

津島市 高齢者介護に関する調査

(在宅介護実態調査)

● 調査ご協力のお願い ●

市民のみなさまには、日頃より市政にご協力をいただき、ありがとうございます。

津島市では、令和8年度に高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを予定しております。この調査は、その計画を策定するために、みなさまのご意見やご要望をお聞きするための大切な調査です。

調査にあたり、津島市にお住まいの65歳以上の方のうち、令和7年10月末現在で要介護認定を受けている方の中から無作為に選ばせていただきました。

お答えいただいた内容は、この事業の統計としてのみ利用させていただきますので、みなさまにご迷惑をおかけすることは一切ございません。個人情報の保護には最大の注意を払っておりますので、実情に基づいてご回答いただき、ご協力をお願いいたします。

令和7年11月

津島市

〈ご記入にあたっての注意事項〉

- ◆ この調査は、できる限りご本人(封筒のあて名の人)がお答えください。対象の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。
- ◆ ただし、調査票の後半には、主な介護者の方にお答えいただく部分がございます。
- ◆ 原則として、令和7年10月31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や鉛筆などで、はっきりとお書きください。
- ◆ 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12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。

この調査票についてご不明な点などございましたら、
お手数ですが下記までお問い合わせください。

津島市役所 高齢介護課 電話 0567-24-1118

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ですので、ご確認ください。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- この調査は、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定の際の基礎資料とする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、当該目的以外には利用いたしません。
- 調査結果の分析にあたっては、津島市が管理する要介護認定データ（性別、年齢、要介護状態区分、居住学区等）を使用いたします。これらの情報については、集計・分析を委託する三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に個人を特定しない形で預託しますが、情報は適切に管理いたします。

問1 あなたのことについて

(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。(○はいくつでも) **基本**

- 調査対象者本人
- 主な介護者となっている家族・親族
- 主な介護者以外の家族・親族
- その他

(2) 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つ) **基本**

- 単身世帯
- 夫婦のみ世帯
- その他

(3) 現在の住まいについて、回答してください。(○は1つ) **独自**

- 一戸建て
- 集合住宅
- 高齢者住宅(サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム)
- その他

(4) 主となって介護や援助をしてくれる家族・親族・友人等は、どこに住んでいますか。(○は1つ) **独自**

- 同居している、隣近所
- 車などで10分かからないところ
- 車などで10~30分以内のところ
- 日帰りで帰れるところ
- 遠方で日帰りは難しいところ
- 介護や援助を期待できる人はいない

(5) 介護が必要になった主な原因は何ですか。(○はいくつでも) **独自**

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 老衰 |
| 3. 骨折 | 4. 骨・関節の痛みや変形 |
| 5. 心臓病 | 6. 認知症 |
| 7. がん | 8. パーキンソン病 |
| 9. 糖尿病性疾患 | 10. その他 |
| 11. わからない | |

問2 必要な介護やサービスの利用などについて

(1) 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。

(○は1つ) **基本**

1. 利用している → (2)にお進みください。
2. 利用していない



【(1)で「2」を選んだ方におうかがいします。】

(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) **オプション**

- | |
|----------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない |
| 2. ご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ぬ |
| 9. その他 |

【ここからは全員におうかがいします。】

(2) あなたは今後、どのような介護を受けたいですか。(○は1つ) **独自**

- | | |
|---|---------------------|
| 1. なるべく家族のみで、自宅で介護してもらいたい | } (3)に お進みください |
| 2. 介護保険制度のサービス(ホームヘルパー等)や福祉 サービス等を活用しながら 自宅で介護してもらいたい | |
| 3. 介護保険制度のサービス(ホームヘルパー等)や福祉 サービス等を活用しながら 高齢者住宅等で介護してもらいたい | } (2)-①に お進みください |
| 4. 施設や病院などに入所(入院)したい | |
| 5. わからない → (3)にお進みください。 | |

【(2)で「3」「4」を選んだ方におうかがいします。】

(2)-① その理由は何ですか。(○は2つまで)独自

1. 家が狭い、段差がある等、現在の住居が介護に適していないから
2. 経済的な理由(自己負担が少なくて済む)から
3. 家族に負担をかけたくない(負担になる)から
4. 待機期間を見込んで早めに入所(入院)を申し込んだから
5. 自宅では、急な容態変化や介護者の都合などの緊急時の対応の面で不安だから
6. ひとり暮らし(または高齢者世帯)であり、在宅の生活に不安を感じるから
7. 家族はいるが、介護の時間が十分にとれないから
8. 家族等介護者の健康状態がよくないため
9. 自宅では、認知症対応やリハビリなど専門的な介護が受けられないから
10. 認知症がある等、ほとんど24時間介護が必要だから
11. その他()

【ここからは全員におうかがいします。】

(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。(○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。

(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)オプション

※ 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。

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

(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。(○はいくつでも)オプション

※ 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。

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 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. 特になし |

(6) 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、話し合うこと(ACP:人生会議)を行っていますか。(○は1つ) **独自**

1. 自分ひとりで考えている
2. 家族や周囲の人と話し合っている
3. 家族や周囲の人と話し合い、記録を残している
4. 関心があり、今後行ってみたい
5. 今後も行うつもりはない

(7) あなたが、生きがいや楽しみを感じるのはどんなことですか。(○はいくつでも) **独自**

1. 仕事・生きがい就労(賃金や地位ではなく、生きがいを重視した就労)
2. 自治区・高齢者クラブ・ボランティアなどの地域活動
3. スポーツや運動
4. 旅行や娯楽などの外出
5. 散歩や買い物などの近所への外出
6. 趣味・文化活動
7. 家族や孫との交流
8. 友人や知人との交流
9. テレビやラジオの視聴
10. 食事
11. その他()
12. 特にない

(8) 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 → ここで調査は終了です。以降の回答は必要ございません。
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

以降の設問は、「主な介護者」の方がご回答・ご記入をお願いします。

※なお、「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様がご回答・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)

問3 主な介護者の方について《介護者への質問》

(1) 主な介護者の方は、どなたですか。ご本人からの続柄でお答えください。(○は1つ) **オプション**

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

(2) 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つ) **オプション**

1. 男性

2. 女性

(3) 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

(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)

オプション

〔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

(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) **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、特にない

17. 主な介護者に確認しないと、わからない

(6) ご本人やご家族等は、特に、どのようなことで自宅での介護を断念し施設等へ入所することになるとお考えですか。(○はいくつでも)**独自**

1. 食べること(の介護)が難しくなったとき
2. 排せつ(の介護)が難しくなったとき
3. 室内の移動(の介護)が難しくなったとき
4. 複雑な医療の処置が必要になったとき
5. 認知症等による問題行動が多くなったとき
6. 夜間の介護負担が大きくなったとき
7. (介護者が別居の場合)介護者の通いの負担が大きくなったとき
8. その他()

(7) 認知症に関する以下の取組について知っていますか。(○はいくつでも)**独自**

1. 認知症介護家族交流会
(認知症のご本人やご家族が、日頃の気になることや悩みなどを話せる場)
2. 認知症家族支援プログラム
(認知症の初期から中期の介護をしている介護者のための半年間の研修講座)
3. 認知症初期集中支援チーム
(複数の専門職が認知症の疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を集中的に行います)
4. 認知症カフェ
(認知症の人や家族が地域の人や専門家と交流し、お互いを理解し合う場)
5. 認知症サポーター養成講座
(認知症を正しく理解してもらい、認知症の人や家族を温かく見守る応援者になるための講座)
6. つしまオレンジサポーターの会
(認知症サポーターとして一人で活動するだけでなく、力を合わせて一緒に地域で認知症の人に対する支援活動に取り組む団体)
7. 認知症高齢者等事前登録
(認知症等の方が行方不明となった場合に備え、早期発見に向け、事前に顔写真等の情報を登録しておく制度)
8. 高齢者等見守りシール
(行方不明となる恐れのある認知症等の方に2次元コード付きシールを配布し、早期発見に役立てます)
9. 認知症高齢者等個人賠償責任保険
(事前登録のある認知症等の方が、他人の財産を壊すなど法律上の損害賠償責任を負った場合に補償します)
10. かえるネットつしま
(認知症の方が行方不明時に速やかに発見・保護するために登録者に情報をメールで配信し、捜索協力を願うネットワーク)
11. 1つも知らない

(8) 身近に介護について相談できる人はいますか。(○は1つ)**独自**

1. いる
2. いない

(9) 介護をしている方の健康状態はいかがですか。(○は1つ) **独自**

- 1. おおむね健康
- 2. 要支援・要介護の認定は受けていないが、健康上の問題を抱えている
- 3. 要支援の認定を受けている
- 4. 要介護の認定を受けている

(10) 介護に関して、どのようなことを知りたいですか。(○はいくつでも) **独自**

- 1. 介護保険制度や利用できるサービス
- 2. 自宅での運動やリハビリに関する知識
- 3. 身体介助に関する知識・技術
- 4. 認知症など、精神的な症状に関する知識・対応方法
- 5. 仕事と介護の両立のための方法や支援制度
- 6. 介護をしている人同士が交流できる場に関する情報
- 7. その他()
- 8. 特にない

問4 主な介護者の方の就労について《介護者への質問》

(1) 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
- 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。

【(1)で「1」または「2」を選んだ方におうかがいします。①②ともにお答えください。】

(1)-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) **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

(1)-② 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていくそうですか。(○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

【ここからは全員におうかがいします。】

(2) 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)。(○はいくつでも)**独自**

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。

(3) ご本人がずっと自宅で暮らし続けるためには、どのような支援があればいいと思いますか。(○はいくつでも)**独自**

1. 掃除や買い物など日常生活の支援を受けられること
2. 入浴や食事などの介助を自宅で受けられること
3. デイサービス等の通所サービスを必要な時に利用できること
4. 必要な時にいつでもショートステイや宿泊サービスが利用できること
5. 自宅で看護師による医療的なケアが受けられること
6. 自宅に医師が訪問して診療してくれること
7. 夜間や休日にも自宅で介護や看護のサービスを受けられること
8. 緊急時等にすぐに連絡が取れる仕組みがあること
9. 特にない

(4) その他、主な介護者の方からの介護・高齢者福祉に対するご意見・ご要望等がありましたら、ご自由にご記入ください。**独自**

アンケートはここまでです。ありがとうございました。

同封の返信用封筒に入れてご返送ください。