

【ご注意】このアンケート調査にご協力いただけにあたり、市が口座番号や暗証番号などの提供や現金自動預払機（ATM）の操作を求めるることは、絶対にありません。

## 高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査

### 菊川市にお住まいの要介護認定者の皆様

日頃から、市政へのご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

菊川市では、令和8年度に令和9年度から11年度までを計画期間とする「長寿 いきいき 安心プラン(第11次高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画)」を策定します。計画策定の際の基礎資料とするため、皆さまの普段の暮らしや介護保険制度に対するご意見などを伺うするアンケート調査を実施します。アンケート調査の趣旨をご理解いただき、お手数ですが回答にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、この調査で得られた内容は、本市における高齢者等支援施策の際の基礎資料として活用すること以外には使用しません。また、当該情報については、本市において適切に管理いたします。

※このアンケートは令和7年12月1日現在で菊川市にお住まいの、要介護認定を受けられている方の中から無作為に抽出した400人の方々を対象に、お送りしました。

※情報を正確に整理するために調査票に番号を付与していますが、皆様からのご回答は、統計目的にのみ利用し、個人のお答えを個々に利用することはございません。

令和7年12月 菊川市

\*回答にあたってのお願い\*

- 1 このアンケートは、宛名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
- 2 質問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけてください。設問によって、「○は1つ」、「○は3つまで」、「○はいくつでも」など、○をつける数が異なりますのでご注意ください。
- 3 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容を記入してください。
- 4 回答は「郵送」または「インターネット」から行うことができます。いずれかの方法で、期日までにご回答ください。 ~ 回答期日は 令和8年1月21日（水）まで ~
  - ・「郵送」で回答される方は、ご回答いただきましたアンケートを同封の返信用封筒（切手はいりません）に入れて、ご投函ください。
  - ・「インターネット」で回答される方は、右記の「二次元コード」または下記「URL」からお願いします。

URL : <https://src3.webcas.net/form/pub/src1/kikugawa-kaigo>  
回答の際には、表紙右上にある「ID」を入力して回答してください。



- 5 この調査に関するご質問やお問合せは、下記へお願いします。

担当	菊川市役所 長寿介護課
電話	0537-37-1253 (電話受付時間：平日9時～17時)

■ 調査票を記入されているのはどなたですか。(○はいくつでも)

- 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 調査対象者のケアマネジャー
- 5 その他 ( )

---

## A票 ご本人のことについてお聞きします

---

問1 世帯の状況を教えてください。(○は1つ)

- 1 1人暮らし
- 2 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
- 3 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
- 4 息子・娘との2世帯
- 5 その他 ( )

問2 日中、1人になることがありますか。(○は1つ)

- 1 よくある
- 2 たまにある(1週間に1~2回程度)
- 3 ない

問3 お住まいの状況を教えてください。(○は1つ)

- 1 持ち家(一戸建て)
- 2 持ち家(集合住宅)
- 3 市営・県営住宅
- 4 民間賃貸住宅(一戸建て・マンション)
- 5 民間賃貸住宅(集合住宅・アパート等)
- 6 借家
- 7 社宅・官舎
- 8 住宅型有料老人ホーム
- 9 サービス付き高齢者向け住宅
- 10 その他 ( )

問4 主に何階で生活していますか。(○は1つ)

- 1 1階
- 2 2階
- 3 3階以上

問5 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。(○は1つ)

- 1 大変苦しい
- 2 やや苦しい
- 3 ふつう
- 4 ややゆとりがある
- 5 大変ゆとりがある

問6 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。(○は1つ)  
※同居していない子どもや親族等からの介護を含む。

1 ない ⇒ 問7 (P4へ)

- 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

【問6で「2」~「5」(介護を受けています)と回答した方にお伺いします。】

→ 問6-1 介護者の方は、どなたですか。(○はいくつでも)

※介護に携わっている人すべてに○をつけてください。

- |         |         |         |       |
|---------|---------|---------|-------|
| 1 配偶者   | 2 子     | 3 子の配偶者 | 4 孫   |
| 5 孫の配偶者 | 6 兄弟・姉妹 | 7 親     | 8 その他 |

→ 問6-2 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つ)

- |         |         |         |       |
|---------|---------|---------|-------|
| 1 配偶者   | 2 子     | 3 子の配偶者 | 4 孫   |
| 5 孫の配偶者 | 6 兄弟・姉妹 | 7 親     | 8 その他 |

→ 問6-3 主な介護者の方の性別を教えてください。(○は1つ)

- |      |      |
|------|------|
| 1 男性 | 2 女性 |
|------|------|

→ 問6-4 主な介護者の方の年齢を教えてください。(○は1つ)

- |         |       |       |         |
|---------|-------|-------|---------|
| 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6-5 現在、主な介護者の方が行っている介護等を教えてください。(○はいくつでも)

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 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<br>(経管栄養、ストーマ等) | 12 食事の準備(調理等)       |
| 13 その他の家事<br>(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 |
| 15 その他( )                  | 16 わからない            |

問6-6へ

→ 問 6-6 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。(○はいくつでも)  
※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。

- 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・親族はない
- 6 わからない

※自営業や農林水産業の仕事を辞めた方を含みます。

これから再び、全員にお伺いします。

問 7 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて教えてください。(○はいくつでも)

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 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 庭の草取り・草刈り                               |
| 7 外出同行（通院、買い物等）      | 8 移送サービス（介護・福祉タクシー等）                      |
| 9 見守り、声かけ            | 10 サロンなどの定期的な通いの場                         |
| 11 機能訓練やリハビリができる通いの場 | 12 介護用品（紙おむつ等）の支給<br>(重度の高齢者を介護している家族が対象) |
| 13 その他（ ）            | 14 利用していない                                |

問 8 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスを教えてください。

(○はいくつでも)

※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。

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 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 庭の草取り・草刈り                               |
| 7 外出同行（通院、買い物等）      | 8 移送サービス（介護・福祉タクシー等）                      |
| 9 見守り、声かけ            | 10 サロンなどの定期的な通いの場                         |
| 11 機能訓練やリハビリができる通いの場 | 12 介護用品（紙おむつ等）の支給<br>(重度の高齢者を介護している家族が対象) |
| 13 その他（ ）            | 14 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9 現在の医療機関の主な受診状況をお教えください。(○は1つ)

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- 1 かかりつけ医があり、定期的に通院している
- 2 かかりつけ医はなく、体調不良時にのみ受診している
- 3 医師が自宅に来て診てもらっている
- 4 その他 ( )

問10 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況を教えてください。(○は1つ)

- 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11 あなたが、現在抱えている傷病を教えてください。(○はいくつでも)

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 1 ない               | 2 高血圧                  |
| 3 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）    | 4 心臓病                  |
| 5 糖尿病              | 6 高脂血症（脂質異常）           |
| 7 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） | 8 胃腸・肝臓・胆のうの病気         |
| 9 腎臓・前立腺の病気        | 10 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） |
| 11 外傷（転倒・骨折等）      | 12 がん（悪性新生物）           |
| 13 血液・免疫の病気        | 14 うつ病                 |
| 15 認知症（アルツハイマー病等）  | 16 パーキンソン病             |
| 17 目の病気            | 18 耳の病気                |
| 19 その他 ( )         |                        |

問12 あなたには心配ごとや悩みごとがありますか。(○は3つまで)

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 1 自分の健康のこと                 | 2 家族の健康のこと           |
| 3 病気などのとき、面倒をみててくれる人がいないこと | 4 孤独（ひとり暮らし等）になること   |
| 5 配偶者に先立たれた後の生活のこと         | 6 生活費など経済のこと         |
| 7 家の老朽化など、住んでいる家に関するこ      | 8 趣味や生きがいがないこと       |
| 9 家族や友人との人間関係のこと           | 10 地震や風水害など災害時の対応のこと |
| 11 物忘れや認知症のこと              | 12 その他 ( )           |
| 13 心配ごとはない                 |                      |

問13 現在（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。（○は1つ）

1 利用した ⇒ 問13-1へ

2 利用していない ⇒ 問13-3へ（P7へ）

【問13で「1 利用した」と回答した方にお伺いします。】

問13-1 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教えてください。

→ ①訪問介護（ホームヘルプサービス）の1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ②訪問入浴介護の1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ③訪問看護の1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ④訪問リハビリテーションの1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ⑤通所介護（デイサービス）の1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ⑥通所リハビリテーション（デイケア）の1週間あたりの利用回数（○は1つ）

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ⑦夜間対応型訪問介護の1週間あたりの利用回数（○は1つ） ※訪問のあった回数。

1 利用していない	2 週1回程度	3 週2回程度
4 週3回程度	5 週4回程度	6 週5回以上

→ ⑧定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用の有無（○は1つ）

1 利用していない
2 利用した

→ ⑨小規模多機能型居宅介護の利用の有無（○は1つ）

1 利用していない
2 利用した

→ ⑩へ

→ ⑩看護小規模多機能型居宅介護の利用の有無(○は1つ)

- 1 利用していない
- 2 利用した

→ ⑪ショートステイの1か月あたりの利用日数(○は1つ)

- 1 利用していない
- 2 月1～7日程度
- 3 月8～14日程度
- 4 月15～21日程度
- 5 月22日以上

→ ⑫居宅療養管理指導の1か月あたりの利用回数(○は1つ)

- 1 利用していない
- 2 月1回程度
- 3 月2回程度
- 4 月3回程度
- 5 月4回程度

→ 問13-2 現在利用している介護保険サービスに満足していますか。(○は1つ)

- 1 満足している
- 2 どちらかと言えば満足している
- 3 どちらかと言えば満足していない
- 4 満足していない

利用して  
いない

【問13で「2 利用していない」と回答した方にお伺いします。】

→ 問13-3 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)

- 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ぬ
- 9 その他 ( )

これから再び、全員にお伺いします。

問14 介護保険制度全般について、どのように思いますか。(○は1つ)

- 1 満足している
- 2 どちらかと言えば満足している
- 3 どちらかと言えば満足していない
- 4 満足していない

問15 介護保険サービスの事業者を選ぶ際に何を重視しますか。(○は3つまで)

- 1 きめ細かな介護をしてもらえるなど、サービスの質が良いこと
- 2 事業者の知名度が高いこと
- 3 職員の元気が良いなど、雰囲気が明るいこと
- 4 個室が整備されるなど、プライバシーが保たれていること
- 5 料金が安いこと
- 6 地元（近所）にあること
- 7 ケアマネジャーがすすめたこと
- 8 いろいろなサービスを提供していること
- 9 知人や友人が利用していること
- 10 その他（ ）
- 11 特にない

問16 菊川市の介護保険サービスは充実していると思いますか。(○は1つ)

- 1 とても充実している
- 2 ある程度充実している
- 3 あまり充実していない
- 4 まったく充実していない

問17 高齢者相談窓口として菊川市に地域包括支援センターがあることを知っていますか。(○は1つ)

- 1 知っている
- 2 名前は聞いたことがある
- 3 知らない

地域包括支援センターは、プラザけやき・あかっちクリニック内にある高齢者の相談窓口です。高齢の皆さんのが住み慣れたまちで安心して暮らしていくために、必要な相談・支援を行っています。

問18 超高齢社会を迎え、介護保険サービスを充実させるために、費用負担が増えることについてどう思いますか。(○は1つ)

- 1 介護保険サービスを充実させるために、保険料や利用料などの負担がその分増えて もやむを得ない
- 2 介護保険サービスを充実させるために、保険料の負担がその分増えることはやむを得ないが、利用料の負担は現状程度とするのがよい
- 3 介護保険サービスを充実させるために、保険料の負担は現状程度とし、必要な費用は利用者の自己負担とするのがよい
- 4 保険料や利用料の負担は現状程度とし、介護保険サービス利用者の増加により、介護保険サービスが低下してもやむを得ない
- 5 保険料や利用料の負担を減らし、介護保険サービスの充実は望まない
- 6 わからない

問19 介護保険サービスの利用や申請手続きに関して、今後どのようなことを改善して欲しいと思いますか。(○は3つまで)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1 要介護認定の申請手続きをわかりやす く  | 2 要介護認定のための訪問調査の内容や 方法  |
| 3 ケアマネジャーの質の向上         | 4 選択できるサービス提供事業者の数を 増やす |
| 5 サービス利用の契約手続きをわかりや すく | 6 サービス提供事業者の質の向上        |
| 7 制度や事業者についての情報提供の充実   | 8 相談や苦情の窓口の充実           |
| 9 利用できるサービスの種類を増やす     | 10 サービス利用限度額を増やす        |
| 11 その他 ( )             | 12 特にない                 |

問20 あなたは今後、どこで介護を受けたいと思いますか。(○は1つ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護してほしい
- 2 介護保険制度のサービス（デイサービスや短期の宿泊サービス等）や福祉サービス（緊急通報サービス等）を使いながら、自宅で介護してほしい
- 3 老人ホームなどの介護施設に入所したい
- 4 その他 ( )
- 5 わからない

問21 あなたは、現在どの程度幸せですか。(○は1つ)

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください。）



以下の「認知症」に関する問は「認知症の診断の有無」を問いません。

問22 認知症に対してどのようなイメージを持っていますか。(○は1つ)

- 1 今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活ができる  
(できないことを自ら工夫して補いながら)
- 2 今まで暮らしてきた地域で、サポートを受けながら生活していける  
(医療や介護、福祉サービスなどのサポートを利用しながら)
- 3 今まで暮らしてきた地域では、生活することが難しくなる  
(身の回りのことができなくなったり、暴言・暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうなど)
- 4 認知症になると、何もできなくなってしまう
- 5 その他 ( )
- 6 わからない

問23 あなたは、今の社会で認知症の人が尊厳をもって自分らしく暮らしていると思いますか。(○は1つ)

- 1 そう思う
- 2 どちらかと言えばそう思う
- 3 どちらとも言えない
- 4 どちらかと言えばそう思わない
- 5 そう思わない

問24 あなた自身に認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。  
(○は1つ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問25 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問26 もしあなたや家族が認知症になった場合、誰に相談しますか。相談したいと思う  
(したことがある) 相談先を選んでください。(○はいくつでも)

- 1 家族・親族
  - 2 友人や隣近所の人
  - 3 民生委員・児童委員
  - 4 地域包括支援センター
  - 5 ケアマネジャー
  - 6 市役所の高齢者福祉や介護保険の担当課
  - 7 かかりつけ医・専門の医療機関
  - 8 認知症コールセンター(電話相談)
  - 9 その他 ( )
  - 10 相談しない、したくない
  - 11 わからない
- 理由 : ( )

問27 仮に将来、認知症で判断能力が失われた場合、どなたか支援をしてくれる方はいますか。(○は1つ)

- 1 いる
- 2 いない

問28 もしもあなたが認知症になったとしたら、どのように暮らしたいと思いますか。  
(○は1つ)

- 1 今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活していきたい  
(できないことを自ら工夫して補いながら)
- 2 今まで暮らしてきた地域で、サポートを受けながら生活していきたい  
(医療や介護、福祉サービスなどを利用しながら)
- 3 介護施設等に入所し、必要なサポートを受けながら暮らしたい
- 4 誰にも迷惑をかけないよう、1人で暮らしていきたい
- 5 その他 ( )
- 6 わからない

問29 あなたは、今までに認知症の人と接したことがありますか。それはどのような機会でしたか。 (○はいくつでも)

- 1 家族の中に認知症の人がいる (いた)
- 2 親しい知人又は親戚の中に認知症の人がいる (いた)
- 3 近所付き合いの中で、認知症の人と接したことがある
- 4 街中などで、たまたま認知症の人を見かけたことがある
- 5 仕事を通じて、認知症の人と接したことがある
- 6 接したことない
- 7 その他 ( )
- 8 わからない

問30 あなたは、認知症と共に希望を持って生きる「新しい認知症観」という言葉を聞いたことがありますか。 (○は1つ)

- 1 ある
- 2 ない

「新しい認知症観」とは、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、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です。

問31 認知症があっても、地域に住み続けるために必要なことは何ですか。  
(○はいくつでも)

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1 見守り・声かけ        | 2 早期診断・早期治療    |
| 3 正しい知識          | 4 相談できる人や窓口    |
| 5 趣味活動や活躍のできる居場所 | 6 家事手伝いなどの生活援助 |
| 7 外出時の付き添い       | 8 その他 ( )      |

問32 認知症の人やその家族が安心して暮らせる社会を築くため、あなたができると思うことは何ですか。(○はいくつでも)

- 1 正しい知識と理解を深めること
- 2 孤立しないように、あいさつや声かけ、話し相手や相談相手になること
- 3 日常生活の中で、見守りや安否確認をすること
- 4 日常生活のちょっとした外出（買い物やゴミ出し等）の手助けをすること
- 5 通院の送迎や付き添いをすること
- 6 緊急時に、相談窓口や緊急連絡先に連絡すること
- 7 地域の活動参加時に、配慮したり手助けをしたりすること
- 8 職場の同僚として接する機会がある時に、配慮したり手助けをしたりすること
- 9 道で迷ったり困っていたりするところを見かけた場合、声かけや警察等への連絡をすること
- 10 行方不明のメール配信や同報無線の放送があった場合、できる範囲で捜索に協力すること
- 11 その他（ ）
- 12 わからない

問33 あなたは認知症サポーター養成講座を受講したことがありますか。(○は1つ)

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない

- 介護を受けている（A票問6で「2」～「5」）と回答した方の「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。

## B票 主な介護者についてお聞きします

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）

- 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2（P14）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1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。】

→問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）

- 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きそうですか。（○は1つ）

- 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2 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は何ですか。(○は3つまで) ※現状で行っているか否かは問いません。

- 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）
- 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
- 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3 あなたは介護に困ったとき、だれに相談していますか。(○は3つまで)

- 1 家族（夫または妻（内縁を含む）、子ども等）
- 2 親類
- 3 友人・知人
- 4 となり近所の人
- 5 ホームヘルパー
- 6 市及び県の相談窓口（介護・福祉担当職員、保健師等）
- 7 地域包括支援センターの職員
- 8 認知症コールセンター
- 9 ケアマネジャー（介護支援専門員）
- 10 介護サービスを利用する施設の職員
- 11 民生委員・児童委員
- 12 病院や診療所の医師など
- 13 インターネット上のコミュニティ・サイト（SNS等）
- 14 その他（ ）
- 15 相談したいが、相談する相手がない
- 16 だれにも相談しない
- 17 特に困っていることはない

問4 あなたは今後、どのように介護したいと思いますか。(○は1つ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護したい
- 2 介護保険制度のサービス（デイサービスやショートステイ等）や福祉サービス（生活支援や緊急通報サービス等）を使いながら自宅で介護したい
- 3 老人ホームなどの施設に入所させたい
- 4 その他（ ）
- 5 わからない

問5 自宅での介護を継続していくための課題は何だと思いますか。(○は3つまで)

- 1 家族が仕事をしているなど、介護の時間が十分とれないこと
- 2 家族が高齢や身体が弱いなど、十分な介護ができないこと
- 3 緊急時の対応が不安なこと
- 4 自宅で受けられる介護サービスが不十分なこと
- 5 介護のための部屋がない、入浴しにくいなど住宅の構造に問題があること
- 6 その他（ ）

問6 あなたが病気で数日間寝込んだときに、代わりに介護してくれる人はいますか。  
(○はいくつでも)

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1 配偶者    | 2 同居の子ども      |
| 3 別居の子ども | 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| 5 近隣     | 6 友人          |
| 7 その他（ ） | 8 そのような人はいない  |

問7 【自由意見】市の介護保険・高齢者福祉行政や市の今後の施策展開について、ご意見・ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。

（複数行用）

## 最後にこのページもご回答ください

### 個人情報の取り扱いについて

この調査は、効果的な介護施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、介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。

また、詳細なデータ分析を行うために本調査結果と併せて、あなたの介護認定調査データ（介護認定審査会資料）を活用させて頂きます。

なお、アンケート調査及び介護認定データで得られた当該情報については市で適切に管理し、公表される分析結果等で個人が特定されることはありません。

### 介護認定調査データの活用に係る同意について

上記に記載の個人情報の利用についての記載内容に

同意します ➔  同意しません ➔

どちらかの□（チェック欄）に✓をご記入ください

令和 年 月 日

※どちらにもチェックが入っていない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

※「同意しません」にチェックを入れた場合は、本アンケートの情報のみ活用します。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

郵送の場合は 令和8年1月21日（水）まで に、  
同封の返信用封筒（切手はいりません）に入れて、ご投函ください。