

「在宅介護実態調査」へのご協力をお願い

八王子市では、今後の高齢者福祉・介護保険事業の方針や施策を記載した「高齢者計画・第10期介護保険事業計画」(令和9～11年度)の策定に取り組んでいます。

計画の策定にあたって、在宅で生活されている皆さまや介護者の方々の状況を詳細に把握し、効果的な施策立案を図るべくアンケート調査を実施することとしました。

任意調査となりますが、可能な範囲で、皆さまや介護者の方々のご回答を賜りたく存じます。大変恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。

アンケートの概要

- 本アンケートは、令和7年(2025年)11月1日現在、本市在住の65歳以上の方で、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方の中から、無作為に選んだ800名にお送りしています。
- 調査対象者の介護者の方への質問項目もあります(詳細は次ページ参照)。
- 本アンケートへの回答は任意です。回答しないことによる不利益はありません。
- 回答期限:令和8年(2026年)3月4日(水)まで

問い合わせ

八王子市 福祉部 高齢者いきいき課 元気応援担当
電話:042-620-7243 FAX:042-623-6120

回答の方法

- アンケートは、A票(p1～7)とB票(p8～12)があります。それぞれ下記の方がご回答ください。

<アンケートの回答者について>

【A票】

- * 原則、調査対象者ご本人(宛名の方)がご回答してください。
- * ただし、調査対象者ご本人による直接の記入が難しい場合、ご本人の状況に関する設問など(家族構成や介護保険サービスの利用状況など)は、介護者の方などが回答いただいても構いません。調査対象者ご本人のお考えを問う設問は、可能な範囲で、適宜介護者の方がご本人に聞き取るなどして代筆してください。
- * 聞き取りが難しい設問などは未記入で構いません。

【B票】

- * 調査対象者(宛名の方)の主な介護者がご回答してください。
- * 主な介護者の方の回答が難しい場合は、未記入のままで構いません。
- * 介護者がいない方は回答不要です。

- えんぴつやボールペンなど、どんな筆記用具でもかまいません。
- 個人情報保護のため、アンケートや封筒にはお名前や住所を記入しないでください。
※通し番号で八王子市のみが回答者を特定できるようになっています。

アンケートに答えたら

- 記入漏れはないか、もう一度確認しましょう。
- キリトリ線に沿って、本通知文を切り取ってください。
- 切り取った通知文は破棄していただいて結構です。
- アンケートを返信用封筒(切手不要)に入れて、3月4日(水)までにポストに入れてください。
※返信用封筒にお名前や住所の記入は不要です。

その他

- 調査結果は、八王子市の政策立案・効果評価のために利用します。
この目的の範囲内で、調査結果を分析のために外部機関に提供することがありますが、外部提供にあたっては、必ず個人が特定できないように加工して提供します。
また、調査結果を公表する際も、個人が特定されない形で行います。
- ※本調査票のご返送をもちまして、上記にご同意いただいたものと見なします。

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いただいているのは、どなたですか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 5. その他 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | |

※A票は、原則、調査対象者ご本人(宛名の方)がご回答してください。

調査対象者ご本人による直接の回答が難しい場合、ご本人の状況に関する設問など(家族構成や介護保険サービスの利用状況など)は、介護者の方などが回答いただいて構いません。調査対象者ご本人のお考えを問う設問は、可能な範囲で、適宜介護者の方などがご本人に聞き取るなどして代筆してください。

問2 家族構成について、ご回答ください。(1つを選択)

- | | | |
|----------------------|----------------------|--------|
| 1. 1人暮らし | 3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | 5. その他 |
| 2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) | 4. 息子・娘との2世帯 | |

問3 介護認定を申請した理由・きっかけについて、ご回答ください。(複数選択可)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. ヘルパー等を利用するため | 7. 自力での生活継続が困難になったため |
| 2. デイサービス等を利用するため | 8. 医師に勧められた |
| 3. 福祉用具を利用するため | 9. 友人に勧められた |
| 4. 住宅改修のため | 10. 市役所で勧められた |
| 5. 介護保険施設等への入所のため | 11. 高齢者あんしん相談センターへの相談 |
| 6. 将来サービスが必要になったときのため | 12. その他() |

問4 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つを選択)

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

問4-1 問4で「1. 利用している」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た、または利用している際、そのサービスに満足していますか。(1つを選択)

- | | | | |
|-------|-----------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. だいたい満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|-----------|---------|-------|

問4-2 問4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。(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 | 6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| 2. 本人にサービス利用の希望がない | 7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため |
| 3. 家族が介護をするため必要ない | 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 |
| 4. 以前利用していたサービスに不満があった | 9. その他 |
| 5. 利用料を支払うのが難しい | |

問5 小規模多機能型居宅介護サービスは、デイサービスを中心に訪問介護やショートステイを組み合わせ、住み慣れたご自宅での生活を支援するためのサービスですが、利用したいと思えますか。(1つを選択)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. すでに利用している | 3. 利用したいと思わない |
| 2. 将来的に利用したいと思う | 4. わからない |

問6 夜間対応型訪問介護サービスは、夜間の時間帯に提供される、訪問介護員(ホームヘルパー)が利用者の自宅を訪問するサービスですが、利用したいと思えますか。(1つを選択)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. すでに利用している | 3. 利用したいと思わない |
| 2. 将来的に利用したいと思う | 4. わからない |

問7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、上記サービスの夜間訪問に加え、日中も定期的にご自宅を訪問するほか、随時、入浴・排せつ・食事等の介護や日常生活上の緊急時の対応などを行う、24時間365日対応のサービスですが、利用したいと思えますか。(1つを選択)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. すでに利用している | 3. 利用したいと思わない |
| 2. 将来的に利用したいと思う | 4. わからない |

問8 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)

※「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。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 3. すでに入所・入居申し込みをしている |
| 2. 入所・入居を検討している | |

問9 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) | 9. 認知症 |
| 2. 心疾患(心臓病) | 10. パーキンソン病 |
| 3. 悪性新生物(がん) | 11. 難病(パーキンソン病を除く) |
| 4. 呼吸器疾患 | 12. 糖尿病 |
| 5. 腎疾患(透析) | 13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) |
| 6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) | 14. その他 |
| 7. 膠原病(関節リウマチ含む) | 15. なし |
| 8. 変形性関節疾患 | 16. わからない |

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)

※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11 救急医療情報シートを活用していますか。(1つを選択)

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. している | 2. していない | 3. 知らない |
|---------|----------|---------|

問12 あなたは、ご自宅からの移動に困難を感じていますか。(1つを選択)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問12-1 問12で「1. はい」と回答した方にお伺いします。どのような理由で困難を感じていますか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 歩くことが困難である | 5. 近くに公共交通機関がない |
| 2. 街路の階段や坂道の上り下りが困難 | 6. 送迎してくれる人がいない |
| 3. 住居の階段の上り下りが困難である | 7. その他() |
| 4. 公共交通機関の本数が少ない | |

問13 今後の住まいに不安を感じていますか。(1つを選択)

1. とても不安 2. やや不安 3. あまり不安でない 4. 全く不安でない 5. わからない

問13-1 問13で「1. とても不安」「2. やや不安」と回答した方にお伺いします。
不安を感じている理由は何ですか。(複数選択可)

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. バリアフリー性能が十分でない | 5. 緊急時(急な体調変化時等)の支援がない |
| 2. 庭の手入れや日常の軽作業 | 6. 孤独死 |
| 3. 自宅の相続人や引継ぎ | 7. その他 |
| 4. 日常の相談相手がいらない | |

問14 あなたや家族が認知症になっても安心して暮らせる地域とはどんな地域だと思いますか。
(1つを選択)

1. 認知症であることを隠さず周囲に話せる雰囲気地域
2. 認知症であるなしにかかわらず、住民どうして声掛けし、助け合える地域
3. 認知症について気軽に相談できる場がある地域
4. 認知症のある人が活躍できる場がある地域

問15 あなたは認知症になっても、地域で安心して自分らしく暮らせると思えますか。(1つを選択)

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. そう思う | 3. どちらでもない | 5. 全く思わない |
| 2. ややそう思う | 4. あまり思わない | |

問15-1 問15で「4. あまり思わない」「5. 全く思わない」と回答した人にお伺いします。
どのようなことに最も心配や不安を感じますか。(1つを選択)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 認知症の症状や進行が不安 | 4. 仕事の継続 |
| 2. 友人や周囲の人との関わり | 5. 相談先がわからない |
| 3. 経済的な不安 | 6. 当てはまるものはない |

問20 現在利用している、以下の「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、利用頻度・満足度・サービス提供者をご回答ください(各サービスにつきそれぞれ1つに○)

※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。

サービス種別	1月あたりの 利用回数 (数値を記入)	満足度(いずれかに○)				サービス提供者(いずれかに○)						
		満足	だいたい満足	やや不満	不満	市	民間	(NPOやボランティア) 地域団体	介護事業所	シルバー人材センター	社会福祉協議会 (ついでサービスなど)	その他
(1)配食	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(2)調理	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(3)掃除・洗濯	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(4)買い物 (宅配は含まない)	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(5)ゴミ出し	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(6)外出同行 (通院、買い物など)	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(7)移送サービス (介護・福祉タクシー等)	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(8)見守り、声かけ	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(9)訪問理容・訪問美容	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(10)緊急通報システム・ 福祉電話	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(11)おむつ給付 (在宅おむつ給付・ 入院時おむつ給付)	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(12)位置情報探索システム (GPS探索システム)	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(13)サロンなどの 定期的な通いの場	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(14)その他	月____回	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7
(15)全く利用していない	○ ← 利用していない場合、○をつけてください											

B票 主な介護者の方について、お伺いします。

※B票はご本人の主な介護者の方が回答してください。

問1 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2 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3 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 | 3. 30代 | 5. 50代 | 7. 70代 | 9. わからない |
| 2. 20代 | 4. 40代 | 6. 60代 | 8. 80歳以上 | |

問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。(複数選択可)

- | | | |
|-------------|------------------------|--------------------|
| 1. 日中の排泄 | 7. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | 13. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) |
| 2. 夜間の排泄 | 8. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) | 14. 外出の付き添い、送迎等 |
| 3. 入浴・洗身 | 9. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | 15. その他 |
| 4. 衣服の着脱 | 10. 食事の介助(食べる時) | 16. わからない |
| 5. 屋内の移乗・移動 | 11. 食事の準備(調理等) | |
| 6. 服薬 | 12. 認知症状への対応 | |

問5 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)

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた(転職除く) | 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く) | 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| 3. 主な介護者が転職した | 6. わからない |

問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。(1つを選択)

※「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。

1. フルタイムで働いている(問6-1へ) 3. 働いていない(問7へ)
2. パートタイムで働いている(問6-1へ)

問6-1 問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」と回答した方にお伺いします。介護休暇を取得できる職場環境だと思いますか。(1つを選択)

1. とてもそう思う 3. どちらでもない 5. 全く思わない
2. ややそう思う 4. あまり思わない

問6-2 問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. わからない

問6-3 問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 7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実 8. 介護をしている従業員への経済的な支援
3. 制度を利用しやすい職場づくり 9. その他
4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など) 10. 特にない
5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワークなど) 11. わからない
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供

問6-4 問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 | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 5. わからない |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | |

問7 在宅介護を継続するにあたって、不安を感じていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. とても不安を感じる | 3. どちらでもない | 5. 全く不安を感じない |
| 2. やや不安を感じる | 4. あまり不安を感じない | |

問8 介護をするうえで困っていることについて、ご回答ください。(3つまで選択可)

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. 日中、家を空けることを不安に感じる | 9. 身体的負担が大きい(睡眠不足・腰痛など) |
| 2. 介護にストレスを感じることもある | 10. 経済的不安が大きい |
| 3. 精神的負担が大きい | 11. どこに相談していいか、わからないことがある |
| 4. 自分の自由になる時間を持ってない | 12. 医療と介護について総合的に相談できる窓口がない |
| 5. 認知症状への対応方法がわからない | 13. 夜間・休日など相談したい時間に相談窓口が空いていない |
| 6. 適切な介護方法がわからない | 14. その他() |
| 7. 家事や育児、仕事が思うようにできない | 15. 特にない |
| 8. 夜間の介護負担が大きい | |

問9 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)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 10. 認知症状への対応 |
| 2. 夜間の排泄 | 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 12. 食事の準備(調理等) |
| 4. 入浴・洗身 | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 6. 衣服の着脱 | 15. その他 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 16. 不安に感じていることは特にない |
| 8. 外出の付き添い、送迎等 | 17. わからない |
| 9. 服薬 | |

問10 介護にかかっている時間は1日あたり何時間ですか。(1つを選択)

※宛名の方を複数名で介護している場合は、複数名の合計時間を選択してください。

- | | | |
|-----------|----------------|-----------|
| 1. ほとんど終日 | 3. 2～3時間程度 | 5. その他() |
| 2. 半日程度 | 4. 必要な時に手を貸す程度 | 6. わからない |

問11 介護について以下のような人に気軽に話すことができますか。(複数選択可)

- | | | |
|------------|------------------|------------|
| 1. ケアマネジャー | 5. 民間企業 | 9. その他() |
| 2. 家族・友人 | 6. 高齢者あんしん相談センター | 10. 相談先がない |
| 3. 近所の人 | 7. はちまるサポート | |
| 4. 地域団体 | 8. 同じように介護をしている人 | |

問12 現在の暮らしが地域の人に支えられていると感じますか。(1つを選択)

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. 日常的に関わりを持っていて、支えられていると感じる | 3. 支えられていると感じない |
| 2. 必要なときは支えられていると感じる | |

問13 以下のような介護者への支援について、どの程度ご存知ですか。それぞれの支援への理解度をご回答ください。(それぞれ1つに○)

団体・制度	①使い方や制度について詳しく知っている	②何となく知っているが、詳細は知らない	③知らない、または支援や制度がない
(1)介護休業制度	1	2	3
(2)会社等による補助制度	1	2	3
(3)民間企業による有料サービス	1	2	3
(4)介護保険サービス	1	2	3
(5)市・国等実施の支援事業(例:おむつ代助成(市)、介護休業給付金(国)など)	1	2	3
(6)家族介護者同士の交流	1	2	3

問14 介護の知識(移動させるときの介助の仕方、認知症の方への接し方など)について、以下のうちから教わったり、学んだりしたことはありますか。(複数選択可)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------------------|
| 1. 介護施設やヘルパーなど | 4. 近所の人 | 7. 市配布の冊子等 |
| 2. ケアマネジャー | 5. 民間企業主催の研修等 | 8. 本・インターネット等 |
| 3. 地域団体 | 6. 市主催の研修等 | 9. その他() |
| | | 10. 教わったり、学んだりしたことはない |

問15 次に挙げるような高齢者福祉にかかわる制度や団体の中で、知っているもの及び参加・相談の有無について、ご回答ください。(それぞれ1つに○)

団体・制度	①知っているし、参加・相談したこともある	②知っているが、参加・相談したことはない	③知らない
(1)高齢者あんしん相談センター	1	2	3
(2)はちまるサポート	1	2	3
(3)認知症地域支援推進員	1	2	3
(4)認知症カフェ	1	2	3
(5)認知症家族会	1	2	3
(6)在宅医療相談窓口	1	2	3
(7)地域福祉権利擁護事業	1	2	3
(8)成年後見制度	1	2	3
(9)チームオレンジ	1	2	3
(10)八王子ケアラズカフェ わたぼうし	1	2	3

記入が終わったら

- 調査票の1枚目をキリトリ線に沿って切り取ってください。
切り取った1枚目は、破棄して構いません。
- 調査票を返信用封筒(切手不要)に入れて、令和8年3月4日(水)までにポストに投函してください。
- 調査票、返信用封筒に名前の記入は不要です。

