

《富士見市》在宅介護実態調査

調査協力をお願い

皆様には、日頃から市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

富士見市では、高齢者の皆様が住み慣れた地域で安心して元気に暮らすことができるよう、3年を1期とする高齢者保健福祉計画に基づき、取り組みを進めております。

この計画の見直しを令和5年度に予定しており、このたび高齢者の皆様の現状やご意見を把握するためのアンケートを実施することといたしました。

本調査は、富士見市にお住まいの65歳以上の要支援・要介護認定者（以下、「要介護者等」という。）とその介護者を対象としています。

本調査で得られた情報は、第9期富士見市高齢者保健福祉計画の策定及び効果評価の目的以外に使用することはありません。併せて、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）を活用させていただきますが、上記目的以外に使用することはありません。また、当該情報は富士見市個人情報保護条例に則り、富士見市で慎重かつ適正に管理いたします。なお、本調査票のご回答をもちまして、個人情報の取り扱いについてご同意いただいたものとさせていただきます。

大変お忙しいとは存じますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年12月

富士見市長 星野 光弘

回答方法

※下記①②のいずれかの方法でアンケートの回答をしてください。

①アンケート調査票を郵送する

こちらのアンケート調査票に直接ご記入のうえ、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、ポストへ投函してください。

②Web回答フォームから回答する

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。QRコードを読み込むか、下記のURLにアクセスして、回答を入力してください。

<https://questant.jp/q/X9ZZX2EA>

入力する際は、IDを入力してください。（ID「●●●●●●」）



回答期限

令和4年12月28日（水）まで

<この調査に関するお問い合わせ先>

富士見市 高齢者福祉課 地域包括ケア係

電話：049-251-2711（内線391・392）

2 介護保険等のサービス利用について

問8 令和4年12月の1ヶ月の間に、(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9へ

②利用していない ⇒ 問10へ

問8で「①利用した」とお答えの方にお伺いします

問9 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、0日)・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"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input checked="" type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
B. 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
C. 訪問看護	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
D. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
E. 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
F. 通所リハビリテーション (デイケア)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
G. 夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数を回答)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上

	利用の有無(1つを選択)	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<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
J. 看護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
H. ショートステイ	<input type="checkbox"/> ①0日	<input type="checkbox"/> ①1~7日	<input type="checkbox"/> ①8~14日	<input type="checkbox"/> ①15~21日	<input type="checkbox"/> ①22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
I. 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回

5 主な介護者の方について

問 21 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 ⇒ これで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
- ◀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

ここからは、あて名の方を主に介護している方（主な介護者の方）が、お答えください。

問 22 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 23 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（ ◀息子 ・ ◀娘 ）
- ◀③子の配偶者（ ◀息子 ・ ◀娘 ） ◀④孫
- ◀⑤兄弟・姉妹 ◀⑥その他（ ）

問 24 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 ◀③回答しない

問 25 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 26 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（複数選択可）

- 【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 27 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（3つまで選択可）

- 【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 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑰主な介護者に確認しないと、わからない | | |

※現状で行っているかどうかは問いません。

問 28 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
<input type="checkbox"/> ◀②パートタイムで働いている | } | 問 29～問 31 へ |
| <input type="checkbox"/> ◀③働いていない
<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 28 で「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」とお答えの方にお伺いします

問 29 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）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①特に行っていない
<input type="checkbox"/> ◀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
<input type="checkbox"/> ◀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
<input type="checkbox"/> ◀④介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
<input type="checkbox"/> ◀⑤介護のために、②～④以外の調整をしながら、働いている
<input type="checkbox"/> ◀⑥主な介護者に確認しないと、わからない |
|--|

問 30 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）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
<input type="checkbox"/> ◀②介護休業・介護休暇等の制度の充実
<input type="checkbox"/> ◀③制度を利用しやすい職場づくり
<input type="checkbox"/> ◀④労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
<input type="checkbox"/> ◀⑤働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
<input type="checkbox"/> ◀⑥仕事と介護の両立に関する情報の提供
<input type="checkbox"/> ◀⑦介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
<input type="checkbox"/> ◀⑧介護をしている従業員への経済的な支援
<input type="checkbox"/> ◀⑨その他（
<input type="checkbox"/> ◀⑩特にな
<input type="checkbox"/> ◀⑪主な介護者に確認しないと、わからない |
|--|

問 31 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 | |

ここから再び、主な介護者全員の方にお伺いします

問 32 主な介護者の方の心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか（複数選択可）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣 | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |

問 33 家族や友人・知人以外で、何かあったときに、主な介護者の方が相談する相手を教えてください（複数選択可）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> ◀②社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ◀③ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> ◀④医師・歯科医師・看護師 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤市役所・高齢者あんしん相談センター | <input type="checkbox"/> ◀⑥その他（ |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦そのような人はいない | |

問 34 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

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

アンケートは、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

12月28日（水）までに

ポストへ投函してください。