

旭川市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 【調査票】

【個人情報の保護および活用目的について】

本調査で得られた情報につきましては、第10期旭川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定と効果評価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、市で適切に管理いたします。

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市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

このことについて、本調査票の返送及び回答をもちまして、御同意いただいたものと見なさせていただきます。

調査票記入時の状況について

記入日 令和 8年 月 日

あなたの生活の場はどこですか（調査票記入時点）

1. 自宅

2. 入院中・施設入所中

以後の回答は不要です。このまま返信用
封筒で返送してください。

※ 施設とは、介護付き有料老人ホーム、認知症高齢者グループホームを指します。

あなたの要介護状態区分を教えてください。

※ 要介護状態区分は、「介護保険被保険者証」に記載されています。

※ 要介護認定を受けていない場合は、「1. 非該当（自立）」に○をつけてください。

1. 非該当（自立） 2. 事業対象者 3. 要支援1 4. 要支援2

5. 要介護1～5

以後の回答は不要です。このまま返信用
封筒で返送してください。

調査票を記入されたのはどなたですか。

1. ご本人

2. ご家族（ご本人からみた続柄)

3. その他 ()

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) で「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何ですか (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 (肺気腫・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) で「3. 現在、何らかの介護を受けている」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 | |

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

- | | |
|--|--|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） |
| 3. 公営賃貸住宅
<small>こうえい いちんたいじゅうたく</small> | 4. 民間賃貸住宅（一戸建て）
<small>みんかん ちんたいじゅうたく</small> |
| 5. 民間賃貸住宅（集合住宅）
<small>みんかん ちんたいじゅうたく</small> | 6. 借家 |
| 7. その他 | |

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ら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

① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| 1. 病気 | 2. 障害 <small>(脳卒中の後遺症など)</small> |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障害 (聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 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. その他 () | |

(10) 外出する際の移動に関して不安に思うことはありますか（いくつでも）

1. ない

2. 外で歩くこと

3. 自分で自転車や自動車を運転すること

4. 送迎してくれる人がいないこと

5. 駅やバス停まで遠いこと

6. 介助者がいないこと

7. 杖や歩行器等がないこと

8. 経済的負担が大きいこと

9. その他（ ）

問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください

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) お茶や汁物等でむせることがありますか

1. はい

2. いいえ

(4) 口の渴きが気になりますか

1. はい

2. いいえ

(5) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください

（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

(6) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか

1. はい

2. いいえ

(7) どなたかと食事をともにする機会はありますか

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

(1) で「1. はい」の方のみ

① 物忘れ外来を知っていますか

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

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

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか

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

(4) 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 |
|--------------|---------------|---------|

(5) 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 |
|--------------|---------------|---------|

(6) 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 |
|--------------|---------------|---------|

(7) 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 |
|--------------|---------------|---------|

(8) 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 |
|--------------|---------------|---------|

(9) 年金などの書類（役所や病院などに提出する書類）が書けますか

1. はい 2. いいえ

(10) 趣味はありますか

1. 趣味あり → (趣味をご記入ください)

2. 思いつかない

(11) 生きがいはありますか

1. 生きがいあり → (生きがいについてご記入ください)

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 - ⑧それぞれに回答してください

① ボランティアのグループ	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
② スポーツ関係のグループ やクラブ	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
③ 趣味関係のグループ	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
④ 学習・教養サークル	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
⑤ 「あさひかわ健幸運動教室」「認知症予防教室」などの介護予防のための通いの場	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
⑥ 老人クラブ	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない

⑦ 町内会・自治会	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
⑧ 収入のある仕事	1. 週4回以上 4. 月1~3回	2. 週2~3回 5. 年に数回	3. 週1回 6. 参加していない
(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したら、あなたはその活動に <u>参加者として</u> 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. 既に参加している
(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たら、あなたはその活動に <u>企画・運営（お世話役）として</u> 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. 既に参加している

問6 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか（いくつでも）

- | | | |
|--------------------|---------|--------------|
| 1. 職についたことがない | 2. 引退した | 3. 常勤（フルタイム） |
| 4. 非常勤（パート・アルバイト等） | 5. 自営業 | 6. 求職中 |
| 7. その他 | | |

問7 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

(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 | |

問8 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）

とても
不幸

とても
幸せ

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）

4. 心臓病

5. 糖尿病

6. 高脂血症（脂質異常）

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

10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）

11. 外傷（転倒・骨折等）

12. がん（悪性新生物）

13. 血液・免疫の病気

14. うつ病

15. 認知症（アルツハイマー病等）

16. パーキンソン病

17. 目の病気

18. 耳の病気

19. その他（ ）

(7) 加齢により聴力が衰えたと感じますか

1. はい

2. いいえ

(7) で「1. はい」の方のみ

聴力の衰えをどの程度感じていますか

1. 生活に支障を感じる（例：テレビやチャイム、電話呼び出し音等が聞こえづらい）

2. 会話に不便を感じる

3. 生活に特に支障はない

(7) で「1. はい」の方のみ

① 聴力の衰えを感じて受診したことがありますか

1. はい

2. いいえ

(7) ①で「2. いいえ」の方のみ

受診していない理由は何ですか（いくつでも）

1. 「老化だから仕方がない」加齢に伴い自然なものだと考えているから

2. 「まだ大丈夫だろう」「少し聞こえにくいただけ」と考えているから

3. 耳鼻咽喉科を受診するのは面倒に感じるから

4. 補聴器に対する抵抗感があるから

5. その他（ ）

問9 地域包括支援センターについて

(1) 高齢者の相談窓口である地域包括支援センターを知っていますか

1. はい

2. いいえ

(1) で「1. はい」の方のみ

① 地域包括支援センターを利用したことはありますか

1. ある

2. ない

①で「1. ある」の方のみ

どのようなことで利用しましたか（いくつでも）

1. 介護保険の申請や利用についての相談

2. 困りごとについての相談

3. 運動教室やサークルの参加についての相談

4. その他（ ）

①で「2. ない」の方のみ

利用したことがない理由はどれですか

1. 困りごとがない

2. 相談するほどでもない

3. 他に相談できる人・機関がある

4. 連絡先がわからない

5. 開設時間に連絡できない

問10 在宅医療について

(1) 在宅医療について知っていますか

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. よく知っている | 2. 言葉は聞いたことはあるが、詳しくは知らない |
| 3. 聞いたことがない | |

(2) 通院できなくなったとき、自宅で訪問診療を受けたいと思いますか

- | | |
|-------|---------|
| 1. 思う | 2. 思わない |
|-------|---------|

問11 終活について

(1) 終活の取り組をしていますか

※終活とは、人生の最後を意識しながら、これから的人生を自分らしく生きるために準備をし、亡くなった後に備えることです。

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. すでに始めている | 2. 近いうちに始める予定 |
| 3. 予定はないが、時期が来たら始めたい | 4. 終活は必要ない |
| 5. その他 () | |

問12 最期を迎える場所について

(1) 希望としては、どこで最期を迎えたいとお考えですか

- | | | |
|------------|-------|--------------|
| 1. 病院 | 2. 自宅 | 3. 老人ホーム等の施設 |
| 4. その他 () | | 5. 分からない |

(2) 現状では、実際に最期を迎えられる場所はどこになると思われますか

- | | | |
|------------|-------|--------------|
| 1. 病院 | 2. 自宅 | 3. 老人ホーム等の施設 |
| 4. その他 () | | 5. 分からない |

問13 ボランティア活動について（有償ボランティアを含みます）

（1）ボランティア活動に参加したことはありますか

1. 現在も参加している
2. 過去に参加したことがある
3. 興味はあるが、参加する方法が分からぬ
4. 興味はあるが、体調等の理由で参加できない
5. 参加したことではなく、興味もない

（2）現在又は将来、ボランティアによる支援を受けたいと思いますか

1. 受けたい
2. 受けたくない
3. 分からない

（2）で「2. 受けたくない」の方のみ

① 受けたくない理由は何ですか（いくつでも）

1. 相談先が分からぬ
2. ボランティアにどのようなことをしてもらえるのかが分からぬ
3. ボランティアでは信頼性に欠ける
4. ボランティアにお願いすることを負担に感じる
5. 公的サービスや民間サービスを利用したい
6. その他（ ）

（3）住み慣れた地域で暮らすため、高齢者の生活を支援するボランティア活動があった場合、参加してみたい活動はどれですか（いくつでも）

- | | | |
|----------|-----------|------------|
| 1. ごみ出し | 2. 除雪 | 3. 家の掃除 |
| 4. 買い物代行 | 5. 話し相手 | 6. 通院の付き添い |
| 7. 見守り | 8. その他（ ） | 9. なし |

問14 認知症について

(1) 認知症について、どの程度知っていますか

- | | |
|------------|--------------|
| 1. よく知っている | 2. ある程度知っている |
| 3. あまり知らない | 4. 全く知らない |

(2) 認知症について、どのようなイメージを持っていますか（1つだけ）

- 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
- 認知症になっても、医療・介護等のサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していく
- 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用する必要がある
- 認知症になると、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしていた地域で生活することが難しくなる
- 認知症になると、症状が進行していき、何もできなくなってしまう

(3) あなたや家族が認知症になったとき、不安に思うことはありますか

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

(3) で「1. ある」の方のみ

① 不安に思うことは何ですか（いくつでも）

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 病気のこと | 2. 介護のこと |
| 3. 経済的なこと | 4. 家族との関係 |
| 5. 地域との関係 | 6. その他（ ） |

(3) で「2. ない」の方のみ

② 不安に思わない理由は何ですか（いくつでも）

- 認知症や相談先などについて理解しているから
- 私や家族は、認知症にならないと思うから
- 身边に認知症の人がいないので、実感がないから
- 私や家族が認知症になることについて、十分に考えたことがないから
- その他（ ）

問15 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい 2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口（地域包括支援センター等）を知っていますか

1. はい 2. いいえ

問16 スマートフォンの利用について

(1) スマートフォンを持っていますか

1. 持っている 2. 持っていない

(1) で「1. 持っている」の方のみ

① スマートフォンを、健康管理（歩数・体重・食事・薬等の情報管理）のために使用していますか

1. 使用している 2. 使用していない

(1) で「1. 持っている」の方のみ

② スマートフォンを、キャッシュレス決済（外出先での買い物やネットショッピングでの料金をQRコード・バーコード・クレジット決済する）に使用していますか

1. 使用している 2. 使用していない

(1) で「1. 持っている」の方のみ

③ スマートフォンで、「あさひかわ健幸アプリ」を使用していますか

1. 使用している 2. 知っているが、使用していない

3. 知らないので、使用していない 4. わからない

■■■ 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました ■■■

旭川市在宅介護実態調査 調査票 A票

個人情報の取扱いについて

ご回答いただいた内容は、統計的に処理され、特定の個人が識別される情報として公表されることはありません。

今回の調査結果は、ご本人様の要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と関連付けて集計・分析し、本市の高齢者支援施策の検討の際の基礎資料とさせていただきます。ご本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

同意いただける場合は、下の□にチェック☑を入れてください。

上記の個人情報の取扱いに同意します。

A票

調査対象者ご本人について、お伺いします

問1 この調査票にご回答いただいているのは、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. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他() | |

問2 世帯類型について、回答してください(1つを選択)

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

問3 あなた(調査対象者)が、現在抱えている傷病について、回答してください(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. 膜原病(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4-1 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. 利用している ➔ 問5へ

2. 利用していない

問4-2へ

問4-2 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わからない
9. その他()

問5 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、回答してください

(複数選択可)

※ 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。

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

問6 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて、回答してください

(複数選択可)

※ 現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含みます。

※ 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。

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

問7-1 あなた(調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

1. 利用している ➔ **問8へ**

2. 利用していない

↓
問7-2へ

問7-2 問4で訪問診療を利用していない場合、その理由について回答してください。

1. 現状では、訪問診療を利用するほどの状態ではない
2. 訪問診療を受けたいが、行う病院等が身近にない
3. その他()

問8 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、回答してください(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. 既に入所・入居申込みをしている

※「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、
特定施設(介護付有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問9-1 あさひかわ安心つながり手帳(黄色い手帳)を知っていますか(1つを選択)

1. 知っている ➔ **問9-2へ**

2. 知らない ➔ **問10へ**

問9-2 外出するときに、あさひかわ安心つながり手帳を携帯していますか(1つを選択)

1. いつも携帯している
2. 時々携帯している
3. あまり携帯していない
4. いつも携帯していない
5. 持っていない(紛失した等)

問10 家族や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 ➔ **終了です**

2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない
3. 週に1~2日ある
4. 週に3~4日ある
5. ほぼ毎日ある

} ➔ **B票へ
進んでください**

旭川市在宅介護実態調査 調査票 B 票

- 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・ご記入をお願いいたします。
- 「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、ご本人様(調査対象者)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご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 家族や親族の中で、ご本人(調査対象者)の介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか(複数選択可)

- ※ 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。
- ※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職を除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職を除く）
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・親族はない
6. わからない

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、回答してください(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、回答してください(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5－1 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、回答してください(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5－2 問5－1の介護等にかかっている時間について、回答してください(おおよそで結構です)

1日 時間 × 週 日 = 週 時間

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、回答してください(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、特になし | |
| | 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、回答してください(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

調査は終了です

※「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10へ

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。