

(宛名ラベル)

## 東郷町在宅介護実態調査

(第9期東郷町高齢者福祉計画アンケート調査票)

皆様には、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本町福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本町では、3年に一度「東郷町高齢者福祉計画」を策定し、高齢者福祉や介護保険の事業運営に取り組んでおります。この度、令和6年度からの計画策定に向けて、高齢者の皆様のニーズや地域の課題を把握するため、「在宅介護実態調査」を実施させていただきます。

この調査は、本町在住の要支援・要介護認定者の方から、無作為に抽出させていただいた1,000名の方を対象として実施します。ご回答いただきました内容については、計画策定のため必要となる貴重な資料とさせていただきますので、ご協力をお願いします。

令和5年1月

東郷町長 井俣 憲治

※ご記入いただいた内容は、皆様にとって大切な個人情報であるという認識に立ち、東郷町個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。

《ご記入に当たってのお願い》

- ・この調査は、令和4年12月1日現在、65歳以上の「調査票の宛名」の方と主な介護者の方が対象です。
- ・回答する際は、当てはまる選択肢の番号を○で囲む等各設問の指示に従ってください。
- ・令和5年1月1日を基準日とした内容で回答してください。
- ・何らかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方等が聞き取りの上、代筆していただくか、ご本人の意思を尊重して代わって回答してください。
- ・設問中の「あなた」とは、調査票の宛名の方のことを指します。

《調査票の回収について》

- ・ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れて、2月14日(火)までに投函してください。
- ・切手は必要ありません。

《調査についての問合せ》

東郷町役場 福祉部 高齢者支援課 電話 (0561) 56-0735 (直通)

|                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 記入日                                                                                  | 令和 5 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. 宛名のご本人が記入<br>2. 主な介護者となっているご家族やご親族が記入<br>3. 主な介護者以外のご家族やご親族が記入<br>4. その他 (      ) |            |

### 個人情報の保護及び活用目的について

この調査は、効果的な高齢者福祉政策の立案と効果評価のために行うものです。ご回答いただいた内容は全て統計的に処理するとともに、東郷町個人情報保護条例に基づき適正に取扱い、調査目的以外には利用いたしません。

なお、この調査の分析に当たっては、要介護認定情報（認定調査、介護認定審査会のデータ）及び給付データを使用させていただきます。

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させていただきます。

### A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします。

#### 1. あなた自身のことについて

問1 世帯類型について、ご回答ください。（1つ選択）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他 (      )

問2 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つ選択)

※介護しているご家族やご親族が2人以上いらっしゃる場合は、介護している日数が週にどのくらいあるか（累計）をご回答ください。

1. ない
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない
3. 週に1～2日ある
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

## 2. サービスや支援について

問3 令和4年12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つ選択)

1. 利用した ⇒ 問5へ
2. 利用していない ⇒ 問4へ

問4 問3で「2. 利用していない」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. サービスを利用する意思がない
3. 家族に介護をしてもらうため必要ない
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身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用したため
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5 今後利用したい、または今後必要だと思われる支援・サービス・制度は何か。 (複数選択可)

1. 在宅で生活するためのデイサービスやヘルパー等
2. 特別養護老人ホームや有料老人ホーム等の施設サービス
3. 認知症対応のデイサービスやグループホーム
4. 医療保険による訪問診療や介護保険による訪問看護等の医療系サービス
5. 住宅改修や福祉用具貸与（購入）等の環境改善サービス

6. ひとり暮らし高齢者の登録
7. 緊急通報システム設置
8. 配食サービス
9. 高齢者タクシー料金助成
10. 介護用品（おむつ等）購入費助成
11. 外出支援サービス
12. 理髪サービス
13. 栄養相談
14. 成年後見制度
15. ひとり歩き高齢者等位置情報提供サービス導入助成

16. 調理
17. 掃除
18. 洗濯
19. 買い物支援
20. ゴミ出し
21. 通院時の付き添い
22. 見守り・安否確認・声かけ
23. スマホ教室

25. その他 ( )

### 3. 今後の生活の場所について

問6 あなたは、人生の最期をどのように迎えたいか家族と話し合ったことがありますか。(1つ選択)

1. 詳しく話し合い、意思表示の書面を作成している
2. 詳しく話し合っている
3. 一応話し合ったことがある
4. まったく話し合ったことがない

問7 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。(1つ選択)

1. 自宅
2. 医療機関
3. 介護施設
4. 子の家
5. その他 ( )

問8 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。

#### 4. 地域包括支援センターについて

問9 あなたは、地域包括支援センターを知っていますか。(1つ選択)

1. 知っている ⇒ 問10へ      2. 知らない ⇒ 問13へ

問10 問9で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。あなたが、地域包括支援センターの役割として知っているものはどれですか。  
(複数選択可)

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1. 高齢者の総合相談窓口          | 2. 高齢者虐待の相談受付   |
| 3. 成年後見制度の利用支援         | 4. 地域のネットワークづくり |
| 5. ケアマネジャーへの支援や指導      | 6. 介護予防講座の開催    |
| 7. 要支援の認定を受けた人のケアプラン作成 | 8. 在宅医療と介護の連携推進 |
| 9. 認知症の総合支援            | 10. 名前だけ知っている   |

問11 問9で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。あなたは、地域包括支援センターを利用したことがありますか。(1つ選択)

1. 利用したことがある ⇒ 問12へ      2. 利用したことはない ⇒ 問13へ

問12 問11で「1. 利用したことがある」と回答した方にお伺いします。今後も地域包括支援センターを利用したいですか。(はい・いいえ1つ選択)

1. はい ⇒

※その理由(複数選択可)

- ア 気軽に相談できる雰囲気だったから  
イ 担当者の対応が良かったから  
ウ すぐに対応してもらえたから  
エ 行きやすかった(利便性が良かった)から  
オ その他( )

2. いいえ ⇒

※その理由(複数選択可)

- ア 気軽に相談しづらかったから  
イ 担当者の対応が不親切だったから  
ウ 対応が迅速ではなかったから  
エ 行きにくかった(利便性が悪かった)から  
オ その他( )

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

## 5. 介護保険料について

問 13 介護保険料の使われ方で、あなたが知っているものはどれですか。

(複数選択可)

1. 自宅や施設で生活する人のためのサービス（居宅サービス、施設サービス）
2. 福祉用具の購入やレンタル、住宅改修、介護用品助成
3. 配食サービス
4. 介護予防に関する教室（元気アップ教室等）
5. 社会参加ポイント制度
6. 在宅での医療や介護、認知症理解に関する講演会や認知症カフェ
7. 地域での支え合い活動の支援
8. 地域包括支援センターの運営
9. 知らない

問 14 今後の介護保険料のあり方について、あなたの考えに一番近いものはどれですか。(1つ選択)

1. 介護サービスが充実するならば、保険料が高くなるのはやむを得ない
2. 介護サービスは現在の保険料でまかなえる範囲でよい
3. 介護サービスが不足しても構わないので、保険料は安いほどよい
4. その他（ ）

## 6. 地域での支え合いや地域活動について

問 15 地域の人との付き合いは、どのようなですか。(複数選択可)

1. 困った時に何でも助け合える人がいる
2. 困った時に内容によっては助けてくれる人がいる
3. 相談できる人がいる
4. 世間話をする程度の人がある
5. 挨拶をする程度の人がある
6. ほとんど付き合いがない

問 16 あなたが地域の人に手助けや協力をしてほしいことは何ですか。

(複数選択可)

- |                       |                 |            |
|-----------------------|-----------------|------------|
| 1. 声かけ                | 2. 安否確認         | 3. 災害時の手助け |
| 4. 交通安全防犯活動(地域の見回り)   | 5. 悩み事や心配事の相談相手 |            |
| 6. ゴミ出し               | 7. 電球換え         | 8. 庭掃除     |
| 9. 家具の移動              | 10. 送迎          | 11. 買い物支援  |
| 12. ペットの世話            | 13. 話し相手        |            |
| 14. サロン等の地域住民の集まる場所作り |                 |            |
| 15. 知識・経験を生かしたもの      | 16. その他( )      |            |
| 17. 特になし              |                 |            |

問 17 あなた自身が、地域の人に対して手助けや協力できることは、何ですか。

(複数選択可)

- |                       |                 |            |
|-----------------------|-----------------|------------|
| 1. 声かけ                | 2. 安否確認         | 3. 災害時の手助け |
| 4. 交通安全防犯活動(地域の見回り)   | 5. 悩み事や心配事の相談相手 |            |
| 6. ゴミ出し               | 7. 電球換え         | 8. 庭掃除     |
| 9. 家具の移動              | 10. 送迎          | 11. 買い物支援  |
| 12. ペットの世話            | 13. 話し相手        |            |
| 14. サロン等の地域住民の集まる場所作り |                 |            |
| 15. 知識・経験を生かしたもの      | 16. その他( )      |            |
| 17. 特になし              |                 |            |

問 18 あなたの住む地域には、どのような地域活動が不足していると思いますか。  
(複数選択可)

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 区・自治会の活動       | 2. 老人クラブの活動          |
| 3. ボランティア活動       | 4. 地区のサロン活動（茶話会や教室等） |
| 5. 町民活動団体（NPOを含む） | 6. 町主催の介護予防教室        |
| 7. 不足していない        | 8. その他( )            |

**B票** 主な介護者の方について、お伺いします。

- B票は、「主な介護者」の方に以下のご回答をお願いします。  
「主な介護者」がいない場合は、B票への回答は不要です。

1. 主な介護者自身のことについて

問1 主な介護者の方は、どなたですか。(1つ選択)

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

問2 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(1つ選択)

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 回答しない |
|-------|-------|----------|

問3 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 |

問4 ご本人に対しては、どのくらい介護を続けていますか。(1つ選択)

- |             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. 半年未満     | 2. 半年以上1年未満  | 3. 1年以上3年未満 |
| 4. 3年以上5年未満 | 5. 5年以上10年未満 | 6. 10年以上    |
| 7. わからない    |              |             |

問5 主な介護者の方の、一日の平均的な介護時間はどのくらいですか。(身体介護だけでなく、家事等の見守りも含めてお答えください)(1つ選択)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 2時間未満       | 2. 2時間以上4時間未満 |
| 3. 4時間以上6時間未満  | 4. 6時間以上8時間未満 |
| 5. 8時間以上10時間未満 | 6. 10時間以上     |
| 7. わからない       |               |

問6 主な介護者の方の、健康状態はいかがですか。(1つ選択)

- |              |           |
|--------------|-----------|
| 1. 非常に健康     | 2. まあ健康   |
| 3. あまり健康ではない | 4. 健康ではない |
| 5. わからない     |           |

問7 主な介護者の方は、介護保険の情報や高齢者サービスの情報を主にどこ(誰)から得ていますか。(複数選択可)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 家族・親族      | 2. 友人・知人       |
| 3. 役場の窓口      | 4. 町の広報・ホームページ |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 社会福祉協議会     |
| 7. 民生委員児童委員   | 8. NPO等の団体     |
| 9. 病院やクリニック   | 10. 介護事業所      |
| 11. ケアマネジャー   | 12. 新聞・テレビ・ラジオ |
| 13. インターネット   | 14. その他( )     |
| 15. 情報は得ていない  | 16. わからない      |

## 2. 仕事と介護の両立について

問8 ご家族やご親族の中で、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)(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

※自営業や農業等の仕事を辞めた方を含みます。

問9 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つ選択)

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. フルタイムで働いている  | } ⇒ 問10～問12へ |
| 2. パートタイムで働いている |              |
| 3. 働いていない       | } ⇒ 問13へ     |
| 4. 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10 問9で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするに当たって、何か働き方についての調整等をしていますか。  
(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(有給や介護休暇等)」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. わからない

問 11 問9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. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
2. 制度を利用しやすい職場環境
3. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制等）
4. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワーク等）
5. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
6. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
7. 介護をしている従業員への経済的な支援
8. 自営業等のため、勤め先からの支援はない
9. その他（ ）
10. 特になし
11. わからない

問12 問9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. わからない

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

### 3. 介護する上での負担について

問 13 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。(複数回答可)

〔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 14 介護をしているとき、不安に感じることはありますか。(1つ選択)

- |           |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| 1. よくある   | 2. ときどきある | 3. あまりない |
| 4. まったくない | 5. わからない  |          |

問 15 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. わからない |                      |

#### 4. 介護者への支援について

問 16 主な介護者の方には、介護の手助けや介護に関する悩みを相談できる人がいますか。(1つ選択)

1. いる                      2. いない                      3. わからない

問 17 介護者の支援としてあると良いもの（参加したいもの）はどれですか。（複数選択可）

1. 介護者同士の情報交換や交流ができる場
2. 介護の方法を学べる講座
3. 専門職への相談の場
4. 身体を動かす等のリフレッシュの場
5. 文化鑑賞等のリフレッシュの場
6. 介護保険施設や有料老人ホーム等の見学会
7. 参加したいものはない
8. その他（
9. わからない

問 18 これまでに介護者の支援事業に参加したことはありますか。(1つ選択)

1. 参加したことがある ⇒ 終了      2. 参加したことが無い ⇒ 問 19へ

問 19 問 18 で「2. 参加したことが無い」と回答した方にお伺いします。  
その理由は次のどれですか。(複数選択可)

1. 参加する時間がない
2. 疲れていて参加する気力がない
3. 内容がよくわからない
4. 必要としていない
5. 他に介護する人がいない
6. 介護者の支援事業があることを知らない
7. その他（ ）

～ 以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。 ～

