

★：国の必須項目  
◎：国の任意項目

在宅介護実態調査

# 安城市 高齢者介護に関する調査

## ～ 調査ご協力のお願い ～

市民のみなさまには、日頃より市政にご協力いただき、ありがとうございます。

安城市では、令和5年度に高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを予定しています。この調査は、その計画を策定するために、みなさまのご意見やご要望をお聞きするための大切な調査です。

調査にあたり、安城市にお住まいの65歳以上の方のうち、令和4年●月末現在で要介護認定を受けている方から無作為に選ばせていただきました。

お答えいただいた内容は、この事業の統計としてのみ利用いたしますので、みなさまにご迷惑をおかけすることは一切ございません。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、ご協力をお願いいたします。

令和4年●月

安城市長 神谷 学

### <ご記入にあたっての注意事項>

- この調査は、令和4年●月末日現在、本市に居住の要支援・要介護認定を受け、在宅で暮らしている方の中から抽出した1,800名を対象にお願いしています。
- 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいても構いません。
- 選択肢がある場合は、あてはまる番号を○印で囲んでください。  
「その他」の場合は、( )があればなるべく具体的内容を記述してください。
- この調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに委託して実施しておりますので、返信用封筒の宛先は同社になります。
- アンケート用紙は、ご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、  
令和4年●月●日(●)までに投函してください(切手不要)。

★右のQRコードから、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。

QRコード

### 【調査票への記入方法やWebアンケートの回答方法などの問い合わせ先】

株式会社サーベイリサーチセンター 名古屋事務所 企画課 担当：山村・中村

TEL：052-561-\*\*\*\* (平日9時～12時、13時～17時)

### 【調査内容に関する問い合わせ先】

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 TEL：0566-71-2290

- 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。
- ・本調査で得られた情報につきましては、安城市における高齢者等支援施策の基礎資料として活用すること以外の目的には使用いたしません。また、当該情報については、安城市で適切に管理いたします。
- ・この調査の分析にあたっては、認定調査にかかる要介護認定データ及び給付データを活用させていただきます。

## 調査票対象者様ご本人について、お伺いします

★問1 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. その他 ( )          |

★問2 家族構成について、ご回答ください。(○は1つ)

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

問3 お住まいの形態について、ご回答ください。(○は1つ)

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. 持家一戸建て   | 2. 借家一戸建て       | 3. 分譲マンション   |
| 4. 公営住宅     | 5. 賃貸マンション・アパート | 6. 社宅・官舎・家族寮 |
| 7. 間借り・住み込み | 8. その他 ( )      |              |

★問4 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。

◎問5 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. 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6 携帯電話やスマートフォンを持っていますか。(○は1つ)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|

問7 会話やテレビの音などが、うまく聞き取れないと感じますか。(○は1つ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問8 現在、自動車の運転免許証を持っていますか。(○は1つ)

- 1. 持っている
- 2. 元々、持っていない
- 3. 持っていたが、すでに返納したので持っていない
- 4. 持っているが、更新していない(有効期限が切れている)

問9 ご自身以外で自動車を運転する同居家族はいますか。(○は1つ)

- 1. いる
- 2. いない

問10 週に1回以上は外出していますか。(○は1つ)

- 1. ほとんど外出しない
- 2. 週1回
- 3. 週2~4回
- 4. 週5回以上

★問11 令和4年●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。(○は1つ)

- 1. 利用した → 問11-1 ~ 問11-2 へ
- 2. 利用していない → 問11-3 へ

**問11で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。**

★問11-1 以下の介護保険サービスについて、令和4年●月の1か月の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、1. 利用していない)」を選択してください。(それぞれ1つに○)

項目	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	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	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護(デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション(デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護(※訪問のあった回数を回答)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上



ここから再び、すべての方にお伺いします。

問12 今後、新たに利用したいと思う介護保険サービスはありますか。(○は3つまで)

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)                                | 2. 訪問入浴介護       |
| 3. 訪問リハビリテーション                                     | 4. 訪問看護         |
| 5. 居宅療養管理指導  | 6. 通所介護(デイサービス) |
| 7. 通所リハビリテーション(デイケア)                               |                 |
| 8. 短期入所生活介護・短期入所療養介護(ショートステイ)                      |                 |
| 9. 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護(訪問・デイ・ショートステイの複合サービス) |                 |
| 10. 福祉用具貸与・購入費支給                                   | 11. 住宅改修費支給     |
| 12. 介護老人福祉施設(特養)やグループホームなどの介護保険施設                  |                 |
| 13. 特になし(いままでどおりでよい)                               |                 |

◎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。(○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。(○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15 ご本人(本調査対象者)は、現在、訪問診療(医療保険)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(介護保険)は含みません。

問16 介護保険や市の福祉サービスに加え、地域のボランティアによる日常の援助等があれば、受け入れますか。(○は1つ)

- |          |           |              |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 受け入れる | 2. 受け入れない | 3. どちらともいえない |
|----------|-----------|--------------|



問20 あなたは、人生の最期を、どこで迎えたいですか。(○は1つ)

1. 自宅	2. 病院	3. 介護施設
4. その他 ( )		5. わからない

問21 看取りに関することについてお聞きします。(それぞれ○は1つ)

① あなたは、人生の最終段階における医療・介護について、これまでに考えたことがありますか。

1. ある	2. ない
-------	-------

② あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、愛称：人生会議)について知っていますか。

1. よく知っている	2. 聞いたことはある	3. まったく知らない
------------	-------------	-------------

③ 人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療を受けたり療養をするためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング)が重要と言われています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどのように思いますか。

1. 賛成	2. 反対	3. わからない
-------	-------	----------

④ 人生の最終段階において、受けたい医療・介護、受けたくない医療・介護について、ご家族等や医療介護関係者と話し合ったことはありますか。

1. 詳しく話し合ったことがある	2. 一応、話し合ったことはある
3. まったく話し合ったことがない	

問22 あなたは、地域包括支援センターを知っていますか。(○は1つ)

1. 事業内容まで知っている	2. 名前だけは知っている
3. 知らない	

問23 あなたは、地域包括支援センターを利用したことがありますか。(○は1つ)

1. 利用したことがある	➡ 問23-1~23-2へ	2. 利用したことはない	➡ 問24へ
--------------	---------------	--------------	--------

問23で「1. 利用したことがある」とお答えの方にお聞きします。

問23-1 地域包括支援センターの印象はいかがでしたか。(○は1つ)

1. 利用しやすかった	2. 距離的に遠いと感じた
3. 気軽に相談できる雰囲気ではなかった	4. 担当者の対応があまり良くなかった
5. その他 ( )	

問 23-2 今後、地域包括支援センターに特に力を入れてほしい事業は何ですか。(○は3つまで)

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 事業内容の周知                  | 2. 高齢者宅への訪問等による実態調査 |
| 3. 高齢者の一般的な相談               | 4. 認知症の相談           |
| 5. 病院や施設の入退院(所)に関する相談       |                     |
| 6. 出前講座等による介護予防講座への参加       |                     |
| 7. 介護予防のためのケアプランの作成         | 8. 高齢者虐待、消費者被害の防止   |
| 9. 成年後見制度の周知と利用             | 10. 介護支援専門員への指導・助言  |
| 11. 地域における様々な関係者とのネットワークづくり |                     |
| 12. その他 ( )                 | 13. 特にない            |

**ここから再び、すべての方にお伺いします。**

★問24 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                      | ➡ 調査は終了です |
| 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                | ➡ 問25へ    |
| 5. ほぼ毎日ある                  |           |

- 問24で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問25以降のご回答・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（本調査対象者様）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）。

---

### 主な介護者の方に、お伺いします

---

★問25 ご家族やご親族の中で、ご本人（本調査対象者）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）。（○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26 主な介護者の方は、ご本人（本調査対象者）から見てどなたですか。（○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（                      ） |

◎問27 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 |
|-------|-------|

★問28 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 |

問29 ご本人への介護を、どのくらい続けていますか。（○は1つ）

- |           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| 1. 半年未満   | 2. 半年～1年未満 | 3. 1～3年未満  |
| 4. 3～5年未満 | 5. 5～8年未満  | 6. 8～10年未満 |
| 7. 10年以上  |            |            |

◎問30 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）

<b>【身体介護】</b>		
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・清拭	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）		
<b>【生活援助】</b>		
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		
<b>【その他】</b>		
15. その他（	）	16. わからない

★問31 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を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）

<b>【身体介護】</b>		
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・清拭	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）		
<b>【生活援助】</b>		
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		
<b>【その他】</b>		
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		

★問32 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	➡	問33～問36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		

※「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。

ここから先は、問 32 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」と回答した方にお伺いします。

問33 主に介護している方の健康状態はいかがですか。(○は1つ)

- |                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| 1. 要支援の認定を受けている                    | 2. 要介護の認定を受けている |
| 3. 要支援・要介護の認定は受けていないが、健康上の問題を抱えている |                 |
| 4. 特に健康上の問題はない                     | 5. わからない        |

★問34 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                                |

◎問35 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     |

★問36 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。(○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 |                     |

ご協力ありがとうございました。