

ご家族の介護やお世話をされている皆様へ

ケアラー（無償でお世話をする方）を支えるための実態調査票（B）

調査へのご協力をお願いします

長崎県は令和5年4月1日に「長崎県ケアラー支援条例」を施行しました。

この条例は、ケアラー（身近な家族等の介護や日常生活上のお世話を無償でする方）が、援助を受ける方とともに、安心して生活を営むことができる社会を実現していくことを目的としています。

県では、ケアラーが孤立したり、抱えている悩みを相談できない、また受けられる支援が届かないといった課題に対応していくため、今年度「長崎県ケアラー支援推進計画」を策定し、市町・事業者・民間支援団体等と連携し、施策を推進していくことにしています。

そこで、皆さんが困っていることや、県が様々な機関と連携して取り組んでいくべきことについて、直接教えていただきたく、この調査を行います。

ケアラーはこんな人たちです

©一般社団法人日本ケアラー連盟 / illustration: Izumi Shiga

障害のあるこどもの子育て・障害のある人の介護をしている

健康不安を抱えながら高齢者が高齢者をケアしている

仕事と病気の子どもの看病でほかに何もできない

仕事を辞めてひとりで親の介護をしている

遠くに住む高齢の親が心配で頻繁に通っている

目を離せない家族の見守りなどのケアをしている

アルコール・薬物依存やひきこもりなどの家族をケアしている

障害や病気の家族の世話や介護をいつも気にかけている

こころやからだに不調のある人への「介護」「看病」「療育」「世話」「気づかい」など、ケアに必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人たちのことです。

お答えいただいた調査票は、返信用封筒（切手不要）にて、
令和5年8月11日（金）までに投函してください。

令和5年7月



【はじめに】この調査に関するお知らせ

この調査票は、長崎県が障害者相談支援事業所等を通じて、皆様にお届けしています。

調査では、お名前など個人を特定することはお尋ねしません。

答えにくい質問にはお答えいただかなくても構いません。

無理のない範囲で御回答をお願いします。

お答えいただいた調査票は、返信用封筒（切手不要）にて、令和5年8月11日（金）までに投函してください。

回収した調査票は厳重に取り扱い、集計後は速やかに破棄します。

集計結果は、県のホームページなどで公表するとともに、施策推進のために市町単位で集計結果を市町と共有しますが、御協力いただいた方が特定されることはありませんので、御安心ください。

調査結果を踏まえて、県では、今後のケアラー支援に関する取組を進めてまいります。

—————（この調査に関するお問い合わせ先）—————

（この調査に関するお問い合わせ先）—————

長崎県福祉保健部障害福祉課 社会参加支援班

電話：095-895-2453

メール：shakai-04100@pref.nagasaki.lg.jp

調査の回答方法

- ◎ この調査は、家庭の中で、家族の介護やお世話など（家族介護や看護などのことを指します。次から「お世話」という言葉で表現します）を最も行っている方が書いてください。
- ◎ 質問に対する回答は、該当する項目に「○」を付けてください。
例) (1) 性別を教えてください。
1. 男性 2. 女性 3. その他

問1 お世話をしているあなた自身のことを教えてください。

(1) 性別を教えてください。

1. 男性 2. 女性 3. その他

(2) 年齢は何歳ですか。(令和5年4月1日時点)

1. 18歳未満 2. 18~39歳 3. 40~64歳
4. 65~74歳 5. 75歳以上

(3) あなたのお仕事について教えてください。

1. 正規雇用（正社員） 2. 非正規雇用（契約社員・派遣社員・パート・アルバイトなど）
3. 自営業 4. 自営業の手伝いなど 5. 仕事に就いていない（学生以外） 6. 学生
7. その他 【具体的に 】

(4) お住まいの地域はどこですか。

1. 長崎市 2. 佐世保市 3. 島原市 4. 諫早市 5. 大村市
6. 平戸市 7. 松浦市 8. 対馬市 9. 壱岐市 10. 五島市
11. 西海市 12. 雲仙市 13. 南島原市 14. 長与町 15. 時津町
16. 東彼杵町 17. 川棚町 18. 波佐見町 19. 小値賀町 20. 佐々町
21. 新上五島町 22. 県外【都道府県名: 】

(5) あなた自身の要介護状態・障害支援区分などの認定や、障害による手帳の交付の状況について教えてください。(お世話をしている相手のことではありません)(該当するものにもいくつでも「○」をしてください。)

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. 2~7のいずれにも該当なし | 2. 介護保険制度による「要支援」 |
| 3. 介護保険制度による「要介護」 | 4. 障害福祉サービス利用にかかる「障害支援区分」 |
| 5. 身体障害者福祉手帳 | 6. 療育手帳 |
| | 7. 精神保健福祉手帳 |

問2 あなたがお世話をしている相手のことについて、(6)~(11)を各設問の下の表に記入してください。

※お世話をしている相手が、1人の場合は「1人目」のところに、複数いる場合には、お世話する上で負担がある方の順に、「1人目」「2人目」「3人目」までをそれぞれ記載してください。

(6) あなたがお世話している相手は、どのような関係になりますか。

(あなたの父であれば、「父」と記入、義理の母であれば「義母」と下の表に記入、孫であれば「孫」と記入)

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	義母			

(7) あなたがお世話している相手の年齢について、次のなかから、下の表に番号を記入してください。

※令和5年4月1日現在

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 18歳未満 | 2. 18~39歳 | 3. 40~64歳 |
| 4. 65~74歳 | 5. 75歳以上 | |

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	5			

(8) お世話をしている相手は、現在どのような場所で生活していますか。(下の表に該当する番号を記入してください。)

- | | | |
|-------------------------|-------------------|-----------|
| 1. 在宅(同居) ⇒ (9)へ進んでください | | |
| 2. 在宅(別居) | 3. 施設などに入所中 | 4. 病院に入院中 |
| 5. その他(表に内容も記入してください) | } ⇒ 8-(2)へ進んでください | |

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	2			

(8)-2 (8)で回答した場所はどこですか。(下の表に該当する番号を記入してください。)

- | | | |
|--------------|-----------|-------|
| 1. あなたと同じ市町内 | 2. 1を除く県内 | 3. 県外 |
|--------------|-----------|-------|

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	3			

(9) その相手にお世話が必要なのはどのような理由からですか。

(下の表に該当する番号をいくつでも記入してください。“12.その他”の内容は選択肢横の【 】内に記入してください。)

- | | |
|---|----------------|
| 1. 身体の老化による日常生活の援助が必要 | 2. 認知症(若年性も含む) |
| 3. 身体障害 | 4. 知的障害 |
| 5. 発達障害(知的障害を伴わない) | |
| 6. 重症心身障害 | 7. 難病 |
| 8. 依存症・・・アルコールや薬物など。依存の疑い(診断を受けていない場合)も含む | |
| 9. 精神障害・・・依存症を除く。精神障害の疑い(診断を受けていない場合)も含む | |
| 10. 在宅での医療的ケア(経管栄養や人工呼吸器の管理、痰の吸引など) | |
| 11. ひきこもり | 12. その他【具体的に： |

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	1,2			

(10) あなたがお世話をしている内容は何ですか。(下の表に該当する番号をいくつでも記入ください。“11.その他”の内容は選択肢横の[]内に記入してください。)

1. 家事(掃除、洗濯、調理、買い物、ゴミ出しなど)
2. 通院・通学・通園(通所)や買い物の付添い
3. 金銭管理(通帳管理、各種支払)
4. 各種手続きの支援・代行(障害福祉サービスや介護サービスなどの手続き、役所への書類届出の代行など)
5. 日常生活の身体的介護・介助(屋内の移動、着替え、食事、洗面、入浴など)
6. 体調管理(服薬管理、声掛け、体温や血圧測定などの健康観察)
7. 医療的ケア(経管栄養や人工呼吸器の管理、痰の吸引など)
8. お世話をしている相手の安全確保(昼夜逆転やはいかいなどの行動への対応、転倒・転落など事故防止のための付き添い・見守り)
9. お世話をしている相手の気持ちの安らぎのための付き添い・見守りをしている。
10. 趣味や余暇活動の支援(散歩やサロンの付添、ゲームの相手、図書の準備など)
11. その他【具体的に: _____】

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	1、2、5			

(11) お世話は何年くらいしていますか。(下の表に該当する番号を記入してください。)

1. 1年未満
2. 1年以上3年未満
3. 3年以上10年未満
4. 10年以上

	(例)	1人目	2人目	3人目
回答欄	4			

※(12)~(14)は、前までの質問の「1人目」のことを教えてください。

(以下、該当する項目に「○」をしてください。)

(12) あなたは、お世話をどのくらいしていますか。

- | | | | |
|-----------|-----------------|----------|----------|
| 1. 毎日 | 2. 週5~6日 | 3. 週3~4日 | 4. 週1~2日 |
| 5. 月に2~3日 | 6. その他【 _____ 】 | | |

(13) この1ヶ月の中で、お世話をする時間が最も多かった日は、どのくらいの時間(1日の合計)をかけましたか。

- | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|--|
| 1. 1時間未満 | 2. 1時間以上4時間未満 | 3. 4時間以上8時間未満 | |
| 4. 8時間以上~12時間未満 | 5. 12時間以上 | | |

(14) この1か月の中で、お世話をすることになった日には、平均して概ねどのくらいの時間をお世話にかけましたか。

- | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|--|
| 1. 1時間未満 | 2. 1時間以上4時間未満 | 3. 4時間以上8時間未満 | |
| 4. 8時間以上~12時間未満 | 5. 12時間以上 | | |

問3 あなた自身のお世話による影響についてお尋ねします。

(15) お世話をすることで、あなたの健康面にどのような影響がありますか。

(該当するものにもいくつか「○」をしてください。)

- | | | |
|---------------|---------------------|----------------------|
| 1. 体調を崩すことがある | 2. 腰痛、腱鞘炎など肉体的疲労がある | 3. 疲れがとれない |
| 4. 運動不足である | 5. 気分が沈みがちである | 6. 睡眠不足である |
| 7. 通院するようになった | 8. 持病が悪化した | 9. お世話で時間がなくなり通院できない |
| 10. その他【具体的に: | | 11. 特にな |

(16) あなたは、自分のための時間(趣味や休息など)を充分にとれていますか。

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|-------------|
| 1. とれている | 2. まあまあとれている | 3. あまりとれていない | 4. 全くとれていない |
|----------|--------------|--------------|-------------|

(17) お世話をすることで、あなたの就労状況は変化しましたか。

- | |
|--|
| 1. お世話をすることによる就労状況の変化はない →(18)へ進んでください。 |
| 2. お世話のために勤務時間を減らした →(18)へ進んでください。 |
| 3. お世話のために転職した →(18)へ進んでください。 |
| 4. お世話のために退職した →(19)へ進んでください。 |
| 5. 就労したいが、お世話のために、これまで就労したことがない →(21)へ進んでください。 |
| 6. お世話が目的に関わらず、これまで就労したことがない →(21)へ進んでください。 |

(18) (就労を続けることができています方のみお答えください)

就労を続けることができていますのは、どのような理由からですか。(該当するものにもいくつか「○」をしてください。)

- | | | |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| 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. フレックスタイムによる勤務 | 5. 配置転換・勤務地の変更 | 6. 転職 |
| 7. 介護休暇の取得 | 8. 介護休業の取得 | 9. 相談先の紹介 |
| 10. 生活上の工夫 | 11. 仕事を続ける意欲があった | 12. 職場の上司や同僚の理解・協力 |
| 13. 経済的な理由があるため就労をやめることができない | | |
| 14. 職場での障害福祉サービス費用などの助成制度 | | |
| 15. その他【具体的に: | | 】 |

(19) (お世話をすることを機に退職された方のみお答えください。)

お世話をすることを機に退職されたのは、どのような理由からですか。(該当するものにもいくつか「○」をしてください。)

- | | | |
|--|----------------------|--------------------|
| 1. 身体的疲労 | 2. 精神的疲労 | 3. 代わりにお世話を担う人がいない |
| 4. サービスが利用できなくなった | 5. 業務が多忙でお世話の時間が取れない | |
| 6. 介護などと仕事が両立できる職場ではなかった(制度はあるが、利用できる状況ではなかった) | | |
| 7. 介護などと仕事が両立できる職場ではなかった(制度がなかった。又は制度を知らずに辞めた) | | |
| 8. 退職を勧められた | 9. その他【具体的に: | 】 |

(20) (お世話をすることを機に退職された方のみお答えください。)

次のうち何があれば、お世話をしながら就労を継続することができましたか。

(該当するものにもいくつか「○」をしてください。)

- | | | |
|---|----------------|--------------------|
| 1. “2”以下の選択肢のサポートなどがあっても就労を継続することはできなかったと思う | | |
| 2. 各種サービスの利用 | 3. 家族のサポート | 4. 勤務時間の短縮 |
| 5. フレックスタイムによる勤務 | 6. 配置転換・勤務地の変更 | 7. 転職 |
| 8. 介護休暇の取得 | 9. 介護休業の取得 | 10. 相談先の紹介 |
| 11. 生活上の工夫 | 12. 仕事を続ける意欲 | 13. 職場の上司や同僚の理解・協力 |
| 14. 職場での障害福祉サービス費用などの助成制度 | | |
| 15. その他【具体的に: | | 】 |

(21) あなたが体調の悪い時など、あなたの代わりにお世話をしてくれる方は誰ですか。お世話をしているあなたから見た続柄をお答えください。(該当するものに「○」をしてください。)

- | | | | | |
|-----------|-----------------|----------|---------|-------------|
| 1. 配偶者 | 2. 父母 | 3. 祖父母 | 4. 成年の子 | 5. 未成年の子 |
| 6. 成年の孫 | 7. 未成年の孫 | 8. 兄弟姉妹 | 9. 親戚 | 10. 近所の人や知人 |
| 11. 医療従事者 | 12. 障害福祉サービス事業者 | 13. その他【 | 】 | 14. 誰もいない |

問4 あなたがお世話している相手のことについて相談している相談先や窓口について教えてください。

(22) あなたが頼りにしている相談先や窓口などを教えてください。(該当するものにも「○」をしてください。)

- | | | | | |
|----------------|----------------------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 1. 家族 | 2. 家族会 | 3. 市役所や町役場 | 4. 相談支援事業所 | |
| 5. 障害福祉サービス事業所 | 6. 児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所 | 7. 保育所・幼稚園・認定こども園 | 8. 子育て支援センター | 9. 学校(小・中・高・特別支援学校) |
| 10. 病院 | 11. 障害者支援団体 | 12. 民生委員・児童委員 | 13. 近所の人や知人 | |
| 14. あなたが勤める職場 | 15. その他地域で活動するボランティア団体 | 16. その他の電話相談窓口【具体的に: | 】 | |
| 17. その他【具体的に: | 】 | | | |

(23) 相談したいことがあるが、窓口などがわからず困っていること、相談したが解決が難しかったことがあれば自由に記入してください。

問5 あなたがお世話をしている相手のサービス(公的支援・制度)利用について教えてください。

(24) あなたがお世話をしている相手は、障害福祉サービスなどの公的支援を利用していますか。

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していたがやめた |
| 3. 利用していない(利用したことがない) → (29)へ進んでください | |

(25) 利用している(したことがある)サービスは何ですか。(該当するものにも「○」をしてください。)

- | | | | |
|-------------------|---------------------|-----------------|---------|
| 1. 居宅介護(ホームヘルプ) | 2. 重度訪問介護 | 3. 移動支援 | 4. 行動援護 |
| 5. 同行援護(視覚障害のある方) | 6. 児童発達支援 | 7. 医療型児童発達支援 | |
| 8. 放課後等デイサービス | 9. 保育所等訪問支援 | 10. 居宅訪問型児童発達支援 | |
| 11. 短期入所(ショートステイ) | 12. 日中一時支援(一時預かりなど) | 13. 医療機関受診 | |
| 14. 訪問診療(医師の自宅訪問) | 15. 訪問看護 | | |
| 16. その他【具体的に: | 】 | | |

(26) 利用している(したことがある)サービスについて、どのように感じていますか。

- | | | |
|---|---------------|-------------|
| 1. 満足している | 2. まあまあ満足している | 3. やや不満足である |
| 4. 不満足である | 5. どちらともいえない | |
| ●3. 4 不満足であるとお答えいただいた方へ: その理由についてお知らせください | | |
| 【 | | |
| 】 | | |

(27) サービスを利用するきっかけとなったのは、どのようなことですか。(該当するものにいくつでも「○」をしてください。)

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| 1. あなたがお世話をしている相手の希望 | 2. あなたが利用を勧めた |
| 3. あなた以外の家族が利用を勧めた | 4. 相談支援事業所の職員が利用を勧めた |
| 5. 医療機関の職員が利用を勧めた | 6. 市役所や町役場の職員が利用を勧めた |
| 7. あなたやあなたがお世話している相手をよく知る近隣・知人が利用を勧めた | |
| 8. それ以外の方が利用を勧めた【具体的に: _____】 | |

(28) 今よりサービスを利用しやすくするためには、どのような配慮が必要ですか。

(該当するものにいくつでも「○」をしてください。)

- | | |
|--|--|
| 1. サービスの内容を分かりやすく説明してほしい | |
| 2. もっと利用手続きを簡単にしてほしい | |
| 3. 利用したいサービスを増やしてほしい【具体的にあれば _____】 | |
| 4. サービスの時間(量・時間帯)を増やしてほしい【具体的にあれば _____】 | |
| 5. 家の近所など身近でサービスを受けたい | |
| 6. もっと安くしてほしい | |
| 7. その他【具体的に: _____】 | |
| 8. 特にない | |

(29) サービスを利用していない(利用したことがない)理由は何ですか。(該当するものにいくつでも「○」をしてください。)

※(24)で「3. 利用していない(利用したことがない)」を選んだかたのみお答えください。

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. お世話をしている相手にサービス利用の希望がない | 2. 自分がお世話をするので必要ない |
| 3. どんなサービスがあるかわからない | 4. 利用手続きがわからない |
| 5. 利用したいサービスが近くにない | 6. 利用したい事業所が満員で利用できない |
| 7. 経済的な不安がある | 8. その他【具体的に: _____】 |

(30) サービスの利用について、あなた自身に次のような抵抗感がありますか。

(該当するものにいくつでも「○」をしてください。)

- | | |
|---|--------------------|
| 1. サービス関係者に自分や家族の情報を伝えることに抵抗がある | |
| 2. 他人を家に入れたくない | 3. 家族がお世話をするのが当たり前 |
| 4. 世間体が気になる | 5. 経済的な不安がある |
| 6. サービスを利用することについて、“お世話をしている相手が抵抗感を持っている”とあなたが感じる | |
| 7. サービスを利用することについて、あなたが抵抗感を持っている | |
| 8. サービスを利用することについて、6,7以外の“家族が抵抗感を持っている”とあなたが感じる | |
| 9. その他【具体的に: _____】 | 10. 特にない |

問6 お世話をしている方に必要な支援について

(31) あなたを含めてお世話をしている方を支えるためには、どのようなことが必要だと思いますか。

(下の表の回答欄に、1番必要だと思う支援に「◎」を、その他に必要なと思う支援があればいくつでも「○」を記入してください。) ※項目は次のページにもあります。

回答欄	項目
	<お世話をしている方が相談できる方や場所>
	1. 匿名での電話相談
	2. メール、LINE、その他 SNS による相談
	3. あなたの情報を伝えたくて、電話や自宅訪問による具体的な相談
	4. 出向いて相談できる身近な窓口
	5. 相談があった家族に担当者をつけてくれる支援機関 (市町職員・相談機関の職員・サービス事業所の職員など)
	6. 悩みが複雑な時に、複数の機関を調整してもらえる支援機関 (市町職員・相談機関の職員・サービス事業所の職員など)

	7. お世話をしている方のためのカウンセリングの機会 (精神科医、心療内科医、臨床心理士など専門家の相談)
	<お世話をしている方の心身の負担を軽減する支援>
	8. 自分が昼間に休める時間
	9. 自分が夜に休める(十分に睡眠が取れる)時間
	10. 家事の援助サービス
	11. お世話を一時的に代わってくれる方の派遣
	12. 制度以外の近隣の助け合い・ボランティアの派遣
	13. お世話をしながら働ける(お世話と仕事との両立)環境づくり
	14. 自分がお世話をできなくなった後に代わりにお世話をする方の確保
	15. お世話をしている方同士の交流
	16. お世話の技術が学べる場(研修、教室など)
	17. お世話をすることに対して周りの方の理解
	18. 困っているときのご近所(自治会など)の声かけ・励まし
	19. 自分が行っているお世話のすべてを代わってくれる方やサービス
	<お世話が必要な方のための各種サービス及び支援>
	20. お世話が必要な方の短期入所(ショートステイ)
	21. 緊急時でも安心して預かってくれる場所
	22. お世話が必要な方が身近に利用できるサービス
	23. お世話が必要な方が入所できる施設
	<その他の支援>
	24. 経済的な支援
	25. お世話をしている方のための健康管理(健康診断、健康手帳の発行など)
	26. お世話しながらできる余暇活動などの提案・新しい仲間づくり支援
	27. お世話と両立ができる職場探し
	28. その他【具体的に: _____】

問7 あなたがお世話で困ったことや、悩んでいることがあれば、記載してください。

(あなた自身のこと、あなたがお世話をされている相手のこと、あなたの世帯や家族のこと、各種相談・サービスの利用のこと、地域での活動のこと、新型コロナウイルス感染症の影響、その他どのようなことでも結構です。)

問8 お世話をしている方への支援について、県や市町に対しご意見やご要望があれば、記載してください。(お世話に関する国の制度についての要望でもかまいません)

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。