

住所  
氏名  
連番

第10期

## 羽曳野市 在宅介護実態調査

### 調査へのご協力のお願い

日頃から、市政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

羽曳野市では、介護保険事業計画及び認知症施策推進計画策定に向けて、羽曳野市にお住まいの要介護(支援)認定を受けている方々を対象にアンケート調査を実施することとなりました。

本調査は、羽曳野市において「高齢者が安心して自宅での生活を続けること」と「家族など介護者の方が仕事を続けること」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施させていただきます。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和8年1月

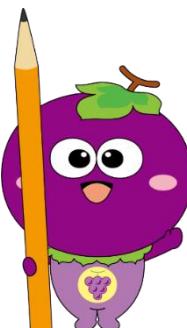
羽曳野市長 山入端 創

本調査票記入後は、調査票(本紙裏面が1ページ目、全10ページ)を3つ折りにして同封の返送用封筒に入れ、令和8年2月16日(月)までに投函してください。

### 【お問い合わせ先】

羽曳野市役所 保健福祉部 高年介護課 総務担当

電話 072-947-3827(直通)・072-958-1111(内線:1360)



羽曳野市ご当地キャラクター つぶたん

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和7年12月15日現在、要支援・要介護認定を受けられている、65歳以上の方から抽出しています。
2. ご回答にあたっては調査の対象者についてお答えいただきますが、ご家族の方やご本人を担当しているケアマネジャーがご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されても結構です。
3. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。

**介護**…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

**介助**…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

### 記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。

1. はい

2. いいえ

## 本調査に係る要介護認定データ等個人情報の取扱いについて

本調査票のご返送をもちまして、下記「個人情報の保護及び活用目的」にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

※同意されない方は、ご返送いただく必要はありません。

### ○ 個人情報の保護及び活用目的

この調査は、地域における課題の把握や効果的な介護予防施策等の立案と効果の評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、羽曳野市が保有する要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と突合し、羽曳野市における介護保険事業計画及び認知症施策推進計画策定の基礎資料として活用させていただきます。また、当該情報については、羽曳野市で適切に管理いたします。

ただし、介護保険事業計画及び認知症施策推進計画策定時に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市町村外の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できます。



数字に○をしてください

## A票：基本事項について

|    |  |                            |                  |
|----|--|----------------------------|------------------|
| 問1 | 現在、この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。（いくつでも○）                                   |                            |                  |
|    | 1. 調査の対象者  | 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. 調査の対象者のケアマネジャー  | 5. その他                     |                  |
| 問2 | 調査の対象者の世帯類型について、ご回答ください。（1つだけ○）  |                            |                  |
|    | 1. 単身世帯  | 2. 夫婦のみ世帯                  | 3. その他           |
| 問3 | 調査の対象者は、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つだけ○）     |                            |                  |
|    | 1. ない  | 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4 | <u>問3で「2」～「5」と回答した方にお伺いします。</u> 調査の対象者を、主に介護している方は、どなたですか。（1つだけ○）        |                            |                  |
|    | 1. 配偶者   | 2. 子                       | 3. 子の配偶者         |
|    | 4. 孫   | 5. 兄弟・姉妹                   | 6. その他           |
| 問5 | <u>問3で「2」～「5」と回答した方にお伺いします。</u> 調査の対象者を、主に介護している方の性別について、ご回答ください。（1つだけ○） |                            |                  |
|    | 1. 男性  | 2. 女性                      | 3. 答えたたくない       |

|    |  |                        |          |
|----|--|------------------------|----------|
| 問6 | 問3で「2」～「5」と回答した方にお伺いします。調査の対象者を、主に介護している方の年齢について、ご回答ください。(1つだけ○)   |                        |          |
|    | 1. 20歳未満   | 2. 20歳代                | 3. 30歳代  |
|    | 4. 40歳代  | 5. 50歳代                | 6. 60歳代  |
|    | 7. 70歳代  | 8. 80歳以上               | 9. わからない |
| 問7 | 問3で「2」～「5」と回答した方にお伺いします。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。(いくつでも○)   |                        |          |
|    | <b>【身体介護】</b>  |                        |          |
|    | 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）  |                        |          |
|    | <b>【生活援助】</b>  |                        |          |
|    | 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   |                        |          |
|    | <b>【その他】</b>   |                        |          |
|    | 15. その他  | 16. わからない              |          |
|    | 問3で「2」～「5」と回答した方にお伺いします。ご家族やご親族の中で、調査の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) (いくつでも○) |                        |          |
|    | 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9からは再び、全員が回答してください。

|    |  |
|----|--|
| 問9 | 現在、調査の対象者が利用している「介護保険サービス <u>以外</u> 」の支援・サービスについて、ご回答ください。(いくつでも○) |
|    | 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10 | 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。(いくつでも○) |
|     | 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11 | 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つだけ○) |
|     | 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 12 | 調査の対象者が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。（いくつでも○） |                               |
|      | 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<br>(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<br>(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 13 | 調査の対象者は、現在、訪問診療を利用していますか。（1つだけ○） |            |
|      | 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 14 | 調査の対象者は、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つだけ○） |                     |
|      | 1. 利用している   | → 6ページ、問16に進んでください。 |

2. 利用していない



問15

問14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。(いくつでも○)

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わからない
9. その他

●問16は再び、全員が回答してください。

問16

調査の対象者は、認知症と診断されていますか。(1つだけ○)

1. はい                    2. いいえ                    → 次のページ(7ページ)へ進んでください。

問16で、「1. はい」と答えた場合のみ、問16-1から問16-4まで、お答えください。

問16-1

調査の対象者は、家族、友人、仲間等の誰かに自分の思いを伝えることができていると思いますか。(1つだけ○)

1. 思う

2. 思わない

3. わからない

問16-2

調査の対象者は、地域・家庭で何かしらの役割を果たしていると思いますか。(1つだけ○)

1. 思う

2. 思わない

3. わからない

問16-3

調査の対象者は、自分らしく暮らしていると思いますか。(1つだけ○)

1. 思う

2. 思わない

3. わからない

問16-4

在宅生活の様々な場面において、調査の対象者の意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると思いますか。(1つだけ○)

1. 思う

2. 思わない

3. わからない

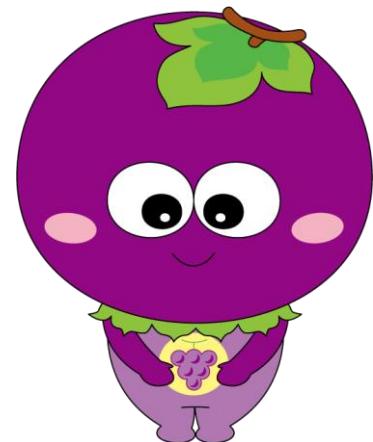
●ここからは、以下の指示に従って進んでください。

2ページ、問3で「1」を選択された方  
(ご家族などから介護を受けていない方)

質問は以上です。  
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。(8ページ以降は白紙で結  
構です。)  
記入した調査票は全て(表紙も含み  
ます)を3つ折りにして、同封してい  
る返信用封筒に入れ、  
**令和8年2月16日(月)**までに切手  
を貼らずに投函してください。

2ページ、問3で「2」～「5」を選択された方  
(ご家族などから介護を受けている方)

次の8ページ、  
**B票**に進んでください。



## B票：主な介護者の方について



数字に○をしてください

問17

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つだけ○）

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

} 10ページ、  
問21に進んでください。

※「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18

問17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。（いくつでも○）

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 19

問 17 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○)

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 20

問 17 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きそうですか。(1つだけ○)

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21は再び、全員が回答してください。

|     |  |
|-----|--|
| 問21 | 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○） |
|-----|--|

【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、特はない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

質問は以上です。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。

記入した調査票は全て（表紙も含みます）を3つ折りにして、同封している返信用封筒に入れ、

令和8年2月16日（月）までに切手を貼らずに投函してください。

