

在宅介護実態調査

マーカー

【なし】必須項目

【水色】オプション項目

【緑色】独自項目

【黄色】新規・修正箇所

ご協力のお願い

町民の皆様には日ごろから町政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申しあげます。

この調査は、要介護更新認定（区分変更）申請をされ、介護認定調査を受けられる方に、日頃の生活状況や介護サービス等の利用状況及び介護をされている方の状況等をお聴きし、今後の介護サービスの整備や高齢者福祉施策のあり方などをまとめた「宮代町高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画」を策定するうえでの基礎資料として活用するために実施するものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

宮代町

記入に際してのお願い

- ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族やまわりの方にお手伝いいただくか、ご本人の意見を聞いた上でご家族やまわりの方が代わりにご記入ください。
- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 「その他（ ）」を選んだ場合は、かっこ内に具体的な内容をご記入ください。
- 調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。
- 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

令和7年12月●●日（●）までに投函してください。

個人情報の取扱いについて

この調査は、効果的な介護予防施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、計画策定の目的以外には利用いたしません。

調査結果の分析にあたり、町が保有するあなたの要介護認定データを活用させていただきますので、あらかじめご承知置きください。右下にある番号は、データを連結させるためのものです。

また、当該情報については、宮代町で適切に管理いたします。

▼ご不明な点などがございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせ下さい▼

宮代町 健康介護課 高齢者支援担当 〒345-8504 埼玉県南埼玉郡宮代町笠原 1-4-1
電 話 0480-34-1111（内線 381）※土・日・祝日を除く 8時30分～17時15分

A票

調査対象者様ご本人について、お伺いします

※A票は、調査対象者様ご本人の介護の内容や主な介護者の方の介護の状況等について、調査対象者様ご本人、または代理の方によるご記入をお願いします。

◎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（複数回答可）

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

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（1つを選択）

※同居していない子どもや親族等からの介護を含みます。

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 1. ない | ⇒ 問8（裏面）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 | } 問3～問13へ |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

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）

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 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） | 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 |
| 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（複数選択可）

※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。

※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. 緊急時通報システム |
| 11. 介護用品支給（紙おむつ等） | 12. その他（ ） |
| 13. 利用していない | |

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（現在利用していて、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. 緊急時通報システム
11. 介護用品支給（紙おむつ等）
12. その他（ ）
13. 特になし

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）
※「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、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 1 1 ご本人が、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 1 2 ご本人は、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は含みません。

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

問 1 3 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 | 2. 利用していない ⇒ 問 1 4 へ |
|-----------|----------------------|

問 1 4 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（ | ） |

※B票は主な介護者様の就労や介護の状況等について、主な介護者様、または代理の方によるご記入をお願いします。

- 問2で「2.」～「5.」と回答した場合（介護を受けている場合）は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いいたします。
- 「主な介護者」の方による、B票へのご回答・ご記入が困難である場合は、ご本人様（調査対象者の方）がご回答・ご記入してください。ご本人様によるご回答・ご記入が困難な場合は、無回答で結構です。

B票 主な介護者の方について、お伺いします

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）

※「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 | } | 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（裏面） へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

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. フルタイムで働いている」

または「2. パートタイムで働いている」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

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に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）

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 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） | 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 |
| 15. その他（
） | 16. 不安に感じていることは、特になし |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

●介護保険制度・高齢者福祉施策へのご意見などがありましたら、ご自由にお書きください

■ 以上で調査は終了です ご協力ありがとうございました ■

ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、令和7年12月●●日(●)までに投函してください。