

※宛名データおよび通番を印字

〒000-0000

安城市000000000000000000

0000 0000様

4001

在宅介護実態調査

安城市 高齢者介護に関する調査

～ 調査ご協力をお願い ～

市民のみなさまには、日頃より市政にご協力いただき、ありがとうございます。

安城市では、令和8年度に高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の見直しを予定しています。この調査は、その計画を策定するために、みなさまのご意見やご要望をお聞きするための大切な調査です。

調査にあたり、安城市にお住まいの65歳以上の方のうち、令和7年10月末現在で要介護認定を受けている方から無作為に選ばせていただきました。

お答えいただいた内容は、安城市による高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定とその推進目的以外には利用いたしません。個人情報保護には最大の注意を払っておりますので、実情に基づいてご回答いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

令和7年12月

安城市長 三星 元人

<ご記入にあたっての注意事項>

- 1 この調査は、令和7年10月末日現在、本市に居住の要介護認定を受け、在宅で暮らしている方の中から抽出した1,800名を対象にお願いしています。
- 2 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいても構いません。
- 3 選択肢がある場合は、あてはまる番号を○印で囲んでください。
「その他」の場合は、()があればなるべく具体的内容を記述してください。
- 4 この調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに委託して実施しておりますので、返信用封筒の宛先は同社になります。
- 5 アンケート用紙は、ご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、
令和7年12月31日(水)までに投函してください(切手不要)。

★右のQRコードまたは下記URLから、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。次のIDとパスワードでログインし、回答してください。

【ID】

【パスワード】

https://src.webcas.net/form/pub/**/****

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。



【調査票への記入方法やWebアンケートの回答方法などの問い合わせ先】

株式会社サーベイリサーチセンター 名古屋事務所 企画課 担当：田口・中村
TEL：052-561-1246（平日9時～12時、13時～17時（令和7年12月29日～令和8年1月2日を除く））

【調査内容に関する問い合わせ先】

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 TEL：0566-71-2290

- 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なさせていただきます。
- ・本調査で得られた情報につきましては、安城市における高齢者等支援施策の基礎資料として活用すること以外の目的には使用いたしません。また、当該情報については、安城市で適切に管理いたします。
 - ・この調査の分析にあたっては、認定調査にかかる要介護認定データ及び給付データを活用させていただきます。

調査票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。

（○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 家族構成について、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 |
|---------|-----------|--------|

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。

（○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4 ご本人が現在抱えている傷病について、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5 現在、(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ていますか。(○は1つ)

1. 利用している

2. 利用していない



問5-1へ

問5で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

問5-1 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○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分からない |
| 9. その他() |

ここから再び、すべての方にお伺いします。

問6 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. その他() | 11. 利用していない | |

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

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）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8 ご本人（本調査対象者）は、現在、訪問診療（医療保険）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（介護保険）は含みません。

問9 あなたの地域は、高齢者が安心して暮らすことのできるまちだと思いますか。

（○は1つ）

1. とてもそう思う	2. まあそう思う
3. どちらともいえない	4. あまりそう思わない
5. まったくそう思わない	

問10 もしあなたが、自分のことを「認知症かもしれない」と思った場合、1人で抱え込まずに打ち明けることができますか。（○は1つ）

1. そう思う	2. どちらかと言えばそう思う
3. どちらかと言えばそう思わない	4. そう思わない
5. わからない	

問11 あなた自身やご家族などが認知症になったときに、どこに（誰に）相談しますか。または、どこに（誰に）相談しましたか。（○はいくつでも）

1. かかりつけ医	2. 家族
3. 友人・知人	4. 地域包括支援センター
5. ケアマネジャー	6. 認知症に関する専門医療機関
7. 認知症初期集中支援チーム	8. 認知症の人と家族の会
9. 認知症カフェ	10. 福祉センター
11. 県が開設する相談窓口	12. 相談先がわからない

問12 認知症になっても住み慣れた地域で生活を続けていくためには、どのようなことが必要だと思いますか。（○はいくつでも）

1. 家族や親族の認知症への理解
2. 地域住民の認知症への理解
3. 家族や親族による生活への支援
4. 近所や地域の方の助け合い
5. 介護保険のサービス（デイサービスやヘルパー、訪問看護など）
6. 生活を支援するサービス（給食サービス・高齢者向け助成）
7. 認知症を診てくれる医療機関
8. 相談できる窓口
9. 認知症の介護の経験がある方の助言・相談
10. 認知症当事者の方との交流・相談
11. 認知症になっても参加できる趣味や交流等の場所

問13 現在の安城市は、認知症の方が自分らしく暮らせるまちになっていると思いますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかと言えばそう思う |
| 3. どちらかと言えばそう思わない | 4. そう思わない |
| 5. わからない | |

問14 令和6年12月に国の「認知症施策推進基本計画」において示された「新しい認知症観」についてお聞きします。

あなたは、「新しい認知症観」という言葉を聞いたことがありますか。また、その内容について知っていますか。（○は1つ）

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. 内容を含めて知っている | 3. まったく知らない |
| 2. 言葉を聞いたことはあるが内容は知らない | |

問15 あなたは、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる（新しい認知症観）」と思いますか。（○は1つ）

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかと言えばそう思う |
| 3. どちらかと言えばそう思わない | 4. そう思わない |
| 5. わからない | |

問16 あなたは、人生の最期を、どこで迎えたいですか。（○は1つ）

- | | | |
|---------|-------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 病院 | 3. 介護施設 |
| 4. その他（ | ） | 5. わからない |

問17 看取りに関することについてお聞きします。（それぞれ○は1つ）

（1）あなたは、人生の最終段階における医療・介護について、これまでに考えたことがありますか。

1. ある

2. ない

（2）あなたは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP、愛称：人生会議）について知っていますか。

※アドバンス・ケア・プランニングとは、人生の最終段階に希望する医療や療養について、家族や医療・介護の関係者と事前に繰り返し話し合う取り組みです。

1. よく知っている

2. 聞いたことはある

3. まったく知らない

（3）人生の最終段階において、受たい医療・介護、受たくない医療・介護について、ご家族等や医療介護関係者と話し合ったことはありますか。

1. 詳しく話し合ったことがある

2. 一応、話し合ったことはある

3. まったく話し合ったことがない

問18 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



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

3. 週に1～2日ある

4. 週に3～4日ある

5. ほぼ毎日ある



問19へ

- 問18で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問19以降のご回答・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（本調査対象者様）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）。

主な介護者の方に、お伺いします

問19 ご家族やご親族の中で、ご本人（本調査対象者）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20 主な介護者の方は、ご本人（本調査対象者）から見てどなたですか。（○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21 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. わからない	4. 回答しない
-------	-------	----------	----------

問22 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 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・清拭	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24 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）。（○は3つまで）

【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・清拭	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、特にない	

17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問25 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



問26～ 問28へ



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。

ここから先は、問25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26 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

問27 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。（○は3つまで）

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28 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

ご協力ありがとうございました。