

# 蓮田市 在宅介護実態調査 (要支援・要介護認定を受けている方)

資料 3

## 調査について

市民の皆様には日頃から本市の福祉行政に  
上げます。

この調査は、皆様の生活状況、福祉サービ  
見等をお聴きし、「蓮田市高齢者福祉計画202

施策推進計画」を策定する上での基礎資料として活用するために実施するものです。

調査の対象者として、要介護・要支援認定を受け、在宅で生活されている約●●  
●名の方にお送りしています。ご回答頂きました内容はすべて統計的に処理し、個人が識別できない形で活用いたします。

調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和●年●月

蓮田市長 山口京子

市独自

：蓮田市オリジナルの設問（このマークがないものは国から示された設問です）

10期新規

：前回（9期）アンケートからの変更点など

## ご回答の前に、ご確認ください

1. この調査は、本市に在住の、要支援1・2又は要介護1～5の認定を受けており、在宅で生活されている方にご協力をお願いしております。
2. この調査は、令和7年11月1日現在の状況でお答えください。対象の方が在宅で生活されていない場合は、ご回答いただく必要はありません。
3. A票（2ページ～8ページ）は封筒のあて名の方ご本人について、B票（9ページ～12ページ）は封筒のあて名の方のご家族等「主な介護者の方」について、お答えください。A票については、封筒のあて名の方ご本人のご家族の方等にご記入いただいてもかまいません。
4. ご回答は、あてはまる回答の番号を○で囲んでください。回答数は、各設問文に指定してありますので、それに従ってご回答ください。
5. ご記入いただいた調査票は、令和●年●月●日（●）までに、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに郵送してください。
6. インターネットによる回答も受け付けております。  
右の二次元コードを読み込むか、下記のURLにアクセスし、調査票に記載されているIDを入力してください。

URL : [https://questant.jp/q/\\*\\*\\*\\*\\*](https://questant.jp/q/*****)

ID : \*\*\*\*\*

インターネットでご回答いただく場合は、調査票の返送は不要です。



【問い合わせ先】 蓮田市健康福祉部 長寿支援課

電話 : (048) 768-3111 内線 136・148・197

ファックス : (048) 769-0684

メール : choju@city.hasuda.lg.jp

## 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及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、下記にご同意頂いたものと見なさせていただきます。

### 【個人情報の保護及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、蓮田市による高齢者福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進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、蓮田市で適切に管理いたします。
- ・また、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、市で管理するデータベースである要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）やサービス利用に係るデータと照合し、必要に応じて集計・分析いたします。
- ・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データベースに情報を登録し、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

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 世帯について、ご回答下さい。（○は1つ）

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

問3 あなたは、以下の項目についてどう思いますか。（それぞれ○は1つ）

	まったく そう思わない	あまり そう思わない	やや そう思う	とても そう思う
① 独りぼっちだと感じる	1	2	3	市独自
② まわりの人たちと共通点が多いと感じる	1	2	3	10期新規
③ 人と親密だと感じる	1	2	3	4
④ 他人から孤立していると感じる	1	2	3	4
⑤ 自分のことを理解してくれる人たちがいると感じる	1	2	3	4
⑥ まわりに人はいるけれど、心は通っていないと感じる	1	2	3	4

問4 家族や友人と会う頻度はどれくらいですか。(○は1つ)

市独自

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| 1. 毎日近くで会っている(同居またはほぼ毎日) | 2. 週に1～3回程度   |
| 3. 月に1～3回程度              | 4. 年に数回程度     |
| 5. ほとんど会わない、会うことがない      | 6. 該当なし、わからない |

10期新規

問5 あなたは、家族や親族の中で以下のような活動を行っていますか。

(○はいくつでも)

市独自

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 家事を担っている(食事づくり・掃除・洗濯など)           |
| 2. 小さな子どもの世話をしている(おむつ替え・送り迎え・遊び相手など) |
| 3. 家族・親族の相談相手になっている                  |
| 4. 家族の支え手(収入を支えている)である               |
| 5. 家族や親族関係のまとめ役(話し合いの調整役など)をしている     |
| 6. 病気や障害を持つ家族の世話をしている(介護など)          |
| 7. 特になし                              |
| 8. その他( )                            |

10期新規

問6 現時点での、施設等※への入所・入居の検討状況について、ご回答下さい。(○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6で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」を選択した方のみ】

問7 その施設は、どんな(どこの)施設ですか。(○はいくつでも)

市独自

- |                 |                |                 |
|-----------------|----------------|-----------------|
| 1. 市内の特別養護老人ホーム | 2. 市内の介護老人保健施設 | 3. 市外の特別養護老人ホーム |
| 4. 市外の介護老人保健施設  | 5. グループホーム     | 6. 有料老人ホーム      |
| 7. ケアハウス        | 8. その他( )      |                 |

問8 ご本人(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。

(○はいくつでも)

- |   |   |
|---|---|
| 1. <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患(脳卒中) | 2. <small>しんしっかん</small> 心疾患(心臓病)   |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物(がん)  | 4. <small>こきゅうきしっかん</small> 呼吸器疾患( <small>はいきしゅ</small> 肺気腫、 <small>はいえん</small> 肺炎等)                     |
| 5. <small>じん</small> 腎疾患(透析)            | 6. <small>きんこつかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患( <small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>せきちゅうかんきょうさくしょう</small> 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. <small>へんけいせいかんせつしっかん</small> 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. <small>なんびょう</small> 難病(パーキンソン病を除く) | 12. <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病   |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障がいを伴うもの)             |   |
| 14. その他                                 | 15. なし  |
| 16. わからない                               |   |

問 9 令和 7 年 9 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 1 1 へ)

2. 利用していない (→問 10 へ)

【問 9 において「2. 利用していない」を選択した方のみ】

問 1 0 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分からない
9. その他

【問 9 において「1. 利用した」を選択した方のみ】

問 1 1 現在利用している介護保険サービスの内容に満足していますか。現在複数の介護サービスを利用している場合には、総合的に評価してください。(○は 1 つ)

1. 満足

2. ほぼ満足

3. やや不満

4. 不満

市独自

【問 1 1 で「3. やや不満」「4. 不満」を選択した方のみ】

問 1 2 不満を感じる理由は何ですか。(○はいくつでも)

市独自

1. 希望する日や時間帯などに利用できない
2. 利用できる回数や日数が少ない
3. 事業所職員や担当者の接し方が悪い
4. 説明が不十分で、予想していたサービス内容と違った
5. サービス提供者の技術・熟練度が低い
6. 利用料金が高い
7. プライバシーや個人の尊厳への配慮がない
8. その他 ( )

【問 9 において「1. 利用した」を選択した方のみ】

問 1 3 あなたはケアマネジャーが作成するケアプランに満足していますか。(○は 1 つ)

1. 満足

2. ほぼ満足

3. やや不満

4. 不満

市独自

【問 1 3 で「3. やや不満」「4. 不満」を選択した方のみ】

問 1 4 不満を感じる理由は何ですか。(○はいくつでも)

市独自

1. 希望が反映されない
2. 身体状況の確認が不足
3. その他 ( )

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問 1 5 あなたは、現在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、ご記入ください。(○は 1 つ)

10期新規										市独自
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>とても不幸</span> <span>←</span> <span>→</span> <span>とても幸せ</span> </div>										
0 点	1 点	2 点	3 点	4 点	5 点	6 点	7 点	8 点	9 点	10 点

問 1 6 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、ご回答下さい。(○はいくつでも)

※ 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。

1. 配食	2. 調理	<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">選択肢⑩のみ市独自</div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px;">選択肢⑩のみ 10期新規</div>
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. 緊急通報システム	
11. その他	12. 利用していない	

問 1 7 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、ご回答下さい。(○はいくつでも)

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

1. 配食	2. 調理	<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">選択肢⑩のみ市独自</div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px;">選択肢⑩のみ 10期新規</div>
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. 緊急通報システム	
11. その他	12. 特になし	

問 1 8 ちいきほうかつしえん 地域包括支援センターについて知っていますか。(○は 1 つ)

1. 知っている	2. ある程度知っている	市独自
3. あまり知らない	4. まったく知らない	

問 1 9 あなたの地区担当の民生委員を知っていますか。(○は 1 つ)

1. 知っている	2. 知らない	市独自
----------	---------	-----

問 2 0 あなたが相談できる介護・福祉の窓口や相談先はありますか。(○は 1 つ)

1. ある	2. ある程度ある	3. あまりない	4. まったくない	市独自
-------	-----------	----------	-----------	-----

問 2 1 介護や福祉に関する情報は入手できていますか。(○は 1 つ)

1. よく入手できている	2. ある程度入手できている	市独自
3. あまり入手できていない	4. まったく入手できていない	

問 2 2 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

市独自

1. はい(具体的な窓口: ) 2. いいえ

10期新規

問 2 3 「新しい認知症観」を知っていますか。(○は1つ)

市独自

1. 名前も内容も知っている 2. 名前だけ聞いたことがある  
3. 知らない(初めて聞いた)

10期新規

問 2 4 あなたは「認知症」に対してどのようなイメージを持っていますか。  
(○はいくつでも)

1. 地域や周囲の理解があれば暮らせる 2. 認知症になってもやりたいことができる  
3. 認知症になっても何も変わらないと思う 4. 早期に気づいて対応することが大切である  
5. 誰でもなる可能性がある 6. 本人の気持ちがわかりにくい  
7. 怖い病気だと思う 8. 家族に迷惑をかける病気だ  
9. よくわからない  
10. その他(具体的に: )

市独自

10期新規

問 2 5 あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(○はいくつでも)

1. 認知症について正しく理解できる機会(講座・広報など)の充実  
2. 認知症の人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備  
3. 認知症の人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保  
4. 認知症の人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり  
5. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備  
6. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実  
7. 認知症にならないための予防に関する情報や取り組みの推進

市独自

10期新規

問 2 6 あなたが知っている事業は何ですか。(○はいくつでも)

市独自

1. 認知症初期集中支援推進事業 2. 認知症サポーター養成講座  
3. チームオレンジ 4. 徘徊高齢者見守り支援事業(GPS)  
5. 蓮田市見守りシール等配布事業 6. 認知症ガイドブック(認知症ケアパス)  
7. 認知症介護の相談 8. 認知症の人を介護する家族のつどい  
9. 認知症カフェ 10. 知っている事業はない

10期新規

問 2 7 認知症などにより判断能力が不十分となった時に利用できる「<sup>せいねんこうけん</sup>成年後見制度」を知っていますか。(○は1つ)

市独自

1. 名前も内容も知っている 2. 名前だけ聞いたことがある  
3. 知らない(初めて聞いた)



問 2 8 今の要介護（要支援）状態が続いた場合、あなたは、今後どのような生活を希望しますか。（○は1つ）

市独自

1. 自宅で、主に家族や親族に介護をしてもらいたい
2. 自宅で、主に介護サービスなどを利用したい
3. 子どもや親族等の家に住み替えて、介護をしてもらいたい
4. バリアフリー住宅等に住み替えて、介護サービスなどを利用したい
5. 有料老人ホームなどの介護付き住宅で暮らしたい
6. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設に入りたい
7. その他（ ）
8. 特にない

問 2 9 あなたは、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について、知っていますか。（○は1つ）

市独自

1. 名前も内容も知っている
2. 名前だけ聞いたことがある
3. 知らない（初めて聞いた）

10期新規

問 3 0 あなたは、エンディングノートの記入をしたことがありますか。（○は1つ）

1. 記入したことがある
2. 記入したことがない

市独自

10期新規

問 3 1 人生の最終段階における医療や介護について、あなたの希望を身近な人と話し合ったことがありますか。（○は1つ）

1. ある
2. ない

市独自

【問 3 1 で「1. ある」を選択した方のみ】

問 3 2 誰と話し合いましたか。（○はいくつでも）

1. 家族
2. 主治医
3. 看護師
4. 介護関係者
5. その他（ ）

市独自

問 3 3 現在支払っている介護保険料の額について、どのように感じていますか。（○は1つ）

市独自

1. 大変な負担である
2. やや負担である
- 3.それほど負担ではない
4. まったく負担ではない
5. わからない

問 3 4 ご本人（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

問 3 5 今後、蓮田市に充実して欲しい高齢者施策は何ですか。(○は3つまで)

1. 就労支援・人材活用の推進	2. 健康づくり・生きがい活動の推進
3. 福祉教育の推進	4. 生活支援の推進
5. 高齢者の見守り・安全確保の推進	6. 高齢者の権利擁護の推進
7. ボランティア体制の整備	8. 老人福祉施設の充実
9. 外出支援の推進	10. 福祉のまちづくりの推進
11. その他 ( )	

市独自

10期新規

問 3 6 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日よりも少ない	} ⇒B票に進んでください
3. 週に1～2日ある	
4. 週に3～4日ある	
5. ほぼ毎日ある	



- A票の問36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（調査対象者）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人のご回答・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

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）。（○はいくつでも）

※ 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。（○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、ご回答下さい。（○は1つ）

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 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。（○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、ご回答下さい。（○はいくつでも）

### 【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、ご回答下さい（現状で行っているか否かは問いません）。（○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7 介護者が相談できる窓口を知っていますか。（○は1つ）

市独自

- |             |
|-------------|
| 1. はい（具体的に： |
| 2. いいえ      |

10期新規

問8 ちいきほうかつしえん 地域包括支援センターについて知っていますか。（○は1つ）

市独自

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. 知っている   | 2. ある程度知っている |
| 3. あまり知らない | 4. まったく知らない  |

10期新規

問9 認知症に関する相談窓口を知っていますか。（○は1つ）

市独自

- |               |        |
|---------------|--------|
| 1. はい（具体的な窓口： | 2. いいえ |
|---------------|--------|

10期新規

問10 「新しい認知症観」を知っていますか。（○は1つ）

市独自

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 名前も内容も知っている  | 2. 名前だけ聞いたことがある |
| 3. 知らない（初めて聞いた） |                 |

10期新規

問11 あなたは「認知症」に対してどのようなイメージを持っていますか。  
（○はいくつでも）

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 地域や周囲の理解があれば暮らせる   | 2. 認知症になってもやりたいことができる  |
| 3. 認知症になっても何も変わらないと思う | 4. 早期に気づいて対応することが大切である |
| 5. 誰でもなる可能性がある        | 6. 本人の気持ちがわかりにくい       |
| 7. 怖い病気だと思う           | 8. 家族に迷惑をかける病気だ        |
| 9. よくわからない            |                        |
| 10. その他（具体的に：         |                        |

市独自

10期新規

問 1 2 あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(○はいくつでも)

1. 認知症について正しく理解できる機会(講座・広報など)の充実
2. 認知症の人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備
3. 認知症の人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保
4. 認知症の人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり
5. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備
6. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実
7. 認知症にならないための予防に関する情報や取り組みの推進

市独自

10期新規

問 1 3 あなたが知っている事業は何ですか。(○はいくつでも)

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 認知症初期集中支援推進事業  | 2. 認知症サポーター養成講座       |
| 3. チームオレンジ        | 4. 徘徊高齢者見守り支援事業(GPS)  |
| 5. 蓮田市見守りシール等配布事業 | 6. 認知症ガイドブック(認知症ケアパス) |
| 7. 認知症介護の相談       | 8. 認知症の人を介護する家族のつどい   |
| 9. 認知症カフェ         | 10. 知っている事業はない        |

市独自

10期新規

問 1 4 介護や家事などを日常的に行っている 18歳未満の方がいますか。  
(○は1つ)

市独自

※ 問2の「主な介護者」を助けている場合も含みます。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

【問 1 4 で「1. いる」を選択した方のみ】

問 1 5 18歳未満の方が、平日の1日あたりに家事や家族のお世話に充てる平均的な時間はどれくらいですか。(○は1つ)

市独自

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 1時間未満 | 2. 2時間未満 | 3. 4時間未満 |
| 4. 6時間未満 | 5. 8時間未満 | 6. 8時間以上 |
| 7. わからない |          |          |

【問 1 4 で「1. いる」を選択した方のみ】

問 1 6 18歳未満の方が、家族のお世話に関する悩みや不満を話せる人がいますか。  
(○は1つ)

市独自

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問 1 7 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答下さい。(○は1つ)

- |                       |   |          |
|-----------------------|---|----------|
| 1. フルタイムで働いている        | } | ⇒問18~20  |
| 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。

【問 1 7 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」を選択した方のみ】

問 1 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行っていますか。(○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 1 7 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」を選択した方のみ】

問 1 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。(○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 1 7 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」を選択した方のみ】

問 2 0 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 |                     |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。