

第10期印西市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

在宅介護実態調査 調査票（案の抜粋）

「介護認定を受けている方」への向けアンケート

問1 あなたの性別を教えてください(1つに○)

1. 男性

2. 女性

問2 あなたの令和5年3月1日現在の年齢を教えてください(1つに○)

1. 65～69歳
3. 75～79歳
5. 85～89歳
7. 95～99歳

2. 70～74歳
4. 80～84歳
6. 90～94歳
8. 100歳以上

問3 現在のお住まいはどの圏域ですか、あてはまる圏域名を選んでください(1つに○)

圏域名	参考: 圏域に含まれる地区
1. 北部	木下・木下南・竹袋・別所・宗甫・木下東・平岡・平岡官堤・小林・小林官堤・小林官堤腹・小林北・小林浅間・小林大門下・大森・鹿黒・鹿黒南・亀成・発作・相嶋・浅間前・大森官堤・浦部・浦部村新田・白幡・浦幡新田・高西新田・小倉・和泉・牧の台
2. 南部	小倉台・大塚・牧の木戸・木刈・武西学園台・戸神台・中央北・中央南・内野・原山・高花
3. 船穂	草深・東の原・西の原・原・泉・松崎・松崎台・結縁寺・多々羅田・武西・戸神・船尾・泉野
4. 印旛	瀬戸・山田・平賀・平賀学園台・吉高・萩原・松虫・岩戸・師戸・鎌苅・大廻・造谷・つくりや台・吉田・美瀬・舞姫・若萩
5. 本塙	中根・荒野・角田・竜腹寺・惣深新田飛地・滝・物木・笠神・行徳・川向・下曾根・中・萩埜・桜野・押付・佐野屋・和泉屋・甚兵衛・立埜原・松木・中田切・下井・長門屋・酒直卜杭・安食卜杭・将監・本塙小林・滝野・みどり台・牧の原

問4 あなたの要介護認定について、あてはまるものを教えてください(1つに○)

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

問5 あなた(ご本人)の家族構成について教えてください(1つに○)

1. 1人暮らし 2. 夫婦2人暮らし 3. その他の世帯()

問6 あなたの住まいの形態について教えてください(1つに○)

1. サービス付き高齢者向け住宅 2. 住宅型有料老人ホーム 3. いずれでもない

問7 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について教えてください(1つに○)

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8 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つに○)

1. ない ⇒問12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9へ

以下は問8で「2.」～「5.」を選択した方のみお答えください。

問9 主な介護者の方(主に介護している方)はどなたですか(1つに○)

1. 配偶者(夫又は妻) 2. 子(息子・娘)
3. 子の配偶者(子の夫又は子の妻) 4. 孫
5. 兄弟・姉妹(夫又は妻の兄弟姉妹含む) 6. その他()

問 10 主な介護者の方の性別について教えてください(どちらかに○)

1. 男性

2. 女性

問 11 主な介護者の方の年齢について教えてください(1つに○)

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 12 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて教えてください(あてはまるものすべてに○)

1. 配食

2. 調理

3. 掃除・洗濯

4. 買物(宅配は含まない)

5. ゴミ出し

6. 外出同行(通院、買物など)

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. 寝たきり高齢者等への訪問理美容

11. その他()

12. 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 13 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)について教えてください
(あてはまるものすべてに○) ※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。

1. 配食

2. 調理

3. 掃除・洗濯

4. 買物(宅配は含まない)

5. ゴミ出し

6. 外出同行(通院、買物など)

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. 寝たきり高齢者等への訪問理美容

11. その他()

12. 特になし

問 14 あなた(ご本人)が、現在抱えている傷病について教えてください
(あてはまるものすべてに○)

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 15 あなた(ご本人)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つに○)

- | | |
|-----------|------------|
| 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 16 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つに○)

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

問 16-①～③、⑤へ

問 16-①～③は、問 16 で「1. 利用している」を選択した方のみお答えください。

問 16-① 令和5年2月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない(6)」を選択してください
(それぞれあてはまるもの1つに○)

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	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
(※回答例) ●サービス	6	1	2	3	4	5
1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	6	1	2	3	4	5
2. 訪問入浴介護	6	1	2	3	4	5
3. 訪問看護	6	1	2	3	4	5
4. 訪問リハビリテーション	6	1	2	3	4	5
5. 通所介護 (デイサービス)	6	1	2	3	4	5
6. 通所リハビリテーション (デイケア)	6	1	2	3	4	5
7. 夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数を回答)	6	1	2	3	4	5

	利用の有無(1つに○)	
	1. 利用して いない	2. 利用した
8. 定期巡回・随時対応型訪問介護 看護	1. 利用して いない	2. 利用した
9. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用して いない	2. 利用した
10. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用して いない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(1つに○)				
	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	6	1	2	3	4

	1か月あたりの利用回数(1つに○)				
	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	6	1	2	3	4

問 16-② 介護サービスの利用によってあなたの心身の状態は維持・向上していますか
(1つに○)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 向上した | 2. やや向上した |
| 3. 維持している | 4. やや悪化した |
| 5. 悪化した | 6. わからない |

問 16-③ ケアマネジャーを総合的にみてどのように感じていますか(1つに○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 満足している | 2. やや満足している |
| 3. どちらともいえない | 4. やや不満である |
| 5. 不満である | 6. わからない |

問 16 で「2. 利用していない」を選択した方のみお答えください。

問 16-④ 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか
(あてはまるものすべてに○)

- | |
|-----------------------------|
| 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わからない |
| 9. その他() |

「主な介護者(ご家族・ご親族など)」の方向けアンケート

主な介護者の方(ご家族・ご親族)にお伺いします

問 17 主な介護者の方(主に介護している方)の健康状態はどうですか(1つに○)

- | | |
|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |
| 5. わからない | |

問 18 現在、主な介護者の方が行っている介護等について教えてください
(あてはまるものすべてに○)

【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()

問 19 ご家族やご親族の中で、ご本人(あて名の方)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) (あてはまるものすべてに○)

- | |
|-----------------------|
| 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

※自営業や農林業のお仕事を辞めた方を含みます。

問 20 主な介護者の方の現在の勤務形態について教えてください(1つに○)

- | | | |
|-----------------|---|-----------------|
| 1. フルタイムで働いている | } | ⇒問 21～問 23
へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | ⇒問 24 へ |
| 4. その他() | | |

以下の問 21～問 23 は、問 20 で「1.」「2.」を選択した方(働いている方)のみお答えください。

問 21 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(あてはまるものすべてに○)

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. その他()

問 22 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○)

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. 特にない
11. わからない

※自営業は農家等を含みます。

問 23 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていいけそうですか(1つに○)

1. 問題なく、続けていいける
2. 問題はあるが、何とか続けていいける
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. わからない

【ここからは、再び介護者の方全員がお答えください。】

問 24 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教えてください(現状で行っているか否かは問いません)(全体で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. わからない | |

問 25 施設等への入所・入居をせず、在宅での介護を続ける場合、ご近所や地域の方に何をしてもらえると助かると思いますか(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 安否確認や声かけ | 2. 話し相手 |
| 3. 家事手伝い | 4. ゴミ出し |
| 5. 電球の交換や庭木の手入れ | 6. 通院や外出の付添い、送迎 |
| 7. 買物 | 8. 災害時の手助け |
| 9. その他() | 10. 特にない |

問 26 印西市では、介護保険制度のしくみなどをわかりやすく説明したパンフレット「みんなのあんしん介護保険」を配っています。内容についてお聞かせください(1つに○)

- | |
|----------------|
| 1. わかりやすかった |
| 2. 質問したい内容があった |
| 3. まだ読んでいない |

4. 持っていない
5. その他(具体的に:)

問 27 認知症の方が自宅で生活を続けるために、地域に必要なことは何だと思いますか
(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症の方や、介護する家族が通える場・集える場
 2. 認知症の方が活動・活躍する場
 3. 認知症を理解する方が増える
 4. ボランティアなどの支援
 5. 近所の方の見守りや声かけの支え
 6. その他()
 7. 必要なことはない

問 28 「認知症初期集中支援チーム」を知っていますか(1つに○)

問 29「成年後見制度」について知っていますか(1つに○)

問30 成年後見制度の印西市相談窓口は、「成年後見支援センター」ですが知っていますか(1つに○)

1. 知っている 2. 知らない

■成年後見制度とは

成年後見制度は、「認知症などによって判断能力が低下した場合に、その人をサポートする成年後見人を家庭裁判所が選び、選ばれた成年後見人に財産などの管理や、施設等入居の契約、役場での各種手続き等をしてもらう制度」です。

問31 今後、成年後見制度について、相談してみたいと思いますか(1つに○)

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1. 相談したい | 2. 今はまだ相談の必要はないが、いずれ相談したい |
| 3. 相談するつもりはない | 4. その他() |

以上で質問は終了です。