

高齢者保健福祉に関する実態調査

【調査ご協力をお願い】

皆さまには、日ごろから本市の保健福祉行政にご理解、ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、小牧市では、「第10期介護保険事業計画」を策定するにあたり、皆さまの生活状況やご要望、地域福祉活動に関する状況等を把握し、計画の基礎資料とするためアンケート調査を実施することにいたしました。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本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12月

小牧市長 山下 史守朗

※ この調査票は、令和7年11月1日現在、介護保険の要介護（要支援）認定を受けている方1,000人を無作為抽出して送付させていただきました。

※ 回答された調査内容は、市の介護保険事業計画策定の基礎的な資料として利用させていただくものであり、個々の回答内容が他に漏れたりすることは一切ありません。

※ 結果は、市ホームページで公開します。

【調査票記入にあたって】

- 記入は、鉛筆、あるいは黒または青のボールペンでお願いいたします。
- 調査票の回答は、できる限り宛名の方ご本人（困難な場合はご家族の方の代筆でも可）が記入してください。
- 回答は、あてはまる回答の番号を○で囲んでください。
回答数は、各設問文に指定（（1つを選択）や（複数回答可）など）してありますので、それに従って回答してください。
- その他の（ ）内には、具体的な内容を書いてください。
- 設問や選択肢によって、ある条件の方のみ答えていただくものがありますので、その説明に従い、最後まで記入してください。
- この調査票の記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に調査票を入れて、切手を貼らずにそのまま、1月9日（金）までに郵便ポストへ投函してください。

なお、この調査はインターネットでも回答できます。
<https://questant.jp/q/3Y76EVLQ>
インターネットを利用して回答していただく場合は、調査票の返送は不要です。



回答に際してご不明な点や、この調査に関するお問い合わせは下記にお願いいたします。

小牧市役所 介護保険課
電話 0568-76-1197

介護保険認定者実態調査票

A 調査対象者様ご本人についてお伺いします

（令和7年12月1日現在でお答えください）

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 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

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 ご本人のお住まいの小学校区は、次のどれにあたりますか。（1つを選択）

- | | | | |
|------------|------------|-------------|------------|
| 1. 小牧小学校区 | 2. 村中小学校区 | 3. 小牧南小学校区 | 4. 三ツ淵小学校区 |
| 5. 味岡小学校区 | 6. 篠岡小学校区 | 7. 北里小学校区 | 8. 米野小学校区 |
| 9. 一色小学校区 | 10. 小木小学校区 | 11. 小牧原小学校区 | 12. 本庄小学校区 |
| 13. 桃ヶ丘小学校 | 14. 陶小学校区 | 15. 光ヶ丘小学校区 | 16. 大城小学校区 |

※小学校区がわからない方は、町名をご記入ください。小牧市 _____

問6 ご本人のお住まいの形態はどれですか。（1つを選択）

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. 持家 | 2. 民間賃貸住宅 |
| 3. 公営賃貸住宅（都市機構、公社など） | 4. 借間 |
| 5. 介護保険施設 | 6. その他（ ） |

問7 週1回以上は外出していますか。（デイサービス等も含む。）（1つを選択）

- | | |
|---------------------|----------|
| 1. ほとんど外出しない（週1回未満） | 2. 週1回 |
| 3. 週2～4回 | 4. 週5回以上 |

問8 となり近所とのつきあいはどうですか。（近くに住む家族・親戚を含む）
（複数回答可）

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. 毎日話をする相手がいる | |
| 2. たまにあいさつを交わす程度 | |
| 3. ときどき立ち話をする程度 | |
| 4. 月に1回以上は、お宅を訪問して話をする相手がいる | |
| 5. 月に1回以上は、食事に一緒に行ったり、家族ぐるみでつきあう相手がいる | |
| 6. 気軽に、相談したり助け合ったりしている相手がいる | |
| 7. その他（ | ） |
| 8. ほとんど人とのつきあいはない | |

問9 悩みを気軽に相談できる人や場所（機関）はありますか。（1つを選択）

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

→ **問9-1** 問9で「1. はい」と回答された方にお尋ねします。具体的にはどこに相談されますか。（複数回答可）

- | | | |
|--------------------|----------------|-------------|
| 1. 配偶者 | 2. 息子・娘 | 3. 息子・娘の配偶者 |
| 4. 兄弟・姉妹 | 5. 友人・知人 | |
| 6. 医師・薬剤師・歯科医師・看護師 | | |
| 7. 民生委員 | 8. 自治会・町内会 | 9. 社会福祉協議会 |
| 10. 地域包括支援センター | 11. 市役所・保健センター | |
| 12. その他（ | | ） |

問10 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 |

問11 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12 1年前の要介護度について、ご回答ください。（1つを選択）

- | | | |
|----------------|---------------|----------|
| 1. 自立（未申請・非該当） | 2. 要支援1・事業対象者 | 3. 要支援2 |
| 4. 要介護1 | 5. 要介護2 | 6. 要介護3 |
| 7. 要介護4 | 8. 要介護5 | 9. わからない |

問13 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14 歯と入れ歯の利用状況をお教えてください。（1つを選択）

※成人の歯の総本数は親知らずを含めて32本です。

- | |
|------------------------|
| 1. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし |
| 2. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 |
| 3. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし |
| 4. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 |

問15 現在、薬を飲んでいますか。（1つを選択）

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

→ **問15-1** 問15で「1. はい」と回答された方にお伺いします。薬はきちんと飲むことができていますか。（1つを選択）

- | | | |
|-------|---------------|--------|
| 1. はい | 2. 時々忘れることがある | 3. いいえ |
|-------|---------------|--------|

→ **問15-2** 問15で「1. はい」と回答された方にお伺いします。薬の管理はどなたが行っていますか。（1つを選択）

- | | | | |
|-------|-------|---------|---|
| 1. 自分 | 2. 家族 | 3. その他（ | ） |
|-------|-------|---------|---|

すべての方にお伺いします

問16 もし、現在の要介護度が上がったら、どのような方法での介護を望みますか。
(1つを選択)

1. 今住んでいるところで、家族だけで介護してほしい
2. 今住んでいるところで、ホームヘルパーやデイサービスなどの介護サービスを利用しながら家族に介護してほしい
3. 特別養護老人ホームや民間の有料老人ホームなどに入り、そこで介護してほしい
4. 今以上の介護が必要となる前に、介護サービスも利用できる民間の有料老人ホームなどにあらかじめ引っ越したい
5. わからない(必要になったときに考える)
6. その他 ()

問17 ご本人は現在どの程度幸せですか。(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる数字に○をご記入ください)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
とても不幸										とても幸せ

B 介護サービスの利用などについてお伺いします

問18 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、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、地域密着型特定施設を指します。

→問18-1 問18で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」と回答された方にお伺いします。施設の種類の何ですか。(複数回答可)

1. 特別養護老人ホーム
2. 介護老人保健施設
3. 介護医療院
4. グループホーム(認知症対応型共同生活介護)
5. 特定施設(介護付有料老人ホーム・ケアハウス)
6. その他 ()

すべての方にお伺いします

問19 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
 2. 利用していない
- 問19-3へ

→問19-1 問19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●●年●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回	3回	4回

1. 満足・おおむね満足	2. ふつう
3. 不満・やや不満	4. わからない

- １．現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
- ２．自分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る、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20 小牧市では、支援が必要な方に、要介護（要支援）認定を受けることなく利用できる下記のようなサービスを提供し、迅速にサービスに繋げていくことも考えています。今後利用したいと思いますか。①から⑥のサービスに対し、それぞれ該当する番号に○をつけてください。（○は1つずつ）

サービスの項目	1 利用したい	2 ない 利用したく	3 よくわから ない
① 健康維持通所型サービス 通常のデイサービスに比べて安価であるが、入浴などの身体介護がなく、機能訓練のみを行うデイサービス	1	2	3
② 生活支援訪問型サービス 通常のホームヘルプサービスに比べて安価であるが、身体介護がなく、買物・掃除等の生活支援のみを行うホームヘルプサービス	1	2	3
③ 短期集中通所型リハビリテーションサービス 事業所等で専門職から短期間（3 か月以内）集中的に運動機能向上のための機能訓練を受けるサービス	1	2	3
④ 短期集中訪問型リハビリテーションサービス 自宅で専門職から短期間（3 か月以内）集中的に生活機能向上のための指導を受けるサービス	1	2	3
⑤ 住民主体の通いの場 地域の住民が主体となって行う、運動・体操、趣味活動などを行う通いの場	1	2	3
⑥ 住民主体の生活援助 地域の住民が主体となって行う、掃除、洗濯、日用品の買い物などの生活援助	1	2	3

1. 利用したい	2. 利用したいときもある	3. 必要ない
----------	---------------	---------

問22 次の介護サービスの内、今後利用したいものはありますか。（現在利用しているものを含めて○をつけてください。）（複数選択可）

1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）
2. 訪問入浴介護（浴槽を積んだ入浴車が自宅を訪問して提供される入浴サービス）
3. 訪問看護（自宅で看護師等が病状の観察や床ずれの手当てなどを行うサービス）
4. 訪問リハビリテーション（自宅で専門職から機能回復訓練を受けるサービス）
5. 居宅療養管理指導（自宅で医師・歯科医師・薬剤師等から、療養上の管理や指導を受けるサービス）
6. 通所介護（デイサービス）
7. 通所リハビリテーション（老人保健施設等で機能回復訓練を受けるサービス）
8. 短期入所生活介護（特別養護老人ホーム等でのショートステイ）
9. 短期入所療養介護（介護老人保健施設等でのショートステイ）
10. 福祉用具の貸与（例：車イス、電動ベッド等）
11. 福祉用具購入費の支給（例：ポータブルトイレ等）
12. 住宅改修費の支給
13. 特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム、ケアハウス）
14. 認知症対応型通所介護（認知症の方対象のデイサービス）
15. 小規模多機能型居宅介護（デイサービスを中心に、ホームヘルプサービスやショートステイも利用できるサービス）
16. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
17. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
18. 介護老人保健施設
19. 介護医療院

問23 ご本人（認定調査対象者）は、どのような収入がありますか。（複数選択可）

1. 給与収入
2. 自営収入
3. 恩給・公的年金
4. 生活保護等の公的扶助
5. 私的年金
6. 仕送り
7. 地代・家賃収入
8. 株式による所得等、預貯金の利子
9. 収入はない
10. その他（ ）

問24 介護費用の負担はどうしていますか。（1つを選択）

1. あなた（あるいは配偶者）の収入のみでまかなっている
2. あなた（あるいは配偶者）の貯蓄を取り崩している
3. あなた（あるいは配偶者）以外の収入・貯蓄を充てている

問25 介護保険料について、どのように感じていますか。（1つを選択）

1. サービスを充実させてほしいので、保険料は上がってもいい
2. サービスは現状のままでよいので、保険料はそのままにしてほしい
3. 今の保険料では生活が苦しいので下げてほしい
4. その他（ ）

C 介護保険サービス以外の福祉サービスについてお尋ねします

問26 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

※ 住民団体やNPO法人が行う生活援助など、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27 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28 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29 小牧市には介護保険サービス以外に、次のような福祉のサービスがあります。これらのサービスを知っていますか。また、今後利用したいと思いますか。①から⑤の各サービスに対し、それぞれ該当する番号に○をつけてください。(○は1つずつ)

※サービスによっては年齢などの制限があります。

福祉サービスの項目	周知状況		利用意向	
	1 知っている	2 知らない	A 利用したい	B ない 利用したく
① 家庭介護のためのハートフルケアセミナー 介護の知識・技能を修得するための講座	1	2	A	B
② 家族介護用品の支給 (費用：月額約 6,000 円分まで無料) 在宅の要介護者を介護している家族介護者及び介護者のいない在宅のひとり暮らし要介護者に対して、介護用品を支給するサービス	1	2	A	B
③ 外出支援サービス(費用：運賃の一部を助成) 車いす利用者が医療機関または在宅福祉サービスなどの実施場所へ移動する際に、車いすリフト付タクシーの利用料金の一部を助成するサービス	1	2	A	B
④ 緊急通報システム装置設置 (費用：無料、電話料金は自己負担) ひとり暮らし高齢者等に対して、急病などの緊急時に、簡単に緊急通報センターに通報できるよう、電話機に装置を設置するサービス	1	2	A	B

問30 現在、ご本人が生活するうえで困っていることはありますか。(複数選択可)

1. 生活費などの金銭面	2. 住宅の構造
3. 福祉、介護サービスの利用	4. 隣近所や地域との関係
5. 悩みを気軽に相談できる人、場所	6. 買物
7. 情報の入手	8. 食事
9. 病院や公共機関への外出	10. その他 ()
11. 特になし	

問31 もしボランティアの人が気軽に家庭を訪問し、手助けをしてくれるとしたら、どのようなことについて手助けを求めたいと思いますか。(3つまで選択可)

1. 庭や家の中の掃除	2. 洗濯
3. 食事の支度	4. 買物
5. ゴミ出し	6. 通院の付き添い
7. 通院以外の外出の付き添い	8. 留守番
9. 電球の交換や家屋の修繕	10. 悩みごとの相談や話し相手
11. 見守りが必要な高齢者の安否確認	12. その他 ()
13. 特になし	

問32 自宅で暮らし続けるために、より充実させていく必要があると思われるものをお答えください。(複数選択可)

1. 介護サービス	2. 自宅で受けられる医療
3. 隣近所からの手助け	4. 地域ボランティアによる見守り
5. その他 ()	

問33 「防災ガイドブック※」を見たことがありますか。(1つを選択)

1. いつでも見られるように手元にある	2. 見たことはある
3. 見たことがない	

※防災ガイドブック

小牧市では、いつ起こるかわからない、地震、風水害、土砂災害などの自然災害に対し、市民1人ひとりが正しく理解し、適切な備えを進めることが大切であることから、「小牧市防災 ガイドブック」を作成しています。

それぞれがお住まいの地域の状況を確認し、できることから少しずつ取り組んでみてください。



問34 ご本人(認定調査対象者)は災害時の避難行動要支援者台帳※への登録をしていますか。(1つを選択)

1. 登録している	2. 手続きがわからないため登録していない
3. 登録の必要がない	4. その他 ()
5. わからない	

※避難行動要支援者台帳

災害発生時の避難等に特に支援を要する方のうち、地域の支援者(区長・民生委員などの第三者)に情報提供を行う事に同意した方のリストです。

D 成年後見制度についてお伺いします

問35 判断能力の不十分な方々の権利を擁護する「成年後見制度※」を知っていますか。（1つを選択）

1. 知っているが利用していない 2. 知らない 3. 利用している

※成年後見制度

判断能力が不十分な方々の権利を擁護するため、財産処分や管理など法律行為に関する援助を行う制度です。

▶問35-1 問35で「1. 知っているが利用していない」「2. 知らない」と回答された方にお伺いします。成年後見制度を今後、利用したいと思いますか。（1つを選択）

1. 利用したい 2. 利用したくない 3. わからない

▶問35-1-1 問35-1で「1. 利用したい」と回答された方にお伺いします。支援してくれる後見人はどのような方を希望されますか。（1つを選択）

1. 親族 2. 弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職 3. 市民後見人
4. その他()

すべての方にお伺いします

問36 令和6年度に、小牧市に市民後見人※が誕生したことを知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

※市民後見人

弁護士や司法書士などの資格をもたない、親族以外の市民による成年後見人等

問37 成年後見制度の相談や利用支援などを行う「尾張北部権利擁護支援センター※」（ふれあいセンター内）を知っていますか。（1つを選択）

1. 知っている 2. 知らない

※尾張北部権利擁護支援センター

小牧市、岩倉市、大口町、扶桑町が共同で設立した機関で、成年後見制度の利用が必要な方を適切に制度につなげるよう行政、他の機関と協力して活動しています。



E ケアマネジャー（居宅サービス計画を作る人）についてお伺いします

ケアマネジャー：要介護および要支援者などに応じた、総合的な居宅サービス計画（ケアプラン）づくりを担当し、利用者や家族の希望を聞きながら、サービス事業者との調整を本人に代わって行います。介護支援専門員のことです。

居宅サービス計画：利用者の心身の状況に合わせて、サービスの種類や回数を組み合わせて毎月作成される介護サービスの利用計画のことです。ケアプランとも言います。

問38 ケアマネジャーおよび居宅サービス計画に関する現在の満足度について、該当する番号に○をつけてください。（1つを選択）

1. 満足・やや満足 2. 普通
3. 不満・やや不満 4. わからない

▶問38-1 問37で「1. 満足・やや満足」または「3. 不満・やや不満」と回答された方にお伺いします。そう思われた主な理由は何ですか。（複数選択可）

1. サービス計画の説明 2. ケアマネジャーの態度
3. サービス事業所との調整 4. 急変時等の対応
5. その他()

すべての方にお伺いします

問39 ケアマネジャーから、介護保険サービス以外の福祉サービス（問29の①～④のサービス）の提案がありましたか。（1つを選択）

1. あった 2. なかった

**F 主に宛名の方を介護している方について、お伺いします
(以下、その方を「主な介護者」といいます)**

⇒ 介護者がいない場合は問51へ

問40 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41 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42 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 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問43 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44 主な介護者の方は宛名の方と同居していますか。（1つを選択）

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. 同居している | 2. 同居していないが同じ敷地 |
| 3. 同居していない | |

問45 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46 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47 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 |

※「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47-1 問47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行っていますか。（複数選択可）

- | |
|--|
| 1. 特に行ってない |
| 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、上記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47-2 問47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 |

利用したい

→ 問47-3 問47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 | |

すべての方にお伺いします

問48 主な介護者の方が介護を行う際の身体的、精神的な負担についてどのように感じていますか。（複数選択可）

- | |
|----------------------------|
| 1. 身体的・精神的にしんどいが、まだ続けられる |
| 2. 身体的・精神的にしんどく、これ以上続けられない |
| 3. 身体的にしんどいが、まだ続けられる |
| 4. 身体的にしんどいため、これ以上は難しい |
| 5. 精神的にしんどいが、まだ続けられる |
| 6. 精神的にしんどいため、これ以上は難しい |
| 7. 特に問題はない |

問49 主な介護者の方が介護を行ううえで、身近にサポートしてくれる人はいますか。（1つを選択）

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

問50 主な介護者の方は、次のような介護者向けサービスや活動について知っていますか。また、利用してみたいと思いますか。（○はそれぞれに1つ）

福祉サービスの項目	周知状況		利用意向	
	1 知っている	2 知らない	A 利用したい	B ない 利用したく
① 家庭介護のためのハートフルケアセミナー 介護の知識・技能を修得するための講座	1	2	A	B
② ねたきり高齢者等介護者手当の支給 ねたきりや認知症の高齢者を常時介護している方に、月額 5,000 円を支給するサービス	1	2	A	B
③ 家族介護用品の支給 （費用：月額約 6,000 円相当の利用券を交付） 在宅の要介護者を介護している家族介護者及び介護者のいない在宅のひとり暮らし要介護者に対して、介護用品を購入できる利用券を交付するサービス	1	2	A	B
④ 外出支援サービス（費用：運賃の一部を助成） 車いす利用者が医療機関または在宅福祉サービスなどの実施場所へ移動する際に、車いすリフト付タクシーの利用料金の一部を助成するサービス	1	2	A	B

福祉サービスの項目	周知状況		利用意向	
	1 知っている	2 知らない	A 利用したい	B ない 利用したく
⑤ 行方不明高齢者家族支援サービス 認知症高齢者を介護している家族等に対して、GPSを用いた位置情報検索サービスを利用する場合の初期費用の一部を助成（18,000円以内）するサービス	1	2	A	B
⑥ 認知症カフェ、家族・介護者交流会 認知症の方やその家族、地域住民、専門職など誰もが気軽に集うことができ、認知症についてやその他介護に関する情報交換や悩み、不安を相談できる場	1	2	A	B

問51 今後、介護者の方に対してどのような支援が必要だとお考えですか。
(複数選択可)

1. 家族で介護するための方法や助言ができる体制を充実する
2. 保健師等による家族介護者の健康管理や健康指導をする
3. 認知症に関する相談相手や情報を提供する
4. 高齢者虐待に関する相談相手や情報を提供する
5. 介護者同士が交流できる場や情報の提供を行う
6. 介護者の心身がリフレッシュできるような機会を提供する
7. 介護をしている人の苦労や認知症について住民が理解できるよう啓発する
8. 介護休暇を取りやすいように啓発を行う
9. その他 ()
10. 特にない

G 保険・福祉・介護の制度全般についてお伺いします

問52 保健・福祉・介護の制度全般について要望などがございましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、1月9日（金）までに
ポストに投函してください。