

## 在宅介護実態調査

## 【アンケート調査】

## &lt; はじめに &gt;

日頃から高槻市高齢者福祉・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。

このアンケート調査は、令和6年4月からスタートする「高槻市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定に向け、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点から、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」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の在り方を検討するために実施するものです。

この調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

## 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及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】

- ・ 本調査は、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定の基礎資料とするため、国が作成した設問に基づき、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と関連付けた集計分析を行います。
- ・ 本調査で得られた情報につきましては、上記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、本市で適切に管理いたします。

## &lt; 記入に際してのお願い &gt;

1. この調査の対象者は、令和4年9月1日～11月30日までの間に、要介護等認定を受けられた方で、主に在宅で生活されている方を対象としています。
2. 回答にあたっては、封筒のあて名のご本人についてお答えください。ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. 回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。
4. この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

問合せ先 高槻市 健康福祉部 長寿介護課

電話 072-674-7

回答期限：令和5年2月28日（火）

調査票を記入後に、同封の返信用封筒に入れ、上記の日までに投函してください。

（切手は貼りません）

# 在宅介護実態調査 調査票

【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】（複数選択可）

- 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（ ケアマネジャーなど ）
- ※介護者とは、調査対象者ご本人を介護している方を指します。

A票

調査対象である「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つを選択）

- 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つを選択）

- 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

問8（次頁）に進む（問3～7は回答不  
可）

問3～問13

問3 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4 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5 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6 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7 ご家族やご親族の中で、ご本人（調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を



- |                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| 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・聴覚障がいを伴うもの） | 14. その他   |
| 15. なし                      | 16. わからない |

裏面に続く



※B票について、「主な介護者」の方が回答できない場合は、ご本人様（調査対象者様）

による回答をお願いします。また、ご本人様による回答が難しい場合は、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 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
  - 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2～問5
- } 問5（裏面）に進む

※「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.」「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きますか（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3 問1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4 問1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

裏面に続く

-----  
ここから再び、全員お答え下さい。  
-----

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）。（各項目全てあわせて 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 |                     |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。