

02 20 25 0001

無印：国指定の必須項目(変更不可)

★：国指定のオプション項目

☆：市の独自項目

▶：新規設問

# 川西市在宅介護実態調査

## ◆ 調査へのご協力をお願い ◆

平素は、川西市の高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

川西市では、令和6年3月に「川西市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定し、高齢者保健福祉施策を推進してまいりました。

この計画は3年毎に見直しを行うため、今回、要介護認定者の皆様の状況やご意見等をお伺いする「在宅介護実態調査」を実施します。

この調査は、今後の高齢者保健福祉施策や令和9年度から令和11年度までの介護保険料を決定する大切な調査ですので、皆様のご協力をお願いいたします。

川西市長 **越田 謙治郎**

«この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。»

川西市役所 介護保険課 電話：072-740-1148



川西市のより良い  
福祉のまちづくりに  
ご協力下さい

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて、

**令和8年2月10日(火)までに、**

切手を貼らずにポストに投函してください。

## 調査に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和7年12月1日以前に要介護・要支援認定の更新申請もしくは区分変更申請による認定調査を受けた方です。
2. 回答は、この調査票に直接、該当項目(番号)に○をつけてください。
3. この調査は【A票】【B票】【C票】があります。各調査の対象者は以下のとおりです。
  - 【A票】…宛名の要支援・要介護認定者ご本人様(全9問)
  - 【B票】…要支援・要介護認定者を介護している主な介護者の方(全10問)
  - 【C票】…ご本人様、主な介護者の方両方(全13問)
4. 回答が難しい設問は回答しなくてもかまいません。できるだけご回答の上、すべての回答ができない場合でもご返送ください。

## 個人情報の取り扱いについて

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して取扱います。

- ・ご回答いただいた内容は、「川西市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定に向けた基礎資料の作成、施策効果の評価を目的として利用させていただきます。当該情報については、本市で適正に管理し、ご本人の同意なく、目的以外の利用はいたしません。
- ・ご回答いただいた内容は、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)と関連付け、厚生労働省から配布された集計分析ソフトを用いて集計・分析を行います。また、川西市と他市町村等との比較・分析のため、国が運営する地域包括ケア「見える化」システムに登録する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理し、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。

回答記入日	令和 8 年	月	日
-------	--------	---	---

## 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(○はいくつでも)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 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. その他( )           |

問2 あなたの世帯についてお教えてください(○は1つ)

- |         |           |           |
|---------|-----------|-----------|
| 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・入居について検討していますか(○は1つ)

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 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はありますか(○はいくつでも)

- |                            |                           |           |
|----------------------------|---------------------------|-----------|
| 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(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12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(○は1つ)

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

★問6 問5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(○はいくつでも)

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を利用できない、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7 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスはありますか  
(○はいくつでも)

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

※介護予防・日常生活支援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8 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスはありますか  
(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)  
(○はいくつでも)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 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9 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)(○は1つ)

1. ない	}	C票へ進んでください
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	}	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9で「1」を選択された場合は、C票へのご回答・ご記入をお願いします。
- A票の問9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、B票は無回答で結構ですが、C票へお進みいただき、C票へのご回答・ご記入をお願いします）。

**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、ご本人様(認定調査対象者様)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)(○はいくつでも)

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2 主な介護者の方は、どなたですか(○は1つ)

- |        |          |           |
|--------|----------|-----------|
| 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はどちらですか(○は1つ)

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

問4 主な介護者の方の年齢は何歳代ですか(○は1つ)

- |          |        |        |          |
|----------|--------|--------|----------|
| 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があればお教えてください(○はいくつでも)

〔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を感じる介護等がありますか(現在行っているか否かは問いません)(○は3つまで)**

<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. 不安に感じていることはない	
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をお教えてください(○は1つ)**

1. フルタイムで働いている	}	問8へ
2. パートタイムで働いている		
3. 働いていない	}	C票へ
4. 学校などに通っている		
5. 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8 問7で「1」または「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行っていますか(○はいくつでも)**

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9 問7で「1」または「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（○は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10 問7で「1」または「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(○は1つ)

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

※引き続き、**C票**へのご回答・ご記入をお願いします。

## C票 高齢者に関する課題について、お伺いします

▶☆問1 以下の項目について、ふだんの生活で、あなたがどのように感じているかをお聞かせください(①～④それぞれ○は1つ)

	思う	思わない	わからない
①あなたは、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	2	3
②あなたは、地域や社会で何かしらの役割を果たしていると思いますか	1	2	3
③あなたは、自分らしく暮らせていると思いますか	1	2	3
④在宅生活の様々な場面において、あなたの意思が尊重され、自分の望む生活が継続できていると思いますか	1	2	3

▶☆問2 もし、あなたご自身が認知症になったとしたら、どのようなことに不安を感じるとお考えですか。特に不安と感ずることをお答えください。また、ご自身が認知症であると診断された場合には、現在特に不安と感ずることをお答えください(○はいくつでも)

1. 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないかと
2. 買い物や料理、車の運転など、できていたことができなくなってしまうのではないかと
3. 誇りを持って生活できなくなるのではないかと
4. 病院や診療所で治療しても、症状は改善しないのではないかと
5. どこに相談すればいいかわからないのではないかと
6. 家族に身体的・精神的負担をかけるのではないかと
7. 経済的に苦しくなるのではないかと
8. 必要な介護サービスを利用することができず、現在の住まいで生活できなくなるのではないかと
9. 介護施設が利用できないのではないかと
10. 外出した際に家への帰り道が分からなくなったりするのではないかと
11. 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭ったりするのではないかと
12. 閉じこもりがちになるのではないかと
13. 差別や偏見を受けるのではないかと
14. 家族以外の周りの人に迷惑をかけてしまうのではないかと
15. その他( )

☆問3 認知症の予防や早期発見に関して、どのような支援や仕組みがあればよいと思いますか(○は3つまで)

1. 認知症の予防や早期発見に関する定期的な講座の開催
2. 認知症の予防や早期発見に関するチェックリストやパンフレット
3. インターネットなどを活用した、認知症の予防や早期発見に関する情報を入手できる仕組み
4. 認知症予防活動を行う拠点
5. 認知症の専門医に相談できる場所や仕組み
6. 医療や福祉の専門職に相談できる場所や仕組み
7. 認知症の検査を近所で受けられる場所や仕組み
8. 認知症診断医療費の助成
9. 難聴に対する補聴器購入費の助成
10. その他( )

☆問4 あなたや家族が認知症になった場合、どのような支援やサービスがあればよいと思いますか(○は3つまで)

1. 通所して支援を受けることのできる施設
2. 入所して支援を受けることのできる施設
3. 認知症の人やその家族同士で交流したり情報交換できる場所
4. インターネットを活用した、認知症の人やその家族同士で交流する仕組み
5. 医療や福祉の専門職に相談できる場所
6. 医療や福祉の専門職の訪問を受けて個別に相談や支援を受けることのできる仕組み
7. 医療費に対する助成
8. 行方不明になったときに早期発見につなげる仕組み
9. 認知症の症状が原因で他の人や物に損害を与えてしまったときの補償
10. 近所の人などによる見守り
11. 認知症に関する地域住民への理解を深める仕組み
12. 認知症に関する小・中・高校教育や企業への理解を深める仕組み
13. その他( )

☆問5 認知症に関する相談窓口を知っていますか(○は1つ)

1. はい
2. いいえ

☆問6 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか(○は1つ)

1. 大変苦しい
2. やや苦しい
3. ふつう
4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある

☆問7 現在、調査対象者ご本人様のために家族が負担している費用はありますか  
(○はいくつでも)

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| 1. 施設・病院等の入所・入院費             | 2. 日常の生活費      |
| 3. 介護用品等の購入費                 | 4. 医療や介護のサービス費 |
| 5. 通院等の交通費                   | 6. その他( )      |
| 7. 負担はない(本人の年金等の収入や資産でまかなえる) |                |

☆問8 「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)※」について知っていますか(○は1つ)

- |            |                    |         |
|------------|--------------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 聞いたことはあるがよく知らない | 3. 知らない |
|------------|--------------------|---------|

※「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」

人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)とは、もしものときのために、本人が望む医療やケアについて、周囲の信頼する人や医療・福祉専門職と話し合い、共有する取組です。

人生の最終段階まで本人が希望している医療やケアを受けることができるよう、本人が大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを、前もって考え、繰り返し話し合っ共有することが大切です。

☆問9 自分の医療・ケアに関する希望について、周囲の信頼する人や医療・福祉専門職と話し合ったことはありますか(○は1つ)

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 話し合いを行い書面を作成している | 2. 詳しく話し合ったことがある |
| 3. 一応話し合ったことはある     | 4. 話し合ったことはない    |

☆問10 将来、寿命が近づいたとき、どこで過ごしながらか医療・ケアを受けたいですか(○は1つ)

- |       |       |                  |          |
|-------|-------|------------------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 病院 | 3. 介護施設(老人ホームなど) | 4. わからない |
|-------|-------|------------------|----------|

☆問11 介護や福祉、イベントや防災の情報など、行政や地域の情報を何から得ていますか(○はいくつでも)

- |  |                |                |               |
|--|----------------|----------------|---------------|
| 1. 市の広報誌・チラシ                                 | 2. かわナビ ※      | 3. 地域の回覧版      | 4. テレビ・ラジオの放送 |
| 5. 新聞・雑誌                                     | 6. 家族          | 7. 友人、近所の人     | 8. 医療機関・薬局    |
| 9. 職場の人                                      | 10. 市役所や公民館の職員 |                |               |
| 11. 地域包括支援センターの職員                            | 12. 福祉施設の職員    |                |               |
| 13. インターネット・SNS(パソコン・タブレット端末・スマートフォン・携帯電話など) |                |                |               |
| 14. その他( )                                   |                | 15. どこからも得ていない |               |

※かわナビ(「福祉と医療の総合情報サイト<かわにしサポートナビ>」)

かわナビは、医療や介護などの公的サービスに加えて、サロンや健康体操などの地域住民が主体となって行う様々な活動を社会資源として一元的に管理するデータベースで、令和4年3月末から運用を開始しています。

右の二次元コードからサイトへアクセスしていただき、お住まいの地域にどのような社会資源があるか検索してみてください。



(かわナビの二次元コード)

☆問12 スマートフォンまたはタブレット端末を持っていますか

1. 持っている

2. 持っていない

【問12で「1. 持っている」と回答した方にお伺いします】

▶☆問13 あなたはスマートフォンやタブレット端末を主にどのような目的で利用していますか(○はいくつでも)

1. 友人や家族との連絡(電話・メール・LINEなど)
2. 情報収集(天気・ニュース・健康・レシピなど)
3. 金融機関の手続き、買い物
4. 医療機関の予約、健康・運動・病気に関する情報収集
5. 市の情報の閲覧(広報、ホームページ、YouTubeなど)
6. 趣味(写真撮影、ゲーム、動画鑑賞など)
7. 地図、交通情報の確認
8. 笑顔ミライちょきんのポイント獲得のため ※
9. 利用していない、わからない

※笑顔ミライちょきん(介護予防・健康ポイント事業)

笑顔ミライちょきんは、スマートフォンアプリを使って、介護予防活動などへの参加や歩くことでポイントがたまり、たまったポイントをキャッシュレスポイントなどに交換できるサービスで、令和7年1月から運用を開始しています。

右の二次元コードからサイトへアクセスしていただき、「笑顔ミライちょきん」で、介護予防・健康づくりをはじめませんか。



(笑顔ミライちょきんの二次元コード)

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

記入した調査票を3つ折りにして、同封した返信用封筒に入れ、  
切手を貼らずに2月10日(火)までに投函してください。