

**「在宅介護実態調査票」 ご回答のお願い**

市民の皆さまには、日頃から甲賀市の介護保険事業にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本市では、3年に一度「介護保険事業計画・高齢者福祉計画」を策定し、介護保険事業や高齢者福祉施策に取り組んでおります。このたび、令和9年度から始まる新たな計画を策定するにあたり、調査を実施することになりました。

この調査は、本市にお住まいの要介護認定を受けている方から無作為に選んだ1,200名の皆様を対象に、介護サービスの利用状況や介護者の方の勤務状況等をお聞きするため実施します。今後の本市における介護サービスの必要量や高齢者福祉施策の方向性を決めるための大切な調査です。

調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和7年12月

- ・ 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。
- ・ 記入後は、同封の返信用封筒に入れて、令和7年12月22日（月）までに切手を貼らずに投函してください。

**個人情報の取扱いについて**

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

- この調査は、甲賀市介護保険事業計画策定と効果評価のために行います。
- 収集した個人情報は、甲賀市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行い、目的以外には使用しません。
- 本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

整理番号： \_\_\_\_\_

※この整理番号は、調査結果の分析に必要となる基本的な情報（性別、年齢階層、生活圏域、要介護等の認定の有無）についてのみ機械的に把握するためのものです。個人を特定することはありません。

問い合わせ先 甲賀市役所 健康福祉部 長寿福祉課  
電話：0748-69-2166（平日8:30～17:15）

## A 票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 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。あてはまるものをすべて選んでください。**国必須**

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 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2 世帯類型について、あてはまるものを1つ選んでください。**国必須**

- |         |           |        |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問3 ご本人の性別について、あてはまるものを1つ選んでください。**10 期追加（国必須だが9期は別に把握）**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問4 ご本人の年齢について、あてはまるものを1つ選んでください。**10 期追加（国必須だが9期は別に把握）**

- |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|
| 1. 65 歳未満  | 2. 65～69 歳 | 3. 70～74 歳 | 4. 75～79 歳 |
| 5. 80～84 歳 | 6. 85～89 歳 | 7. 90～95 歳 | 8. 95 歳以上  |

問5 ご本人の要介護度について、あてはまるものを1つ選んでください。**10 期追加（国必須だが9期は別に把握）**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 要介護 1 | 2. 要介護 2 | 3. 要介護 3 |
| 4. 要介護 4 | 5. 要介護 5 | 6. わからない |

問6 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、あてはまるものを1つ選んでください。**国必須**

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 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7 ご本人（調査対象者）が、現在抱えている傷病について、あてはまるものをすべて選んでください。国任意

- |   |   |
|---|---|
| 1. なし<br>3. 心疾患（心臓病）<br>5. 呼吸器疾患<br>7. 筋骨格系疾患<br><small>（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）</small><br>9. 変形性関節疾患<br>11. パーキンソン病<br>13. 糖尿病<br>15. その他 | 2. 脳血管疾患（脳卒中）<br>4. 悪性新生物（がん）<br>6. 腎疾患（透析）<br>8. 膠原病（関節リウマチ含む）<br>10. 認知症<br>12. 難病（パーキンソン病を除く）<br>14. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）<br>16. わからない |
|---|---|

問8 令和7年11月の1か月の間に、介護保険サービスを利用しましたか。あてはまるものを1つ選んでください。国任意

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1. 利用した   ⇒問10へ | 2. 利用していない   ⇒問9へ |
|-----------------|-------------------|

問9 問8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。あてはまるものをすべて選んでください。国任意

- |   |  |
|---|--|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない<br>2. 本人にサービス利用の希望がない<br>3. 家族が介護をするため必要ない<br>4. 以前、利用していたサービスに不満があった<br>5. 利用料を支払うのが難しい<br>6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない<br>7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため<br>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<br>9. その他 |  |
|---|--|

問10 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。あてはまるものをすべて選んでください。国任意

- |                       |             |                   |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 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11 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、あてはまるものをすべて選んでください。 **国任意**

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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12 認知症による症状や行動で、日常生活にどの程度影響がありますか。あてはまるものを1つ選んでください。 **市独自新規**

- |                           |
|---------------------------|
| 1. まったく影響はない（または、認知症ではない） |
| 2. ほとんど影響はない              |
| 3. 少し支障がある（例：物忘れ、軽度の混乱など） |
| 4. かなり支障がある（日常生活動作に介助が必要） |
| 5. ほぼ全面的に介助が必要            |

問13 認知症について、地域でどんな取組が充実すべきと感じますか。あてはまるものをすべて選んでください。 **市独自新規**

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 医療機関での診断・治療              |
| 2. 日常生活の支援（有償ボランティアなど）      |
| 3. 見守り・安全確保                 |
| 4. 家族への相談・心理的サポート           |
| 5. 認知症カフェや交流の場              |
| 6. 介護サービス（デイサービス、ショートステイなど） |
| 7. 地域の理解を促進する啓発活動           |
| 8. その他（ ）                   |
| 9. わからない                    |
| 10. 特になし                    |

問14 ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか。あてはまるものを1つ選んでください。 **国任意**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 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15 施設入所や入院を考えた場合に心配なことはありますか。あてはまるものをすべて選んでください。 **市独自**

- |            |            |           |
|------------|------------|-----------|
| 1. 家の用心・管理 | 2. ペットの世話  | 3. 郵便物の管理 |
| 4. 入所・入院費用 | 5. お金の出し入れ |           |
| 6. その他 (   | )          |           |

問16 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）。あてはまるものを1つ選んでください。 **国必須**

1. ない      ⇒調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

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

引き続き

【B票の】アンケートに  
ご協力をお願いします

※「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）がご回答・ご記入いただきますようお願いいたします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、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 ご家族やご親族の中で、A票の調査対象者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）。あてはまるものをすべて選んでください。 **国必須**

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2 主な介護者の方は、どなたですか。あてはまるものを1つ選んでください。 **国任意**

- |        |          |          |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子     | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫   | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他   |

問3 主な介護者の方の性別について、あてはまるものを1つ選んでください。 **国任意**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問4 主な介護者の方の年齢について、あてはまるものを1つ選んでください。 **国必須**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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8 本人の認知症が発症、または進行した場合、どのようなことが特に不安ですか。あてはまるものをすべて選んでください。あてはまるものをすべて選んでください。

市独自新規

1. 家から出て行って行方不明になったり、事故などが起こること
2. 火の不始末
3. 他人への暴言や他人の物を壊すなどのトラブル
4. 家族や介護者に危害を加えること
5. 介護の負担が大きく、介護者が疲れ切ってしまうこと
6. 介護者が仕事を続けられなくなること
7. 経済的な負担が大きくなること
8. グループホームや老人ホームなどに入所できるか不安
9. その他（ ）
10. 特にない

問9 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）。あてはまるものを3つまで選んでください。国必須

〔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〕

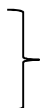
- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 15. その他                | 16. 不安に感じていることは、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |                      |



問10 主な介護者の方の現在の勤務形態について、あてはまるものを1つ選んでください。

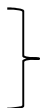
**国必須**

- 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 11～問 13 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



**調査は終了です。**

**ご協力ありがとうございました。**

※ 「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11 問 10 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。あてはまるものをすべて選んでください。 **国必須**

- 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12 問 10 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。あてはまるものを3つまで選んでください。 **国任意**

- 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13 問10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。あてはまるものを1つ選んでください。国  
必須

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

以上で調査は終了です。

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。