

1. 65歳以上一般高齢者・要支援者調査票

【65歳以上一般高齢者・要支援者】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力をお願い

市民の皆さまには、日ごろから市政に対しご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。
このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、市民の皆さまのご意見やお考えなどを把握するために調査を行います。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより、課題やニーズ等を把握し、高齢者福祉施策などの改善や充実を図るために行うものです。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

なお、このアンケート調査は、基本的な属性（性別や年齢など）の記入を省略するため、番号管理としておりますことをご了承くださいますようお願いいたします。

また、ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、この調査目的以外に使用することはありません。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

調査票記入後は、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13日(火)までに投函してください。
(切手はいりません)

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課
電話 0480(42)8444(直通)

記入に際してのお願い

1. 調査の対象者

65歳以上の市民の中から無作為で抽出した2,000人（※要支援者の方を含みます）

2. 調査方法

(1) ご回答にあたっては、封筒のあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。

(2) 質問の内容に従い、該当する答えにシ点（●）をつけてください。数字を記入する欄は右詰め（例、

0	6	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。

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持ちまして、以下にご同意いただいたものとみなさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防対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、幸手市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、幸手市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する幸手市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
- アンケート調査でご回答いただいた内容は、集計・分析を外部会社に委託しますが、情報は適切に管理いたします。

①記入日	令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 月（ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ）日						
②調査票を記入されたのはどなたですか（1つのみ）							
☐ あて名のご本人が記入 ☐ ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄_____） ☐ その他							

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください。(1つのみ)

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ 1人暮らし | ☐ 息子・娘との2世帯 |
| ☐ 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） | ☐ その他 |
| ☐ 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） | |

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要です。(1つのみ)

- | |
|---|
| ☐ 介護・介助は必要ない |
| ☐ 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない |
| ☐ 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む） |

→【(2)において「介護・介助は必要ない」以外をお答えの方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(いくつでも)

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | ☐ 認知症（アルツハイマー病等） | ☐ 骨折・転倒 |
| ☐ 心臓病 | ☐ パーキンソン病 | ☐ 脊椎損傷 |
| ☐ がん（悪性新生物） | ☐ 糖尿病 | ☐ 高齢による衰弱 |
| ☐ 呼吸器の病気（肺炎等） | ☐ 腎疾患（透析） | ☐ その他 |
| ☐ 関節の病気（リウマチ等） | ☐ 視覚・聴覚障害 | () |
| | ☐ 不明 | |

→【(2)において「現在、何らかの介護を受けている」をお答えの方のみ】

②主にどなたの介護・介助を受けていますか。(いくつでも)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 配偶者（夫・妻） | ☐ 子の配偶者 | ☐ 介護サービスのヘルパー |
| ☐ 息子 | ☐ 孫 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 娘 | ☐ 兄弟・姉妹 | |

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。(1つのみ)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 大変苦しい | ☐ ふつう | ☐ 大変ゆとりがある |
| ☐ やや苦しい | ☐ ややゆとりがある | |

（４）お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。（１つのみ）

☐ 持家（一戸建て）	☐ 民間賃貸住宅（一戸建て） みんかんちんたいじゅうたく	☐ その他
☐ 持家（集合住宅）	☐ 民間賃貸住宅（集合住宅） みんかんちんたいじゅうたく	
☐ 公営賃貸住宅 こうえいちんたいじゅうたく	☐ 借家	

問２ からだを動かすことについて

（１）階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している	☐ できるけどしていない	☐ できない
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

（２）椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している	☐ できるけどしていない	☐ できない
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

（３）１５分位続けて歩いていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している	☐ できるけどしていない	☐ できない
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

（４）１日の平均歩数は何歩くらいですか。（１つのみ）

※１０００歩は約１０分に相当（７０歳以上は１３００歩で約１５分）

☐ 約						歩	☐ わからない
----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	--------------------------------

（５）過去１年間に転んだ経験がありますか。（１つのみ）

☐ 何度もある	☐ １度ある	☐ ない
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

（６）転倒に対する不安は大きいですか。（１つのみ）

☐ とても不安である	☐ やや不安である	☐ あまり不安でない	☐ 不安でない
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

（７）週に１回以上は外出していますか。（１つのみ）

☐ ほとんど外出しない	☐ 週１回	☐ 週２～４回	☐ 週５回以上
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

（８）昨年と比べて外出の回数が減っていますか。（１つのみ）

☐ とても減っている	☐ 減っている	☐ あまり減っていない	☐ 減っていない
-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

（９）外出を控えていますか。（１つのみ）

☒ はい	☐ いいえ
--	------------------------------

→【（９）で「はい」（外出を控えている）をお答えの方のみ】

①外出を控えている理由は、次のどれですか。（いくつでも）

☐ 病気 しょうがい のうもつちゅう こういしょう	☐ 目の障害
☐ 障害（脳卒中の後遺症など）	☐ 外での楽しみがない
☐ 足腰などの痛み	☐ 経済的に出られない
☐ トイレの心配（失禁など）	☐ 交通手段がない
☐ 耳の障害（聞こえの問題など）	☐ その他（ ）

（10）外出する際の移動手段は何ですか。（いくつでも）

☐ 徒歩	☐ 電車	☐ 歩行器・シルバーカー
☐ 自転車	☐ 路線バス	☐ タクシー
☐ バイク	☐ 病院や施設のバス	☐ その他（ ）
☐ 自動車（自分で運転）	☐ 車いす	
☐ 自動車（人に乗せてもらう）	☐ 電動車いす（カート）	

問３ 食べることについて

（１）身長・体重を教えてください。

身長				cm	体重				kg
----	----------------------	----------------------	----------------------	----	----	----------------------	----------------------	----------------------	----

（２）半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。（１つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（３）お茶や汁物等でむせることがありますか。（１つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（４）口の渇きが気になりますか。（１つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（５）歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

①【（５）で「はい」をお答えの方のみ】毎日何回していますか。（１つのみ）

☐ 毎日１回 ☐ 毎日２回以上

②【（５）で「いいえ」をお答えの方のみ】どのくらいの頻度でしていますか。（１つのみ）

☐ 時々みがく ☐ みがいていない

（６）歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。（１つのみ）

（成人の歯の総本数は、親知らずを含めて３２本です）

☐ 自分の歯は２０本以上、かつ入れ歯を利用 ☐ 自分の歯は１９本以下、かつ入れ歯を利用
☐ 自分の歯は２０本以上、かつ入れ歯の利用なし ☐ 自分の歯は１９本以下、かつ入れ歯の利用なし

①歯の本数を教えてください。（１つのみ）

☐ ２０本以上 ☐ １０～１４本 ☐ ０～４本
☐ １５～１９本 ☐ ５～９本

②噛み合わせは良いですか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

③【（６）で「自分の歯は２０本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は１９本以下、かつ入れ歯を利用」をお答えの方のみ】毎日入れ歯の手入れをしていますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

④歯科受診をしていますか。（１つのみ）

☐ １年以内にしている ☐ ５年以内にしている ☐ 受診していない

（７）かかりつけの歯科医がいますか。（１つのみ）

☐ いる ☐ いない

（８）定期的に歯科検診を受けていますか。（１つのみ）

☐ 受けている ☐ 受けていない

（９）６か月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

（１０）どなたかと食事をとにもする機会がありますか。（１つのみ）

☐ 毎日ある ☐ 月に何度かある ☐ ほとんどない
☐ 週に何度かある ☐ 年に何度かある

問４ 毎日の生活について

（１）物忘れが多いと感じますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

（２）自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

（３）今日が何月何日かわからない時がありますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

（４）バスや電車を使って１人で外出していますか。（自家用車でも可）（１つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

（５）自分で食品・日用品の買い物をしていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

（６）自分で食事の用意をしていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

（７）自分で請求書の支払いをしていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

（８）自分で預貯金の出し入れをしていますか。（１つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

（９）年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか。（１つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

(10) 新聞を読んでいますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(12) 健康についての記事や番組に関心はありますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(15) 病人を見舞うことができますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。(1つのみ)

☐ はい ☐ いいえ

(17) 趣味はありますか。(1つのみ) (「趣味あり」をお答えの方は () 内に趣味をご記入ください。)

☐ 趣味あり▶ ()
☐ 思いつかない

(18) 生きがいがありますか。(1つのみ) (「生きがいあり」をお答えの方は () 内に生きがいをご記入ください。)

☐ 生きがいあり▶ ()
☐ 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

※① - ⑧それぞれに回答してください。(それぞれに1つのみ)

	週4回 以上	週2 ～3回	週1回	月1 ～3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
② スポーツ関係のグループや クラブ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
③ 趣味関係のグループ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
④ 学習・教養サークル	☐	☐	☐	☐	☐	☐
⑤ 介護予防のための通いの場 (脳トレ、体操グループなど)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
⑥ 老人クラブ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
⑦ 自治会	☐	☐	☐	☐	☐	☐
⑧ 収入のある仕事	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(1つのみ)
☐ 是非参加したい ☐ 参加してもよい ☐ 参加したくない ☐ 既に参加している
(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(1つのみ)
☐ 是非参加したい ☐ 参加してもよい ☐ 参加したくない ☐ 既に参加している

問6 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか。(いくつでも)

☐ 職に就いたことがない ☐ 非常勤(パート・アルバイト等) ☐ その他
☐ 引退した ☐ 自営業
☐ 常勤(フルタイム) ☐ 求職中

▶(2) 【(1)で「引退した」をお答えの方のみ】あなたはいつ引退しましたか。

昭和		年	平成		年	令和		年
----	----------------------	---	----	----------------------	---	----	----------------------	---

問7 たすけあいについて

あなたと周りの人の「たすけあい」についておうかがいします

（1）あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人。（いくつでも）

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ 配偶者 | ☐ 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 同居の子ども | ☐ 近隣 | ☐ そのような人はいない |
| ☐ 別居の子ども | ☐ 友人 | |

（2）反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人。（いくつでも）

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ 配偶者 | ☐ 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 同居の子ども | ☐ 近隣 | ☐ そのような人はいない |
| ☐ 別居の子ども | ☐ 友人 | |

（3）あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人。（いくつでも）

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ 配偶者 | ☐ 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 同居の子ども | ☐ 近隣 | ☐ そのような人はいない |
| ☐ 別居の子ども | ☐ 友人 | |

（4）反対に、看病や世話をしてあげる人。（いくつでも）

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ 配偶者 | ☐ 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 同居の子ども | ☐ 近隣 | ☐ そのような人はいない |
| ☐ 別居の子ども | ☐ 友人 | |

（5）家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手を教えてください。（いくつでも）

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ 自治会・老人クラブ | ☐ 地域包括支援センター・役所 |
| ☐ 社会福祉協議会・民生委員 | ☐ その他 |
| ☐ ケアマネジャー | ☐ そのような人はいない |
| ☐ 医師・歯科医師・看護師 | |

（6）友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（1つのみ）

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 毎日ある | ☐ 月に何度かある | ☐ ほとんどない |
| ☐ 週に何度かある | ☐ 年に何度かある | |

（7）この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。（1つのみ）

☐ 0人（いない）	☐ 3～5人	☐ 10人以上
☐ 1～2人	☐ 6～9人	

（8）よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（いくつでも）

☐ 近所・同じ地域の人	☐ 仕事での同僚・元同僚	☐ その他
☐ 幼なじみ	☐ 趣味や関心が同じ友人	☐ いない
☐ 学生時代の友人	☐ ボランティア等の活動での友人	

問8 健康について

（1）現在のあなたの健康状態はいかがですか。（1つのみ）

☐ とてもよい	☐ まあよい	☐ あまりよくない	☐ よくない
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

（2）あなたは、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、ご記入ください）

とても 不幸										とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（3）この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。（1つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（4）この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。（1つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（5）普段さびしく思うことがありますか。（1つのみ）

☐ ない	☐ たまにある	☐ 頻繁にある
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

（６）お酒は飲みますか。（１つのみ）

☐ ほぼ毎日飲む	☐ ほとんど飲まない
☐ 時々飲む	☐ もともと飲まない

（７）タバコは吸っていますか。（１つのみ）

☐ ほぼ毎日吸っている	☐ 吸っていたがやめた
☐ 時々吸っている	☐ もともと吸っていない

（８）現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。（いくつでも）

☐ ない	☐ 外傷（転倒・骨折等） がいしやう てんとう こっせつ
☐ 高血圧	☐ がん（悪性新生物）
☐ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） のうそっちゅう のうしゅつけつ のうこうそく	☐ 血液・免疫の病気 めんえき
☐ 心臓病	☐ うつ病
☐ 糖尿病 とうにょうびやう	☐ 認知症（アルツハイマー病等） にんちしやう
☐ 高脂血症（脂質異常） こうしけつしやう ししつじやう	☐ パーキンソン病
☐ 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	☐ 目の病気
☐ 胃腸・肝臓・胆のうの病気	☐ 耳の病気
☐ 腎臓・前立腺の病気 じんぞう ぜんりつせん	☐ その他（ ）
☐ 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） きんこつかく こつそ しやう	

問 9 認知症について

（１）認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか。（１つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

（２）認知症に関する相談窓口を知っていますか。（１つのみ）

☐ はい	☐ いいえ
-----------------------------	------------------------------

(3) 市で実施している認知症支援で知っているものはどれですか。(いくつでも)

☐ 地域包括支援センター	☐ もの忘れ相談医
☐ 認知症サポートガイド	☐ 認知症相談医
☐ 認知症ケア相談室	☐ 認知症初期集中支援チーム
☐ 認知症カフェ「おれんじカフェ」	☐ 徘徊高齢者等GPS位置検索端末機貸与 「つながり安心ネットワーク」
☐ 認知症サポーター養成講座	
☐ あたまの健康チェック	☐ その他（ ）

(4) 認知症について学ぶ機会があれば参加したいと思いますか。(1つのみ)

☐ 参加したい
 ☐ 特に参加したいと思わない

☐ 自宅の近くであれば参加したい
 ☐ わからない

☐ 既に参加したことがある

(5) 認知症予防(認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を穏やかにする)に効果があると考えられるものの中で、ご自身で現在取り組んでいるものはありますか。
(いくつでも)

- ☐ 定期的な運動
- ☐ 頭の体操
- ☐ バランスの取れた食事
- ☐ 禁煙、飲酒制限
- ☐ 社会参加・活動
- ☐ かかりつけ医や保健師等の専門職による健康相談
- ☐ その他（ ）
- ☐ 特になし

(6) 自分が認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けたいですか（1つのみ）

☐ そう思う
 ☐ まったく思わない

☐ まあそう思う
 ☐ わからない

☐ あまり思わない

(7) 認知症になったときに地域で安心して暮らすために、どのような施策があれば安心ですか。
(いくつでも)

- ☐ 認知症のことを相談できる窓口体制の充実
- ☐ 認知症への正しい知識や接し方を広める啓発活動
- ☐ 認知症を早期発見・早期診断するための仕組みづくり
- ☐ 認知症の人を支援するボランティアの養成
- ☐ 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
- ☐ 介護サービスにあたる専門職のスキルアップに資する取組
- ☐ 認知症の人が一人でも安心して外出するための支援
- ☐ その他（

問10 介護希望について

(1) あなたに介護が必要になった場合の希望をおたずねします。(1つのみ)

- ☐ 自宅で家族による介護を受けたい
- ☐ 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい
- ☐ 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい
- ☐ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に住み替えて介護を受けたい
- ☐ 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい
- ☐ 医療機関に入院して介護を受けたい
- ☐ その他（

(2) あなたの両親や配偶者など家族に介護が必要になった場合の希望をおたずねします。
(1つのみ)

- ☐ 自宅で家族による介護をしたい
- ☐ 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護をしたい
- ☐ 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護をしたい
- ☐ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に住み替えて介護をしたい
- ☐ 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けてほしい
- ☐ 医療機関に入院して介護を受けてほしい
- ☐ 家族はいない
- ☐ その他（

（３）あなたは寝たきりの状態となった場合、自宅での生活を続けたいですか。（１つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 続けたい | ☐ 施設などに入りたい |
| ☐ できれば続けたい | ☐ わからない |

（４）あなたは人生最期の生活の場について、どこを希望しますか。（１つのみ）

- | | |
|---|---|
| ☐ 自宅
(子どもや兄弟等の家を含む) | ☐ 介護施設
(特別養護老人ホームや、有料老人ホームなど) |
| ☐ 医療機関 | ☐ わからない |

（５）介護や医療が必要になっても、自宅で暮らし続けるために、あなたが特に重要だと思うものは何ですか。（３つまで）

- | | |
|--|---|
| ☐ 介護してくれる家族等 | ☐ 見守りや手助けをしてくれる人 |
| ☐ 安心して住み続けられる住まい | ☐ 食事や日用品などの宅配サービス |
| ☐ 往診してくれる医療機関 | ☐ 安否状態を誰かに知らせてくれる仕組み |
| ☐ いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス | ☐ 介護者の負担を軽くする仕組み |
| ☐ 必要な時に宿泊できるサービス | ☐ その他（ ） |
| ☐ 気軽に立ち寄って話や相談ができる場所 | ☐ 特にない |

問11 高齢者施策全般について**（１）あなたは、介護保険制度や高齢者福祉サービスなどの情報をどこから得ていますか。（いくつでも）**

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ 市の窓口 | ☐ 家族、親戚、知人 |
| ☐ 地域包括支援センター | ☐ 民生委員 |
| ☐ ケアマネジャー | ☐ 市の広報、ホームページなど |
| ☐ 介護サービス事業提供者 | ☐ 新聞、テレビ、インターネットなど |
| ☐ 地域ケア拠点「菜のはな」 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 主治医、医療機関 | |

(2) 高齢者の総合的な相談窓口として地域包括支援センターが設置されていますが、ご存知ですか。(1つのみ)

※地域包括支援センターは、市町村や地域の医療機関、サービス提供事業者などと協力しながら地域の高齢者のさまざまな相談に対応するところです。

- ☐ 知っていた
- ☐ 聞いたことはあるが何をしているか知らなかった
- ☐ 知らなかった

(3) あなたは、日常生活の中で困っていることはありますか。(いくつでも)

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 買物 | ☐ 散歩、外出 | ☐ 簡単な家屋の修繕 |
| ☐ 掃除 | ☐ 通院 | ☐ 話し相手 |
| ☐ 食事の準備、調理、後片付け | ☐ 庭の手入れ | ☐ その他（ ） |
| ☐ 洗濯 | ☐ 財産やお金の管理 | ☐ 特にない |
| ☐ ゴミ出し | ☐ 行政の手続き | |

(4) 次のうち、あなたが予防したいと思うものは何ですか。(いくつでも)

- ☐ 歩けなくなってしまうこと
- ☐ 体の筋力が全般的に弱くなってしまうこと
- ☐ 膝痛・腰痛になること
- ☐ 認知症になること
- ☐ きちんと食事がとれなくなってしまうこと
- ☐ 外出するのがおっくうになってしまうこと
- ☐ うつ状態になってしまうこと
- ☐ その他（ ）
- ☐ 特に予防したいものはない

(5) 市では、おおむね上記の(4)に対応した介護予防プログラムの提供やサポートを行っていますが、参加してみたいと思いますか。(1つのみ)

- ☐ 既に参加している
- ☐ 是非参加したい
- ☐ 機会があれば参加してみたい
- ☐ あまり参加する気にならない
- ☐ 参加する気はない

（6）あなたは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）という言葉やその意味を知っていますか。（下記説明）（1つのみ）

※ロコモティブシンドローム

骨、関節、筋肉など体を支え動かす役割の器官（運動器）の障害のために移動能力の低下をきたして、要介護になっていたり、要介護になる危険の高い状態

- ☐ 言葉も内容もよく知っている
- ☐ 言葉は知っているが、内容はある程度しか知らない
- ☐ 言葉は知っているが、内容は全く知らない
- ☐ 言葉は知らないが、内容はよく知っている
- ☐ 言葉は知らないが、内容はある程度知っている
- ☐ 言葉も内容も全く知らない

→【（6）で「言葉も内容も全く知らない」以外をお答えの方のみ】

①あなたはロコモティブシンドロームの予防や改善のために、適切な運動を行うなど生活習慣の改善を実践していますか。（1つのみ）

- ☐ 実践している
- ☐ 時々気を付けているが、継続的ではない
- ☐ 現在はしていないが、近いうちにしようと思う
- ☐ 現在していないし、しようとも思わない
- ☐ しようとは思うが、何をしたらよいかわからない

（7）あなたはフレイル（虚弱）という言葉やその意味を知っていますか。（下記説明）（1つのみ）

※フレイル

加齢に伴い、筋力や心身の活力（食欲・認知機能・活動量など）が全体的に低下した状態

- ☐ 言葉も内容もよく知っている
- ☐ 言葉は知っているが、内容はある程度しか知らない
- ☐ 言葉は知っているが、内容は全く知らない
- ☐ 言葉は知らないが、内容はよく知っている
- ☐ 言葉は知らないが、内容はある程度知っている
- ☐ 言葉も内容も全く知らない

→【（7）で「言葉も内容も全く知らない」以外をお答えの方のみ】

①あなたはフレイルの予防や改善のための取り組みをしていますか。（1つのみ）

- ☐ 実践している
- ☐ 時々気を付けているが、継続的ではない
- ☐ 現在はしていないが、近いうちにしようと思う
- ☐ 現在していないし、しようとも思わない
- ☐ しようとは思うが、何をしたらよいかわからない

（8）あなたは認知症予防のために、具体的な取り組みを実践していますか。（1つのみ）

- ☐ 実践している
- ☐ 時々気を付けているが、継続的ではない
- ☐ 現在はしていないが、近いうちにしようと思う
- ☐ 現在していないし、しようとも思わない
- ☐ しようとは思うが、何をしたらよいかわからない

→【（8）で「実践している」「時々気を付けているが、継続的ではない」をお答えの方のみ】

①どのようなことを実践していますか。（いくつでも）

- ☐ ウォーキングや体操を定期的に行っている
- ☐ 特別な運動はしていないが、まめに体を動かすように心掛けている
- ☐ バランスの良い食事を心がけ、緑黄色野菜や青背の魚を積極的にとるようにしている
- ☐ 趣味やレクリエーションなどの活動を積極的に実施している
- ☐ 人とのコミュニケーションの機会を多く持つようにしている
- ☐ 日記をつける、前日食べた献立を思い出して書いてみるなど、出来事を思い出す機会を多く持つようにしている
- ☐ その他（ ）

☐ 負担に感じない	☐ やや負担に感じる
☐ あまり負担に感じない	☐ 非常に負担に感じる
☐ 妥当である	☐ わからない

☐ 入所施設やサービスの量が充実するなら、保険料が高くなってもよい

☐ サービスの量も保険料も現状のままでよい

☐ サービスの量を減らしても、保険料は安い方がよい

☐ その他（ ）

☐ わからない

(11) これからの高齢者福祉施策で、主に力を入れてほしいと思うものはどれですか。
(5つまで)

☐ 寝たきりにならないよう、介護予防サービスの充実
☐ 地域全体で介護を支援する基盤づくり
☐ 生きがいや交流の場となる拠点等の充実
☐ 身近なところで相談などが行える相談窓口の充実
☐ 往診やかかりつけ医などの医療の充実
☐ 健康の増進、趣味や教養などのサービスの充実
☐ ボランティアなど地域活動参加の促進や支援
☐ 高齢者向け住宅対策の推進
☐ 高齢者の就労対策の充実
☐ 健康診断・がん検診などの保健サービスの充実
☐ 健康講話・訪問指導・相談などの健康維持のためのサービスの充実
☐ 訪問介護や通所介護などの介護保険の居宅サービスの充実
☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設などの介護保険施設の充実
☐ 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
☐ サービス利用者を保護する権利擁護などの取り組み
☐ 成年後見制度など高齢者の権利擁護相談窓口の充実
☐ 交通手段の整備など高齢者が外出しやすいまちづくり
☐ 配食サービスや買物支援などの生活を支える福祉サービスの充実
☐ その他（具体的に： _____）
☐ 特にない

介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただきありがとうございました。記入もれがないか、今一度お確かめください。
記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て（表紙も含みます）を3つ折りにして、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて **令和8年1月13日(火)** までにポストに投函してください。

2. 要介護認定者調査票

【要介護認定者調査】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力のお願い

市民の皆さまには、日ごろから市政に対しご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。
このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、市民の皆さまのご意見や考えなどを把握するために調査を行います。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより、課題やニーズ等を把握し、高齢者福祉施策などの改善や充実を図るために行うものです。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

なお、このアンケート調査は、基本的な属性（性別や年齢など）の記入を省略するため、番号管理としておりますことをご了承くださいますようお願いいたします。

また、ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、この調査目的以外に使用することはありません。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

調査票記入後は、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13日(火)までに投函してください。
(切手はいりません)

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課
電話 0480(42)8444 (直通)

記入に際してのお願い

1. 調査の対象者

40歳以上の市民で、令和7年11月1日現在、要介護に認定されており、かつ施設に入所されていない方

2. 調査方法

- (1) ご回答にあたっては、封筒のあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
- (2) 質問の内容に従い、該当する答えにシ点（☒）をつけてください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについて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、以下にご同意していただいたものとみなさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防対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、幸手市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、幸手市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する幸手市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

【要介護認定データの活用について】

- 認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）を、幸手市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使用させていただきます。
なお、ご本人の許可なく、この目的以外の使用はいたしません。

【アンケート調査の回答内容の取扱いについて】

- アンケート調査でご回答いただいた内容は、集計・分析を外部会社に委託しますが、情報は適切に管理いたします。

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いただいているのは、どなたですか。（いくつでも）**

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

問2 世帯類型について、ご回答ください。（1つのみ）

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ 単身世帯 | ☐ 夫婦のみの世帯 | ☐ その他 |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

問3 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）

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

※「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4 【問3で「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」をお答えの方のみ】**施設の申し込みのときに重視したことは何ですか。（いくつでも）**

- | | |
|---|--|
| ☐ 自宅からの距離 | ☐ ケアマネジャーの説明を重視して |
| ☐ 知人が利用していた | ☐ 施設の評判が良かった |
| ☐ パンフレットや施設見学等を参考にして | ☐ 早く入所できた（待機期間が短い等） |
| ☐ 入所にかかる費用を参考にして | ☐ その他（ ） |

問5 介護が必要になった原因は何ですか。（いくつでも）

- | | |
|---|--|
| ☐ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
<small>のうそちゅう けつ けつ けつ けつ</small> | ☐ 腎疾患（透析）
<small>じんしつかん</small> |
| ☐ 心臓病 | ☐ 視覚・聴覚障害
<small>し かく ちやうかくしやうがい</small> |
| ☐ がん（悪性新生物） | ☐ 骨折・転倒
<small>こっせつ てんとう</small> |
| ☐ 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）
<small>はいきしゅ</small> | ☐ 脊椎損傷
<small>せきついそんしやう</small> |
| ☐ 関節の病気（リウマチ、変形性関節疾患等） | ☐ 高齢による衰弱
<small>すいじやく</small> |
| ☐ 若年性認知症・認知症（アルツハイマー病等）
<small>じゃくねんせい にんちしやう</small> | ☐ 骨粗しょう症、脊柱管狭窄症 |
| ☐ パーキンソン病 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 難病（パーキンソン病以外） | ☐ 不明 |
| ☐ 糖尿病
<small>とうにようびやう</small> | |

問6 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つのみ)

☐ 利用した ⇒ 問7へ

☐ 利用していない ⇒ 問8へ

問7 【問6で「利用した」をお答えの方のみ】

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)

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

問8 【問6で「利用していない」をお答えの方のみ】

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)

- | | |
|--|---|
| ☐ 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない | ☐ 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| ☐ 本人にサービス利用の希望がない | ☐ 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため |
| ☐ 家族が介護をするため必要ない | ☐ サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない |
| ☐ 以前、利用していたサービスに不満があった | ☐ その他 |
| ☐ 利用料を支払うのが難しい | |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問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)

- | | |
|---|---|
| ☐ 配食 | ☐ 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| ☐ 調理 | ☐ 見守り、声かけ |
| ☐ 掃除・洗濯 | ☐ サロンなどの定期的な通いの場 |
| ☐ 買い物（宅配は含まない） | ☐ 紙おむつの支給 |
| ☐ ゴミ出し | ☐ その他 |
| ☐ 外出同行（通院、買い物など） | ☐ 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10 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つのみ）

☐ 利用している ☐ 利用していない ⇒ 問10-1へ

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問10-1 【問10で「利用していない」をお答えの方のみ】

利用していない理由はなんですか。（1つのみ）

☐ 訪問診療をやっているところがわからない ☐ 今は必要ではない

問11 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。（1つのみ）

☐ はい ⇒ 問11-1へ ☐ いいえ ⇒ 問11-2へ

問11-1 【問11で「はい」をお答えの方のみ】

毎日何回していますか。（1つのみ）

☐ 毎日1回 ☐ 毎日2回以上

問11-2 【問11で「いいえ」をお答えの方のみ】

どのくらいの頻度でしていますか。（1つのみ）

☐ 時々みがく ☐ みがいていない

問12 歯の本数を教えてください。（1つのみ）

☐ 20本以上 ☐ 5～9本
☐ 15～19本 ☐ 0～4本
☐ 10～14本

問13 歯科受診をしていますか。（1つのみ）

☐ 1年以内にしている ☐ 5年以内にしている ☐ 受診していない

問14 あなたは、介護保険制度や高齢者福祉サービスなどの情報をどこから得ていますか。（いくつでも）

☐ 市の窓口	☐ 家族、親戚、知人
☐ 地域包括支援センター	☐ 民生委員
☐ ケアマネジャー	☐ 市の広報、ホームページなど
☐ 介護サービス事業提供者	☐ 新聞、テレビ、インターネットなど
☐ 地域ケア拠点「菜のはな」	☐ その他（ ）
☐ 主治医、医療機関	

問15 現在のご本人（調査対象者）の介護保険料について、どのように感じていますか。（1つのみ）

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 負担に感じない | ☐ やや負担に感じる |
| ☐ あまり負担に感じない | ☐ 非常に負担に感じる |
| ☐ 妥当である | ☐ わからない |

問16 介護保険制度では、施設サービスの利用者が多いほど、また、利用者一人当たりの利用される介護サービス量が多いほど、介護保険料が高くなります。保険料と介護保険サービスについてあなたはどのようにお考えですか。（1つのみ）

- | | |
|--|---|
| ☐ 保険料が高くても、入所施設やサービスの量を充実すべきである | |
| ☐ 保険料もサービスの量も現状のままにすべきである | |
| ☐ サービスの量を減らしても、保険料を安くすべきである | |
| ☐ その他（ | ） |
| ☐ わからない | |

問17 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）

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ ない | } <div>調査は終了です</div> |
| ☐ 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない | |
| ☐ 週に1～2日ある | |
| ☐ 週に3～4日ある | |
| ☐ ほぼ毎日ある | |

- A票の問17で「ない」以外を選択された場合は、「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 主な介護者の方は、どなたですか。（1つのみ）

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 配偶者 | ☐ 子の配偶者 | ☐ 兄弟・姉妹 |
| ☐ 子 | ☐ 孫 | ☐ その他 |

問2 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）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 男性 | ☐ 女性 |
|-----------------------------|-----------------------------|

問3 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）

☐ 20歳未満 ⇒ 問3-1へ	☐ 40代	☐ 70代
☐ 20代	☐ 50代	☐ 80歳以上
☐ 30代	☐ 60代	☐ わからない

問3-1 【問3で「20歳未満」をお答えの方のみ】
 あなたの職業を、ご回答ください。（1つのみ）

☐ 小・中・高校生 ⇒ 問3-2へ	☐ 無職
☐ 専門・大学生	☐ その他（ ）
☐ 勤め人	☐ わからない

問3-2 【問3-1で「小・中・高校生」をお答えの方のみ】
 あなたは、どのくらいお世話をしていますか。（1つのみ）

☐ ほぼ毎日	☐ その他（ ）
☐ 週に3～5日	☐ 回答したくない
☐ 週に1～2日	☐ わからない
☐ 1か月に数日	

問4 主な介護者の方のお住いについて、ご回答ください。（1つのみ）

☐ 市内（同居）	☐ 市内（別居）	☐ 市外 ⇒ 問4-1へ
---------------------------------	---------------------------------	--

問4-1 【問4で「市外」をお答えの方のみ】
 主な介護者の方の移動手段（距離）について、ご回答ください。（1つのみ）

☐ 車・電車等で30分以内	☐ 車・電車等で2時間超
☐ 車・電車等で1時間程度	☐ その他（ ）
☐ 車・電車等で2時間程度	☐ わからない

問5 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）

☐ 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）	☐ 主な介護者以外の家族・親族が転職した
☐ 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	☐ 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
☐ 主な介護者が転職した	☐ 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6 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〕	
☐ 日中の排泄	☐ 屋内の移乗・移動
☐ 夜間の排泄	☐ 外出の付き添い、送迎等
☐ 食事の介助（食べる時）	☐ 服薬
☐ 入浴・洗身	☐ 認知症状への対応
☐ 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	☐ 医療面での対応
☐ 衣服の着脱	(経管栄養、ストーマ等)
〔生活援助〕	
☐ 食事の準備（調理等）	☐ 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
☐ その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）	
〔その他〕	
☐ その他	☐ わからない

問7 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〕	
☐ 日中の排泄	☐ 屋内の移乗・移動
☐ 夜間の排泄	☐ 外出の付き添い、送迎等
☐ 食事の介助（食べる時）	☐ 服薬
☐ 入浴・洗身	☐ 認知症状への対応
☐ 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	☐ 医療面での対応
☐ 衣服の着脱	(経管栄養、ストーマ 等)
〔生活援助〕	
☐ 食事の準備（調理等）	☐ 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
☐ その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）	
〔その他〕	
☐ その他	☐ 主な介護者に確認しないと、わからない
☐ 不安に感じていることは、特にない	

問8 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）

☐ フルタイムで働いている	} 問9～問11へ
☐ パートタイムで働いている	
☐ 働いていない	} 問12へ
☐ 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9 【問8で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」をお答えの方のみ】
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、「労働時間」「休暇」「在宅勤務」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

問10 【問8で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」をお答えの方のみ】
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・フリーランスなどのため、勤め先はない | ☐ 仕事と介護の両立に関する情報の提供 |
| ☐ 介護休業・介護休暇等の制度の充実 | ☐ 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置 |
| ☐ 制度を利用しやすい職場づくり | ☐ 介護をしている従業員への経済的な支援 |
| ☐ 労働時間の柔軟な選択
（フレックスタイム制など） | ☐ その他
（ ） |
| ☐ 働く場所の多様化
（在宅勤務・テレワークなど） | ☐ 特にない |
| | ☐ 主な介護者に確認しないと、わからない |

問11 【問8で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」をお答えの方のみ】
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）

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

問12 介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上で終わりです。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

3. 施設入所者調査票

【施設入所者】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力をお願い

市民の皆さまには、日ごろから市政に対しご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。
このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、市民の皆さまのご意見や考えなどを把握するために調査を行います。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより、課題やニーズ等を把握し、高齢者福祉施策などの改善や充実を図るために行うものです。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

記入に際してのお願い

1. 調査の対象者

幸手市の介護保険被保険者で、令和7年11月現在、介護保険施設等に入所している方

2. 調査の方法

(1) 封筒のあて名のご本人によるご回答（ご記入）が困難な場合は、ご家族等が代わってご記入くださるようお願いいたします。ご本人・ご家族ともご記入が困難な場合は、ご本人の承諾を得たうえで、施設職員がご記入くださるようお願いいたします。

(2) 質問の内容に従い、該当する答えにレ点（☒）をつけてください。

（または具体的に記入）

3. プライバシーの保護について

この調査は無記名であり、個人が特定されることはありません。

調査票記入後は、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13日(火)までに投函してください。
(切手はいりません)

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課
電話 0480(42)8444 (直通)

○この調査の記入者はどなたですか。（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 本人 | ☐ 本人の兄弟姉妹 |
| ☐ 本人の配偶者 | ☐ 本人の孫 |
| ☐ 本人の子 | ☐ 施設職員 |
| ☐ 本人の子の配偶者 | ☐ その他（ ） |

○現在の入所施設の種類はどれですか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| ☐ 特別養護老人ホーム | ☐ 認知症対応型共同生活介護
（グループホーム） |
| ☐ 介護老人保健施設 | ☐ 介護付きの有料老人ホーム |
| ☐ 介護医療院 | ☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス） |
| ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 | ☐ サービス付き高齢者向け住宅 |
| ☐ 地域密着型軽費老人ホーム | ☐ その他（ ） |

1 ご本人について

問1 ご本人の性別、年齢についてうかがいます。

（1）性別（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 男性 | ☐ 女性 |
|-----------------------------|-----------------------------|

（2）年齢（令和7年11月1日現在）（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 65歳未満 | ☐ 80～84歳 |
| ☐ 65～74歳 | ☐ 85～89歳 |
| ☐ 75～79歳 | ☐ 90歳以上 |

問2 入所前のご家族の状況についてうかがいます。（1つのみ）

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ 1人暮らし | ☐ 息子・娘との2世帯 |
| ☐ 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） | ☐ その他 |
| ☐ 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） | |

問3 現在暮らしている施設に入所されて、どのくらいですか。（1つのみ）

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 1年未満 | ☐ 3年～4年未満 |
| ☐ 1年～2年未満 | ☐ 4年～5年未満 |
| ☐ 2年～3年未満 | ☐ 5年以上 |

問4 申込みから入所するまでの待機期間は、どのくらいありましたか。（1つのみ）

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 3か月未満 | ☐ 1年～2年未満 |
| ☐ 3か月～6か月未満 | ☐ 2年以上 |
| ☐ 6か月～1年未満 | ☐ わからない |

問5 主に、どのような理由で入所されましたか。（3つまで）

- | | |
|--|--|
| ☐ 本人の希望 | |
| ☐ 症状が進み家族では介護が困難 | |
| ☐ 家族の体力・気力の限界 | |
| ☐ リハビリが必要 | |
| ☐ 在宅サービスと施設の費用負担があまりかわらない | |
| ☐ 家族による介護より、プロの介護がよい | |
| ☐ 住宅事情から | |
| ☐ 家族との関係から | |
| ☐ 介護者がいない | |
| ☐ その他（ | |

問6 希望している施設に入れましたか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| ☐ 希望している施設に入れた | |
| ☐ 同じ種類の施設に入れたが、希望した施設ではなかった | |
| ☐ 希望した種類と異なる種類の施設だった | |
| ☐ その他（ | |

問7 現在、認定されている要介護度はどれですか。（要介護度は介護保険被保険者証に記載されています。）（1つのみ）

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 要支援1 | ☐ 要介護3 |
| ☐ 要支援2 | ☐ 要介護4 |
| ☐ 要介護1 | ☐ 要介護5 |
| ☐ 要介護2 | |

※要介護度の更新または変更申請中などで要介護度が確定していない場合は、申請前の要介護度でご回答ください。

問8 介護保険料について、どう思いますか。（1つのみ）

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 負担に感じない | ☐ やや負担に感じる |
| ☐ あまり負担に感じない | ☐ 非常に負担に感じる |
| ☐ 妥当である | ☐ わからない |

問9 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。（1つのみ）

☐ はい ☐ いいえ → (問9-2へ)

問9-1 【問9で「はい」をお答えの方のみ】

毎日何回していますか。(1つのみ)

☐ 毎日1回 ☐ 毎日2回以上

問9-2 【問9で「いいえ」をお答えの方のみ】

どのくらいの頻度でしていますか。(1つのみ)

☐ 時々みがく ☐ みがいていない

問10 歯の本数を教えてください。(1つのみ)

☐ 20本以上 ☐ 10～14本 ☐ 0～4本
☐ 15～19本 ☐ 5～9本

問 11 歯科受診をしていますか。(1つのみ)

☐ 1年以内にしている ☐ 5年以内にしている ☐ 受診していない

2 介護保険のサービスについて

問12 施設に入所する以前、自宅などで介護保険による居宅介護サービスを利用していましたか。（1つのみ）

☐ 利用していた ☐ 利用していなかった → (問13へ)

問 12-1 【問 12 で「利用していた」をお答えの方のみ】

居宅介護サービスを利用しながら、自宅での生活が続けられなかった主な理由は何ですか。(3つまで)

☐ 要介護状態が進行して、自宅での生活が困難になった
☐ 家族の介護負担が軽減されなかった
☐ 家族などによる介護が限界だった
☐ 家族の介護より、プロによる介護のほうがよい
☐ 住まいが在宅生活に適していなかった
☐ 介護できる者がいなくなった
☐ その他（ ）

居宅介護サービスを利用していなかった方にうかがいます。

問13 【問12で「利用していなかった」をお答えの方のみ】

居宅介護サービスを利用すれば、自宅でも生活できたと思いますか。(1つのみ)

☐ 居宅介護サービスを十分利用すれば、自宅で生活できたと思う

☐ どのようなサービスを利用しても、自宅での生活は困難だったと思う

☐ わからない

問14からは、すべての方にうかがいます。**問14 入所している施設は、どのように選びましたか。（1つのみ）**

- | | |
|--|--|
| ☐ 主に本人の希望で選んだ | ☐ ケアマネジャーのすすめで選んだ |
| ☐ 主に家族の希望で選んだ | ☐ その他（ ） |
| ☐ 本人と家族が相談して選んだ | |

問15 施設を選んだ時に重視したことは何ですか。（いくつでも）

- | |
|--|
| ☐ 自宅からの距離 |
| ☐ 知人が利用していた |
| ☐ パンフレットや施設見学等を参考にして |
| ☐ 入所にかかる費用を参考にして |
| ☐ ケアマネジャーの説明を重視して |
| ☐ 施設の評判が良かった |
| ☐ 早く入所できた（待機期間が短い等） |
| ☐ その他（ ） |

問16 入所している施設のご本人の居室は、どのような部屋ですか。（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 個室（1人部屋） | ☐ 3人以上の居室（多床室） |
| ☐ 2人部屋 | ☐ わからない |

問17 個室での暮らしを希望していますか。（1つのみ）

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 希望している | ☐ わからない |
| ☐ 希望していない | |

問18 入所している施設について、（ア）～（オ）それぞれのサービスの満足度はいかがですか。（項目ごとに、1つのみ）

	1 満足	2 ほぼ満足	3 やや不満	4 不満	5 わからない
（ア）食事について（食事時間やメニューなど）	☐	☐	☐	☐	☐
（イ）居室の空間について	☐	☐	☐	☐	☐
（ウ）日ごろの介護、職員の接し方について	☐	☐	☐	☐	☐
（エ）リハビリや生活訓練について	☐	☐	☐	☐	☐
（オ）娯楽・レクリエーションについて	☐	☐	☐	☐	☐

問19 入所している施設のサービスについて、全般的な満足度はいかがですか。（1つのみ）

☐ 満足	☐ やや不満
☐ ほぼ満足	☐ 不満
☐ ふつう	

問20 入所にかかる1か月の費用（介護サービスの自己負担分及び食費等の自己負担分の総額）は、どのくらいになりますか。（1つのみ）

☐ 5万円未満	☐ 12万5千円～15万円未満
☐ 5万円～7万5千円未満	☐ 15万円～17万5千円未満
☐ 7万5千円～10万円未満	☐ 17万5千円～20万円未満
☐ 10万円～12万5千円未満	☐ 20万円以上

問21 入所にかかる1か月の費用（自己負担分）について、どのように感じますか。（1つのみ）

☐ 高い	☐ どちらかといえば安い
☐ どちらかといえば高い	☐ 安い
☐ 妥当（ふつう）	

問22 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。（いくつでも）

- | | |
|--|---|
| ☐ ない | ☐ 外傷（転倒・骨折等） |
| ☐ 高血圧 | ☐ がん（悪性新生物） |
| ☐ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | ☐ 血液・免疫の病気 |
| ☐ 心臓病 | ☐ うつ病 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 認知症（アルツハイマー病等） |
| ☐ 高脂血症（脂質異常） | ☐ パーキンソン病 |
| ☐ 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） | ☐ 目の病気 |
| ☐ 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | ☐ 耳の病気 |
| ☐ 腎臓・前立腺の病気 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） | |

問23 現在の施設を退所して、他の施設への入所や、ご自宅での生活を望んでいますか。（いくつでも）

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 退所を希望していない | | | | | | | | | | | |
| ☐ 他の施設への入所を希望 | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>☐ 特別養護老人ホーム</td> <td>☐ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</td> </tr> <tr> <td>☐ 介護老人保健施設</td> <td>☐ 介護付きの有料老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>☐ 介護医療院</td> <td>☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス）</td> </tr> <tr> <td>☐ 地域密着型介護老人福祉施設</td> <td>☐ サービス付き高齢者向け住宅</td> </tr> <tr> <td>☐ 地域密着型軽費老人ホーム</td> <td>☐ その他（ ）</td> </tr> </tbody> </table> </div> | | ☐ 特別養護老人ホーム | ☐ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | ☐ 介護老人保健施設 | ☐ 介護付きの有料老人ホーム | ☐ 介護医療院 | ☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス） | ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 | ☐ サービス付き高齢者向け住宅 | ☐ 地域密着型軽費老人ホーム | ☐ その他（ ） |
| ☐ 特別養護老人ホーム | ☐ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | | | | | | | | | | |
| ☐ 介護老人保健施設 | ☐ 介護付きの有料老人ホーム | | | | | | | | | | |
| ☐ 介護医療院 | ☐ 軽費老人ホーム（ケアハウス） | | | | | | | | | | |
| ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 | ☐ サービス付き高齢者向け住宅 | | | | | | | | | | |
| ☐ 地域密着型軽費老人ホーム | ☐ その他（ ） | | | | | | | | | | |
| ☐ 自宅での生活を希望 | （問23-1へ） | | | | | | | | | | |
| ☐ その他（ ） | | | | | | | | | | | |

▶ 問23-1 【問23で「自宅での生活を希望」をお答えの方のみ】

現在の施設を退所し、自宅などの住み慣れた地域で生活するためには、どのような条件が整うことが必要だと思いますか。（いくつでも）

- | |
|--|
| ☐ 介護に適した住まい（玄関・居室・トイレ・風呂などの段差の解消） |
| ☐ 家族がいない時も、付き添いの介護人が来てくれるサービス |
| ☐ 家族以外で、24時間の見守りや介護が充実した体制 |
| ☐ 家族の意欲と、介護の技術・知識の向上 |
| ☐ ひとり暮らしでも、安心できる介護サービス体制 |
| ☐ 介護専門スタッフが常駐している高齢者の共同住宅 |
| ☐ 本人の自立に向けた意欲の向上 |
| ☐ その他（ ） |
| ☐ わからない |
| ☐ いずれにしても地域には戻れないと思う |

問24 介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、
ご自由にお書きください。

質問は以上で終わりです。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

4. サービス提供事業者調査票

【サービス提供事業者】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力のお願い

介護サービス提供事業者の皆さまには、日ごろから介護保険事業推進のため、ご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。

このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、皆さまのご意見や考えなどを把握するために調査を行います。

この調査は、幸手市及び幸手市の近隣で事業を展開しておられる介護サービス提供事業者へ調査票を送らせていただきました。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

なお、ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、この調査目的以外に使用することはありません。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

記入に際してのお願い

1. 質問は、貴法人等の管理者等、運営全般について精通されている方がお答えください。
2. 回答は、該当する答えにレ点（☒）をつけるか、数値等をご記入ください。

調査票記入後は、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13日(火)までに 投函してください。（切手はいりません）

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課
電話 0480(42)8444（直通）

貴事業所の名称及び所在地、記入された方のお名前をご記入ください。

①事業所名				
②所在地				
③記入者	氏名		役職	
④連絡先	電話			

各問は、令和7年11月1日現在の状況でお答えください。

問1 貴事業所の概要についてご記入ください。

項目	回 答 欄	
開設年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年	
組織形態 (1つのみ)	☐ 社会福祉法人 ☐ 社会福祉協議会 ☐ 社団法人 ☐ 財団法人 ☐ 医療法人 ☐ J A・生協 ☐ 株式会社 ☐ 有限会社 ☐ NPO法人 ☐ その他 (具体的に：)	
事業所の種類 (該当するものすべて)	☐ 地域包括支援センター ☐ 訪問介護サービス事業者 ☐ 通所介護サービス事業者 (地域密着型、認知症対応型含む) ☐ 通所リハビリテーションサービス事業者 ☐ 訪問看護ステーション ☐ 福祉用具関連事業者 ☐ 短期入所施設 ☐ 介護老人福祉施設 (地域密着型含む) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 特定施設 (地域密着型含む) ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 (具体的に：)	

問2 介護予防サービスについて、

(1) 現在提供しているサービス（該当するものすべて）

(2) 令和6年度のサービス利用者（当初、予定していた人数に対して）

多い（100%以上）

予定どおり（99～80%）

少ない（79～50%）

非常に少ない（50%未満）

(3) 現在、提供中のサービスも含め、今後の予定を選んでください。（それぞれ1つのみ）

種 類 (介護予防サービス)	(1)	(2) 令和6年度の 利用者				(3) 今後の予定						
	提供中のサービス	多い	予定どおり	少ない	非常に少ない	新規	拡大	現状維持	縮小	廃止	未定	予定なし
1 介護予防訪問入浴介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 介護予防訪問看護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 介護予防訪問リハビリテーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 介護予防居宅療養管理指導	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 介護予防通所リハビリテーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 介護予防短期入所生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 介護予防短期入所療養介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 介護予防特定施設入居者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 介護予防福祉用具貸与	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 介護予防特定福祉用具販売	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 介護予防支援	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 介護予防認知症対応型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 介護予防小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 介護予防認知症対応型共同生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 総合事業 通所型サービス従前相当	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 総合事業 通所型サービスA（緩和型）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 総合事業 訪問型サービス従前相当	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 総合事業 訪問型サービスA（緩和型）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

問3 地域密着型介護予防サービスについて、事業参入の状況をお答えください。
（それぞれ1つのみ）

種 類 (地域密着型介護予防サービス)	今後の予定					
	現在提供している	令和11年度までに参入を計画している	検討中	検討したことはあるが見送った	特に検討していない	わからない
1 介護予防認知症対応型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 介護予防小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 介護予防認知症対応型共同生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐

【問3で「検討中」「検討したことはあるが見送った」と答えた法人へおたずねします。】

問3-1 サービスごとに、事業参入に際してどのような課題や問題点がありますか。
（いくつでも）

サービス	事業参入の課題や問題点
1 介護予防認知症対応型通所介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
2 介護予防小規模多機能型居宅介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
3 介護予防認知症対応型共同生活介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）

問4 介護サービスについて、

(1) 現在提供しているサービス（該当するものすべて）

(2) 令和6年度のサービス利用者（当初、予定していた人数に対して）

多い（100%以上）

予定どおり（99～80%）

少ない（79～50%）

非常に少ない（50%未満）

(3) 現在、提供中のサービスを含め、今後の予定を選んでください。（それぞれ1つのみ）

種 類 (介護サービス)	(1)	(2) 令和6年度の 利用者				(3) 今後の予定						
	提供中のサービス	多い	予定どおり	少ない	非常に少ない	新規	拡大	現状維持	縮小	廃止	未定	予定なし
1 訪問介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 訪問入浴介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 訪問看護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 訪問リハビリテーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 居宅療養管理指導	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 通所リハビリテーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 短期入所生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 短期入所療養介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 特定施設入居者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 福祉用具貸与	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 特定福祉用具販売	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 居宅介護支援	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

種 類 (介護サービス)	(1)	(2) 令和6年度の 利用者				(3) 今後の予定						
	提供中のサービス	多い	予定どおり	少ない	非常に少ない	新規	拡大	現状維持	縮小	廃止	未定	予定なし
14 介護老人福祉施設	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 介護老人保健施設	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 介護医療院	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 地域密着型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 夜間対応型訪問介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 認知症対応型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 看護小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 認知症対応型共同生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 地域密着型特定施設入居者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

問5 地域密着型サービスについて、事業参入の状況をお答えください。（それぞれ1つのみ）

種 類 (地域密着型サービス)	今後の予定					
	現在提供している	令和11年度までに参入を計画している	検討中	検討したことはあるが見送った	特に検討していない	わからない
1 地域密着型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 夜間対応型訪問介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 認知症対応型通所介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 認知症対応型共同生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 地域密着型特定施設入居者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 看護小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐

【問5で「検討中」「検討したことはあるが見送った」と答えた法人へおたずねします。】

問5-1 サービスごとに、事業参入に際してどのような課題や問題点がありますか。
(いくつでも)

サービス	事業参入の課題や問題点
1 地域密着型通所介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
2 夜間対応型訪問介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
3 認知症対応型通所介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）

サービス	事業参入の課題や問題点
4 小規模多機能型居宅介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
5 認知症対応型共同生活介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
6 地域密着型特定施設入居者生活介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）
9 看護小規模多機能型居宅介護	☐ 介護報酬が低く採算が合わない ☐ 初期投資が大きい ☐ 土地や建物の確保が難しい ☐ 利用者の確保が難しい ☐ 人員体制の確保が難しい ☐ 指定・運営基準が難しい ☐ その他（ ）

問6 幸手市内で、サービス提供量が不足していると思うサービスはありますか。

①介護予防サービス、②介護サービスのそれぞれについて、不足していると思うサービスを回答してください。（いくつでも）

サービス種類	①介護予防サービス	②介護サービス
1 訪問介護	☐	☐
2 訪問入浴介護	☐	☐
3 訪問看護	☐	☐
4 訪問リハビリテーション	☐	☐
5 居宅療養管理指導	☐	☐
6 通所介護	☐	☐
7 通所リハビリテーション	☐	☐
8 短期入所生活介護	☐	☐
9 短期入所療養介護	☐	☐
10 特定施設入居者生活介護	☐	☐
11 福祉用具貸与	☐	☐
12 特定福祉用具販売	☐	☐
13 居宅介護支援	☐	☐
14 住宅改修	☐	☐
15 介護老人福祉施設		☐
16 介護老人保健施設		☐
17 介護医療院		☐

問7 地域密着型サービスについて、サービス提供量が不足していると思うサービスはありますか。

①介護予防サービス、②介護サービスのそれぞれについて、不足していると思うサービスを回答してください。（いくつでも）

サービス種類	①介護予防サービス	②介護サービス
1 地域密着型通所介護		☐
2 夜間対応型訪問介護		☐
3 認知症対応型通所介護	☐	☐
4 小規模多機能型居宅介護	☐	☐
5 認知症対応型共同生活介護	☐	☐
6 地域密着型特定施設入居者生活介護		☐
7 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		☐
8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		☐
9 看護小規模多機能型居宅介護		☐

問8 現在、経営において、問題になっていることはありますか。（いくつでも）

- | | |
|---|--|
| ☐ 運営コストが大きく利益が出にくい | ☐ 他のサービス事業者との競争が激しい |
| ☐ 初期投資が大きく利益が出にくい | ☐ サービス内容の差別化が難しい |
| ☐ 介護報酬の計算、請求などの事務作業の負担が大きい | ☐ 利用者の開拓・確保が難しい |
| ☐ 利用者が散在していて効率が悪い | ☐ 利用者への情報提供・PRが難しい |
| ☐ 介護保険の報酬単価が低い | ☐ 利用者のニーズが多く対処できない |
| ☐ 利用者とのトラブルが多い | ☐ 行政や他機関との連携・交流が薄い |
| ☐ 地域における知名度が低い | ☐ 介護の仕事に対する社会的評価が低い |
| | ☐ その他（ ） |

問9 現在、人材の確保や雇用管理において、問題になっていることはありますか。（いくつでも）

- | |
|---|
| ☐ 仕事量に対し人の確保が追いつかない |
| ☐ 募集・採用がうまくいかない |
| ☐ 夜勤ができる従業員の確保が難しい |
| ☐ 従業員の定着率が悪い |
| ☐ 質の高い従業員の確保が困難 |
| ☐ 人材育成・教育をする余力がない |
| ☐ 多様な就業形態があり雇用管理の事務等が煩雑である |
| ☐ 異なる職種や就業形態の人たちの間のコミュニケーションがとりにくい |
| ☐ 勤務のローテーションの組み方が難しい |
| ☐ 職場のチームワークがうまくいかない |
| ☐ 事業所外の仕事が多く、上司の目が行き届かない |
| ☐ 能力や業績に応じた賃金体系になっていない |
| ☐ 休日・休暇が取りにくい |
| ☐ 従業員の士気の維持が大変である |
| ☐ その他（ ） |

問10 職員の技術・知識向上のための外部研修を受講させていますか。（1つのみ）

- | | |
|--|---|
| ☐ 毎月1回以上受けさせている | ☐ 受けさせていない |
| ☐ 6か月に1回以上受けさせている | ☐ 受けさせていないが、検討している |
| ☐ 毎年1回以上受けさせている | ☐ その他（ ） |

問11 貴事業所において、ケアマネジャーとの連携はとれていますか。（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 連携がとれている | ☐ あまり連携がとれていない |
| ☐ おおむね連携がとれている | ☐ 連携がとれていない |

問 12 貴事業所にとって、ケアマネジャーとの連携における課題は何だと思われますか。
(いくつでも)

- ☐ 日程が合わず、サービス担当者会議へ参加できないことが多いこと
- ☐ 必要な情報の共有が上手く図れないこと
- ☐ 連携のために必要となる時間や労力が大きいこと
- ☐ お互いの都合で、対応が遅れる場合があること
- ☐ ケアマネジャーと話し合う機会が少ないこと
- ☐ その他 ()
- ☐ 特にない

問 13 利用者から過去 1 年間に苦情やトラブルはありましたか。(1 つのみ)

- ☐ ある (→ 問 13-1 へ)
- ☐ ない (→ 問 14 へ)

【問 13 で「ある」と答えた法人へおたずねします。】

問 13-1 苦情やトラブルの内容はどのようなものですか。また、その対応をどのようにしましたか。(それぞれいくつでも)

【1】苦情やトラブルの内容	→ 【2】苦情やトラブルへの対応
☐ 契約書、重要事項説明書の説明 ☐ サービス提供内容の説明 ☐ 料金（保険内、保険外等）の説明 ☐ サービス担当者の質がよい ☐ サービス担当者との相性 ☐ 利用者間のトラブル ☐ サービス提供開始時刻の遅れ ☐ 食事、入浴、排せつ等のサービス提供内容 ☐ サービス提供内容の範囲を超えるサービス ☐ 人身事故や物損事故 ☐ 利用者や家族の要望をサービスに反映していない ☐ 利用者のプライバシー（羞恥心）への配慮 ☐ 虐待や身体拘束に関すること ☐ 利用者の個人情報の保護 ☐ サービス担当者の言葉づかいや態度 ☐ その他 ()	☐ 謝罪と再発防止策の徹底 ☐ 利用者や家族への十分な説明による納得 ☐ 居宅サービス計画、介護サービス計画の見直し ☐ サービス担当者の指導 ☐ サービス担当者の交代 ☐ 事例検討等、事業所内の意思統一 ☐ サービス担当者の研修 ☐ 弁償や損害賠償 ☐ その他 ()

問 14 介護保険制度を円滑に推進するために、どのようなことが必要だと思いますか。
(いくつでも)

- ☐ 介護保険制度についての住民への周知
- ☐ 保健福祉サービス（市独自のサービス）の提供
(具体的に：)
- ☐ 介護予防事業の充実
- ☐ 利用者に対する事業者の情報提供
- ☐ 事業者と市との情報交換の機会の提供
- ☐ 事業者とケアマネジャーとの情報交換の機会の提供
- ☐ 事業者相互交流の機会の提供
- ☐ 事業者に対する研修会の開催
- ☐ その他（
- ☐ 特にない

問 15 より質の高い介護サービスを提供するために、どのような取り組みが必要だと思いますか。
(いくつでも)

- ☐ 一人ひとりの利用者を主体としたケアの充実
- ☐ 施設のハード面や環境づくり
- ☐ 職員の介護技術の向上
- ☐ 職員のマナーやコミュニケーション技術の向上
- ☐ 職員に対するメンタルヘルスケア
- ☐ ケアの方針等に関する職員間の情報共有
- ☐ ターミナルケアへの対応
- ☐ 身体拘束や虐待をなくすための取り組み
- ☐ 居宅介護支援事業者などの事業者間の連携強化
- ☐ 医療機関との連携強化
- ☐ 家族との連携強化
- ☐ 市や地域包括支援センターとの連携強化
- ☐ ボランティアの受け入れ
- ☐ 地域との関係づくり
- ☐ その他（

問 16 地域の各種団体や組織（民生委員、自治会等）との関わりの状況はいかがですか。
(1つのみ)

- ☐ 事業所（施設も含む）の近隣の団体や組織との関わりがある （→ 問 17 へ）
- ☐ 利用者の居住地区の団体や組織との関わりがある （→ 問 17 へ）
- ☐ 特にない （→ 問 18 へ）

【問 16 で「特にない」以外を答えた法人へおたずねします。】

問 17 貴事業所が交流のある団体や組織についてお答えください。（いくつでも）

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ 民生委員 | ☐ 商店、商店街 |
| ☐ 自治会 | ☐ ボランティア・NPO団体 |
| ☐ 小・中学校 | ☐ マンション・団地の管理組合 |
| ☐ 老人クラブ | ☐ その他（ ） |
| ☐ 社会福祉協議会 | |

問 18 これからの高齢者福祉施策で、主に力を入れてほしいと思うものはどれですか。（5つまで）

- | |
|--|
| ☐ 寝たきりにならないよう、介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防サービスの充実 |
| ☐ 地域全体で介護を支援する基盤づくり |
| ☐ 生きがいや交流の場となる拠点の充実 |
| ☐ 身近なところで相談などが行える相談窓口の充実 |
| ☐ 往診やかかりつけ医などの医療の充実 |
| ☐ 健康の増進、趣味や教養などのサービスの充実 |
| ☐ ボランティアなど地域活動参加の促進や支援 |
| ☐ 高齢者向け住宅対策の推進 |
| ☐ 高齢者の就労対策の充実 |
| ☐ 健康診断・がん検診などの保健サービスの充実 |
| ☐ 健康講話・訪問指導・相談などの健康維持のためのサービスの充実 |
| ☐ 訪問介護や通所介護などの介護保険の居宅サービスの充実 |
| ☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設などの介護保険施設の充実 |
| ☐ 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実 |
| ☐ サービス利用者を保護する権利擁護などの取り組み |
| ☐ 成年後見制度など高齢者の権利擁護相談窓口の充実 |
| ☐ 交通手段の整備など高齢者が外出しやすいまちづくり |
| ☐ 配食サービスや買物支援などの生活を支える福祉サービスの充実 |
| ☐ その他（具体的に： ） |
| ☐ 特にない |

問 19 介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上で終わります。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

5. 介護支援専門員調査票

【介護支援専門員】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力をお願い

介護支援専門員の皆さまには、日ごろから介護保険事業推進のため、ご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。

このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、皆さまのご意見やお考えなどを把握するために調査を行います。

この調査結果は、令和8年度に策定いたします「幸手市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画」の基礎資料とさせていただきます。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

なお、ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、この調査目的以外に使用することはありません。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

記入に際してのお願い

1. 調査の対象者

幸手市の介護保険事業に携わっている介護支援専門員（ケアマネジャー）

2. 調査の方法

- (1) 質問の内容に従い、該当する答えにレ点（☒）をつけてください。
（または具体的に記入）
- (2) 調査票への記入は、原則として、令和7年11月1日時点での状況を基準にしてください。
- (3) この調査は、居宅介護支援事業所等を通じてお願いしておりますが、ケアマネジャーの方それぞれがご記入いただき、個別に返送して下さるようお願いいたします。
- (4) 回答にあたって、お答えになりたくない項目については、無理にお答えいただく必要はありません。

3. プライバシーの保護について

この調査は無記名であり、個人が特定されることはありません。

調査票記入後は、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13日(火)までに投函してください。（切手はいりません）

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課

電話 0480(42)8444（直通）

この調査は、ケアマネジャーの方ご本人が直接お答えください。

問1 あなたは、福祉や保健サービスの仕事に就いてどのくらいになりますか。（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 1年未満 | ☐ 5年以上10年未満 |
| ☐ 1年以上3年未満 | ☐ 10年以上15年未満 |
| ☐ 3年以上5年未満 | ☐ 15年以上 |

問2 あなたは、ケアマネジャーの仕事に就いてどのくらいになりますか。（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1年未満 | ☐ 3年以上5年未満 |
| ☐ 1年以上3年未満 | ☐ 5年以上 |

問3 あなたは、ケアマネジャーの専任ですか。または他の業務を兼務していますか。
兼務の場合はその業務名も併せて記入してください。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| ☐ ケアマネジャーの専任である | |
| ☐ ケアマネジャー以外に、他の業務を兼務している
(兼務している業務) | |

問4 ケアマネジャーの業務としてむずかしいと思っていることは何ですか。
(主なもの3つまで)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ サービス調整 | ☐ 給付管理・介護報酬請求事務 |
| ☐ 利用者・家族との調整 | ☐ 困難事例（主に認知症や虐待）への対応 |
| ☐ 時間の確保 | ☐ 主治医との連携 |
| ☐ ケアプランの作成 | ☐ モニタリング |
| ☐ ニーズのとらえ方 | ☐ 制度の理解 |
| ☐ 面接 | ☐ その他 () |

問5 あなたがケアプランを作成している人について、要介護度別人数を記入してください。
そのうち幸手市民の人数を（ ）内に記入してください。（令和7年10月中の状況で記入してください）

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人	人	人	人
(人)	(人)	(人)	(人)
要介護3	要介護4	要介護5	合計人数
人	人	人	人
(人)	(人)	(人)	(人)

問6 あなたは、この地域（幸手市内）での介護サービス等の種類や量は、それぞれの利用者の需要（希望）に対して、充足していると思いますか。（それぞれ1つのみ）

サービス	足りている	やや不足している	不足している	わからない
①居宅介護支援	☐	☐	☐	☐
②訪問介護	☐	☐	☐	☐
③訪問入浴介護	☐	☐	☐	☐
④訪問看護	☐	☐	☐	☐
⑤訪問リハビリテーション	☐	☐	☐	☐
⑥居宅療養管理指導	☐	☐	☐	☐
⑦通所介護	☐	☐	☐	☐
⑧通所リハビリテーション	☐	☐	☐	☐
⑨短期入所生活介護	☐	☐	☐	☐
⑩短期入所療養介護	☐	☐	☐	☐
⑪住宅改修	☐	☐	☐	☐
⑫福祉用具貸与	☐	☐	☐	☐
⑬特定福祉用具購入	☐	☐	☐	☐
⑭特定施設入所者生活介護	☐	☐	☐	☐
⑮介護老人福祉施設	☐	☐	☐	☐
⑯介護老人保健施設	☐	☐	☐	☐
⑰介護医療院	☐	☐	☐	☐
⑱認知症対応型共同生活介護	☐	☐	☐	☐
⑲認知症対応型通所介護	☐	☐	☐	☐
⑳小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐
㉑夜間対応型訪問介護	☐	☐	☐	☐
㉒定期巡回・随時対応型訪問介護看護	☐	☐	☐	☐
㉓看護小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐
㉔総合事業 通所型サービス 従前相当	☐	☐	☐	☐

サービス	足りている	やや不足している	不足している	わからない
②⑤総合事業 通所型サービスA (緩和型)	☐	☐	☐	☐
②⑥総合事業 通所型サービスB (住民主体型)	☐	☐	☐	☐
②⑦総合事業 通所型サービスC (短期集中予防型)	☐	☐	☐	☐
②⑧総合事業 訪問型サービス 従前相当	☐	☐	☐	☐
②⑨総合事業 訪問型サービスA (緩和型)	☐	☐	☐	☐
③⑩総合事業 訪問型サービスB (住民主体型)	☐	☐	☐	☐
③⑪総合事業 訪問型サービスC (短期集中予防型)	☐	☐	☐	☐
③⑫総合事業 訪問型サービスD (移動支援型)	☐	☐	☐	☐

問7 ケアプランを作成する際に、介護保険以外のサービスで組み合わせたことのあるサービスはどんなサービスですか。（いくつでも）

☐ 配食サービス	☐ 幸手市社会福祉協議会のサービス
☐ 家族介護用品支給（紙おむつ等）	（具体的に）
☐ 緊急時通報システム	☐ シルバー人材センターのサービス
☐ 出張理美容サービス	（具体的に）
☐ つながり安心ネットワーク事業（徘徊 高齢者等GPS位置検索端末機貸与）	☐ ボランティア活動
☐ あんしんサポートねっと	（具体的に）
☐ 成年後見制度	☐ その他

問7-1 上記の他に、介護保険及び介護予防・日常生活総合支援事業以外の高齢者向けサービスで、どのようなサービスがあればよいと思いますか。

問8 地域包括支援センターとの連携について満足できていますか。（1つのみ）

☐ 満足している	☐ 不満
☐ やや満足している	☐ 連携をとる必要性を感じていない
☐ やや不満	☐ その他

問8-1 上記のその理由をご記入ください。

問9 あなたは、介護保険サービス事業所との連携はとれていますか。（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 連携がとれている | ☐ あまり連携がとれていない |
| ☐ おおむね連携がとれている | ☐ 連携がとれていない |

問10 あなたにとって、介護保険サービス事業所との連携における課題は何だと思いますか。（いくつでも）

- | | |
|--|---|
| ☐ サービス提供票を作成・送付する業務に手間がかかること | |
| ☐ 事業所・担当者からの情報提供が少ないこと | |
| ☐ 事業所・担当者に照会しても、回答がなかなか得られないこと | |
| ☐ 事業所・担当者と日程が合わず、サービス担当者会議が開催できないこと | |
| ☐ I Tの利活用ができていない | |
| ☐ その他（ | ） |
| ☐ 特になし | |

問11 あなたからみて、医療機関との連携はとれていますか。（1つのみ）

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 連携がとれている | ☐ あまり連携がとれていない |
| ☐ おおむね連携がとれている | ☐ 連携がとれていない |

問12 医療機関との連携で困ることがあれば教えてください。（いくつでも）

- | | |
|---|---|
| ☐ 医師との連絡が取りにくい | ☐ 医療側から一方的で意見が考慮されない |
| ☐ 専門用語が多く理解が困難 | ☐ サービス担当者会議の調整が難しい |
| ☐ 退院までの準備期間が短い | ☐ 入院・退院に関する連絡が取りにくい |
| ☐ 医療機関の情報が得にくい | ☐ 書類を頼んでも対応が遅い、嫌がられる |
| ☐ 介護保険申請時期のタイミング | ☐ 個人情報保護で情報が得にくい |
| <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> </div> | ☐ その他（ |
| | ） |
| | ☐ 困ったことがない |

問13 あなたが担当する利用者について、ケアプラン作成などで何か問題が生じたことはありますか。それはどんなことですか。（いくつでも）

- | | |
|--|---|
| ☐ 利用者本人との調整（サービス拒否など） | ☐ 利用者本人や家族とサービス提供事業者とのトラブル |
| ☐ 利用者家族との調整（無関心など） | ☐ 利用者の病気（精神疾患、感染症など） |
| ☐ サービス提供事業者との調整 | ☐ 主治医との連携 |
| ☐ サービス提供事業者の不足 | ☐ その他（ |
| ☐ 支給限度額との調整 | ） |
| ☐ 利用者負担額などの経済的問題 | ☐ 特になし |

問13-1 問題解決のために、どのように対処していますか。（いくつでも）

- ☐ 事業所内の上司・同僚に相談して対処している
☐ 他事業所のケアマネジャーなどに相談・依頼している
☐ 地域包括支援センターに相談して対処している
☐ 行政機関（市・埼玉県・国保連合会など）に相談して対処している
☐ 特に相談などはせず、自分で対処している
☐ その他（ ）

問14 あなたが担当している利用者について、在宅での生活が困難と思われる事例はありますか。（どちらか1つのみ。なお、あるを回答した場合は（ ）にその件数（令和6年4月から令和7年3月まで）も記入して下さい。）

☐ ある（ 件）
 ☐ ない →（問15へ）

※1年より前の場合、件数は「0」としてください。

問14-1 それは、具体的にどのような理由ですか。（いくつでも）

- ☐ 限度額内の在宅サービス利用だけでは、時間や回数などが不足する
☐ 家族の介護放棄や虐待など、家庭環境に問題がある
☐ 徘徊などの問題行動がある認知症高齢者である
☐ 日中独居や育児などで、家族の介護が不十分である
☐ 単身高齢者や高齢者のみ世帯で、家族の援助が見込めない
☐ 家族の介護疲れなどで、生活の継続が困難である
☐ 施設入所を考えているが入所ができない

入所できない理由

- ☐ 施設の空き待ち
☐ 経済的問題
☐ 利用者本人の拒否
☐ その他（ ）

☐ その他（ ）

問15 あなたが担当している（した）利用者の中で、虐待が疑われるような事例を経験したことはありますか。（どちらか1つのみ。なお、あるを回答した場合は（ ）にその件数（令和6年4月から令和7年3月まで）も記入して下さい。）

☐ ある（ 件）
 ☐ ない →（問16へ）

※1年より前の場合、件数は「0」としてください。

問15-1 それはどのような内容ですか。（いくつでも）

- ☐ 身体的な虐待
☐ 心理的な虐待
☐ 経済的な虐待
☐ 介護・世話の放棄・放任
☐ その他（ ）

問 15-2 その際、どのような対応をしましたか。（いくつでも）

- ☐ サービス提供事業者等からの情報収集・事実確認に努めた
- ☐ 地域包括支援センターや市の介護保険担当などへ相談・通報した
- ☐ 虐待担当機関等と連携して訪問調査を実施した
- ☐ 介護サービスの利用をすすめた
- ☐ 虐待を行った人の気持ちの理解に努めた
- ☐ 虐待を行った人の相談にのった
- ☐ 虐待を行った人以外の親族へ理解を求めた
- ☐ （一時的な）分離をすすめた
- ☐ 虐待を行った人への説得を行った
- ☐ 専門家による相談をすすめた
- ☐ 介護教室や介護家族団体へ参加をすすめた
- ☐ その他（ ）
- ☐ 見守るしかなかった
- ☐ 特になにもしていない

問 15-3 高齢者への虐待の対応にあたり、どのような問題がありますか。（主なもの2つまで）

- ☐ 相談窓口がわからない
- ☐ 事実関係がわからない
- ☐ 虐待を行った人が虐待だと思っていない
- ☐ 家族間のことで立ち入りにくい
- ☐ 介護者の介護負担を解消する方法がない
- ☐ 虐待を受けている方も容認してしまっている
- ☐ その他（ ）

問16 認知症高齢者の介護に関して、今後どのようなことを進める必要があると思いますか。
（主なもの3つまで）

- ☐ 認知症についての理解促進
- ☐ 認知症予防の充実
- ☐ 認知症高齢者を抱える家族への支援
（具体的に ）
- ☐ 認知症ケアの人材育成
- ☐ 成年後見など権利擁護事業
- ☐ 地域での見守り活動（つながり安心ネットワーク事業「徘徊高齢者等GPS位置
検索端末機貸与」含む）
- ☐ 認知症対応型通所介護サービス事業所の整備促進
- ☐ 認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）の整備促進
- ☐ その他（ ）

問17 ケアマネジャーとして市に望むことはありますか。(いくつでも)

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ 最新・適切な制度等の情報の提供 | ☐ 介護予防事業の充実 |
| ☐ 給付管理の相談体制の充実 | ☐ ボランティアの育成 |
| ☐ 介護サービス提供の相談体制の充実 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 処遇困難者への対応 | |

問18 これからの高齢者福祉施策で、主に力を入れてほしいと思うものはどれですか。
(5つまで)

- ☐ 寝たきりにならないよう、介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防サービスの充実
- ☐ 地域全体で介護を支援する基盤づくり
- ☐ 生きがいや交流の場となる拠点の充実
- ☐ 身近なところで相談などが行える相談窓口の充実
- ☐ 往診やかかりつけ医などの医療の充実
- ☐ 健康の増進、趣味や教養などのサービスの充実
- ☐ ボランティアなど地域活動参加の促進や支援
- ☐ 高齢者向け住宅対策の推進
- ☐ 高齢者の就労対策の充実
- ☐ 健康診断・がん検診などの保健サービスの充実
- ☐ 健康講話・訪問指導・相談などの健康維持のためのサービスの充実
- ☐ 訪問介護や通所介護などの介護保険の居宅サービスの充実
- ☐ 介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの介護保険施設の充実
- ☐ 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
- ☐ サービス利用者を保護する権利擁護などの取り組み
- ☐ 成年後見制度など高齢者の権利擁護相談窓口の充実
- ☐ 交通手段の整備など高齢者が外出しやすいまちづくり
- ☐ 配食サービスや買物支援などの生活を支える福祉サービスの充実
- ☐ その他（)
- ☐ 特になし

問19 介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上で終わりです。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

6. 40歳から64歳一般・要支援者

【40歳から64歳一般・要支援者】

幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査ご協力をお願い

市民の皆さまには、日ごろから市政に対しご理解ご協力を賜りお礼申し上げます。

このたび、幸手市では、「幸手市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、高齢者福祉や介護保険制度について、市民の皆さまのご意見や考えなどを把握するために調査を行います。

この調査は、幸手市にお住まいの40歳から64歳の方（令和7年11月1日現在）の中から1,000人を無作為に抽出し、調査票を送らせていただきました。

ご多用のこととは存じますが、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いたします。

なお、ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、この調査目的以外に使用することはありません。

令和7年12月

幸手市長 木村 純夫

記入に際してのお願い

1. 調査の対象者

40歳から64歳までの市民で、無作為に抽出された方（令和7年11月1日現在）

2. 調査の方法

（1）回答にあたっては、あて名のご本人にお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。

（2）質問の内容に従い、該当する答えにレ点（☒）をつけてください。

（または具体的に記入）

3. プライバシーの保護について

この調査は無記名であり、個人が特定されることはありません。

調査票記入後は、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13日(火)までに 投函してください。（切手はいりません）

問合せ先 幸手市役所 介護福祉課

電話 0480(42)8444（直通）

最初に、あなた（あて名の方）やご家族のことについておたずねします

問1 あなたの性別をおたずねします。（1つのみ）

- ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 回答しない

問2 あなたの年齢はおいくつですか。（1つのみ）

- ☐ 40歳～44歳 ☐ 50歳～54歳 ☐ 60歳～64歳
☐ 45歳～49歳 ☐ 55歳～59歳

問3 家族構成をお教えてください。（1つのみ）

- ☐ 1人暮らし ☐ 息子・娘との2世帯
☐ 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） ☐ その他（ ）
☐ 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）

問4 お住まいは、次のどれにあたりますか。（1つのみ）

- ☐ 持家（一戸建て） ☐ 民間賃貸住宅（一戸建て）
☐ 持家（集合住宅） ☐ 民間賃貸住宅（集合住宅）
☐ 公営賃貸住宅 ☐ その他（ ）

健康や日常生活についておたずねします

問5 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。（いくつでも）

- ☐ ない ☐ 外傷（転倒・骨折等）
☐ 高血圧 ☐ がん（悪性新生物）
☐ 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） ☐ 血液・免疫の病気
☐ 心臓病 ☐ うつ病
☐ 糖尿病 ☐ 認知症（アルツハイマー病等）
☐ 高脂血症（脂質異常） ☐ パーキンソン病
☐ 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） ☐ 目の病気
☐ 胃腸・肝臓・胆のうの病気 ☐ 耳の病気
☐ 腎臓・前立腺の病気 ☐ その他（ ）
☐ 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）

問6 あなたは、普段から治療を受けたり、日常の健康について相談・指導を受けたりする「かかりつけ医」がいますか。（1つのみ）

☒ いる

☐ いない

（問6で「いる」をお答えの方のみ）

問6-1 通院の状況はどのくらいですか。（1つのみ）

☐ 週1回以上

☐ 月2～3回

☐ 3ヶ月に1回程度

☐ 月1回程度

☐ 2ヶ月に1回程度

問7 あなたは、健康について普段どのようなことに気をつけていますか。（いくつでも）

☐ 食事に気をつけている

☐ 特に気を使っていない

☐ 運動をしている

☐ タバコを吸わない、本数を減らすようにしている

☐ 休養や十分な睡眠をとっている

☐ ストレスをためないようにしている

☐ その他（具体的に： ）

☐ 趣味を持つなど色々なことに興味をもち、常に頭を使うように心がけている

問8 あなたは、お住まいの地域のどのような「情報」を知りたいですか。（3つまで）

☐ ボランティア団体の情報

☐ いろいろな悩みの相談先の情報

☐ 学習会・情報交換会・講演会の情報

☐ 介護に関する情報

☐ 趣味などのサークル活動の情報

☐ 福祉に関する情報

☐ 気軽に行ってくつろげる交流の場の情報

☐ その他（具体的に： ）

☐ 医療・健康に関する情報

問9 あなたは、平日の昼間どのようにお過ごしですか。（3つまで）

☐ 自宅や外で仕事をしている

☐ 運動をするなどできるだけ体を動かしている

☐ 各種の団体の活動をしている

☐ 特に何もしていない

☐ 趣味の活動をしている

☐ 病気や障がいがあるため、布団やベッドの上で過ごしている

☐ 親族を介護している

☐ テレビやインターネットを見ている

☐ その他（具体的に： ）

☐ 本を読んでいる

問 10 あなたの生活の中で、生きがいや楽しみは何ですか。（3 つまで）

- | | |
|---|--|
| ☐ 食べたり飲んだりすること | ☐ 仕事（家事等を含む） |
| ☐ テレビ・インターネット・ラジオを視聴すること | ☐ ボランティア活動 |
| ☐ 読書 | ☐ ペットや植物の世話・家庭菜園等 |
| ☐ 散歩や買い物などの外出 | ☐ 教養を高める文化活動 |
| ☐ 趣味の活動 | ☐ スポーツ活動 |
| ☐ 家族（子や孫を含む）との団らんや交流 | ☐ 老人クラブ等への参加 |
| ☐ 友人・仲間との交流 | ☐ その他（具体的に：_____） |
| ☐ のんびりしていること | ☐ 特にない |
| ☐ 旅行（日帰りの小旅行を含む） | |

介護予防と健康の増進についておたずねします

問 11 あなたは、日ごろから健康の保持増進のために意識的に運動していますか。（1 つのみ）

- | | |
|---|--|
| ☐ ほとんど毎日運動している | ☐ 週 1 日程度運動している |
| ☐ 週に 4 ～ 5 日運動している | ☐ あまり運動はしていない |
| ☐ 週に 2 ～ 3 日運動している | |

（問 11 で「あまり運動はしていない」をお答えの方のみ）

問 11－1 運動をしていない理由は何ですか。（いくつでも）

- | | |
|--|--|
| ☐ あまり運動する必要はないと思う | ☐ 費用がかかるから |
| ☐ 適当な運動の方法がわからない | ☐ 教えてくれる人や、一緒に運動をする仲間がいない |
| ☐ 忙しくて運動する時間が取れない | ☐ 何となく・特に理由はない |
| ☐ 近所に適当なスポーツ施設がない | ☐ その他（具体的に：_____） |
| ☐ 医師から運動を止められている | |

問 12 1 日の平均歩数は何歩くらいですか。（1 つのみ） ※1000 歩は約 10 分に相当

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ 約 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歩 | ☐ わからない |
|---|--------------------------------|

問13 あなたはロコモティブシンドローム（運動器症候群）という言葉やその意味を知っていますか。（下記説明）（1つのみ）

※ロコモティブシンドローム

骨、関節、筋肉など体を支え動かす役割の器官（運動器）の障害のために移動能力の低下をきたして、要介護になっていたり、要介護になる危険の高い状態

- ☐ 言葉も内容もよく知っている
- ☐ 言葉は知っているが、内容はある程度しか知らない
- ☐ 言葉は知っているが、内容は全く知らない
- ☐ 言葉は知らないが、内容はよく知っている
- ☐ 言葉は知らないが、内容はある程度知っている
- ☐ 言葉も内容も全く知らない

（問13で「言葉も内容も全く知らない」以外をお答えの方のみ）

▶問13-1 あなたはロコモティブシンドロームの予防や改善のために、適切な運動を行うなど生活習慣の改善を実践していますか。（1つのみ）

- ☐ 実践している
- ☐ 時々気を付けているが、継続的ではない
- ☐ 現在はしていないが、近いうちにしようと思う
- ☐ 現在していないし、しようとも思わない
- ☐ しようとは思いますが、何をしたらよいかわからない

問14 定期的に歯科検診を受けていますか。（1つのみ）

- ☐ 受けている
- ☐ 受けていない

問15 あなたはフレイル（虚弱）という言葉やその意味を知っていますか。（下記説明）（1つのみ）

※フレイル

加齢に伴い、筋力や心身の活力（食欲・認知機能・活動量など）が全体的に低下した状態

- ☐ 言葉も内容もよく知っている
- ☐ 言葉は知っているが、内容はある程度しか知らない
- ☐ 言葉は知っているが、内容は全く知らない
- ☐ 言葉は知らないが、内容はよく知っている
- ☐ 言葉は知らないが、内容はある程度知っている
- ☐ 言葉も内容も全く知らない

（問15で「言葉も内容も全く知らない」以外をお答えの方のみ）

→ 問15-1 あなたはフレイルの予防や改善のために、適切な運動を行うなど生活習慣の改善を実践していますか。（1つのみ）

- ☐ 実践している
- ☐ 時々気を付けているが、継続的ではない
- ☐ 現在はしていないが、近いうちにしようと思う
- ☐ 現在していないし、しようとも思わない
- ☐ しようとは思うが、何をしたらよいかわからない

介護保険制度についておたずねします

問16 あなたは、介護保険制度について次のことをご存知ですか。

（ア～オにそれぞれ1つずつ）

	知っている	知らない
ア 40歳以上の方は介護保険料を負担する	☐	☐
イ 介護保険料は所得等に応じて決められる	☐	☐
ウ 介護保険サービスを受けるためには申請して要介護（要支援）認定を受ける	☐	☐
エ 要介護度に応じてサービス支給限度額が定められている	☐	☐
オ 介護サービスを受ける際には費用の1割（又は2割、3割）を利用料として自己負担する	☐	☐

問17 現在のあなたの介護保険料についてどのように感じていますか。（1つのみ）

- ☐ 負担に感じない
- ☐ やや負担に感じる
- ☐ あまり負担に感じない
- ☐ 非常に負担に感じる
- ☐ 妥当である
- ☐ わからない

問 18 介護保険制度では、施設サービスの利用者が多いほど、また、利用者 1 人当たりの利用される介護サービス量が多いほど、介護保険料が高くなります。保険料と介護保険サービスについてあなたはどのようにお考えですか。（1 つのみ）

- ☐ 入所施設やサービスの量が充実するなら、保険料が高くなってもよい
- ☐ サービスの量も保険料も現状のままでよい
- ☐ サービスの量を減らしても、保険料は安い方がよい
- ☐ その他（ ）
- ☐ わからない

問 19 高齢者の介護をしているか、していたことがありますか。（1 つのみ）

- ☐ はい
- ☐ いいえ

（問 19 で「はい」をお答えの方のみ）

→ 問 19-1 どのような介護ですか。（1 つのみ）

- ☐ 自宅で、家族だけの介護
- ☐ 自宅で、家族による介護のほか、訪問介護や通所介護などの在宅介護サービスを受けての介護
- ☐ 高齢者宅に通って、家族だけの介護
- ☐ 高齢者宅に通って、家族による介護のほか、訪問介護や通所介護などの在宅介護サービスを受けての介護
- ☐ 老人ホーム（特別養護老人ホーム、介護付き有料老人ホームなど）や介護老人保健施設などの施設への入所
- ☐ その他（具体的に ）

介護希望についておたずねします

問 20 あなた自身に介護が必要になった場合の希望をおたずねします。（1 つのみ）

- ☐ 自宅で家族中心に介護を受けたい
- ☐ 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい
- ☐ 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい
- ☐ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に住み替えて介護を受けたい
- ☐ 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい
- ☐ 医療機関に入院して介護を受けたい
- ☐ その他（ ）

問21 あなたの両親や配偶者など家族に介護が必要になった場合の希望をおたずねします。
（1つのみ）

- ☐ 自宅で家族中心に介護を受けさせたい
- ☐ 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい
- ☐ 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい
- ☐ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に住み替えて介護を受けさせたい
- ☐ 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けさせたい
- ☐ 医療機関に入院して介護を受けさせたい
- ☐ 家族はいない
- ☐ その他（ ）

問22 あなたは寝たきりの状態となった場合、自宅での生活を続けたいですか。（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 続けたい | ☐ 続けられない |
| ☐ できれば続けたい | ☐ わからない |

問23 あなたは終末期の生活の場について、どこを希望しますか。（1つのみ）

- | | |
|---|---|
| ☐ 自宅（子どもや兄弟等の家を含む） | ☐ 介護施設
(特別養護老人ホームや、有料老人ホームなど) |
| ☐ 医療機関 | ☐ わからない |

問24 介護や医療が必要になっても、自宅で暮らし続けるために、あなたが特に重要だと思うものは何ですか。（3つまで）

- | | |
|--|---|
| ☐ 介護してくれる家族等 | ☐ 見守りや手助けをしてくれる人 |
| ☐ 安心して住み続けられる住まい | ☐ 食事や日用品などの宅配サービス |
| ☐ 往診してくれる医療機関 | ☐ 安否状態を誰かに知らせてくれる仕組み |
| ☐ いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス | ☐ 介護者の負担を軽くする仕組み |
| ☐ 必要な時に宿泊できるサービス | ☐ その他（ ） |
| ☐ 気軽に立ち寄って話や相談ができる場所 | ☐ 特にない |

市の保健福祉サービスについておたずねします

問 25 次のうち、あなたが予防したいと思うものは何ですか。（いくつでも）

- | | |
|--|--|
| ☐ 歩けなくなってしまうこと | ☐ 外出するのがおっくうになってしまうこと |
| ☐ 体の筋力が全般的に弱くなってしまうこと | ☐ うつ状態になってしまうこと |
| ☐ 膝痛・腰痛になること | ☐ その他（ ） |
| ☐ 認知症になること | ☐ 特に予防したいものはない |
| ☐ きちんと食事がとれなくなってしまうこと | |

問 26 市では、おおむね上記の問 25 に対応した介護予防プログラムの提供やサポートを行っていますが、参加してみたいと思いますか。（1つのみ）

- | | |
|--|--|
| ☐ 既に参加している | ☐ あまり参加する気にならない |
| ☐ ぜひ参加したい | ☐ 参加する気はない |
| ☐ 機会があれば参加してみたい | |

問 27 高齢者の総合的な相談窓口として地域包括支援センターが設置されていますが、ご存知ですか。（1つのみ）

※地域包括支援センターは、市町村や地域の医療機関、サービス提供事業者などと協力しながら地域の高齢者のさまざまな相談に対応するところです。

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ 知っていた | ☐ 知らなかった |
| ☐ 聞いたことはあるが何をしているか知らなかった | |

問 28 あなたは、市で実施している保健サービスや福祉サービスなどに関する情報をどこから得ていますか。（いくつでも）

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ 市の窓口 | ☐ 民生委員 |
| ☐ 地域包括支援センター | ☐ 市の広報、ホームページなど |
| ☐ 介護サービス事業提供者 | ☐ 新聞、テレビ、インターネットなど |
| ☐ 主治医、医療機関 | ☐ その他（ ） |
| ☐ 地域ケア拠点「菜のはな」 | ☐ 情報が得られない |
| ☐ 家族、親戚、知人 | |

問 29 これからの高齢者福祉施策で、主に力を入れてほしいと思うものはどれですか。
（5つまで）

- ☐ 寝たきりにならないよう、介護予防サービスの充実
- ☐ 地域全体で介護を支援する基盤づくり
- ☐ 生きがいや交流の場となる拠点の充実
- ☐ 身近なところで相談などが行える相談窓口の充実
- ☐ 往診やかかりつけ医などの医療の充実
- ☐ 健康の増進、趣味や教養などのサービスの充実
- ☐ ボランティアなど地域活動参加の促進や支援
- ☐ 高齢者向け住宅対策の推進
- ☐ 高齢者の就労対策の充実
- ☐ 健康診断・がん検診などの保健サービスの充実
- ☐ 健康講話・訪問指導・相談などの健康維持のためのサービスの充実
- ☐ 訪問介護や通所介護などの介護保険の居宅サービスの充実
- ☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設などの介護保険施設の充実
- ☐ 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
- ☐ サービス利用者を保護する権利擁護などの取り組み
- ☐ 成年後見制度などの高齢者の権利擁護相談窓口の充実
- ☐ 交通手段の整備など高齢者が外出しやすいまちづくり
- ☐ 配食サービスや買物支援などの生活を支える福祉サービスの充実
- ☐ その他（具体的に： _____）
- ☐ 特にない

問 30 介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、
ご自由にお書きください。

質問は以上で終わります。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

幸手市
高齢者福祉計画・介護保険事業計画
策定のためのアンケート調査
報告書

令和8年5月

幸手市 健康福祉部 介護福祉課
〒340-0152 埼玉県幸手市大字天神島 1030-1
TEL：0480-42-8444
