

令和2年度（2020年度）  
高齢福祉・介護保険サービス意向調査  
《介護サービス利用調査》

【調査のご記入にあたってのお願い】

1. この調査は、できるかぎりあて名の方ご本人がお答えください。ご本人がお答えにならない場合には、ご家族や介護されている方が、ご本人の立場に立ってお答えください。
2. このアンケートは名前・住所を書いていただく必要はありません。
3. ご記入は、必ず黒又は青のボールペン又は鉛筆でお願いします。
4. 質問番号に沿って、できるかぎり全部の質問にお答えください。
5. お答えは、あてはまる回答の番号に○印をつけてください。
6. 「その他（ ）」に○印をつけられた方は、お手数ですが具体的にご記入ください。
7. ご記入いただきました調査票は、

**令和2年5月29日（金曜日）までに**

三つ折りにした上で、同封した返信用封筒（切手不要）に入れて郵送してください。

8. 調査報告書は、10月末から図書館、すこやか福祉センター、区ホームページなどでご覧になれます。
9. 調査の内容や記入の方法などについて、ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

**中野区地域支えあい推進部介護・高齢者支援課管理企画係**

TEL. 03-3228-5629 FAX. 03-3228-8972

E-mail kaigokourei@city.tokyo-nakano.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。

【個人情報の保護及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、区による介護保険事業計画策定と効果評価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、区において適切に管理いたします。
- ・ただし、介護保険事業計画策定時及び効果評価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区外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析をすることがあります。

質問の上に（全員の方に）と記載のあるものは全員の方が、（～の方に）とその他の記載があるものはその条件に合う方のみお答えください。

（全員の方に）

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。（複数選択可）

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

## A票 ご本人について、お伺いします

（全員の方に）

問2 あなたがお住まいの地域はどこですか。（1つを選択）

- |         |         |         |        |
|---------|---------|---------|--------|
| 1. 上鷺宮  | 2. 鷺宮   | 3. 白鷺   | 4. 若宮  |
| 5. 大和町  | 6. 江原町  | 7. 江古田  | 8. 野方  |
| 9. 丸山   | 10. 沼袋  | 11. 松が丘 | 12. 新井 |
| 13. 上高田 | 14. 中野  | 15. 東中野 | 16. 中央 |
| 17. 本町  | 18. 弥生町 | 19. 南台  |        |

《丁目を記入してください》

（ ）丁目

（全員の方に）

問3 家族構成について、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. その他 | → 問3 Cへ |
|---------|-----------|--------|---------|

（問3で「3」と回答した方に）

問3 A ご本人を含めて何人で暮らしていますか。（1つを選択）

- |       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 1. 2人 | 2. 3人   | 3. 4人 |
| 4. 5人 | 5. 6人以上 |       |

問3 B 同居されている方はどなたですか。（複数選択可）

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

(問3で「2」「3」と回答した方に)

問3C 日中ひとりになることがありますか。(1つを選択)

- |         |          |       |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

(全員の方に)

問4 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 |
|-------|-------|

(全員の方に)

問5 ご本人の年齢について、ご回答ください。(1つを選択)

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

(全員の方に)

問6 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で「5」「6」「7」と回答した方に)

問6A 介護・介助が必要となった主な原因はなんですか。(複数選択可)

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) | 2. 心臓病             |
| 3. がん(悪性新生物)     | 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎)  |
| 5. 糖尿病           | 6. パーキンソン病         |
| 7. 関節の病気(リウマチ等)  | 8. 骨折・転倒           |
| 9. 視覚・聴覚障害       | 10. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 11. 脊椎損傷         | 12. 高齢による衰弱        |
| 13. その他( )       | 14. わからない          |

(全員の方に)

問7 お住まいは次のどれにあたりますか。(1つを選択)

1. 持ち家 (一戸建て)
2. 持ち家 (分譲マンションなどの集合住宅)
3. 公営の賃貸住宅 (区営・都営住宅、公社など)
4. 民営の賃貸住宅
5. 社宅・社員寮・公務員住宅
6. その他 ( )

(全員の方に)

問7A お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか。(1つを選択)

1. はい
2. いいえ

(問7Aで「1」と回答した方に)

問7B お住まいの建物にエレベーターは設置されていますか。(1つを選択)

1. はい
2. いいえ

(全員の方に)

問8 ご本人はどこで介護を受けたいと思っていますか。(1つを選択)

1. 自宅
2. 自宅近くのサービス付き高齢者住宅
3. 自宅近くの入所施設
4. 自宅から遠くても、出身地等、好きな土地の住宅や施設
5. その他 ( )
6. わからない

(全員の方に)

問8A 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)

※「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・入居申し込みをしている

問8Bへ

(問8Aで「2」「3」と回答した方に)

問8B 施設等への入所・入居を検討した理由はなんですか。(複数選択可)

1. 介護する家族の心身の負担が大きい
2. 介護をする家族・親族がいない
3. 在宅に戻るための専門的なりハビリ等が必要となっている
4. 現在入院している病院を退院しなければならない
5. 認知症の症状があり、在宅での介護が難しい
6. 在宅サービスの利用による経済的な負担が大きい
7. 現在の住まいの機能上、在宅での介護が難しい
8. その他 ( )

(全員の方に)

問9 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。(複数選択可)

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、脊柱管狭窄症等)
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

(全員の方に)

問10 以下の介護保険サービスでサービス内容を知らない又はわからないサービスはどれですか。(複数選択可)

1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 通所介護(デイサービス)
6. 通所リハビリテーション(デイケア)
7. 夜間対応型訪問介護 ※
8. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ※
9. 小規模多機能型居宅介護 ※
10. 看護小規模多機能型居宅介護 ※
11. ショートステイ
12. 居宅療養管理指導 ※

※7 夜間対応型訪問介護：夜間にホームヘルパーが定期的に利用者の居宅を訪問して介護を行うサービス

※8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：ホームヘルパーによる訪問介護と看護師による訪問看護を、定期的又は随時に24時間365日の体制で必要なサービスを提供するサービス

※9 小規模多機能型居宅介護：小規模な施設ですが、利用者のニーズに応じて訪問介護、通所介護、短期入所など多種類の居宅介護サービスを提供するサービス

※10 看護小規模多機能型居宅介護：小規模多機能型居宅介護に、看護師による訪問看護を加えたサービス

※12 居宅療養管理指導：医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、薬の飲み方、食事などの管理・指導を行うサービス

(全員の方に)

問 11 令和2年4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)

1. 利用した	→	問 12A Bへ	2. 利用していない	→	問 12Cへ
---------	---	----------	------------	---	--------

(問 11 で「1」と回答した方に)

問 12A 以下の介護保険サービスについて、令和2年4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(0回、1. 利用していない、0日)」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つに○)					
	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	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

※G 夜間対応型訪問介護：夜間にホームヘルパーが定期的に利用者の居宅を訪問して介護を行うサービス

	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

※H 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：ホームヘルパーによる訪問介護と看護師による訪問看護を、定期的又は随時に24時間365日の体制で必要なサービスを提供するサービス

※I 小規模多機能型居宅介護：小規模な施設ですが、利用者のニーズに応じて訪問介護、通所介護、短期入所など多種類の居宅介護サービスを提供するサービス

※J 看護小規模多機能型居宅介護：上記I. 小規模多機能型居宅介護に、看護師による訪問看護を加えたサービス

	1か月あたりの利用日数（1つに○）				
	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	<b>0日</b>	<b>1～7日</b>	<b>8～14日</b>	<b>15～21日</b>	<b>22日以上</b>

	1か月あたりの利用回数（1つに○）				
	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 ※	<b>0回</b>	<b>1回</b>	<b>2回</b>	<b>3回</b>	<b>4回</b>

※L 居宅療養管理指導：医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、薬の飲み方、食事などの管理・指導を行うサービス

（問11で「1」と回答した方に）

問12B あなたが、ケアプランについて不満と思うことを次の中から選んでください。（複数選択可）

1. 希望するサービスが利用できない
2. 希望しないサービスがケアプランに含まれている
3. 希望する事業者が利用できない
4. サービスの利用回数や時間が少ない
5. サービスの利用料が高い
6. 要介護認定による給付の枠内では使いたいサービスが十分に受けられない
7. 介護保険制度の導入以前は使えていたサービスが使えなくなった
8. レンタル用品に利用したい物品がない（利用したい物品名 \_\_\_\_\_）
9. ケアマネジャーから説明がない、もしくは説明がよくわからない
10. その他（ \_\_\_\_\_ ）
11. 不満な点はない

（問11で「2」と回答した方に）

問12C 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. まだ必要でない
2. 家族の介護で間に合っている
3. 医療サービスを受けているため
4. 他人を家に入れたくない
5. 利用したいサービスがない
6. サービスの利用方法がわからない
7. 他人に介護してもらいたくない
8. 利用料の負担が大きい
9. ケアマネジャーへの依頼方法がわからない
10. 利用したいサービスの日・時間帯などが合わない
11. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
12. その他（ \_\_\_\_\_ ）
13. 特別な理由はない

(全員の方に)

問 13 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)

※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                |
| 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. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 11. その他( )            | 12. 利用していない          |

(全員の方に)

問 14 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)

※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                |
| 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. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 11. その他( )            | 12. 利用していない          |



(全員の方に)

問 15 ご本人(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)

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等を含みません。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

(全員の方に)

問 16 ご本人(調査対象者)は、現在、その他の訪問診療を利用していますか。(1つを選択)

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. 訪問歯科診療を利用している     | 2. 訪問薬剤師を利用している |
| 3. 「1」と「2」の両方を利用している | 4. 利用していない      |

(全員の方に)

問 17 地域包括支援センターに相談したことはありますか。(1つを選択)

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 相談したことがある                   |
| 2. 地域包括支援センターを知っているが、相談したことはない |
| 3. 地域包括支援センターを知らなかった           |

(全員の方に)

問 18 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)

1. ない	→ アンケートは終了です。
-------	---------------

- |                            |
|----------------------------|
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない |
| 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(次のページ)に お進みください。
------------------------

(A票問18で「2～5」を回答した方に)

## 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(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)

※ 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。(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 |
|-------|-------|

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)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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を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 |                     |

問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つを選択)

※「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 | 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 |

(B票問7で「1」「2」と回答した方に)

問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はいますか(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. 主な介護者に確認しないと、わからない                                |

(B票問7で「1」「2」と回答した方に)

問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

問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. 主な介護者に確認しないと、わからない

ご協力ありがとうございました

この調査票は環境に配慮して  
再生紙を使用しています。

