

## 高 齢 者

福生市高齢者生活実態調査（在宅介護実態調査）  
ご協力について（お願い）

市民の皆さまには、日ごろより市政にご理解・ご協力をいただきありがとうございます。  
この調査は、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きし、令和 8 年度に予定している  
「福生市高齢者福祉計画・介護保険事業計画(第 10 期)」を策定するにあたり、基礎資料と  
して活用するために実施するものです。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけいたしますが、なにとぞ趣旨をご理  
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 11 月

福生市長 加 藤 育 男

1 この調査の対象者

「要介護（1～5）」の認定を受けた在宅の方（約 1,500 名）

2 回答方法等

- （1）本調査の回答方法は、記入方式もしくはオンライン方式となります。オンラインに  
よる回答をご希望の方は、下の QR コードを読み取っていただくか URL をご入力いた  
だき、オンライン専用フォームからご回答ください。

下のアドレスは、市役所の中でのみ、介護保険の認定・利用状況とデータを連結させる  
ためのものです。

<https://questant.jp/q/4BQSM50A?id=>



- （2）調査票（質問等）中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。回答は、  
あて名のご本人についてお答えください。
- （3）回答は、あてはまる番号に○印を付けてください。質問によっては、回答欄に記入  
していただくものもあります。
- （4）濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- （5）調査票への記入にあたっては、令和 7 年 10 月 1 日時点での状況を基準にしてくださ  
い。
- （6）同封の返信用封筒で、**令和 7 年 12 月 1 日（月）まで**にご返送ください（切手不要）。

### 3 個人情報の取扱いについて

本調査は無記名式です。

回答いただいた内容と福生市の要介護認定データ等（認定調査、介護認定審査会のデータ等）を組み合わせ、市の介護保険事業及び高齢者福祉施策推進のための基礎資料とさせていただきます。データは、個人が特定されないように統計的に処理し、本目的以外では使用いたしません。なお、本調査で得られた内容を、厚生労働省の管理するデータベース内に登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

回答のご返送をもって、上記についてご同意いただいたものと見なさせていただきます。

### 4 本調査へのご協力について

回答にあたって、お答えになりたくない項目については、無理にお答えいただく必要はありません。また、そのことによって回答者が不利益を受けるようなことは一切ありません。

なお、集計結果につきましては、市役所、図書館、市ホームページ等で公開する予定です。

### 5 問合せ先

介護福祉課 介護保険係（電話 042-551-1764）

# 在宅介護実態調査 調査票

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(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. その他              |

問2 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3 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、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4 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5 令和7年10月の1か月の間に、(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ましたか(1つを選択)

- |                 |
|-----------------|
| 1. 利用した ⇒問6へ    |
| 2. 利用していない ⇒問7へ |

問6 問5で「1.」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和7年10月の1か月の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない(0回、1. 利用していない)」を選択してください(それぞれ1つに○)。

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
(※回答例) ●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護 (デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション (デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数を回答)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無(1つに○)	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(1つに○)				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
H. ショートステイ	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数(1つに○)				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
I. 居宅療養管理指導	0回	1回	2日	3回	4回

問7 問5で「2.」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                    |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

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                  | 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 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11 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                     | } | 調査は終了です    |
| 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               | } | B票へ進んでください |
| 4. 週に3～4日ある               |   |            |
| 5. ほぼ毎日ある                 |   |            |

A票の問 11 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、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(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、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2 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3 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4 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5 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6 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

問7 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

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8～問10へ

調査は終了です

※「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8 問7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9 問7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. 主な介護者に確認しないと、わからない    |                            |

問 10 問7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 |                     |

◎最後に、高齢者保健福祉や介護保険について、福生市へのご意見、ご要望や知りたい情報等がありましたら、自由にご記入ください。


質問は以上で終了です。

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

誠に恐縮ですが、この調査票は 12月1日(月)までに同封の返信用封筒(切手不要)でご返送くださいますようお願いいたします。

また、ご相談・ご質問などがありましたら、お気軽にご相談ください。