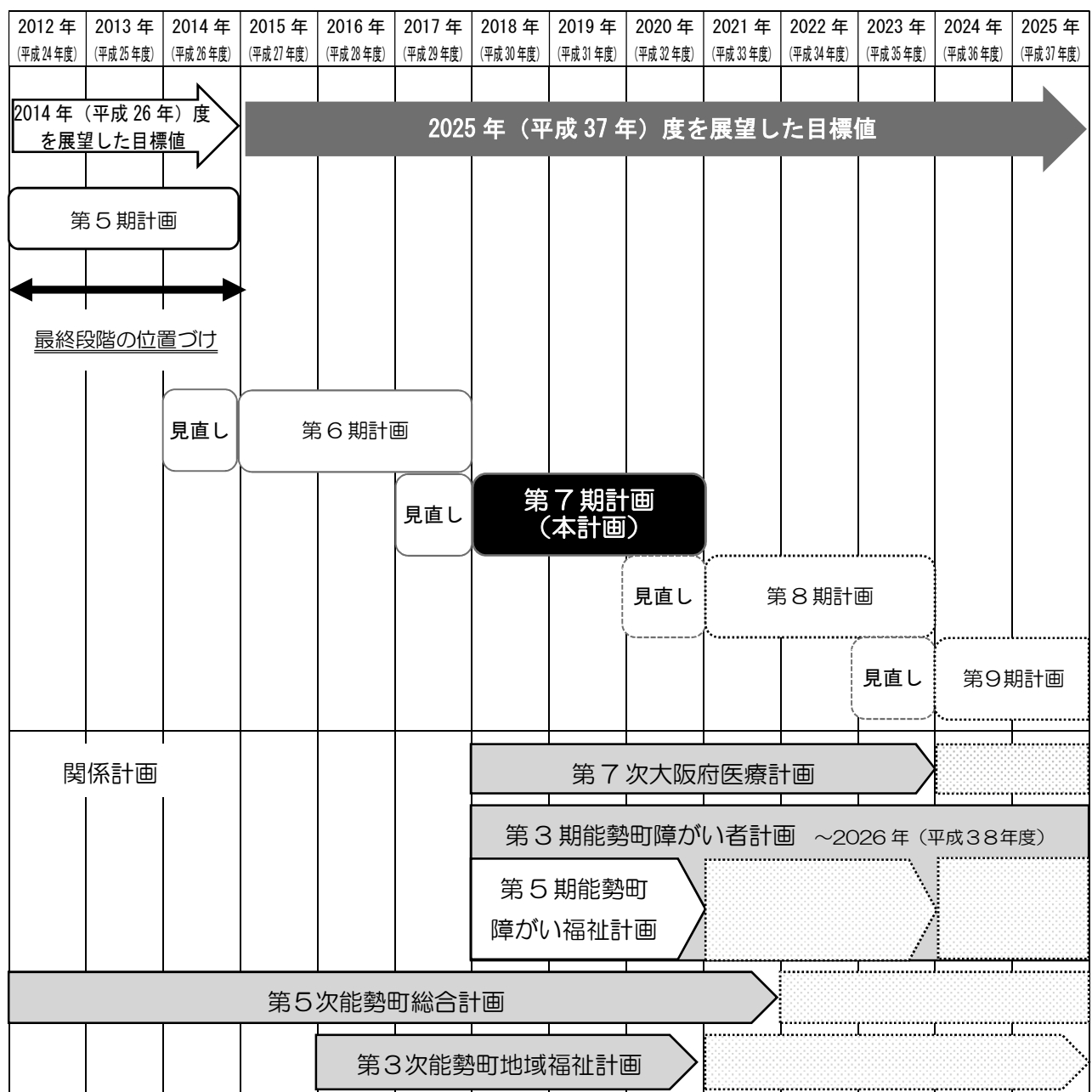


4 計画期間

本計画の計画期間については、2018年（平成30年）度から2020年（平成32年）度までの3年間とします。

なお、前計画は、2025年（平成37年）度を展望した目標を達成するための最初の段階の位置づけとして進めてきました。本計画は、前計画でめざした目標や具体的な施策を踏まえ、地域包括ケアシステムの着実な構築に向けた取組を進めるための計画と位置づけて策定します。なお、平成32年度中に計画の見直しを行い、2021年（平成33年）度を初年度とする次期（第8期）計画を策定することとします。



第8期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 策定スケジュール

	令和2年度											
	第Ⅰ四半期			第Ⅱ四半期			第Ⅲ四半期			第Ⅳ四半期		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成30年1月	2月	3月
調 査		○調査項目検討	→	○ニーズ調査 調査票配布 ○在宅介護実態調査 調査票配布 ○調査回収・集計								
計画策定	○計画作成業務開始 ○計画策定委託業者決定		○保険給付に関する 分析・評価									○計画策定完了
					○サービス見込量設定作業						○サービス見込量設定	
			○病床機能分化連携 協議（大阪府）								○保険料仮設定	○保険料最終設定
									○大阪府との調整			○府と法定協議
				○計画に盛り込む内容の検討	→	○計画の文章化						
											○住民から意見聴取 （30日間）	
運営委員会					○運営委員会（1回目）			○運営委員会（2回目）			○運営委員会（3回目）	○運営委員会（4回目）

第 8 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定にあたり予定している調査

調 査 名	介護予防・日常生活圏域二エズ調査	在宅介護実態調査
調査目的	要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断、総合事業の運営等の基礎資料として活用する	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供給の分析等の基礎資料として活用する
対 象 者	令和 2 年 6 月 1 日時点で 介護保険第 1 号被保険者のうち、非認定者及び介護保険要支援認定者	令和 2 年 6 月 1 日時点で 介護保険第 2 号被保険者を含む介護保険要介護認定者 (介護保険施設入所者を除く)
調査期間	令和 2 年 7 月初旬から 2 週間程度	令和 2 年 7 月初旬から 2 週間程度
調査方法	郵送による配布、回収	郵送による配布、回収
設 問 数	50 問程度 (国調査項目 30~40 項目) (独自項目は検討中)	20 問程度 (全て国調査項目)
作成帳票	・ 調査票 (A4、15 ページ程度、設問数は 50 問程度) ・ 送付用封筒 ・ 返信用封筒 (料金受取人払による) ・ 勧奨ハガキ (調査未回答者に対し調査回答の勧奨)	・ 調査票 (A4、5 ページ程度、設問数は 20 問程度) ・ 送付用封筒 ・ 返信用封筒 (料金受取人払による) ・ 勧奨ハガキ (調査未回答者に対し調査回答の勧奨)
前回発送数	3,169 人	313 人
前回調査回答者数 (回収率)	2,323 人 (73.3%)	175 人 (55.9%)
備 考	現在、国において調査項目、実施手引きについて検討中 秋頃に正式決定予定	

町民の皆さまへ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ご協力をお願い

平素は本町の保健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。

能勢町では、町民の皆さまが高齢期の日々を充実させ、また、安心して過ごすことができるよう、保健福祉サービスをはじめ、介護保険サービスや健康増進、生きがい施策など、さまざまな取組みを進めています。

このアンケート調査は、今後の高齢者施策の充実を目的に実施するものです。

皆さまからお答えいただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用しませんので、本調査の趣旨をご理解いただき、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

平成29年7月

能勢町

返送期限：平成29年7月14日(金)

※無記名で、調査票（この用紙以外全て）を同封の返信封筒にて、
切手を貼らずにご返送ください。

ご記入についてのお願い

◇できる限り対象のご本人がお答えください。また、ご家族の方などが代わりに記入される場合は、できる限りご本人の意向をお聞きのうえ、ご記入ください。

◇「ご本人」とは宛名の方を指します。

◇この調査は、現在の状況について、記入またはあてはまるものの番号に○をつけてください。ただし、質問により「いくつでも」などを書いておきますので、設問に従いご回答をお願いします。

◇また、○をつけられた選択肢に矢印がついている場合は、その内容を（ ）内にできる限り具体的にお書きください。

◇設問中の「その他」を選ばれた場合は、その内容を（ ）内にできる限り具体的にお書きください。

◇この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

介助…ご自分の意志により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

【調査票】

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、三つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、7月14日(金)までに投函してください。

記入日	平成 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. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄)	
3. その他	

【調査に関するお問い合わせ先】

能勢町 健康福祉部福祉課 包括支援係
(能勢町保健福祉センター)

TEL : 072-731-2160

FAX : 072-731-2151

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、能勢町介護保険事業計画策定及び健康寿命延伸に資する効果的な介護予防事業の確立に関する研究の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する能勢町外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析すること及び能勢町が共同研究を行う予定としている大学等の学術機関においてデータを集計・分析に使用することがあります。この場合、個人が特定されることはありません。

問 1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 1人暮らし | 2. 夫婦2人暮らし(配偶者 65 歳以上) |
| 3. 夫婦2人暮らし(配偶者 64 歳以下) | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 5. その他 | |

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

1. 介護・介助は必要ない 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている
(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

【(2) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (いくつでも)

- | | | |
|--------------------|------------------|---------------|
| 1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) | 2. 心臓病 | 3. がん (悪性新生物) |
| 4. 呼吸器の病気 (肺炎等) | 5. 関節の病気 (リウマチ等) | |
| 6. 認知症 (アルツハイマー病等) | 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患 (透析) | 10. 視覚・聴覚障害 | 11. 骨折・転倒 |
| 12. 脊椎損傷 | 13. 高齢による衰弱 | 14. その他 () |
| 15. 不明 | | |

【(2) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

②主にどなたの介護、介助を受けていますか (いくつでも)

- | | | |
|----------------|------------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他 () | |

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出していますか

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2～4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

1. とても減っている 2. 減っている
3. あまり減っていない 4. 減っていない

(8) 外出を控えていますか

1. はい 2. いいえ

【(8) で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】(いくつでも)

- | | |
|--------------------|---|
| 1. 病気 | 2. 障 ^{しょう} がい (脳 ^{のう} 卒 ^{そつ} 中 ^{ちゅう} の後 ^{こう} 遺 ^い 症 ^{しょう} など) |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題など) | 6. 目の障がい |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない | 10. その他 () |

(9) 外出する際の移動手段は何ですか (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. 福祉有償運送 | |
| 14. 公共交通空白地有償運送 | 15. その他 () | |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長 cm 体重 kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(3) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 | 2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし |
| 3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 | 4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし |

【(3)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい

2. いいえ

(4) どなたかと食事をとにもする機会がありますか

1. 毎日ある

2. 週に何度かある

3. 月に何度かある

4. 年に何度かある

5. ほとんどない

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい

2. いいえ

(2) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(4) 自分で食事の用意をしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(5) 自分で請求書の支払いをしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(7) 趣味はありますか

1. 趣味あり



()

2. 思いつかない

(8) 生きがいがありますか

1. 生きがいあり  ()

2. 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

※①～⑦それぞれに回答してください

	週4回 以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加して いない
①ボランティアの グループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係の グループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係の グループ	1	2	3	4	5	6
④学習・ 教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤高齢者クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

(4) あなたは「いきいき百歳体操」に参加していますか	
1. 参加している	2. 参加していない
【(4)で「2. 参加していない」の方のみ】	
参加しない理由はなんですか (3つまで)	
1. 体操があることを知らない	2. 地区で活動が無い、あるが場所が遠い
3. 農業等の作業・仕事で参加できない	4. 人目などの問題があり参加したいができない
5. その他 (	)

問6	たすけあいについて	
	あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします	
(1) あなたの心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてくれる人 (いくつでも)		
1. 配偶者	2. 同居の子ども	3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	5. 近隣	6. 友人
7. その他 (	)	8. そのような人はいない
(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてあげる人 (いくつでも)		
1. 配偶者	2. 同居の子ども	3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	5. 近隣	6. 友人
7. その他 (	)	8. そのような人はいない
(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人 (いくつでも)		
1. 配偶者	2. 同居の子ども	3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫	5. 近隣	6. 友人
7. その他 (	)	8. そのような人はいない

(4) 反対に、看病や世話をし^てあげる人 (いくつでも)

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください
(いくつでも)

1. 自治会・町内会・高齢者クラブ
2. 社会福祉協議会・民生委員
3. ケアマネジャー
4. 医師・歯科医師・看護師
5. 地域包括支援センター・役場
6. その他
7. そのような人はいない

(6) 家族や身近に認知症の方がいたら、どこに相談します(しました)か(いくつでも)

1. かかりつけ医 2. 専門の病院 3. 民生委員・地区福祉委員
4. 知人・友人 5. 近所の人 6. 役場福祉担当
7. 社会福祉協議会 8. 地域包括支援センター 9. 特に相談しない
10. 相談できる相手がない 11. 分からない
12. その他（ ）

(7) 今後、ご自分が認知症になったら、どうしたいと思いますか。

1. 家族等の介護を受けて、自宅で暮らしたい
2. 介護サービスを利用して、自宅で暮らしたい
3. 介護保険施設（特別養護老人ホーム等）に入所したい
4. 少人数の認知症グループホームに入居したい
5. その他（

問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか
 (「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)

0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点

(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか

1. はい 2. いいえ

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

1. はい 2. いいえ

(5) タバコは吸っていますか

1. ほぼ毎日吸っている 2. 時々吸っている 3. 吸っていたがやめた
4. もともと吸っていない

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)

1. ない
2. 高血圧
3. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそくなど
4. 心臓病
5. 糖尿病
とうようびょう
6. 高脂血症（脂質異常）
こうしけっしょう ししつじょう
7. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）
8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
9. 腎臓・前立腺の病気
じんぞう ぜんりつせん
10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
きんこっかく こつそ しょう
11. 外傷（転倒・骨折等）
がいしょう てんとう こっせつなど
12. がん（悪性新生物）
13. 血液・免疫の病気
めんえき
14. うつ病
15. 認知症（アルツハイマー病等）
にんちしょう
16. パーキンソン病
17. 目の病気
18. 耳の病気
19. その他（ ）

(1) 地域包括支援センターを知っていますか

1. 知っている 2. 知らない

(2) 能勢町に高齢者の入所施設ができた場合、入所を希望されますか

1. 希望する 2. 希望しない

【(2) で「2. 希望しない」の方のみ】

入所希望されない理由はなんですか

1. 家族の近くの別の地域の施設に入所したいから
2. より利便性の高い地域の施設に入所したいから
3. 知り合いがいるかもしれない施設に入所したくないから
4. その他（ ）

(3) あなたの体調が悪くなり医療・介護を長期（入院程度）に受けるようになったとき、どのような医療・介護のサービスを希望しますか

1. 自宅で訪問診療・看護等を受けたい
2. 病院・施設に入院・入所したい

【(3) で「2. 病院・施設に入院・入所したい」の方のみ】

入院・入所を希望される理由は何ですか

1. 自宅への訪問等のサービス提供体制が十分か不安
2. 家族へ負担をかけたくない
3. 自分の他に頼れる人がいない
4. その他（ ）

(4) これからの高齢化社会に向けて必要だと思われる取組はありますか（3つまで）

1. 高齢者の働く場所の確保
2. 生きがいを持てるような活動機会の拡大
3. 近隣・地域における助け合い・支え合い活動の推進
4. 健康教室や健康診査などの健康づくりの充実
5. 認知症などの専門的な相談窓口の充実
6. 配食・買い物支援などの食を支えるサービスの充実
7. 移送サービス・公共交通などの交通機関の充実
8. サービス付き高齢者向け住宅の充実
9. 訪問介護などの在宅での介護サービスの充実
10. 特別養護老人ホームなどの入所施設の充実
11. 往診や緊急時の対応などの医療体制の充実
12. その他（ ）

(5) 能勢町の保健福祉サービスや高齢者施策などについて、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

記入内容をご確認後、

記入した帳票 6 枚（12 ページ）を三つ折りにして、

同封の返信用封筒にお入れいただき、

切手を貼らずにご返送ください。

XXX-X-XXXXXX

町民の皆さまへ 在宅介護実態調査 ご協力をお願い

平素は本町の保健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。

能勢町では、町民の皆さまが高齢期の日々を充実させ、また、安心して過ごすことができるよう、保健福祉サービスをはじめ、介護保険サービスや健康増進、生きがい施策など、さまざまな取組みを進めています。

このアンケート調査は、今後の高齢者施策の充実を目的に実施するものです。

皆さまからお答えいただいた内容につきましては、個人情報の保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用しませんので、本調査の趣旨をご理解いただき、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

平成29年7月

能勢町

返送期限：平成29年7月14日(金)

※無記名で、調査票（この用紙以外全て）を同封の返信封筒にて、
切手を貼らずにご返送ください。

ご記入についてのお願い

◇ご家族の方などが代わりに記入される場合は、できる限りご本人の意向をお聞きのうえ、ご記入ください。

◇「ご本人」とは宛名の方を指します。

◇この調査は、現在の状況について、あてはまるものの番号に○をつけてください。ただし、質問により「複数選択可」などと書いておりますので、設問に従いご回答をお願いします。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、能勢町介護保険事業計画策定及び健康寿命延伸に資する効果的な介護予防事業の確立に関する研究の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する能勢町外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析すること及び能勢町が共同研究を行う予定としている大学等の学術機関においてデータを集計・分析に使用することがあります。この場合、個人が特定されることはありません。

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、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 平成29年6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 | } | 調査は終了です |
| 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 | } | B票へ進んでください |
| 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 | } | 問8～問10へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 調査は終了です |
| 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(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るそうですか(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 | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

記入内容をご確認後、

記入した帳票 3 枚（5 ページ）を三つ折りにして、

同封の返信用封筒にお入れいただき、

切手を貼らずにご返送ください。

XXX・X・XXXXX