

## 第9期東郷町高齢者福祉計画策定アンケート調査項目（国ひな形と町の独自質問項目）

## 在宅介護実態調査

国ひな形の欄の「必須」は必須項目、「選択」はオプション項目、「町」は町独自の質問項目

| 問番号 | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 国ひな形 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A票  | 調査対象者様ご本人について、お伺いします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |
| 問1  | 世帯類型について、ご回答ください。（1つ選択）<br>1. 単身世帯    2. 夫婦のみ世帯    3. その他（    ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 必須   |
| 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）<br>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<br>3. 週に1～2日ある    4. 週に3～4日ある    5. ほぼ毎日ある                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 必須   |
| 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）<br>1. 利用した    2. 利用していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 選択   |
| 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）<br>1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない<br>2. サービスを利用する意思がない<br>3. 家族に介護をしてもらうため必要ない<br>4. 以前、利用していたサービスに不満があった<br>5. 利用料を支払うのが難しい<br>6. 利用したいサービスが身近にない<br>7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用したため<br>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<br>9. その他（    ）                                                                                                                                        | 選択   |
| 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・制度は何ですか。（複数選択可）<br>〔介護保険サービス〕<br>1. 在宅で生活するためのデイサービスやヘルパー等<br>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<br>3. 認知症対応のデイサービスやグループホーム<br>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<br>5. 住宅改修や福祉用具貸与（購入）等の環境改善サービス<br>〔在宅生活のための支援・サービス〕<br>6. ひとり暮らし高齢者の登録<br>7. 緊急通報システム設置<br>8. 配食サービス<br>9. 高齢者タクシー料金助成<br>10. 介護用品（おむつ等）購入費助成<br>11. 外出支援サービス<br>12. 理髪サービス<br>13. 栄養相談<br>14. 成年後見制度<br>15. ひとり歩き高齢者等位置情報提供サービス導入助成 | 町※   |

| 問番号  | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 国ひな形 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|      | <p>〔その他の生活支援〕</p> <p>16. 調理    17. 掃除    18. 洗濯    19. 買い物支援    20. ゴミ出し</p> <p>21. 通院時の付き添い    22. 見守り・安否確認・声かけ</p> <p>23. スマホ教室    24. その他（ ） 25. 特になし</p> <p>※国ひな形ではオプションの質問として「今後の在宅生活の継続に必要と<br/>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<br/>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）」が<br/>ある。選択肢は一部共通。</p>                                                |      |
| 問 6  | <p>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）</p> <p>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<br/>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<br/>たことがない</p>                                                                                                                                                                                           | 町    |
| 問 7  | <p>あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。（1つ選択）</p> <p>1. 自宅    2. 医療 機関    3. 介護施設    4. 子の家</p> <p>5. その他（ ）</p>                                                                                                                                                                                                                                                | 町    |
| 問 8  | <p>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<br/>い。（1つ選択）</p> <p>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</p> <p>3. すでに入所・入居申し込みをしている</p>                                                                                                                                                                                                                       | 必須   |
| 問 9  | <p>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）</p> <p>1. 知っている    2. 知らない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 町    |
| 問 10 | <p>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<br/>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。</p> <p>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<br/>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<br/>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<br/>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<br/>知症の総合支援    10. 名前だけ知っている</p>                                                     | 町    |
| 問 11 | <p>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<br/>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）</p> <p>1. 利用したことがある    2. 利用したことはない</p>                                                                                                                                                                                                                                  | 町    |
| 問 12 | <p>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<br/>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）</p> <p>1. はい<br/>※その理由 複数選択可<br/>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<br/>ウすぐに対応してもらえたから    エ行きやすかった（利便性が良かつ<br/>た）から    オその他（ ）</p> <p>2. いいえ<br/>※その理由 複数選択可<br/>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<br/>ウ対応が迅速ではなかったから    エ行きにくかった（利便性が悪かつ<br/>た）から    オその他（ ）</p> | 町    |

| 問番号  | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 国ひな形 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 問 13 | <p>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）</p> <p>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）<br/> 2. 福祉用具の購入やレンタル、住宅改修、介護用品助成<br/> 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）<br/> 5. 社会参加ポイント制度<br/> 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<br/> 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<br/> 9. 知らない</p>                                      | 町    |
| 問 14 | <p>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）</p> <p>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<br/> 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<br/> 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<br/> 4. その他（    ）</p>                                                                                                                                     | 町    |
| 問 15 | <p>地域の人との付き合いは、どのようですか。（複数選択可）</p> <p>1. 困った時に何でも助け合える人がいる<br/> 2. 困った時に内容によっては助けてくれる人がいる<br/> 3. 相談できる人がいる    4. 世間話をする程度の人がある<br/> 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</p>                                                                                                                                                | 町    |
| 問 16 | <p>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）</p> <p>1. 声かけ    2. 安否確認    3. 災害時の手助け    4. 交通安全<br/> 防犯活動（地域の見回り）    5. 悩み事や心配事の相談相手<br/> 6. ゴミ出し    7. 電球換え    8. 庭掃除    9. 家具の移動<br/> 10. 送迎    11. 買い物支援    12. ペットの世話    13. 話し相手<br/> 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<br/> もの    16. その他（    ）    17. 特になし</p>     | 町    |
| 問 17 | <p>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）</p> <p>1. 声かけ    2. 安否確認    3. 災害時の手助け    4. 交通安全<br/> 防犯活動（地域の見回り）    5. 悩み事や心配事の相談相手<br/> 6. ゴミ出し    7. 電球換え    8. 庭掃除    9. 家具の移動<br/> 10. 送迎    11. 買い物支援    12. ペットの世話    13. 話し相手<br/> 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<br/> もの    16. その他（    ）    17. 特になし</p> | 町    |
| 問 18 | <p>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）</p> <p>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<br/> 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）<br/> 6. 町主催の介護予防教室    7. その他（    ）<br/> 8. 不足していない</p>                                                                                                                       | 町    |

| 問番号 | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                      | 国ひな形 |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| B票  | 主な介護者の方について、お伺いします。                                                                                                                                                                                                                                            |      |
| 問1  | 主な介護者の方は、どなたですか。（1つ選択）<br>1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者 4. 孫 5. 兄弟・姉妹<br>6. その他（ ）                                                                                                                                                                                      | 選択   |
| 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）<br>1. 男性 2. 女性 3. 回答しない                                                                                                                                                                                                          | 選択   |
| 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）<br>1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代<br>6. 60代 7. 70代 8. 80歳以上 9. わからない                                                                                                                                                       | 必須   |
| 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）<br>1. 半年未満 2. 半年以上 1年未満 3. 1年以上3年未満<br>4. 3年以上5年未満 5. 5年以上10年未満 6. 10年以上<br>7. わからない                                                                                                                                           | 町    |
| 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）<br>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<br>4. 6時間以上8時間未満 5. 8時間以上10時間未満<br>6. 10時間以上 7. わからない                                                                                               | 町    |
| 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）<br>1. 非常に健康 2. まあ健康 3. あまり健康ではない<br>4. 健康ではない 5. わからない                                                                                                                                                                             | 町    |
| 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）<br>1. 家族・親族 2. 友人・知人 3. 役場の窓口<br>4. 町の広報・ホームページ 5. 地域包括支援センター<br>6. 社会福祉協議会 7. 民生委員児童委員 8. NPO等の団体<br>9. 病院やクリニック 10. 介護事業所 11. ケアマネジャー<br>12. 新聞・テレビ・ラジオ 13. インターネット<br>14. その他（ ） 15. 情報は得ていない 16. わからない | 町    |
| 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）<br>1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）<br>2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）<br>3. 主な介護者が転職した<br>4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した<br>5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない<br>6. わからない                                  | 必須   |
| 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）<br>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<br>3. 働いていない 4. わからない                                                                                                                                                                     | 必須   |

| 問番号  | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 国ひな形 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 問 10 | <p>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）</p> <p>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<br/> 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<br/> 5. 介護のために、「2.」「4.」以外の調整をしながら、働いている<br/> 6. わからない</p>                                                                                        | 必須   |
| 問 11 | <p>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）</p> <p>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）<br/> 4. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワーク等）<br/> 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<br/> 8. 自営業等のため、勤め先からの支援はない    9. その他（    ）<br/> 10. 特にない    11. わからない</p>                              | 選択   |
| 問 12 | <p>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）</p> <p>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<br/> 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<br/> 5. わからない</p>                                                                                                                                                                                                         | 必須   |
| 問 13 | <p>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）</p> <p>〔身体介護〕</p> <p>1. 日中の排泄    2. 夜間の排泄    3. 食事の介助（食べる時）<br/> 4. 入浴・洗身    5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）<br/> 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<br/> 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）</p> <p>〔生活援助〕</p> <p>12. 食事の準備（調理等）    13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）<br/> 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>〔その他〕</p> <p>15. その他    16. わからない</p> | 選択   |
| 問 14 | <p>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）</p> <p>1. よくある    2. ときどきある    3. あまりない<br/> 4. まったくない    5. わからない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           | 町    |

| 問番号  | 質問文（※は備考）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 国ひな形 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 問 15 | <p>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）</p> <p>〔身体介護〕</p> <p>1. 日中の排泄      2. 夜間の排泄      3. 食事の介助（食べる時）</p> <p>4. 入浴・洗身      5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）</p> <p>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</p> <p>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）</p> <p>〔生活援助〕</p> <p>12. 食事の準備（調理等）      13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）</p> <p>14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>〔その他〕</p> <p>15. その他      16. 不安に感じていることは、特にない</p> <p>17. わからない</p> | 必須   |
| 問 16 | <p>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）</p> <p>1. いる      2. いない      3. わからない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 町    |
| 問 17 | <p>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）</p> <p>1. 介護者同士の情報交換や交流ができる場</p> <p>2. 介護の方法を学べる講座</p> <p>3. 専門職への相談の場</p> <p>4. 身体を動かす等のリフレッシュの場</p> <p>5. 文化鑑賞等のリフレッシュの場</p> <p>6. 介護保険施設や有料老人ホーム等の見学会</p> <p>7. その他</p> <p>8. 参加したいものはない</p> <p>9. わからない</p>                                                                                                                                                                                                                      | 町    |
| 問 18 | <p>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）</p> <p>1. 参加したことがある      2. 参加したことが無い</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 町    |
| 問 19 | <p>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）</p> <p>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</p> <p>3. 内容がよくわからない      4. 必要としていない</p> <p>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</p> <p>7. その他</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   | 町    |

参考：国が提示しているオプション設問のうち前回入れてないもの

| 設問                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A票                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>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）</p> <p>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）<br/> 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<br/> 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</p> |
| <p>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）</p> <p>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<br/> 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）<br/> 8. 見守り、声掛け      9. サロンなどの定期的な通いの場      10. その他（      ）<br/> 11. 特になし</p>                                                                                                                   |
| <p>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。（一つ選択）</p> <p>1. 利用している      2. 利用していない</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |