

知立市在宅介護実態調査

～ご協力をお願い～

皆様には、日頃より市政推進に当たりご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

このたび、「第 10 期介護保険事業計画・第 11 次高齢者福祉計画」を策定することとなりました。この調査は、皆様のお考えやご意見を基に「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた貴重な資料として「第 10 期介護保険事業計画・第 11 次高齢者福祉計画」に反映していくためのものです。

本市では皆様のご意見を参考に、計画を進めてまいりたいと考えております。

つきましては、本市にお住まいの要介護等認定を受けて在宅で生活している方を対象に、アンケート調査票をお送りさせていただきました。

お忙しい中、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。本調査の結果につきましては、本市ホームページで公表します。

2026 年 1 月

知立市長 石川 智子

ご回答にあたっての注意事項

◎ご記入いただいた調査票は、3 つ折りで同封の返信用封筒に入れ（切手不要）、2026 年 1 月〇〇日（〇）までに、郵便ポストに投函してください。

◎インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。
・右の QR コードを読み込むか、下記の URL にアクセスし、設問に沿って順番にご回答ください。

<https://〇〇〇〇〇〇〇>

本調査についてのご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

QR コードを
追加

知立市保険健康部長寿介護課

TEL 0566-83-1111（内線 128・147・148・149）

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について】

- この調査は、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」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行うものです。本調査で得られた情報につきましては、当市による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、適切に管理いたします。
- ただし、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当市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

上記に記載の個人情報の取り扱いについて同意します▶



A票

調査対象者様ご本人について、うかがいます

1. あて名の方ご自身のことについて

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。(〇はいくつでも)【基本】

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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 世帯類型について、ご回答ください。(〇は1つ)【基本】

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 単身世帯 → 問3へ | 2. 夫婦のみ世帯 → 問2-1へ |
| 3. その他 → 問2-1へ | |

問2で「2. 夫婦のみ世帯」「3. その他」を選んだ方におうかがいします。

問2-1 ご本人は、日中一人になることがありますか。(〇は1つ)【独自】

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 週5日以上ある | 2. 週に3～4日ある |
| 3. たまにある | 4. ない |

問3 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。(〇は1つ)【基本】

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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(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。(〇はいくつでも)【任意】

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 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 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。(〇はいくつでも)【独自】

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 民生委員 |
| 5. 病院 | 6. 薬局 |
| 7. 地域包括支援センター | 8. 市役所 |
| 9. その他 () | 10. そのような人はいない |

問6 外出を控えていますか。(〇は1つ)【独自】

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. はい → 問6-1へ | 2. いいえ → 問7へ |
|---------------|--------------|

問6で「1. はい」を選んだ方におうかがいします。

問6-1 外出を難しくしている理由は、次のどれですか。(〇はいくつでも)【独自】

- | | |
|----------------------|---|
| 1. 病気 | 2. 障がい (脳卒 ^{のうそっちゅう} 中 ^{ちゅう} の後遺症 ^{こういしょう} など) |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配 (失禁など) |
| 5. 耳の障がい (聞こえの問題など) | 6. 目の障がい |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない (バス、電車など) | 10. 移動手段がない (自家用車、シルバーカーなど) |
| 11. 感染予防のため | 12. その他 () |

問7 どのようにして外出していますか。(〇はいくつでも)【独自】

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 |
| 3. バイク | 4. 自動車 (自分で運転) |
| 5. 自動車 (人に乗せてもらう) | 6. 電車 |
| 7. バス (路線バス・ミニバス) | 8. 病院や施設のバス |
| 9. 車いす | 10. 電動車いす (カート) |
| 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー |
| 13. その他 () | |

2. 認知症について

問8 あなたは、2024年12月に「認知症施策推進基本計画」において示された「新しい認知症観」※について知っていますか。(〇は1つ)【新規】

- | | | |
|----------|----------------|---------|
| 1. 知っている | 2. 言葉を聞いたことがある | 3. 知らない |
|----------|----------------|---------|

※「認知症になったら何もできなくなるのではなく、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる」という考え方のことをいいます。

3. 介護保険サービスについて

問 12 最近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) 【基本】

1. 利用した → 問 13へ

2. 利用していない → 問 12-1へ

問 12 で「2. 利用していない」を選んだ方におうかがいします。

問 12-1 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) 【任意】

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 13 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。(民間の自費サービスを含む) (○はいくつでも) 【任意】

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 宅配給食 | 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 | |

問 14 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。(○は3つまで) 【任意】

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 宅配給食 | 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 | |

4. 在宅医療について

問 15 日ごろから治療や指導を受けたり、健康について相談できる「かかりつけ医」がいますか。(〇は1つ)【独自】

1. はい

2. いいえ

問 16 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。(〇は1つ)【基本】

1. 利用している → 問 17 へ

2. 利用していない → 問 16-1 へ

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等を含みません。

問 16 で「2. 利用していない」を選んだ方におうかがいします。

問 16-1 訪問診療を利用していない理由を教えてください。【独自】

1. 現状では利用するほどの状態ではない 2. 本人に利用の希望がない

3. 利用料を払うのが難しい

4. サービスを受けたいが利用方法がわからない

5. その他 ()

5. 今後の介護の希望について

問 17 今後、どのように介護してほしいと思いますか。(〇は1つ)【独自】

1. 自宅で家族だけで介護してほしい

2. 自宅で家族の介護の他に、介護保険の在宅サービスなどを利用したい

3. 自宅で介護保険の在宅サービスなどだけで生活したい

4. グループホームや有料老人ホームなどの家庭的な雰囲気の施設を利用したい

5. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設を利用したい

6. その他 ()

6. 終末期の考え方について

問 18 あなたご自身が病気などで最期を迎えるとしたら、どこで迎えたいと思いますか。(〇は1つ)【独自】

1. 自宅

2. 病院

3. 施設

4. その他 ()

5. わからない

問 19 「人生会議(ACP)」※について、知っていますか。(〇は1つ)【独自】

1. よく知っている

2. 言葉を聞いたことはある

3. 知らない

※万が一のときに備えて、どのような治療やケアを希望するかについて、家族等やかかりつけ医等と繰り返し話し合うことをいいます。

問 24 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) 【基本】

1. ない ⇒ 調査は終了です

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

B票へ進んでください

- A票の問 24 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)。

B票

主な介護者の方について、うかがいます

問 25 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)【基本】

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 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 26 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つ)【任意】

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

問 27 主な介護者は、あて名の方と同居していますか。(○は1つ)【独自】

- | | | |
|-------|----------------|-------------|
| 1. 同居 | 2. 別居 (市内・近隣市) | 3. 別居 (その他) |
|-------|----------------|-------------|

問 28 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)(○はいくつでも)【基本】

- | |
|-------------------------------|
| 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 29 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)
【任意】

【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 30 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) 【基本】

【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 31 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) 【基本】

- | | | | |
|-----------------------|---|------------------------|---|
| 1. フルタイムで働いている | → | 問 31-1, 問 31-2, 問 31-3 | へ |
| 2. パートタイムで働いている | → | 問 31-1, 問 31-2, 問 31-3 | へ |
| 3. 働いていない | → | 問 32 | へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | → | 問 32 | 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 31 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」を選んだ方におうかがいします。

問 31-1 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をしていますか。(○はいくつでも)【基本】

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 31-2 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)【任意】

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 31-3 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)【基本】

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

問 32 地域包括支援センターの役割として知っているものはどれですか。(〇はいくつでも)
【独自】

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. 介護予防講座の開催 | 2. 高齢者虐待の相談を受け、対応する |
| 3. 成年後見制度の利用支援 | 4. 介護のこと、介護保険利用の相談窓口 |
| 5. 要支援の認定を受けた人のケアプラン作成 | |
| 6. 地域のネットワークづくり | 7. ケアマネジャーへの支援や指導 |
| 8. すべて知らない | |

問 33 在宅で介護するために、ご本人と家族にとってどのようなことが重要だと思いますか。
(〇はいくつでも) 【独自】

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 在宅医療が受けられること | 2. 緊急時にサービスが利用できること |
| 3. 夜間にサービスが利用できること | 4. 介護者に対する周囲の理解（評価） |
| 5. 介護保険サービスや認知症について学ぶ場 | |
| 6. 家族が介護手法を学ぶ場 | 7. 介護者同士が交流できる場 |
| 8. その他（ | ） |

問 34 高齢者福祉や介護保険について、ご意見・要望がありましたら、ご自由にお書きください。【独自】

以上で調査は終了です。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

表紙の個人情報同意のチェック欄に☑はありますか。記入漏れはありませんか。

お手数ですが、紙の調査票でご回答の方は、調査票を同封の返信用封筒に入れていただき、2026年1月〇日(〇)までに郵便ポストに投函し、郵送で提出してください。(切手は不要です)

(インターネットでご回答の方は、紙の調査票の提出は不要です)