

喜多方市 高齢者福祉に関するアンケート調査 (在宅介護実態調査)

ご協力をお願い

平素より市政にご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

喜多方市では、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「喜多方市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定を進めています。

その基礎資料とするため、令和7年11月1日現在で要介護認定を受け在宅で過ごされている65歳以上の方のうち、無作為に抽出した900の方を対象に、保健福祉に関わる生活状況や介護保険サービス、市の高齢者施策、家族介護の状況等について伺うため、アンケート調査を行うことにいたしました。ご回答いただいた調査内容は、計画策定のために利用させていただくものであり、個々の回答内容が漏れたりすることはありません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和8年1月

喜多方市

<ご記入にあたってのお願い>

- 宛名のご本人様がお答えください。ただし、ご本人様が答えられないときは、ご家族の方などがご本人様の意見を聞いてご記入いただいても構いません。
- 問1から順にご記入ください。途中、回答により、次に答える設問を案内していますので、それに沿ってください。
- ご記入は、黒または青のボールペン等をお使いください。
- お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
○の数は、それぞれの設問の指示に従ってください。
- 「その他」に○印をつけられた方は、()内に具体的な答えを記入してください。
- ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れた上で、
2月16日(月)までに、郵便ポストに投函してください。(切手は不要です)

◎調査についてご質問などがありましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】 ※業務都合により、担当者不在の場合があります。ご了承ください。

調査票の内容、記入方法について

(調査実施) 株式会社サーベイリサーチセンター 高齢者福祉に関するアンケート調査事務局
電話：022-225-3479 (受付時間 平日10:00~17:00 ※12~13時を除く)

本調査の概要・趣旨について

(調査主体) 喜多方市役所 保健福祉部 高齢福祉課
電話：0241-24-5231 (受付時間 平日8:30~17:15)

個人情報について

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。

- 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、市町村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、市町村内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市町村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。

-----<はじめに>-----

問1. この調査票にご回答いただいているのは、どなたですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. 宛名のご本人様（調査対象者） | 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. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他（ ） | |

1. 宛名のご本人様ご自身およびご家族について

問2. あなたの生活状況等についてうかがいます。

(1) 世帯構成について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 |
| 3. その他 | |

(2) 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)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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：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（認知症高齢者共同生活介護）、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。

2. 介護、生活支援について

問3. 宛名のご本人様が、現在抱えている傷病等についてご回答ください。

(○はいくつでも)

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

問4. **令和7年12月の1か月間**に、介護保険サービス（住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く）を利用しましたか。（○は1つ）

1. 利用した
2. 利用していない → 3ページ、問6へお進みください

問5. 問4で「1」に○をつけた方にうかがいます。

次の(1)～(9)の介護保険サービスについて、**令和7年12月の1か月間**の利用状況をご回答ください。(それぞれ○は1つ)

（１）訪問介護（ホームヘルプサービス）

- | | | |
|------------|----------|----------|
| 1. 利用していない | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 |
| 4. 週3回程度 | 5. 週4回程度 | 6. 週5回以上 |

（２）訪問入浴介護

- | | | |
|------------|----------|----------|
| 1. 利用していない | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 |
| 4. 週3回程度 | 5. 週4回程度 | 6. 週5回以上 |

(3) 訪問看護

- | | | |
|------------|----------|----------|
| 1. 利用していない | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 |
| 4. 週3回程度 | 5. 週4回程度 | 6. 週5回以上 |

(4) 訪問リハビリテーション

- | | | |
|------------|----------|----------|
| 1. 利用していない | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 |
| 4. 週3回程度 | 5. 週4回程度 | 6. 週5回以上 |

(5) 通所介護（デイサービス）

- | | | |
|------------|----------|----------|
| 1. 利用していない | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 |
| 4. 週3回程度 | 5. 週4回程度 | 6. 週5回以上 |

(6) 通所リハビリテーション（デイケア）

1. 利用していない 2. 週1回程度 3. 週2回程度
4. 週3回程度 5. 週4回程度 6. 週5回以上

(7) 短期入所（ショートステイ）

1. 利用していない 2. 月1～7日程度 3. 月8～14日程度
4. 月15～21日程度 5. 月22日以上

(8) 居宅療養管理指導（医師・薬剤師・栄養士等による訪問）

1. 利用していない 2. 月1回程度 3. 月2回程度
4. 月3回程度 5. 月4回程度

(9) 小規模多機能型居宅介護

1. 利用していない 2. 利用した

問6. 問4で「2」に○をつけた方にうかがいます。

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

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

問7. 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）は、次のうちどれですか。（〇はいくつでも）
《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。》

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

3. 住まい、介護保険について

問8. 今後の希望する生活についてうかがいます。

(1) 宛名のご本人様は今後、どのように生活したいですか。(もっとも近い考え1つに○)

1. 家族や親族の世話だけを受けて、自宅で生活したい
2. ホームヘルパー（訪問介護）やデイサービス（通所介護）などの介護保険サービスを受けながら、自宅で生活したい
3. 主に介護サービスを利用して、高齢者向け住宅に住み替えて生活したい
4. 数人で暮らせる、家庭的な介護つきホーム（グループホーム）で介護を受けたい
5. 介護付き有料老人ホームなどの施設に入所したい
6. 特別養護老人ホームなどの施設に入所したい
7. その他（ ）
8. どのようにしたらよいかわからない

(2) (1)で「3~7」に○をつけた方にうかがいます。 ←
その場所を選んだのは、なぜですか。(○はいくつでも)

1. 在宅で介護してくれる親族等がないから
2. 親族等の世話になることに気が引けるから
3. 介護を受ける環境が整っているから
4. 自分の希望する介護を受けることができると思うから
5. 経済的な理由から
6. 在宅に近い環境が好ましいから
7. 治療が必要だから
8. その他（

問9. 介護保険制度は、介護を社会全体で支える制度です。介護保険サービスの利用が増えると、その費用を賄っている介護保険料は増額となります。保険料とサービス利用の関係について、宛名のご本人様の考えにもっとも近いものは、次のうちどれですか。(〇は1つ)

1. サービス提供体制が不十分なので、体制を十分整えるため、保険料を上げるべきだ
2. 必要な時に十分な介護が受けられるようサービス提供体制を整えてほしいので、保険料が現在より高くなってもやむを得ない
3. 高齢者の増加に伴うサービスの利用増はやむを得ないが、現在のサービス体制でほぼ十分と思われるので、なるべく保険料を上げないでほしい
4. 必要な時に十分なサービスを利用できなくてもよいので、保険料を安くしてほしい
5. その他（ ）

4. 今後の高齢者施策等について

問 10. 宛名のご本人様は、喜多方市の介護保険制度・高齢者福祉施策について、今後充実すべきと思われるものは何ですか。（主なもの3つまでに○）

1. 高齢者の在宅での生活を支援する保健福祉サービスの充実
2. 認知症や寝たきり予防、健康教室の開催などの介護予防事業の充実
3. 在宅医療などの充実
4. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設等の整備
5. 高齢者向けの住宅の整備、住宅改修に必要な費用の貸付または補助等
6. 在宅介護者への経済的支援
7. ボランティア（社会奉仕）活動が普及するような制度の整備
8. 高齢者の働く場の確保
9. 高齢者の見守り体制の充実
10. 在宅介護者同士が交流できる制度の充実
11. 高齢者同士の交流やいきがいを持てるような活動機会の拡大や設備の充実
12. 相談体制の充実
13. 高齢者の権利（財産、人権等）を守るための相談、支援の充実
14. 介護職員の確保・充実
15. その他（
16. 特になし

問 11. 喜多方市の介護保険制度・高齢者福祉施策について、宛名のご本人様はどのように感じますか。（もっとも近い考えをひとつだけ○）

1. とても満足している
2. まあ満足している
3. どちらとも言えない
4. あまり満足していない
5. 満足していない
- そのように感じている理由は何ですか。

問 12. 喜多方市の介護保険制度・高齢者福祉施策に対して、ご意見やご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

※この調査は計画策定のためのアンケート調査です。いただいたご意見やご要望に対し個別の返答はいたしかねますので、予めご了承ください。

5. 主な介護者について

問 13. 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	

設問は以上で終わります。
ありがとうございました。

引き続きご回答ください。

- ここからは、ご家族やご親族のうち、主に介護をしている方（主な介護者）がお答えください。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、宛名のご本人様にご回答・ご記入をお願いします（宛名のご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

問 14. ご家族やご親族の中で、宛名のご本人様の介護のために、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、勤務形態は問いません。（○はいくつでも）
《自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。》

- | |
|-------------------------------|
| 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 |

問 15. 主な介護者の方についてうかがいます。

（1）主な介護者の方は、宛名のご本人様から見てどのようなご関係にありますか。

（○は1つ）

- | | | |
|-------------|----------|----------------------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他（ ） |

（2）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 |
|-------|-------|

（3）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 16. 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。

(○はいくつでも)

〔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 17. 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。（主なもの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
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 18. 介護の負担や悩みについてうかがいます。

(1) 主な介護者の方は、介護の負担や悩みを感じるがありますか。(○は1つ)

- 1. 特に、負担や悩みはない
- 2. ごくまれに、負担や悩みを感じる
- 3. 時々、負担や悩みを感じる
- 4. 常に、負担や悩みを感じる

(2) (1)で「2～4」と回答した方にうかがいます。
介護を行う上での負担や悩みは何ですか。(主なもの3つまでに○)

- 1. 経済的負担が大きい
- 2. 精神的負担が大きい
- 3. 肉体的負担が大きい(睡眠不足・腰痛等を含む)
- 4. 日中は仕事などで不在となることが多い
- 5. 夜間の介護の負担が大きい
- 6. 介護保険サービスをもっと利用したいが、本人が嫌がる
- 7. 介護保険サービスをもっと利用したいが、家族や周囲が反対する
- 8. 介護保険サービスをもっと利用したいが、限度額がいっぱいである
- 9. 介護者の都合等に合わせて柔軟に使える介護保険サービスがない
- 10. 介護の方法がわからない
- 11. 介護のために仕事や家事、育児が思うようにできない
- 12. 介護のことが気になって、思うように外出できない
- 13. 介護者のための相談窓口が少ない
- 14. 介護のストレスから、本人に当たってしまうことがある
- 15. その他 ()

問 19. 主な介護者の方は、日常生活や健康のことなどで困った時、どなたに協力を頼んだり、相談されたりしますか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 |
| 3. 娘 | 4. 息子・娘の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 友人・知人 | 8. 医師・歯科医師・薬剤師 |
| 9. 民生児童委員 | 10. 行政区・町内会 |
| 11. 老人クラブ | 12. 社会福祉協議会 |
| 13. 地域包括支援センター | 14. ケアマネジャー |
| 15. 市役所 | 16. 近所の方 |
| 17. その他 () | 18. 相談をする相手がいない |

問 20. 主な介護者の方が、介護者支援として充実を望むことは何ですか。

(主なもの3つまでに○)

1. 介護者の会などの介護者同士の交流の場
2. 公的な機関などの個人的な相談機関
3. 介護者教室などの介護技術が学べる機会
4. 介護者がリフレッシュできるような機会
5. 認知症について理解を深めるための認知症サポーターの養成講座
6. 隣近所の助け合いやボランティア活動への支援
7. 介護保険サービスの充実
8. 特別養護老人ホームなどの整備
9. 有料老人ホームやグループホームの整備
10. 高齢者向け住宅の整備
11. 介護保険以外のサービスの充実
12. その他 ()

問 21. 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

設問は以上で終わりです。
ありがとうございました。

※フルタイム : 「1週間に5日程度、1日に8時間程度の就労をしている方」が該当します。

パートタイム : 「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(個人事業主、自由業)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 22. 問21で「1または2」に○をつけた方にうかがいます。

仕事と介護の両立についてうかがいます。

(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。(○はいくつでも)

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

(2) 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。(○は1つ)

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

問 23. 介護に参加しているご家族（主な介護者を含む）で、「老老介護」、「ダブルケア」または「ヤングケアラー」に該当する方はいますか。(○はいくつでも)

1. 老老介護に該当している
2. ダブルケアに該当している
3. ヤングケアラーに該当している
4. いずれにも該当しない

※老老介護 : 高齢者の介護を主に65歳以上の方が行うこと
ダブルケア : 子育てと介護を同時期に行わなければならないこと
ヤングケアラー : 一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子ども(18歳未満)のこと

調査は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

調査票を同封の返信用封筒に入れて、2月16日(月)までに

返送(投函)してください。切手を貼る必要はありません。