

福生市高齢者生活実態調査（在宅介護実態調査） ご協力について（お願い）

市民の皆さまには、日ごろより市政にご理解・ご協力をいただきありがとうございます。

この調査は、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きし、令和5年度に予定している「福生市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第9期）」を策定するにあたり、基礎資料として活用するために実施するものです。

なお、調査は無記名であり、結果は統計的に処理しますので、回答者の方にご迷惑をおかけすることはありません。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけいたしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和4年11月

福生市長 加藤育男

1 この調査の対象者

「要介護（1～5）」の認定を受けた在宅の方（約1,000名）

2 回答方法等

- (1) 調査票（質問等）中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。回答は、あて名のご本人についてお答えください。
- (2) 回答は、あてはまる番号に○印を付けてください。質問によっては、回答欄に記入していただくものもあります。
- (3) 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- (4) 調査票への記入にあたっては、令和4年10月1日時点での状況を基準にしてください。
- (5) 同封の返信用封筒で、**令和4年12月5日（月）まで**にご返送ください（切手不要）。

3 プライバシーの保護について

本調査の形式は無記名式です。

回答いただいた内容は、統計的に利用し、本調査以外の目的では使用いたしません。

4 本調査へのご協力について

回答にあたって、お答えになりたくない項目については、無理にお答えいただく必要はありません。また、そのことによって回答者が不利益を受けるようなことは一切ありません。

なお、集計結果につきましては、市役所、図書館、市ホームページ等で公開する予定です。

5 問合せ先

介護福祉課 介護保険係（電話 042-551-1764）

○この調査は、令和4年10月1日現在でお答えください。

この調査票はどなたがご記入されましたか

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. ご本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. ご本人のケアマネジャー |
| 5. その他（認定調査員など） | |

A票 「ご本人」について、おうかがいします。

問1 あなたの世帯類型は、次のうちどれですか。[1つに○]

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問2 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つに○]

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------|
| 1. ない ⇒ 問8へ | 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3 主な介護者の方は、どなたですか。[1つに○]

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

問4 主な介護者の方の性別について、お答えください。[1つに○]

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

問5 主な介護者の方の年齢について、お答えください。[1つに○]

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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6 現在、主な介護者の方が行っている介護等は、次のどれですか。[あてはまるものすべてに○]

【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 ^{にんちしょうじょう} 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7 ご家族やご親族の中で、あなた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。[あてはまるものすべてに○]

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた場合も含まれます。また、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。

- | |
|--------------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職は除く） |
| 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職は除く） |
| 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 |

問8 現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスはありますか。[あてはまるものすべてに○]

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

問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスはありますか。[あてはまるものすべてに○]

※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（介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含む）を含みます。

- | | | |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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. 特にない | |

問10 施設等への入所・入居の、現時点での検討状況についてお答えください。[1つに○]

※「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。

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

問11 あなたは、現在抱えている傷病はありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患 (脳卒中 [<small>のうそちゅう</small> 脳出血・ <small>のうしゅっけつ</small> 脳梗塞等])	2. 心疾患 (心臓病)
3. 悪性新生物 (がん)	4. 呼吸器疾患 (肺炎や気管支炎等)
5. <small>じんしっかん</small> 腎疾患 (透析)	6. <small>きんこっかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患 (骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 脊柱管狭窄症等)
7. <small>こうげんびょう</small> 膠原病 (関節リウマチを含む)	8. 変形性関節疾患
9. <small>にんちしょう</small> 認知症 (アルツハイマー病等)	10. パーキンソン病
11. 難病 (パーキンソン病を除く)	12. <small>とうようびょう</small> 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患 (<small>しかく</small> 視覚・ <small>ちようかくしやうがい</small> 聴覚障害を伴うもの)	
14. その他	15. ない
	16. わからない

問 12 あなたは現在、訪問診療を利用していますか。 [1つに○]

※「訪問歯科診療」や「居宅療養管理指導」は含みません。

1. 利用している	2. 利用していない
-----------	------------

問 13 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。 [1つに○]

1. 利用している	2. 利用していない
-----------	------------

※「2」と答えた方におたずねします。 ←----

問 14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。 [あてはまるものすべてに○]

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 自分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わからない
9. その他

B票**「主な介護者の方」について、おうかがいします。**

**「主な介護者の方」、もしくは「ご本人様」にご回答・ご記入をお願いします。
「主な介護者の方」がいらっしゃらない場合は回答不要です。**

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、お答えください。[1つに○]

※「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。

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

※「3」または「4」と答えた方は、**問5へ**お進みください。

問2 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。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調整等をしていますか。[あてはまるものすべてに○]

- | |
|---|
| 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（※ご本人による記入の場合） |

問3 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。「仕事と介護の両立」について、職場からどのような支援があれば両立に効果があると思いますか。[3つまでに○]

- | |
|-------------------------------------|
| 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（※ご本人による記入の場合） |

問4 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。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つに○]

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| 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。(※ご本人による記入の場合) | |

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は、次のどれですか。[3つまでに○]

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 【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 ^{にんちしょうじょう} 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。(※ご本人による記入の場合) | |

◎最後に、高齢者保健福祉や介護保険について、福生市へのご意見、ご要望や知りたい情報等がありましたら、自由にご記入ください。

質問は以上で終了です

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

誠に恐縮ですが、この調査票は **12月5日（月）まで** に同封の返信用封筒（切手不要）でご返送くださいますようお願いいたします。

また、ご相談・ご質問などがありましたら、気軽にご相談ください。