第 10 期

在宅介護実態調査

【調査票】

日ごろより、本市の高齢者福祉事業にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、令和8年度中に令和9年度から3年間の「第 10 期玉名市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」を策定いたします。

このアンケートは、皆様の日常生活の状況やご意見をおたずねし、計画策定の基礎資料とするものです。

なお、お答えいただきました内容につきましては、計画策定など政策づくりに活用させていただきます。その場合であっても、個々の調査票を関係者以外に公表したり、目的以外に使用することは一切ありません。

お忙しいとは存じますが、趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和7年12月　玉名市

回答方法

※回答期限　令和７年 12 月 26 日（金）

【回答サイトの二次元コード】

回答方法は、インターネットで回答いただく方法と、
同封の調査票に直接ご記入いただく方法があります。

①　インターネットで回答を行う場合

・以下の Web サイトにアクセスし、説明に従ってご回答ください。

https://smilesurvey.co/s/9ac0a9e7/o

※インターネットでご回答いただいた方は、本調査票の返送は不要です。

②　本調査票にご記入いただく場合

・回答は、この用紙に直接ご記入ください。

・ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れて、 郵便ポストへご投函ください。

・封筒や調査票にご住所・お名前を記入する必要はありません。

・調査票は○印で番号を囲むように濃くつけてください。

【調査実施主体】

玉名市　健康福祉部　高齢介護課

【問合せ先（調査委託機関）】

整理番号：00001（イメージ）

株式会社ライフパシフィックデザイン　電話：096-211-3514（土日祝日を除く９時～17 時）

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、本調査票の回収をもちまして、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。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策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、玉名市高齢者福祉計画及び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、市で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市町村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、個人が認識されない形で利用することがあります。

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頂いているのは、どなたですか（複数回答可）

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

問2　世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

問3　ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

1. 男性
2. 女性

問4　ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

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

問5　ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

1. 要支援1
2. 要支援2
3. 要介護1
4. 要介護2
5. 要介護3
6. 要介護4
7. 要介護5
8. わからない

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つを選択）

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7　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）
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8　令和7年11月の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(1つを選択)

1. 利用した　⇒問9へ

2. 利用していない　⇒問 10 へ

問9　問8で「1. 」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和7年11月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない(0回、1. 利用していない)」を選択してください(それぞれ1つに○)。

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	利用していない	週 1 回程度	週 2 回程度	週 3 回程度	週 4 回程度	週 5 回以上
(※回答例) ●●●サービス	0回	1回	(2回)	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護(デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション(デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護(※訪問のあった回数を回答)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無(1つに○)	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(1つに○)				
	利用していない	月 1～7 日程度	月 8～14 日程度	月 15～21 日程度	月 22 日以上
K. ショートステイ	0回	1～7 日	8～14 日	15～21 日	22 日以上

	1か月あたりの利用回数(1つに○)				
	利用していない	月1回程度	月 2 回程度	月 3 回程度	月 4 回程度
L. 居宅療養管理指導	0回	1 回	2 日	3 回	4 回

問 10 問8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

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問 11 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 12 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 13 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）

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は含みません。

問 14 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つを選択）

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 14 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、お伺いします

問1 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）

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 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3 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4 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　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5 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、特にない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問7　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）

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

→ 問8～問 10 へ

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

→ 調査は終了です

※「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8　<u>問7で「1．」「2．」と回答した方にお伺いします。</u>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9　問7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 10　問7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つを選択）

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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。