

インターネット回答用	
申請者ID	令和4年度第4回運協
パスワード	資料5

国分寺市高齢者保健福祉計画・第9期国分寺市介護保険事業計画

高齢者福祉に関するアンケート(案)

(在宅介護実態調査)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび国分寺市では、令和5年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第9期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。本調査は、厚生労働省が作成した「在宅介護実態調査」の項目に、国分寺市独自の実態の把握のため質問項目を加えて実施するものです。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただくと同時に、要支援者・要介護者の在宅生活の継続や、介護者の就労継続に有効な介護サービスのあり方を検討するために利用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

なお、ご回答いただきました内容は、個人情報の保護に関する法律及び国分寺市個人情報保護条例を遵守し、適正に取り扱わせていただきます。

国分寺市長 井澤 邦夫

令和5年2月28日(火)までに回答をお願いします。

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

- この調査の対象者は、令和4年12月1日現在、国分寺市内に住所を持つ要支援1～2・要介護1～5の認定を受けた方及びその介護者の方です。ただし、施設入所している方等は除きます。対象者から無作為に選んだ1,200の方々に送付させていただいております。
- 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。
- 「ご本人の～」と尋ねている質問項目がいくつかあります。
この場合「ご本人」とは、宛名のご本人を指しますので、A票ではご本人以外のご家族等が回答された場合でも、宛名のご本人に関して回答してください。
B票は、ご本人を介護されている介護者の方についてお聞きしていますので、介護者の方に関して回答してください。
- 回答は郵送又はインターネットで送付してください。
郵送の場合は、記入した調査票を同封の返信用封筒に入れて令和5年2月28日(火)までにポストに投函してください。
インターネットでの回答については次のページをご覧ください。
- 回答にあたっては質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。
- 「その他()」を選んだ方は、()内にその内容を具体的に記入してください。

インターネットでの回答について

- 1 右の二次元コードを読み取るか、以下のアドレスから回答ページにアクセスします。

アドレス <https://www.～>

二次元
コード

- 2 1ページの右上に印刷されている、申請者IDとパスワードを入力してください。
- 3 回答を入力し、**令和5年2月28日（火）までに**送信してください。

※通信料は御負担いただきますようお願いいたします。

【問合せ先】

国分寺市 福祉部 高齢福祉課 計画・事業推進係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※（土）（日）（祝）を除く午前8時30分から午後5時まで

個人情報の取扱いについて

この調査は、在宅介護に関する調査・分析を目的とするもので、国分寺市が下記業者に委託し、実施するものです。回答用紙は、個人情報の取扱いについての同意書を兼ねております。

下記処理委託先は、個人情報の取扱いにつきまして、厳重な保護管理体制を構築し、業務を推進しております。配送業務等を外部に委託する場合にも、委託先の選定に関する厳格な基準を設け、これに合致した委託先にのみ業務を委託しております。

処理委託先 株式会社コモン計画研究所

所在地：〒166-0015 東京都杉並区成田東5-35-15 THE PLAZA-F 2階

電話：03-3220-5415

同 意 書

国分寺市長 殿

国分寺市が実施する本調査内容及び要支援・要介護認定情報を、「国分寺市高齢者保健福祉計画・第9期国分寺市介護保険事業計画」策定及び介護保険事業に使用することについて同意いたします。

令和 年 月 日

ご本人氏名

主な介護者氏名

調査票を記入されたのはどなたですか（あてはまるものすべてに○）

- 1 宛名のご本人 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（ ）

A票 宛名のご本人について、お伺いします

1 基本情報・サービス利用意向等について

問1 世帯類型を教えてください

- 1 単身世帯 2 夫婦のみ世帯 3 その他

問2 要介護度を教えてください

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1 要支援 1 | 2 要支援 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3 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況を教えてください

- 1 入所・入居は検討していない ⇒ 問4へ
- 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、介護医療院（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3-1 【問3で「2」「3」を選択した方のみ】

施設で生活される場合、どのような部屋を希望しますか

市独自

- 1 個室 2 多床室（大部屋）
3 個室でも多床室（大部屋）でもどちらでもよい 4 わからない

問3-2 個室あるいは多床室（大部屋）を希望される理由があれば、ご自由にご記入ください

市独自

問4 現在抱えている傷病を教えてください（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--|---|
| 1 <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患（ <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中） | 2 <small>しんしっかん</small> 心疾患（ <small>しんぞうびょう</small> 心臓病） |
| 3 <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物（がん） | 4 <small>こきゅうきしっかん</small> 呼吸器疾患 |
| 5 <small>じんしっかん</small> 腎疾患（ <small>とうせき</small> 透析） | 6 <small>きんこつかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患（ <small>こつ そ</small> 骨粗しょう症、 <small>しょう</small> 脊柱管狭窄症等） |
| 7 <small>こうげんびょう</small> 膠原病（ <small>かんせつ</small> 関節リウマチ含む） | 8 <small>へんけいせい</small> 変形性関節疾患 |
| 9 <small>にんちしょう</small> 認知症 | 10 <small>びょう</small> パーキンソン 病 |
| 11 <small>なんびょう</small> 難病（ <small>びょう</small> パーキンソン 病を除く） | 12 <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病 |
| 13 <small>がんか</small> 眼科・ <small>じび</small> 耳鼻科疾患（ <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちょうかくしやうがい</small> 聴覚障害を伴うもの） | 14 その他（ ） |
| 15 なし | 16 わからない |

問5 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6へ
- 2 利用していない ⇒ 問7へ

問6【問5で「1」を選択した方のみ】

介護保険サービスを利用することで、経済的な負担はどうになりましたか

市独自

- | | |
|-----------|-------------|
| 1 負担が軽減した | 2 あまり変わらない |
| 3 負担が増えた | 4 大いに負担が増えた |

問7【問5で「2」を選択した方のみ】

介護保険サービスを利用していない理由を教えてください（あてはまるものすべてに○）

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

問8 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスを教えてください（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|----------------------|-----------|-----------------|
| 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、買い物等） |
| 7 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8 見守り、声かけ | |
| 9 サロン等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9 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）を教えてください（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|----------------------|--------|-----------------|
| 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、買い物等） |
| 7 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | | 8 見守り、声かけ |
| 9 サロン等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10 現在、訪問診療を利用していますか

- | | |
|----------|-----------|
| 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。

2 ご家族やご親族からの介護について

問11 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 ない ⇒問13へ | |
| 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12 【問11において「1」以外を選択した方のみ】
ご自身が受けている介護のことで、悩んでいるときに、どこに相談・連絡しますか
（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------|----------------------------------|
| 1 地域包括支援センター | 2 市役所 |
| 3 家族 | 4 ケアマネジャー |
| 5 医療機関（主治医） | 6 介護事業所（訪問介護サービス事業所、訪問看護ステーション等） |
| 7 その他（ ） | |

市独自

3 成年後見制度について

問 13 成年後見制度を知っていますか

市独自

- 1 どのような制度知っている
- 2 どのような制度知らない ⇒A票の設問は以上です。B票に進んでください。

※「成年後見制度」とは、認知症等によって判断能力に不安がある方が、一方的に不利益な契約を結ぶことがないように、補助人、保佐人、後見人が、本人の判断能力を補い、保護する制度です。

問 14 【問 13 において「1」を選択した方のみ】

今後判断能力に不安が生じた場合、成年後見制度を利用したいですか

市独自

- 1 利用したい ⇒A票の設問は以上です。B票に進んでください。
- 2 利用したくない

問 15 【問 14 において「2」を選択した方のみ】

成年後見制度を利用したくないと考える理由は何ですか（3つまで選択可）

市独自

- 1 手続きが複雑である
- 2 申立費用・報酬費用等の負担がある
- 3 後見人等に金銭管理等をゆだねることが心配
- 4 他人に財産状況や生活状況を知られたくない
- 5 家族等の介護者が元気なうちは、介護者に金銭管理等をしてもらいたい
- 6 利用のタイミングがわからない
- 7 誰が後見人等に選任されるか不安である
- 8 その他（

ご本人が、ご家族やご親族（同居していない子どもや親族を含む）からの介護を受けていない場合は、アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて2月28日（火）までにポストに投函してください。（切手は不要です）

ご本人が、ご家族やご親族（同居していない子どもや親族を含む）からの介護を受けている場合は、以下のB票への記入をお願いします。

B票は、「主な介護者」の方が記入してください。「主な介護者」の方のご記入が難しい場合は、宛名のご本人が記入してください。（宛名のご本人の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

（ご家族やご親族の方からの介護を受けている方）

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）
（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
- 6 わからない

※ 自営業や農林水産業の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 配偶者 | 2 子 | 3 子の配偶者 |
| 4 孫 | 5 兄弟・姉妹 | 6 その他（ ） |

問3 主な介護者の方の年齢を教えてください

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 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4 現在、主な介護者の方が行っている介護等を教えてください

(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
() | 16 わからない |
|---------------|----------|

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を教えてください（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、特にない |
| 17 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問6【主な介護者の方が記入した場合のみ回答してください】

次の項目について、主な介護者の方の状態や気持ちに最も近いものを、それぞれ1つずつ選んで○をつけてください

	よく あてはまる	どちらか というと あてはまる	あまり あてはまら ない	まったく あてはまら ない
1 睡眠時間や休息時間がとれない	1	2	3	4
2 自分の健康が保てない	1	2	3	4
3 ストレスがたまっている	1	2	3	4
4 精神的・肉体的疲労感が限界である	1	2	3	4
5 自分ひとりが我慢すれば済むと思うことがある	1	2	3	4
6 介護を続けていく自信がない	1	2	3	4
7 共倒れしてしまうのではないかとと思うことがある	1	2	3	4
8 本人についつらくあたってしまうことがある	1	2	3	4
9 本人と意思疎通ができない	1	2	3	4
10 誰も自分の大変さを理解してくれない	1	2	3	4
11 家族や親族等の理解・協力が得られない	1	2	3	4
12 適切な介護の方法や、その相談窓口がわからない	1	2	3	4
13 経済的負担が大きい	1	2	3	4

問7 主な介護者の方の現在の勤務形態を教えてください

- 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 ⇒ 問8～問10へ
- 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 ⇒ 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7で「1」「2」を選択した方のみ】

主な介護者の方は、介護をするにあたって、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」を選択した方のみ】

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
- 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」を選択した方のみ】

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 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終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて2月28日(火)までにポストに投函してください。(切手は不要です)