

館山市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定に係る アンケート調査ご協力のお願い

市民の皆様には、日頃から館山市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

市では、高齢者福祉や介護保険事業の適切な運営に向け、令和5年度に「館山市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」の策定を予定しております。

この調査は、第9期計画がより実りある計画となるよう、高齢者の皆様から、日頃の生活状況や市の高齢者施策に対するご意見・ご希望等をお聞きするため実施するものです。

調査の対象者として、市内にお住まいの要介護認定を受けられている方 1,500 名の方に、本調査票を送付させていただきました。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありませんので、お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和5年1月 館山市長 森 正一



記入に際してのお願い

1. 設問文の「あなた」とは、封筒のあて名のご本人をさします。できる限りご本人がお答えください。なお、一部、介護者の方にお答えいただく設問があります。
2. ご回答にあたっては封筒のあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。「その他（ ）」のように、自由に回答を記載していただく選択肢もあります。
4. この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。
5. 調査票記入後は、3つ折りと同封の返信用封筒に入れて、

令和5年2月3日（金）までに郵便ポストに投函してください。

問い合わせ先

館山市健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険係
電話：0470-22-3489（直通） F A X：0470-23-3115

個人情報の取り扱いについて

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。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政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、市による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、市役所で適切に管理いたします。
- ただし、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。

ここから、ご回答いただく内容となります。

あなた（封筒のあて名のご本人）は現在、どちらに住んでいますか。

1. ご自宅（ショートステイ利用者含む） } 次ページ以降の質問へお進みください。

2. 市内の親族等の家

3. 医療機関に入院中

4. 特別養護老人ホーム

5. 老人保健施設

6. 介護療養型医療施設

7. 特定施設

8. グループホーム

9. 地域密着型特定施設

10. 地域密着型特別養護老人ホーム

アンケートは終了です。

次ページ以降の設問にお答えいただく必要はありません。
ご協力ありがとうございました。

※ なお、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅などの入居者は在宅と見なし、この調査の対象となります。

※ 市内に住民票を残したままで、市外にいる人は、本調査の対象としません。

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

質問の該当する答えの番号に○をつけください

■ 本調査票を記入されるのは、どなたですか

1. あて名のご本人が記入
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 1 調査対象者様ご本人について**(1) あなたの性別を教えてください**

1. 男性
2. 女性

(2) あなたの年齢を教えてください

1. 65 歳未満
2. 65 歳～69 歳
3. 70 歳～74 歳
4. 75 歳～79 歳
5. 80 歳～84 歳
6. 85 歳～89 歳
7. 90 歳以上

(3) あなたの住んでいる地区を教えてください

1. 館山地区
2. 北条地区
3. 那古地区
4. 船形地区
5. 西岬地区
6. 神戸地区
7. 富崎地区
8. 豊房地区
9. 館野地区
10. 九重地区

(4) 世帯構成をお教えてください

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他 ()

(5) あなたの要介護度について教えてください

1. 要支援 1
2. 要支援 2
3. 要介護 1
4. 要介護 2
5. 要介護 3
6. 要介護 4
7. 要介護 5
8. わからない

(6) あなたのお住まいは、次のどれにあてはまりますか

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） |
| 3. 公営賃貸住宅 | 4. 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| 5. 民間賃貸住宅（集合住宅） | 6. 借家 |
| 7. その他（ ） | |

(7) 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. 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、介護医療院（介護療養型医療施設）、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。

(8) あなたが、現在抱えている傷病について、ご回答ください（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1. 脳血管疾患（ <small>のうそっちゅう</small> 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. <small>こうげんびょう</small> 膠原病（関節リウマチ含む） | 8. 変形性関節疾患 |
| 9. <small>にん ちしょう</small> 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. <small>とうによびょう</small> 糖尿病 |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患（ <small>し かく ちょうかくしょうがい</small> 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2 からだを動かすことについて

(1) 週に1回以上は外出していますか

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

(2) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

1. とても減っている 2. 減っている 3. あまり減っていない 4. 減っていない

（３）外出を控えていますか

1. はい 2. いいえ

【（３）で「１．はい」（外出を控えている）の方のみ】

① 外出を控えている理由は、次のどれですか（あてはまるものすべてに○）

1. 病気
2. 障害(脳卒中の後遺症など)
3. 足腰などの痛み
4. トイレの心配(失禁など)
5. 耳の障害(聞こえの問題など)
6. 目の障害
7. 外での楽しみがない
8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない
10. 感染症にかからないようにするため
11. その他()

(4) 外出する際の移動手段は何ですか (あてはまるものすべてに○)

1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク
4. 自動車（自分で運転） 5. 自動車（人に乗せてもらう） 6. 電車
7. 路線バス、高速バス 8. 病院や施設のバス 9. 車いす
10. 電動車いす（カート） 11. 歩行器・シルバーカー 12. タクシー
13. その他（ ）

問3 地域のたすけあいについて

(1) 地域活動等に参加していますか（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------|------------|
| 1. 祭り・行事 | 2. 区・町内会 |
| 3. サークル・自主グループ（市民グループ） | 4. 老人クラブ |
| 5. ボランティア活動 | |
| 6. その他（ | 7. 参加していない |

(2) 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○）

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近所 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | 8. そのような人はいない | |

(3) 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○）

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近所 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | 8. そのような人はいない | |

(4) 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○）

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近所 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | 8. そのような人はいない | |

(5) 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○）

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近所 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(6) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください
(あてはまるものすべてに○)

1. 区・町内会・老人クラブ 2. 社会福祉協議会・民生委員
3. ケアマネジャー 4. 医師・歯科医師・看護師
5. 地域包括支援センター・役所 6. その他（ ）
7. そのような人はいない

(7) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある 5. ほとんどない

(8) この1ヶ月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数える
 こととします。

1. 0人 (いない) 2. 1～2人 3. 3～5人
4. 6～9人 5. 10人以上

(9) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (あてはまるものすべてに○)

1. 近所・同じ地域の人
2. 幼なじみ
3. 学生時代の友人
4. 仕事での同僚・元同僚
5. 趣味や関心が同じ友人
6. ボランティア等の活動での友人
7. その他（ ）
8. いない

問4 介護サービスの利用状況について

(1) 令和4年12月の1か月の間に、介護保険サービスを利用しましたか

1. 利用した ⇒ (2) へ

2. 利用していない ⇒ (3) へ

(2) (1) で「1. 利用した」と回答された方にお伺いします。

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、「0回(日)」または「1. 利用していない」を選択してください（それぞれ1つに○）

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
(※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

	利用の有無（それぞれ1つに○）	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
K. 住宅改修、福祉用具貸与（レンタル）・購入	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(回数)（それぞれ1つに○）				
L. ショートステイ	0日	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上
M. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回以上

(3) (1)で「2. 利用していない」と回答された方にお伺いします。**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. 本人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分からない
9. その他（ ）

(4) 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
（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 | | |

(5) 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
（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. 緊急時に宿泊できる施設 | 11. その他（ ） | |
| 12. 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。

(6) 今後の在宅生活の継続に必要と感じる条件について、ご回答ください

(あてはまるものすべてに○)

1. 条件に関わらず在宅生活は無理である
2. 家族と一緒に生活してくれる
3. 自宅を住みやすく改修する
4. 近所の人やボランティアの協力（見守りなど）
5. 自宅で受けられる医療サービスがある
6. 夜間も巡回訪問してくれる介護サービスがある
7. 適度な運動ができるサークルやサービスがある
8. 買い物など生活に不自由しない程度の交通利便
9. その他（

(7) 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等は含みません。

1. 利用している 2. 利用していない

(8) 新型コロナウイルス感染症の流行により、介護保険サービスを受ける頻度やサービスの内容に変化はありましたか

【サービスを受ける頻度（1つに○）】

1. 減った 2. 増えた 3. 特に変わらない 4. わからない

【サービスの内容の変化（あてはまるものすべてに○）】

1. 他人との接触を控えるため、サービスを受ける回数・時間を減らした
2. 他人との接触を控えるため、通所サービスから訪問サービスへ切り替えることがあった
3. その他（

問5 介護の有無について

**(1) 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. ない _____ → **調査は終了です**
 (※高齢者福祉施策等にご意見・ご要望がありましたら、最終ページにご記入ください)
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 _____
- **B票へ**

問5(1)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)がご回答・ご記入いただいてもかまいません(ご本人様のご回答・ご記入も難しい場合は、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

(1) 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（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）（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方を含みます。

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

(2) 主な介護者の方は、どなたですか

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

(3) 主な介護者の方の性別について、ご回答ください

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

(4) 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください

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

(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**(あてはまるものすべてに○)****〔身体介護〕**

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 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 |
| 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） | |

〔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 |
|----------|---|-----------|

(6) 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〕**

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 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 |
| 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） | |

〔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 | | |

(7) 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. フルタイムで働いている _____
2. パートタイム（アルバイト含む）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 _____
- (8) ~ (10) へ
- 調査は終了です

(※高齢者福祉施策等にご意見・ご要望がありましたら、最終ページにご記入ください)

以降は(7)で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。

**(8) 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
(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

(9) 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）

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

(10) 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 | |

最後に、高齢者保健福祉施策や介護保険制度について、ご意見やご要望がございましたら、ご自由にご記入ください

以上でアンケート調査はすべて終了です。

お忙しいところ、調査にご協力いただきましてありがとうございました。

回答の済みました調査票は、お手数ですが同封の返信用封筒（切手の貼り付けは不要）に入れて、**令和5年2月3日（金）まで**に郵便ポストにご投函くださいますよう、お願いいたします。