

2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護予防・日常生活圏域ニーズに関するアンケート調査

御協力のお願い

市民の皆様には、日ごろから市政全般にわたり、御理解・御協力を頂き厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、高齢者やその御家族の方々が地域の中で安心して暮らし続けていくことが出来るよう「平塚市高齢者福祉計画（介護保険事業計画〔第9期〕令和6年度～令和8年度）」に基づき、各種の施策を行い、介護保険事業を運営しております。

この計画は、関係法令により3年を1期として定めております。この度、次期計画「平塚市高齢者福祉計画（介護保険事業計画〔第10期〕令和9年度～令和11年度）」の策定に向けて、市民の皆様様の日常生活の御様子や御意見等を把握し、平塚市における課題を分析することで、必要な介護保険事業のあり方を検討させていただきたく、アンケート調査を実施することといたしました。

この平塚で、市民の皆様が長寿社会をより健康に、安心して過ごしていただけるよう、アンケート調査のお答えを次期計画の基礎資料として活用させていただきます。

なお、この調査は、令和7年9月現在、平塚市内にお住まいの65歳以上の方のうち、要介護認定において、要支援1、要支援2に該当している方と要介護認定を受けていない方、地域包括支援センターにて、基本チェックリストを行った方で事業対象者となった方8,900人を生活圏域ごとに抽出して送付しております。ぜひとも御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

平塚市長 落合 克宏

記入に際してのお願い

1. 該当する選択肢にし点チェック☑をつけてください。
2. 数字を記入する欄は右詰め（例 kg）でご記入ください。
3. 「その他」を選択された場合は（ ）内にその内容を具体的に記入してください。
4. 御記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に封入して、**令和7年10月30日（木）**までに御返送ください。

また、この調査に関するお問い合わせは、下記担当までお願いいたします。

【問い合わせ先】 平塚市役所 地域包括ケア推進課 医療・介護連携推進担当
電話番号：0463-20-8210

00000

個人情報情報の取り扱いについて

個人情報保護および活用目的は以下のとおりですので、御確認ください。
なお、本調査票の御返送をもちまして、下記に御同意いただいたものとさせていただきます。

【個人情報保護および活用目的について】

◆この調査は、効果的な介護予防施策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、平塚市による高齢者福祉計画（介護保険事業計画）策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、関係法令に基づき平塚市で適切に管理いたします。

◆ただし、高齢者福祉計画（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平塚市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

質問への回答は、該当する選択肢に☑をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

記入日	令和7年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
調査票を記入されたのはどなたですか。（☑は1つ）						
<input type="checkbox"/> 宛名の御本人						
<input type="checkbox"/> 御家族（宛名の御本人からみられた続柄： ）						
<input type="checkbox"/> その他（ ）						

これ以降、宛名の方について伺います。宛名の方以外が記入される場合にも、特に指定のない限り、宛名の方について御返送ください。

宛名の御本人の性別をお答えください。（☑は1つ）

男性 女性 回答しない

宛名の御本人の満年齢をお答えください。（☑は1つ）

65～69 歳 70～74 歳 75～79 歳

80～84 歳 85～89 歳 90 歳以上

問 1	あなたの御家族や生活状況について	
(1) 家族構成をお教えください。(☑は1つ)		
<input type="checkbox"/> 1人暮らし	<input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	
<input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	<input type="checkbox"/> 息子・娘との2世帯	
<input type="checkbox"/> その他		
(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(☑は1つ)		
<input type="checkbox"/> 介護・介助は必要ない		
<input type="checkbox"/> 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない		
<input type="checkbox"/> 現在、何らかの介護を受けている (介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)		
【(2)において「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】		
①介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(あてはまるものすべてに☑)		
<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/> 心臓病	
<input type="checkbox"/> がん(悪性新生物)	<input type="checkbox"/> 呼吸器の病気(肺炎腫・肺炎等)	
<input type="checkbox"/> 関節の病気(リウマチ等)	<input type="checkbox"/> 認知症(アルツハイマー病等)	
<input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 腎疾患(透析)	<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障害	
<input type="checkbox"/> 骨折・転倒	<input type="checkbox"/> 脊椎損傷	
<input type="checkbox"/> 高齢による衰弱	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 不明		
【(2)において「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】		
②主にどなたの介護、介助を受けていますか。(あてはまるものすべてに☑)		
<input type="checkbox"/> 配偶者(夫・妻)	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘
<input type="checkbox"/> 子の配偶者	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹
<input type="checkbox"/> 介護サービスのヘルパー	<input type="checkbox"/> その他()	

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> 大変苦しい	<input type="checkbox"/> やや苦しい	<input type="checkbox"/> ふつう		
<input type="checkbox"/> ややゆとりがある	<input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある			
問 2	からだを動かすことについて			
(1) 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> できるし、している		<input type="checkbox"/> できるけれどしていない	<input type="checkbox"/> できない	
(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> できるし、している		<input type="checkbox"/> できるけれどしていない	<input type="checkbox"/> できない	
(3) 15分位続けて歩いていきますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> できるし、している		<input type="checkbox"/> できるけれどしていない	<input type="checkbox"/> できない	
(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> 何度もある		<input type="checkbox"/> 1度ある	<input type="checkbox"/> ない	
(5) 転倒に対する不安は大きいですか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> とても不安である		<input type="checkbox"/> やや不安である		
<input type="checkbox"/> あまり不安でない		<input type="checkbox"/> 不安でない		
(6) 週に1回以上は外出していますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> ほとんど外出しない		<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2～4回	<input type="checkbox"/> 週5回以上
(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(☑は1つ)				
<input type="checkbox"/> とても減っている		<input type="checkbox"/> 減っている		
<input type="checkbox"/> あまり減っていない		<input type="checkbox"/> 減っていない		

<p>問3 食べることに ついて</p>	
<p>(1) 身長・体重 (右詰めで数字をご記入ください)</p>	<p>身長 <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p>
<p>(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(3) お茶や汁物等でむせることがありますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(4) 口の渇きが気になりますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(5) 歯磨き(人にやってもらってもらう場合も含む)を毎日していますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(6) 歯の数と入れ歯(インプラントも含む)の利用状況をお教えてください。(☑は1つ)(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)</p>	<p><input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 <input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし</p>
<p>①噛み合わせは良いですか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>【(6)で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下かつ入れ歯を利用」の方のみ】</p>	<p>②毎日入れ歯の手入れをしていますか。(☑は1つ)</p>
<p>(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>

<p>(8) どなたかと食事をもとにする機会はありますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 毎日ある <input type="checkbox"/> 週に何度かある <input type="checkbox"/> 月に何度かある <input type="checkbox"/> 年に何度かある <input type="checkbox"/> ほとんどない</p>
<p>問4 毎日の生活について</p>	<p>(1) 物忘れが多いと感じますか。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>(2) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> できるし、している <input type="checkbox"/> できるけれどしていない <input type="checkbox"/> できない</p>	<p>(3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> できるし、している <input type="checkbox"/> できるけれどしていない <input type="checkbox"/> できない</p>	<p>(4) 自分で食事の用意をしていますか。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> できるし、している <input type="checkbox"/> できるけれどしていない <input type="checkbox"/> できない</p>	<p>(5) 自分で請求書の支払いをしていますか。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> できるし、している <input type="checkbox"/> できるけれどしていない <input type="checkbox"/> できない</p>	<p>(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(☑は1つ)</p>
<p><input type="checkbox"/> できるし、している <input type="checkbox"/> できるけれどしていない <input type="checkbox"/> できない</p>	

<p>問3 食べることに ついて</p>	
<p>(1) 身長・体重 (右詰めで数字をご記入ください)</p>	<p>身長 <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p>
<p>(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(3) お茶や汁物等でむせることがありますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(4) 口の渇きが気になりますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(5) 歯磨き(人にやってもらってもらう場合も含む)を毎日していますか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>(6) 歯の数と入れ歯(インプラントも含む)の利用状況をお教えてください。(☑は1つ)(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)</p>	<p><input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 <input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし</p>
<p>①噛み合わせは良いですか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>【(6)で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下かつ入れ歯を利用」の方のみ】</p>	<p>②毎日入れ歯の手入れをしていますか。(☑は1つ)</p>
<p>(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(☑は1つ)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>

問5 地域での活動について				
(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。 ※①～⑧それぞれに回答してください。(それぞれ☑は1つ)	週4回 以上	週2～ 3回	週1回 3回	月に
				1～ 3回
(回答例) 老人クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
① ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 通いの場 (町内福祉村等の地域のサロン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(☑は1つ)	<input type="checkbox"/> すでに参加している <input type="checkbox"/> 是非参加したい <input type="checkbox"/> 参加してもよい <input type="checkbox"/> 参加したくない			
(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(☑は1つ)	<input type="checkbox"/> すでに参加している <input type="checkbox"/> 是非参加したい <input type="checkbox"/> 参加してもよい <input type="checkbox"/> 参加したくない			

問6 たすけあいについて あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお聞かせください	
(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人 (あてはまるものすべてに☑)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> そのような人はいない
(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人 (あてはまるものすべてに☑)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> そのような人はいない
(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人 (あてはまるものすべてに☑)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> そのような人はいない
(4) 反対に、看病や世話をしてくれる人(あてはまるものすべてに☑)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> そのような人はいない
問7 健康について	
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(☑は1つ)	<input type="checkbox"/> とてもよい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない

(2) あなたは、現在のどの程度幸せですか。
 (「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる
 点数に☑をおつけください)

とても不幸	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点 とても 幸せ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりするこ
 とがありましたか。(☑は1つ)

はい いいえ

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心
 から楽しめない感じがよくありましたか。(☑は1つ)

はい いいえ

(5) タバコは吸っていますか。(☑は1つ)

ほぼ毎日吸っている 時々吸っている
 吸っていたがやめた もともと吸っていない

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。
 (あてはまるものすべてに☑)

ない 高血圧
 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 心臓病
 糖尿病 高脂血症 (脂質異常)
 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) 胃腸・肝臓・胆のうの病気
 腎臓・前立腺の病気 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)
 外傷 (転倒・骨折等) がん (悪性新生物)
 血液・免疫の病気 うつ病
 認知症 (アルツハイマー病等) パーキンソン病
 目の病気 耳の病気
 その他 ()

問8 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。
 (☑は1つ)

はい いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(☑は1つ)

はい いいえ

問9 地域包括支援センターについて

(1) 平塚市高齢者よろず相談センター (地域包括支援センター) (※)
 を知っていますか。(☑は1つ)

※ 高齢者よろず相談センター (地域包括支援センター) は、高齢者やその御家族、地
 域の方々の介護や福祉についての相談窓口です。平塚市内には、高齢者よろず相談
 センターが令和7年10月時点で13か所設置されています。

知っている 知らない

【(1) において「知っている」の方のみ】

① 高齢者よろず相談センター (地域包括支援センター) で相談をしたことは
 ありますか。(☑は1つ)

自分のことで相談したことがある
 家族など自分以外のことで相談したことがある
 相談したことがない

【(1) において「知っている」の方のみ】

②高齢者よろず相談センター（地域包括支援センター）を知ったきっかけをお答えください。（主なもの3つまで☑）

- 市ホームページ・広報ひらつか
- 地域のサロン
- 高齢者よろず相談センターのチラシ、イベント
- 市役所などへの相談
- 知人などからの紹介
- 民生委員からの紹介
- 介護サービス事業所などからの紹介
- 家族が利用している
- その他（ ）

【(1) において「知っている」の方のみ】

③高齢者よろず相談センター（地域包括支援センター）の役割や機能について以下のことを知っていますか。（知っているものすべてに☑）

- 高齢者や家族から総合的な相談を行っている
- 認知症のひとと家族への支援に関する生活相談や財産管理の相談を行っている
- 成年後見制度の周知活動を行っている
- 高齢者虐待の早期発見や対応をしている
- 悪質な訪問販売・電話勧誘などの被害相談を行っている
- 地域のネットワークを活用し、高齢者の実態把握を行っている
- 介護保険の申請やサービス利用の支援を行っている
- 介護予防の支援や相談を行っている
- いずれも知らなかった

■■■■以上で調査は終了です。御協力ありがとうございました■■■■

3 在宅介護実態調査

問5 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"/> 日中の排泄 <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 <input type="checkbox"/> 食事の介助 (食べるとき) <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 <input type="checkbox"/> 身だしなみ (洗顔・歯磨き等) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 認知症への対応 <input type="checkbox"/> 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ等)
生活援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備 (調理等) <input type="checkbox"/> その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等)	<input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
その他	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない	

問6 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)。

主な介護者が仕事を辞めた (転職除く)
 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた (転職除く)
 主な介護者が転職した
 主な介護者以外の家族・親族が転職した
 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
 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

●ここから再び、全員に調査してください。

問7 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(複数選択可)。

<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 買い物 (宅配は含まない) <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 外出同行 (通院、買い物など)	<input type="checkbox"/> 移送サービス (介護・福祉タクシー等) <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 利用していない
---	---

※総合事業に基づき支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問8 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(複数選択可)。

<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 買い物 (宅配は含まない) <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 外出同行 (通院、買い物など)	<input type="checkbox"/> 移送サービス (介護・福祉タクシー等) <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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。

在宅介護実態調査 アンケート票

「在宅介護実態調査」についての同意書

本日、実施する認定調査に係る、要介護認定データ(認定調査、介護認定審査データ、被保険者番号)は、要介護認定及び当市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。なお、集計・分析を委託する株式会社アールピーアイ極東に預託しますが、本目的以外の使用はせず、ご回答頂いた内容は適切に管理いたします。

上記調査について、
 同意します 同意いただけません(調査終了となり、アンケートの提出は不要です)。

被保険者番号

← **必ず記入してください**
 ※被保険者番号は、先頭の0(ゼロ)を含めて左から記入してください

■聞き取りを行った相手の方は、どなたですか(複数選択可)。

調査対象者本人
 調査対象者のケアマネジャー
 主な介護者となっている家族・親族
 その他
 主な介護者以外の家族・親族

問1 世帯類型について、ご回答ください(1つに☑)。

単身世帯 夫婦のみ世帯 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☑)。

ない 問7(P.2)へ
 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない
 週に1～2日ある
 週に3～4日ある
 ほぼ毎日ある

問3～問6は問2で「ない以外」に回答した方にお伺いします。

問3 主な介護者の方は、どなたですか(1つに☑)。

配偶者 子の配偶者 兄弟・姉妹
 子 孫 その他

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つに☑)。

20歳未満 40代 70代
 20代 50代 80歳以上
 30代 60代 わからない

1

●ここから再び、全員に調査してください。

問 14 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)(3つまで 選択可)。

身 体 介 護	<input type="checkbox"/> 日中の排泄 <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 <input type="checkbox"/> 食事の介助 (食べる時) <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 <input type="checkbox"/> 身だしなみ (洗顔・歯磨き等) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 <input type="checkbox"/> 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ等)
生 活 援 助	<input type="checkbox"/> 食事の準備 (調理等) <input type="checkbox"/> その他の家事 (掃除、洗濯、買い物 等)	<input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
そ の 他	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不安に感じていることは、特になし	<input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございます。

問9 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(1つに☑)。

入所・入居は検討していない
 入所・入居を検討している
 すでに入所・入居申し込みをしている

※「施設等」とは、特別介護老人ホーム、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、地域密着型特別介護老人ホームを指します。

問10 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つに☑)。

利用している
 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11以降は問2で「家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」「週に1~2日ある」「週に3~4日ある」「ほぼ毎日ある」に回答した方に調査してください。「ない」に回答した方の調査は以上です。

●「主な介護者の方」に調査してください。
 ●「主な介護者の方が同居されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)に調査をお願いします。」

問11 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つに☑)。

フルタイムで働いている
 パートタイムで働いている

※「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、所定労働時間・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。

働いていない
 主な介護者に確認しないと、わからない

問14(P.4)へ

問12 問11で「フルタイムで働いている」「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。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をしていますか(複数選択可)。

特に行っていない
 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
 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
 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
 介護のために、上記以外の調整をしながら、働いている
 主な介護者に確認しないと、わからない

問13 問11で「フルタイムで働いている」「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。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☑)。

問題なく、続けていける
 問題はあるが、何とか続けていける
 続けていくのは、やや難しい
 続けていくのは、かなり難しい
 主な介護者に確認しないと、わからない

⇒ P.4 へお進みください