

## 墨田区在宅介護実態調査

(墨田区高齢者福祉総合計画・第8期介護保険事業計画策定のためのアンケート調査)

## 調査についてお願い

区民の皆さまには日ごろから区政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

このたび、墨田区では、「墨田区高齢者福祉総合計画・第8期介護保険事業計画」を令和2年度に策定するにあたり、皆様のご意見等をお聞きするためのアンケート調査を実施することにいたしました。

この調査は、要介護者の方の在宅生活の継続や、ご家族等介護者の方の就労継続に有効なサービスのあり方を検討するため、厚生労働省の在宅介護実態調査手法により実施するものです。調査の対象者は、墨田区にお住まいの要支援・要介護認定を受けている方のうち、令和元年 月以後に更新・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方の中から1,200名を無作為に選ばせていただきました。

ご回答いただきました内容は、統計的に処理するとともに、「墨田区個人情報保護条例」に基づき適正に取り扱います。また、要支援・要介護認定データと関連付けた分析を行うため、認定データを活用しますが、利用については墨田区情報公開制度及び個人情報保護制度運営審議会の一括承認事項に該当していることを申し添えます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

本調査の実施については、株式会社日本能率協会総合研究所に委託しております。

令和元年 月 墨田区

## 《記入にあたってのお願い》

1. この調査票は、【A票：あなた（あて名ご本人）について】と【B票：主な介護者の方について】の2種類あります。
2. あて名のご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族や周りの方にお手伝いいただくか、あて名のご本人の意見を聞いた上で代わりにご記入ください。
3. 回答にあたっては、該当するものの番号を で囲むもの、具体的にご記入いただくものがありますので、質問文に従ってご回答ください。
4. ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、  

月 日 ( ) までに

 お近くの郵便ポストに投函してください。
5. 返信用封筒にこの調査票以外の他の書類を入れないでください。
6. なお、本調査にご協力いただけない場合には、調査票に「調査拒否」と記載の上、ご返送ください。

ご不明な点等がございましたら、下記までお問い合わせください。

【調査内容・回答方法】株式会社日本能率協会総合研究所

電話 0120- - (フリーダイヤル)

受付時間 午前10:00～午後5:00(土日祝除く)

【調査の趣旨】墨田区 福祉保健部 介護保険課 管理・計画担当

電話 03-5608-1179(直通)

受付時間 午前8:30～午後5:00(土日祝除く)

**A票****あなた（あて名ご本人）について**

このA票を回答するのは、どなたですか。（いくつでも）

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. あて名ご本人        | 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. 調査対象者のケアマネジャー    |
| 5. その他( )        |                     |

以下の質問における、「あなた」とは封筒のあて名ご本人のことです。

問1 あなたの世帯類型について、ご回答ください。（1つに）

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

問2 あなたは、ご家族やご親族から、週にどのくらい介護を受けていますか（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. 受けていない（問8（次頁）へ進む）      | } ( 問3～問13へ進む ) |
| 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                 |                 |

問3（あなたを介護する）主な介護者の方は、どなたですか。（1つに）

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

問4（あなたを介護する）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5（あなたを介護する）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 | 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 |

（次ページへ進む）

問6 現在、主な介護者の方が行っている、あなたへの介護等は、次のうちどれですか。  
(いくつでも )

[身体介護]	
1. 日中の排せつ	2. 夜間の排せつ
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7 ご家族やご親族の中で、あなた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。また、自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます)。(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

ここから再び、全員の方がお答えください。

問8 現在、あなたが利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスは、次のうちどれですか(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)。  
(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、買い物等)
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	

( 次ページへ進む )

問9 あなたが、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)は、次のうちどれですか(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)。(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、買い物等) |
| 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              |                  |

問10 あなたは、施設等への入所・入居について検討していますか(「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)。(1つに )

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

問11 あなたが、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. 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12 あなたは、現在、訪問診療を利用していますか(訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません)。(1つに )

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問13 あなたは、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つに )

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 利用している( 問15へ進む) | 2. 利用していない( 問14へ進む) |
|--------------------|---------------------|

( 次ページへ進む )

問 14 問 13 で「2」と回答した方にお伺いします。

あなたが、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わからない |
| 9. その他( )                   |

問 15 「看取り」とは、患者が望む場所(自宅や介護施設、病院等)と方法で死期まで見守り看病する事を指します。あなたは看取りの言葉や内容についてご存じでしたか。(1つに )

- |                |             |            |
|----------------|-------------|------------|
| 1. 言葉も内容も知っていた | 2. 言葉は知っていた | 3. はじめて知った |
|----------------|-------------|------------|

問 16 あなたは人生の最終段階で、どのような方針で医療やケアを受けたいですか。(1つに )

- |                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 治療を優先した医療を受けたい | 2. 自分のやりたいことや生活を優先した医療を受けたい |
| 3. できるだけ医療を受けたくない | 4. その他( )                   |
| 5. 決めていない         | 6. わからない                    |

問 17 あなたは、問 16 の回答内容や在宅療養、緊急の入院時等に希望する医療を伝えていきますか。(1つに )

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 伝えている ( ~ へ進む) | 2. 伝えていない ( ~ へ進む) |
|-------------------|--------------------|

あなたは、その希望を誰に伝えていきますか。(いくつでも )

- |             |               |           |
|-------------|---------------|-----------|
| 1. 家族・親族    | 2. 友人・知人・近所の人 | 3. かかりつけ医 |
| 4. かかりつけ薬剤師 | 5. 看護師        | 6. ヘルパー   |
| 7. 民生委員     | 8. その他( )     |           |

あなたは、その希望をどのように伝えていきますか。(1つに )

- |                     |             |               |
|---------------------|-------------|---------------|
| 1. 文書に記載して伝えて<br>いる | 2. 口頭で伝えている | 3. その他<br>( ) |
|---------------------|-------------|---------------|

時間の経過や病状等の変化に応じて、あなたの希望を伝える話合いや確認が繰り返し行われていますか。(1つに )

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 行われている | 2. 行われていない |
|-----------|------------|

あなたは自らの意思を伝えられない状態になったときに備えてあなたの意思を推定する人を決めていきますか。(1つに )

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 決めていない | 2. 決めていない |
|-----------|-----------|

**問 18 成年後見制度 ( )を知っていますか。(1つに )。**

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. 内容をよく知っている       | 2. だいたいの内容は知ってる |
| 3. 名前は知っているが内容は知らない | 4. はじめて聞いた      |

成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、本人の権利を守る援助者を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

**問 19 あなたご本人の収入について、1年間の手取り金額(年収から事業経費や税金、社会保険料などを差し引いた収入総額)をお答えください。(1つに )**

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 100万円以下   | 2. 101～200万円 | 3. 201～300万円 |
| 4. 301～400万円 | 5. 401～500万円 | 6. 501～600万円 |
| 7. 601～700万円 | 8. 701万円以上   | 9. 収入はない     |

**問 20 介護保険サービスと介護保険料について、あなたのお考えに最も近いものは次のうちどれですか。(1つに )**

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 介護保険料が多少高くなっても介護保険サービスが充実している方がよい |
| 2. 介護保険料も介護保険サービスの量も今くらいが妥当である       |
| 3. 介護保険サービスを抑えても介護保険料は安い方がよい         |
| 4. その他( )                            |
| 5. わからない                             |

**問 21 最後に、墨田区の高齢者福祉や介護保険について、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。**

-----
-----
-----

**次頁からの B 票は、A 票の問 2 で「2」～「5」と回答した方が調査対象となります。調査票へのご回答は「主な介護者」の方がご記入ください。**

「主な介護者」の方が回答できない場合は、あて名のご本人が、ご回答・ご記入をお願いします(ご回答が困難な場合は、無回答で結構です。このまま、同封の返信用封筒に入れ、投函してください)。

**B 票****主な介護者の方について**

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つに )

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1.フルタイムで働いている        | } ( 問2 ~ 問5 へ進む ) |
| 2.パートタイムで働いている       |                   |
| 3.働いていない             | } ( 問5 へ進む )      |
| 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2 問1で「1」または「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」または「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つまでに )

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 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」または「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 |                     |

ここから再び、全員の方にお伺いします。

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を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つまでに )

[身体介護]		
1. 日中の排せつ	2. 夜間の排せつ	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6 あなたは介護の息抜き(レスパイト)をするにあたり、どのようなサービスを利用されていますか。利用頻度の最も多いもの1つに をつけてください。(1つに )

1. ショートステイの利用	2. (看護)小規模多機能型居宅介護の利用
3. デイサービスの利用	4. 保険外サービスの家事援助等の利用
5. 保険外サービスのお泊まりデイの利用	6. 家族・親族にお願いする
7. その他( )	

問6の回答を選んだ理由を教えてください。(1つに )

1. 安心して任せられるから	2. 経済的に利用しやすいから
3. 希望日に利用が可能だから(予約が取りやすいから)	
4. 場所が近く移動が負担にならないから	5. その他( )

問7 最後に、仕事と介護の両立支援や働き方改革について、ご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。


調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、月 日( )までにお近くのポストに投函してください。