

	令和7年度第3回運協 資料2-2
申請者 I D	
パスワード	

国分寺市高齢者保健福祉計画・第10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

(在宅介護実態調査)

調整中

令和8年2月28日(土)までに回答をお願いします。

調整中

【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：042-312-8637 F A X：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



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10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

1 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 ご本人のケアマネジャー
5 その他（ ）

1 基本情報・サービス利用意向等について

1 単身世帯 2 夫婦のみ世帯 3 その他

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

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

1 個室 2 多床室（大部屋）

3 個室でも多床室（大部屋）でもどちらでもいい 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

.....

.....

.....

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>へんけいせいいかんせつしっかん</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>とうようびょう</small> 糖尿病 |
| 13 <small>がんか</small> 眼科・ <small>じ</small> 耳鼻科疾患
（ <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちょうかくしょうがい</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5で「2」を選択した方のみ】

問6 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わからない
9 その他（ ）

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 移外出同行（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）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9 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。

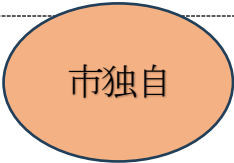
2 ご家族やご親族からの介護について

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 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10において「1」以外を選択した方のみ】

問11 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（ ） | | |

3 成年後見制度について

成年後見制度の質問はすべて市独自

問 12 成年後見制度を知っていますか

- 1 どのような制度か知っている
- 2 どのような制度か知らない ⇒ 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 12 において「1」を選択した方のみ】

問 13 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

- 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 13 において「2」を選択した方のみ】

問 14 成年後見制度を利用したくないと考える理由を教えてください（3つまで選択可）

- 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（土）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、ご本人が記入してください。（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に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7～問10へ |
| 2 パートタイムで働いている | ⇒ 問7～問10へ |
| 3 働いていない | ⇒ 問10へ |
| 4 主な介護者に確認しないと、わからない | ⇒ 問10へ |

※「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6で「1」「2」を選択した方のみ】

問7 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行っていますか（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6で「1」「2」を選択した方のみ】

問8 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6で「1」「2」を選択した方のみ】

問9 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 | |

【主な介護者の方が記入した場合のみ回答してください】

問10 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

	市独自	よくあてはまる	どちらかという 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 ご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 ご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

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（土）までにポストに投函してください。（切手は不要です）

