

本庄市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画 策定のための要介護認定者調査

【 調査ご協力をお願い 】

市民の皆さまには、日ごろより市政発展のため、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

本市では、高齢者の皆様の生活実態や課題を把握するとともに、ご意見やご要望を広くお聞きし、今後の施策に反映させるためのアンケート調査を実施することといたしました。この調査結果は、令和 8 年度に策定する新たな「高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」（計画期間：令和 9 年度～令和 11 年度）の基礎資料といたします。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、趣旨をご理解いただき、調査へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和 7 年 XX 月

本庄市

【 ご記入にあたって 】

- このアンケートの対象者は、在宅で生活する、要支援・要介護認定を受けている被保険者の方から、1,000 人を無作為に抽出しています。また、このアンケート調査は、統計的に処理され、ご回答いただいた内容は、調査目的以外に使用することはありません。
- 表紙の左上に記載されている識別番号は、集計・分析を行うために記載されており、この番号がない調査票は無効票として取り扱われます。切り取ったり塗りつぶしたりしないでください。
- 宛名のご本人にご回答いただく A 票と、主な介護者の方にご回答いただく B 票に分かれています。宛名ご本人の記入が難しい場合は、ご本人のお考えを聞きながらご家族や介護者等の方が代わってご回答ください。
- ご回答いただいた調査票は、**令和 7 年 XX 月 XX 日 (XX)** までに同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、投函してください。
- 本アンケートはスマートフォン・タブレット等による WEB 回答も可能です。WEB からの回答の際は、表紙の左上部に記載された識別用 No.を入力して回答してください。

スマートフォン・タブレット等から回答される方は、
右の二次元コードを読み込んで回答してください。



二次元
コード

アンケートに関するお問い合わせ先

本庄市 福祉部 高齢者福祉課 電話：0495-25-1722

介護保険課 電話：0495-25-1719

【 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、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見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、効果的な介護予防政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、高齢者福祉計画及び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。ただし、本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省が管理する市以外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。
- ご回答いただいた内容は集計・分析を委託する調査会社に預託しますが、情報は厳重に管理させていただきます。

A 票 宛名のご本人について、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。（○はいくつでも）

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 3. 主な介護者以外の家族・親族 |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 4. その他 |

問2 世帯類型についてご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 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つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 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つに○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89歳 |
| 2. 65～69歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90歳以上 |
| 3. 70～74歳 | | |

問5 ご本人の要介護度についてご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5 |
| | 5. 要介護3 | 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つに○）

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 3. すでに入所・入居申し込みを |
| 2. 入居・入所を検討している | 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 ご本人（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。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中） | 9. 認知症 —————→ <u>問 7-1～問 7-5 にも</u> |
| 2. 心疾患（心臓病） | <u>お答えください</u> |
| 3. 悪性新生物（がん） | 10. パーキンソン病 |
| 4. 呼吸器疾患 | 11. 難病（パーキンソン病を除く） |
| 5. 腎疾患（透析） | 12. 糖尿病 |
| 6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） | 13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 14. その他 |
| 8. 変形性関節疾患 | 15. なし |
| | 16. わからない |

問 7-1～問 7-5 は、問 7 で「9. 認知症」を選んだ方にお伺いします。

★問 7-1 認知症と診断されたとき、あなたはどのように感じましたか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 驚きや戸惑いを感じた | 6. すぐに支援や治療を受けようと思った |
| 2. 将来への不安を強く感じた | 7. ほっとした |
| 3. 受け入れがたい気持ちになった | 8. 冷静に受け止めた |
| 4. 家族や周囲に迷惑をかけるのではと心配になった | 9. その他 |
| 5. 病気についてもっと知りたいと思った | () |
| | 10. 覚えていない・わからない |

★問 7-2 あなたが「安心して過ごせる」「楽しいと感じる」と思う時間や場所はどれですか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. 家族と一緒に過ごす時間 | 6. 介護スタッフや支援者と話しているとき |
| 2. 自宅でゆっくりしているとき | 7. 昔の思い出を話したり、写真を見たりしているとき |
| 3. デイサービスや地域の集まりに参加しているとき | 8. 静かな場所で一人で過ごしているとき |
| 4. 散歩や外出しているとき | 9. その他 |
| 5. 趣味（園芸、手芸、音楽など）に取り組んでいるとき | () |
| | 10. 特にない・わからない |

★問 7-3 日常生活の中で、あなたが「困っていること」や「苦手だと感じること」はありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1. 人の名前や顔を思い出すこと | 6. 電話や機械の操作が難しいこと |
| 2. 予定や約束を忘れてしまうこと | 7. 言いたいことがうまく言えない・言葉が出てこないこと |
| 3. お金の管理や買い物をする | 8. 周囲の人との会話や集まりについていくこと |
| 4. 1人で外出すること | 9. その他
() |
| 5. 家事（料理・掃除・洗濯など）をすること | 10. 特になし・わからない |

★問 7-4 あなたが今、日常生活の中でつながりがあると感じる地域や場所、人はどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. 家族（同居・別居を問わず） | 6. 行きつけのお店や公共施設（図書館、公民館など） |
| 2. 近所の人や地域の知り合い | 7. 地域の集まりやイベント（自治会、サロン、オレンジカフェなど） |
| 3. デイサービスや介護施設の職員・利用者 | 8. その他
() |
| 4. 地域包括支援センターやケアマネジャー | 9. 特になし・わからない |
| 5. 趣味や活動の仲間（サークル、教室など） | |

★問 7-5 あなたが地域や社会に「こういう支援があったらいい」「こんな場所がほしい」と思うものはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. 気軽に立ち寄れる居場所（サロン、交流スペースなど） | 7. 自分の役割やできることを活かせる場（ボランティア、仕事など） |
| 2. 誰にでもやさしいお店や公共施設 | 8. 病気や生活についてわかりやすく教えてくれる場 |
| 3. 外出や移動を手助けしてくれるしくみ（送迎、付き添いなど） | 9. 自分の気持ちを話せる場所（話し合いの場、傾聴など） |
| 4. 早期に相談出来る窓口や人 | 10. その他
() |
| 5. 地域の人と自然に交流できる機会（イベント、活動など） | 11. 特になし・わからない |
| 6. 隣近所で声をかけ合い、助け合えるしくみ | |

「問」の前にある星印について

印無：国のモデル調査票の必須設問、☆：国モデル調査票のオプション設問、★：本庄市で独自に設定した設問

すべての方にお伺いします。

問 8 令和 7 年●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 つに○）

1. 利用した →問 8-1 へ

2. 利用していない →問 8-2 へ

問 8-1 は、問 8 で「1. 利用した」を選んだ方にお伺いします。

問 8-1 以下の介護保険サービスについて、令和 7 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」を選択してください。（それぞれ 1 つに○）

	1 週間当たりの利用回数（それぞれ 1 つに○）					
	利用して いない	週に 1 回程度	週に 2 回程度	週に 3 回程度	週に 4 回程度	週に 5 回以上
① 訪問介護（ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5	6
② 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
③ 訪問看護	1	2	3	4	5	6
④ 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
⑤ 通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5	6
⑥ 通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5	6
⑦ 夜間対応型訪問介護（訪問のあった回数を回答）	1	2	3	4	5	6

	利用の有無（それぞれいずれかに○）	
	利用していない	利用した
⑧ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2
⑨ 小規模多機能型居宅介護	1	2
⑩ 看護小規模多機能型居宅介護	1	2

「問」の前にある星印について

印無：国のモデル調査票の必須設問、☆：国モデル調査票のオプション設問、★：本庄市で独自に設定した設問

	1 か月あたりの利用回数（1 つに○）				
	利用して 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
⑪ ショートステイ	1	2	3	4	5

	1 か月あたりの利用回数（1 つに○）				
	利用して ない	月に 1 回程度	月に 2 回程度	月に 3 回程度	月に 4 回程度
⑫ 居宅療養管理指導	1	2	3	4	5

→回答後は問 9 へ

問 8-2 は、問 8 で「2. 利用していない」を選んだ方にお伺いします。

☆問 8-2 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない	6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
2. 本人にサービス利用の希望がない	7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
3. 家族が介護をするため必要ない	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
4. 以前、利用していたサービスに不満があった	9. その他
5. 利用料を支払うのが難しい	

→回答後は問 9 へ

すべての方にお伺いします。

☆問 9 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。
（あてはまるものすべてに○）

1. 配食	7. 移送サービス
2. 調理	（介護・福祉タクシー等）
3. 掃除・洗濯	8. 見守り、声かけ
4. 買い物（宅配は含まない）	9. サロンなどの定期的な通いの場
5. ゴミ出し	10. その他
6. 外出同行（通院、買い物など）	11. 利用していない

「問」の前にある星印について

印無：国のモデル調査票の必須設問、☆：国モデル調査票のオプション設問、★：本庄市で独自に設定した設問

☆問 10 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。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス |
| 2. 調理 | （介護・福祉タクシー等） |
| 3. 掃除・洗濯 | 8. 見守り、声かけ |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 5. ゴミ出し | 10. その他 |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | 11. 特になし |

☆問 11 ご本人（調査対象者）は現在、訪問診療を利用していますか。（1つに○）

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問 12 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つに○）

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 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日よりも少ない | } B票へお進みください |
| 3. 週に1～2日ある | |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

「問」の前にある星印について

印無：国のモデル調査票の必須設問、☆：国モデル調査票のオプション設問、★：本庄市で独自に設定した設問

- A票の問12で「2」～「5」（ご家族やご親族の方から何らかの介護を受けている）を選択した場合は、「主な介護者」の方にB票への回答をお願いします。
- 「主な介護者」の回答が難しい場合は、ご本人（調査対象者）に回答をお願いします（ご本人の回答が困難な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（調査対象者）の介護を主な理由として過去1年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。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた
（転職除く） | 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職
した |
| 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を
辞めた（転職除く） | 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親
族はいない |
| 3. 主な介護者が転職した | 6. わからない |

☆問2 主な介護者の方は、どなたですか。（1つに○）

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 3. 子の配偶者 | 5. 兄弟・姉妹 |
| 2. 子 | 4. 孫 | 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つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 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つに○）

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 4. 40代 | 7. 70代 |
| 2. 20代 | 5. 50代 | 8. 80歳以上 |
| 3. 30代 | 6. 60代 | 9. 分からない |

☆問5 現在、主な介護者が行っている介護等について、ご回答ください。

(あてはまるものすべてに○)

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つまでに○）

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—————→ <u>問6-1 もお答えください</u> 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 17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問 6-1～問 6-2 は、問 6 で「10. 認知症状への対応」を選んだ方にお伺いします。

★問 6-1 認知症状への対応について、あなたが感じている不安には具体的にどのようなものがありますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. 介護中に事故やけがが起きるのではない | 7. 経済的な負担が大きく、今後の生活が不安 |
| 2. ひとり歩き行動 や行方不明になることへの不安 | 8. 介護サービスや支援制度の情報が不足している |
| 3. 急な症状の悪化や体調変化への対応ができるか不安 | 9. 自分の時間や生活が制限されることへの不安 |
| 4. 自分の介護負担が大きく、体力・精神的に限界を感じる | 10. 介護を続けることで自分の健康や人生設計に影響が出るのではない |
| 5. 認知症の進行により、今後の介護がさらに困難になるのではない | 11. その他（ ） |
| 6. 周囲（家族・近隣）からの理解や支援が得られない | |

★問 6-2 認知症の方を在宅で介護するにあたり、地域や行政に対してどのような支援を求めますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. 介護者向けの相談窓口や支援体制の充実 | 7. 経済的負担を軽減するための助成制度や給付の充実 |
| 2. 認知症に関する正しい知識や対応方法の普及啓発 | 8. 地域住民や近隣との連携・理解を促す取り組み |
| 3. 緊急時に対応できる医療・介護体制の整備 | 9. 介護者同士の交流や情報共有の場の提供 |
| 4. 地域の見守り体制 | 10. 認知症の方が地域で安心して暮らせる住環境整備（バリアフリー、防災など） |
| 5. デイサービスやショートステイなどの介護サービスの拡充 | 11. その他（ ） |
| 6. 介護者の心身のケア（レスパイト※、メンタルヘルス支援など） | |

※ レスパイト：介護者が一時的に介護から離れ、心身の休息を得ること。

すべての方にお伺いします。

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つに○）

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. フルタイムで働いている | } 問 7-1～問 7-3 もお答えください |
| 2. パートタイム※で働いている | |
| 3. 働いていない →調査は終了です | |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない →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 7-1～問 7-3 は、問 7 で「1. フルタイムで働いている」または「2. パートタイムで働いている」（主な介護者が就労している）を選んだ方にお伺いします。

問 7-1 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。（あてはまるものすべてに○）

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 7-2 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 つまでに○）

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 7-3 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 つに○）

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | |

質問は以上で終わりです。ご協力いただきありがとうございました。