

# 在宅介護実態調査(案)

この調査票が届いた皆様へ

皆様には、日頃から富良野市の高齢者福祉・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。

さて、富良野市では、令和3年度から令和5年度までの3年間を計画期間とする「第8期富良野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」の策定にあたり、要介護・要支援認定を受けられた方の日頃の生活状況などについて伺い、計画策定に向けた基礎資料とするため、アンケート調査を実施いたします。

今回の調査は、本市在住の在宅の要介護・要支援認定を受けられた方のうち、更新申請を行った方に対し実施いたします。

ご回答いただいた調査内容のうち、認定調査などに関するデータは、統計的な処理を行い、計画策定やその施策の推進のための基礎資料としてのみ使用し、その他の目的で使われることは一切ありません。このことについて、ご同意の上、ご回答くださいますようお願いいたします。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和2年 月

## 富良野市 (保健福祉部高齢者福祉課)

問合せ先	介護企画係
電話	39-2255
住所	富良野市弥生町1番3号 (総合保健センター2階)

## 【調査票の回答にあたって】

1. 回答にあたっては、ご本人と主な介護者の方についてお答えいただきますが、ご家族の方が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
2. 回答にあたっては、該当する番号に○を付けてください
3. 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、  
**5月 日（ ）まで**に郵便ポストへお出しください



**(6) (3) で「1. ない」以外を回答した方にお伺いします  
主な介護者の方の年齢について、ご回答ください (1つ選択)**

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

**(7) (3) で「1. ない」以外を回答した方にお伺いします  
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 |
|---------|-----------|

**(8) (3) で「1. ない」以外を回答した方にお伺いします**

**ご家族やご親族の中で、ご本人（調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年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）（1つを選択）**

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職を除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職を除く）
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も含みます。

**●ここから再び、調査対象者の方全員にお伺いします。**

**(9) 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（食事の配達）                          | 2. 調理            |
| 3. 掃除・洗濯                              | 4. 買い物（宅配を含まない）  |
| 5. ゴミ出し                               | 6. 外出同行（通院・買い物等） |
| 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（地域の人たちとのつながりを深める集まり）など定期的な通いの場 |                  |
| 10. その他                               | 11. 特になし         |

**(10) 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（食事の配達）                         | 2. 調理            |
| 3. 掃除・洗濯                             | 4. 買い物（宅配を含まない）  |
| 5. ゴミ出し                              | 6. 外出同行（通院・買い物等） |
| 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（地域の人たちとの繋がりを深める集まり）など定期的な通いの場 |                  |
| 10. その他                              | 11. 特になし         |

※介護保険サービス、介護保険サービス以外の支援・サービスともに含みます。

**(11) 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、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を指します。

**(12) ご本人（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） |                            |              |
| 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    |



## B 票 主な介護者の方について、お伺いします

### (1) 主な介護者の方はどちらにお住まいですか（1つを選択）

1. 同居
2. 別居（市内）
3. 別居（市外）

### (2) 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。

### (3) (2)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、介護するにあたって、何か働き方についての調整等をしていきますか（1つを選択）

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



**(4) (2) 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. 特にない
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

**(5) (2) 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、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、主な介護者全員にお伺いします

**(6) 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を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. 衣服の脱着       |
| 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 |                      |

**(7) 調査対象者の現在の介護度を教えてください（1つを選択）**

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



**(11) 今後の介護サービス利用意向についてお答えください（それぞれにあてはまる番号に○を付けてください）**

	利用したい	現在利用している	利用しない	わからない
1. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）	①	②	③	④
2. 訪問入浴介護（移動入浴車での入浴）	①	②	③	④
3. 訪問看護（看護師の訪問）	①	②	③	④
4. 訪問リハビリテーション（リハビリ専門職の訪問）	①	②	③	④
5. 通所介護（デイサービス）	①	②	③	④
6. 通所リハビリテーション（デイケア）	①	②	③	④
7. 短期（生活・療養）入所（ショートステイ）	①	②	③	④
8. 住宅改修・福祉用具の貸与と購入	①	②	③	④
9. 小規模多機能型居宅介護（通い・訪問・泊まり）	①	②	③	④
10. 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）※1	①	②	③	④
11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護※2	①	②	③	④
12. 夜間対応型訪問介護※3	①	②	③	④
13. 認知症対応型通所介護（認知症の方専門のデイサービス）	①	②	③	④

※1 小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護のサービスを提供できる事業所が行うサービス

※2 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス

※3 夜間の定期巡回や通報時夜間訪問介護のサービス

**(12) 今後（将来）はどのような介護方法を考えていますか（1つを選択）**

---

1. 自宅で介護を主としながら、公的サービスを利用して介護したい
2. 公的サービスを十分に利用して、負担にかからないようにしたい
3. 自宅で家族のみで介護したい
4. 特別養護老人ホームなど、介護施設に入所させたい
5. わからない

**(13) 自由意見（介護での困りごとなどの意見を記入してください）**

---

**★★★以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました★★★**