

3. お達者プランの策定状況について

(1) 在宅介護実態調査について



加賀市健康福祉部長寿課

令和2年8月20日

在宅介護実態調査

目的	第8期介護保険事業計画の策定において、これまでの「地域包括ケアシステムの構築」という観点に加え、「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」といった観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスのあり方を検討することを目的とする。	
調査対象者	在宅で生活をしている要支援・要介護認定保有者 (ただし、施設等の入居者を除く)	
発送日	令和2年7月28日	(回収期間:8月17日まで)
発送数	1,891件(郵送方式)	
回収数	668件(回収率:35.3%) 8月13日現在	
調査項目数	27項目	
設問内容	【基本調査項目(国基準)】 <ul style="list-style-type: none"> ・世帯類型 ・サービス利用状況 ・介護保険サービス以外の支援やサービス利用状況 ・施設等への入居・入所の希望 ・家族等の介護の有無 ・介護者の就労制約の可否に係る意識 ・家族等介護者が不安に感じている介護 	【市独自項目】 <ul style="list-style-type: none"> ・同居の有無 ・介護者の主観的健康感 ・介護期間 ・紙おむつの使用実態(8期追加) ・現在のサービスで不足していることや必要としている支援内容について
その他	回収後、認定情報と関連付け	

在宅で介護されている方へ

加賀市「在宅介護実態調査」について（お願い）

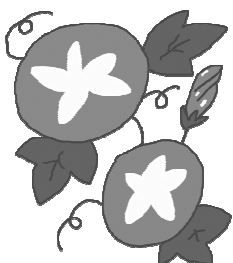
加賀市の高齢者(65 歳以上)は、令和 2 年 4 月 1 日現在で 22,746 人（市の人口の 34.5%）、3 人に 1 人が高齢者という状況にあり、今後、少子高齢化がますます進む状況にあります。

そこで加賀市では、こうした社会情勢、高齢者を取り巻く環境の変化を鑑み、要介護者やそのご家族が安心して在宅生活を継続できるよう、介護をしている方々がどのような支援を必要とされているのか意識調査を行い、より具体的な支援内容を今回の実態調査において把握したいと考えています。本調査にて把握した実態を基に、次年度からの第 8 期介護保険事業計画に反映できればと考えています。

ご多忙の折、お手数をおかけしますが、調査へのご協力をお願い申し上げます。

なお、入院中の方は調査対象ではありませんので、大変お手数ですが調査票等は破棄いただきますようお願いいたします。

1. 実施主体 加賀市（担当：長寿課）
2. 調査対象者 在宅で生活をされている要支援・要介護認定者ご本人様
又は、そのご家族様（同居、別居は問いません）
※ 入院中の方は除きます。
3. 調査方法 郵送調査
（ご記入の上、同封の返信用封筒により切手を貼らずに返送してください。）
4. 返送期限 **令和 2 年 8 月 17 日（月）**までに投函ください。
5. 留意事項
 - ①ご自身で調査票を記入いただくことが難しい場合は、他の家族の方の代筆等によりご協力いただければ幸いです。
 - ②回答によって利益や不利益を受けることはありません。
 - ③ご回答頂いた結果は、厳重に秘密を守り、調査以外の目的に使用することはいたしません。
・調査票の返信をもって、この調査への趣旨に同意していただけたものとさせていただきます。
 - ④この調査の回答は**令和 2 年 7 月 1 日現在**でお答えください。
 - ⑤今年度、計画を策定するため様々なアンケート調査を行っております。重複して調査票の送付がある場合はご了承ください。
※本調査の結果を反映した計画(第 8 期介護保険事業計画)については、令和 3 年 3 月ごろ市のホームページに掲載予定です。



【この調査に対するお問合せ先】



加賀市役所健康福祉部長寿課

電話：0761-72-7853

FAX：0761-72-1665

在宅介護実態調査 調査票

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

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（複数回答可）

1. 調査対象者本人
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. その他

問2 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

問3 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、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4 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（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5 令和2年7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（1つを選択）

1. 利用した ⇒問7へ
2. 利用していない ⇒問6へ

問6 問5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（複数選択可）

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（ ）

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問7 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
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8 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
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。

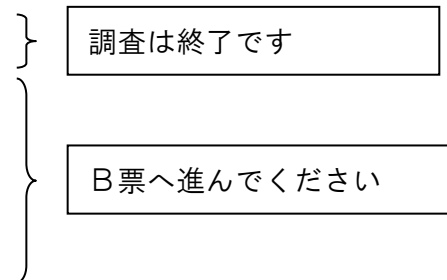
問9 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つを選択）

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10 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つを選択）

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



- A票の問 10 で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）

B票 主な介護者の方について、お伺いします

問1 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。

問2 主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

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

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つを選択）

1. 男性
2. 女性

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

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

問5 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 | |

問7 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 | } <input type="text" value="問8へ"/> |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } <input type="text" value="問11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8 問7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行っていますか（複数選択可）

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9 問7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10 問7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11 主な介護者との同居の有無について伺います。

1. 要介護者と同居
2. 要介護者と近距離な別居

↳ ① 同町内 ・ ② 市内

3. 要介護者と遠距離（市外）な別居
4. 同じ敷地内の別居
5. その他（ ）

問12 主な介護者の健康感は、主観的にどのような状態ですか

1. とても健康
2. まあまあ健康
3. あまり健康でない
4. 健康でない

問13 介護の期間はどれくらいですか

1. 3ヶ月未満
2. 3ヶ月以上～半年未満
3. 半年以上～1年未満
4. 1年以上～2年未満
5. 2年以上～3年未満
6. 3年以上～5年未満
7. 5年以上～10年未満
8. 10年以上～

問14 介護者どうしが話し合える座談会のような場面は必要だと思いますか

1. 必要だと思う
2. 必要だとは思わない

問 15 紙おむつの利用について、毎月いくら程度利用していますか（1つを選択）

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. 紙おむつの利用はない | 2. 月 3,000 円未満 |
| 3. 月 3,000 円以上 5,000 円未満 | 4. 月 5,000 円以上 7,000 円未満 |
| 5. 月 7,000 円以上 10,000 円未満 | 6. 月 10,000 円以上 |

問 16 紙おむつの購入にあたり、一番都合のいい方法を選んでください（1つを選択）

1. 紙おむつの利用はない
2. 近くの店舗で購入し、自分で持って帰る
3. 近くの店舗で購入し、配送してもらう
4. 通信販売で購入
5. その他（具体的に _____)

問 17 介護サービス事業所（ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス等）の職員は、主な介護者が困っていること、不安、求めていること等の話をよく聞いてくれますか（1つを選択）

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. よく聞いてくれる | 2. まあ聞いてくれる |
| 3. あまり聞いてくれない | 4. まったく聞いてくれない |

問 18 要介護者が安心して在宅で生活を続けられるためには、現在の介護サービスで不足していることや、必要な支援がありますか（複数回答可）

1. 夜間にも自宅でホームヘルプや看護が受けられること
2. 自宅に医師が訪問して診療してくれること
3. ふだん通っている介護拠点などで、希望すれば（緊急時含む）泊まれること
4. 入浴のみ、食事のみ、リハビリのみなど、短時間の通所でのサービスが受けられること
5. 要介護者の希望に応じて外出支援が受けられること
6. 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）以外でも身近な場所での相談できる場所や人がいる
7. 家族がいなくときの見守りや宅配での食事の提供があること
8. 近所の見守りや理解があること
9. 早朝・夜間の通所
10. 介護・福祉・医療の情報提供のしくみづくり
11. 主な介護者が介護しやすい職場環境
12. 介護者のための認知症について勉強ができる機会があること
13. 介護者同士の情報交換の場があること
14. その他（具体的に _____)
15. わからない

最後に、在宅介護に対する意見等があれば、ご自由にご記入ください。



整理番号 [_____]

実態調査は以上です。ご協力ありがとうございました。
記入漏れがないか、今一度お確かめください。