

# 香南市在宅介護実態調査



## はじめに

市民の皆さまには、日頃から市行政へのご理解、ご協力をいただきありがとうございます。  
さて、香南市では、高齢者福祉の一層の充実と介護保険制度の円滑な実施に向け、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の策定を行います。

高齢者を地域で支え合い、安心して暮らせる体制づくりを進めるために、介護を行っている方（介護者）の実態把握を目的とした「これからの介護保険のための調査」を実施することになりました。

今回の調査は、国が示した調査項目で実施し、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」を検討するうえでの基礎資料とさせていただきます。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ですが、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5年2月

— 香南市高齢者介護課 —

なお、収集した個人情報は香南市個人情報保護条例に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

調査票記入後は、折りたたまずに同封の返信用封筒に入れて、  
3月3日（金）までに投函してください。

【お問い合わせ先】

香南市役所 高齢者介護課

電話（直通）0887-57-8510

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和5年1月1日現在、要支援1・2、要介護1～5の方です。
2. ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方やご本人を担当しているケアマネジャーがご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されても結構です。
3. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。

**介護**…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

**介助**…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

### 記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。

① はい

2. いいえ

### 【個人情報の取扱いについて】

この調査は、ご本人の要介護認定データ（認定調査、主治医意見書、介護度など）と併せて分析を行い、香南市における高齢者支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

#### 【分析例】

- 介護者が就労を続けられている場合のサービスの種類や内容
- 家族の介護に対する不安が軽減されるサービス
- 本人の在宅生活の継続につながるサービス など

本調査票のご返送をもちまして、上記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。



数字に〇をしてください

## A票：基本事項について

**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。(いくつでも〇)

1. あて名のご本人
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. あて名のご本人のケアマネジャー
5. その他

**問2** あて名のご本人の世帯類型について、ご回答ください。(1つだけ〇)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

**問3** あて名のご本人は、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つだけ〇)

1. ない
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に進んでください。**

**問4** あて名のご本人を、主に介護している方は、どなたですか。(1つだけ〇)

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

**問5** あて名のご本人を、主に介護している方の性別について、ご回答ください。(1つだけ〇)

1. 男性
2. 女性

**問6** あて名のご本人を、主に介護している方の年齢について、ご回答ください。(1つだけ〇)

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

**問7** 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。(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、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8** ご家族やご親族の中で、あて名の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)  
(いくつでも○)

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。

●問9からは再び、全員が回答してください。

問9	現在、あて名のご本人が利用している「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		

※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。(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		

※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つだけ○)
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 12 あて名のご本人が、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. がん(悪性新生物)               | 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 13 あて名のご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。(1つだけ○)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 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 14 あて名のご本人は、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つだけ○)

- |            |                                |
|------------|--------------------------------|
| 1. 利用している  |                                |
| 2. 利用していない | —————→ <b>問 14-1 に進んでください。</b> |

問 14-1 問 14 で、「2.」と回答した方にお伺いします。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

**問3で「1」を選択された方への質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。**

**問3で「2」～「5」を選択された方は、B 票に進んでください。**

## B票：主な介護者の方にお聞きします



数字に○をしてください

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つだけ○)

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

問2～問5へ

問5へ

※「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つだけ○)

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

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○)

**【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

**ご協力ありがとうございました。  
記入もれがないか、再度お確かめください。**

記入した調査票を切り離すことなく、同封した返信用封筒に入れ  
**3月3日(金)まで**に切手を貼らずに投函してください。