

高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画策定用 調査票
-----------------------------

以下の質問について、該当する答えの番号に○をつけてください。

**調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。**

**【国必】**

1. 調査対象者（あて名のご本人）が記入
2. 主な介護者となっているご家族・ご親族が記入  
（調査対象者からみた続柄\_\_\_\_\_）
3. 主な介護者以外のご家族・ご親族が記入  
（調査対象者からみた続柄\_\_\_\_\_）
4. その他（\_\_\_\_\_）

**調査 1** 調査対象者（あて名のご本人）についてお聞きします。

**問 1 世帯構成を教えてください。**

**【国必】**

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

**問 2 令和 8 年 1 月の 1 か月の間に、介護保険サービス（住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く）を利用しましたか。**

**【国必】**

1. 利用した ⇒ 【問 3】へ
2. 利用していない ⇒ 【問 2-1】を回答してから【問 3】へ

**問 2-1 （問 2 で「2. 利用していない」と回答した方）**

介護保険サービスを利用していない理由は、次のうちどれですか。  
（いくつでも）

**【国必】**

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や利用方法がわからない
9. その他（\_\_\_\_\_）

問3 介護・介助が必要になった主な原因は、次のうちどれですか。(いくつでも)

- |                             |                            |             |
|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| 1. 脳血管疾患 (脳卒中)              | 2. 心疾患 (心臓病)               | <b>【市独】</b> |
| 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. 骨折・転倒                   | 15. 高齢による衰弱                |             |
| 16. その他 ( )                 | 17. わからない                  |             |

問4 調査対象者(あて名のご本人)が、現在抱えている傷病は、次のうちどれですか。(いくつでも)

- |                             |                            |             |
|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| 1. 脳血管疾患 (脳卒中)              | 2. 心疾患 (心臓病)               | <b>【国才】</b> |
| 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                   |                            |             |

問5 現在、利用している介護サービスに対する意見として、最も近いものを選んでください。(1つを選択)

- |                 |             |          |
|-----------------|-------------|----------|
| 1. 満足している       | 2. やや満足している |          |
| 3. どちらともいえない    | 4. やや不満である  | 5. 不満である |
| 6. サービスを利用していない | 7. その他 ( )  |          |

問6 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)

- |                      |                 |             |
|----------------------|-----------------|-------------|
| 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 | <b>【国必】</b> |
| 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、認知症グループホーム、有料老人ホームなどを指します。

問7 あなたが介護を受ける場所として希望するのはどちらですか。(1つを選択)

1. 自宅にいながら介護を受けたい 【市独】
2. 施設等への入所(入居)又は病院に入院して介護を受けたい
3. その他( )

問8 調査対象者(あて名のご本人)は、現在、訪問診療を利用していますか。

(1つを選択)

【国才】

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問診療とは、医師が定期的に自宅に訪問して診療を行うことを言います。

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導(医師や薬剤師等が自宅に訪問し療養や服薬に関する助言を行うこと)等は含みません。

問9 今後、在宅生活を続けていくため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)は、次のどれですか。(いくつでも)

【国才】

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. サロンなど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 ご家族やご親戚の方からの介護は、週にどのくらいありますか。(同居していない子どもや親戚等からの介護を含む)(1つを選択)

【国必】

1. ない ⇒ 調査は終了です
2. 家族・親類からの介護はあるが、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

調査2へ  
進んでください

●問10で「1. ない」を選択された方は、これで調査は終了です。

「2.」~「5.」を選択された方は、次ページの「調査2」へお進みください。

**調査2** 主な介護者（調査対象者を介護されている方）についてお聞きします。

問11 主な介護者は、どなたですか。（1つを選択）

【国才】

- |        |          |           |
|--------|----------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子     | 3. 子の配偶者  |
| 4. 孫   | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他（ ） |

問12 主な介護者の年齢をご回答ください。（1つを選択）

【国必】

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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13 現在、主な介護者が行っている介護等について、ご回答ください。

（いくつでも）

【国才】

〔身体介護〕

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排せつ                | 2. 夜間の排せつ      |
| 3. 食事の介助（食べる時）           | 4. 入浴・洗身       |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯みがきなど）      | 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・ストーマなど） |                |

〔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. わからない  |                      |

問14 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に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)(3つまで)

[身体介護]

【国必】

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排せつ                | 2. 夜間の排せつ      |
| 3. 食事の介助(食べる時)           | 4. 入浴・洗身       |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯みがきなど)      | 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・ストーマなど) |                |

[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. 主な介護者に確認しないと、わからない |
|------------|------------------------|

問15 ご家族やご親族の中で、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勤務形態は問いません)(いくつでも)

【国必】

1. 主な介護者が仕事を辞めた(転職をのぞく)
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職をのぞく)
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

問16 主な介護者の現在の勤務状態についてご回答ください。(ひとつだけ)

【国必】

- |                      |   |   |         |
|----------------------|---|---|---------|
| 1. フルタイムで働いている       | } | ⇒ | 問17~19へ |
| 2. パートタイムで働いている      |   |   |         |
| 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 |   |   |         |

問17 (問16で「1.」又は「2.」と回答した方のみ)

主な介護者は、介護をするにあたって、何か働き方の調整等をしていますか。  
(いくつでも)

【国必】

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、上記2から4まで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18 (問16で「1.」又は「2.」と回答した方のみ)

主な介護者は、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)

【国才】

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19 (問16で「1.」又は「2.」と回答した方のみ)

【国必】

主な介護者は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(ひとつだけ)

1. 問題なく、続けていける
2. 問題はあるが、なんとか続けていける
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

