

第10期介護保険事業計画策定のための実態調査 (在宅介護実態調査)

● 調査ご協力のお願い ●

平素は、本市の福祉行政にご理解、ご協力をいただきまして誠にありがとうございます。本市では、高齢者福祉と介護保険事業の推進に取り組むため、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画を策定し、3年毎に見直しを行っています。

このたび「権原市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画」（令和9年度～令和11年度）を策定するにあたり、サービスの利用状況や利用意向などを的確に把握するための「在宅介護実態調査」を実施することといたしました。調査結果は、計画策定の基礎資料として活用したいと考えています。

ご多用のところ誠に恐れいりますが、調査の目的、趣旨をご理解いただきまして、ご協力くださいますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

なお、お答えいただきました内容は計画のためにのみ利用し、個人情報の保護には最大の注意を払っておりますので、実情に基づいてご回答いただきますよう、ご協力よろしくお願ひいたします。

令和7年11月 権原市 福祉部 長寿介護課

<ご記入にあたっての注意事項>

- ◆ ご回答にあたっては、あて名のご本人およびご家族の状況についてお答えいただきますが、ご家族の方などがご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答していただいても結構です。
- ◆ 上記左上□内の番号は、お名前を伏せて個人を識別するための番号です。詳しくは次ページの「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。
- ◆ 本調査は、令和7年11月1日現在の状況でお答えください。
- ◆ 回答にあたっては、該当する番号を○で囲み、「その他」にあてはまる場合は具体的にご記入ください。

【調査実施主体】

権原市 福祉部 長寿介護課 〒634-8509 権原市内膳町1-1-60
電話：0744-22-8108 FAX：0744-24-9725

回答が終わりましたら、記入もれなどがないか確認していただき、同封の返信用封筒に入れて令和7年12月23日(火)までに郵便ポストに投函してください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

この調査は、在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けたサービスの検討を目的に行うものです。本調査で得られた情報につきましては、檜原市による高齢者福祉計画および介護保険事業計画の策定とその推進目的以外には利用いたしません。また、この調査の分析にあたっては、檜原市が管理する介護保険の被保険者情報（性別、年齢、要介護状態区分、介護保険料区分、居住地区）を使用いたします。

ただし、高齢者福祉計画および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データベース内に個人を特定しない形で情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

調査の回答について

なお、本調査はウェブでの回答も可能です。

下記のURLもしくは右の二次元コードからアクセスしていただき、アンケートフォームに直接回答を入力してください。

<URL><https://questant.jp/q/7ZU9VY6F>



インターネットでの回答には下記IDの入力が必要です。

<ID> :

◎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。(○はいくつでも)

1. 調査対象者ご本人
2. 主な介護者となっている家族・親族 ⇒ (あて名のご本人からみた続柄:)
3. 主な介護者以外の家族・親族 ⇒ (あて名のご本人からみた続柄:)
4. 調査対象者のケアマネジャー
5. その他()

問1 あて名のご本人やご家族の生活状況について

(1) 家族構成をお教えください。(○は1つ)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他()

(2) ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. がん(悪性新生物) | 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 |

(3) 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。(○は1つ)

- | |
|----------------------|
| 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. 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、介護療養型医療施設、介護医療院、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。

(4) ご本人は、現在、訪問診療※を利用していますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|------------|
| 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2 必要となる支援や介護について

(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。

(○は1つ)

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 利用している | ⇒次のページへ進む |
| 2. 利用していない | |

【利用していない方のみ】

(1)-① 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- | |
|----------------------------|
| 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ぬ |
| 9. その他() |

問3 介護保険以外の支援・サービスについて

(1) 現在、利用している、「介護保険サービス・介護予防・日常生活支援総合事業(ホームヘルパーなどの訪問型サービスやデイサービスなどの通所型サービス)以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。(○はいくつでも)

- 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

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含みます

(2) 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)について、ご回答ください。(○はいくつでも)

- 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

※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4 家族介護について

(1) 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)。(○は1つ)

1. ない ⇒最終ページ自由記述へ進む

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



ご家族やご親族の方からの介護を受けている場合は、
主な介護者の方に以降の設問へのご回答・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、ご本人様がご回答・ご記入をお願いします。

問5 主な介護者の方について《介護者への質問》

(1) 主な介護者の方は、どなたですか。ご本人からの続柄でお答えください。(○は1つ)

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

(2) 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

(3) 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)

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

(4) 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(○はいくつでも)

[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6 主な介護者の方の就労について《介護者への質問》

(1) 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。(○は1つ)

- 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

⇒次のページへ進む

⇒次のページへ進む

※「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。

【働いている方のみ】

(1)-① 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。(○はいくつでも)

- 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

(1)-② 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。(○は3つまで)

- 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

(1)-③ 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていくそうですか。(○は1つ)

- 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

主な介護者の方におうかがいします

(2) 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)。(○はいくつでも)

- 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・親族はない ⇒ (3)へ進む
- 6. わからない ⇒ (3)へ進む

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

【ご家族やご親族の中で介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方がいる方のみ】

(2)-①仕事を辞めたり、転職したりしなければならなかつた最も大きな理由は何ですか。

(○は1つ)

- 1. 十分に介護したかったから
- 2. 介護するために目が離せなかったから
- 3. 融通の利く勤務形態ではなかつたから
- 4. 精神的に余裕がなかつたから
- 5. 介護者の健康状態が悪化したから
- 6. 両立する自信がなかつたから
- 7. 介護するために遠距離を移動しなければならなかつたから
- 8. 介護サービスが十分に受けられなかつたから
- 9. 介護サービスなどの受け方が分からなかつたから
- 10. その他()

主な介護者の方におうかがいします

(3) 現在の生活を継続していくにあたつて、主な介護者の方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)。(○は3つまで)

[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

さいごに

権原市の高齢者施策について、ご意見・ご提案があれば、自由に記入してください。

■ ■ ■ 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました ■ ■ ■

記入もれがないか、今一度お確かめください。

同封しております返信用封筒に、ご記入いただきましたアンケートを入れて、

令和7年12月23日(火)までにポストにご投函ください。