |

※アンケートのご回答にあたっては、現在の状況についてお答えください。

1 調査対象者様ご本人についてお伺いします

問1:性別はどちらですか。(○は1つ)

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

問2:令和4年11月1日現在の年齢はおいくつですか。(○は1つ)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 65～69 歳 | 2. 70～74 歳 | 3. 75～79 歳 |
| 4. 80～84 歳 | 5. 85～89 歳 | 6. 90 歳以上 |

問3:世帯類型はどのようになっていますか。(○は1つ)

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問4:調査対象者様ご本人の要介護度について、ご回答ください。(○は1つ)

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

問5:要介護認定を初めて申請したきっかけは何ですか。(○は1つ)

1. 介護保険サービスを受ける必要が生じたため	
2. 将来に備えるなど、念のために申し込みをした	
3. 配偶者が要介護認定を受けるので、一緒に受けた	
4. 知り合いが要介護認定を受けているため	
5. 家族から要介護認定を受けるよう勧められたため	
6. 医師から要介護認定を受けるよう勧められたため	
7. 病気や骨折等で入院し、退院後の見通しがたたなかったため	
8. その他()	
9. 特に理由はない	10. わからない

問6:現時点で、施設等への入所・入居を検討されていますか。(○は1つ)

※「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。

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
----------------------	---------------------	---------------------------

問7:調査対象者様ご本人が、現在抱えている傷病はありますか。(○はいくつでも)

1. 脳血管疾患(脳卒中) <small>のうけつつかんしつかん のうそちゅう</small>	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) <small>じんしつかん</small>	
6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) <small>きんこつかく こつそ しやう せきちゆうかんきやうさくしやう</small>		
7. 膠原病(関節リウマチ含む) <small>こうげんびやう</small>	8. 変形性関節疾患	9. 認知症 <small>にんちしやう</small>
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 <small>とうにようびやう</small>
13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) <small>しかく ちやうかくしやうがい</small>		
14. その他	15. ない	16. わからない

問8:認知症の症状がありますか。又はご家族に認知症の症状がある人がいますか。(1つだけ○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問9:認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つだけ○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問10:令和4年11月の1か月間に、(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。(○は1つ)

1. 利用した → 問11へ	2. 利用していない → 問12へ
-----------------------	--------------------------

☆問11は問10において、「1. 利用した」と回答された方にお伺いします。

問11:①～⑫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。(①～⑫のそれぞれに○は1つ)

項目	1週間当たりの平均利用回数					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	
①訪問介護 (ホームヘルプサービス)	1	2	3	4	5	6
②訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
③訪問看護	1	2	3	4	5	6
④訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
⑤通所介護(デイサービス)	1	2	3	4	5	6
⑥通所リハビリテーション (デイケア)	1	2	3	4	5	6
⑦夜間対応型訪問介護 (※夜間に訪問のあった回数)	1	2	3	4	5	6

項目	1か月あたりの利用の有無	
	利用した	利用していない
⑧定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2
⑨小規模多機能型居宅介護	1	2
⑩看護小規模多機能型居宅介護	1	2

項目	1か月あたりの利用日数				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	
⑪ショートステイ	1	2	3	4	5

項目	1か月当たりの利用回数				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	
⑫居宅療養管理指導	1	2	3	4	5

☆問12は問10において、「2. 利用していない」と回答された方にお伺いします。

問12: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. 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。

問13:現在利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスは何ですか。(○はいくつでも)

※民間のサービスも含まれます。

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

問14: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)は何ですか。(○はいくつでも)

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含まれます。

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

問15:調査対象者様ご本人は、現在、訪問診療を利用されていますか。(○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

問16:ご家族やご親族の方(同居していない場合を含む)から週にどのくらい介護を受けていますか。(○は1つ)

1. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない	→ 問17へ
2. 週に1~2日ある	
3. 週に3~4日ある	
4. ほぼ毎日ある	
5. ない → 質問は終了です	

- ここからは、問16で「1」~「4」(家族や親族の介護を受けている)と回答された方への質問になります。「主な介護者」の方にご回答をお願いいたします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、調査対象者様ご本人にご回答・ご記入をお願いいたします。

2 主な介護者の方についてお伺いします

問17:ご家族やご親族の中で、調査対象者様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)(○はいくつでも)

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方も含みます。

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18:主な介護者の方は、どなたですか。(○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19: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20:主な介護者の方の令和4年11月1日現在の年齢はおいくつですか。(○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21:現在、主な介護者の方が行っている介護等はどうのことですか。(○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、人工肛門等) | |
| 〔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22:現在の生活を継続していくにあたって、現在行っていない介護も含め、主な介護者の方が不安を感じる介護等は何ですか。(○は3つまで)

- | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------|
| 〔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、人工肛門等) | |
| 〔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 | 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問23:主な介護者の方の現在の勤務形態についてお伺いします。(○は1つ)

※「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。

- | | | |
|----------------|-----------------------|-----------|
| 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 | ➔ 問24へ |
| 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 | ➔ 質問は終了です |

☆問24～26は問23において、「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」と回答された方にお伺いします。

問24: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25: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。(○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
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

問26:主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていくことができると思われますか。(○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

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

このアンケート調査票は、同封の返信用封筒(切手不要・記名不要)に入れて、
12月28日(水)までに郵便ポストへ投函してください。