

在宅介護実態調査

A 票(認定を受けるご本人が回答)

◎ご回答にあたっては、あてはまる回答番号を○でお囲みください。
筆記用具は鉛筆やボールペンなど、どのようなものでもかまいません。

◎調査票記入後は、B 票とあわせて同封の返信用封筒に入れて、
令和7年12月19日(金)までに投函してください。

〔被保険者番号 _____〕

●このアンケートはどなたが記入されていますか(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. 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
(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(4ページ)**
 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へ**

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(夫・妻) | 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。

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、介護老人保健施設、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、養護老人ホーム等)、グループホームを指します。

問 11 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 12 ご本人は、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 → **問 15 へ**

2. 利用していない → **問 14 へ**

問 14 問13で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。
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()

問 15 介護サービスを利用して、良かったことは何ですか(複数選択可)

1. 日常生活が安心して送れるようになった
2. 介護をする家族の負担が軽くなった
3. 体の動きが良くなった
4. 自分でできることが増えた
5. ケアマネジャー、サービス事業者の対応が良かった
6. その他()
7. 特にない
8. わからない
9. 介護サービスを利用したことがない

問 16 介護サービスを利用していて、良くないと感じたことは何ですか
(複数選択可)

1. 各種の申請手続きが煩雑
2. サービスの利用の仕方が難しい
3. サービスの質が良くない
4. サービス利用の自己負担分が高く経済的に負担
5. ケアマネジャー、サービス事業者の対応が良くない
6. その他()
7. 特にない
8. わからない
9. 介護サービスを利用したことがない

■■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■

B 票とあわせて同封の返信用封筒に入れて、
令和 7 年 12 月 19日(金)までに投函してください。