高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のための

在宅介護実態調査

日頃より本市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。

本市では、介護保険をはじめとする高齢者施策を「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」に沿って実施しております。この計画は３年ごとに見直すことになっており、現在、令和９年度から令和 11 年度までの計画を策定するために、準備を進めています。計画策定にあたっては、市民の皆様の現状やご意見を詳しく把握し、計画に反映させていきたいと考えております。

つきましては、在宅の要介護認定者の方を対象にアンケート調査を実施します。

なお、本調査でご記入いただいた個人情報は、本市個人情報保護条例に基づき、適正な取扱いを行います。

お忙しいところ恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和７年 11 月　南丹市

■□ご記入の前に□■

1　この調査は、令和７年 11 月１日（基準日）現在の状況について、お答えください。

2　ご回答にあたっては**封筒のあて名のご本人について**お答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代理で回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。

3　質問によっては、回答していただく方が限られる場合もありますので、ご注意ください。

4　**12 月●日(●)**までに、ご記入いただき、同封の封筒に本調査票のみを入れ、ポストに投函してくださいますようお願いします。

ご記入にあたり不明な点は下記までお問い合わせください。

南丹市　福祉保健部　高齢福祉課
電話：０７７１－６８－０００６

前回実施の調査では、回収率が 42%でした。今回は前回を上回る回収率達成にチャレンジしたいと考えています。

【整理番号：　　】

● この調査票の記入者はどなたですか。（○はいくつでも）

1．調査対象者本人（封筒のあて名の方）
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

1．ご本人（封筒のあて名の方）の状況について

問1-1 世帯類型は次のどれですか。（○は1つ）

1．単身世帯	2．夫婦のみ世帯	3．その他

問 1-2 お住まいは、次のどれですか。（○は1つ）

1．持家（一戸建て）	2．持家（集合住宅）	3．公営賃貸住宅
4．民間賃貸住宅（一戸建て）	5．民間賃貸住宅（集合住宅）	6．その他

問 1-3 お住まいの地区はどちらですか。（○は1つ）

1．園部町	2．八木町	3．日吉町	4．美山町

問 1-4 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 1-5 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況についてうかがいます。（○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、介護老人保健施設、介護医療院、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 1-5で「2．入所・入居を検討している」と回答した人のみお答えください）

問 1-5（1） 申し込みをしている又は検討している理由は何ですか。（○はいくつでも）

1．在宅介護サービスのみでは介護の負担が重く、不十分だから
2．家族の仕事等で、在宅で介護を十分受けられないから
3．家族が精神的・肉体的に疲れているため
4．一人暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じるから
5．入所まで時間（期間）がかかるので、早めに入所（入居）を申し込む必要があるから
6．自己負担の費用が少なくて済むから
7．その他（　　）

2. 介護サービスの利用状況等について

問 2-1 令和7年●月に、（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	2．利用していない

（問 2-1 で「2.利用していない」と回答した人のみお答えください）

問 2-1（1） 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 2-2 あなたやご家族が必要だと思う介護保険サービスを必要なだけ利用することができていますか。（○は1つ）

1．できていない	2．できている	3．どちらともいえない

（問 2-2 で「1.できていない」と回答した人のみお答えください）

問 2-2(1) 利用することが「できていない」理由は何ですか。（○はいくつでも）

1．利用限度額を超える
2．遠くまで行かなければならない
3．本人と家族と希望が異なる
4．ケアマネジャーに受け入れてもらえなかった
5．サービスの種類・内容がよくわからなかった
6．サービスの利用回数を制限された
7．利用したいサービス提供事業者・施設が利用定員を超えていた
8．医療の処置が必要なため受け入れてもらえなかった
9．利用料の負担が大きいため
10．現状では、サービスの対象外と言われた
11．その他（　　）

問 2-3 ケアプラン（介護サービス計画）は、あなたの心身の状態や希望等が十分に反映された満足できるものになっていますか。（○は1つ）

1．満足	2．不満	3．どちらともいえない

（問 2-3 で「1.満足」「2.不満」と回答した人のみお答えください）

問 2-3(1) 「満足」又は「不満」の理由をお書きください。

問 2-4 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。（○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	

※ 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 2-5 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）は何ですか。（○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．特にない	

問 2-6 現在、訪問診療を利用していますか。（○は1つ）

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 2-7 ご本人に対して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	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	

3. 地域における日常の暮らしについて

問 3-1 あなたは、日常の暮らしの中で手助けが必要となったとき、近所や地域に何をして欲しいですか。（○はいくつでも）

1．安否確認や声かけ	2．話し相手
3．家事手伝い（買い物や掃除など）	4．ゴミ出し
5．電球の交換や庭木の手入れ	6．通院や外出の手助け
7．役所や金融機関の手続きなど	8．災害時の手助け
9．ペットの世話	10．雪かきや屋根の雪下ろし
11．その他（　　）	12．特にない

問 3-2 あなたは、地震や台風等の災害が発生して避難等に手助けが必要となったとき、最初に誰が手助けしてくれると思いますか。(○は1つ)

1．同居または近所に住む家族・親族

2．普段からつきあいのある近所の友人・知人・老人クラブの人

3．自治会・民生児童委員・消防団

4．消防署・警察

5．特にいない

6．わからない

7．その他（　　）

問3-3 ご家族またはご本人が認知症と診断されたことはありますか。(○は1つ)

1．ある　　2．ない

(問3-3で「1.ある」と回答した人のみお答えください)

問3-3(1) ご家族の診断にいたったきっかけはなんですか。(○はいくつでも)

1．金額の計算ができないなど一人で買い物ができない時があった

2．約束を守ることが難しくなった

3．外出したがらなくなった

4．物や人の名前が出づらくなった

5．物の置き忘れ、しまい忘れが増えた

6．同じことを何度も聞いてくるようになった

7．食事したことを忘れるようになった

8．季節に合わない服を着るようになった

9．家族のことがわからなくなることがあった

10．財布などを盗られたと騒いだことがあった

11．些細なことで怒るようになった

12．その他

（問3-3で「1.ある」と回答した人のみお答えください）

問3-3（2） 最初に相談した場所はどこですか。（○は1つ）

1．役所の窓口
2．地域包括支援センター
3．地域や職場の認知症サポーター
4．ケアマネジャー
5．市内の診療所や病院
6．近くの認知症地域相談窓口事業所
7．府の認知症コールセンター
8．その他

（問3-3で「1.ある」と回答した人のみお答えください）

問3-3（3） 現在どのようなことに不安を感じていますか。

1．大切な思い出などを全て忘れてしまうのではないか
2．今までできていた日常のこともできなくなるのではないか（例：買い物、料理など）
3．仕事ができなくなるのではないか
4．認知症がますます進行するのではないか
5．家族に身体的・精神的負担をかけているのではないか
6．自宅で暮らせなくなるのではないか
7．一人で外出ができなくなるのではないか
8．犯罪に巻き込まれるのではないか（オレオレ詐欺等）
9・差別や偏見を受けるのではないか
10．家族以外の周囲に迷惑をかけるのではないか
11．その他
12．特にない

問 3-4 あなたは、「成年後見制度」を知っていますか。（○は1つ）

1．知っている
2．聞いたことはあるが、内容までは知らない
3．まったく知らない

問 3-5 認知症等により、あなた自身の判断能力が不十分になったとしたら、金銭管理や様々なサービスの手続きをどのようにしたいですか。(○はいくつでも)

1．夫や妻、子どもにお願いする
2．その他の親族にお願いする
3．成年後見制度を活用したい
4．その他（　　）
5．わからない

問 3-6 あなたは、これからの生活をどこで送りたいですか。(○は1つ)

1．一人暮らしとなっても、現在住んでいる自宅や地域で過ごしたい
2．一人で暮らすのは不安なので、現在住んでいる地域を離れても子どもや親族の家で過ごしたい
3．見守りや生活支援がある高齢者向けの住宅で過ごしたい（サービス付高齢者住宅　等）
4．特別養護老人ホームやグループホームなどの入所施設で過ごしたい
5．その他（　　）

問 3-7 日常生活や身体が不自由になったとしたら、最期を過ごすにあたって、あなたやご家族が大切にしたいことは何ですか。(○は2つまで)

1．家族と一緒に過ごせること
2．住み慣れた場所で、友人や知人と一緒に過ごせること
3．できるだけ、家族に介護の負担がないこと
4．好きなことをしたり、食べたりして過ごすこと
5．身の回りの世話をしてもらえること
6．家族や知人と離れても、安心して治療や介護が受けられること
7．できるだけ経済的な負担が抑えられること
8．急変時などに適切な医療処置がすぐに受けられること
9．その他（　　）

南丹市の高齢者施策等について、ご意見・ご提案があれば、自由に記入してください。

次ページからは、介護をされているご家族の方にお聞きする設問です。

介護されているご家族がいない場合は、以上で設問は終了です。

ご協力ありがとうございました。同封の封筒に**本調査票のみ**を入れ、
切手を貼らずにポストに投函してください。

4. ご家族やご親族による介護の状況について

問 4-1 ご家族やご親族の中で、ご本人（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）。（○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

※ 自営業や農林業のお仕事を辞めた方を含みます。

問 4-2 主な介護者の方は、どなたですか。介護者が複数いる場合は、最も多く関わってる方についてお答えください。（○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 4-3 主な介護者の年齢を教えてください。（○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 4-4 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。（○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（食べるとき）	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
生活援助	11．医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等）	
	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 4-5 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）。（○は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（食べるとき）	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
生活援助	11．医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等）	
	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 4-6 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。（○は1つ）

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

※「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 4-6で「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」と回答した人のみお答えください）

問 4-6(1) 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。（○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 4-6で「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」と回答した人のみお答えください）

問 4-6(2) 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 4-6で「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」と回答した人のみお答えください）

問 4-6(3) 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

介護者が感じている介護の問題、市へのご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。12月●日（●）までに、同封の封筒に本調査票のみを入れ、切手を貼らずにポストに投函してください。