

「名寄市第9期高齢者保健医療福祉計画・介護保険事業計画」の策定のための

在宅介護実態調査

ご協力をお願い（在宅の要介護認定者の方）

日頃から市政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

名寄市では、令和5年度に、令和6～8年度を計画期間とする「名寄市第9期高齢者保健医療福祉計画・介護保険事業計画」の策定を予定しており、その基礎資料とするために、アンケート調査を実施いたします。

このアンケート調査は、高齢者の皆様の生活や健康の実態を含め、在宅介護の実態についてお伺いするもので、名寄市にお住まいの在宅の要介護認定者の方を対象に実施いたします。本調査は、市の施策検討の参考にさせていただくほか、「名寄市立大学コミュニティケア教育研究センター」の研究においても、活用させていただきます。

なお、ご回答いただいた内容は、個人が特定できないような加工を行った上で統計的に分析します。個人が特定される情報は一切公開しません。

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。

令和5年7月

名寄市長 加藤 剛士

記入に際してのお願い

1. 質問ごとに、該当する番号に○印をつけてください。
2. あて名のご本人への質問（A票）と介護者の方への質問（B票）がありますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。

ご記入が終わりましたら、同封の封筒に入れて、

●月●日（●）までにポストにご投函ください。（切手は不要です）

※この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

<お問合せ先>

名寄市健康福祉部 こども・高齢者支援室

高齢者支援課

電話：01654-3-2111

A票

あて名のご本人について、お伺いします

Q1. 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(あてはまるものすべてに○)

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

Q2. 世帯構成について、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 |
|---------|-----------|--------|

Q3. ご本人の性別について、ご回答ください(1つに○)

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

Q4. ご本人の年齢について、ご回答ください(1つに○)

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

Q5. ご本人の住んでいる町内会を、ご記入ください

() 町内会

Q6. ご本人の要介護度について、ご回答ください(1つに○)

- | | | |
|------|------|-------|
| 要支援1 | 要支援2 | |
| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 |
| 要介護4 | 要介護5 | わからない |

Q7. 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 | |

※「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・介護医療院(医療的ケアが充実した療養施設)、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム(認知症の方などが少人数で共同生活をする施設)を指します

Q8. ご本人が、現在抱えている病気などについて、ご回答ください(あてはまるものすべてに○)

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		

Q9. ご本人は、この2年間あまりの新型コロナウイルス感染症の影響により、精神的、身体的に変化はありましたか(1つに○)

1. 非常にあった	2. あった	3. あまりない	4. まったくない
-----------	--------	----------	-----------

Q10. 令和5年5月の1か月の間に、訪問診療を利用しましたか(1つに○)

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

Q11. 令和5年5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つに○)

1. 利用した ⇒Q12へ	2. 利用していない ⇒Q13へ
---------------	------------------

Q12. Q11. で「1. 」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和5年5月の1か月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、「利用していない(0回)」を選択してください(それぞれ1つに○)

	1週間あたりの利用回数 (それぞれ1つに○)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
(※回答例) ●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 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
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 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
E. 通所介護 (デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

【ここから再び、すべての方にお伺いします】

Q14. 以下の支援・サービスで、現在、利用しているものはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
(介護保険のヘルパーによるサービスは除きます)

1. 配食	2. 調理の手伝い	3. 掃除・洗濯の手伝い
4. 買い物の代行	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
14. その他()	15. 利用していない	

Q15. 現在利用している、利用していないを問わず、今後利用したい支援・サービスは、どれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。(介護保険のヘルパーによるサービスは除きます)

1. 配食	2. 調理の手伝い	3. 掃除・洗濯の手伝い
4. 買い物の代行	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
14. その他()	15. 利用していない	

Q16. 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つに○)

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



※Q16で「1.」を選択された場合は、P9からのC票をご回答ください。

※Q16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。わかる範囲で、ご家族の方が代わりにご回答・ご記入されてもかまいません。

Q1. 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)(あてはまるものすべてに○)

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

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます

Q2. 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() |

Q3. 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 |
|-------|-------|

Q4. 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 | | |

Q5. 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(あてはまるものすべてに○)

〔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()	

Q6. 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が負担や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)(○は3つまで)

〔身体介護〕	1. 日中の排泄 3. 食事の介助(食べる時) 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) 7. 屋内の移乗・移動 9. 服薬 11. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ等)	2. 夜間の排泄 4. 入浴・洗身 6. 衣服の着脱 8. 外出の付き添い、送迎等 10. 認知症状への対応 <small>※具体的な症状や介護内容</small> []
〔生活援助〕	12. 食事の準備(調理等) 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き	13. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等)
〔その他〕	15. その他()	16. 不安に感じていることは、 特にない

Q7. 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	2. パートタイムで働いている
3. 働いていない	

※「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

Q8. Q7. 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(あてはまるものすべてに○)

1. 特にしていない
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

Q9. Q7. 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(○は3つまで)

1. 自営業等のため、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等）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワーク等）
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

Q10. Q7. 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

C票 名寄市の施策等について

★もしものときのために、本人が望む医療やケアについて前もって考え、ご家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)についてご回答ください。

Q1. 人生会議(ACP)のことを知っていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|---------------------|
| 1. 知っている | 2. よく知らないが、聞いたことはある |
| 3. 知らない | 4. 興味がない |

Q2. 人生会議を行っていますか。または行ったことがありますか。(1つに○)

- | |
|---------------------------|
| 1. 行っている。行ったことがある |
| 2. まだ行ったことはないが、行いたいと思っている |
| 3. 行いたくない |

Q2-2. Q2で「行いたくない」と回答した方にお伺いします。行いたくない理由は何ですか。(1つに○)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 死に関することは縁起が悪い |
| 2. 人生会議について話し合う相手(家族や親しい人等)がない |
| 3. 自分では行いたくないが、家族や親しい人の人生会議は行いたい |
| 4. 医療やケアの意思決定は他の人(家族や医師等)に任せたい |
| 5. 高齢の方の話であり、自分にはまだ早いと思っている |
| 6. その他() |

★名寄市では、医療と介護を総合的に確保するため、医療と介護の連携を推進しており、その一環として医療介護連携ICT事業を実施しています。この事業は、利用者の同意を得たうえでネットワークに登録し、医療職と介護職がICTを利用した連携ができる仕組みです。病院や薬局、訪問診療を行っている歯科といった医療職とケアマネジャーをはじめ訪問看護や訪問介護、デイサービス等の介護サービス事業所がICTを活用して、利用者の方に関する医療上の必要な情報や介護サービス提供時の様子等の情報共有を効率的に行えるばかりではなく、ケアや医療の質を高めるといった利点がある取り組みとなっています。この医療介護連携ICT事業についてご回答ください。

Q3. 当市で医療介護連携ICT事業を行っていることを知っていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|-------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはある |
| 3. 知らない | |

Q4. 医療介護連携ICT事業の登録に同意することについて考えをお答えください。(1つに○)

- | |
|--|
| 1. 今後、同意をしてネットワークに登録したい |
| 2. すでに同意しており、医療職や介護事業所スタッフに役立っていると感じる |
| 3. すでに同意しているが、医療職や介護事業所スタッフに役立っているとは感じない |
| 4. 将来的にも同意したくない |
| 5. その他 () |

★スマートフォン等のデジタル機器の使用等についてご回答ください。

Q5. スマートフォンを持っていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|

Q6. 新型コロナウイルスワクチン接種の予約など、スマートフォン等を利用して手続きを行えるものが増えていますが、そのような手続きを行う際どのように手続きしていますか。(1つに○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 自分でスマートフォン等を操作し、手続きしている |
| 2. 自分で手続きするのは難しいので、家族や友人等に操作をお願いしている |
| 3. 電話や窓口等で手続きをしている |

Q7. 何か調べ物をするときにスマートフォンやパソコンで調べ物をすることはありますか。(1つに○)

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

Q8. 必要なものをご自身でインターネットを利用し購入することはありますか。(1つに○)

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. 頻繁にある | 2. 今までに何度かある |
| 3. インターネットで購入したことはない | |

Q9. 日常の買い物の際に、クレジットカードや電子マネー等のキャッシュレス決済を利用することはありますか。(1つに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. ほとんどキャッシュレス決済を利用する |
| 2. キャッシュレス決済と現金払いの頻度はだいたい半々である |
| 3. キャッシュレス決済も利用するが、ほとんど現金で支払う |
| 4. キャッシュレス決済は利用したことがない |
| 5. 自分で買い物に行く機会がない |

★ 最後に、高齢者への公的な支援について、ご意見、ご要望があれば、お寄せください。



**ご協力ありがとうございました。
同封の封筒に入れて、ご投函ください。(切手は不要です)**