

# 南房総市の高齢者福祉を考えるためのアンケート調査 (在宅介護実態調査) 案 (会議資料用)

市民の皆様には、日頃から市政にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

南房総市では、介護保険をはじめとする高齢者施策を「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に沿って実施しています。3年ごとの見直しにあたっては、市民の皆様の現状やご意見を詳しく把握し、計画に反映させていきたいと考えております。

つきましては、要介護認定を受けていて自宅で生活をされている方を対象にアンケート調査を実施します。お忙しいところ恐れ入りますが、調査の主旨をご理解の上、是非ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和8年1月

南房総市

## ■□ご記入の前に□■

- 1 この調査は、令和8年1月1日(基準日)現在の状況について、お答えください。
- 2 この「在宅介護実態調査」の集計・分析にあたりまして、あて名のご本人の要介護認定審査に係る要介護認定データを使用させていただきます。本調査票のご返送をもちまして、使用にご同意いただいたものと見な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、要介護認定及び本市における高齢者施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。ご本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。
  - ・調査でご回答いただいた内容は、集計・分析を委託する調査会社に預託しますが、情報は厳重に管理させていただきます。
- 3 2月10日(火)までに、ご記入いただき、同封の封筒に入れ、ポストに投函してくださいますようお願いいたします。

ご記入上の不明な点は下記までお問い合わせください。

南房総市 保健福祉部 高齢者支援課 ☎ 0470(36)1152

あて名ご本人が次のような理由で回答ができない場合には、あてはまる番号に○をつけて、ご返送ください。

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1. 介護保険施設(※)に入所中 | 2. 医療施設に長期入院中 |
| 3. 転出した          | 4. 死亡した       |

※「介護保険施設」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院をいいます。

本調査のA票はあて名のご本人に、B票は主な介護者の方にお答えいただきますが、ご家族の方などがご本人や介護者の代わりにご回答されたり、一緒にご回答されてもかまいません。

## A票 (あて名のご本人について)

### 問1 ご本人(あて名の方)の状況について

1 この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。(○はいくつでも)

1. 調査対象者本人(封筒のあて名の方)
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

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | : 国の必須項目    |
| <input type="checkbox"/> | : 国のオプション項目 |
| <input type="checkbox"/> | : 市の独自設問    |

2 あなた(あて名のご本人)の世帯類型は次のどれですか。(○は1つ)

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

3 お住まいの地域はどちらですか。(○は1つ)

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1. 富浦地域 | 2. 富山地域 | 3. 三芳地域 |
| 4. 白浜地域 | 5. 千倉地域 | 6. 丸山地域 |
| 7. 和田地域 |         |         |

### 問2 介護保険サービスの利用状況等について

1 令和7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。(○は1つ)

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

➡ (1) 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                      |

2 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。(〇はいくつでも)

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

※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。

3 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）は何ですか。(〇はいくつでも)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 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. 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。

4 現在抱えている傷病について、ご回答ください。(〇はいくつでも)

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 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（肺気腫・肺炎等）         |
| 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                  |                           |

5 定期的に通院している医療機関はどちらですか。(○はいくつでも)

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 1. 富浦地域    | 2. 富山地域         |
| 3. 三芳地域    | 4. 白浜地域         |
| 5. 千倉地域    | 6. 丸山地域         |
| 7. 和田地域    | 8. 館山市          |
| 9. 鴨川市     | 10. 鋸南町         |
| 11. その他の市町 | 12. 定期的に通院していない |

6 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について伺います。(○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、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。

7 今後の介護保険料と介護サービスの整備のあり方について、ご本人の考えに最も近いものはどれですか。(○は1つ)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 施設の整備やサービス充実のため、保険料が高くなってもやむを得ない |
| 2. 利用できるサービスの量・回数が少なくなっても保険料が安い方がよい |
| 3. 現状の保険料水準を維持し、介護サービス量も現状のままでよい    |
| 4. わからない                            |

### 問3 地域における日常の暮らしについて

1 近所の人とはどの程度付き合いをしていますか。(○は1つ)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. お互いに訪問し合う   | 2. 立ち話をする程度    |
| 3. あいさつだけはする程度 | 4. ほとんど付き合いがない |

2 将来、もしもあなた自身の判断能力が不十分になったら、金銭管理や様々なサービスの手続きを任せられる人がいますか。(○はいくつでも)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 配偶者         | 2. 同居の家族      |
| 3. 別居の子どもやその家族 | 4. 親族や知人      |
| 5. その他         | 6. そのような人はいない |

3 災害時にご自宅から避難所まで、ひとりで行くことができますか。(○は1つ)

- 1. はい
- 2. いいえ

➡ (1) 災害時にご自宅から避難所まで連れて行ってくれる(避難を支援してくれる)人はいいますか。(○はいくつでも)

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1. 家族(同居)           | 2. 家族(別居)     |
| 3. 親戚               | 4. 近所の人・地域の知人 |
| 5. 民生委員・自治会等の地域の支援者 | 6. その他        |
| 7. そのような人はいない       | 8. わからない      |

## 問4 地域でいつまでも生活し続けることについて

1 あなたは一人で生活できなくなったときに、どこで介護を受けるのが理想ですか。(○は1つ)

- 1. 自宅(子どもや親族の家を含む)
- 2. サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス(※)など
- 3. 特別養護老人ホーム・老人保健施設など
- 4. わからない

※サービス付き高齢者向け住宅やケアハウス(軽費老人ホーム)は、見守りや簡単な介助のサービスが付いている住宅のことです。

2 あなたが回復の見込みのない状態になった時に、どのような医療・ケアを受けたいかを、家族等の親しい人と共有していますか。(○は1つ)

- 1. 共有している
- 2. 共有していない(今後共有したい)
- 3. 共有していない(今後も共有したいとは思っていない)
- 4. 共有していない(今後についてはわからない)

3 今後、国や市はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。

(○は主なもの3つまで)

1. 在宅介護サービスの充実
2. 訪問診療・看護の充実
3. 通所サービスの充実
4. 入所施設の整備
5. 高齢者向け住宅の整備
6. バリアフリー改修
7. 介護予防の充実
8. 外出支援サービスの充実
9. 配食・見守りサービスの充実
10. 通いの場の充実
11. 後見制度の利用支援
12. 生きがいの支援
13. 終活の支援
14. 保険料・利用料の軽減
15. 行政手続きの簡素化
16. どんな相談も丸ごとできる窓口の充実
17. 家族介護者の支援
18. 介護従事者の確保
19. その他（ ）
20. 特になし

南房総市の高齢者施策について、ご意見・ご提案があれば、自由に記入してください。

--

⇒ 次ページからの **B票**は、ご本人を介護している ご家族やご親族の方に伺い  
ます。

家族介護者がいない場合、以上で設問は終了です。

ご協力ありがとうございました。2月10日（火）までに、同封の封筒に入れ、切手を貼らずにポストに投函してください。

## B票 (主な介護者であるご家族等について)

### 問1 ご家族やご親族による介護について

1 ご家族やご親族の方（同居していない子どもや親族等を含む）からのご本人の介護は、週にどのくらいありますか。（○は1つ）

- 1. ない ⇒【以上で終了です】
- 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

→2 ご家族やご親族の中で、ご本人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）

- 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。

→3 ご本人の主な介護者の方は、どなたですか。介護者が複数いる場合は、最も多く関わっている方についてお答えください。（○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   |

→4 主な介護者の方の性別を伺います。（○は1つ）

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

→5 主な介護者の方の年齢を伺います。（○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 |

↓  
【次ページ 「6」にお進みください。】



→ 6 主な介護者の方が初めて本人の介護に関わるようになってからどのくらい経ちますか。  
(○は1つ)

1. 1年未満	2. 1～3年未満	3. 3～5年未満
4. 5年以上	5. わからない	

→ 7 現在、主な介護者の方が行っている介護等はどのようなことですか。  
(○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	

→ 8 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はどのようなことですか。（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	

↓  
【次ページ 「9」にお進みください。】

→ 9 今後も介護を継続していくにあたって、主な介護者の方が利用したい介護サービス等は何ですか。(○はいくつでも)

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護（ヘルパー）     | 2. 訪問看護                 |
| 3. デイサービス（通所介護）   | 4. デイケア（通所リハビリ）         |
| 5. ショートステイ        | 6. 福祉用具の貸与・購入           |
| 7. 住宅改修           | 8. 配食サービス               |
| 9. 見守りサービス・安否確認   | 10. ケアマネジャーへの相談         |
| 11. 介護者向けの相談窓口・講座 | 12. 介護者のレスパイト（休息）のための支援 |
| 13. その他           | 14. 特になし                |

→ 10 今後も介護を継続していくにあたって、主な介護者の方が不足していると思う介護サービス等は何ですか。(○はいくつでも)

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護（ヘルパー）     | 2. 訪問看護                 |
| 3. デイサービス（通所介護）   | 4. デイケア（通所リハビリ）         |
| 5. ショートステイ        | 6. 福祉用具の貸与・購入           |
| 7. 住宅改修           | 8. 配食サービス               |
| 9. 見守りサービス・安否確認   | 10. ケアマネジャーへの相談         |
| 11. 介護者向けの相談窓口・講座 | 12. 介護者のレスパイト（休息）のための支援 |
| 13. その他           | 14. 特になし                |

➡11 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。(○は1つ)

- 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

※「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。

➡12 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。(○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

➡13 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

介護者が感じている介護の問題、市へのご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。2月10日（火）までに、同封の封筒に入れ、切手を貼らずにポストに投函してください。