

在宅介護実態調査 【調査票】

高齢者に関するアンケート調査ご協力のお願い

市民の皆さんには、日頃から八潮市の高齢者福祉行政に対してご理解・ご協力をいただき、厚く感謝申し上げます。

さて、本市では、令和9年度から令和11年度までを計画期間とする「第10期八潮市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」策定の基礎資料とするため、皆さまの生活実態と意向を把握するアンケート調査を実施することといたしました。

この調査の実施にあたり、介護保険の認定を受けている方の中から無作為に抽出した方に、調査票を送付させていただいております。

ご協力いただいた回答は統計的に処理をいたしますので、個々のご回答の内容が公表されることはありませんのでご安心ください。

なお、今回の調査については、全国統一の調査項目を基本とすることとなっておりますので、調査内容によりお体の状態にそぐわない項目があった場合でも、記入できる範囲でご協力くださるようお願い申し上げます。

令和8年〇月

八潮市長 大山 忍

八潮市長 大山 忍 殿

「在宅介護実態調査」に係る 要介護認定データの活用に係る同意書

私は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）の活用について、以下の事項を確認のうえ、同意します。

記

■ 要介護認定データの利用目的について

ご本人様の要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、要介護認定及び当市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。ご本人様の許可なく、目的以外の使用は致しません。

■ アンケート調査の回答内容の取扱いについて

アンケート調査でご回答頂いた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する〇〇〇〇に預託しますが、情報は適切に管理させて頂きます。

あて名の方のご署名
をお願いします



令和8年 月 日
ご署名
本人 _____
代筆者 _____

★ご記入にあたってのお願い★

1. 回答にあたっては、封筒のあて名ご本人についてご記入ください。回答は、できるだけご本人がご記入ください。ご本人の記入が困難な場合は、ご本人のお気持ちや、お考えをききながら、ご家族や介護者等の方が代わってご回答ください。
2. この調査の対象の方は、令和8年1月31日現在、本市にお住まいの65歳以上の方を抽出させていただいておりますので、その後転出された方やお亡くなりになられた方あてに送付された場合はご容赦ください。
3. お答えは、あてはまる番号を○で囲んでください。「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. **調査票記入後は、令和8年3月31日（火）までに、同封の返信用封筒に入れて、ポスト又は※公共施設等に設置した回収箱に投函してください。切手は不要です。**

※駅前出張所、保健センター、老人福祉センター寿楽荘、老人福祉センターすえひろ荘、東部地域包括支援センターやしお苑、西部地域包括支援センターケアセンター八潮、南部地域包括支援センター埼玉回生病院、北部地域包括支援センターやしお寿苑

【調査についてのお問い合わせ先】

八潮市役所長寿介護課高齢者政策係

電話 (048) 996-2111 (内線 447・490)

月～金 午前8時30分～午後5時15分

(土日・祝日は除く)

A票**あて名のご本人についておうかがいします**

【A票にご記入いただくのは、どなたですか】 (複数選択可)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 5. その他 () |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | |

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 | } | 問3～問13へ |
| 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 主な介護者の方は、どなたですか (1つを選択)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 配偶者 | 4. 孫 |
| 2. 子 | 5. 兄弟・姉妹 |
| 3. 子の配偶者 | 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 | 4. 40代 | 7. 70代 |
| 2. 20代 | 5. 50代 | 8. 80歳以上 |
| 3. 30代 | 6. 60代 | 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 | 生活援助 | 12. 食事の準備 (調理等) | |
| | 2. 夜間の排泄 | | 13. その他の家事
(掃除、洗濯、買い物等) | |
| | 3. 食事の介助 (食べる時) | | 14. 金銭管理や生活面に必要な
諸手続き | |
| | 4. 入浴・洗身 | | その他 | 15. その他 () |
| | 5. 身だしなみ (洗顔・歯磨き等) | | | 16. わからない |
| | 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) | | | |

問7 ご家族やご親族の中で、あて名の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。

【ここから再び、全員にお伺いします】

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 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他（ ） |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

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 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他（ ） |
| 5. ゴミ出し | 11. 特になし |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

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 | 3. すでに入所・入居申し込みをしている |
| 2. 入所・入居を検討している | |

※「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 あて名のご本人が、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） | 9. 認知症 |
| 2. 心疾患（心臓病） | 10. パーキンソン病 |
| 3. 悪性新生物（がん） | 11. 難病（パーキンソン病を除く） |
| 4. 呼吸器疾患 | 12. 糖尿病 |
| 5. 腎疾患（透析） | 13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） | 14. その他（ ） |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 15. なし |
| 8. 変形性関節疾患 | 16. わからない |

問12 あて名のご本人は、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（医師、看護師、薬剤師などが家庭を訪問し療養上の管理、指導、助言を行うサービス）等は含みません。

問13 住宅改修・福祉用具のレンタル・福祉用具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ぬ |
| 9. その他（ ） |

問15 介護サービス利用する場合は、ケアマネジャー（居宅介護支援専門員）が必要ですが、どのように見つけていますか。

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. 市の事業者一覧 | 3. 地域包括支援センターからの紹介 |
| 2. 家族、知人からの紹介 | 4. その他（ ） |

問16 市の認知症施策等について

(1) ご本人が、現在抱えている傷病について、問11で「認知症」を選択された方に伺います。

※ご本人にお伺いします。代筆者（ご家族等）ご回答する場合は、
B票問6へお進みください。

①困難を感じることはどのようなことですか？（3つまで○）

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 協力してくれる人がいない・少ない | 6. 認知症に関する周囲の理解がない |
| 2. 簡単に外出できない | 7. 認知症に関する周囲への協力の求め方がわからない |
| 3. 身体的な負担が大きい | 8. 困難に感じることはない |
| 4. 精神的なストレスが大きい | 9. その他（ ） |
| 5. 経済的な負担が大きい | |

②今後、認知症施策を進めていくうえで、市はどのようなことに重点を置くべきだと、あなたは思いますか？（3つまで○）

- | |
|----------------------------------|
| 1. 認知症の人が参加できる場の確保（サロン）など |
| 2. 家族の交流会や相談会などの支援 |
| 3. 認知症の人の見守り体制の充実 |
| 4. 介護や生活など、困ったことを気軽に相談できる体制づくり |
| 5. 早期発見・早期支援のための仕組みづくり |
| 6. 成年後見制度の利用促進などによる認知症の人の権利利益の保護 |
| 7. その他（ ） |

③市では、認知症ご本人やその家族を地域で支えるための仕組み「チームオレンジ」の取り組みを実施しています。認知症の人自身がチームの一員となり、認知症サポーターや地域住民の方と一緒に活動できることを目指しています。あなたは、この取り組みご協力いただけますか。

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 協力したい | 2. 協力できない |
|----------|-----------|

●問2で「1.」を選択された場合は、問8～問16までご回答いただいたら調査は終了です。

●問2で「2.」～「5.」を選択された場合は、「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」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、あて名のご本人様にご回答・ご記入をお願いします。

B票**主な介護者様についておうかがいします**

※主な介護者様にご回答・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2～5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. 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 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. 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. 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くけそうですか（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. 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	生活援助 その他	12. 食事の準備（調理等）
	2. 夜間の排泄		13. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等)
	3. 食事の介助（食べる時）		14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
	4. 入浴・洗身		15. その他（ ）
	5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）		16. 不安に感じていることは、特にない
	6. 衣服の着脱		17. わからない
	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）		

問6 市の認知症施策等について

（1）ご本人が、現在抱えている傷病について、A票問11で「認知症」を選択された方に伺います。

※代筆者（ご家族等）にお伺いします。ご本人が回答する場合は、A票問16をご回答ください。

①困難を感じることはどのようなことですか？（3つまで○）

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 協力してくれる人がいない・少ない | 6. 認知症に関する周囲の理解がない |
| 2. 簡単に外出できない | 7. 認知症に関する周囲への協力の求め方がわからない |
| 3. 身体的な負担が大きい | 8. 困難に感じることはない |
| 4. 精神的なストレスが大きい | 9. その他（ ） |
| 5. 経済的な負担が大きい | |

②今後、認知症施策を進めていくうえで、市はどのようなことに重点を置くべきだと思いますか？（3つまで○）

- | |
|----------------------------------|
| 1. 認知症の人が参加できる場の確保（サロン）など |
| 2. 家族の交流会や相談会などの支援 |
| 3. 認知症の人の見守り体制の充実 |
| 4. 介護や生活など、困ったことを気軽に相談できる体制づくり |
| 5. 早期発見・早期支援のための仕組みづくり |
| 6. 成年後見制度の利用促進などによる認知症の人の権利利益の保護 |
| 7. その他（ ） |

③市では、認知症ご本人やその家族を地域で支えるための仕組み「チームオレンジ」の取り組みを実施しています。認知症の人自身やご家族がチームの一員となり、認知症サポートや地域住民の方と一緒に活動できることを目指しています。あなたは、この取り組みご協力いただけますか。

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 協力したい | 2. 協力できない |
|----------|-----------|

※アンケート調査は以上で終了です。
ご回答・ご協力、誠にありがとうございました。