

(宛名ラベル)

第9期

郵送

飯塚市在宅介護実態調査  
【調査票】(案)

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 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、  
\_\_\_\_月 \_\_\_\_日( )までに投函してください。

記入日	令和	年	月	日
調査票を記入されたのはどなたですか。 ○をつけてください。				
1. あて名のご本人が記入				
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 )				
3. その他				
4. あて名ご本人の性別 ( 男性 ・ 女性 )				
5. あて名ご本人の年齢 (65～74 歳 ・ 75～84 歳 ・ 85～94 歳 95～104 歳 ・ 105 歳以上)				

飯塚市 高齢介護課 総務係

## はじめに

皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から介護保険事業にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

飯塚市では、令和5年に予定している高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定の基礎資料とするため、アンケート調査をお願いすることとしました。

この調査は、「適切な在宅生活の継続のためにどのようなサービスが必要であるか」を把握するため、厚生労働省が示す調査項目・方法に準拠して実施をするものです。

対象者は、令和5年1月末時点において、市内に居住する要支援・要介護認定者の方のうち、1,000名を無作為に抽出しております。

なお、収集した個人情報、飯塚市個人情報保護条例に基づき適正に取り扱うこととお約束いたします。

ご同意の上、調査にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

## 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】

- 本調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価の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、市町村による介護保険事業計画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、飯塚市内で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に、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町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

※  : 必須項目  : オプション項目  : 飯塚市独自項目

↑この部分や網掛けについては、実際の調査票には記載しません



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、ご本人（認定調査対象者）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（いくつでも）

- |                    |             |                   |
|--------------------|-------------|-------------------|
| 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・福祉外等） | 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（いくつでも）

- |                    |            |                   |
|--------------------|------------|-------------------|
| 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・福祉外等） | 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、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 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（いくつでも）

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・聴覚障がいを伴うもの）
14. その他
15. なし
16. わからない

問12 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
2. 利用していない

● 問13で「2.」を回答した人のみにお伺いします。

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（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

●調査対象者（あて名ご本人）がご家族やご親族から介護を受けている方 ⇒次頁のB票へ  
（A票問2で「2」～「5」と回答された方）

●上記以外の方 ⇒最終頁（高齢者福祉や介護保険についてのご意見・ご要望）へ

問1 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        | } | 問2～問5へ |
| 2. パートタイムで働いている       |   |        |
| 3. 働いていない             | } | 問5へ    |
| 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。

問2 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、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（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3 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、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えますか（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    |                            |

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 |                      |

☆● ご本人様について、お伺いします。

☆問6 あなたは、人生の最期を迎えるとしたら、どこを希望していますか（1つを選択）

- |         |            |          |
|---------|------------|----------|
| 1. 自宅   | 2. 何かしらの施設 | 3. わからない |
| 4. その他（ |            | ）        |

☆問6-2 【問6で「2. 何かしらの施設」の方のみ】どのような施設ですか（いくつでも）

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1. 病院           | 2. ホスピス・緩和ケア病棟    |
| 3. 老人ホームなどの福祉施設 | 4. 高齢者向けのケア付き集合住宅 |

☆問6-3 【問6で「2. 何かしらの施設」の方のみ】施設を選択した理由はなんですか。（いくつでも）

- |                   |                               |            |
|-------------------|-------------------------------|------------|
| 1. 家族の介護負担が心配     | 2. 看取ってくれる医師がいない              | 3. お金が大変そう |
| 4. 自宅では痛みなどに苦しみそう | 5. かかっていた医師や施設職員のもとで最期までみてほしい |            |
| 6. その他（           |                               | ）          |

☆問6-4 あなたは、希望する場所で人生の最期を迎えることが可能な状況にありますか（1つを選択）

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. 可能だと思う ⇒ 問7へ  | 2. 支援などがあれば可能だと思う ⇒ 問7へ |
| 3. どちらでもない ⇒ 問7へ | 4. 不可能に近い               |
| 5. 不可能           | 6. わからない ⇒ 問7へ          |

☆問6-5 【問6-4で「4. 不可能に近い」「5. 不可能」の方のみ】あなたが最も不可能だと思う要因はなんですか

- |                      |          |           |
|----------------------|----------|-----------|
| 1. 家族の介護力            | 2. 一人暮らし | 3. 経済的な理由 |
| 4. 家族や友人などに迷惑をかけたくない | 6. その他（  | ）         |

