

## 在宅介護実態調査 調査票

令和7年12月

### 「在宅介護実態調査」へのご協力について(お願い)

日頃から二宮町の福祉行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当町では令和9年度から3年間の介護保険等の施策に係る計画である「二宮町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の改定に向けたアンケート調査を実施しています。

本調査は、在宅で生活されている方の状況を把握することにより、「要介護者の方の在宅生活の継続」「介護者の方の就労継続」に必要な介護サービスの在り方や整備についての検討を行い、調査結果を次期計画に反映させることを目的とした調査です。

今回、調査票を郵送した方については、要介護認定を受けられている方より抽出させていただきました。本調査で収集した情報は、計画策定以外の目的には利用いたしませんので、ご協力の程よろしく申し上げます。

#### (ご記入にあたってのお願い)

1. この調査票は、【A票】と【B票】に分かれています。
2. 【A票】は、宛名のご本人がご記入ください。なお、宛名のご本人がご記入できない場合には、他の方がご本人の意向を確認しながら行ってください。
3. 【B票】は、主な介護者の方がご記入ください。なお、主な介護者の方がご記入できない場合には宛名のご本人がご記入ください。
4. 被保険者番号は、必ず記入してください。
5. 本調査票のご返送をもちまして、計画策定のため介護認定データの使用にも同意いただいたものとみなしますので、同意される方のみご返送ください。
6. 該当する選択肢の番号に○をつけてください。
7. 調査票は、令和7年12月19日(金)までに同封の返信用封筒に入れて郵便ポストにご投函してください。

※ご不明な点がありましたら下記の間合せ先までご連絡ください。

間合せ先 二宮町 福祉部 高齢介護課 介護保険班  
電話(直通) 0463(71)5348  
FAX 0463(73)0134

被保険者番号[\_\_\_\_\_]

※現在、医療機関に入院されている方や介護保険施設等に入所、または入居されている方  
(入院・入所・入居先: \_\_\_\_\_ )  
⇒調査終了ですので、同封の封筒にてご返送ください。

【この調査票にご回答して頂くのは、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. 調査対象者のケアマネジャー
- 5. その他

**A票** 調査対象者様ご本人にご回答・ご記入頂く項目

問1 世帯類型について、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2 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 → 問8へ
  - 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
- 問3～問13へ

● 問3から問7までは問2で「2」「3」「4」「5」を回答した方が回答してください。

問3 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4 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5 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6 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7 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)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)

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 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。

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問8 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)

- |                       |             |                   |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 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。

問9 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)

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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。

問10 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)

- |                  |                 |                      |
|------------------|-----------------|----------------------|
| 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 11 ご本人(認定調査対象者)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                 |

問 12 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

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

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問 13 現在、(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ていますか(1つを選択)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. 利用している ⇒ どのようなサービスなのか記載してください。〔 | 〕 |
| 2. 利用していない                         |   |

● 問 13 で「2」を回答した場合は、問 14 も回答してください。

問 14 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. 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                    |

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問15 現状の介護保険サービスについて、不足していると感じるサービスはありますか。(1つを選択)

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

● 問 15で「1」を回答した場合は、問 16も回答してください。

問16 どのようなサービスなのか記載してください。

〔

● 問2で「2」～「5」を回答し、さらに「主な介護者」がいる場合は、「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」の方がいない場合は、ご本人様(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いします(ご回答・ご記入をすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

B票

## 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願い致します。

問1 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)

- |                       |   |        |
|-----------------------|---|--------|
| 1. フルタイムで働いている        | } | 問2～問5へ |
| 2. パートタイムで働いている       |   |        |
| 3. 働いていない             | } | 問5へ    |
| 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2から問4までは問1で「1」「2」を回答した方が回答してください。

問2 問1で「1」「2」と回答した方にお伺いします。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(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

問3 問1で「1」「2」と回答した方にお伺いします。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4 問1で「1」「2」と回答した方にお伺いします。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 |                     |

⇒ 皆様、次ページ問5へお進みください

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 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、特にない |
| 17. 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。