

(案)

町民の皆様へ
在宅介護実態調査 ご協力をお願い

平素は本町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

能勢町では、町民の皆様が高齢期の日々を充実させ、また、安心して過ごすことができるよう、保健福祉サービスをはじめ、介護保険サービスや健康増進の施策などの取組を進めております。

このアンケート調査は、今後の高齢者施策の充実を目的に実施するものです。皆様からお答えいただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用いたしませんので、本調査の趣旨をご理解いただき、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところお手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和8年3月

能勢町

返送期限:令和8年●月●日(●)

本調査票を同封の返信封筒にて、ご返送ください。切手は要りません。

ご記入についてのお願い

- ◆ 対象のご本人ができる限りお答えください。また、ご家族の方などが代わりに記入される場合は、できる限りご本人の意向をお聞きの上、ご記入ください。
- ◆ 「ご本人」とは宛名の方をいいます。
- ◆ 筆記用具はボールペンまたは鉛筆でお願いします。
- ◆ この調査は、現在の状況について、記入またはあてはまるものの番号に○をつけてください。ただし、質問により(いくつでも・3 つまで選択可)などと書いている場合は、設問に従いご回答をお願いします。
- ◆ この調査票は A 票と B 票とがあります。A 票にご回答をいただいたうえ、設問に該当する場合は B 票へとお進みください。
- ◆ 本アンケートでご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせください。

◆◆詐欺に注意!◆◆

本調査に当たり、町から電話で連絡をする(追加調査等を行う)ことは一切ありません。町役場や民生委員を名乗り、個人情報を聞き出す詐欺があります。気になる点がございましたら、まずは保健福祉センターへご連絡ください。

【調査に関するお問い合わせ先】

能勢町 福祉部健康づくり課 包括支援担当(能勢町保健福祉センター)

TEL 072-731-2160

FAX 072-731-2151

E-mail houkatu@town.nose.osaka.jp

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させていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

この調査は、効果的な介護予防施策の立案と効果検証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、能勢町高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。調査票には番号の記載がありますが、これは氏名を番号化することで、個人名や個人情報を第三者が知ることのないようにするためです。回答を分析する際に、介護保険に関する個人情報を参照させていただきます。その際も、氏名ではなく番号を用いるので、個人名や個人情報が外部に出ることはありません。当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。

ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するに当たり、厚生労働省の管理する町外のデータベース内に情報を登録するほか、能勢町が共同研究を行っている大学等の学術機関において、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。

調査は強制ではなく、お答えになりたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。そのことで不利益が生じることはございません。

在宅介護実態調査 調査票

【A 票にご回答いただいているのは、どなたですか】（いくつでも）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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 調査対象者ご本人などにご回答、ご記入いただく項目

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 へお進みください
問 3 へお進みください |
| 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. 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 主な介護者の方が行っている現在の介護等について、ご回答ください。(いくつでも)

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)。(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

→ここから再び、すべて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。(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

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。(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 | |

問10 現在、施設等※への入所・入居を検討しているかについて、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。(いくつでも)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. (がん)悪性新生物 | 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。ただし、訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

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. 利用している → 「A票」の質問は終わりです | 2. 利用していない → 問14へお進みください |
|---------------------------|--------------------------|

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。(いくつでも)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 |
|---|

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 次ページからの「B票」は主な介護者についての質問です。● 問2で「1」(ご家族やご親族の方からの介護は「ない」)と、ご回答された方は「B票」にご回答いただく必要はありません。● 問2で「2」～「5」(ご家族やご親族の方からの介護は「ある」)と、ご回答された方は、「<u>主な介護者</u>」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」の方が不在などで、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。ただし、ご本人様(調査対象者様)のご回答・ご記入も難しい場合は、ご回答・ご記入いただく必要はありません。 |
|---|

B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入いただく項目

※ 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○)をお願いいたします。

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へお進みください |
| 2. パートタイム※で働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5へお進みください |
| 4. 主な介護者に確認しないと、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 主な介護者の方は、介護をするに当たって、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環境づくり | 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 | |

→ここから再び、すべての方にお伺いします。

問5 現在の生活を継続していくに当たって、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
		17. 主な介護者に確認しないと、わからない	

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

記入内容をご確認後、調査票を三つ折りにして、同封の返信用封筒にお入れいただき、切手を貼らずご返送ください。