

本庄市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の ための要介護認定者調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには、日ごろより市政発展のため、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

本市では、高齢者の皆様の生活実態や課題を把握するとともに、ご意見やご要望を広くお聞きし、今後の施策に反映させるためのアンケート調査を実施することといたしました。この調査の調査結果と、市が把握している要介護度や日常生活状況、利用しているサービスの状況等を組み合わせて集計を行うことで、今後本市に必要なサービスを検討するための資料とし、令和5年度に策定する新たな「高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」(計画期間:令和6年度～令和8年度)の基礎資料といたします。

なお、このアンケートの対象者は、過去2年間において要介護認定の申請をされた被保険者 1,000 人の方です。また、このアンケート調査は、無記名で行われ、統計的に処理されます。ご回答いただきました内容は、調査目的以外に使用することはありません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、趣旨をご理解いただき、調査へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和4年 xx 月 本庄市

☆ご回答にあたってのお願い

- 宛名ご本人にご回答いただくA票と、主な介護者の方にご回答いただくB票に分かれています。宛名ご本人の記入が難しい場合は、ご本人のお考えを聞きながらご家族や介護者等の方が代わってご回答ください。
- 表紙の左上に記載されている識別番号は、集計・分析を行うために記載されており、この番号がない調査票は無効票として取り扱われます。切り取ったり塗りつぶしたりしないでください。
- ご回答いただいた調査票は、**令和4年 xx 月 xx 日(xx)までに**同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、投函してください。

☆アンケートに関するお問い合わせ先

本庄市 福祉部 地域福祉課 電話:0495-25-1142

介護保険課 電話:0495-25-1719

A票**宛名のご本人についてお聞きします。**

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 3. 主な介護者以外の家族・親族 |
| 2. 主な介護者となっている
家族・親族 | 4. その他 |

問2 世帯類型についてご回答ください。(1つに〇)

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

問3 ご本人の年齢についてご回答ください。(1つに〇)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89歳 |
| 2. 65～69歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90歳以上 |
| 3. 70～74歳 | | |

問4 ご本人の要介護度についてご回答ください。(1つに〇)

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5 |
| | 5. 要介護3 | 8. わからない |

問5 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つに〇)

※「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 | 3. すでに入所・入居申し込みをしている |
| 2. 入居・入所を検討している | |

問6 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。（○はいくつでも）

1. 脳血管疾患（脳卒中）	9. 認知症
2. 心疾患（心臓病）	10. パーキンソン病
3. 悪性新生物（がん）	11. 難病（パーキンソン病を除く）
4. 呼吸器疾患	12. 糖尿病
5. 腎疾患（透析）	13. 眼科・耳鼻科疾患 （視覚・聴覚障害を伴うもの）
6. 筋骨格系疾患 （骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）	14. その他
7. 膠原病（関節リウマチ含む）	15. なし
8. 変形性関節疾患	16. わからない

問7 令和4年11月の1か月の間に、（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7-1へ	2. 利用していない → 問7-2へ
-----------------	--------------------

※問7-1は、問7で「1. 利用した」と回答した方にお聞きします。

問7-1 以下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。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」を選択してください。（それぞれ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
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 （訪問のあった回数を回答）	1	2	3	4	5	6

	利用の有無（それぞれ1つに○）	
	利用していない	利用した
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

	1か月あたりの利用回数（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	1	2	3	4	5

	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	1	2	3	4	5

※問7-2は、問7で「2. 利用していない」と回答した方にお聞きします。

問7-2 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	5. 利用料を支払うのが難しい
2. 本人にサービス利用の希望がない	6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
3. 家族が介護をするため必要ない	7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
4. 以前、利用していたサービスに不満があった	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

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。
(○はいくつでも)

※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。

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他 |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

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。(○はいくつでも)

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他 |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

問10 ご本人（調査対象者）は現在、訪問診療を利用していますか。（1つに○）

※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11 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 → 調査は終了です

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

→ B 票へお進みください

B 票**主な介護者の方についてお聞きします。**

- A票の問11で「2.」～「5.」を選択した場合は、「主な介護者」にB票への回答をお願いします。
- 「主な介護者」の回答が難しい場合は、ご本人（調査対象者）に回答をお願いします（ご本人の回答が困難な場合は無回答で結構です）。

問12 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。（○はいくつでも）

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く） | 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く） | 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| 3. 主な介護者が転職した | 6. わからない |

問13 主な介護者はどなたですか。（1つに○）

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 3. 子の配偶者 | 5. 兄弟・姉妹 |
| 2. 子 | 4. 孫 | 6. その他 |

問14 主な介護者の方の性別についてご回答ください。（1つに○）

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

問15 主な介護者の方の年齢についてご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 4. 40代 | 7. 70代 |
| 2. 20代 | 5. 50代 | 8. 80歳以上 |
| 3. 30代 | 6. 60代 | 9. 分からない |

問 16 現在、主な介護者が行っている介護等についてご回答ください。(○はいいくつでも)

身体 介護	1. 日中の排泄	7. 屋内の移乗・移動
	2. 夜間の排泄	8. 外出の付き添い、送迎等
	3. 食事の介助（食べる時）	9. 服薬
	4. 入浴・洗身	10. 認知症状への対応
	5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）
	6. 衣服の着脱	
生活 援助	12. 食事の準備（調理等）	14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
	13. その他の家事 （掃除、洗濯、買い物等）	
その他	15. その他	16. わからない

問 17 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○)

身体 介護	1. 日中の排泄	7. 屋内の移乗・移動
	2. 夜間の排泄	8. 外出の付き添い、送迎等
	3. 食事の介助（食べる時）	9. 服薬
	4. 入浴・洗身	10. 認知症状への対応
	5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）
	6. 衣服の着脱	
生活 援助	12. 食事の準備（調理等）	14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
	13. その他の家事 （掃除、洗濯、買い物等）	
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 18 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つに○）

※「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

3. 働いていない → **調査は終了です**

4. 主な介護者に確認しないと、わからない → **調査は終了です**

問 18-1～問 18-3
も回答ください

※問 18-1 から問 18-3 は、問 18 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」と回答した方にお聞きします。

問 18-1 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。（○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 18-2 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. 主な介護者に確認しないと、わからない

問 18-3 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つに○）

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

質問は以上で終わりです。ご協力いただきありがとうございました。