

淡路市在宅介護実態調査

市民の皆様には、日頃から本市の高齢者福祉・介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、老人福祉法及び介護保険法では、令和9年度から3年間の高齢者施策、介護保険の見込みについて、現状を踏まえて見直すことになっています。

本市においても、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の見直しをする必要があり、この度、市内在住の要支援・要介護認定を受けておられる方 1,000名を対象とした、「在宅介護実態調査」を実施することとなりました。本調査では、日頃の生活状況等についてお伺いし、この度策定する高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画の基礎資料にしたいと考えております。

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。

令和7年11月 淡路市

【記入に際してのお願い】

- 調査票を記入する際は、該当する番号を○で囲み、数字・その他の記入欄への記入もお願いします。
- 分かりにくい場合はケアマネジャーにご相談ください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、12月26日(金)までに投函してください。
- 調査のお問い合わせは次へお願いします。

淡路市 健康福祉部長寿介護課 電話：0799-64-2511

FAX：0799-64-2529

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、本調査票のご返送により、下記について同意をいただいたものと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、介護保険事業計画立案のほか関係事業実施の検討のために行うものです。本調査で得られたデータは、淡路市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定及び保健福祉事業の実施に活用いたします。また、当該情報については、淡路市で適切に管理いたします。
- 本調査で得られたデータは、厚生労働省の管理するデータベースに登録して、集計・分析をして活用いたします。

在宅介護実態調査 調査票

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 |

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 ご本人が住んでいる地域（令和7年11月1日時点）を教えてください（1つを選択）

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 津名地区 | 2. 岩屋地区 | 3. 北淡地区 |
| 4. 一宮地区 | 5. 東浦地区 | |

問6 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7 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8 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9 もしあなたが認知症になった場合、どのように暮らしていきたいですか（複数選択可）

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 認知症であることを誰にも知られたくない | |
| 2. 認知症であることを周りに理解して欲しい | |
| 3. 今までの仕事や趣味などを続けたい | 4. 友人や近所の人との交流を続けたい |
| 5. 出来るだけ自宅で暮らしたい | 6. 施設で暮らしたい |
| 7. その他（ | ） |

問 10 令和7年 10 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 11 へ |
| 2. 利用していない | ⇒問 12 へ |

問 11 問 10 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10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 12 問 10 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 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（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 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（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 15 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 16 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

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

調査は終了です

B票へ進んでください

- A票の間 16 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
 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8～問10へ

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 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、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 | |

問 11 「本当は利用したいけれど、何らかの理由で利用できていない」サービスはありますか（1つを選択）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 12 問 11 で「1. はい」と回答した方にお伺いします。

そのサービス名と、利用できていない理由を教えてください

サービス名（ ）

※サービス名がわからないときは、このアンケートの4頁問 11 を参照してご回答ください

問 13 問 11 で「1. はい」と回答した方にお伺いします。利用できない主な理由を教えてください（1つを選択）

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| 1. 事業所が遠く、家族の送迎が難しい | 2. 利用したいサービスが、時間帯や送迎範囲などの理由で利用できない |
| 3. 希望する曜日や時間に空きがない | 4. どのようなサービスがあるか情報がない |
| 5. 経済的な負担が大きい | 6. 本人が利用を嫌がる |
| 7. その他（ ） | |

問 14 災害時の避難について、不安ですか（1つを選択）

- | | |
|-------------|----------|
| 1. とても不安 | 2. 少し不安 |
| 3. あまり不安はない | 4. 不安はない |

問 15 問 14 で「1. とても不安」「2. 少し不安」と回答した方にお伺いします。どのようなことが不安ですか（複数選択可）

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 自力での避難が難しい | 2. 支援してくれる人がいない |
| 3. 避難場所での生活（介護や医療ケア） | 4. 避難場所を知らない |
| 5. 災害に関する情報が得にくい | 6. その他（ ） |

問 16 最近の体調はどうですか（1 つを選択）

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 非常に健康 | 2. まあ健康 |
| 3. 少し健康ではない | 4. 健康ではない |

問 17 介護の悩みや愚痴を気軽に話せる相手はいますか（1 つを選択）

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

問 18 介護の悩みや愚痴を気軽に相談できる場所を知っていますか（1 つを選択）

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

問 19 問 18 で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。それはどこですか（複数選択可）

- | | |
|------------|---------------|
| 1. 介護者サロン | 2. 地域包括支援センター |
| 3. ケアマネジャー | 4. 病院 |
| 5. その他（ | ） |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。