

要支援・要介護認定を受けている方にご協力をお願いします。

高齢者福祉のアンケート調査

(第10期横芝光町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のためのアンケート調査)

町民の皆さまには、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

日ごろから当町の高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当町では令和9年度から令和11年度までを計画期間とした「第10期横芝光町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定するにあたり、その基礎資料となるアンケート調査を行うこととしました。

この調査は、「介護を必要とするご本人の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の両立を支えるために、どのようなサービスが必要であるかを検討し、計画に反映するために実施するものです。

本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くださいますようお願い申し上げます。

令和8年3月

横 芝 光 町

記入に当たってのお願い

※調査票・返信用封筒には氏名を記入しないでください。

◆ご記入は、ボールペンまたは鉛筆でお願いいたします。

◆回答は、令和8年3月1日現在の状況でお答えください。

◆回答は、あなた（あて名のご本人）のお考えに近いと思われる番号に○をつけていただくものと、ご意見をご記入いただくものの2種類があります。「その他」に○をつけた場合には、できるだけ具体的に内容をご記入ください。

◆ご記入いただいたアンケートは、3つ折りで同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、令和8年3月31日（火）までに、郵便ポストに投かんしてください。

◆アンケート調査について、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

横芝光町役場 福祉課 介護班

電 話：0479-84-1257 ファックス：0479-84-2713

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及び利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なさせていただきます。

■要介護認定データの利用について

この調査は、要介護認定及び当町における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に、回答いただきました方の要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）を使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用は致しません。また当該情報については、適切に管理いたします。

■アンケート調査の回答内容の取り扱いについて

回答結果は統計的に処理するとともに、この調査の目的以外に利用することはありません。

1 調査対象者様ご本人についておうかがいします。

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。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. その他 () |

問2 世帯類型について、ご回答ください。(〇は1つ)

- | | | |
|---------|-----------|------------|
| 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。(〇は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 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。(〇は1つ)

- | | |
|-----------|-----------|
| 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 ご本人の要介護度について、ご回答ください。(〇は1つ)

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 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。(〇は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 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。(○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. 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. 社会福祉協議会 助け合いサービス
11. その他()	12. 利用していない

問12 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。(○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. 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13 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。(○は1つ)

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14 あなたは人生の最期をどのように迎えたいか家族や親しい人と話をしたり、何か準備をしていることはありますか。(○は最も近いもの1つ)

1. 家族や親しい人と話をして、すでにエンディングノート等を作成している
2. 家族や親しい人と話をしている
3. 家族や親しい人と話をしたことはまだない
4. そのような人はいない、準備をしていない

問15 あなたが望む終末期の医療はなんですか。(○は最も近いもの1つ)

1. なるべく自然な状態で見守ってほしい
2. 苦痛を和らげる処置を希望する
3. できるだけ救命、延命をしてほしい
4. 自分の代わりに家族や親しい人に判断を委ねたい
5. その他 ()

問16 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)

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16 で「1. ない」と回答した方は、ここで調査は終了です。

2 主な介護者の方についておうかがいします。

問17 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）。（○はいくつでも）

- | |
|-------------------------------|
| 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18 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. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問19 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（○は1つ）

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

問20 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（○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23 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

※「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23で「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」と回答した方は、ここで調査は終了です。

問23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24 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きますか。(○はいくつでも)

1. 特に行っていない
2. 「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. 「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら働いている
4. 「在宅勤務」を利用しながら働いている
5. 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

