

## 令和元年度

# 東久留米市在宅介護実態調査 調査票

### はじめに

日頃から東久留米市介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

現在、市では令和3年度～令和5年度を計画期間とした、「第8期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定に向けた作業を進めています。

この計画は、市が計画期間中に実施する高齢者に関する施策、介護保険事業の方向性を定める重要な計画です。

このため、市民の皆様のご生活の状況やご意向を反映した計画とするために、本アンケート調査を実施することといたしました。

皆様からいただきましたご回答は統計的に処理し、有効に活用いたします。上記計画の策定及び介護予防の推進の目的以外で使用することはなく、皆様にご迷惑をおかけすることはございません。本調査の趣旨にご理解をいただき、ご協力くださいますよう、宜しくお願いいたします。

令和元年12月 東久留米市長 並木 克巳

### ご記入の前に、お読みください

1. この調査は、本市に在住の65歳以上の方で、**要支援1・2又は要介護1～5の認定を受けており、在宅で生活されていると思われる方**の中から1,000人を無作為に抽出し、皆様にご協力をお願いしております。
2. A票(2ページ～6ページ)は**封筒のあて名の方ご本人について**、B票(7ページ～11ページ)は**封筒のあて名の方のご家族等「主な介護者の方」について**、お答えください。A票については、封筒のあて名の方ご本人のご家族の方等にご記入いただいてもかまいません。
3. ご回答は、**あてはまる回答の番号を○で囲んでください**。回答数は、各設問文に(○印は1つ)(○印はいくつでも)など指定してありますので、それに従ってご回答ください。また、( )がある回答は、記述でご回答ください。
4. ご記入いただいた調査票は、**令和2年1月10日(金)**までに、同封の返信用封筒に入れて、**切手を貼らずに無記名で郵送**してください。
5. ご不明の点は、**最終ページに記載した介護福祉課の連絡先**までご連絡ください。

## A 票 封筒のあて名の「ご本人」について、おたずねします

- ・以降の回答は、あて名の「ご本人」がご記入をお願いします。
- ・「ご本人」による記入が難しい場合は、「主な介護者」の方が代わってご記入をお願いします。

問1 現在、この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。(○印は1つ)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 封筒のあて名の本人     | 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 家族（世帯類型）について、ご回答ください。(○印は1つ)

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

問3 ご本人の性別について、ご回答ください。(○印は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問4 令和元年12月末時点のご本人の年齢について、ご回答ください。(○印は1つ)

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 | 4. 80～84歳 |
| 5. 85～89歳 | 6. 90～94歳 | 7. 95歳以上  |           |

問5 ご本人の居住地を教えてください。(○印は1つ)

- |             |             |         |             |
|-------------|-------------|---------|-------------|
| 1. 上の原      | 2. 神宝町      | 3. 金山町  | 4. 氷川台      |
| 5. 大門町      | 6. 東本町      | 7. 新川町  | 8. 浅間町      |
| 9. 学園町      | 10. ひばりが丘団地 | 11. 本町  | 12. 小山      |
| 13. 幸町      | 14. 中央町     | 15. 南沢  | 16. 前沢1～3丁目 |
| 17. 前沢4～5丁目 | 18. 南町      | 19. 滝山  | 20. 下里      |
| 21. 柳窪      | 22. 野火止     | 23. 八幡町 | 24. 弥生      |

問6 ご本人の要介護度について、ご回答ください。(○印は1つ)

- |                 |                 |          |          |
|-----------------|-----------------|----------|----------|
| 1. <u>要支援</u> 1 | 2. <u>要支援</u> 2 | 3. 要介護 1 | 4. 要介護 2 |
| 5. 要介護 3        | 6. 要介護 4        | 7. 要介護 5 | 8. わからない |

問7 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。(○印は1つ)

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 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・入居の申し込みをしている |                 |

問8 令和元年11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。(○印は1つ)

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

※ 問8で「1. 利用した」と回答した方のみお答えください。

問9 以下の介護保険サービス等について、令和元年11月の1か月間の利用状況をご回答ください。

対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「0回」又は「1. 利用していない」を選択してください。(○印はそれぞれに1つ)

|                     | 1週間あたりの利用回数 |    |    |    |    |      |
|---------------------|-------------|----|----|----|----|------|
| ① 訪問介護（ホームヘルプサービス）  | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
| ② 訪問入浴介護            | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
| ③ 訪問看護              | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
| ④ 訪問リハビリテーション       | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
| ⑤ 通所介護（デイサービス）      | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
| ⑥ 通所リハビリテーション（デイケア） | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |

|                    | 利用の有無      |         |
|--------------------|------------|---------|
| ⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1. 利用していない | 2. 利用した |
| ⑧ 小規模多機能型居宅介護      | 1. 利用していない | 2. 利用した |

|                      | 1か月あたりの利用日数 |      |       |        |       |
|----------------------|-------------|------|-------|--------|-------|
| ⑨ ショートステイ            | 0回          | 1～7日 | 8～14日 | 15～21日 | 22日以上 |
| ⑩ 宿泊サービス（お泊りデイサービス）※ | 0回          | 1～7日 | 8～14日 | 15～21日 | 22日以上 |

※ 「宿泊サービス（お泊りデイサービス）」は、介護保険外サービスです。

|            | 1か月あたりの利用回数 |    |    |    |    |
|------------|-------------|----|----|----|----|
| ⑪ 居宅療養管理指導 | 0回          | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 |

※ 問8で「2. 利用していない」と回答した方のみお答えください。

問10 要介護（要支援）認定の申請をしたがサービスを利用していない理由は何ですか。(○印はいくつでも)

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 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. 利用したいサービスが利用できない、身近にない   | 6. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため |
| 7. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない | 8. その他                     |

問 1 1 現在、利用している、「介護保険サービス以外（自費）」の支援・サービスについて、ご回答ください。（○印はいくつでも）

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 配食                 | 2. 調理             |
| 3. 掃除・洗濯              | 4. 買い物（宅配は含まない）   |
| 5. ごみ出し               | 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           |                   |

問 1 2 今後の在宅生活の継続に必要と感じる「介護保険サービス以外（自費）」の支援・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。（○印は3つまで）

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 配食                 | 2. 調理             |
| 3. 掃除・洗濯              | 4. 買い物（宅配は含まない）   |
| 5. ごみ出し               | 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              |                   |

問 1 3 かかりつけ医師、歯科医師、薬剤師を決めていますか。（それぞれに○印は1つ）

|             |          |           |
|-------------|----------|-----------|
| ① かかりつけ医師   | 1. 決めている | 2. 決めていない |
| ② かかりつけ歯科医師 | 1. 決めている | 2. 決めていない |
| ③ かかりつけ薬剤師  | 1. 決めている | 2. 決めていない |

問 1 4 かかりつけ医師のいる病院等への通院手段は何ですか。（○印はいくつでも）

|                |                    |          |
|----------------|--------------------|----------|
| 1. 徒歩          | 2. 自転車             | 3. バイク   |
| 4. 自動車（自分で運転）  | 5. 自動車（人に乗せてもらう）   | 6. 電車    |
| 7. 路線バス        | 8. 病院や施設のバス        | 9. 車いす   |
| 10. 電動車いす（カート） | 11. 歩行器・シルバーカー     | 12. タクシー |
| 13. その他（ ）     | 14. かかりつけ医師を決めていない |          |

問 1 5 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。（○印は1つ）

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

問 1 6 ご本人は直近 3 年間に入院したことがありますか。(○印は 1 つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. なし |
|-------|-------|

※ 問 1 6 で「1. ある」と回答した方のみお答えください。

問 1 7 退院時に不安に思ったことはありますか。(○印はいくつでも)

- |   |
|---|
| 1. 具合が悪くなったときに誰に相談、受診すればよいかわからない        |
| 2. 退院後の世話をしてくれる医師や介護者に対して十分な引き継ぎがされていない |
| 3. 通院が必要になった場合の移動が不便                    |
| 4. かかりつけ医がいつまで診療してくれるか分からない(診療所がなくなる不安) |
| 5. その他 ( )                              |
| 6. 不安に思ったことは特になし                        |

問 1 8 介護や在宅療養について情報を得る機会がありますか。(○印はいくつでも)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 在宅療養ガイドブックを見たことがある        |
| 2. 在宅療養や介護に関する講演会等に参加したことがある |
| 3. 在宅療養相談窓口を利用したことがある        |
| 4. 地域包括支援センターを利用したことがある      |
| 5. その他 ( )                   |
| 6. ない                        |

問 1 9 在宅医療・介護についてお困りの時に、どこに相談しますか。(○印はいくつでも)

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 1. 地域包括支援センター        | 2. 在宅療養相談窓口                |
| 3. 親族や友人・知人          | 4. 医療の専門職(医師・看護師など)        |
| 5. 病院の地域医療連携室(相談員)など | 6. 福祉の専門職(ケアマネジャー・社会福祉士など) |
| 7. 行政担当窓口            | 8. 社会福祉協議会や民生委員            |
| 9. その他 ( )           | 10. 相談先はない                 |

問 2 0 在宅医療・介護について、知っているサービスはありますか。(○印はいくつでも)

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. 訪問診療              | 2. 在宅療養支援診療所  |
| 3. 訪問歯科              | 4. 訪問看護       |
| 5. 居宅療養管理指導          | 6. 訪問介護       |
| 7. 訪問リハビリテーション       | 8. 訪問入浴介護     |
| 9. 住宅改修              | 10. 福祉用具貸与・購入 |
| 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 12. その他 ( )   |



**B 票****「主な介護者」の方について、おたずねします**

- ・以降の回答は、ご家族・ご親族などの「主な介護者」の方がご記入をお願いいたします。
- ・「主な介護者」のご記入が難しい場合は、あて名「ご本人」又はその他の家族・親族の方が「主な介護者」に代わって記入してもかまいません。

問1 主な介護者の方は、どなたですか。(○印は1つ)

- |        |          |          |
|--------|----------|----------|
| 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 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○印は1つ)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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3 主な介護者は同居していますか。別居の場合、どの程度の時間で駆け付けられますか。(○印は1つ)

- |           |               |               |
|-----------|---------------|---------------|
| 1. 同居している | 2. 別居 (30分以内) | 3. 別居 (30分以上) |
|-----------|---------------|---------------|

問4 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。(○印はいくつでも)

- |                           |                           |                 |
|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| 1. 日中の <sup>はいせつ</sup> 排泄 | 2. 夜間の <sup>はいせつ</sup> 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. 通院                     | 9. 外出の付き添い      |
| 10. 服薬                    | 11. 認知症状への対応              |                 |
| 12. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ等)  | 13. 食事の準備 (調理等)           |                 |
| 14. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等)   | 15. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き      |                 |
| 16. その他                   | 17. わからない                 |                 |

問5 介護をするようになってからの生活状態はどのようなものですか。(○印は1つ)

- |          |            |           |         |
|----------|------------|-----------|---------|
| 1. 余裕がある | 2. 少し余裕がある | 3. やや余裕なし | 4. 余裕なし |
|----------|------------|-----------|---------|

問6 介護をするようになってからの心の健康状態はどのようなものですか。(○印は1つ)

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. 特に変わらない | 2. 悪化した |
|------------|---------|

問7 自分が頑張らなければならないと強く思うことがありますか。(○印は1つ)

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

問8 あて名の「ご本人」が介護者へ、介護の感謝の気持ちを示されることはありますか。(○印は1つ)

- |         |          |         |            |
|---------|----------|---------|------------|
| 1. よく表現 | 2. たまに表現 | 3. 表現なし | 4. 意思表示が困難 |
|---------|----------|---------|------------|

問9 「介護」について家族の役割をどのように考えますか。(○印は1つ)

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1. 介護は自分だけの役割だ | 2. 家族・親戚で介護を分担すべきだ |
|----------------|--------------------|

問10 実際の介護の役割について、状況はどのようなものですか。(○印は1つ)

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 家族の中で介護者は自分だけ | 2. 家族・親戚で介護を分担している |
|------------------|--------------------|

問11 介護の専門職（プロ）を活用することについてどのように考えますか。(○印は1つ)

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1. できるだけ自分たちだけで介護 | 2. プロの手を借りるべきだ |
|-------------------|----------------|

問12 実際の介護の専門職（プロ）の活用について、状況はどのようなものですか。(○印は1つ)

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. 自分たちだけで介護 | 2. プロの手を借りている |
|--------------|---------------|

問13 介護を行う上で特に困っていることについて教えてください。(○印は3つまで)

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. 介護の方法がわからない           | 2. 本人が介護サービスを利用したがない       |
| 3. 家族や近隣の方などの理解が足りない     | 4. 心身の負担が大きい               |
| 5. 介護に要する費用がかかりすぎる       | 6. 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である |
| 7. 介護者のリフレッシュのための時間がとれない | 8. 医療サービスが必要になったときに、相談先がない |
| 9. 気軽に相談できる人や場所がない       | 10. その他                    |
| 11. 特にない                 |                            |

問14 「主な介護者」は今後、「ご本人」にどのような生活をさせてあげたいとお考えですか。(○印は1つ)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 自宅で、主に家族や親族の介護を受けてもらいたい            |
| 2. 自宅で、主に介護サービスなどを利用してもらいたい           |
| 3. 子どもや親族等の家に住み替えて、介護を受けてもらいたい        |
| 4. バリアフリー住宅等に住み替えて、介護サービスなどを利用してもらいたい |
| 5. 介護施設等の施設サービスを利用してもらいたい（入所してもらいたい）  |
| 6. その他（ )                             |
| 7. 特にない                               |

問15 ご家族・ご親族のことで、地域包括支援センターに相談をしたことがありますか。(○印は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. なし |
|-------|-------|

※ 問15で「1. ある」と回答した方のみ、問16～問18にお答えください。

(問15で「2. なし」と回答した方は、問19にお進みください。)

問16 初めて地域包括支援センターで相談したときの相談方法はどのような方法でしたか。(○印は1つ)

- |                     |          |            |
|---------------------|----------|------------|
| 1. 電話(メールやファックスを含む) | 2. 自宅に訪問 | 3. センターに来所 |
|---------------------|----------|------------|

※ 問16で「1. 電話」と回答した方のみお答えください。

問17 ご相談のご連絡の際、すぐに連絡がつきましたか。(○印は1つ)

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. すぐに連絡が取れた | 2. つながらずに何度も連絡を取った |
|--------------|--------------------|

※ 問15で「1. ある」と回答した方のみお答えください。

問18 地域包括支援センターに相談をした際に、必要な情報は十分に得られましたか。(○印は1つ)

- |         |         |       |
|---------|---------|-------|
| 1. 満足   | 2. やや満足 | 3. 普通 |
| 4. やや不満 | 5. 不満   |       |

問19 身体の状況が低下して、介護サービスや支援が必要になり、地域包括センターに相談する時、特にどのような方法が相談しやすいですか。(○印は1つ)

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 電話(メールやファックスを含む) | 2. 自宅に訪問         |
| 3. センターに来所          | 4. どのような方法でも構わない |
| 5. 相談内容によって考えたい     |                  |

※ 問19で「5. 相談内容によって考えたい」と回答した方のみお答えください。

問20 どのような相談内容の場合、「自宅に訪問」を希望したいですか。差支えない範囲で、ご自由にお書きください。

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

問 2 1 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)。(○印は3つまで)

- |                          |                          |                |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 <sup>はいせつ</sup> | 2. 夜間の排泄 <sup>はいせつ</sup> | 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. 通院                    | 9. 外出の付き添い     |
| 10. 服薬                   | 11. 認知症状への対応             |                |
| 12. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等)  | 13. 食事の準備(調理等)           |                |
| 14. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)   | 15. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き     |                |
| 16. その他                  | 17. 不安を感じていることは、特にな      |                |
| 18. 主な介護者に確認しないと、わからない   |                          |                |

問 2 2 ご家族等を自宅で看取ったことがありますか。(○印は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問 2 3 ご家族等を自宅で看取ることについて、不安を感じている点があれば教えてください。(○印はいくつでも)

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 本人の意思や希望が変わることがあり、しっかりと確認できない |
| 2. 家族がどれだけのことを対応すればいいのかがわからない    |
| 3. 死に直接関わるのが不安・怖い                |
| 4. 看取った後の悲しみや疲労感                 |
| 5. 息を引き取る瞬間に必ず立ち会えるとは限らない        |
| 6. かかりつけ医(看護師)が対応してくれるか分からない     |
| 7. その他( )                        |
| 8. 特に不安はない                       |

問 2 4 ご家族やご親族の中で、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)。(○印はいくつでも)

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

問25 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。(○印は1つ)

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 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25で「1」「2」を選択した方は、このまま問26・問27にお進みください。

問25で「3」「4」を選択した方は、アンケート調査は終了です。

問26 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。(○印はいくつでも)

- |  |
|--|
| 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27 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。(○印は1つ)

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

お疲れさまです。以上で、アンケート調査は終了です。  
この度は調査にご協力いただきまして、ありがとうございました。

ご記入済みの調査票は三つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、  
切手は貼らず無記名で、

**令和 2 年 1 月 10 日（金曜日）**

までに、郵便ポストにご投函ください。

ご回答は、市の高齢者施策、介護保険事業に生かしてまいります。

◆本調査に関するお問い合わせ等は、下記までご連絡ください。

東久留米市福祉保健部介護福祉課  
☎ 042-470-7777（内線 4910・4911）