

在宅介護実態調査 【 調査票 】

鏡石町にお住まいの65歳以上の要介護認定者及びその介護者の皆様

日頃から、町福祉行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。

近年、高齢者人口の増加にともなう様々な課題に対し、高齢者の自立支援及び要介護度の重度化防止など、介護を必要とする高齢者等が自分らしく在宅生活を続けられるための体制整備が求められています。また、家族介護者の介護離職等をなくすため、地域住民が役割を持ち、支え合いながら活躍できる「地域共生社会」の実現に向けた介護サービスのあり方が課題となっています。

そのため、これらの課題を解決するにあたり鏡石町では、町内にお住まいの65歳以上の要介護認定者及びその介護者の方々を対象とするアンケートを実施することとなりました。

なお、ご記入いただいた内容は、皆様の健康情報という大切な個人情報であるという認識にたち、個人情報保護法に基づき適正に取扱うとともに前述以外の目的に使用することはありません。調査結果は、個人が識別されない形で集計・分析を行うとともに厚生労働省の管理するデータベース内に登録し、地域分析等に利用します。

ご多用のところ、お手数おかけしますが、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和7年12月 鏡石町

<ご回答にあたってのお願い>

- この調査は、要介護者ご本人及び主な介護者の方についてお答えいただくアンケートです。各設問には、令和7年12月の状況でご回答ください。
- 調査票は、A票「ご本人の状況についてご回答いただく調査票」と、B票「主な介護者の方の状況についてご回答いただく調査票」があります。
- 回答は、選択肢に ☒ を付けていただく場合と、記述していただく場合があります。回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。
- 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわりのない場合は次の設問に、ことわり書きや矢印がある場合指示に従い、次へお進みください。
- 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 鏡石町 福祉こども課 福祉グループ
電 話 0248-62-2210

ご記入後、お手数ですが、このアンケートを
3つ折りにし同封の返信用封筒に入れ、

12月25日（木）までに

郵便ポストへご投函ください。



鏡石町公式キャラクター

ネルスサイン・おがずらし

牧場のあーさー♪

質問の該当する答えにレ点 (☑) をつけてください。

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。(いくつでも)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 調査対象者本人 | <input type="checkbox"/> 主な介護者となっている家族・親族 |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者以外の家族・親族 | <input type="checkbox"/> 調査対象者のケアマネジャー |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

A票

調査対象者様ご本人について、お伺いします

Q1. 世帯類型について、ご回答ください。(1つのみ)

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 単身世帯 | <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 | <input type="checkbox"/> その他 |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

Q2. 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つのみ)

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | } ⇒ Q8 (裏面) へ |
| <input type="checkbox"/> 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない | |
| <input type="checkbox"/> 週に1～2日ある | } ⇒ Q3 へ |
| <input type="checkbox"/> 週に3～4日ある | |
| <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある | |

Q3. 主な介護者の方は、どなたですか。(1つのみ)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 子 | <input type="checkbox"/> 子の配偶者 |
| <input type="checkbox"/> 孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 | <input type="checkbox"/> その他 |

Q4. 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(1つのみ)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 |
|-----------------------------|-----------------------------|

Q5. 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(1つのみ)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20歳未満 | <input type="checkbox"/> 20代 | <input type="checkbox"/> 30代 |
| <input type="checkbox"/> 40代 | <input type="checkbox"/> 50代 | <input type="checkbox"/> 60代 |
| <input type="checkbox"/> 70代 | <input type="checkbox"/> 80歳以上 | <input type="checkbox"/> わからない |

Q6. 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。(いくつでも)

〔身体介護〕

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄 | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> 服薬 | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養・ストーマ 等） | |

〔生活援助〕

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等） | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> わからない |
|------------------------------|--------------------------------|

Q7. 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）。(いくつでも)

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く） |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く） |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者が転職した |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| <input type="checkbox"/> 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| <input type="checkbox"/> わからない |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

Q8. 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。(いくつでも)

※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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 配食 | <input type="checkbox"/> 調理 |
| <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 買い物（宅配は含まない） |
| <input type="checkbox"/> ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ |
| <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 利用していない | |

Q 9. 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。（いくつでも）

※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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 配食 | <input type="checkbox"/> 調理 |
| <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 買い物（宅配は含まない） |
| <input type="checkbox"/> ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ |
| <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 特になし | |

Q10. 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つのみ)

※「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。

- ☐ 入所・入居は検討していない ☐ 入所・入居を検討している
- ☐ すでに入所・入居申し込みをしている

Q11. 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。
（いくつでも）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患（脳卒中） | <input type="checkbox"/> 心疾患（心臓病） |
| <input type="checkbox"/> 悪性新生物（がん） | <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患（透析） | <input type="checkbox"/> 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） |
| <input type="checkbox"/> 膠原病（関節リウマチ含む） | <input type="checkbox"/> 変形性関節疾患 |
| <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> パーキンソン病 |
| <input type="checkbox"/> 難病（パーキンソン病を除く） | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> わからない |

Q12. 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つのみ）

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- ☐ 利用している ☐ 利用していない

Q13. 現在、(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ていますか。(1つのみ)

- ☐ 利用している ⇒ **Q15**へ

Q14. 【Q13で「利用していない」の方のみ】 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(いくつでも)	
<input type="checkbox"/> 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない <input type="checkbox"/> 本人にサービス利用の希望がない <input type="checkbox"/> 家族が介護をするため必要ない <input type="checkbox"/> 以前、利用していたサービスに不満があった <input type="checkbox"/> 利用料を支払うのが難しい <input type="checkbox"/> 利用したいサービスが利用できない、身近にない <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため <input type="checkbox"/> サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからない <input type="checkbox"/> その他 ()	
Q15. 介護保険制度の仕組みなどについて、どの程度知っていますか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 内容まで詳しく知っている <input type="checkbox"/> 概略程度なら知っている <input type="checkbox"/> 知らない	
Q16. 現行の介護保険制度に対して、あなたはどのように感じますか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 大変満足している <input type="checkbox"/> だいたい満足している <input type="checkbox"/> やや不満である <input type="checkbox"/> 大変不満である <input type="checkbox"/> わからない	
Q17. 現在の介護保険料の支払いについて、あなたはどのように感じていますか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 大変負担に感じる <input type="checkbox"/> やや負担に感じる <input type="checkbox"/> あまり負担に感じない <input type="checkbox"/> 負担に感じない <input type="checkbox"/> わからない	
Q18. 介護保険料と介護サービスについて、お考えに近いものはどれですか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> 保険料の負担が今よりも重くなっても使いたいサービスが受けられるほうがよい <input type="checkbox"/> 保険料はできるだけ上げず、その財源でできる範囲でのサービスが受けられればよい <input type="checkbox"/> 介護サービスが不足してもかまわない、保険料の負担は軽いほどよい <input type="checkbox"/> どちらともいえない	
Q19. 認知症サポーターについて聞いたことがありますか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
Q20. チームオレンジについて聞いたことがありますか。(1つのみ)	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

Q21. 認知症カフェについて聞いたことがありますか。(1つのみ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q22. 高齢化の進行で、今後「認知症」となる人が増えることが予想されています。あなたは「認知症」について、どのようなことを知っていますか。(いくつでも)		
<input type="checkbox"/> 認知症は、脳の病気を原因疾患とし、誰にでも起こりうるものである <input type="checkbox"/> 認知症の症状には、記憶障害や時間・場所がわからなくなるなどの基本症状と、妄想、幻覚、徘徊など個人差のある症状がある <input type="checkbox"/> 食生活や生活習慣などの改善は、認知症の進行を遅らせる効果がある <input type="checkbox"/> 認知症は高齢期だけでなく、若い世代でも発症する若年性認知症がある <input type="checkbox"/> 認知症は早期に診断を受けて、治療することにより、進行を遅らせることができる		
Q23. 普段の生活で、認知症に関して何らかの不安を感じることはありますか。(1つのみ)		
<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 将来的な不安を感じるが、現在は問題ない <input type="checkbox"/> もの忘れなどの不安はあるが、問題なく生活している <input type="checkbox"/> 未受診だが、認知症と思われる症状があり、生活に支障がでている <input type="checkbox"/> 医師から認知症であるとの診断を受けている		
Q24. 今後、認知症対策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。(いくつでも)		
<input type="checkbox"/> かかりつけ医からの専門医療機関へのスムーズな連携体制づくり <input type="checkbox"/> 徘徊や緊急時への対応 <input type="checkbox"/> 見守りボランティアなど、在宅での生活を支える取組み <input type="checkbox"/> 認知症グループホームの整備 <input type="checkbox"/> 医療機関と介護（施設、する方、される方）と行政との円滑な連携の強化 <input type="checkbox"/> 家族の精神的な負担を緩和する取組み <input type="checkbox"/> 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援 <input type="checkbox"/> 認知症への正しい理解を広める取組み <input type="checkbox"/> 成年後見制度など、認知症の人の権利や財産を守る制度の充実 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
Q25. あなたは身近な地域で高齢者が集える場である地域のサロン（いきいきサロン・通いの場・百歳体操など）を知っていますか。(1つのみ)		
<input type="checkbox"/> 知っている	<input type="checkbox"/> 聞いたことはある	<input type="checkbox"/> 知らなかった

<p>【Q25 において「知っている」の方のみ】</p> <p>Q26. あなたは地域のサロンに参加したことがありますか。（1つのみ）</p> <p> <input type="checkbox"/> 参加したことがある <input type="checkbox"/> 参加したことはない </p>
<p>【Q26 において「参加したことはない」の方のみ】</p> <p>Q27. あなたが地域のサロンに参加しない理由は何ですか。（いくつでも）</p> <p> <input type="checkbox"/> 興味がないから <input type="checkbox"/> 交通手段がない・移動が困難だから <input type="checkbox"/> 開催場所がわからないから <input type="checkbox"/> 内容がよくわからないから <input type="checkbox"/> 一緒に参加する人（仲間）がいない <input type="checkbox"/> 参加するのに気が引ける・恥ずかしいから <input type="checkbox"/> 自分には必要ない・関係ないから <input type="checkbox"/> その他（ ） </p>
<p>Q28. あなたは、災害が発生したときに、一人で避難できますか。（1つのみ）</p> <p> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> わからない </p>
<p>Q29. 家族が不在の場合や一人暮らしの場合、近所にあなたを助けてくれる人はいますか。（1つのみ）</p> <p> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない </p>
<p>Q30. あなたは災害時に困ること、不安なことはありますか。（いくつでも）</p> <p> <input type="checkbox"/> 安全な場所まで避難できるか不安 <input type="checkbox"/> 被害状況、避難場所などの情報が入手できない <input type="checkbox"/> どこ（誰）にも救助を求めることができない <input type="checkbox"/> 避難場所がどこにあるかわからない <input type="checkbox"/> 避難場所の設備（トイレ等）や生活環境が不安 <input type="checkbox"/> 投薬や治療が受けられない <input type="checkbox"/> 補装具や日常生活用具の入手や使用が困難になる <input type="checkbox"/> 周囲とコミュニケーションがとれない <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特にない </p>

●A票のQ2で「ない」と回答された場合、以降のご回答・ご記入はこれで終了です。ご回答ありがとうございました。

●A票のQ2で「家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」「週に1～2日ある」「週に3～4日ある」「ほぼ毎日ある」と回答された場合、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

●「主な介護者」の方のB票へのご回答・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

Q1. 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つのみ）

※「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。

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> フルタイムで働いている | } | ⇒ Q2～Q5へ |
| <input type="checkbox"/> パートタイムで働いている | | |
| <input type="checkbox"/> 働いていない | } | ⇒ Q5（裏面）へ |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

Q2. 【Q1で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】

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。（いくつでも）

- ☐ 特に行っていない
- ☐ 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
- ☐ 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
- ☐ 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
- ☐ 介護のために、上記以外の調整をしながら、働いている
- ☐ 主な介護者に確認しないと、わからない

Q3. 【Q1で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】
 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）

- ☐ 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
- ☐ 介護休業・介護休暇等の制度の充実
- ☐ 制度を利用しやすい職場づくり
- ☐ 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
- ☐ 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
- ☐ 仕事と介護の両立に関する情報の提供
- ☐ 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
- ☐ 介護をしている従業員への経済的な支援
- ☐ その他
- ☐ 特にない
- ☐ 主な介護者に確認しないと、わからない

Q4. 【Q1で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】
 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つのみ）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 問題なく、続けていける | <input type="checkbox"/> 問題はあるが、何とか続けていける |
| <input type="checkbox"/> 続けていくのは、やや難しい | <input type="checkbox"/> 続けていくのは、かなり難しい |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない | |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

Q5. 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）

〔身体介護〕

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄 | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄 |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） | <input type="checkbox"/> 入浴・洗身 |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> 服薬 | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 |
| <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養・ストーマ 等） | |

〔生活援助〕

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等） | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 不安に感じていることは、特にない |
| <input type="checkbox"/> 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終了です。ご協力ありがとうございました。