

鯖江市在宅介護実態調査のお願い
【 調 査 票 】

はじめに

市民の皆様には、日頃から市政に対しましてご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

介護保険制度の見直しの時期を迎え、これまでの「さばえ笑顔で安心プラン（鯖江市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）」を見直し、新たな高齢者福祉施策をより一層充実させてまいりたいと考えております。

この調査は、市民の皆様から貴重なご意見や情報等をいただき、「高齢者の方々の適切な住宅生活の継続」と「介護者の方々の就労継続」の実現に向けた介護サービスのあり方を検討することを目的とするものです。

ご多用のところ誠に恐縮ですが、目的と趣旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

なお、収集した個人情報、鯖江市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。（本調査で得られたデータについては、個人が識別されない形で利用することがあります。）

令和8年2月

鯖江市長 佐々木 勝久

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、3月13日(金)までに投函してください。

鯖江市役所 健康福祉部 長寿福祉課

電話 53-2218（直通）

ご記入にあたっての注意事項

- 1 この調査の対象者は、令和8年1月1日現在、要支援1～2、要介護1～5の認定を受けている方です。
- 2 ご回答にあたっては、あて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方が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。
- 3 記入は、黒の鉛筆またはボールペンでお願いします。
- 4 回答は、3ページから最後まで順番にお答えください。

※ 記入にあたって、わからないことがありましたら、下記へお問い合わせください。

鯖江市役所 健康福祉部 長寿福祉課

電話 53-2218（直通）

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いただいているのは、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 令和8年1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8 へ
2. 利用していない ⇒問9 へ

問8 問7で「1.利用した」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8年1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 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

B. 訪問入浴介護・・・居宅に訪問してもらい、サービス事業者が持参した浴槽で入浴するサービス

G. 夜間対応型訪問介護・・・夜間の訪問介護サービス

H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・・・24時間対応の訪問介護と訪問看護のサービス

I. 小規模多機能型居宅介護・・・通所、訪問、短期宿泊を組み合わせ多機能なサービス

J. 看護小規模多機能型居宅介護・・・小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービス

L. 居宅療養管理指導・・・居宅で療養上の管理、助言を受けられるサービス

問9 問7で「2. 利用していない」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()

問10 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11 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. 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。

問12 本市では、在宅の要介護高齢者が、医療機関や福祉サービス施設に通うために必要な外出支援サービス事業(*注1)を実施していますが、どのような支援があるとよいと考えますか

(*注1)事業内容

在宅で65歳以上の要介護3～5の方が、自宅⇄病院・施設の移動に介護タクシー等を使用する場合、乗車賃の一部助成としてタクシー乗車券(月1,500円、年間最大18,000円)を発行。(社会福祉課交付の障がい者対象のタクシー乗車券との重複不可)

(2つまで選択)

1. 助成額の拡大
2. 対象者(要介護度等)の拡大
3. 対象となる移動手段の拡大
(例)つづじバス(コミュニティバス)や鉄道などの公共交通機関利用料金の助成
4. 人工透析など通院回数が多い方への助成内容の拡大
5. 特にない
6. 主な介護者に確認しないとわからない
7. その他()

問13 日中一人になることがありますか(1つを選択)

1. よくある 2. たまにある 3. ない

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日より少ない | } [B票へ進んでください] |
| 3. 週に1～2日ある | |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

- A票の問14で「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「5. ほぼ毎日ある」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6 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 | } 問7～問10へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } 問10へ |
| 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。

問7 問6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行っていますか(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8 問6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等)
5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワーク等)
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9 問6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10 主な介護者の方は家族の介護を続けていくためにどのような支援があるとよいと考えますか(2つまで選択)

1. 利用者への介護に関する相談窓口
2. 介護者の状況に関する相談窓口
3. 同じ状況の方と話し合う場所の提供
4. 介護者への経済的な支援
5. 介護者が一時的に休息できるような支援
(家族介護者のリフレッシュ支援(例:美容室利用助成券、入浴券等))
6. その他()
7. 特にない
8. 主な介護者に確認しないとわからない

アンケートはこれですべて終わりです。ご協力ありがとうございました。

介護サービスやケアプラン(介護計画)等について、ご不明な点やご相談がある方は、市長寿福祉課にご相談ください。