

# 令和 7 (2025) 年度第 2 回みよし市介護保険運営審議会 次第

日時：令和 7 (2025) 年 11 月 25 日 (火)

午前 10 時 30 分から正午まで

場所：みよし市役所 3 階

研修室 1 ・ 2

1 会長あいさつ

2 協議事項

(1) 第 10 期介護保険事業計画の策定について 【資料 1-1】【資料 1-2】【資料 1-3】

(2) 高齢者配食サービス事業について 【資料 2】

3 その他

## 第 10 期介護保険事業計画の策定について（案）

### 1 介護保険事業計画について

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業計画を策定する。（第 10 期：令和 9（2027）～11（2029）年度）

#### （1）国の基本方針

ア 介護保険法第 116 条第 1 項に基づき、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本方針を定める。

#### （2）市町村介護保険事業計画（法第 117 条）

ア 区域（日常生活圏域）の設定  
イ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）  
ウ 各年度における必要定員総数（区域毎）  
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入所者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
エ 各年度における地域支援事業の量の見込み  
オ 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標  
カ その他の事項

#### （3）都道府県介護保険事業支援計画（法第 118 条）

ア 区域（老人福祉圏域）の設定  
イ 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）  
ウ 各年度における必要定員総数（区域毎）  
※介護保険施設、介護専用型特定施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入所者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
エ 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標  
オ その他の事項

### 2 第 10 期介護保険事業計画の策定スケジュール

#### （1）国が示したスケジュール

資料 1－2 のとおり

## (2) 介護保険運営審議会のスケジュール（予定）

令和 7 (2025) 年 11 月 25 日 (火)	第 10 期介護保険事業計画について、高齢者配食サービス事業について
令和 8 (2026) 年 7 月	9 期計画の進捗状況、みよし市の現状と課題
令和 8 (2026) 年 8 月	計画の骨子（案）について
令和 8 (2026) 年 10 月	計画（案）のパブリックコメントの実施について
令和 8 (2026) 年 11 月	計画（案）について、保険料設定について
令和 9 (2027) 年 1 月	計画（案）について、計画（案）の答申について

## 3 第 10 期みよし市高齢者福祉計画兼介護保険事業計画策定 業務委託について

### (1) 業務内容

- ア 令和 7 (2025) 年度実施業務
  - ・アンケート調査業務
- イ 令和 8 (2026) 年度実施業務
  - ・アンケート詳細分析
  - ・現状、給付実績分析
  - ・第 9 期計画の検証、報告
  - ・各種フレーム推計
  - ・給付費、保険料推計
  - ・事業計画案の作成

### (2) 履行期間

令和 7 (2025) 年 6 月 20 日から令和 9 (2027) 年 3 月 29 日まで（2か年継続事業）

### (3) 契約金額

金 6,787,000 円（消費税及び地方消費税を含む）

## 4 計画策定のためのアンケート調査の実施方法

### (1) 概要

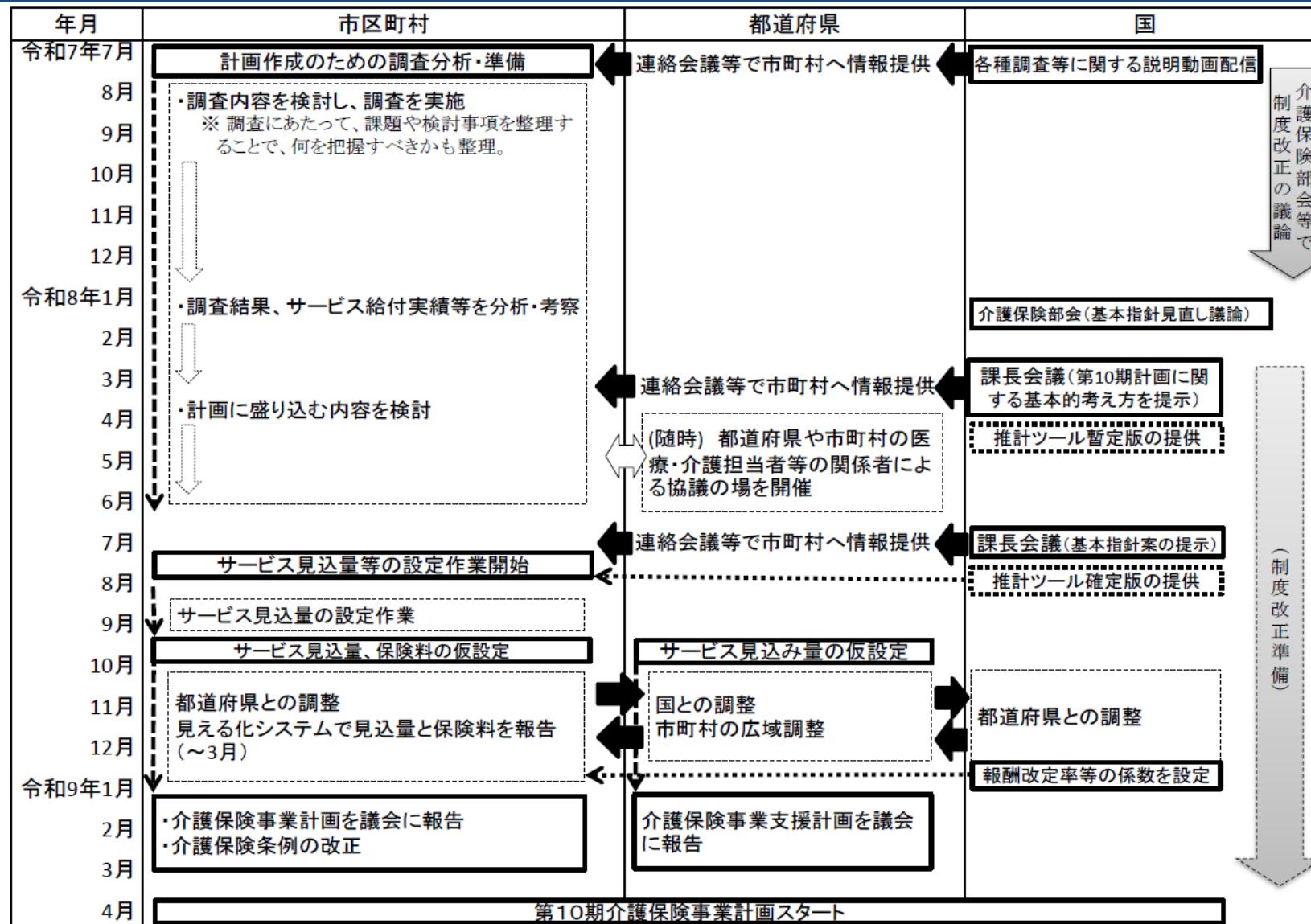
調査票	対象者	調査対象人数等
①介護予防・日常生活 圏域ニーズ調査 (Web回答併用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上で要介護認定のない人</li> <li>・総合事業対象者</li> <li>・要支援1、2の認定者</li> </ul>	<u>1,600人</u> ／12,016人 一般高齢者 総合事業対象者 要支援認定者
②在宅介護実態調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護1～5の認定者のうちの在宅生活者</li> </ul>	792人 (要介護認定者のうち 在宅生活者全件)
③家庭介護者調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護1～5の認定者のうちの在宅生活者を介護する人</li> </ul>	
④若年者調査 (Web回答併用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>若年者</li> <li>・40歳～64歳の人</li> </ul>	<u>900人</u> ／22,462人
⑤サービス提供事業者 調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内全事業者</li> <li>・市外事業者のうち利用実績が5件以上の者</li> </ul>	165箇所
⑥ケアマネジャー調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内に勤務するケアマネジャー</li> <li>・市外に勤務するケアマネジャーのうち実績が月5件以上の者</li> </ul>	80人

調査対象人数等は令和7(2025)年10月31日現在の数値。調査実施時には最新件数に修正する。

### (2) アンケート調査スケジュール

令和7(2025)年 12月19日	対象者へ調査票を発送
令和8(2026)年 1月9日	調査票回収(回答期限:令和8(2026)年1月9日)
令和8(2026)年 3月下旬	受託業者による集計、調査結果報告
令和8(2026)年 4月から5月	受託業者によるアンケート結果の詳細分析

## 第10期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール



## 計画策定のためのアンケート調査票

### 別添

- ・①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
- ・②在宅介護実態調査+③家庭介護者調査
- ・④若年者調査
- ・⑤サービス提供事業者調査
- ・⑥ケアマネジャー調査

## 福祉と介護についてのアンケート調査ご回答のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。本市では、すべての市民が地域で安心して暮らせる仕組み（みよし市版地域包括ケアシステム）づくりとそのさらなる深化を実現するため、令和5（2023）年度に第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画を策定し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健やかに安心して暮らせることを目標に取り組みを進めております。

令和8（2026）年度は、3年ごとに行う計画見直しの年度に当たり、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの第10期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の策定を予定しています。今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、65歳以上の市民から無作為に抽出した方、総合事業対象者及び要支援認定を受けている方を対象としています。ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の目的と趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願ひいたします。

令和7（2025）年12月

みよし市長 小山 祐

### 【この調査票のご記入にあたってのお願い】

- ・この調査は、令和7（2025）年12月1日現在の状況でお答えください。
- ・回答は、対象者ご本人がご記入ください。なお、ご本人お一人での記入が難しい場合は、ご家族の方がお手伝いのうえ、ご回答ください。
- ・回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数値などをご記入いただくものがあります。「○印は1つだけ」「○印はいくつでも」などの指示にしたがってご回答ください。
- ・質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
- ・ご記入いただいた調査票は、令和8（2026）年1月9日（金）までに、同封の返信用封筒に入れてご投函（切手不要）ください。

★本調査は、お手持ちのスマートフォンやパソコンからも回答することができます。右の二次元コードを読み取るか、下記URLからアンケートのページにアクセスして、次のIDとパスワードでログインし、回答してください（この場合はこのアンケート票のご返送は不要です）。

[https://src.webcas.net/form/pub/src/\\*\\*\\*\\*\\*](https://src.webcas.net/form/pub/src/*****)

【ID】

【パスワード】



（二次元コード）

この調査についてのお問い合わせ

みよし市長寿介護課 介護保険担当 電話：0561-32-8009（直通）

連結用の番号を印字します。



## ■調査データの活用について

この調査は、みよし市における効果的な高齢者等支援施策を立案するために実施するものです。本調査で得られた内容につきましては、みよし市介護保険事業計画策定の基礎資料として活用させていただきます。また、集計された調査結果を、厚生労働省の管理するデータベース内に登録し、必要に応じて集計、分析することができます。これらの目的以外には使用しません。

この調査の分析にあたっては、みよし市が管理する介護保険の被保険者情報（性別、年齢、要介護状態区分、居住地区）を使用いたします。当該情報については、みよし市において適切に管理いたします。本調査票のご返送をもちまして、データの活用についてご同意いただいたものと見なさせていただきます。

## 福祉と介護についてのアンケート

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。（○印は1つだけ）

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| 1 あて名のご本人     | 2 家族・親族（あて名のご本人からみた続柄： ） |
| 3 その他（具体的に： ） |                          |

1

### あなたご自身について

問1 あなたの性別をご回答ください。（○印は1つだけ）

- |      |      |       |
|------|------|-------|
| 1 男性 | 2 女性 | 3 その他 |
|------|------|-------|

問2 あなたの年齢をご回答ください。（○印は1つだけ）

- |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 1 65～69歳 | 3 75～79歳 | 5 85～89歳 | 7 95～99歳 |
| 2 70～74歳 | 4 80～84歳 | 6 90～94歳 | 8 100歳以上 |

問3 あなたの家族構成について、ご回答ください。（○印は1つだけ）

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1 1人暮らし             | 4 息子・娘との2世帯   |
| 2 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） | 5 その他（具体的に： ） |
| 3 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） |               |

問4 あなたのお住まいの中学校区（地域）をご回答ください。（○印は1つだけ）

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 1 三好丘中学校区（おかよし地域） | 4 南中学校区（みなよし地域） |
| 2 北中学校区（きたよし地域）   | 5 わからない         |
| 3 三好中学校区（なかよし地域）  | （お住まいの町名： ）     |

問5 あなたは要支援1、要支援2の認定を受けていますか。受けていない場合、総合事業対象者として判定されたことがありますか。(○印は1つだけ)

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1 要支援1・2の判定を受けている      | 3 1と2のどちらにもあてはまらない |
| 2 総合事業対象者として判定されたことがある | 4 わからない            |
|                        | 5 その他( )           |

問6 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(○印は1つだけ)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1 介護・介助は必要ない → [問7へ]                 |
| 2 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → [問6-1へ] |
| 3 現在、何らかの介護を受けている → [問6-1、6-2へ]      |
| (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)        |

問6において、「2」「3」を選択した方（介護が必要な方、介助を受けている方）のみ

問6-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(○印はいくつでも)

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）   | 9 腎疾患（透析）      |
| 2 心臓病             | 10 視覚・聴覚障がい    |
| 3 がん（悪性新生物）       | 11 骨折・転倒       |
| 4 呼吸器の病気（肺気腫、肺炎等） | 12 脊椎損傷        |
| 5 関節の病気（リウマチ等）    | 13 高齢による衰弱     |
| 6 認知症（アルツハイマー病等）  | 14 その他（具体的に： ) |
| 7 パーキンソン病         | 15 わからない       |
| 8 糖尿病             |                |

問6において、「3」を選択した方（介護・介助を受けている方）のみ

問6-2 主にどなたの介護、介助を受けていますか。(○印はいくつでも)

- |            |         |               |
|------------|---------|---------------|
| 1 配偶者（夫・妻） | 4 子の配偶者 | 7 介護サービスのヘルパー |
| 2 息子       | 5 孫     | 8 その他         |
| 3 娘        | 6 兄弟・姉妹 | (具体的に： )      |

問7 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。(○印は1つだけ)

- |         |       |            |
|---------|-------|------------|
| 1 大変苦しい | 3 ふつう | 4 ややゆとりがある |
| 2 やや苦しい |       | 5 大変ゆとりがある |

問8 お住まいは次のどれにあたりますか。(○印は1つだけ)

- |                |                        |
|----------------|------------------------|
| 1 持家（一戸建て）     | 5 民間賃貸住宅（集合住宅）         |
| 2 持家（集合住宅）     | 6 間借り（他世帯の住宅の一部を借りて居住） |
| 3 公営賃貸住宅       | 7 その他（具体的に： )          |
| 4 民間賃貸住宅（一戸建て） |                        |

## 2

## からだを動かすことについて

●からだを動かすことに関する以下の質問にお答えください。(○印は各1つずつ)

問1 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか。

- |             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| 1 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

問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 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

問3 15分位続けて歩いていますか。

- |             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| 1 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

問4 過去1年間に転んだ経験がありますか。

- |         |        |      |
|---------|--------|------|
| 1 何度もある | 2 1度ある | 3 ない |
|---------|--------|------|

問5 転倒に対する不安は大きいですか。

- |            |            |
|------------|------------|
| 1 とても不安である | 3 あまり不安でない |
| 2 やや不安である  | 4 不安でない    |

問6 週に1回以上は外出していますか。

- |             |         |
|-------------|---------|
| 1 ほとんど外出しない | 3 週2~4回 |
| 2 週1回       | 4 週5回以上 |

問7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1 とても減っている | 3 あまり減っていない |
| 2 減っている    | 4 減っていない    |

問8 外出を控えていますか。

- |      |         |       |
|------|---------|-------|
| 1 はい | → 問8-1へ | 2 いいえ |
|------|---------|-------|

問8において、「1 はい」を選択した方（外出を控えている方）のみ

問8-1 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○印はいくつでも)

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1 病気              | 7 外での楽しみがない        |
| 2 障がい（脳卒中の後遺症など）  | 8 経済的に出られない        |
| 3 足腰などの痛み         | 9 交通手段がない          |
| 4 トイレの心配（失禁など）    | 10 その他<br>(具体的に: ) |
| 5 耳の障がい（聞こえの問題など） |                    |
| 6 目の障がい           |                    |

問9 外出する際の移動手段は何ですか。(○印はいくつでも)

1 徒歩	6 電車	10 電動車いす（カート）
2 自転車	7 路線バス	11 歩行器、シルバーカー
3 バイク	8 病院や施設のバス	12 タクシー
4 自動車（自分で運転）	9 車いす	13 その他
5 自動車（人に乗せてもらう）	(具体的に： )	

### 3 食べることについて

問1 あなたの現在の身長・体重を記入してください。

身長	_____ . _____ cm	体重	_____ . _____ kg
(例：165.3 cm)		(例：52.0 kg)	

●食べることに関する以下の質問にお答えください。(○印は各1つずつ)

問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 はい	2 いいえ
------	-------

問3 お茶や汁物等でむせることがありますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

問4 口の渴きが気になりますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

問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 はい	2 いいえ
------	-------

問6 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください。

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。)

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

問6-1 噛み合わせは良いですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

問6で「1」「3」を選択した方（入れ歯を利用している方）のみ

問6-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか。

1 はい

2 いいえ

問7 最近6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。

1 はい

2 いいえ

問8 どなたかと食事をともにする機会はありますか。

1 毎日ある

4 年に何度ある

2 週に何度ある

5 ほとんどない

3 月に何度ある

## 4 毎日の生活について

●毎日の生活に関する以下の質問にお答えください。（○印は各1つずつ）

問1 物忘れが多いと感じますか。

1 はい

2 いいえ

問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 はい

2 いいえ

問3 今日が何月何日かわからない時がありますか。

1 はい

2 いいえ

問4 バスや電車、自家用車を使って1人で外出していますか。

1 できるし、している

2 できるけどしていない

3 できない

問5 自分で食品・日用品の買物をしていますか。

1 できるし、している

2 できるけどしていない

3 できない

問6 自分で食事の用意をしていますか。

1 できるし、している

2 できるけどしていない

3 できない

問7 自分で請求書の支払いをしていますか。

1 できるし、している

2 できるけどしていない

3 できない

問8 自分で預貯金の出し入れをしていますか。

1 できるし、している

2 できるけどしていない

3 できない

問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 はい

2 いいえ

問10 新聞を読んでいますか。

1 はい

2 いいえ

問11 本や雑誌を読んでいますか。

1 はい

2 いいえ

問12 健康についての記事や番組に関心がありますか。

1 はい

2 いいえ

問13 友人の家を訪ねていますか。

1 はい

2 いいえ

問14 家族や友人の相談にのっていますか。

1 はい

2 いいえ

問15 病人を見舞うことができますか。

1 はい

2 いいえ

問16 若い人に自分から話しかけることがありますか。

1 はい

2 いいえ

問17 趣味はありますか。（「1 趣味あり」の方は（ ）内に趣味をご記入ください）

1 趣味あり → （具体的に：

）

2 思いつかない

問18 生きがいはありますか。（「1 生きがいあり」の方は（ ）内に生きがいをご記入ください）

1 生きがいあり → （具体的に：

）

2 思いつかない

問19 あなたが、情報収集や情報伝達のために、ふだん、利用している情報通信機器はどれですか。（○印はいくつでも）

1 テレビ

6 タブレット端末（iPadなど）

2 ラジオ

7 パソコン

3 固定電話

8 ゲーム機

4 ファックス

9 その他

5 携帯電話（スマートフォンを含む）

（具体的に：

）

問20 あなたは、情報通信機器を使って、どのようなことをされますか。(○印はいくつでも)

- |                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| 1 家族・友人などと連絡（電話、メール、LINEなど）          | 6 オンラインの相談や診療の利用   |
| 2 フェイスブック・インスタグラム・X等のSNS（会員交流サイト）の利用 | 7 動画の視聴            |
| 3 インターネットで情報収集                       | 8 本・雑誌・漫画などを読む     |
| 4 インターネットで買い物                        | 9 ゲームで遊ぶ           |
| 5 電子マネーの利用                           | 10 その他<br>(具体的に： ) |
| 11 使っていない                            |                    |

## 5 地域での活動について

問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。  
(○印は①～⑧について各1つずつ)

①ボランティアのグループ

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

②スポーツ関係のグループやクラブ

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

③趣味関係のグループ

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

④学習・教養サークル

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

⑤介護予防教室など介護予防のための通いの場

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

⑥いきいきクラブ

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

⑦行政区の集まり

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1 週4回以上 | 3 週1回   | 5 年に数回以上  |
| 2 週2～3回 | 4 月1～3回 | 6 参加していない |

## ⑧収入のある仕事

1 週4回以上	3 週1回	5 年に数回以上
2 週2~3回	4 月1~3回	6 参加していない

問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。(○印は1つだけ)

1 ぜひ参加したい	2 参加してもよい	3 参加したくない	4 既に参加している
-----------	-----------	-----------	------------

問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。(○印は1つだけ)

1 ぜひ参加したい	2 参加してもよい	3 参加したくない	4 既に参加している
-----------	-----------	-----------	------------

## 6 就労について

問1 現在のあなたの就労状態はどれですか。(○印はいくつでも)

1 職に就いたことがない	5 自営業
2 引退した	6 求職中
3 常勤(フルタイム)	7 その他
4 非常勤(パート・アルバイト等)	(具体的に： )

問1において、「2 引退した」を選択した方のみ

問1-1 あなたは、いつ引退しましたか。(あてはまる箇所に数字をご記入ください。)

1 昭和	□	□	年	2 平成	□	□	年	3 令和	□	□	年
------	---	---	---	------	---	---	---	------	---	---	---

## 7 たすけあいについて

●あなたと周りの人の「たすけあい」についてお伺いします。以下にあげるような人は誰ですか。あてはまる人をすべて選んでください。あてはまる人がいない場合は「8 そのような人はいない」に○をつけてください。

問1 あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(○印はいくつでも)

1 配偶者	5 近隣
2 同居のこども	6 友人
3 別居のこども	7 その他(具体的に： )
4 兄弟姉妹・親戚・親・孫	8 そのような人はいない

## 問2 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（○印はいくつでも）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1 配偶者         | 5 近隣         |
| 2 同居のこども      | 6 友人         |
| 3 別居のこども      | 7 その他（具体的に：） |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8 そのような人はいない |

## 問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（○印はいくつでも）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1 配偶者         | 5 近隣         |
| 2 同居のこども      | 6 友人         |
| 3 別居のこども      | 7 その他（具体的に：） |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8 そのような人はいない |

## 問4 反対に、看病や世話をしてあげる人（○印はいくつでも）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1 配偶者         | 5 近隣         |
| 2 同居のこども      | 6 友人         |
| 3 別居のこども      | 7 その他（具体的に：） |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8 そのような人はいない |

## 問5 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手（○印はいくつでも）

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 1 行政区、いきいきクラブ  | 5 地域包括支援センター、市役所 |
| 2 社会福祉協議会、民生委員 | 6 その他（具体的に：）     |
| 3 ケアマネジャー      | 7 そのような人はいない     |
| 4 医師、歯科医師、看護師  |                  |

●あなたの友人関係についてお伺いします。

## 問6 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（○印は1つだけ）

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1 毎日ある    | 4 年に何度かある |
| 2 週に何度かある | 5 ほとんどない  |
| 3 月に何度かある |           |

## 問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。（○印は1つだけ）

- |           |         |
|-----------|---------|
| 1 0人（いない） | 4 6～9人  |
| 2 1～2人    | 5 10人以上 |
| 3 3～5人    |         |

## 問8 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（○印はいくつでも）

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1 近所や同じ地域の人  | 5 趣味や関心が同じ友人     |
| 2 幼なじみ       | 6 ボランティア等の活動での友人 |
| 3 学生時代の友人    | 7 その他            |
| 4 仕事での同僚や元同僚 | 8 いない            |

## 8

## 健康について

●健康に関する以下の質問にお答えください。(○印は各1つずつ)

問1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。

- |         |        |           |        |
|---------|--------|-----------|--------|
| 1 とてもよい | 2 まあよい | 3 あまりよくない | 4 よくない |
|---------|--------|-----------|--------|

問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、あてはまる点に○印をつけてください)



問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 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問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 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問5 酒は飲みますか。

- |          |            |
|----------|------------|
| 1 ほぼ毎日飲む | 3 ほとんど飲まない |
| 2 時々飲む   | 4 もともと飲まない |

問6 タバコは吸っていますか。

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1 ほぼ毎日吸っている | 3 吸っていたがやめた  |
| 2 時々吸っている   | 4 もともと吸っていない |

問7 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(○印はいくつでも)

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1 ない                   | 11 外傷（転倒、骨折等）     |
| 2 高血圧                  | 12 がん（悪性新生物）      |
| 3 脳卒中（脳出血、脳梗塞等）        | 13 血液・免疫の病気       |
| 4 心臓病                  | 14 うつ病            |
| 5 糖尿病                  | 15 認知症（アルツハイマー病等） |
| 6 高脂血症（脂質異常症）          | 16 パーキンソン病        |
| 7 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）     | 17 目の病気           |
| 8 胃腸・肝臓・胆のうの病気         | 18 耳の病気           |
| 9 腎臓・前立腺の病気            | 19 その他            |
| 10 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） | (具体的に： )          |

問8 新型コロナウイルス感染症の流行の拡大をきっかけにして、あなたの生活や考えに次のような変化はありましたか。現在でもまだ残っている変化だけを選んでください。(○印はいくつでも)

- 1 収入や貯蓄が減った
- 2 仕事をやめた・働く時間が減った
- 3 同居以外の家族（こども・孫・親・きょうだいなど）との交流が減った
- 4 友人との交流が減った
- 5 家事の負担が増えた
- 6 こども・孫の世話や介護の負担が増えた
- 7 外出や運動の回数が減った
- 8 地域での活動や交流の機会が減った
- 9 以前より余暇を楽しめなくなつた
- 10 インターネットの利用が増えた
- 11 落ち込むことや、イライラすることが増えた
- 12 家族と過ごす時間が増えた
- 13 医療を受ける回数（通院回数など）が減った
- 14 介護や生活支援のサービスを受ける回数が減った
- 15 将来に不安を感じることが増えた
- 16 その他 ※いい影響も含めて具体的にご記入ください  
(  
)
- 17 特に生活や考えに変化はない

問9 あなたは、ご家族と将来のこと（医療や介護等）について話し合っていますか。(○印は1つだけ)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1 すでに話し合っている         | 3 話し合っておらず、話し合う予定はない |
| 2 話し合っていないが、話し合ってみたい | 4 わからない              |

問10 あなたは、人生会議※（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）という言葉について、知っていますか。(○印は1つだけ)

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※人生会議とは、もしものときのために、あなたが望む医療や介護について、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組みのことです。

問11 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。(○印は1つだけ)

- |      |      |      |            |         |
|------|------|------|------------|---------|
| 1 自宅 | 2 病院 | 3 施設 | 4 まだ考えていない | 5 わからない |
|------|------|------|------------|---------|

問12 あなたは、「エンディングノート※」について、知っていますか。(○印は1つだけ)

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※エンディングノートとは、人生を振り返り自分自身のこと、家族に伝えたいこと、また、自分の最期を迎えるにあたって医療や介護、相続や葬儀等について、希望することを書き記しておくためのノートです。

## 9

## 認知症について

問1 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。(○印は1つだけ)

1 はい

2 いいえ

問2 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○印は1つだけ)

1 はい

2 いいえ

問3 あなたは、認知症になつても本人の意思や希望を尊重して社会の一員として共に生きることができますか。(○印は1つだけ)

1 そう思う

4 どちらかといえばそう思わない

2 どちらかといえばそう思う

5 そう思わない

3 どちらともいえない

問4 認知症の人にも得意なことや役割があり、地域や社会に貢献できると思いますか。(○印は1つだけ)

1 そう思う

4 どちらかといえばそう思わない

2 どちらかといえばそう思う

5 そう思わない

3 どちらともいえない

問5 あなたは「認知症の人は何もできない」という考え方について、どのように思いますか。(○印は1つだけ)

1 まったくそうは思わない

4 少しそう思う

2 あまりそうは思わない

5 強くそう思う

3 どちらともいえない

問6 あなたは、自分の地域が認知症の人にやさしい社会になってきていると感じますか。(○印は1つだけ)

1 強く感じる

4 あまり感じない

2 ある程度感じる

5 まったく感じない

3 どちらともいえない

問6-1 問6で回答した内容の理由を教えてください。(自由記述)

## 10

## 介護保険について

問1 家族等に介護が必要となった際、どのようにしたいと思いますか。(○印は1つだけ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護したい
- 2 介護保険制度のサービス（ホームヘルパー等）や福祉サービスを活用しながら自宅で介護したい
- 3 老人ホームや病院などに入所（入院）させたい
- 4 グループホームなどに入所させたい
- 5 わからない

問2 あなたご自身が介護を受けることになった場合、どのような介護を受けたいと思いますか。(○印は1つだけ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護してもらいたい
- 2 介護保険制度のサービス（ホームヘルパー等）や福祉サービスを活用しながら自宅で介護してもらいたい
- 3 老人ホームや病院などに入所（入院）したい
- 4 グループホームなどに入所したい
- 5 わからない

## 11

## 高齢者施策について

問1 高齢者が行事や活動に参加するには、どのようなことが必要と考えますか。  
(○印は3つまで)

- 1 年齢や健康状態に合った活動内容にする
- 2 高齢者と周囲の人との交流を深め、協力してもらえるようにする
- 3 活動場所の施設や設備を、高齢者の利用しやすいものにする
- 4 交通手段を充実させる
- 5 活動や行事の情報を手に入れやすくする
- 6 一緒に参加できる仲間を増やす
- 7 介助してくれる人を確保する
- 8 その他（具体的に：）
- 9 わからない

問2 高齢者が生きがいをもって快適に暮らすために、今後、市が特に力を入れるべきと思うものをお答えください。(○印は5つまで)

- |                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1 いきいきクラブの活動                        | 9 就労機会の拡大                    |
| 2 身近な地域における活動拠点<br>(集会所、老人憩いの家等の整備) | 10 高齢者に配慮した住宅の整備             |
| 3 共通の趣味や友だちをつくる場の紹介                 | 11 こどもとのふれあいなどの世代間交流の促進      |
| 4 ボランティア活動の紹介                       | 12 生活相談窓口の整備、充実              |
| 5 文化・学習情報の提供                        | 13 生涯を通じた健康づくり、生きがいづくりに対する支援 |
| 6 高齢者スポーツ活動の充実                      | 14 段差の解消やわかりやすい標識の設置         |
| 7 高齢者文化・教養活動の充実                     | など高齢者にやさしいまちづくり              |
| 8 パソコン教室の実施                         | 15 その他 (具体的に : )             |

問3 介護サービス以外のサービスで、今後、市が特に力を入れるべきと思うものをお答えください。(○印は5つまで)

- |  |   |
|--|---|
| 1 配食サービス   | 1から9の事業の内容については、別紙1「介護保険サービス <u>以外</u> のサービス一覧」に掲載しております。 |
| 2 日常生活用具の給付  |   |
| 3 家族介護用品の支給  |   |
| 4 緊急通報システム   |   |
| 5 在宅介護者等介護手当の支給  |   |
| 6 高齢者難聴用補聴器購入費の助成  |   |
| 7 認知症高齢者等家族支援サービス  |   |
| 8 障がい者等住宅改修費支給   |   |
| 9 認知症高齢者等あんしん補償事業  |   |
| 10 調理  |   |
| 11 掃除、洗濯   |   |
| 12 買い物 (宅配は含まない)   |   |
| 13 ゴミ出し  |   |
| 14 外出同行 (通院、買い物) → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">問3-1へ</span> |   |
| 15 移送サービス → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">問3-1、3-2へ</span>    |   |
| 16 見守り、声かけ   |   |
| 17 サロンなど定期的な通いの場   |   |
| 18 訪問理美容サービス (理美容師が自宅に訪問し散髪する)   |   |
| 19 寝具乾燥サービス (専門業者により寝具を回収し乾燥する)  |   |
| 20 家族介護用品の購入補助 (おむつ、尿取りパッドの購入費を補助する)   |   |
| 21 その他 (具体的に : )   |   |
| 22 特にない  |   |

問3で「14 外出同行」「15 移送サービス」と答えた方のみ

問3-1 (外出や移送の) 目的は何か。(○印はいくつでも)

- |       |                 |
|-------|-----------------|
| 1 通院  | 3 行政手続          |
| 2 買い物 | 4 その他 (具体的に : ) |

### 問3で「15 移送サービス」と答えた方のみ

問3-2 移送手段は何ですか。(○印はいくつでも)

- 1 高齢者等タクシー料金助成（在宅で要介護1から5の方にタクシー料金をする）
  - 2 さんさんバス料金助成（65歳以上の方に乗車料金を全額助成する）
  - 3 おでかけタクシー運行事業（バス停までの移動が困難な方、乗車が困難な方の定額運賃によるデマンド型の移動サービス）
  - 4 福祉有償運送（自分で公共交通機関を利用することが困難な高齢者を個別で輸送する）
  - 5 福祉車両の貸し出し（車いす等での移動が必要な高齢者等に車いす対応車両を貸し出す）
  - 6 その他（具体的に：）

問4 高齢者福祉や介護保険について、ご意見やご要望がありましたらご自由にお書きください。

調査は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は令和8年1月9日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

なお、封筒には差出人の氏名記入や切手は不要ですので、そのままご投函ください。

## 福祉と介護についてのアンケート調査ご回答のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。本市では、すべての市民が地域で安心して暮らせる仕組み（みよし市版地域包括ケアシステム）づくりとそのさらなる深化を実現するため、令和5（2023）年度に第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画を策定し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健やかに安心して暮らすことを目標に取り組みを進めております。

令和8（2026）年度は、3年ごとに行う計画見直しの年度に当たり、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの第10期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の策定を予定しています。今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、要介護認定を受けている在宅の方を対象としています。ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の目的と趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願ひいたします。

令和7（2025）年12月

みよし市長 小山 祐

### 【この調査票のご記入にあたってのお願い】

- ・この調査は、令和7（2025）年12月1日現在の状況でお答えください。
- ・封筒の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、ご家族等の方が記入していただいても構いません。
- ・回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数値などをご記入いただくものがあります。「○印は1つだけ」「○印はいくつでも」などの指示にしたがってご回答ください。
- ・質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
- ・ご記入いただいた調査票は、令和8（2026）年1月9日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。なお、封筒には差出人の氏名記入や切手は不要ですので、そのままご投函ください。

### この調査についてのお問い合わせ

みよし市長寿介護課 介護保険担当 電話：0561-32-8009（直通）

右にある番号は、市役所の中でのみ、介護保険の認定・利用状況と回答データを連結させるためのものです。



## ■調査データの活用について

この調査は、みよし市における効果的な高齢者等支援施策を立案するために実施するものです。本調査で得られた内容につきましては、みよし市介護保険事業計画策定の基礎資料として活用させていただきます。また、集計された調査結果を、厚生労働省の管理するデータベース内に登録し、必要に応じて集計、分析することがあります。これらの目的以外には使用しません。

なお、分析のため、調査票表紙の番号から、本調査対象者の方の直近の認定調査に係る要介護認定データについて、このアンケートの回答と組み合わせて使用することができます。当該情報については、みよし市において適切に管理いたします。本調査票のご返送をもちまして、データの活用についてご同意いただいたものと見なさせていただきます。

★対象のご本人が何らかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかの番号に○印を付け、必要事項をご記入いただき、ご返送ください。

- |               |        |   |
|---------------|--------|---|
| 1 医療機関入院中     | (病院名 : | ) |
| 2 福祉施設（※）入所中  | (施設名 : | ) |
| ※有料老人ホーム等は除く  |        |   |
| 3 転居          |        |   |
| 4 その他 (具体的に : |        | ) |

## 福祉と介護についてのアンケート

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。(○印はいくつでも)

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1 調査対象者本人          | 3 主な介護者以外の家族・親族 |
| 2 主な介護者となっている家族・親族 | 4 その他(具体的に: )   |

問1 あなたの性別をご回答ください。(○印は1つだけ)

- |      |      |       |
|------|------|-------|
| 1 男性 | 2 女性 | 3 その他 |
|------|------|-------|

問2 あなたの年齢をご回答ください。(○印は1つだけ)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1 65歳未満  | 4 75~79歳 | 7 90~94歳 |
| 2 65~69歳 | 5 80~84歳 | 8 95~99歳 |
| 3 70~74歳 | 6 85~89歳 | 9 100歳以上 |

問3 あなたの要介護度について、ご回答ください。(○印は1つだけ)

- |        |        |         |
|--------|--------|---------|
| 1 要支援1 | 3 要介護1 | 6 要介護4  |
| 2 要支援2 | 4 要介護2 | 7 要介護5  |
|        | 5 要介護3 | 8 わからない |

問4 あなたのご家庭の世帯類型をご回答ください。(○印は1つだけ)

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1 1人暮らし  | 3 その他(具体的に: ) |
| 2 夫婦のみ世帯 |               |

問5 あなたのお住まいの中学校区(地域)をご回答ください。(○印は1つだけ)

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 1 三好丘中学校区(おかよし地域) | 4 南中学校区(みなよし地域) |
| 2 北中学校区(きたよし地域)   | 5 わからない         |
| 3 三好中学校区(なかよし地域)  | (お住まいの町名: )     |

問6 お住まいは次のどれにあたりますか。(○印は1つだけ)

- |                |                        |
|----------------|------------------------|
| 1 持家(一戸建て)     | 5 民間賃貸住宅(集合住宅)         |
| 2 持家(集合住宅)     | 6 間借り(他世帯の住宅の一部を借りて居住) |
| 3 公営賃貸住宅       | 7 その他(具体的に: )          |
| 4 民間賃貸住宅(一戸建て) |                        |

問7 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。  
(○印は1つだけ)

1 入所・入居は検討していない	→	問8へ
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	→	問7-1へ

\*「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、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス、グループホーム等を指します。

問7で「2 入所・入居を検討」「3 すでに申し込み」と回答した方のみ

問7-1 現時点での、入所・入居を検討している（入所・入居している）施設について、ご回答ください。（○印はいくつでも）

1 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	5 有料老人ホーム
2 介護老人保健施設	6 サービス付き高齢者向け住宅
3 療養型医療施設	7 グループホーム
4 介護医療院	8 病院入院中
	9 その他（具体的に：）

問8 あなたが現在抱えている傷病についてご回答ください。（○印はいくつでも）

1 脳血管疾患（脳卒中、脳梗塞等）	9 認知症（アルツハイマー病等）
2 心疾患（心臓病）	10 パーキンソン病
3 がん（悪性新生物）	11 難病（パーキンソン病除く）
4 呼吸器の病気（肺気腫、肺炎等）	12 糖尿病
5 腎疾患（透析等）	13 眼科、耳鼻科疾患 (視覚、聴覚障がいを伴うもの)
6 筋骨格系疾患 (骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)	14 その他（具体的に：）
7 膜原病（関節リウマチ含む）	15 なし
8 変形性関節疾患	16 わからない

問9 令和7年（2025）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。（○印は1つだけ）

1 利用した → 問9-1へ

2 利用していない → 問9-2へ

問9で「1 利用した」と回答した方のみ

問9-1 以下の介護保険サービスについて、令和7年（2025）年11月の1か月間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、「1 利用していない」を選択してください。（○印はそれぞれ1つだけ）

※AからIの事業のサービスについては、別紙2「介護保険サービス一覧」に掲載しております。

A 訪問介護（ホームヘルプサービス）

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

B 訪問入浴介護

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

C 訪問看護

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

D 訪問リハビリテーション

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

E 通所介護（デイサービス）

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

F 通所リハビリテーション（デイケア）

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

G 小規模多機能型居宅介護

1 利用していない	2 利用した
-----------	--------

## H ショートステイ

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

## I 居宅療養管理指導

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

## 問9で「2 利用していない」と回答した方のみ

問9-2 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○印はいくつでも)

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（具体的に：）

## ここから再び、全員の方にお伺いします。

問10 現在利用している「介護保険サービス以外」の支援及びサービスについて、ご回答ください。(○印はいくつでも)

1 配食サービス	1から9の事業の内容については、別紙1「介護保険サービス <u>以外</u> のサービス一覧」に掲載しております。
2 日常生活用具の給付	
3 家族介護用品の支給	
4 緊急通報システム	
5 在宅介護者等介護手当の支給	
6 高齢者難聴用補聴器購入費の助成	
7 認知症高齢者等家族支援サービス	
8 障がい者等住宅改修費支給	
9 認知症高齢者等あんしん補償事業	
10 その他（具体的に：）	
11 特にない	

※総合事業に基づく支援及びサービスは「介護保険サービス」に含めます。

問 11 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。  
(○印はいくつでも)

- 1 配食サービス
- 2 日常生活用具の給付
- 3 家族介護用品の支給
- 4 緊急通報システム
- 5 在宅介護者等介護手当の支給
- 6 高齢者難聴用補聴器購入費の助成
- 7 認知症高齢者等家族支援サービス
- 8 障がい者等住宅改修費支給
- 9 認知症高齢者等あんしん補償事業
- 10 調理
- 11 掃除、洗濯
- 12 買い物（宅配は含まない）
- 13 ゴミ出し
- 14 外出同行（通院、買い物） → **問 11-1 へ**
- 15 移送サービス → **問 11-1、11-2 へ**
- 16 見守り、声かけ
- 17 サロンなど定期的な通いの場
- 18 訪問理美容サービス（理美容師が自宅に訪問し散髪する）
- 19 寝具乾燥サービス（専門業者により寝具を回収し乾燥する）
- 20 家族介護用品の購入補助（おむつ、尿取りパッドの購入費を補助する）
- 21 その他（具体的に： ）
- 22 特にない

1から9の事業の内容については、  
別紙1「介護保険サービス以外のサービス一覧」に掲載しております。

問 11 で「14 外出同行」「15 移送サービス」と答えた方のみ

問 11-1 (外出や移送の) 目的は何ですか。(○印はいくつでも)

- |       |               |
|-------|---------------|
| 1 通院  | 3 行政手続        |
| 2 買い物 | 4 その他（具体的に： ） |

問 11 で「15 移送サービス」と答えた方のみ

問 11-2 移送手段は何ですか。(○印はいくつでも)

- 1 高齢者等タクシー料金助成（在宅で要介護1から5の方にタクシー料金をする）
- 2 さんさんバス料金助成（65歳以上の方に乗車料金を全額助成する）
- 3 おでかけタクシー運行事業（バス停までの移動が困難な方、乗車が困難な方の定額運賃によるデマンド型の移動サービス）
- 4 福祉有償運送（自分で公共交通機関を利用する事が困難な高齢者を個別で輸送する）
- 5 福祉車両の貸し出し（車いす等での移動が必要な高齢者等に車いす対応車両を貸し出す）
- 6 その他（具体的に： ）

## 問12 あなたは、現在、訪問診療※を利用していますか。（○印は1つだけ）

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13 あなたは、ご家族と将来のこと（医療や介護等）について話し合っていますか。（○印は1つだけ）

1 すでに話し合っている

3 話し合っておらず、話し合う予定はない

2 話し合っていないが、話し合ってみたい

4 わからない

## 問14 あなたは、人生会議※（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）という言葉について、知っていますか。（○印は1つだけ）

1 言葉も内容も知っていた 2 言葉は聞いたことがあるが  
内容は知らなかった

※人生会議とは、もしものときのために、あなたが望む医療や介護について、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組みのことです。

## 問15 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。（○印は1つだけ）

1 自宅 2 病院 3 施設 4 まだ考えていない 5 わからない

## 問16 あなたは、「エンディングノート※」について、知っていますか。（○印は1つだけ）

1 言葉も内容も知っていた 2 言葉は聞いたことがあるが  
内容は知らなかった

※エンディングノートとは、人生を振り返り自分自身のこと、家族に伝えたいこと、また、自分の最期を迎えるにあたって医療や介護、相続や葬儀等について、希望することを書き記しておくためのノートです。

## 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）（○印は1つだけ）

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18へ

- 問17で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問18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、無回答でかまいません）。

問18 ご家族やご親族の中で、封筒の宛名の方（要介護認定を受けている方）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）。（○印はいくつでも）

- 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も含みます。

問19 主な介護者の方はどなたですか。封筒の宛名の方から見た続柄でお答えください。（○印は1つだけ）

- |       |         |               |
|-------|---------|---------------|
| 1 配偶者 | 3 子の配偶者 | 5 兄弟・姉妹       |
| 2 子   | 4 孫     | 6 その他（具体的に： ） |

問20 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。（○印は1つだけ）

- |      |      |       |
|------|------|-------|
| 1 男性 | 2 女性 | 3 その他 |
|------|------|-------|

問21 主な介護者の年齢について、ご回答ください。（○印は1つだけ）

- |         |        |         |
|---------|--------|---------|
| 1 20歳未満 | 4 40歳代 | 7 70歳代  |
| 2 20歳代  | 5 50歳代 | 8 80歳以上 |
| 3 30歳代  | 6 60歳代 | 9 わからない |

問 22 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。  
(○印はいくつでも)

## [身体介護]

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| 1 日中の排泄          | 7 屋内の移乗、移動                 |
| 2 夜間の排泄          | 8 外出の付き添い、送迎等              |
| 3 食事の介助（食べる時）    | 9 服薬                       |
| 4 入浴、洗身          | 10 認知症状への対応                |
| 5 身だしなみ（洗顔、歯磨き等） | 11 医療面での対応<br>(経管栄養、ストーマ等) |
| 6 衣服の着脱          |                            |

## [生活援助]

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 12 食事の準備（調理等）         | 14 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 13 その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |                     |

## [その他・不明]

- |              |   |
|--------------|---|
| 15 その他（具体的に： | ) |
| 16 わからない     |   |

問 23 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）（○印は3つまで）

## [身体介護]

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| 1 日中の排泄          | 7 屋内の移乗、移動                 |
| 2 夜間の排泄          | 8 外出の付き添い、送迎等              |
| 3 食事の介助（食べる時）    | 9 服薬                       |
| 4 入浴、洗身          | 10 認知症状への対応                |
| 5 身だしなみ（洗顔、歯磨き等） | 11 医療面での対応<br>(経管栄養、ストーマ等) |
| 6 衣服の着脱          |                            |

## [生活援助]

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 12 食事の準備（調理等）         | 14 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 13 その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |                     |

## [その他・不明]

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 15 その他（具体的に：        | )                     |
| 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24 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。(○印は1つだけ)

1 フルタイムで働いている	}問24-1～24-3へ
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。自営業やフリーランス等の場合も、就労時間や日数等から「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24で「1」「2」と回答した方（働いている方）のみ

## 問24-1 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。(○印はいくつでも)

- 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24で「1」「2」と回答した方（働いている方）のみ

## 問24-2 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。(○印は3つまで)

- 1 自営業やフリーランス等のため、勤め先はない
- 2 介護休業や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等）
- 5 働く場所の多様化（在宅勤務、テレワーク等）
- 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や相談担当者の設置
- 8 介護をしている従業員への経済的な支援
- 9 その他（具体的に： )
- 10 特にない
- 11 主な介護者に確認しないと、わからない

## 問24で「1」「2」と回答した方（働いている方）のみ

問24-3 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。  
(○印は1つだけ)

- 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25 主な介護者の方には、封筒の宛名の方以外に介護をしている家族・親族（乳幼児・障がいのある人・介護が必要な高齢者など）がいますか。(○印は1つだけ)

- |      |       |
|------|-------|
| 1 いる | 2 いない |
|------|-------|

問26 主な介護者の方以外に、封筒の宛名の方の介護をしている家族・親族はいますか。  
封筒の宛名の方から見た続柄でお答えください。(○印はいくつでも)

- |       |         |               |
|-------|---------|---------------|
| 1 いない | 4 子の配偶者 | 7 その他（具体的に： ） |
| 2 配偶者 | 5 孫     |               |
| 3 子   | 6 兄弟・姉妹 |               |

問27 主な介護者の方以外に、封筒の宛名の方の介護をしている家族・親族のうち、次の年齢にあてはまる人はいますか。(○印はいくつでも)

- |            |            |       |
|------------|------------|-------|
| 1 65～74歳の方 | 3 12歳以下の方  | 5 いない |
| 2 75歳以上の方  | 4 13～17歳の方 |       |

問28 あなたが封筒の宛名の方の介護をするようになってどのくらいたちますか。  
(○印は1つだけ)

- |             |              |               |
|-------------|--------------|---------------|
| 1 1年未満      | 3 3年以上、5年未満  | 5 10年以上、20年未満 |
| 2 1年以上、3年未満 | 4 5年以上、10年未満 | 6 20年以上       |

問29 新型コロナウイルス感染症拡大の影響や感染防止等のために、介護に支障が出た（出ている）ことがありますか。(○印はいくつでも)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1 いつも利用している介護保険サービスが利用できることがあった（ある） |  |
| 2 介護を必要とする人の感染等で介護ができないことがあった（ある）   |  |
| 3 介護をする人の感染等で介護ができないことがあった（ある）      |  |
| 4 その他（具体的に： ）                       |  |
| 5 特になかった（ない）                        |  |

## 問30 あなたの健康や健康維持の状態について教えてください。(○印はいくつでも)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1 身体的不調がある     | 6 健康診断に行けない   |
| 2 精神的不調がある     | 7 休養がとれない     |
| 3 睡眠不足である      | 8 運動不足である     |
| 4 通院している       | 9 その他(具体的に: ) |
| 5 持病があるが通院できない | 10 特に問題ない     |

## 問31 介護が原因となっている、生活や人生に関する悩みがあれば、あてはまるものを選んでください。(○印はいくつでも)

- |                          |
|--------------------------|
| 1 心身の健康                  |
| 2 経済的な問題                 |
| 3 仕事に就けない                |
| 4 仕事と介護と生活のバランスが取れない     |
| 5 介護をしている相手との関係          |
| 6 家族関係                   |
| 7 近隣との関係                 |
| 8 医療機関や介護事業所との関係         |
| 9 行政との関係                 |
| 10 自分の自由な時間が取れない         |
| 11 介護している相手へのサービスの質・量の不足 |
| 12 将来への見通しが持てない          |
| 13 その他(具体的に: )           |
| 14 特に悩みはない               |

問32 あなたが信頼して相談できる人や窓口・機関があれば教えてください。  
(○印はいくつでも)

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1 家族・親族       | 7 近所の人               |
| 2 友人・知人       | 8 介護者サロンや家族会の人       |
| 3 地域包括支援センター  | 9 行政の相談窓口            |
| 4 ケアマネジャー     | 10 インターネットやSNSで知り合う人 |
| 5 医療機関・医療関係者  | 11 その他(具体的に: )       |
| 6 介護サービス事業所の人 | 12 誰もいない             |

問33 あなたは、ご家族と将来のこと(医療や介護等)について話し合っていますか。  
(○印は1つだけ)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1 すでに話し合っている         | 3 話し合っておらず、話し合う予定はない |
| 2 話し合っていないが、話し合ってみたい | 4 わからない              |

問34 あなたは、人生会議※（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）という言葉について、知っていますか。（○印は1つだけ）

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※人生会議とは、もしものときのために、あなたが望む医療や介護について、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組みのことです。

問35 主な介護者の方は、調査対象者ご本人に人生の最期をどこで迎えてももらいたいと考えていますか。（○印は1つだけ）

- |      |                     |
|------|---------------------|
| 1 自宅 | 4 本人の意思を確認することができない |
| 2 病院 | 5 まだ考えていない          |
| 3 施設 | 6 わからない             |

問36 あなたは、「エンディングノート※」について、知っていますか。（○印は1つだけ）

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※エンディングノートとは、人生を振り返り自分自身のこと、家族に伝えたいこと、また、自分の最期を迎えるにあたって医療や介護、相続や葬儀等について、希望することを書き記しておくためのノートです。

問37 介護保険制度をはじめ、介護にかかわるこれからの施策のあり方について、特に力を入れてほしいことは何ですか。（○印は5つまで）

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1 要介護認定のための訪問調査の内容や方法の質の向上           |
| 2 選択できるサービス提供事業者数の充実                 |
| 3 介護保険制度の対象とならない市独自のサービス提供           |
| 4 サービス利用にあたって重要な役割を担うケアマネジャーの質の向上    |
| 5 サービス提供事業者の質を高めるための指導の充実            |
| 6 ケアマネジャーやサービス提供事業者に関する情報提供の充実       |
| 7 苦情相談窓口の充実                          |
| 8 介護保険制度の仕組みや利用方法に関する情報提供の充実         |
| 9 認知症の高齢者などの権利を守るための制度の充実            |
| 10 低所得者の負担軽減に配慮した所得階層の見直しなど保険料設定の検討  |
| 11 介護予防や要介護度の進行防止のための健康づくり事業や保健事業の充実 |
| 12 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実           |
| 13 介護している家族の健康づくりのための教室や相談           |
| 14 その他（具体的に：）                        |

問38 高齢者福祉や介護保険について、ご意見やご要望がありましたらご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は**令和8（2026）年1月9日（金）**までに、同封の返信用封筒に入れてご返送ください。なお、封筒には差出人の氏名記入や切手は不要です。

## 福祉と介護についてのアンケート調査ご回答のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。本市では、すべての市民が地域で安心して暮らせる仕組み（みよし市版地域包括ケアシステム）づくりとそのさらなる深化を実現するため、令和5（2023）年度に第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画を策定し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健やかに安心して暮らせることを目標に取り組みを進めております。

令和8（2026）年度は、3年ごとに行う計画見直しの年度に当たり、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの第10期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の策定を予定しています。今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、40歳から64歳までの市民から無作為に抽出した方を対象としています。ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の目的と趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願ひいたします。

令和7（2025）年12月

みよし市長 小山 祐

### 【この調査票のご記入にあたってのお願い】

- ・この調査は、令和7（2025）年12月1日現在の状況でお答えください。
- ・回答は、対象者ご本人がご記入ください。なお、ご本人お一人での記入が難しい場合は、ご家族の方がお手伝いのうえ、ご回答ください。
- ・回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数値などをご記入いただくものがあります。「○印は1つだけ」「○印はいくつでも」などの指示にしたがってご回答ください。
- ・質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
- ・ご記入いただいた調査票は、令和8（2026）年1月9日（金）までに、同封の返信用封筒に入れてご投函（切手不要）ください。
- ・本調査は、お手持ちのスマートフォンやパソコンからも回答することができます。右の二次元コードを読み取るか、下記URLからアンケートのページにアクセスして、ご回答ください（この場合はこのアンケート票のご返送は不要です）。

[https://src.webcas.net/form/pub/src/\\*\\*\\*\\*\\*](https://src.webcas.net/form/pub/src/*****)

（二次元コード）

この調査についてのお問い合わせ

みよし市長寿介護課 介護保険担当 電話：0561-32-8009（直通）

## ■調査データの活用について

この調査は、みよし市における効果的な高齢者等支援施策を立案するために実施するものです。本調査で得られた内容につきましては、みよし市介護保険事業計画策定の基礎資料として活用させていただきます。

本調査はすべて無記名で行い、回答内容について回答者個人を特定したり、問い合わせをしたりすることは一切ありません。

# 福祉と介護についてのアンケート

1

## あなたご自身について

問1 あなたの性別をご回答ください。(○印は1つだけ)

1 男性

2 女性

3 その他

問2 あなたの年齢をご回答ください。(○印は1つだけ)

1 40~44歳

3 50~54歳

5 60~64歳

2 45~49歳

4 55~59歳

6 その他(歳)

問3 あなたの家族構成について、ご回答ください。(○印は1つだけ)

1 1人暮らし

4 息子・娘との2世帯

2 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)

5 その他(具体的に: )

3 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)

問4 あなたのお住まいの中学校区(地域)をご回答ください。(○印は1つだけ)

1 三好中学校区(おかよし地域)

4 南中学校区(みなよし地域)

2 北中学校区(きたよし地域)

5 わからない

3 三好中学校区(なかよし地域)

(お住まいの町名: )

問5 お住まいは次のどれにあたりますか。(○印は1つだけ)

1 持家(一戸建て)

5 民間賃貸住宅(集合住宅)

2 持家(集合住宅)

6 間借り(他世帯の住宅の一部を借りて居住)

3 公営賃貸住宅

7 その他(具体的に )

4 民間賃貸住宅(一戸建て)

## 2 介護保険について

問1 介護保険制度についてご存知ですか。(○印は1つだけ)

- 1 サービスの利用方法、サービス内容、保険料など全体的によく知っている
- 2 サービスの利用に関しては知っているが、保険料に関してはわからない
- 3 保険料に関しては知っているが、サービスの利用に関してはわからない
- 4 制度があることは知っているが、サービスの利用方法など内容はよくわからない
- 5 介護保険制度自体がわからない

問2 介護をした経験はありますか。(○印は1つだけ)

- 1 現在介護をしている
- 2 以前は介護をしていたが現在はしていない
- 3 今まで介護をしたことはない

問3 あなたは、在宅介護の基本的な知識や技術を習得する研修や講習会があれば、参加したいと思いますか。(○印は1つだけ)

- 1 参加したい  
(具体的にどんな研修・講習会ですか： )
- 2 参加したくない
- 3 わからない

問4 家族等に介護が必要となった際、どのようにしたいと思いますか。(○印は1つだけ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護したい
- 2 介護保険制度のサービス（ホームヘルパー等）や福祉サービスを活用しながら自宅で介護したい
- 3 老人ホームや病院などに入所（入院）させたい
- 4 グループホームなどに入所させたい
- 5 わからない

問5 今後、もしあなたご自身が介護を受けることになったら、どのような介護を受けたいと思いますか。(○印は1つだけ)

- 1 なるべく家族のみで、自宅で介護してもらいたい
- 2 介護保険制度のサービス（ホームヘルパー等）や福祉サービスを活用しながら自宅で介護してもらいたい
- 3 老人ホームや病院などに入所（入院）したい
- 4 グループホームなどに入所したい
- 5 わからない

### 3 健康について

問1 健康について、どのようなことが知りたいですか。(○印は5つまで)

- |                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| 1 がんや高血圧などの生活習慣病に<br>ならないための工夫について | 7 認知症の予防について   |
| 2 バランスのよい食生活について                   | 8 禁煙の仕方について    |
| 3 運動の方法について                        | 9 適正な飲酒について    |
| 4 健診の内容や受け方について                    | 10 ストレス解消法について |
| 5 転倒予防について                         | 11 その他（具体的に： ） |
| 6 歯の健康について                         | 12 特にない        |

問2 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。(○印は1つだけ)

- |      |       |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問3 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○印は1つだけ)

- |      |       |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問4 次の介護予防や生きがい活動を支援するサービスについて、利用したいと思うもの（利用しているものも含む）はありますか。(○印はいくつでも)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1 こどもや孫と一緒に楽しみながら体を動かすことができる教室     |
| 2 転倒を予防するための方法などを学ぶ転倒予防教室          |
| 3 保健師、栄養士が行う生活習慣病予防などの健康づくり教室      |
| 4 早朝の認知症を発見し、重度化を予防する認知症予防教室       |
| 5 音楽、絵画、書道、演劇などの教室                 |
| 6 食事の支度や洗濯などを体験する教室                |
| 7 足の指やつめの手入れについて学ぶ教室               |
| 8 むし歯や歯周病の予防や入れ歯の手入れを学ぶ教室          |
| 9 食生活に関する教室                        |
| 10 運動機能向上のため、プログラムを作成し、トレーニングを行う教室 |
| 11 生活習慣病予防のため、運動プログラムを作成するサービス     |
| 12 デイサービスセンターなどの施設に通って行う、体操や趣味活動   |
| 13 その他（具体的に： ）                     |
| 14 今のところ利用する必要はない                  |

問5 新型コロナウイルス感染症の流行の拡大をきっかけにして、あなたの生活や考えに次のような変化はありましたか。現在でもまだ残っている変化だけを選んでください。(○印はいくつでも)

- 1 収入や貯蓄が減った
- 2 仕事をやめた・働く時間が減った
- 3 同居以外の家族（こども・孫・親・きょうだいなど）との交流が減った
- 4 友人との交流が減った
- 5 家事の負担が増えた
- 6 こども・孫の世話や介護の負担が増えた
- 7 外出や運動の回数が減った
- 8 地域での活動や交流の機会が減った
- 9 以前より余暇を楽しめなくなつた
- 10 インターネットの利用が増えた
- 11 落ち込むことや、イライラすることが増えた
- 12 家族と過ごす時間が増えた
- 13 医療を受ける回数（通院回数など）が減った
- 14 介護や生活支援のサービスを受ける回数が減った
- 15 将来に不安を感じることが増えた
- 16 その他 ※いい影響も含めて具体的にご記入ください  
( )
- 17 特に生活や考えに変化はない

問6 あなたは、ご家族と将来のこと（医療や介護等）について話し合っていますか。(○印は1つだけ)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1 すでに話し合っている         | 3 話し合っておらず、話し合う予定はない |
| 2 話し合っていないが、話し合ってみたい | 4 わからない              |

問7 あなたは、人生会議※（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）という言葉について、知っていますか。(○印は1つだけ)

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※人生会議とは、もしものときのために、あなたが望む医療や介護について、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組みのことです。

問8 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。(○印は1つだけ)

- |      |      |      |            |         |
|------|------|------|------------|---------|
| 1 自宅 | 2 病院 | 3 施設 | 4 まだ考えていない | 5 わからない |
|------|------|------|------------|---------|

問9 あなたは、「エンディングノート※」について、知っていますか。(○印は1つだけ)

- |               |                             |          |
|---------------|-----------------------------|----------|
| 1 言葉も内容も知っていた | 2 言葉は聞いたことがあるが<br>内容は知らなかった | 3 知らなかった |
|---------------|-----------------------------|----------|

※エンディングノートとは、人生を振り返り自分自身のこと、家族に伝えたいこと、また、自分の最期を迎えるにあたって医療や介護、相続や葬儀等について、希望することを書き記しておくためのノートです。

## 4 生活環境について

問1 体の具合が悪くなったり、寝たきりになった場合、地域に住んでいる方による助け合いが大切であると言われています。近くに住んでいる方に支援が必要となった時に、簡単な援助をすることについてどう思いますか。(○印は1つだけ)

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1 ぜひとも援助したい      | 3 なるべくなら援助したくない |
| 2 状況によっては援助してもよい | 4 絶対に援助したくない    |
|                  | 5 わからない         |

問1で「1」「2」を選択した方のみ

問1-1 その場合、どのようなことであれば援助をすることができますか。  
(○印は8つまで)

### [日常生活の援助]

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| 1 外出の際の移動手段 | 6 掃除・洗濯・炊事       |
| 2 買い物       | 7 衣類の出し入れ        |
| 3 ごみ出し      | 8 電化製品の扱い方       |
| 4 家具の移動     | 9 ペットの世話         |
| 5 庭の手入れ     | 10 その他 (具体的に : ) |

### [災害時の援助]

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 11 安否確認       | 13 避難所での支援       |
| 12 避難場所への移動支援 | 14 その他 (具体的に : ) |

問2 あなたが、情報収集や情報伝達のために、ふだん、利用している情報通信機器はどれですか。(○印はいくつでも)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1 テレビ               | 6 タブレット端末 (iPadなど) |
| 2 ラジオ               | 7 パソコン             |
| 3 固定電話              | 8 ゲーム機             |
| 4 ファックス             | 9 その他              |
| 5 携帯電話 (スマートフォンを含む) | (具体的に : )          |

問3 あなたは、情報通信機器を使って、どのようなことをされますか。（○印はいくつでも）

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1 家族・友人などと連絡（電話、メール、LINEなど）                       | 6 オンラインの相談や診療の利用   |
| 2 フェイスブック・インスタグラム・ <del>X</del> 等のSNS（会員交流サイト）の利用 | 7 動画の視聴            |
| 3 インターネットで情報収集                                    | 8 本・雑誌・漫画などを読む     |
| 4 インターネットで買い物                                     | 9 ゲームで遊ぶ           |
| 5 電子マネーの利用  | 10 その他<br>(具体的に： ) |
| 11 使っていない   |                    |

## 5

## 生きがい・社会参加について

問1 あなたは今後、ボランティア活動に参加してみたいですか。（○印は1つだけ）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1 すでに参加している   | 4 あまり参加したくない |
| 2 ぜひ参加したい     | 5 参加したくない    |
| 3 機会があれば参加したい |              |

問1で「1」「2」「3」を選択した方のみ

問1-1 どれくらいの頻度でボランティアに参加できますか。（○印は1つだけ）

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1 年に1回程度 | 4 週に2回から3回程度  |
| 2 月に1回程度 | 5 毎日          |
| 3 週に1回程度 | 6 その他（具体的に： ) |

問2 高齢者が行事や活動に参加するには、どのようなことが必要と考えますか。  
(○印は3つまで)

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1 年齢や健康状態に合った活動内容にする            |  |
| 2 高齢者と周囲の人との交流を深め、協力してもらえるようにする |  |
| 3 活動場所の施設や設備を、高齢者の利用しやすいものにする   |  |
| 4 交通手段を充実させる                    |  |
| 5 活動や行事の情報を手に入れやすくする            |  |
| 6 一緒に参加できる仲間を増やす                |  |
| 7 介助してくれる人を確保する                 |  |
| 8 その他（具体的に： )                   |  |
| 9 わからない                         |  |

問3 高齢者が生きがいをもって快適に暮らすために、今後、市が特に力を入れるべきと思うものをお答えください。（○印は5つまで）

- 1 いきいきクラブの活動
- 2 身近な地域における活動拠点（集会所、老人憩いの家等の整備）
- 3 共通の趣味や友だちをつくる場の紹介
- 4 ボランティア活動の紹介
- 5 文化・学習情報の提供
- 6 高齢者スポーツ活動の充実
- 7 高齢者文化・教養活動の充実
- 8 パソコン教室の実施
- 9 就労機会の拡大
- 10 高齢者に配慮した住宅の整備
- 11 こどもとのふれあいなどの世代間交流の促進
- 12 生活相談窓口の整備、充実
- 13 生涯を通じた健康づくり、生きがいづくりに対する支援
- 14 段差の解消やわかりやすい標識の設置など高齢者にやさしいまちづくり
- 15 その他（具体的に： ）

問4 高齢者福祉や介護保険について、ご意見やご要望がありましたらご自由にお書きください。


調査は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は令和8（2026）年1月9日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

なお、封筒には差出人の氏名記入や切手は不要ですので、そのままご投函ください。

## 福祉と介護のためのアンケート

## —第10期介護保険事業計画策定のための調査—

## ご協力のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、すべての市民が地域で安心して暮らせる仕組み（みよし市版地域包括ケアシステム）づくりとそのさらなる深化を実現するため、令和5（2023）年度に第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画を策定し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健やかに安心して暮らすことを目標に取組みを進めております。

令和8（2026）年度は、3年ごとに行う計画見直しの年度に当たり、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの第10期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の策定を予定しています。

今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、介護サービスを提供していただいている各介護保険サービス事業者様を対象としています。

質問の中で答えたくない場合には、無理にお答えいただく必要はありません。また、ご記入いただいた内容につきましては、本事業の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の目的と趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願ひ申し上げます。

令和7（2025）年12月

みよし市長 小山 祐

## 《ご記入にあたってのお願い》

- 1 調査票（印刷物）を郵送していますが、可能な限り電子媒体での回答をお願いします。（調査票データファイルは、電子@連絡帳（みよし市内事業所に限る）から入手して下さい。市外の事業所は以下のURLより入手して下さい。  
【[https://www.city.aichi-miyoshi.lg.jp/kourei/kaigohoken/10\\_keikakusekuteijouhou.html](https://www.city.aichi-miyoshi.lg.jp/kourei/kaigohoken/10_keikakusekuteijouhou.html)】
- 2 回答は、各質問の指示に基づいて数値で記入するか、当てはまる項目に質問で指定している数だけ○印をつけてください。

## 《調査票の返送について》

●この調査表は、お答えいただいた後、令和8（2026）年1月9日（金）までに長寿介護課宛（下記メールアドレス）にEメール又は、電子@連絡帳の「介護担当」宛てにメッセージにて返信してください。郵送の場合は同封の返信用封筒に封入のうえ返送してください。

●この調査のお問い合わせは、みよし市長寿介護課介護保険担当までお願いします。

【連絡先】みよし市役所長寿介護課 介護保険担当

電話（0561）32-8009

ファクシミリ（0561）34-3388

メールアドレス choju@city.aichi-miyoshi.lg.jp

事業所名

指定事業

問1 貴事業所の運営形態をお聞かせください。 (○印は1つだけ)

1	社会福祉法人	
2	医療法人	
3	民間シルバーサービス事業者（株式会社など）	
4	NPO等（NPO法人、ボランティア団体等）	
5	その他（ ）	

【居宅介護支援事業所以外の方におたずねします。】

問2 現在の介護職員（ボランティアは含まない）の総数を、ご記入ください。

1	正規職員		人	2	非正規職員		人
---	------	--	---	---	-------	--	---

問3 現在、貴事業所におけるサービス提供はどのような状況ですか。 (○印は1つだけ)

1	サービス提供量に余裕がない	
2	サービス提供量に余裕がある	
3	サービス需要量とサービス提供量のバランスが取れている	

問4 貴事業所の利用者数の状況についてお答えください。 (○印は1つだけ)

1	増加傾向にある	
2	若干の増減はあるが、ほぼ横ばいである	
3	減少傾向にある	
4	増えるときもあるが減るときもある	
5	その他（ ）	

【問5及び問6は施設サービス事業所の方※1にお聞きします。それ以外の方は問7へ。】

※1 「施設サービス事業所」とは、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、

軽費老人ホーム、特定施設入所者生活介護、グループホーム、老人保健施設、特別養護

老人ホーム、療養型医療施設、介護医療院等を指します（以下同じ）。

問5 過去1年間（令和6（2024）年12月から令和7（2025）年11月まで）に貴施設等に新規で入所・入居した人及び退所・退去した人の人数をご記入ください。（一時的な入院等で貴施設等に戻った人、又は一時的に入院中の人は含めないでください。）

1	新規の入所・入居者数（合計）		人
2	退所・退去者数（合計） ※死亡・搬送先での死亡を含む		人

問6 貴施設の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んでください。

		退去理由の上位3つに○印		
		第1位	第2位	第3位
1	必要な生活支援が発生、増大したから			
2	必要な身体介護が発生、増大したから			
3	認知症の症状が悪化したから			
4	医療的ケア、医療処置の必要性が高まったから			
5	「1」～「4」以外の状態像が悪化したから			
6	入所・入居者の状態等が改善したから			
7	入所・入居者が必要な居宅サービスの利用を望まなかったから			
8	費用負担が重くなったから			
9	その他 ( )			

【ここからは、再びすべての皆様におたずねします。】

問7 貴事業所では、令和8（2026）年度以降の介護保険サービスの提供をどのようにお考えですか。（○印は1つだけ）

1	需要の伸びによりできるだけ拡大したい	
2	状況をみながら検討したい	
3	減少傾向にある	
4	増えるときもあるが減るときもある	
5	その他 ( )	

問8 サービス待機者の状況はいかがですか。（○印は1つだけ）

1	受け入れる余裕がある	→問9へ
2	受け入れる余裕がない	→問8-1へ

【問8で「2 受け入れる余裕がない」と回答した方におたずねします。】

問8-1 その理由は何ですか。（○印は1つだけ）

1	マンパワーが不足している	
2	物理的・空間的にゆとりがない状況だから	
3	その他 ( )	

問9 貴事業所における、利用者や家族からあげられる苦情の内容について、次の中から多いものをお答えください。（○印は5つまで）

1	ケアプランに関すること	
2	サービスの質や内容に関すること	
3	ケアマネジャーの資質等に関すること	
4	従業者（サービス提供者）の資質等に関すること	
5	認定調査や要介護認定結果に関すること	
6	サービス利用等の手続きに関すること	
7	制度やサービスの説明に関すること	
8	利用料や保険料負担に関すること	
9	介護保険制度そのものに関すること	
10	その他（ ）	
11	特にない	

問10 現在、貴事業所がサービスを提供する上で負担であると考えているのは、どのようなことですか。（○印はいくつでも）

1	利用者または家族に重要事項を文書で説明すること	
2	サービス提供が困難な場合、居宅介護支援事業者への連絡、他の事業者の紹介等必要な措置を行うこと	
3	利用者が要介護認定等を受けていない場合、申請に必要な援助を行うこと	
4	利用者の心身の状況、他の医療・福祉サービスの利用状況等を把握すること	
5	居宅介護支援事業者と密接な連携に努めること	
6	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供をすること	
7	利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合、必要な援助を行うこと	
8	サービス提供日、内容、サービス費等必要な事項を書面に記載すること	
9	サービスを提供した際、利用者から利用料の支払いを受けること	
10	提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ること	
11	目標、具体的なサービス内容等を記載した介護計画を作成すること	
12	同居家族に対してサービスの提供をしないこと	
13	利用者の病状に急変が生じた場合、速やかに主治医への連絡等を行うこと	
14	プライバシーの保護の問題上、利用者の健康診断書が得にくいこと	
15	苦情処理体制を整備すること	
16	従業者の研修の問題	
17	感染症対策や職員・利用者に感染者が出た場合の対応	
18	その他（ ）	
19	特に問題はない	

問11 貴事業所では、サービスの質の向上のために、どのようなことをしていますか。  
(○印はいくつでも)

1	相談窓口の設置	
2	サービス提供マニュアルの作成	
3	サービス利用者の満足度調査の実施	
4	ケアカンファレンスの定期的な開催	
5	職員・スタッフの継続的な研修や教育訓練の実施	
6	サービス自己評価基準による定期的な検証	
7	情報開示、第三者評価	
8	事業者間の情報交換や交流への参加	
9	その他 ( )	
10	特に何もしていない	

問11-1 問11で回答いただいた取組みの実施や運用にあたり、サービス向上に特に効果があり、他の事業所でも参考になるとお考えの事例があれば、具体的にご記入ください。

問12 今後、市内で新たに地域密着型サービスの事業者指定を受ける希望はありますか。  
(○印は1つだけ)

1	希望がある	[ ]	→問12-1へ
2	希望はない		→問13へ
3	わからない		

【問12で「1 希望がある」と回答した方におたずねします。】

問12-1 希望しているサービスについてお答えください。 (○印はいくつでも)

«地域密着型サービス»

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

«介護予防地域密着型サービス»

10	介護予防認知症対応型通所介護	
11	介護予防小規模多機能型居宅介護	
12	介護予防認知症対応型共同生活介護	

問13 貴事業所における、過去1年間（令和6（2024）年12月1日～令和7（2025）年11月30日）の採用者数と離職者数について、正規・非正規の別、年齢別をご記入ください。

	採用者数				離職者数			
	正規職員		非正規職員		正規職員		非正規職員	
20歳未満		人		人		人		人
20～29歳		人		人		人		人
30～39歳		人		人		人		人
40～49歳		人		人		人		人
50～59歳		人		人		人		人
60～69歳		人		人		人		人
70歳以上		人		人		人		人
年齢不明		人		人		人		人

問14 貴事業所では、どのような介護職員や有資格者の確保に困難を感じていますか。  
(○印はいくつでも)

1	経験の浅い（若い）介護職員	
2	3～5年程度の経験のある介護職員	
3	5～10年程度の経験のある介護職員	
4	10年以上の経験のある介護職員	
5	施設長・管理者になれる職員	
6	介護支援専門員	
7	介護福祉士	
8	理学療法士	
9	作業療法士	
10	言語聴覚士	
11	歯科衛生士	
12	社会福祉士	
13	精神保健福祉士	
14	看護師	
15	その他（ ）	
16	特に困難は感じていない	

【問13で離職者数が1人以上であった事業所におたずねします。】

問15 離職した理由として考えられることは何でしたか。 (○印はいくつでも)

1	仕事量が多いため	
2	仕事量に対して、給料が見合ってないため	
3	勤務時間が不規則であり、休みが少ないため	
4	結婚や出産のため	
5	親等の介護のため	
6	病気のため	
7	職員間の人間関係トラブルのため	
8	利用者とのトラブルのため	
9	その他 ( )	
10	わからない	

問16 貴事業所では、人材マネジメント上、どのような問題を抱えていますか。  
(○印は3つまで)

1	介護職員などの確保、募集、採用	
2	介護職員などの定着率の向上	
3	マネジメントを担う人材の確保、育成	
4	職員の仕事への動機づけ	
5	職場におけるチームワークやコミュニケーション	
6	職場のリーダーシップ力の育成や強化	
7	職員の専門知識や技術及び基本マナーの向上	
8	人材育成システムの確立	
9	人事考課システムの導入	
10	労働条件の向上 (労働時間、勤務体系、福利厚生など)	
11	組織体制の確立と職場の活性化	
12	その他 ( )	

問17 介護人材確保において、有効であると考える事業は何ですか。 (○印は3つまで)

1	職場体験事業	
2	介護職員研修費用等助成事業 →問17-1へ	
3	雇用PR支援事業	
4	介護ロボット導入促進事業	
5	潜在的有資格者等就業発掘事業	
6	就職フェア	
7	介護職員等就職奨励金	
8	その他 ( )	

【問17で「2 介護職員研修費用等助成事業」を選んだ方におたずねします。】

問17-1 事業所職員の資格取得費や研修受講費の助成が受けられるとしたら、どのような資格・研修についての助成を受けたいですか。

--

問18 貴事業所では、人材の育成に取り組んでいく時、どのような問題点がありますか。  
(○印は3つまで)

1	内部での効率的な研修が難しい	
2	外部の研修では、なかなか実務の改善に結びつく内容にならない	
3	部下を育てることのできる管理者やリーダーが数少ない	
4	研修や訓練に力を入れても、すぐに辞めてしまう職員が多い	
5	職場で日常業務に取り組んでいるとき、上司や先輩の指導体制がない	
6	研修の成果をフォローアップする仕組みがない	
7	組織の中に人を育てる文化ができていない	
8	職員の研修への動機づけが難しい	
9	研修の組み立て方がわからない	
10	人材育成の仕組みをどのように作り上げればよいのかわからない	
11	その他 ( )	

問19 貴事業所では、職員の確保と定着向上にはどのような問題点がありますか。  
(○印は3つまで)

1	介護職がキャリアアップを図れるような機会や仕組みが十分でない	
2	介護の仕事自体の深さや面白さを気づかぬうちに辞めていく	
3	日々の介護の中で仕事の成果を実感したり問題点を認識しがたい	
4	施設独自の介護の理論と方法論を確立し、職員を育成するにいたっていない	
5	会議やミーティングでオープンな議論が難しい	
6	職場の人間関係にともなう感情的な摩擦や対立が生じる	
7	身体的、精神的な負担が厳しい	
8	不規則な勤務体制にならざるをえない	
9	賃金や賞与など金銭的な待遇条件の改善に限界がある	
10	育児休暇や子育て支援など、働きやすい職場環境が整っていない	
11	その他 ( )	

問20 過去1年間で、利用者の看取りをしたケースはありますか。（○印はいくつでも）

1	利用者の自宅で看取りをした	
2	施設内で看取りをした	
3	ない	

問21 在宅での看取りをするために、必要であると考えていることは、どのようなことですか。（○印は3つまで）

1	医療機関との協力体制の構築	
2	緊急時に入院を受け入れる後方支援病院の確保	
3	訪問看護の充実	
4	医療的ケアが必要な人が利用できる短期入所サービスの充実	
5	医療的ケアが必要な人が利用できる通所サービスの充実	
6	家族介護者を支援する体制の整備	
7	職員等の医療的ケア技術（たん吸引等）の習得	
8	その他（ ）	

問22 過去1年間の、新型コロナウイルス感染症の、事業所運営への影響について、あてはまるものをお答えください。（○印はいくつでも）

1	行政からの要請による休業	
2	設置者（事業所）判断による休業	
3	利用者への利用自粛の働きかけ	
4	新規利用者受入の制限・停止	
5	サービス提供日・提供時間の縮小	
6	家族介護者を支援する体制の整備	
7	訪問／支援回数・時間数の縮小	
8	訪問／支援回数・時間数の増加	
9	利用定員の縮小	
10	利用者・家族希望による利用控え・キャンセル	
11	家族等による見学・施設訪問等の中止・自粛要請	
12	イベントやレクリエーション活動の中止・縮小	
13	その他（ ）	

問23 近年の感染症の流行や物価上昇等の影響で、現状のサービスの維持や経営に不安を感じる状況はありますか。あてはまるものをお答えください。 (○印はいくつでも)

1	特に不安はない	
2	サービス提供のための経費の上昇に不安を感じる	
3	人手不足や職員の負担の増加に不安を感じる	
4	感染症を防止する体制整備に不安を感じる	
5	利用（者）の減少に不安を感じる	
6	現在のサービスの量を維持することに不安を感じる	
7	現在のサービスの質を維持することに不安を感じる	
8	法人の存続に不安を感じる	
9	近い将来サービスの縮小・廃止を行う可能性がある	
10	その他（ ）	

問24 貴事業所がサービスを提供している利用者の中で、この1年間に高齢者虐待を受けている、又は受けていると思われる事例がありましたか。 (○印は1つだけ)

1	ある		→問24-1、問24-2へ
2	ない		→問25へ

【問24で「1 ある」と答えた方におたずねします。】

問24-1 どこから虐待を発見しましたか。 (○印はいくつでも)

1	サービス提供時に職員が発見した	
2	被虐待者から	
3	虐待者から	
4	虐待者以外の同居家族から	
5	親族から	
6	近隣者から	
7	その他（ ）	

問24-2 その時に、関係機関に相談・通報しましたか。 (○印は1つだけ)

1	はい		→問24-3へ
2	いいえ		→問25へ

【問24-2で「1 はい」と答えた方におたずねします。】

問24-3 相談・通報先はどこでしたか。 (○印はいくつでも)

1	地域包括支援センター		3	警察	
2	各市町村の担当部署		4	その他（ ）	

【介護支援専門員を配置している事業所におたずねします。】

問25 貴事業所では、介護支援専門員の質の確保・向上を図るために、特にどのような点に重視して取り組んでいますか。（○印は5つまで）

1	基本的な技術や実践的知識の向上	
2	利用者の状態に応じた介護技術の向上	
3	担当者会議開催や担当者と情報共有化などのマネジメント技術の向上	
4	利用者への対応の仕方などマナーやコミュニケーション技術の向上	
5	苦情や相談への対処能力の向上	
6	処遇困難者への対処能力の向上	
7	ケアマネジャーとしての基本姿勢の徹底	
8	制度に関する最新情報の取得	
9	その他（ ）	
10	特にない	

【居宅介護支援事業所のみにおたずねします。】

問26 居宅介護サービス計画を作成するにあたって、問題があると考えているのは、どのようなことですか。（○印は5つまで）

1	ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数が多い	
2	サービス内容の変更やキャンセルが多い	
3	サービス担当者会議（ケアカンファレンス）を開催できない	
4	処遇困難者への対応が困難である	
5	サービス事業者の情報が不足している	
6	介護保険制度に関する情報が不足している	
7	行政の高齢者保健福祉サービスに関する情報が不足している	
8	利用者や家族の介護保険サービス利用に対する理解が不足している	
9	給付管理や介護報酬請求業務などの事務作業が多い	
10	サービスを提供する事業所が不足している	
11	質のよいサービスを提供している事業所が少ない	
12	その他（ ）	
13	特にない	

【居宅介護支援事業所以外におたずねします。】

問27 適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業所への連絡、適当な他の事業所の紹介など必要な措置を講じることになっています。貴事業所ではサービス提供が困難な事例がありましたか。 (○印は1つだけ)

1	はい		→問27-1へ
2	いいえ		→問28へ

【問27で「1 はい」と答えた方におたずねします。】

問27-1 どのような困難事例でしたか。

【施設サービス事業所におたずねします。】

問28 貴事業所では、虐待予防に関して、どのような取組みをしていますか。  
(○印はいくつでも)

1	チームケアや「身体拘束ゼロ」の取り組みを推進	
2	苦情受付体制の強化	
3	職場内研修の充実	
4	職員相談など、職員のサポート強化	
5	その他 ( )	
6	特はない	

問29 介護保険全般に関することや行政に関することでご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

## 福祉と介護のためのアンケート

## —第10期介護保険事業計画策定のための調査—

## ご協力のお願い

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、すべての市民が地域で安心して暮らせる仕組み（みよし市版地域包括ケアシステム）づくりとそのさらなる深化を実現するため、令和5（2023）年度に第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画を策定し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健やかに安心して暮らすことを目標に取組みを進めております。

令和8（2026）年度は、3年ごとに行う計画見直しの年度に当たり、令和9（2027）年度から令和11（2029）年度までの第10期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の策定を予定しています。

今回の調査は、皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、みよし市民の居宅介護サービス計画を作成されているケアマネジャー様を対象に実施します。（居宅介護支援事業所におかれましては、本市の利用者のサービス計画策定に携わっていただいておりますケアマネジャー様に、本調査の御協力についてご配慮くださいますようお願いします。）

質問の中で答えたくない場合には、無理にお答えいただく必要はありません。また、ご記入いただいた内容につきましては、本事業の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところ、お手数をおかけいたしますが、調査の目的と趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

令和7（2025）年12月

みよし市長 小山 祐

#### «ご記入にあたってのお願い»

- 1 調査票（印刷物）を郵送していますが、可能な限り電子媒体での回答をお願いします。（調査票データファイルは、電子@連絡帳（みよし市内事業所に限る）から入手して下さい。市外の事業所は下のURLより入手して下さい。  
【[https://www.city.aichi-miyoshi.lg.jp/kourei/kaigohoken/10\\_keikakusekuteijouhou.html](https://www.city.aichi-miyoshi.lg.jp/kourei/kaigohoken/10_keikakusekuteijouhou.html)】
- 2 回答は、各質問の指示に基づいて数値で記入するか、当てはまる項目に質問で指定している数だけ○印をつけてください。

#### «調査票の返送について»

●この調査表は、お答えいただいた後、**令和8（2026）年1月9日（金）までに**長寿介護課宛（下記メールアドレス）にEメール又は、電子@連絡帳の「介護担当」宛てにメッセージにて返信してください。郵送の場合は同封の返信用封筒に封入のうえ返送してください。

●この調査のお問い合わせは、みよし市長寿介護課介護保険担当までお願いします。

【連絡先】みよし市役所長寿介護課 介護保険担当

電話（0561）32-8009

fax（0561）34-3388

メールアドレス choju@city.aichi-miyoshi.lg.jp

問1 あなたの勤務形態はどれに該当しますか。 (○印は1つだけ)

1	専従（常勤）		3	専従（非常勤）	
2	兼務（常勤）		4	兼務（非常勤）	

問2 令和7（2025）年12月1日現在、介護支援専門員としての経験はどれくらいになりますか。それぞれ数字でご記入ください。

介護支援専門員としての通算経験	約	年
現在の事業所における介護支援専門員としての経験	約	年

問3 令和7（2025）年12月1日現在、あなたが担当している利用者数についてご記入ください。

1	サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム、 軽費老人ホームにお住まいの利用者数		人
2	自宅等（上記を除く）にお住まいの利用者数		人

問4 担当している利用者の人数は、適当ですか。 (○印は1つだけ)

1	多すぎる		3	適当である	
2	やや多すぎる		4	少ない	

問5 この1年間で介護サービス計画の作成を断ったことはありますか。 (○印は1つだけ)

1	ある		→問5-1へ
2	ない		→問6へ

【問5で「1 ある」と回答した方におたずねします。】

問5-1 それはどのような理由でしたか。 (○印はいくつでも)

1	事業所の受け入れ人数に達していた	
2	事業所の実施地域外だった	
3	知人など顔見知りのため	
4	新規依頼が重なり、すぐには取り組めなかった	
5	暴言やセクハラなど迷惑行為があった	
6	その他（ ）	)

問6 現在担当している利用者の状態が良くなった場合、変更申請するように説明していますか。 (○印は1つだけ)

1	説明している	
2	説明していない	
3	該当なし	

問7 利用者のうち、過去1年の中に自宅等（※サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホームを除く）から居住の場所を変更した人数（要介護度別）をご記入ください。

※一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

介護度	人数	介護度	人数
要支援1		要介護1	
要支援2		要介護2	
合計		要介護3	
			合計

問8 利用者のうち、過去1年の中に自宅等（※サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホームを除く）から、居住の場所を変更した人数（行き先別）をご記入ください。

※一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※ここでご記入いただいた合計人数と問7の合計人数が一致することをご確認ください。

	みよし市内	みよし市外
1 兄弟・子ども・親戚等の家		
2 住宅型有料老人ホーム		
3 軽費老人ホーム（特定施設除く）		
4 サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）		
5 グループホーム		
6 特定施設		
7 地域密着型特定施設		
8 介護老人保健施設		
9 療養型・介護医療院		
10 特別養護老人ホーム		
11 地域密着型特別養護老人ホーム		
12 その他		
13 行先を把握していない		
14 死亡（搬送先での死亡を含む）		

問9 介護保険給付対象外のサービス（市が単独で行っているサービス等）も加味して、サービス計画の作成を行っていますか。（○印は1つだけ）

1	している		→問9-1へ
2	していない		→問10へ

【問9で「1 している」と回答した方におたずねします。】

問9-1 介護保険給付以外にケアプランに位置付けているサービスや支援活動の種類は何ですか。（○印はいくつでも）

1	医療保険の訪問看護		10	民生委員による訪問	
2	訪問診療、往診		11	緊急通報装置の設置	
3	行政保健師の訪問		12	いきいきクラブ活動	
4	訪問歯科診療		13	成年後見制度	
5	障がい者、難病対象サービス		14	家族交流支援	
6	配食サービス		15	定期的な安否確認	
7	シルバーワンコインサービス		16	その他 ( )	
8	高齢者日常生活用具の給付				
9	認知症高齢者等家族支援サービス				

問10 介護保険給付対象外サービス（市が単独で行っているサービス等）で、みよし市内で供給が不足していると感じるサービスはどれですか。（○印はいくつでも）

1	配食サービス		13	ゴミ出し	
2	日常生活用具の給付		14	外出同行(通院、買い物)	
3	家族介護用品の支給		15	移送サービス	
4	緊急通報システム		16	見守り、声かけ	
5	在宅介護者等介護手当の支給		17	サロンなど定期的な通いの場	
6	高齢者難聴用補聴器購入費の助成		18	訪問理美容サービス	
7	認知症高齢者等家族支援サービス		19	寝具乾燥サービス	
8	障がい者等住宅改修費支給		20	家族介護用品の購入補助	
9	認知症高齢者等あんしん補償事業		21	その他 ( )	
10	調理		22	特にない	
11	掃除、洗濯				
12	買い物(宅配は含まない)				

問11 介護保険対象の居宅サービスの中で、供給が不足していると感じているサービスは何ですか。 (○印はいくつでも)

1	訪問介護		9	短期入所療養介護	
2	訪問入浴介護		10	福祉用具の貸与	
3	訪問看護		11	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
4	訪問リハビリテーション		12	夜間対応型訪問介護	
5	居宅療養管理指導		13	認知症対応型通所介護	
6	通所介護		14	小規模多機能型居宅介護	
7	通所リハビリテーション		15	看護小規模多機能型居宅介護	
8	短期入所生活介護		16	その他 ( )	

問12 介護保険対象の施設サービスの中で、供給が不足していると感じているサービスは何ですか。 (○印はいくつでも)

1	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	
2	介護老人保健施設（老人保健施設）	
3	療養型、介護医療院	
4	特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）	
5	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
6	その他 ( )	

問13 社会において、特に重点を置くべき認知症対策は何だと思いますか。  
(○印はいくつでも)

1	認知症を予防する取組みの普及	
2	認知症の早期発見への取組み	
3	認知症専門医療を担う医療機関の整備	
4	医療機関と介護との連携の強化	
5	治療方法の開発	
6	認知症に対応した介護施設や介護サービスの整備や充実	
7	認知症ケアにかかわる介護職員への教育や研修	
8	認知症に関する正しい理解の普及	
9	認知症の人や家族に対する相談支援体制の充実	
10	地域で認知症の人や家族を支える取組み	
11	若年性認知症患者への対策	
12	その他 ( )	

問14 市が行っている認知症高齢者に対する事業について、効果的であると思う事業は何ですか。（○印はいくつでも）

1	認知症サポートキャラバン事業	
2	認知症初期集中支援チーム事業	
3	認知症カフェ事業	
4	認知症ケアバス事業	
5	認知症介護家族交流支援事業	
6	認知症高齢者等あんしん補償事業	
7	認知症高齢者等家族支援サービス事業	
8	みよし安心ネット	
9	行方不明高齢者搜索模擬訓練	
10	その他（ ）	

問15 介護支援専門員として困っていることは何ですか。（○印はいくつでも）

1	ケアプラン作成の事務量が多い（担当利用者が多い）	
2	ケアマネ業務以外の事務量が多い（業務範囲が不明確）	
3	困難なケースへの対応	
4	主治医との連携や調整	
5	サービス担当者会議の開催	
6	自己研鑽や情報収集の時間がない	
7	サービスの調整	
8	本人と家族間の調整	
9	利用料金の制限	
10	本人等のニーズ把握	
11	自分の力量への不安	
12	業務の責任が重い	
13	賃金が低い	
14	相談相手がいない	
15	職場内での研修や指導が少ない	
16	パソコン等のICTスキル	
17	頻繁な制度改正への対応	
18	その他（ ）	
19	特はない	

問16 この1年間で利用者から苦情を受けたことがありますか。 (○印は1つだけ)

1	ある	
2	ない	

→問16-1へ

→問17へ

【問16で「1 ある」と回答した方におたずねします。】

問16-1 どういった苦情を受けたことがありますか。 (○印はいくつでも)

1	サービス提供事業所の対応が悪いという苦情	
2	サービス提供事業所に対して信頼が置けないという苦情	
3	ケアマネジャー業務以外のことを頼まれ断ったことへの苦情	
4	ケアマネジャーとしての姿勢に関する苦情	
5	利用料金など費用に関する苦情	
6	介護サービス等の提供時間に関する苦情	
7	事故に関する苦情	
8	その他 ( )	

問17 あなたが受けもっている利用者の中で、この1年間で高齢者虐待を受けているか、または受けていると思われる事例がありましたか。 (○印は1つだけ)

1	ある( )件	
2	ない	

→問17-1、17-2へ

→問18へ

【問17で「1 ある」と回答した方におたずねします。】

問17-1 どこから虐待を発見しましたか。 (○印はいくつでも)

1	被虐待者から	5	近隣者から	
2	虐待者から	6	民生委員から	
3	虐待者以外の同居家族から	7	サービス提供事業者から	
4	親族から	8	その他 ( )	

問17-2 その時に、関係機関に相談・通報しましたか。 (○印は1つだけ)

1	はい	
2	いいえ	

→問17-3へ

→問18へ

【問17-2で「1 はい」と回答した方におたずねします。】

問17-3 相談、通報先はどこですか。 (○印はいくつでも)

1	地域包括支援センター	3	警察	
2	各市町村の担当部署	4	その他( )	

問18 あなたは、人生会議※（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）という言葉について、知っていますか。（○印は1つだけ）

1	言葉も内容も知っていた	
2	言葉は聞いたことがあるが内容は知らなかった	
3	知らなかった	

※人生会議とは、もしものときのために、当事者が望む医療や介護について、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組みのことです。

問19 あなたは、「エンディングノート※」について、知っていますか。（○印は1つだけ）

1	言葉も内容も知っていた	
2	言葉は聞いたことがあるが内容は知らなかった	
3	知らなかった	

※エンディングノートとは、人生を振り返り自分自身のこと、家族に伝えたいこと、また、自分の最期を迎えるにあたって医療や介護、相続や葬儀等について、希望することを書き記しておくためのノートです。

問20 ケアマネジャーとして仕事に満足していますか。（○印は1つだけ）

1	満足している		3	あまり満足していない	
2	ある程度満足している		4	満足していない	

問21 引き続きケアマネジャーとして働くことをどう思いますか。（○印は1つだけ）

1	問題なく続けていける	
2	多少の問題は感じるが続けていける	
3	続けていくことにやや不安を感じる	
4	続けていくことに大きな不安を感じる	

問22 令和5（2023）年3月にみよし市が策定した第9期高齢者福祉計画兼介護保険事業計画の内容をご存じですか。（○印は1つだけ）

1	計画の概要は知っている	
2	計画があることは知っているが、内容までは知らない	
3	計画があることも知らない	

問23 介護保険制度等について日頃感じていることがありましたらご自由にお書きください。

（この部分は赤字で記入して下さい）

# 高齢者配食サービス事業の見直しについて

資料2(改)

## 1 前提・課題

高齢者配食サービス事業(以下、配食事業という。)は、地域支援事業における「任意事業」として実施をしています。「任意事業」は、「安否確認」を目的とした事業で、配食を通して利用者と配達員が直接顔をあわせることで安否を確認できるサービスとなっています。

しかし、ひとり暮らしの高齢者等が安心して暮らすために欠かせない事業である反面、以下のような問題点がみられます。

課題	内容
1 低栄養状態の改善・予防	低栄養状態にある方や、低栄養状態に陥るおそれが高い方への安定した食の供給
2 財源の確保が困難	「任意事業」における交付金上限を大きく超過しており、財源の大半が一般財源

これらの問題を解決するために、「安否確認」として実施していた「任意事業」から、「栄養改善」を目的とした「総合事業」への移管を行います。

配食サービスの主目的が「栄養改善」となりますが、今後も引き続き利用者の見守りは継続していくために対象者について次のように対応していきます。

## 2 見直しについて

「総合事業」は、要介護・要支援認定及び総合事業対象者(以下、事業対象者以上の人という。)を対象とした事業です。事業を切り替えるうえで対象者の見直しは必須となるほか、事業を継続していくために、以下のように改正を検討しています。

	現在	改正案
対象者	(介護保険等対象条件) (1)特になし  以下のいずれかに該当する者 ①65歳以上のひとり暮らしの者 ②65歳以上のみの世帯に属する者 ③上記に準ずる者(見守りができない者(※))	(介護保険等対象条件) (1)要介護・要支援認定者 (2)事業対象者  上記の条件を満たし、かつ以下のいずれかに該当する者 ①65歳以上のひとり暮らしの者 ②75歳以上の者が含まれる65歳以上のみの世帯に属する者 ③見守りができない者(※)との同居
市補助額	450円	500円
交付金上限	(任意事業)限度額超過により交付無	(総合事業)限度額まで猶予があるため交付有

※:障がい者手帳所持者、未成年、自立支援医療受給者等

## 3 変更に伴い影響を受ける人、人数や対応策

見直しをするにあたって、配食を引き続き利用できなくなる方が生じます。(上記改正案(2)の方)  
今後とも配食サービスを受けるよう、チェックリストを実施し利用できるよう働きかけるほか、他のサービスの活用を提案していきます。

影響を受ける人	人数(R7.10.28 現在)	対応策
認定を受けていない人	65人(18.1%) 既認定者294人(81.9%)	認定のない独居および高齢世帯の方には、総合事業のチェックリストを実施することで引き続き利用できるよう働きかける。

## 4 今後について

事業の見直しに伴い、配食の新規申請の受付を令和8(2026)年1月1日に停止、対象者の確定を令和8(2026)年1月1日までに実施できるよう、関係機関や利用者等への周知・働きかけを進めています。

(新制度移行の準備期間) R7.12～R8.1	地域包括支援センター、ケアマネジャー等関係機関への周知 配食利用者への案内
(対象外となった方の猶予期間) R8.2～9	認定を持っていない方へのチェックリストの実施 ⇒対象者確定
R8.10～	新制度による事業開始