

# 奈良市 在宅介護実態調査へのご協力のお願い

日頃は、市政にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

現在奈良市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう「奈良市老人福祉計画及び第8期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や適正な介護保険サービスの利用を推進しているところです。この計画が令和5年度末で終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、計画の対象となる方へのアンケート調査を実施させていただくことになりました。

この調査は、介護保険法第117条第5項に基づき実施しており、ご回答いただいた内容は、計画策定のために利用させていただくものであり、回答者個人が特定されたり、個々の回答内容が漏れたり、ほかの目的に利用することはございません。また、お答えになりにくい質問にはお答えいただかなくてもかまいません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和5年1月

奈良市長 仲川 げん

## アンケートの概要

### (1) 対象者

本調査は、令和4年12月1日現在、要支援・要介護認定を受けている方のうち、主に在宅で生活されている方の中から2,600名を無作為に抽出し、ご協力をお願いしております。

### (2) 目的

高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的としております。

## 回答の方法

- (1) A票「“ご本人”についてお答えいただく部分」とB票「“主な介護者の方”についてお答えいただく部分」がありますので、ご注意ください。
- (2) ボールペン・鉛筆など、どのような筆記用具でお書きいただいてもかまいません。
- (3) 裏面の「記入にあたってのお願い」をお読みいただきお答えください。

この調査に関する問い合わせ先  
奈良市役所 福祉部 介護福祉課  
電話 0742-34-5422

## 記入にあたってのお願い

**調査票・返信用封筒には、住所や氏名を記入しないでください。**

- (1) ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に☑をつけてください。
- (2) 設問の文末には単数回答の場合は（1つを選択）、複数回答が可能な場合は（複数選択可）などと表示していますので、それに従ってご回答ください。
- (3) すべての記入が終わりましたら、この調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて郵便ポストへ投かんしてください。
- (4) 本調査は、パソコンやスマートフォン等での回答も可能です。
  - ・右の二次元コードを読み込むか、下記のURLにアクセスしてください。  
<https://questant.jp/q/●●●●●●>
  - ・入力する際は、IDを入力してください。（ID「○○○○」）

※このIDは同一人による二重回答を防止するためのもので、本人は特定されません。

**【 WEB回答者を除く 】**

令和5年2月14日(火)までに、郵便ポストへ投かんをお願いします

## 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について】**

- ・この調査は、老人福祉計画・介護保険事業計画策定の際の基礎資料とするために行うものです。  
また、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（認定調査、介護認定審査会のデータ）及び給付データを使用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、上記の目的以外には利用いたしません。
- ・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。

本調査票のご返送をもちまして、上記にご同意いただいたものとして  
取扱いさせていただきます。

## A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、この調査票をご記入いただいているのは、どなたですか（複数回答可）

- 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（1つを選択）

- ①単身世帯                       ②夫婦のみ世帯                       ③子の世帯と同居  
 ④子（単身）と同居            ⑤その他（                      ）

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

- ①男性                       ②女性                       ③その他                       ④答えたくない

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- ①65歳未満                       ②65～69歳                       ③70～74歳  
 ④75～79歳                       ⑤80～84歳                       ⑥85～89歳  
 ⑦90歳以上

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

- 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

問6 ご本人の居住地について、ご回答ください（1つを選択）

※（ ）内は小学校区になります。

- ①若草圏域                      （鼓阪北、鼓阪、佐保）  
 ②三笠圏域                      （大宮、佐保川、椿井、大安寺西）  
 ③春日・飛鳥圏域（済美、済美南、大安寺、飛鳥）  
 ④都南圏域                      （辰市、明治、東市、帯解）  
 ⑤北部圏域                      （ならやま（神功、右京）、朱雀、左京、佐保台）  
 ⑥平城圏域                      （平城西、平城）  
 ⑦京西・都跡圏域（伏見南、六条、都跡）  
 ⑧伏見圏域                      （あやめ池（学園南以外）、西大寺北、伏見）  
 ⑨二名圏域                      （鶴舞、青和、二名、富雄北）  
 ⑩登美ヶ丘圏域                  （東登美ヶ丘、登美ヶ丘）  
 ⑪富雄東圏域                      （三碓、富雄南、あやめ池（学園南））  
 ⑫富雄西圏域                      （鳥見、富雄第三）  
 ⑬東部圏域                      （田原、柳生、興東、都祁、月ヶ瀬）  
 ⑭わからない

問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つを選択）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ①入所・入居は検討していない     | <input type="checkbox"/> ②入所・入居を検討している |
| <input type="checkbox"/> 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のことです。

問8 ご本人（認定調査対象者）が現在抱えている傷病について、ご回答ください（複数選択可）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ①脳血管疾患（ <small>のうけつかんしゅつかん</small> 脳卒中）        | <input type="checkbox"/> ②心疾患（ <small>のうそつちゅう</small> 心臓病）   |
| <input type="checkbox"/> ③悪性新生物（ <small>がん</small> がん）                  | <input type="checkbox"/> ④呼吸器疾患  |
| <input type="checkbox"/> ⑤腎疾患（ <small>じんしゅつかん</small> 透析）               | <input type="checkbox"/> ⑥筋骨格系疾患（ <small>きんこつかくけいしゅつかん</small> 骨粗しょう症・ <small>せきちゅうかんきょうさくしゅう</small> 脊柱管狭窄症等） |
| <input type="checkbox"/> ⑦膠原病（ <small>こうげんびょう</small> 関節リウマチ含む）         | <input type="checkbox"/> ⑧変形性関節疾患（ <small>へんけいせいかんせつしゅつかん</small> 変形性関節症）                                      |
| <input type="checkbox"/> ⑨認知症（ <small>にんちしゅう</small> 認知症）               | <input type="checkbox"/> ⑩パーキンソン病  |
| <input type="checkbox"/> ⑪難病（ <small>にんちしゅう</small> パーキンソン病を除く）         | <input type="checkbox"/> ⑫糖尿病  |
| <input type="checkbox"/> ⑬眼科・耳鼻科疾患（ <small>にんちしゅう</small> 視覚・聴覚障害を伴うもの） |  |
| <input type="checkbox"/> ⑭新型コロナウイルス感染症、その後遺症                            |  |
| <input type="checkbox"/> ⑮その他（ <small>にんちしゅう</small> ）                  | <input type="checkbox"/> ⑯なし <input type="checkbox"/> ⑰わからない   |

問9 令和4年12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（1つを選択）

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ①利用した ⇒問10へ | <input type="checkbox"/> ②利用していない ⇒問11へ |
|--------------------------------------|---|

**問9で「①」とお答えの方にお伺いします**

問 10 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、「利用していない」を選択してください（それぞれ1つを選択）。

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つを選択）					
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 通所リハビリテーション (デイケア)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	利用の有無（1つを選択）	
	利用していない	利用した
H. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 看護小規模多機能型 居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1か月あたりの利用日数（1つを選択）				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
K. ショートステイ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1か月あたりの利用回数（1つを選択）				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
L. 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 問9で「②」とお答えの方にお伺いします

### 問11 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

- 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
- 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新型コロナウイルス感染症に自分が感染した
- ⑩新型コロナウイルス感染症に家族が感染した
- ⑪その他（                      ）

## ここから再び、全員の方にお伺いします

【ケアプラン（居宅介護サービス計画書）とは】

どんなサービスを、いつ、どのくらい利用するかを決めた計画書のことです。このケアプランに基づいてサービスを利用します。介護の知識を広く持った専門家であるケアマネジャ（介護支援専門員）が、利用者や家族と相談しながら作成します。

### 問12 あなたのケアプランは、自分の身体や気持ち、ご家族の状況等に配慮された満足のいくものですか（満足いくものでしたか）（1つを選択）

- ①たいへん満足している
- ②おおむね満足している
- ③あまり満足していない
- ④まったく満足していない
- ⑤どちらともいえない
- ⑥ケアプランを知らない、わからない

## 問12で「③」「④」とお答えの方にお伺いします

### 問13 あなたが不満に感じている理由は何ですか（3つまで選択可）

- ①自分の状態にあったサービス内容となっていない
- ②希望していたサービスが盛り込まれていない
- ③希望していた介護サービス事業所からのサービスが利用できない
- ④希望していないサービスを利用させられている
- ⑤必要以上のサービス利用を勧められる
- ⑥必要であるサービスを提案されること等がなく、ケアプランに変化がみられない
- ⑦ケアマネジャが顔を見せず、ほとんど相談に乗ってくれない
- ⑧その他（                      ）

## ここから再び、全員の方にお伺いします

問 14 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"/> ①配食                 | <input type="checkbox"/> ②調理                          |
| <input type="checkbox"/> ③掃除・洗濯              | <input type="checkbox"/> ④買い物（宅配は含まない）                |
| <input type="checkbox"/> ⑤ゴミ出し               | <input type="checkbox"/> ⑥外出同行（通院、買い物など）              |
| <input type="checkbox"/> ⑦移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> ⑧見守り、声かけ                     |
| <input type="checkbox"/> ⑨サロンなどの定期的な通いの場     | <input type="checkbox"/> ⑩その他（                      ） |
| <input type="checkbox"/> 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 15 充実が必要と感じる支援・サービスについて、ご回答ください（複数選択可）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①配食                 | <input type="checkbox"/> ②調理                          |
| <input type="checkbox"/> ③掃除・洗濯              | <input type="checkbox"/> ④買い物（宅配は含まない）                |
| <input type="checkbox"/> ⑤ゴミ出し               | <input type="checkbox"/> ⑥外出同行（通院、買い物など）              |
| <input type="checkbox"/> ⑦移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> ⑧見守り、声かけ                     |
| <input type="checkbox"/> ⑨サロンなどの定期的な通いの場     | <input type="checkbox"/> ⑩その他（                      ） |
| <input type="checkbox"/> 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 16 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つを選択）

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①利用している | <input type="checkbox"/> ②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 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）（1つを選択）

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> ①ない ⇒ 調査は終了です            | } B票へ進んでください |
| <input type="checkbox"/> ②家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない |              |
| <input type="checkbox"/> ③週に1～2日ある                |              |
| <input type="checkbox"/> ④週に3～4日ある                |              |
| <input type="checkbox"/> ⑤ほぼ毎日ある                  |              |

● 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 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

問1 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）

- 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2 主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

- 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（1つを選択）

- ①男性                       ②女性                       ③その他                       ④答えたくない

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- ①20歳未満                       ②20代                       ③30代
- ④40代                       ⑤50代                       ⑥60代
- ⑦70代                       ⑧80歳以上                       ⑨わからない

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】

- 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



**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（3つまで選択可）

【身体介護】

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①日中の排泄               | <input type="checkbox"/> ②夜間の排泄       |
| <input type="checkbox"/> ③食事の介助（食べる時）         | <input type="checkbox"/> ④入浴・洗身       |
| <input type="checkbox"/> ⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | <input type="checkbox"/> ⑥衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> ⑦室内の移乗・移動            | <input type="checkbox"/> ⑧外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> ⑨服薬                  | <input type="checkbox"/> ⑩認知症状への対応    |
| <input type="checkbox"/> ⑪医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） |                                       |

【生活援助】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ⑫食事の準備（調理等）       | <input type="checkbox"/> ⑬その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| <input type="checkbox"/> ⑭金銭管理や生活面に必要な諸手続き |  |

【その他】

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ⑮不安に感じていることは、特にない                                      |
| <input type="checkbox"/> ⑯わからない   |
| <input type="checkbox"/> ⑰その他（    ） |

**問7** 主な介護者の方は、介護について相談できる相手がありますか。（複数選択可）

- |                                 |   |                                      |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①同居家族  | <input type="checkbox"/> ②親族                | <input type="checkbox"/> ③近所の人       |
| <input type="checkbox"/> ④友人・知人 | <input type="checkbox"/> ⑤ケアマネジャ            | <input type="checkbox"/> ⑥地域包括支援センター |
| <input type="checkbox"/> ⑦医師    | <input type="checkbox"/> ⑧その他（            ） | <input type="checkbox"/> ⑨いない        |

**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（1つを選択）

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①フルタイムで働いている  | } | <input type="text" value="問9～問11へ"/> |
| <input type="checkbox"/> ②パートタイムで働いている |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> ③働いていない       | } | <input type="text" value="調査は終了です"/> |
| <input type="checkbox"/> ④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。

問8で「①」「②」とお答えの方にお伺いします

問9 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（複数選択可）

- 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わからない

問10 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わからない

問11 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つを選択）

- 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わからない

アンケート調査は以上です。ご協力ありがとうございました。