

# 介護保険・高齢者福祉に関するアンケート (在宅介護実態調査)

～御協力をお願い～

日頃、市政に御理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

稲沢市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう令和2年度に「第8期稲沢市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」を策定し、介護保険サービスの充実と質の向上、並びに高齢者福祉サービスの推進を図るための取り組みに努めております。

この計画が令和5年度に終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、実情を把握するために、皆さまの日頃の生活の様子や健康状態、介護サービスの利用状況等についてアンケート調査を実施させていただくことになりました。

本調査は、令和4年12月1日現在、在宅で要支援・要介護認定を受けている方を介護保険被保険者台帳から無作為に抽出したものです。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和5年1月

稲沢市長 加藤 錠 司 郎

## ■調査データの活用について

個人情報保護および活用目的は以下のとおりです。

- この調査で得られた内容は、本市における高齢者等支援施策の際の基礎資料として活用すること以外には使用しません。また、当該情報については、本市において適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に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町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
- 本調査票のご返送をもちまして、データの活用についてご同意いただいたものとさせていただきます。

## 【記入に当たってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和4年12月1日時点で、要支援1・2及び要介護1から要介護5の認定を受けている方のうち、在宅で生活されている方です。
2. ご回答にあたっては、「A票“ご本人”についてお答えいただく部分」と「B票“主な介護者の方”についてお答えいただく部分」がありますので、ご注意ください。
3. ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に☑をつけてください。
4. 回答は、設問の文末に単数回答の場合は（1つを選択）、複数回答が可能な場合は（複数選択可）などと表示していますので、それに従ってご回答ください。
5. 設問によってご回答いただく方が限られる場合がありますので、ことわり書きや矢印にしたがってください。特にない場合は次の設問にお進みください。
6. この調査についてのお問い合わせは下記宛までお願いいたします。

御記入いただいた調査票は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れ（切手不要）、**令和5年2月20日（月）**までに、郵便ポストに投かんしてください。

【お問い合わせ先】 稲沢市 市民福祉部 高齢介護課 介護認定グループ  
電話：0587-32-1292

## A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 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（複数回答可）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①調査対象者本人       | <input type="checkbox"/> ◀②主な介護者となっている家族・親族 |
| <input type="checkbox"/> ◀③主な介護者以外の家族・親族 | <input type="checkbox"/> ◀④その他（ ）           |

問2 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①一人暮らし | <input type="checkbox"/> ◀②夫婦のみ世帯 | <input type="checkbox"/> ◀③その他（ ） |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

- |                               |                               |                                   |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①男性 | <input type="checkbox"/> ◀②女性 | <input type="checkbox"/> ◀③その他（ ） |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①65歳未満  | <input type="checkbox"/> ◀②65～69歳 | <input type="checkbox"/> ◀③70～74歳 |
| <input type="checkbox"/> ◀④75～79歳 | <input type="checkbox"/> ◀⑤80～84歳 | <input type="checkbox"/> ◀⑥85～89歳 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦90歳以上  |                                   |                                   |

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                 |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①要支援1 | <input type="checkbox"/> ◀②要支援2  | <input type="checkbox"/> ◀③要介護1 |
| <input type="checkbox"/> ◀④要介護2 | <input type="checkbox"/> ◀⑤要介護3  | <input type="checkbox"/> ◀⑥要介護4 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦要介護5 | <input type="checkbox"/> ◀⑧わからない |                                 |

問6 居住地について、ご回答ください（1つを選択）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①稲沢市民センター地区  | <input type="checkbox"/> ◀②小正市民センター地区  |
| <input type="checkbox"/> ◀③下津市民センター地区  | <input type="checkbox"/> ◀④明治市民センター地区  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤千代田市民センター地区 | <input type="checkbox"/> ◀⑥大里西市民センター地区 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦大里東市民センター地区 | <input type="checkbox"/> ◀⑧祖父江地区       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨平和地区        | <input type="checkbox"/> ◀⑩わからない（町名： ） |

問7 現在、どちらで生活していますか（1つを選択）

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①自宅 | <input type="checkbox"/> ◀②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、ご回答ください（1つを選択）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①入所・入居は検討していない     | <input type="checkbox"/> ◀②入所・入居を検討している |
| <input type="checkbox"/> ◀③すでに入所・入居申し込みをしている |   |

※施設等とは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院（旧 介護療養型医療施設）、特定施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設を指します。

問9 今後どこで生活したいとお考えですか（1つを選択）

- ◀①自宅（家族宅を含む）
- ◀②介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ◀③介護老人保健施設（老人保健施設）
- ◀④介護医療院（旧 介護療養型医療施設）
- ◀⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ◀⑥高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など）
- ◀⑦その他（ ）

問10 ご本人（認定調査対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください  
（複数選択可）

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

問11 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つを選択）

- ◀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。

問 12 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの行動や意識に変化はありましたか。  
(複数選択可)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①外出しなくなった                          | <input type="checkbox"/> ◀②人と会わなくなった     |
| <input type="checkbox"/> ◀③人や物に触るのが怖くなった                     | <input type="checkbox"/> ◀④不安になることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤これまで参加していた趣味活動や友人同士の集まり等に参加しなくなった |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥健康に気を付けるようになった                    |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦人とのつながりの大切さを知ることができた              |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧その他 ( )                           | <input type="checkbox"/> ◀⑨特にない          |

問 13 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、サービス利用状況は変化しましたか。また、それに伴い、身体に変化はありましたか。(1つを選択)

【サービスの利用状況】

- |                                |                                |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①増えた | <input type="checkbox"/> ◀②減った | <input type="checkbox"/> ◀③変わらない |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

【身体の状況】

- |                                   |                                 |                                  |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①良好になった | <input type="checkbox"/> ◀②悪化した | <input type="checkbox"/> ◀③変わらない |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

## 介護保険サービスの利用についてお聞きします

問 14 令和4年12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つを選択)

◀①利用した⇒問 15 へ

◀②利用していない⇒問 18 へ

**問 14 で「①」とお答えの方にお伺いします**

問 15 以下の介護保険サービスについて、令和4年12月の1か月間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、①利用していない)」を選択してください(それぞれ1つを選択)。

|                          | 1週間あたりの利用回数(それぞれ1つを選択)             |                                |   |                                  |                                 |                                |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
|                          | 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           | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input checked="" type="checkbox"/> ◀2回 | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| A. 訪問介護<br>(ホームヘルプサービス)  | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| B. 訪問入浴介護                | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| C. 訪問看護                  | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| D. 訪問リハビリテーション           | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| E. 通所介護<br>(デイサービス)      | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| F. 通所リハビリテーション<br>(デイケア) | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
| G. 認知症対応型<br>通所介護        | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    | <input type="checkbox"/> ◀5回以上 |
|                          | 利用の有無(1つを選択)                       |                                |   |                                  |                                 |                                |
| H. 定期巡回・随時対応型<br>訪問介護看護  | <input type="checkbox"/> ◀①利用していない |                                | <input type="checkbox"/> ◀②利用した         |                                  |                                 |                                |
| I. 小規模多機能型居宅介護           | <input type="checkbox"/> ◀①利用していない |                                | <input type="checkbox"/> ◀②利用した         |                                  |                                 |                                |
|                          | 1か月あたりの利用日数(1つを選択)                 |                                |   |                                  |                                 |                                |
|                          | 利用していない                            | 月1~7日程度                        | 月8~14日程度                                | 月15~21日程度                        | 月22日以上                          |                                |
| J. ショートステイ               | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1~7日 | <input type="checkbox"/> ◀8~14日         | <input type="checkbox"/> ◀15~21日 | <input type="checkbox"/> ◀22日以上 |                                |
|                          | 1か月あたりの利用回数(1つを選択)                 |                                |   |                                  |                                 |                                |
|                          | 利用していない                            | 月1回程度                          | 月2回程度                                   | 月3回程度                            | 月4回程度                           |                                |
| K. 居宅療養管理指導              | <input type="checkbox"/> ◀0回       | <input type="checkbox"/> ◀1回   | <input type="checkbox"/> ◀2回            | <input type="checkbox"/> ◀3回     | <input type="checkbox"/> ◀4回    |                                |

**問 16 現在利用しているサービスに満足していますか（1つを選択）**

◀①満足している ⇒問 19 へ

◀②どちらともいえない ⇒問 19 へ

◀③不満である ⇒問 17 へ

**問 16 で「③」とお答えの方にお伺いします**

**問 17 不満の理由は何ですか（複数選択可）**

◀①サービスの提供回数が少ない

◀②サービスの提供時間が短い

◀③土・日・祝日にサービスを利用できない

◀④サービスを利用できる時間帯が限られている

◀⑤サービス提供事業者が近くにない

◀⑥利用料が高い

◀⑦介護技術のレベルが低い

◀⑧その他（ ）

**問 14 で「②」とお答えの方にお伺いします**

**問 18 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分からない

◀⑨その他（ ）

**ケアマネジャーやサービス提供事業者についてお聞きします**

**問 19 から問 22 は、介護保険サービスを利用している方にお聞きします**

**介護保険サービスを利用していない方は、問 23 へお進みください**

**問 19 ケアマネジャーに対する要望は何ですか（複数選択可）**

◀①ケアプランや介護保険サービスの内容の説明をもっとしてほしい

◀②本人や家族の質問や要望をもっと聞いてほしい

◀③連絡や相談をしたいときに、すぐ連絡がとれるようにしてほしい

◀④態度やマナー（時間を守るなど）を良くしてほしい

◀⑤その他（ ）

◀⑥特に要望はない

問 20 あなたが介護保険のサービス提供事業者を選ぶ際に重視したことはどのようなことですか（複数選択可）

- ◀①職員からきめ細かな介護をしてもらえるなどサービスの質が良いこと
- ◀②事業所の知名度が高いこと
- ◀③料金が安いこと
- ◀④地元（近所）にあること
- ◀⑤ケアマネジャーがすすめたこと
- ◀⑥いろいろなサービスを提供していること
- ◀⑦知人や友人が利用していること
- ◀⑧その他（ )
- ◀⑨特にない

---

### 介護保険サービスや介護保険制度についてお聞きします

---

問 21 今後、どのようなサービスを充実していく必要があると思いますか（3つまで選択）

- ◀①訪問サービス（訪問介護・訪問入浴介護）
- ◀②通所サービス（通所介護）
- ◀③宿泊サービス（短期入所生活介護・短期入所療養介護）
- ◀④リハビリサービス（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション）
- ◀⑤医療系サービス（訪問看護・居宅療養管理指導）
- ◀⑥認知症対応型サービス（認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護（グループホーム））
- ◀⑦小規模多機能型居宅介護  
(通いサービスを中心に、訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせたサービス)
- ◀⑧定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
(日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に提供するサービス)
- ◀⑨福祉用具(貸与、購入)・住宅改修
- ◀⑩特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設）
- ◀⑪老人保健施設（介護老人保健施設）
- ◀⑫高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など）
- ◀⑬その他（ )
- ◀⑭特にない（今のままでよい）



問 22 今後、介護保険制度をより良くするために、どのようなことを改善してほしいと思いますか（3つまで選択）

- ◀①介護保険制度のしくみや利用方法に関する情報提供の充実
- ◀②ケアマネジャーやサービス提供事業者に関する情報提供の充実
- ◀③苦情・相談窓口の充実
- ◀④介護専門職の資質向上支援
- ◀⑤認知症高齢者などの権利を守るための制度の充実
- ◀⑥低所得者への負担軽減対策
- ◀⑦介護予防や要介護度の進行防止のための介護予防事業の充実
- ◀⑧家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
- ◀⑨介護保険サービスの量や質の充実
- ◀⑩保健・医療・福祉機関との連携・協力
- ◀⑪その他（）

介護保険サービス以外の利用状況についてお聞きします

問 23 本市では、次のようなサービス等を行っています  
 ①サービス等の利用状況、②利用したいものをお答えください

| 種類と内容  | ①利用状況<br>(回答は1つずつ)                    |                                 |                            | ②利用希望<br>(いくつでも)           |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | 利用している、<br>利用したことがある                  | サービスがある<br>ことは知っているが<br>利用していない | サービスを<br>知らなかった            | 今後利用したい、<br>又は利用を続けたい      |
| ※各サービス等は、利用するときに条件がありますが、②については「利用できるとした場合」でお答えください。                           |                                       |                                 |                            |                            |
| (記入例)  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 |
| ア. 緊急通報システム事業<br>緊急通報用電話機を自宅に設置する支援事業  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1 |
| イ. 訪問理美容サービス事業<br>理美容院が自宅に訪問するサービス   | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 |
| ウ. 高齢者外出支援サービス事業<br>リフト付き車両等で送迎するサービス  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| エ. 寝具の洗濯乾燥サービス事業<br>寝具の洗濯乾燥を行うサービス   | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| オ. 給食サービス事業<br>昼食を自宅に配達するサービス  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 |
| カ. 高齢者ふれあいサロン事業<br>身近な場所に集い、レクリエーション等を通して<br>介護予防や健康増進を図る支援事業                  | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 |
| キ. ふれあい収集事業<br>ごみ出しができない要介護者の世帯を対象にごみ<br>や資源を戸別に収集する支援事業                       | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 7 |
| ク. 徘徊高齢者家族支援事業<br>認知症高齢者が徘徊により行方不明になった場<br>合、早期に発見できる位置検索システム専用端末<br>機等を貸与する事業 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |

---

## ご家族やご親族の方についてお聞きします

---

問 24 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

問 25 そのほか、高齢者福祉・介護保険等に関するご意見がありましたら、自由にお書きください

問 24 で「①」を選択された方は以上です。

ご協力ありがとうございました。

- A票の問 24 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。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご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

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)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)(複数選択可)

- ◀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お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、ご回答ください(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、ご回答ください(1つを選択)

- ◀①20歳未満
- ◀②20代
- ◀③30代
- ◀④40代
- ◀⑤50代
- ◀⑥60代
- ◀⑦70代
- ◀⑧80歳以上
- ◀⑨わからない

問5 主な介護者の方の健康状態をお答えください(1つを選択)

- ◀①おおむね健康
- ◀②健康に不安がある
- ◀③わからない

問6 対象者(宛名の方)と同居していますか(1つを選択)

- ◀①同居している
- ◀②同居していない

問7 ご家族の中で、補助的な介護者はいますか(1つを選択)

- ◀①いる
- ◀②いない

問8 一日のうち介護に関わる時間はどのくらいですか(1つを選択)

- ◀①ほとんど終日
- ◀②半日
- ◀③2～3時間
- ◀④必要に応じて



問 12 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）

- |   |   |               |
|---|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①フルタイムで働いている        | } | 問 13～問 15 へ   |
| <input type="checkbox"/> ◀②パートタイムで働いている       |   |               |
| <input type="checkbox"/> ◀③働いていない             | } | 問 16 へお進みください |
| <input type="checkbox"/> ◀④主な介護者に確認しないと、わからない |   |               |

※「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・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 12 で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問 13 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 12 で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問 14 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 12 で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問 15 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）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①問題なく、続けていける        | <input type="checkbox"/> ◀②問題はあるが、何とか続けていける |
| <input type="checkbox"/> ◀③続けていくのは、やや難しい      | <input type="checkbox"/> ◀④続けていくのは、かなり難しい   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤主な介護者に確認しないと、わからない |   |

問 16 最近6か月の間に、介護が原因で、対象者（宛名の方）と衝突したことはありますか（複数選択可）

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①相手を侮辱するような言葉を吐いたり、威圧的な態度をとってしまったことがある |
| <input type="checkbox"/> ◀②介護を放棄してしまったことがある                      |
| <input type="checkbox"/> ◀③相手を殴ったり蹴ったりしてしまったことがある                |
| <input type="checkbox"/> ◀④その他（ )                                |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤特にない                                  |

問 17 介護するうえで、どのようなことに困っていますか（複数選択可）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①心身の疲労が大きい            | <input type="checkbox"/> ◀②睡眠不足である     |
| <input type="checkbox"/> ◀③経済的負担が大きい            | <input type="checkbox"/> ◀④仕事に出られない    |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤買物等の外出ができない          | <input type="checkbox"/> ◀⑥介護の方法がわからない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦旅行・趣味など生活を楽しむ余裕がない   |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧本人が介護保険サービスの利用をこばむ   |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨もっと在宅の介護保険サービスを利用したい |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩家族や近隣の方などの理解が足りない    |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪入所・入居できる施設がない        |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑫その他（ )               |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬特にない                 |  |

問 18 介護についての不安なことや悩みは誰に（どこに）相談しますか（複数選択可）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者            | <input type="checkbox"/> ◀②配偶者以外の家族や親族 |
| <input type="checkbox"/> ◀③医療従事者（医師・看護師等） | <input type="checkbox"/> ◀④ケアマネジャー     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤サービス提供事業者      | <input type="checkbox"/> ◀⑥地域包括支援センター  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ )         | <input type="checkbox"/> ◀⑧相談先がない      |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨特に相談の必要がない     |  |

問 19 介護保険サービスを利用したことで、どのような変化がありましたか（複数選択可）

◀①介護に関わる時間が減った

◀②精神的に楽になった

◀③時間に余裕ができた

◀④体調がよくなった

◀⑤その他（

）

◀⑥特に変化はない

問 20 主な介護者の方として、高齢者福祉・介護保険等に関するご意見がありましたら、自由にお書きください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。