

在宅介護実態調査

～御協力のお願い～

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。

君津市では、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「君津市高齢者保健福祉計画 第8期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や介護保険の適切な運営を推進しています。

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、計画の対象となる方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実情を把握するため、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5年1月1日現在、在宅で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。

御回答いただいた内容は、計画策定のために利用させていただくものであり、回答者個人が特定されたり、個々の回答内容が漏れたり、ほかの目的に利用することはございません。

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2月

君津市長 石井 宏子

【ご記入に当たってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和5年1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（回答は1つ）、複数回答が可能な場合は（いくつでも）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3月6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】君津市 福祉部介護保険課 介護推進係
TEL：0439-56-1736

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問ア 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（いくつでも）

- | | |
|--|---|
| <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調査対象者のケアマネジャー |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤その他 | |

問1 世帯類型について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①単身世帯 | <input type="checkbox"/> ◀②夫婦のみ世帯 | <input type="checkbox"/> ◀③その他 |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

問2 ご本人の性別について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①男性 | <input type="checkbox"/> ◀②女性 | <input type="checkbox"/> ◀③回答しない |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|

問3 ご本人の年齢について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <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4 ご本人の要介護度について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <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5 居住地域について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①君津地区 | <input type="checkbox"/> ◀②小糸地区 | <input type="checkbox"/> ◀③清和地区 |
| <input type="checkbox"/> ◀④小櫃地区 | <input type="checkbox"/> ◀⑤上総地区 | |

問6 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）（回答は1つ）

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①ない | <input type="checkbox"/> ◀②家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| <input type="checkbox"/> ◀③週に1～2日ある | <input type="checkbox"/> ◀④週に3～4日ある | <input type="checkbox"/> ◀⑤ほぼ毎日ある |

問7 主な介護者の方は、どなたですか（回答は1つ）

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②子 | <input type="checkbox"/> ◀③子の配偶者 |
| <input type="checkbox"/> ◀④孫 | <input type="checkbox"/> ◀⑤兄弟・姉妹 | <input type="checkbox"/> ◀⑥その他 |

問8 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①男性 | <input type="checkbox"/> ◀②女性 | <input type="checkbox"/> ◀③回答しない |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|

問9 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（回答は1つ）

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①20歳未満 | <input type="checkbox"/> ◀②20代 | <input type="checkbox"/> ◀③30代 |
| <input type="checkbox"/> ◀④40代 | <input type="checkbox"/> ◀⑤50代 | <input type="checkbox"/> ◀⑥60代 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦70代 | <input type="checkbox"/> ◀⑧80歳以上 | <input type="checkbox"/> ◀⑨わからない |

問 10 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（いくつでも）

【身体介護】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①日中の排泄 | <input type="checkbox"/> ◀②夜間の排泄 |
| <input type="checkbox"/> ◀③食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> ◀④入浴・洗身 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | <input type="checkbox"/> ◀⑥衣服の着脱 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> ◀⑧外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨服薬 | <input type="checkbox"/> ◀⑩認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | |

【生活援助】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀⑫食事の準備（調理等） | <input type="checkbox"/> ◀⑬その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑭金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【その他】

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀⑮その他 | <input type="checkbox"/> ◀⑯わからない |
|--------------------------------|----------------------------------|

問 11 ご本人（調査対象者）以外のご家族で成人していて（学生は除く）働いていない（所得のない）方はいますか（回答は1つ）

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①いる（ 歳） | <input type="checkbox"/> ◀②いない |
|--|--------------------------------|

問 12 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、現在の勤務形態は問いません）（いくつでも）

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①主な介護者が仕事を辞めた（転職除く） |
| <input type="checkbox"/> ◀②主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く） |
| <input type="checkbox"/> ◀③主な介護者が転職した |
| <input type="checkbox"/> ◀④主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| <input type="checkbox"/> ◀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 13 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください（いくつでも）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①配食 | <input type="checkbox"/> ◀②調理 |
| <input type="checkbox"/> ◀③掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> ◀④買い物（宅配は含まない） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ゴミ出し | <input type="checkbox"/> ◀⑥外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> ◀⑧見守り、声かけ |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨サロンなどの定期的な通いの場 | <input type="checkbox"/> ◀⑩その他 |
| <input type="checkbox"/> ◀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 14 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（いくつでも）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①配食 | <input type="checkbox"/> ◀②調理 |
| <input type="checkbox"/> ◀③掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> ◀④買い物（宅配は含まない） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ゴミ出し | <input type="checkbox"/> ◀⑥外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> ◀⑧見守り、声かけ |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨サロンなどの定期的な通いの場 | <input type="checkbox"/> ◀⑩その他 |
| <input type="checkbox"/> ◀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 15 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（回答は1つ）

- | | |
|--|---|
| <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、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。

問 16 ご本人（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（いくつでも）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①脳血管疾患（脳卒中） | <input type="checkbox"/> ◀②心疾患（心臓病） |
| <input type="checkbox"/> ◀③悪性新生物（がん） | <input type="checkbox"/> ◀④呼吸器疾患 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤腎疾患（透析） | <input type="checkbox"/> ◀⑥筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦膠原病（関節リウマチ含む） | <input type="checkbox"/> ◀⑧変形性関節疾患 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨認知症 | <input type="checkbox"/> ◀⑩パーキンソン病 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪難病（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（視覚・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 17 ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（回答は1つ）

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①利用している | <input type="checkbox"/> ◀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 18 令和5年1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（回答は1つ）

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①利用した | <input type="checkbox"/> ◀②利用していない ⇒問 19 へ |
|---------------------------------|--|

- A票の問2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 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（回答は1つ）

- | | | |
|--|---|--------|
| <input type="checkbox"/> ①フルタイムで働いている | } | 問2～問7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6～問7へ |
| <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1で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問2 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（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

問1で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問3 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（回答は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

問1で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問4 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（回答は1つ）

- | | |
|---|---|
| <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）（回答は3つまで）

【身体介護】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①日中の排泄 | <input type="checkbox"/> ◀②夜間の排泄 |
| <input type="checkbox"/> ◀③食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> ◀④入浴・洗身 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | <input type="checkbox"/> ◀⑥衣服の着脱 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> ◀⑧外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨服薬 | <input type="checkbox"/> ◀⑩認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | |

【生活援助】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀⑫食事の準備（調理等） | <input type="checkbox"/> ◀⑬その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑭金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【その他】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀⑮その他 | <input type="checkbox"/> ◀⑯不安に感じていることは、特にない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑰主な介護者に確認しないと、わからない | |

問6 ご自身やご家族が認知症になったら不安に感じることは何がありますか

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①自分（あなた）や大切な思い出を忘れてしまうのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀②買い物や料理、車の運転など、これまでできていたことができなくなるのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀③周りの人の負担が大きくなるのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀④病院や診療所で治療しても、症状は改善しないのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤どこに相談すればいいかわからないのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥ストレスや精神的負担が大きいのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦経済的負担が大きいのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧介護にかかる負担によって自分の仕事が継続できなくなるのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨必要な介護サービスを利用することができず、現在の住まいで生活できなくなるのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩介護施設が利用できないのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪外出した際に家への帰り道がわからなくなったりするのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑫不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭ったりするのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬家族以外の周りの人に迷惑をかけてしまうのではないか | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑭その他（ | ） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑮特にない | |
| <input type="checkbox"/> ◀⑯わからない | |

問7 あなたは、「成年後見制度※」をご存知ですか（回答は1つ）

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1. 内容までよく知っている | 2. 内容を少し知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容は知らない | 4. 知らない |

※認知症、知的障害、精神障害などにより物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法的に支援する制度。

問8 成年後見制度の利用促進に向けての課題は何だと思いますか

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①成年後見制度やその手続きについて知る機会がない |
| <input type="checkbox"/> ◀②成年後見制度が分かりにくい |
| <input type="checkbox"/> ◀③手続きが複雑である |
| <input type="checkbox"/> ◀④申立費用の負担がある |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤手続きの支援をしてくれるところがない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥相談窓口がない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦支援者が制度について理解していない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧報酬等の費用負担がある |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨誰が後見人等に選任されるか不安である |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩指名した人に後見人等になってもらいたい |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪後見人等が本人の意思を尊重してくれるか不安である |
| <input type="checkbox"/> ◀⑫その他（ ） |

問9 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、ご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。