

# 在宅介護実態調査 調査票

※ 調査票の該当する番号に○をお願い致します。

被保険者番号[ \_\_\_\_\_ ] 性別[ 1. 男性 2. 女性 ]  
 年齢[ 1. 64歳以下 2. 65歳～74歳 3. 75歳～84歳 4. 85歳以上 ]  
 世帯類型[ 1. 単身世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. 二世帯 4. 三世帯 5. その他 ]  
 主な介護者[ 1. 配偶者 2. 子または子の配偶者 3. 孫 4. 兄弟、姉妹 5. その他 6. いない ]

## 【A票の聞き取りを行った相手の方は、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

## 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

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(裏面)へ

2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない

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
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。

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、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

2. 利用していない

問14へ

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

B 票の記入へ

B 票の記入は

1. 「主な介護者」が調査に同席している場合

⇒ 「主な介護者」に記入をお願いしてください。

2. 「主な介護者」が調査に同席していない場合

⇒ ご本人(調査対象者の方)に記入をお願いしてください。

※ ご本人に記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です

※ 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
2. パートタイムで働いている

問2～問5へ

3. 働いていない
4. 主な介護者に確認しないと、わからない

問5(裏面)へ

※ 「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 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、選択肢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 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 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)

〔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 |                      |

C 票の記入へ

C 票の記入は、A 票と同様に、認定調査員が聞き取りを行った上で、記入してください。

**【C票の聞き取りを行った相手の方は、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

**C票**

**認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目**

**問1 調査対象者の現在（この認定調査時）の介護度について、ご回答ください（1つを選択）**

- 1. 要支援1
- 2. 要支援2
- 3. 要介護1
- 4. 要介護2
- 5. 要介護3
- 6. 要介護4
- 7. 要介護5

**問2 現在、利用している介護保険サービスについて、ご回答ください（複数選択可）**

- 1. 訪問介護（ヘルパー）
- 2. 訪問看護
- 3. 通所介護（デイサービス）
- 4. 短期入所生活／療養介護（ショートステイ）
- 5. その他
- 6. 利用していない

問3へ

問5へ

**問3 現在、利用している介護事業所の介護保険サービスの内容に満足していますか（1つを選択）**

- 1. 非常に満足
- 2. やや満足
- 3. どちらともいえない
- 4. やや不満
- 5. 非常に不満

**問4 令和7年（2025年）には、高齢者の約5人に1人が認知症になると言われています。認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、認知症の方への取り組みとして必要と思うものについて、ご回答ください（複数選択可）**

- 1. 認知症に関する知識などの普及啓発
- 2. 認知症本人とその家族への相談支援体制の充実
- 3. 認知症早期発見の仕組みづくり
- 4. 認知症の人を地域で見守る体制の充実
- 5. 認知症の人の外出及び社会参加の支援
- 6. 認知症本人または家族の経済的負担を減らす取組
- 7. 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
- 8. その他（ ）
- 9. 分からない
- 10. ない

**問5 主な介護者の方が、介護以外で自分自身のために使える時間はありますか（1つを選択）**

- 1. ある
- 2. 少しはある
- 3. あまりない
- 4. ない

問6～問7へ

- 5. 家族・親族等の中に、主な介護者はいない
- 6. 今は介護が必要ないため、主な介護者はいない

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

▼  
問6 主な介護者の方が、自分自身の暮らしについて誰に相談できそうですか

(主な介護者からみた続柄で) (複数選択可)

- |            |                |                |
|------------|----------------|----------------|
| 1. 親       | 2. 配偶者         | 3. 兄弟          |
| 4. 子ども     | 5. 孫           | 6. 親戚          |
| 7. 友人      | 8. 近隣住人        | 9. 家族の会や地域のサロン |
| 10. 市役所    | 11. 地域包括支援センター | 12. 民生委員       |
| 12. 学校の先生  | 13. そのような人はいない |                |
| 14. その他( ) |                |                |

▼  
問7 主な介護者の方が、今、特に必要としているサービスを3つ選んでください (3つを選択)

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. 介護に関する必要な情報提供            | 2. 相談の受付窓口                           |
| 3. 家庭訪問などで話を聞いて情報や支援を届けてほしい | 4. 家族以外による支援、地域でのケア                  |
| 5. 仲間をつくり、情報交換や息抜きの機会を持ちたい  | 6. 家事支援                              |
| 7. 本人の外泊支援(ショートステイ)         | 8. 親族以外による行政手続き等の代行                  |
| 9. 経済支援                     | 10. 介護者が社会と接点を持ち続けること(多様な働き方、居場所の整備) |
| 11. その他( )                  |                                      |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。