

## 栗東市 高齢者の日常生活等に関する調査

### 【 在宅介護実態調査 】

#### ● 調査ご協力のお願い ●

皆さまには、栗東市介護保険事業にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

この度、栗東市では、要介護1～5に該当するすべての在宅生活の方を対象に、「在宅介護実態調査」を行わせていただくことになりました。なお、前回調査では、646 人の方からご回答をいただいております。

この調査は、日常生活や健康、保健福祉に関するご意見などをお聞かせいただく目的で行うもので、結果については第10期栗東市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のための基礎資料とさせていただきたいと考えております。

つきましては、お手数をおかけしますが、調査の主旨をご理解の上、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年12月

栗東市長

#### ご記入にあたって

- 回答時間の目安は15～20分です。
- この調査は、あて名のご本人にお答えいただく趣旨のものですが、ご家族の方などがご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。なお、ご本人が何らかの事情により回答できない場合で、どなたも代筆できない場合には、そのまま返送してください。
- ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。
- 原則として、令和7年12月1日(基準日)現在の状況についてお答えください。
- 記入は黒のボールペンか鉛筆でお願いします。
- 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。
- 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。

栗東市 長寿福祉課 高齢福祉係

電話 077(551)1940

FAX 077(551)0548

回答が終わりましたら、記入もれなどがないか確認していただき、同封の返信用封筒に入れて、12月26日(金)までに郵便ポストに投函してください。切手を貼る必要はありません。

## ○個人情報の取り扱いについて

- 1 調査内容は、効果的な保健福祉行政の立案と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、第 10 期栗東市高齢者福祉計画・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。また、当該情報については、本市内で適切に処理いたします。
- 2 ただし、高齢者福祉計画・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。

なお、調査票の返信をもって、この調査への趣旨に同意していただけたものとさせていただきます。

ご回答を頂いているのは、どなたですか（あてはまるものすべてに○）

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 1. ご本人                    | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者 <u>以外</u> の家族・親族 | 4. その他              |

**A**    ご本人について

（１）ご本人の性別を教えてください。（１つだけ○）

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

（２）ご本人の年齢を教えてください。（１つだけ○）

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 65 歳未満    | 2. 65 歳～69 歳 | 3. 70 歳～74 歳 |
| 4. 75 歳～79 歳 | 5. 80 歳～84 歳 | 6. 85 歳～89 歳 |
| 7. 90 歳以上    |              |              |

（３）ご本人がお住いの小学校区を教えてください（１つだけ○）

- |       |        |        |
|-------|--------|--------|
| 1. 金勝 | 2. 葉山  | 3. 葉山東 |
| 4. 治田 | 5. 治田東 | 6. 治田西 |
| 7. 大宝 | 8. 大宝東 | 9. 大宝西 |

（４）ご本人の要介護認定区分を教えてください（１つだけ○）

※12 月 1 日時点の認定状況

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 要介護 1 | 2. 要介護 2 | 3. 要介護 3 |
| 4. 要介護 4 | 5. 要介護 5 |          |

## B

## ご本人について

(1) 世帯類型を教えてください(1つだけ○)

1. 単身世帯                      2. 夫婦のみ世帯                      3. その他

(2) ご家族やご親族の方からのご本人の介護は、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つだけ○)

1. ない                       (8) 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

(3) へお進みください

(3) 主な介護者の方は、どなたですか。ご本人からみた続柄でお答えください  
(1つだけ○)

1. 配偶者                      2. 子                      3. 子の配偶者  
4. 孫                      5. 兄弟・姉妹                      6. その他

(4) 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つだけ○)

1. 男性                      2. 女性                      3. その他

(5) 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つだけ○)

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

(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  
(あてはまるものすべてに○)

〔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 |
|----------|---|-----------|

(7) ご家族やご親族の中で、ご本人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）  
(あてはまるものすべてに○)

- |  |
|--|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）                  |
| 2. 主な介護者 <u>以外</u> 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 <u>以外</u> 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。

【ここから再び、全員におうかがいします】

(8) 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つだけ○)

1. 利用している

2. 利用していない

→ (9)へお進みください

→ (8) ①へお進みください

【(8)で「2. 利用していない」と回答した方のみ】

①介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(あてはまるものすべてに○)

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( )

【ここから再び、全員におうかがいします】

(9) 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(あてはまるものすべてに○)

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・福祉タクシーなど)

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

(10) 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  
(あてはまるものすべてに○)

- |                   |                        |             |
|-------------------|------------------------|-------------|
| 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・福祉タクシーなど） |             |
| 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。

(11) 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つだけ○)

- |                      |   |                |
|----------------------|---|----------------|
| 1. 入所・入居は検討していない     | } | (12) へお進みください  |
| 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 | → | (11) ①へお進みください |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、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、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

【(11) で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」の方のみ】

① すでに入所・入居の申し込みをしているのはどの施設ですか  
(あてはまるものすべてに○)

- |                   |            |                   |
|-------------------|------------|-------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム      | 2. 老人保健施設  | 3. 医療院（介護療養型医療施設） |
| 4. 特定施設（有料老人ホーム等） | 5. グループホーム |                   |
| 6. 地域密着型特別養護老人ホーム |            |                   |

【ここから再び、全員におうかがいします】

(12) 現在ご本人が抱えている傷病について、ご回答ください

(あてはまるものすべてに○)

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

(13) 現在ご本人が、家族からや介護保険サービスで受けている医療的ケアは何ですか（あてはまるものすべてに○）

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 1. 点滴の管理        | 2. 人工肛門、人工膀胱（ストーマ）の処置 |
| 3. 在宅酸素療法       | 4. 人工呼吸器（レスピレータ）      |
| 5. たんの吸引        | 6. 強い痛みに対する点滴や飲み薬     |
| 7. 経管栄養（胃ろうを含む） | 8. 床ずれ(じょくそう)の処置      |
| 9. 排尿のための管の挿入   | 10. インスリン注射（血糖測定含む）   |
| 11. リハビリテーション   | 12. 該当なし              |



(14) 現在ご本人は、訪問診療を利用していますか（1つだけ○）

1. 利用している

2. 利用していない

※訪問診療とは、「定期的かつ計画的な医師の訪問」です。突発的な病状の変化に対し、「臨時的に来てもらう往診」とは異なります。

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

(15) 定期服薬中の薬について、年に1回程度は薬剤師に副作用や飲み合わせについて相談していますか。（1つだけ○）

1. はい

2. いいえ

3. 定期服用している薬はない

(16) 今後、ご本人はどこで介護を受けたいと思っておられますか（1つだけ○）

1. 自宅で、介護をしてもらいたい

2. 特別養護老人ホームや老人保健施設などに入所したい

3. その他（ ）

4. わからない

(17) 現在ご本人は、どの程度幸せですか（1つだけ○）  
（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）

とても  
不幸

とても  
幸せ

0点

1点

2点

3点

4点

5点

6点

7点

8点

9点

10点

●ご家族や親族から介護を受けている方については、次ページの「主な介護者」の方に関するCの設問へのご回答・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）。

## C 主な介護者について

(1) 主な介護者の方の健康状態はいかがですか (1つだけ○)

- |            |         |
|------------|---------|
| 1. とてもよい   | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |

(2) 主な介護者の方以外に、介護者がいますか (1つだけ○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

(3) 主な介護者の方とご本人の同居状況を、ご回答ください (1つだけ○)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 同居              | 2. 別居 (主な介護者が県内在住) |
| 3. 別居 (主な介護者が県外在住) |                    |

(4) ご本人の通院に、いつも同行する方がいますか (1つだけ○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

(5) 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つだけ○)

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

(5) ①へお進みください

(6) へお進みください

※「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。

【(5)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」と回答した方のみ】

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(あてはまるものすべてに○)

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(テレワーク)」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

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

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、全員におうかがいします】

(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○）

〔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 |   |                     |

(7) 在宅介護を継続していくためには、どのようなサービスを充実することが必要と考えますか(3つまで○)

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1. 訪問介護             | 2. 訪問入浴介護      |
| 3. 訪問リハビリテーション      | 4. 訪問看護        |
| 5. 通所介護(地域密着型を含む)   | 6. 通所リハビリテーション |
| 7. 短期入所生活介護         | 8. 短期入所療養介護    |
| 9. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 10. 認知症対応型通所介護 |
| 11. 小規模多機能型居宅介護     | 12. 居宅療養管理指導   |

(8) 特別養護老人ホームや老人保健施設などへの入所、訪問介護(ホームヘルプサービス)や通所介護(デイサービス)などサービス利用が多くなれば、保険料も上がることになります。あなたは、今後の栗東市の介護サービスと保険料についてどのように考えますか。(1つだけ○)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 保険料が高くてもサービスが充実しているほうがよい  |
| 2. サービスは充実していなくても保険料が安いほうがよい |
| 3. 全国平均並みの保険料がよい             |
| 4. その他                       |

(9) 介護している人が、互いに交流を図る中で介護の孤独感や不安感などの問題を解決するために活動している「介護者の会」や「認知症の人と家族の会」を知っていますか(1つだけ○)

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

<p>(10) 自分自身や家族が認知症になっても、住みなれた地域で希望を持って暮らしていくためには、何が必要であると思いますか（あてはまるものすべてに○）</p>	
1. 認知症について正しく知ること	2. 専門医を受診すること
3. 家族の理解・支え	4. 地域の理解・支え
5. 相談できる仲間がいること	6. 相談できる場があること
7. （認知症本人が）自分の思いを伝えられる機会があること	
8. （認知症家族同士が）交流できる機会があること	
9. 介護保険サービス・福祉サービスの充実	
10. 特に必要なものはない	
11. その他（ ）	
<p>(11) 地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢のみなさんを介護、福祉、健康、医療など様々な面から総合的に支えるため、市内に3カ所設けられています。あなたは、地域包括支援センターを知っていますか（1つだけ○）</p>	
1. 知っている	2. 知らない

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■