

さいたま市 高齢者等の家族介護者等（ケアラー）に関するアンケート調査

日頃から、さいたま市の高齢者福祉施策の推進にご理解ご協力を賜り、誠にありがとうございます。さて、本市では、**ケアラー（下記*参照）**に対して支援の取組みを行っております。

特に、何らかのケアを必要とする**高齢の家族等に対してのケアを担っている方々**の実態を把握し、今後の支援検討への活用を目的として、アンケート調査を実施することとなりました。

つきましては、ご多用とは存じますが、調査の目的・趣旨をご理解の上、ご回答にご協力くださいますようお願いいたします。

*本調査では、高齢、身体上又は精神上的の障害又は疾病等により援助を必要とする親族、友人その他の身近な人に対して、無償で介護・看護・日常生活上の世話・その他援助をすることを「ケア」と言い、**そのケアをしている方のことを「ケアラー」と呼びます。**

【ご記入にあたってのお願い】

- 1 この調査の回答は**無記名**です。回答は強制ではありませんが、可能な限りで回答をお願いします。なお、回答いただかなくても、不利益が生じるものではありません。
- 2 各アンケート項目の回答については、別紙回答票（水色）の各欄に回答番号を記入してください。特にことわり書きが無い場合は、回答番号を一つだけ選んで回答してください。また、直接数字を記載する項目や、「その他」を選んだ場合は、あわせて記述での回答をお願いします。
- 3 集計した結果については、本市のケアラー支援施策の検討等にあたり、関係部局で共有させていただく場合や、市のホームページで公表する場合があります。なお、いずれの場合も、回答者が特定されることはありません。
- 4 ご記入後は、同封の返信用封筒（追加の切手等は不要）に入れ、月 日（ ）までに、郵便ポストに投函してください。

【個人情報の保護等について】

- ・このアンケート調査で得られた情報については、実態の把握と今後の本市の取組みの検討にかかる活用の目的以外には利用しません。また、当該情報については、適切に管理します。
- ・このアンケート調査では、個人を特定する趣旨はありません。また、個人を特定する内容が公表されることもありません。
- ・本アンケートへの回答をもちまして、本アンケート調査で得られた情報の取扱いについて、ご同意いただいたものとさせていただきます。

【このアンケートに関する問い合わせ先】

〒330-9588

さいたま市浦和区常盤6-4-4

さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 いきいき長寿推進課

電話 048-829-1257

FAX 048-829-1981

回答は、水色の回答票に記入してください。

1 あなた（ケアラー）ご自身について

(1)あなたの性別と年齢。

- ① 男性 ② 女性 ③ その他・答えたくない

(2)あなたの家庭で、あなたを含めて同居している方の人数。

(3)あなたご自身の現在の就労等の状況。

- ① 正規雇用（正社員・正規職員） ② 非正規雇用（契約社員・派遣社員・パート・アルバイト等）
③ 自営業 ④ 無職 ⑤ その他（*回答票に具体的に記入してください）

2 ケアの状況について

*ケアをしている相手が2人以上の場合は、回答票の2人目の欄に記入してください。

(4)ケアをしている相手。

- ① 配偶者 ② 父母 ③ 子 ④ 子の配偶者 ⑤ 祖父母 ⑥ 孫 ⑦ 兄弟・姉妹 ⑧ その他

(5)ケアをしている相手の性別と年齢。

- ① 男性 ② 女性 ③ その他・答えたくない

(6)ケアをしている相手の居所（現在、生活している場所。）

- ① 在宅（同居） ② 在宅（別居） ③ 施設入居中 ④ 病院入院中
⑤ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(7)ケアをしている相手の状況。（複数回答可）

- ① 病気 ② 身体障害 ③ 知的障害 ④ 精神障害 ⑤ 高次脳機能障害 ⑥ 依存症 ⑦ 認知症
⑧ 高齢・老化による心身機能の低下 ⑨ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(8)あなたが行っているケアの内容。（複数回答可）

【身体介護】

- ① 排泄 ② 食事（食べる時） ③ 入浴・洗身 ④ 衣類の着脱 ⑤ 屋内の移乗・移動
⑥ 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） ⑦ 日常的な外出の付き添い、送迎等
⑧ 通院の付き添い、送迎等 ⑨ 服薬 ⑩ 認知症状（徘徊）への対応 ⑪ 見守り（日中夜間）
⑫ 医療面での対応（経管栄養、ストーマ、痰の吸引など）

【生活援助】

- ⑬ 食事の準備（調理等） ⑭ その他の家事（掃除、洗濯、買い物など）
⑮ 金銭管理や生活面に必要な諸手続き ⑯ 心理的ケア（話しかけ、寄り添い、見守りなど）

【その他】

- ⑰ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(9)利用している（したことがある）「介護保険サービス」。（複数回答可）

- ① 利用していない⇒(10)へ
- ② 通所サービス（デイサービス・デイケア等）⇒(11)へ
- ③ 訪問サービス（介護、看護等）⇒(11)へ
- ④ 宿泊サービス（ショートステイ等）⇒(11)へ
- ⑤ 移送支援サービス⇒(11)へ
- ⑥ 介護者サロン・カフェ等⇒(11)へ
- ⑦ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(10)「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 利用したいサービスが利用できない、身近に無い
- ③ サービスを受けたいが、手続きや利用方法が分からない
- ④ 本人にサービス利用の希望がない
- ⑤ 家族が介護をするため必要ない
- ⑥ 以前、利用していたサービスに不満があった
- ⑦ 利用料を支払いたくない
- ⑧ 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみ利用する
- ⑨ 利用料を支払うことが難しい
- ⑩ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(11)あなたがケアをしている頻度。

- ① 毎日
- ② 週に数日（回答票に日数を記載）
- ③ 月に数日（回答票に日数を記載）

(12)あなたが1日にケアをしている時間（*回答票に具体的に記入してください）。

(13)あなたがケアをしている期間（年数）（*回答票に具体的に記入してください）。

3 あなた（ケアラー）ご自身へのケアの影響について

(14)あなたの健康や健康維持の状態。（複数回答可）

- ① 身体的不調
- ② 精神的不調
- ③ 睡眠不足
- ④ 通院している
- ⑤ 持病があるが通院できない
- ⑥ 休養がとれない
- ⑦ 運動不足
- ⑧ 健康診断の時間が取れない
- ⑨ 特に問題ない
- ⑩ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(15)ケアによる就労状況の変化。

- ① ケアのために退職した⇒(16-1)へ
- ② ケアのために勤務時間を減らした⇒(16-2)へ
- ③ ケアのために転職した⇒(16-2)へ
- ④ ケアによる就労状況の変化はない⇒(16-2)へ
- ⑤ 就労経験が無い⇒(17)へ
- ⑥ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(16-1)ケアを機に退職した理由。（複数回答可） ※ケアのために退職した方のみ回答

- ① 身体的疲労
- ② 精神的疲労
- ③ 代わりにケアを担う人がいない
- ④ 退職を勧められた
- ⑤ サービスが利用できなくなった
- ⑥ 業務が多忙でケアの時間がとれない
- ⑦ 介護と両立できる職場環境ではなかった
- ⑧ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(16-2)就労を続けられている理由。(複数回答可) ※就労を続けている方のみ回答

- ① 各種サービスの利用 ② 家族のサポート ③ 勤務時間の短縮 ④ 配置転換・勤務地変更
- ⑤ 転職 ⑥ 介護休暇の取得 ⑦ 相談先の紹介 ⑧ その他 (*回答票に具体的に記入してください)

4 ケアに関する相談について

(17)あなた以外で、ケアに協力してくれる方はいますか (あなたから見て)。(複数回答可)

- ① 父 ② 母 ③ 祖父 ④ 祖母 ⑤ 夫・妻 ⑥ 兄弟・姉妹 ⑦ 子 ⑧ 孫 ⑨ 親戚
- ⑩ 近所の人や知人 ⑪ 医療機関やサービス事業所の職員など ⑫ 誰もいない
- ⑬ その他 (*回答票に具体的に記入してください)

(18)あなたの家族で18歳未満の方が、ケアに関わっていますか。

- ① はい⇒(19)へ ② いいえ⇒(20)へ

(19)ケアに関わっている18歳未満の方が、ケアのために出来ないことはありますか。

- ① 学校に行けない ② 学校の始業(終業)時間を守れない ③ 宿題や勉強の時間がない
- ④ 友人と遊べない ⑤ 進路を変更しないといけない(変更した) ⑥ 部活や習い事ができない
- ⑦ 自分の時間がない ⑧ 睡眠が十分にとれない ⑨ 特に出来ないことはない
- ⑩ その他 (*回答票に具体的に記入してください)

(20)あなたが信頼して相談できる人や窓口・機関はありますか。(複数回答可)

- ① 家族 ② 家族会 ③ 地域包括支援センター ④ ケアマネジャー ⑤ 民生委員・児童委員
- ⑥ 障害者(児)相談支援事業所 ⑦ 子育て支援機関 ⑧ 介護者サロン・カフェ等
- ⑨ 医療機関やサービス事業所の職員など ⑩ 電話相談窓口 ⑪ 誰もいない
- ⑫ その他 (*回答票に具体的に記入してください)

(21)ケアが原因で、あなた自身の生活や人生について何か悩みがありますか。

- ① ある⇒(22)へ ② ない⇒(23)へ

(22)あなた自身の生活や人生に関する悩みについて。(複数回答可)

- ① 心身の健康 ② 経済的な問題 ③ 仕事に就けない ④ 職場の人間関係 ⑤ 家族関係
- ⑥ 近隣との関係 ⑦ 医療機関や介護事業所との関係 ⑧ ケアをしている相手との関係
- ⑨ 行政との関係 ⑩ 仕事とケアと自分の生活のバランスがとれない
- ⑪ 自分の自由な時間が取れない ⑫ 自分が緊急の時の、ケアをしている相手のケア
- ⑬ ケアしている相手へのサービスの質・量の不足 ⑭ 将来への見通しが持てない
- ⑮ その他 (*回答票に具体的に記入してください)

(23)もしもの場合、あなたに代わってケアをしている相手のケアを担ってくれる人はいますか。

- ① いる ② いない ③ その他・わからない (*回答票に具体的に記入してください)

5 あなた（ケアラー）ご自身が求める支援について

(24)あなた自身に必要と思われる支援。(複数回答可)

- ① 電話や訪問による相談体制の整備
- ② ケアラーに役立つ情報の提供
- ③ 気軽に休息や睡眠がとれる機会の確保
- ④ 気軽に情報交換できる環境の紹介・提供
- ⑤ 勤務しやすい柔軟な働き方
- ⑥ 就労及び再就職への支援
- ⑦ 24時間対応の在宅サービスの提供
- ⑧ 入居施設等の生活の場の整備・充実
- ⑨ 災害時も含め、緊急時に利用できてケアをしている相手の生活を変えないサービス
- ⑩ 親や家族が亡くなった後の、ケアをしている相手のケアと生活の継続
- ⑪ 社会的なケアラー支援への理解
- ⑫ 専門職や行政職員のケアラー支援への理解
- ⑬ ケアラーの健康管理への支援
- ⑭ 経済的支援
- ⑮ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(25)現在の生活を継続していくにあたり、あなた自身が不安に感じることは何ですか（現状で行っているかは問いません）。(複数回答可)

【身体介護】

- ① 排泄
- ② 食事（食べる時）
- ③ 入浴・洗身
- ④ 衣類の着脱
- ⑤ 屋内の移乗・移動
- ⑥ 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
- ⑦ 日常的な外出の付き添い、送迎等
- ⑧ 通院の付き添い、送迎等
- ⑨ 服薬
- ⑩ 認知症状（徘徊）への対応
- ⑪ 見守り（日中夜間）
- ⑫ 医療面での対応（経管栄養、ストーマ、痰の吸引など）

【生活援助】

- ⑬ 食事の準備（調理等）
- ⑭ その他の家事（掃除、洗濯、買い物など）
- ⑮ 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
- ⑯ 心理的ケア（話しかけ、寄り添い、見守りなど）

【その他】

- ⑰ その他（*回答票に具体的に記入してください）

6 その他

(26)新型コロナウイルス感染症拡大の前と現在であなたのケアの状況に変化はありましたか。

- ① 負担が増えた
- ② 負担が減った
- ③ 変わらない
- ④ その他（*回答票に具体的に記入してください）

(27)あなたは、「シニアサポートセンター（地域包括支援センター）*」をご存じですか。

- ① 知っていて利用したことがある
- ② 知っているが利用したことはない
- ③ 名前だけ知っている（何をするとところかはわからない）
- ④ 知らない

*シニアサポートセンター（地域包括支援センター）とは

高齢者に関する暮らしや介護の悩み・心配事などの総合的な相談業務を実施するために、本市ではお住まいの地域（日常生活圏域）ごとに（27か所）設置している公的な窓口です。

(28)ケアラーにとっての悩みや「こんな支援があったら」などの要望、新型コロナウイルスの影響で特に困ったこと等がありましたらお書きください。（自由記載）

以上で調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

アンケート回答票

1 あなた（ケアラー）ご自身について

(1)	(性別)	(年齢)	(2)	(3)	(その他の場合)
	歳		名		

2 ケアの状況について

(1人目)

(4)	(性別)	(年齢)	(5)	(6)	(その他の場合)
		歳			
(7)	(その他の場合)			(8)	(その他の場合)
(9)	(その他の場合)			(10)	(その他の場合)
(11)	(週)	(月)	日	日	(12)
					(1日に)
				時間	(13)
					年

(2人目)

(4)	(性別)	(年齢)	(5)	(6)	(その他の場合)
		歳			
(7)	(その他の場合)			(8)	(その他の場合)
(9)	(その他の場合)			(10)	(その他の場合)
(11)	(週)	(月)	日	日	(12)
					(1日に)
				時間	(13)
					年

3 あなた（ケアラー）ご自身へのケアの影響について

(14)	(その他の場合)	(15)	(その他の場合)
(16-1)	(その他の場合)	(16-2)	(その他の場合)

4 ケアに関する相談について

(17)	(その他の場合)	(18)	(その他の場合)
(19)	(その他の場合)	(20)	(その他の場合)
(21)	(22)	(その他の場合)	(23)
			(その他の場合)

5 あなた（ケアラー）ご自身が求める支援について

(24)	(その他の場合)	(25)	(その他の場合)
------	----------	------	----------

6 その他

(26)	(その他の場合)	(27)	
(28)	(自由記載)		

■このアンケートに関する問い合わせ先■

〒330-9588

さいたま市浦和区常盤6-4-4 さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 いきいき長寿推進課

電話 048-829-1257 FAX 048-829-1981