

# 近江八幡市 在宅介護実態調査

## 調査ご協力をお願い

日頃より、近江八幡市の高齢者福祉及び介護保険行政に、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この調査は、近江八幡市内にお住まいの要支援・要介護認定をお持ちの高齢者 1,100 人を対象に、「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、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

近江八幡市 福祉保険部 介護保険課

お問い合わせ  
(平日8:30~17:15)

TEL 0748-33-3511  
FAX 0748-31-2037

## ご記入に際してのお願い

1. 回答にあたっては表紙ラベルのあて名の本人についてお答えいただきますが、家族の方や本人を担当しているケアマネジャーが本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されても結構です。
2. 調査票記入後は3つ折りにし同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、令和7年〇月〇日(〇)までに投函してください。

記  
入

該当する番号を○で囲んでください。

1. はい

2. いいえ

## 【個人情報の取り扱いについて】

個人情報の保護及び活用目的は、以下のとおりとなっています。

また、本調査票の返送をもって、以下の内容に同意いただいたものとさせていただきます。なお、調査票右上に印字している調査票番号は、回答を取りまとめるための管理番号です。

※同意されない方は、返送いただかなくて結構です。

### ■個人情報の保護及び活用目的について

- この調査は、ご本人の性別や年齢、お住まいの地域などを明確にした上で、地域における課題や効果的な高齢者福祉施策等の立案と効果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、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、本市における高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の検討の際の基礎資料としてのみ活用させていただきます。
- また、当該情報については、市で適切に管理します。
- 高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定時に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・分析することがあります。(氏名などの個人情報は登録しません。)

【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（複数選択可）】

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

## A票

### 調査対象者様ご本人について、お伺いします

**問1** 世帯類型について、ご回答ください【1つ〇を付けてください】

- |         |           |        |
|---------|-----------|--------|
| 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つ〇を付けてください】

- |             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 1. ない       | 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない |
| 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** 介護認定を受けたきっかけについて、ご回答ください【複数選択可】

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 家族からすすめられて        | 2. 病院（医師、相談員等）ですすめられて |
| 3. 地域包括支援センターですすめられて | 4. ご近所の方からすすめられて      |
| 5. 親戚にすすめられて         | 6. 身体の不調を感じて          |
| 7. 周りの人が受けた（受けている）から | 8. その他                |

**問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【複数選択可】

- |                       |             |                   |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 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）について、ご回答ください【複数選択可】

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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6** 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○を付けてください】

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7** ご本人（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）
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・聴覚障がいを伴うもの）
14. その他
15. なし
16. わからない

**問8** ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか【1つ○を付けてください】

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を含みません。

**問9** 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○を付けてください】

1. 利用している
2. 利用していない

**問10** 問9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【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
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分からない
9. その他

**問11** 週に1回以上は外出していますか【1つ○を付けてください】

1. ほとんど外出しない
2. 週1回
3. 週2～4回
4. 週5回以上

**問 12** ACP（自らが望む人生の最終段階における医療ケアについて本人や家族、医療者たちと前もって繰り返し話しあう取り組みのこと）について知っていますか。【1つ〇を付けてください】

1. 名称も内容も知っている                  2. 名称は聞いたことがあるが、内容は知らない  
3. 名称も内容も聞いたことがない

**問13** 自分の終末期の希望（治療や療養の場所等）について、家族に話したり伝えたりしたことがありますか【1つ○を付けてください】

1. ある                                  2. ない

**問 14** 自分にもしものことがあった時のために、伝えておきたいことをまとめておくノート（エンディングノート）を作成していますか【1つ○を付けてください】

1. 作成している  
2. 作成していないが、今後作成してみたい  
3. 作成していないし、今後も作成する予定はない

**問 15** 市の保健・福祉・介護保険サービスに関する情報は、主にどこから得ていますか【複数選択可】

- |                    |                                 |                  |
|--------------------|---------------------------------|------------------|
| 1. 家族              | 2. 友人・知人                        | 3. 民生委員          |
| 4. 市役所の窓口          | 5. 市役所のホームページ                   | 6. 広報誌           |
| 7. 地域包括支援センター      | 8. 保健センター                       | 9. 社会福祉協議会       |
| 10. 病院、診療所、歯科医院、薬局 | 11. 介護保険サービス事業者（ケアマネジャー等）       |                  |
| 12. 地域の商業施設や商店     | 13. 回覧                          | 14. ケーブルテレビ（ZTV） |
| 15. SNS            | 16. その他（                      ） | 17. 特にない         |

**問 16** 地震や風水害などの災害時に対し、対策していることはありますか【複数選択可】

1. 災害に関する情報（避難指示や勧告など）の入手方法を確認できている
2. 避難時等、どこ（だれ）に助けをもとめるか確認できている
3. 避難所や安全な場所まで避難する経路や方法の確認ができている
4. 食料品や飲料水の備蓄ができている
5. 自分や家族の安否の伝達方法を確認できている
6. 避難時に持ち出すもの（薬や衛生物品等）の準備ができている
7. その他（ ）
8. 特に対策はしていない

**問 17** 市では、災害時の支援体制づくりとして、自力での避難が難しい方（避難行動要支援者）を対象に市への登録申請を受け付けています。この制度を知っていますか【1つ〇を付けてください】

1. 内容まで知っている      2. 名前は聞いたことがある      3. 知らない

**問 18** ご本人（調査対象者）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○を付けてください】

1. 思う                                      2. 思わない                                      3. わからない

**問 19** ご本人（調査対象者）は、地域で何かしらの役割を果たしていると思いますか【1つ○を付けてください】

1. 思う                                      2. 思わない                                      3. わからない

**問 20** ご本人（調査対象者）は、自分らしく暮らしていると思いますか【1つ○を付けてください】

1. 思う                                      2. 思わない                                      3. わからない

**問 21** 在宅生活の様々な場面において、ご本人（調査対象者）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○を付けてください】

1. 思う                                      2. 思わない                                      3. わからない

**問 22** 現在、ご本人（調査対象者）が楽しみにしている（続けている）ことを教えてください【複数選択可】

1. ラジオ体操やグラウンド・ゴルフ、ウォーキングなどで体を動かす
2. いろいろな場所に出かけたり、旅行に行く
3. カラオケで歌ったり、料理を作るなど好きなことをする
4. 自分のお気に入りの場所でゆったりと過ごす
5. 家族、友人や仲間とおしゃべりする
6. 仕事やボランティア活動に行く
7. 家事など家のこと
8. 孫の世話
9. その他（                                      ）

**問 23** ご本人（調査対象者）は安心して過ごせる居場所がありますか【1つ○を付けてください】

1. ある                                      2. ない

**問 24** ご本人（調査対象者）は、やりたいことはありますか【1つ○を付けてください】

1. ある                                      2. ない

**問 25** 今後、認知症施策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか【複数選択可】

1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり
2. かかりつけ医が認知症の治療もできるようにしてほしい
3. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実(行方不明になった時に、位置情報が検索できる機器など)
4. 認知症の人が利用できる介護施設・人材の確保
5. 専門医が近くにいとよい
6. 病院受診や介護などの相談体制の充実(土・日曜日の相談、インターネットによる相談など)
7. 地域の人たちがお茶を飲んだり、体操をするなど、身近で定期的に交流できる場所があるとよい
8. 認知症の予防・重症化予防のための教室
9. 認知症への正しい理解を広める啓発活動
10. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実
11. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会
12. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
13. 認知症の人を支援するボランティアの養成
14. 若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実

- **A票の問2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、無回答で結構です)。**

※主な介護者様（もしくはご本人様）にご回答・ご記入をお願いします。

**問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）【複数選択可】

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** ご家族やご親族の中で、調査対象者（ご本人）の介護を主な理由として、過去 1 年の間に学業に支障が出た方はいますか【複数選択可】

1. 主な介護者が学校を辞めた
2. 主な介護者以外の家族・親族が学校を辞めた
3. 主な介護者が休学した
4. 主な介護者以外の家族・親族が休学した
5. 義務教育のため、辞めたり、休学したりはしていないが休みがちになった。
6. 介護のために学校を辞めた、休学した家族・親族はいない
7. わからない

**問3** 主な介護者の方は、どなたですか【1つ○を付けてください】

- |        |          |          |
|--------|----------|----------|
| 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つ○を付けてください】

- |       |       |
|-------|-------|
| 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○を付けてください】

- |          |        |          |          |        |
|----------|--------|----------|----------|--------|
| 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** 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】

〔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** 介護が必要になった時やその後、介護のことや生活のことなどについて相談しましたか【1つ〇を付けてください】

- |         |            |
|---------|------------|
| 1. 相談した | 2. 相談しなかった |
|---------|------------|

**問8** 問7で「1」と回答した方にお伺いします。相談した相手を選択してください【複数選択可】

- |                      |                                   |                 |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|
| 1. 家族                | 2. かかりつけ医                         | 3. 認知症の専門医      |
| 4. 介護施設のスタッフ         | 5. ケアマネジャー                        | 6. 地域包括支援センター職員 |
| 7. 知人・友人             | 8. ご本人の職場の上司や同僚、専門職（産業医、保健師、看護師）等 |                 |
| 9. 介護者の職場の上司や同僚、専門職等 | 10. 近隣住民                          |                 |
| 11. その他（             |                                   | ）               |

相談した相手の中で、最も相談した人一人を選択し、番号を記入してください。（

**問9** 問7で「2」と回答した方にお伺いします。相談しなかった（できなかった）理由は何ですか【1つ〇を付けてください】

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1. 相談する必要がなかった | 2. 相談したいが相談先が分からなかった |
| 3. その他（        | ）                    |

**問10** 主な介護者の方は、認知症の疑いを感じた場合、家族・親戚・知人以外で最初にどこに（だれに）相談（受診）すると思いますか。【複数選択可】

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. かかりつけ医      | 2. 誰にも相談しない   | 3. もの忘れ外来 |
| 4. 相談先がわからなかった | 5. 地域包括支援センター | 6. 市役所    |
| 7. 民生委員        | 8. その他        |           |



**問 11** 主な介護者の方は、認知症の方を介護する場合、行政からどのような支援があればよいと思いますか【複数選択可】

1. 家族で介護するための方法や助言を相談できる体制の充実
2. 経済的な支援
3. 認知症に関する相談相手や情報の提供
4. 介護保険以外の高齢福祉サービスの充実
5. 介護をしている人の苦勞や認知症について住民が理解できるような啓発
6. 認知症の人が宿泊できる施設の整備

**問 12** 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○を付けてください】

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

問 13～15 へ

次ページ問 16 へ

※「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 13** 問 12 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【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. 主な介護者に確認しないと、わからない

**問 14** 問 12 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 15** 問 12 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けそうですか。【1つ〇を付けてください】

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、全員の方にお伺いします。**

**問 16** 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】**

〔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〕

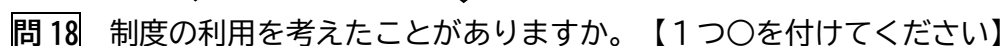
12. 食事の準備（調理等）      13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）  
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

〔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

**問 17** 判断能力が不十分な高齢者や障がい者の権利を保護する「成年後見制度」についておたずねします。あなたは、成年後見制度を知っていますか。【1つ○を付けてください】

1. よく知っている    2. 名称は聞いたことがあるが詳しくは知らない    3. 知らない



1. 既に利用または検討している    2. 検討したが利用に至っていない    3. 利用予定はない



1. 本人が必要な福祉・医療サービスの利用を拒否し、契約できない状態だったから
2. 金銭管理や財産管理に不安があるから
3. 悪質な訪問販売など消費者被害にあったから
4. 他の親族等から経済的虐待を受けているから
5. 親族が高齢で今後のことを考え制度利用が必要だと感じたから
6. 本人の支援ができないから
7. 利用のきっかけは知らない
8. その他（ ）

**問 20** 制度を実際に利用する場合に不安に思うことは何ですか。【複数選択可】

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. どのように手続きするのかわからない  | 2. 利用すると、どうなるのかわからない |
| 3. 費用がどのくらいかかるのかわからない | 4. 誰が成年後見人になるか不安     |
| 5. 家族との違いがわからない       | 6. 不正が怖い             |
| 7. 特に必要のない制度と考えている    |                      |

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

調査票記入後は3つ折りにし同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、**令和7年12月〇日（〇）**までに投函してください。