

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

第9期

下妻市

【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

市民の皆様には、日頃から、本市の高齢者福祉・介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、令和6年度までの「下妻市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定するにあたり、アンケート調査を実施いたします。

このアンケート調査は、市内在住の65歳以上の方から無作為に選ばせていただいた2,000の方を対象に、皆様のご自身の状態や生活の現状、今後の意向などを把握し、計画策定に向けての基礎資料とすることを目的としています。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年3月 下妻市

調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和5年3月17日（金）までに投函（切手不要）してください。

1. この調査の対象者は、令和5年1月1日現在、65歳以上の方です。

2. ご回答にあたりましては、あて名のご本人による回答を原則としていますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答いただいても構いません。

3. ご回答にあたりましては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に○をつけ、数字を記入する欄は右詰め（例 kg）でご記入ください。

4. 回答は、設問の文末に 単数回答の場合は（1つ）、複数回答が可能な場合は（いくつでも）などと表示していますので、それに従ってください。

5. 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。

【問い合わせ先】 下妻市役所 保健福祉部 介護保険課 介護管理係
〒304-8501 下妻市本城町二丁目22番地（第二庁舎）
電話：0296-45-8122（直通）

調査票封入

個人情報の取扱いについて

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、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、効果的な介護予防施策の立案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、下妻市第9期介護保険事業計画策定と介護予防施策の実施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、当該調査を所管する下妻市役所介護保険課内で適切に管理いたします。
- ◆ただし、第9期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。

問1 この調査票の記入日および記入者について

(1) この調査票の記入日をお教えください。 (数字を記入)	令和5年 月 日
(2) この調査票を記入されたのはどなたですか。(○は1つ)	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入(あて名のご本人から見た続柄)	
3. その他()	

問2 あなたのご家族や生活状況等について

※以下、「あなた」とは、郵送された封筒のあて先に記載された方です。

(1) 家族構成をお教えください。(○は1つ)

1. 1人暮らし	2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	4. 息子・娘との2世帯
5. 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)	
1. 介護・介助は必要ない	→ (5)へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	→ (3)へ
3. 現在、何らかの介護・介助を受けている (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)	→ (3)および(4)へ
(3) (2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外を回答した方にお伺いします。 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(○はいくつでも)	
1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞など)	2. 心臓病
3. がん(悪性新生物)	4. 呼吸器の病気(肺炎・肺気腫・肺炎など)
5. 関節の病気(リウマチなど)	6. 認知症(アルツハイマー病など)
7. パーキンソン病	8. 糖尿病
9. 腎疾患(透析)	10. 視覚・聴覚障害
11. 骨折・転倒	12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱	14. その他()
15. 不明	
(4) (2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」と回答した方にお伺いします。 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(○はいくつでも)	
1. 配偶者(夫・妻)	2. 息子
3. 娘	4. 子の配偶者
5. 孫	6. 兄弟・姉妹
7. 介護サービス(ヘルパー)	8. その他()
【ここから再び、全員の方にお伺いします。】	
(5) 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)	
1. 大変苦しい	2. やや苦しい
3. ふつう	4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある	
(6) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(○は1つ)	
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	

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(○は1つ)	
1. できるし、している	2. できるけどしていない
3. 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)	
1. できるし、している	2. できるけどしていない
3. できない	
(3) 15分位続けて歩いていきますか。(○は1つ)	
1. できるし、している	2. できるけどしていない
3. 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)	
1. 何度もある	2. 1度ある
3. ない	
(5) 転倒に対する不安は大きいですか。(○は1つ)	
1. とても不安である	2. やや不安である
3. あまり不安でない	4. 不安でない
(6) 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
(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○は1つ)	
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
(8) 外出を控えていますか。(○は1つ)	
1. はい	2. いいえ
(8-1) (8)で「1. はい」(外出を控えている)と回答した方にお伺いします。 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○はいくつでも)	
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. その他()

(9) 運転免許証を持っていますか。(Oは1つ)		
1. 持っている	2. 持っていたが、返納した	3. 持っていない
(10) 外出する際の移動手段は何ですか。(Oはいくつでも)		
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	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()		
(11) あなたはウォーキングや体操等の運動をどの程度行っていますか。(Oは1つ)		
1. 週5日以上	2. 週1~4日	3. 月1日~3日
4. 行っていない		

問4 食べることについて

(1) 身長・体重をお書きください。(数字を記入 ※整数、小数第1位は四捨五入)		
身長	cm	体重 kg
(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(3) お茶や汁物等でむせることがありますか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(4) 口の渇きが気になりますか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(5) 歯磨き(人にやってもらった場合も含む)を毎日していますか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください。(Oは1つ) (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)		
1. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし	}	
2. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし		
3. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用		
4. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用		
(6-1) (6)で「3. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「4. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と回答した方にお伺いします。 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(7) 噛み合わせは良いですか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(8) 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。(Oは1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(9) どなたかと食事をともにする機会はありますか。(Oは1つ)		
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	

問5 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。(Oは1つ)	
1. はい	2. いいえ
(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。(Oは1つ)	
1. はい	2. いいえ
(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか。(Oは1つ)	
1. はい	2. いいえ

(4) 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)		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(○は1つ)		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(6) 自分で食事の用意をしていますか。(○は1つ)		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。(○は1つ)		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(○は1つ)		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(9) 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(10) 家族や友人の相談にのっていますか。(○は1つ)		
1. はい	2. いいえ	
(11) 趣味はありますか。(○は1つ)		
1. 趣味あり → (具体的に)		
2. 思いつかない		
(12) 生きがいがありますか。(○は1つ)		
1. 生きがいあり → (具体的に)		
2. 思いつかない		

(13) あなたが利用しているスマートフォン等の情報端末機をお教えください。 (○はいくつでも)	
1. スマートフォン	2. タブレット端末
3. パソコン	4. いずれも利用していない
(13-1) (13) で「4. いずれも利用していない」と回答した方にお伺いします。 利用していない理由は次のどれですか。(○はいくつでも)	
1. 必要ないため	2. 使い方が分からないため
3. 料金が高いと感じるため	4. 詐欺被害などのトラブルの不安があるため
5. その他()	
(14) 耳の聞こえについて、どう感じていますか。(○は1つ)	
1. 聞き取りにくくなったため、補聴器を使用している	
2. 聞き取りにくくなったため、補聴器の使用を考えている	
3. 聞き取りにくくなったが、補聴器を使用するほどではない	
4. 聞き取れている	
(15) あなたが暮らしの中で困っていることは何ですか。(○はいくつでも)	
1. 話し相手・相談相手がないこと	2. 庭などの家周りの掃除
3. 室内の掃除	4. ゴミ出し
5. 外出時の移動手段	6. 買物
7. 炊事	8. 簡単な力仕事
9. ペットの世話	10. スマートフォンやパソコンなどの操作
11. 市役所などでの手続き	12. 財産や金銭の管理
13. 災害時の避難	14. 振込詐欺などの犯罪対策
15. その他()	16. 特にない



問6 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。(①～⑧それぞれ○は1つ)						
	週4回 以上	週2 ～3回	週1回	月1 ～3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 介護予防のための通いの場 ・シルバーリハビリ体操教室 ・ここにこ体操教室 ・スクエアステップ教室 ・いきいきサロン など	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6
(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)						
1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している						
(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)						
1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している						

8

(4) 今後、どのような活動に参加したいですか。(○はいくつでも)			
1. ボランティア	2. スポーツ関係の活動	3. 趣味関係の活動	
4. 老人クラブ	5. 町内会・自治会	6. 介護予防のための通いの場	
7. 高齢者サロン	8. 収入のある仕事	9. その他()	
10. 特になし			

問7 たすけあいについて

(1) 以下のようあなたとまわりの人の「たすけあい」についてお伺いします。 ※①～④それぞれに回答してください。(①～④それぞれ○はいくつでも)			
① あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人			
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. 近隣	6. 友人	
7. その他()	8. 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			
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. 近隣	6. 友人	
7. その他()	8. 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			
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. 近隣	6. 友人	
7. その他()	8. そのような人はいない		
④ 反対に、看病や世話をしてあげる人			
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. 近隣	6. 友人	
7. その他()	8. そのような人はいない		

9

(2) 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お教えください。 (○はいくつでも)		
1. 自治会・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・市役所	6. その他	
7. そのような人はいない		
(3) あなたは、日常生活の中で、近所の人などから手助けしてほしいと思うことはありますか。(○は1つ)		
1. ある	2. ない	
(4) あなたは、近所の人などから手助けしてもらうことについて、どのように思いますか。(○は1つ)		
1. ぜひお願いしたい	2. 少し抵抗感があるがお願いしたい	
3. お願いしたいと思わない	4. わからない	
(5) あなたは、近所の人にどのような手助けならしてあげられますか。(○はいくつでも)		
1. 話し相手	2. 見守り・声かけ	3. 庭などの家周りの掃除
4. 室内の掃除	5. ゴミ出し	6. 外出時の付き添い
7. 買物	8. 簡単な力仕事	9. 災害時の手助け・声かけ
10. ペットの世話	11. スマートフォンやパソコンなどの操作	
12. 市役所などでの手続き	13. その他()	
14. 待たない		

問8 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)										
1. とてもよい	2. まあよい	3. あまりよくない	4. よくない							
(2) あなたは、現在のどの程度幸せですか。(○は1つ)										
('とても不幸'を0点、'とても幸せ'を10点として、○を付けてください)										
とても不幸	普通	とても幸せ								
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点

(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)			
1. はい	2. 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)			
1. はい	2. いいえ		
(5) タバコは吸っていますか。(○は1つ)			
1. ほぼ毎日吸っている	2. 時々吸っている		
3. 吸っていたがやめた	4. 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。(○はいくつでも)			
1. ない	2. 高血圧	3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞など)	
4. 心臓病	5. 糖尿病	6. 高脂血症(脂質異常)	
7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎など)	8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
9. 腎臓・前立腺の病気	10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症など)		
11. 外傷(転倒・骨折など)	12. がん(悪性新生物)		
13. 血液・免疫の病気	14. うつ病		
15. 認知症(アルツハイマー病など)	16. パーキンソン病		
17. 目の病気	18. 耳の病気	19. その他()	
(7) あなたは健康診断や人間ドックを受けていますか。(○は1つ)			
1. 年に1回は受診している	2. 年に数回受診している		
3. 毎年ではないが受診している	4. 受診していない		
(8) 認知症や介護予防の講座で参加したいものはありますか。(○はいくつでも)			
1. 転倒防止	2. 認知症予防	3. 栄養講座	4. 口腔ケア
5. 体力測定	6. その他()	7. 特にない	

(9) 下妻市では、自宅でする介護予防体操などをインターネットで配信しています
が、見たことがありますか。(○は1つ)

1. 見たことがある

2. 見たかったが、オンラインが使用できないので、見たことがない

3. インターネットで配信されていることを知らなかった

問9 在宅医療・在宅介護について

(1) あなたは、現在日常生活において、どのようなことに不安を感じますか。
(○は3つまで)

1. 老後、高齢化への漠然とした不安 2. 一人暮らしとなったとき

3. 自分の健康や病気 4. 自分が介護の必要な状態になること

5. 家族の介護をすることになったとき 6. 医療・介護の費用のこと

7. 一人きりで頼れる人がいない 8. 認知症になり、判断能力が衰えること

9. その他() 10. 不安はない

(2) あなたは、介護が必要となった場合、どこで介護を受けながら日常生活をおくりたいですか。(○は1つ)

1. 現在の住居に、とくに改修などはせずそのまま住み続けたい

2. 現在の住宅を改修して住み続けたい

3. 高齢者向けの住宅に住み替えたい

4. 特別養護老人ホームなどの介護施設*に入所したい

5. 介護を受けられる有料老人ホームなどに入居したい

6. 子や親族などの家に移りたい

7. その他()

8. わからない

※介護施設：介護が必要になった時に利用できる施設です。具体的には、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、軽費老人ホームなどです。

(3) 「在宅医療」に関心がありますか。(○は1つ)

※「在宅医療」とは、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門等の医療関係者が、通院が難しい患者の自宅等を訪問して医療行為を行うことをいいます。

1. 関心がある 2. 関心がない 3. わからない

12

(4) 「在宅介護」に関心がありますか。(○は1つ)

※「在宅介護」とは、介護が必要な方が自宅で介護保険サービスを利用しながら、生活することを行います。

1. 関心がある 2. 関心がない 3. わからない

(5) あなたは、病気になったり、介護が必要となった場合、自宅での「在宅医療」や「在宅介護」を希望しますか。(○は1つ)

1. 希望する 2. 希望しない 3. わからない

(6) あなたが「在宅医療」や「在宅介護」を受けるとしたら、気になることは何ですか。
(○は3つまで)

1. 経済的な負担 2. 家族への負担

3. 介護してくれる家族がいない 4. 病状が急変した時の対応

5. 最新の医療や看護が受けられるか

6. 自分の望む医療や看護、介護を選択できるか

7. 自宅の環境問題(狭い・改築が必要など)

8. 訪問看護や介護の体制 9. 自宅で診療してくれる医師がいるか

10. その他() 11. 特になし

(7) あなたやあなたの家族に「在宅医療」や「在宅介護」が必要になった場合、まず、どこに相談しますか。(○は1つ)

1. 医療機関 2. 地域包括支援センター 3. 介護事業所

4. 市役所 5. 社会福祉協議会 6. その他()

7. わからない

(8) あなたやあなたの家族が「在宅医療」や「在宅介護」を希望した場合、どのようにしようと思いますか。(○は1つ)

1. できるだけ在宅医療・介護に取り組みたいし、できると思う

2. できるだけ在宅医療・介護に取り組みたいが、難しいと思う

3. あまり在宅医療・介護には取り組みたくない

4. その他()

5. わからない

13

問 10 認知症について

(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)	
1. はい	2. いいえ
(1-1) (1) で「1. はい」と回答した方にお伺いします。 認知症が疑われたときに、困ったことは何ですか。(○はいくつでも)	
1. 本人が受診を拒否した	
2. 家族や親戚が受診を嫌がった	
3. 相談相手がいなかった	
4. 受診先・受診方法が分からなかった	
5. その他()	
(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)	
1. はい	2. いいえ
(3) あなたやあなたの家族が認知症になったとしても、どんな地域だったら安心して暮らしていけると思いますか。(○はいくつでも)	
1. 住民同士の助け合いがある地域	
2. 住民が認知症を正しく理解している地域	
3. 周囲に気軽に相談できる地域	
4. 認知症の人が活躍できる場のある地域	
5. その他()	



以上で調査は終了です。
ご協力ありがとうございました。

(9) 人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(○は1つ)		
1. 自宅	2. 病院などの医療機関	
3. 特別養護老人ホーム・有料老人ホームなどの高齢者施設		
4. 子どもや親戚の家		
5. その他()	6. わからない	
(10) 最期を迎える場所を考えると、気になることは何ですか。(○は3つまで)		
1. 経済的な負担	2. 自分の体への負担	3. 家族への負担
4. 十分な医療や看護、介護が受けられるか		
5. 自宅の環境問題(狭い、改築が必要など)		
6. その他()	7. 特にない	
(11) 今後「在宅医療」や「在宅介護」を進めるためには、どのようなことが必要だと思いますか。(○はいくつでも)		
1. 市民向けの在宅医療についての情報提供		
2. 市民向けの在宅介護についての情報提供		
3. 在宅医療・介護に関わる専門家同士の連携		
4. 家族の負担を軽減するためのデイサービスやショートステイなどの拡充		
5. 24時間いつでも診てもらえる体制の整備		
6. 病状が悪化したときにいつでも入院できる医療体制の整備		
7. 高齢者が安心して住める住居の整備		
8. 介護休暇など職場のバックアップ		
9. その他()		
(12) 介護保険サービスの費用の一部は介護保険料でまかなわれていますが、あなたは、保険料負担と介護保険サービスのバランスについてどう思いますか。(○は1つ)		
1. 介護保険サービスが充実するのであれば、保険料の負担増はやむを得ない		
2. 介護保険サービスは現状程度とし、保険料も現行程度にしたい		
3. 介護保険サービス水準を抑えて、保険料を安くしてほしい		
4. その他()		

2 在宅介護実態調査

第 9 期

下妻市
【在宅介護実態調査】

市民の皆様には、日頃から、本市の高齢者福祉・介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、令和6年度から令和8年度までの「下妻市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定するにあたり、アンケート調査を実施いたします。

このアンケート調査は、市内在住の主に在宅で要介護（要支援）認定を受けている方から無作為に選ばせていただいた1,000の方を対象に、日頃の生活状況や介護者の状況、今後の意向などを把握し、計画策定に向けての基礎資料とすることを目的としています。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年3月 下妻市

調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和5年3月17日（金）までに投函（切手不要）してください。

【問い合わせ先】 下妻市役所 保健福祉部 介護保険課 介護保険係
〒304-8501
下妻市本城町二丁目22番地（第二庁舎）
電話：0296-43-8338（直通）

返信用封筒

【ご記入に關してのお願い】

1. この調査の対象者は、令和5年2月1日現在、要介護（要支援）認定を受けている方です。
2. ご回答にあたりましては、あて名のご本人による回答を原則としていますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答いただいても構いません。
3. ご回答にあたりましては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に○をつけてください。また、数字を記入する場合や、（ ）内へご記入をお願いする設問もございます。
4. 回答は、設問の文末に 単数回答の場合は（○は1つ）、複数回答が可能な場合は（○はいくつでも）などと表示していますので、それに従ってください。

個人情報の取扱いについて

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、調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただけ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、効果的な要介護（要支援）認定者の在宅介護支援策を立案する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、下妻市第9期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、当該調査を所管する下妻市役所介護保険課内で適切に管理いたします。
- ◆ただし、第9期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。

A 票 調査対象者ご本人について、お伺いします。

1 調査対象者ご本人の状況について

問1 この調査票を記入されたのはどなたですか。(O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 世帯類型について、ご回答ください。(Oは1つ)

1. 単身世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他

問3 現在のお住まいについて、ご回答ください。(Oは1つ)

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

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。
(Oは1つ)

※「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・入居の申し込みをしている

問5 あなた(調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。
(O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、脊柱管狭窄症など)
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

2 介護保険サービス等の利用について

問6 令和5年2月の1か月間に、介護保険サービス(住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く)を利用しましたか。(Oは1つ)

1. 利用した 2. 利用していない → 問8へ

問7 問6で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。

次の(1)～(9)の介護保険サービスについて、令和5年2月の1か月間の利用状況をご回答ください。(それぞれOは1つ)

(1) 訪問介護(ホームヘルプサービス)

1. 利用していない 2. 週1回程度 3. 週2回程度
4. 週3回程度 5. 週4回程度 6. 週5回以上

(2) 訪問入浴介護

1. 利用していない 2. 週1回程度 3. 週2回程度
4. 週3回程度 5. 週4回程度 6. 週5回以上

(3) 訪問看護

1. 利用していない 2. 週1回程度 3. 週2回程度
4. 週3回程度 5. 週4回程度 6. 週5回以上

(4) 訪問リハビリテーション		
1. 利用していない	2. 週1回程度	3. 週2回程度
4. 週3回程度	5. 週4回程度	6. 週5回以上
(5) 通所介護（デイサービス）		
1. 利用していない	2. 週1回程度	3. 週2回程度
4. 週3回程度	5. 週4回程度	6. 週5回以上
(6) 通所リハビリテーション（デイケア）		
1. 利用していない	2. 週1回程度	3. 週2回程度
4. 週3回程度	5. 週4回程度	6. 週5回以上
(7) 短期入所（ショートステイ）		
1. 利用していない	2. 月1～7日程度	3. 月8～14日程度
4. 月15～21日程度	5. 月22日以上	
(8) 居宅療養管理指導（医師・薬剤師・栄養士等による訪問）		
1. 利用していない	2. 月1回程度	3. 月2回程度
4. 月3回程度	5. 月4回程度	
(9) 小規模多機能型居宅介護		
1. 利用していない	2. 利用した	

問8 問6で「2. 利用していない」と回答し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。（○はいくつでも）

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わからない 9. その他

ここから再び、全員の方にお伺いします。

問9 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・福祉タクシーなど）	8. 見守り、声かけ	
9. サロンなどの定期的な通いの場	11. 利用していない	
10. その他		

問10 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）

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともを含みます。

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・福祉タクシーなど）	8. 見守り、声かけ	
9. サロンなどの定期的な通いの場	11. 特にない	
10. その他		

問11 あなた（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか。（○は1つ）
※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
-----------	------------

3 在宅医療・在宅介護について

問 12 あなたは、今後、どこで介護を受けながら日常生活をおくりたいですか。
(○は1つ)

1. 現在の住宅に、とくに改修などはせずそのまま住み続けたい
2. 現在の住宅を改修して住み続けたい
3. 高齢者向けの住宅に住み替えたい
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設に入所したい
5. 介護を受けられる有料老人ホームなどに入居したい
6. 子や親族などの家に移りたい
7. その他()
8. わからない

※介護施設：介護が必要になった時に利用できる施設です。具体的には、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、軽費老人ホームなどです。

問 13 あなたやあなたの家族に「在宅医療」や「在宅介護」が必要になった場合、まず、どこに相談しますか。(○は1つ)

1. 医療機関
2. 地域包括支援センター
3. 介護事業所
4. ケアマネジャー
5. 市役所
6. 社会福祉協議会
7. その他()
8. わからない

問 14 あなたが、「在宅医療」や「在宅介護」を受けるとしたら、気になることは何ですか。(○は3つまで)

1. 経済的な負担
2. 家族への負担
3. 介護してくれる家族がいない
4. 病状が急変した時の対応
5. 最新の医療や看護が受けられるか
6. 自分の望む医療や看護を選択できるか
7. 自宅の環境問題（狭い・改築が必要など）
8. 訪問看護や介護の体制
9. 自宅で診療してくれる医師がいるか
10. その他()
11. 特にない

5

問 15 あなたやあなたの家族が「在宅医療」や「在宅介護」を希望した場合は、どのようなように思いますか。(○は1つ)

1. できるだけ在宅医療・介護に取り組みたいし、できると思う
2. できるだけ在宅医療・介護に取り組みたいが、難しいと思う
3. あまり在宅医療・介護には取り組みたくない
4. その他()
5. わからない

問 16 人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(○は1つ)

1. 自宅
2. 病院などの医療機関
3. 特別養護老人ホーム・有料老人ホームなどの高齢者施設
4. 子どもや親せきの家
5. その他()
6. わからない

問 17 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）。(○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

次ページの日票へ
進んでください



6

- A票の問17で「2.」「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方に下記の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)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)。

B票 主な介護者の方について、お伺いします。

1 主な介護者の方の状況について

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人(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)。(〇はいくつても)

※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

問2 主な介護者の方は、どなたですか。(〇は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3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(〇は1つ)

1. 男性
2. 女性

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(〇は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

7

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。(〇はいくつても)

〔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・歯磨きなど)
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎など
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 टीमなど)
12. 食事の準備(調理など)
13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物など)
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他
16. わからない

問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)。(〇は3つまで)

〔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・歯磨きなど)
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎など
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 टीमなど)
12. 食事の準備(調理など)
13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物など)
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他
16. 不安に感じていることは、特にな
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

8

問7 介護を行う上で主に介護している方が悩んでいることや困っていることはありますか。(Oはいくつでも)

1. 介護の方法やサービスの利用方法などがわからない
2. どのようなサービスを利用したらよいかわからない
3. もっと在宅介護サービスを利用させたい
4. 本人がサービスを利用を嫌がるため、サービスを利用できない
5. 家族や近隣の方などの理解が足りない
6. 腰痛など身体的負担が大きい
7. 介護者が高齢・病弱である
8. 経済的負担が大きい
9. 仕事をしながらの介護はとて大変である
10. 子育てをしているため十分な介護ができない
11. 相談できる人や窓口がない(わからない)
12. 病気や用事などの時に助けてくれる人がいない
13. 将来の介護に不安がある
14. 認知症が重く、施設入所の待機中であり、心身ともに負担が大きい
15. 現在病院に入院中であるが、いつまで受け入れてもらえるかわからず不安である
16. その他()
17. 特にない

2 仕事と介護の両立について

問8 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。(Oは1つ)
※「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	} 問9へ
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	

調査は終了です

問9 問8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。

次の(1)～(3)の仕事と介護の両立について、ご回答ください。

(1) 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きますか。(O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・中抜けなど)」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇(年休や介護休暇など)」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、上記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
(2) 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。(Oは3つまで)
1. 自営業・フリーランスなどのため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇などの制度の充実
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
(3) 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。(O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

以上で調査は終了です。
ご協力ありがとうございました。

