

令和7年度 介護保険サービス等に関するアンケート調査票

富士宮市にお住まいの

要介護認定者の皆様

日頃から市政にご協力いただきありがとうございます。

このたび、富士宮市では、今後の介護保険制度のより円滑な運営や高齢者の福祉政策をより良いものにしていくための大切な情報としてアンケートを実施します。

なお、回答は無記名であり、回答いただいた内容は、介護保険事業計画策定の目的や統計的に処理するためだけに使用し、他の目的で使用したり個人を特定できる形で公表することはありません。

大変お忙しいところ誠に恐縮ではありますが、アンケート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8年1月

富士宮市長 須藤秀忠

回答に当たってのお願い

1. 調査票を記入する際は、各項目で該当する選択肢に (レ点チェック)をつけてください。
2. 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、**1月26日(月)**までに投函してください。
3. この調査に関するご質問やお問合せは、下記にお願いします。

【お問合せ先】

担当：富士宮市 保健福祉部 高齢介護支援課 介護保険係

電話：0544-22-1141

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頂いているのは、どなたですか (あてはまるものすべてに☑)			
<input type="checkbox"/> あて名ご本人	<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"/> その他
問2 世帯類型について、ご回答ください (☑は1つ)			
<input type="checkbox"/> 単身世帯	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯	<input type="checkbox"/> その他	
問3 ご本人の戸籍上の性別について、ご回答ください (☑は1つ)			
<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		
問4 ご本人の年齢について、ご回答ください (☑は1つ)			
<input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 65～69歳	<input type="checkbox"/> 70～74歳	<input type="checkbox"/> 75～79歳
<input type="checkbox"/> 80～84歳	<input type="checkbox"/> 85～89歳	<input type="checkbox"/> 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 (☑は1つ)			
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2
<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 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 (☑は1つ)			
<small>※「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。</small>			
<input type="checkbox"/> 入所・入居は検討していない	<input type="checkbox"/> 入所・入居を検討している		
<input type="checkbox"/> すでに入所・入居申し込みをしている			
問7 令和7年12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)			
<input type="checkbox"/> 利用した ⇒ 問8へ	<input type="checkbox"/> 利用していない ⇒ 問9へ		

【問7で「利用した」と回答した方にお伺いします】

問8 以下の介護保険サービスについて、令和7年12月の1か月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☐は1つ）

	1週間あたりの利用回数（それぞれ☐は1つ）					
	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
A. 訪問介護（ホームヘルプ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 通所介護（デイサービス）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 通所リハビリテーション（デイケア）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 夜間対応型訪問介護 ※訪問のあった回数を回答	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			利用の有無（それぞれ☐は1つ）			
			利用していない	利用した		
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I. 小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
J. 看護小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	1か月あたりの利用日数（☐は1つ）					
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1か月あたりの利用回数（☐は1つ）					
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

●ここから再び、全員におうかがいします。

問9 あなたが最後まで暮らしたいと思うところはどこですか (☑は1つ)	
<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 家族の家
<input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> わからない	
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) (☑は1つ)	
<input type="checkbox"/> ない ⇒	調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
<input type="checkbox"/> 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない	} B票へ進んでください
<input type="checkbox"/> 週に1～2日ある	
<input type="checkbox"/> 週に3～4日ある	
<input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある	

●A票の問10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、ご本人様（調査対象者様）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) (あてはまるものすべてに☑) ※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又は転職した家族・親族はいない
<input type="checkbox"/> わからない

問2 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（☑は1つ）

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <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 |

問3 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を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）（☑は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 | |

問4 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）

※「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、労働時間・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 | } <input type="text" value="問5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 | } <input type="text" value="問7へ"/> |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない | |

【問7で「介護している」と回答した方にお伺いします】

問9 ご本人様（調査対象者様）が認知症になって主な介護者の方はどのようなことに不安を感じましたか（あてはまるものすべてに☑）

- 介護にかかる負担
- 本人の性格や行動の変化
- 家族や大切な思い出を忘れてしまうこと
- 日常生活（家事・車の運転など）の継続
- 周りに介護をサポートしてくれる人がいるかどうか
- 相談先・受診先がわからないこと
- 治療による経済的負担
- その他（ ）

【問7で「介護している」と回答した方にお伺いします】

問10 介護保険サービス以外でどのような支援、サービスを希望されますか（あてはまるものすべてに☑）

- 地域の方からの声かけ（近所の方など）
- 民生委員、認知症サポーターからの声かけ
- 行方不明にならないための見守り用品（GPS装置など）
- 徘徊予防のための見守り用品（玄関センサー、離床センサーなど）
- 介護している方向けのリフレッシュ講座
- 支援、サービスの利用を希望しない
- その他（ ）

【問7で「介護している」と回答した方にお伺いします】

問11 認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加できる交流の場「認知症カフェ」が市内にあることを知っていますか（☑は1つ）

- 知っている 知らない

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和8年1月26日（月）までに投函（切手不要）してください。