

回答にかかる時間は 15 分程度です

ID: (シール貼付)  
PW:

「第 11 次芦屋すこやか長寿プラン 21」策定に向けたアンケート調査

## 【在宅介護実態調査】

市民の皆様には、平素より市政の推進に温かいご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、必要なサービス基盤の整備に向けて、3 年を 1 期とする計画を策定しており、次期計画の策定に向けた基礎資料とするため、今般アンケート調査を実施します。

この調査は、皆様の介護サービスの質の向上を目的に、生活の実態や介護保険に対する考え・意向などを把握するためのものであり、調査結果は、今後の高齢者福祉事業及び介護保険事業の充実に活用します。また、本調査で得られたデータは、本調査の目的以外には利用しません。

大変お忙しい中、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

令和 8 年 1 月

芦屋市

調査票記入後は、3 つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、

**令和 8 年 2 月 6 日（金）まで**にポストに投函し、ご返送ください（※切手は不要です）。

本調査はウェブでの回答が可能です。（ウェブ回答にご協力をお願いいたします。）

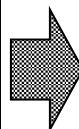
下記 URL にアクセスするか、右記の QR コードを読み取り、このページの右上に貼付された ID とパスワード（PW）でログインしてください。

インターネットを利用して回答いただく場合も令和 8 年 2 月 6 日（金）までにご回答ください。この場合、回答用紙の返送は不要です。

URL <https://●●●●●●●●●●>

※あて名のご本人が何らかの事情により、**回答できない（代筆も困難な）場合**には、その理由について、下記の中から、あてはまる番号に○をつけてください。

1. 病院などに入院中
2. 介護保険施設などに入所中
3. 市外転出
4. 死亡
5. その他（                      ）



これらのいずれかに該当する場合は、これ以降の質問にお答えいただく必要はありません。

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒に入れて、この**調査票をご返送ください**。

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方の中から無作為に抽出した方です。
2. ご回答は、ご家族の方がご本人の代理として、または一緒に行っていただいてもかまいません。
3. 各質問について、あてはまるお答えの番号に○（または文字など）を記入してください。なお、質問によっては、“○は3つまで” など、○の数が決まっている場合がありますのでご注意ください。
4. 回答で「その他」を選んだ場合は、（ ）内に具体的に記入してください。
5. 令和8年1月1日（木）現在の状況を記入してください。

### 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、本調査票のご返送及びウェブでのご回答をもちまして、下記にご同意いただいたものとさせていただきます。

#### 【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・ご回答いただいた内容は、あなたの要支援・要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と併せて集計分析を行います。よりよい施策立案及び本市の高齢者福祉計画及び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、本市で適切に管理いたします。

◆ この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

**芦屋市 高齢介護課（電話）0797-38-2044**

これは<sup>あしやし</sup>芦屋市の<sup>こうれいしゃふくし</sup>高齢者福祉施策についてのアンケート<sup>ちようさひよう</sup>調査票です。

ふりがな<sup>つ</sup>付きのアンケート<sup>ちようさひよう</sup>調査票が<sup>ひつよう</sup>必要な<sup>れんらく</sup>場合は、ご連絡ください。

<sup>あしやし</sup>芦屋市 <sup>こうれいかいご</sup>高齢介護課

e-mail : [koureikaigo@city.ashiya.lg.jp](mailto:koureikaigo@city.ashiya.lg.jp)

Survey on the Elderly Welfare in Ashiya City

If you need a Japanese with furigana version of the questionnaire, please contact the office below:

Ashiya City Senior Citizens' Long-term Care Section

## A票

## あて名のご本人について、お伺いします

|       |                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------|
| ① 記入者 | 1. あて名のご本人<br>2. 主な介護者となっている家族・親族<br>3. 主な介護者以外の家族・親族<br>4. その他（ ） |
|-------|--------------------------------------------------------------------|

② 問1 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）

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

③ 問2 あなた（認定調査対象者）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. <small>のうけつかんしゅっかん</small> 脳血管疾患（ <small>のうそつちゅう</small> 脳卒中）                                             | 2. <small>しんしゅっかん</small> 心疾患（ <small>しんぞうびょう</small> 心臓病）                                                 |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物（がん）                                                                       | 4. <small>こきゅうきしゅっかん</small> 呼吸器疾患                                                                         |
| 5. <small>じんしゅっかん</small> 腎疾患（ <small>とうせき</small> 透析）                                                       | 6. <small>きんこつかくけいしゅっかん</small> 筋骨格系疾患（ <small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>せきちゅうかんきょうさくしやう</small> 脊柱管狭窄症等） |
| 7. <small>こうげんびやう</small> 膠原病（ <small>かんせつ</small> 関節リウマチ含む）                                                 | 8. <small>へんけいせいいかんせつしゅっかん</small> 変形性関節疾患                                                                 |
| 9. <small>にんちしやう</small> 認知症                                                                                 | 10. パーキンソン病                                                                                                |
| 11. <small>なんびやう</small> 難病（ <small>ぱーきんそんびやう</small> パーキンソン病を除く）                                            | 12. <small>とうりやうびやう</small> 糖尿病                                                                            |
| 13. <small>がんか</small> 眼科・ <small>じびかしゅっかん</small> 耳鼻科疾患（ <small>しやう</small> 視覚・ <small>しやう</small> 聴覚障害を伴うも | 14. その他（ ）                                                                                                 |
| 15. なし                                                                                                       | 16. わからない                                                                                                  |

④ 問3 あなたは、現在、訪問診療を利用していますか（1つに○）  
※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません

|           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

⑤ 問4 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つに○）  
※「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

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

## A票

## あて名のご本人について、お伺いします

- 問5 令和7年12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つに○)

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用した<br>2. 利用していない | 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)<br>1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない<br>2. サービスの利用の希望がない<br>3. 家族が介護をするため必要ない<br>4. 以前、利用していたサービスに不満があった<br>5. 利用料を支払うのが難しい<br>6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない<br>7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため<br>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<br>9. その他( ) |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 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           |                   |

- 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)  
 ※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              |                   |

あて名のご本人について、お伺いします

④ 問 8 住み慣れた地域で暮らし続けるために、介護や医療について、どのような施設やサービスを望みますか（○は主なもの3つまで）

1. 在宅で家事の手伝いや介護をしてくれるホームヘルパーの派遣
2. 定期的な医師、歯科医師、看護師、薬剤師などの家庭への訪問
3. 夜間や緊急時に在宅で利用できる介護や医療の訪問サービス
4. 自宅近くで通える運動教室やリハビリ施設
5. 食事や入浴が通いで利用できるデイサービスの施設
6. 短期間宿泊して食事や入浴サービス、介護を受けることができるショートステイ施設
7. 通い・訪問・泊まりをまとめて受けられるサービス（小規模多機能型のサービス）
8. 有料老人ホーム等の居住施設
9. 認知症対応型のデイサービスや居住施設
10. 在宅介護に適した住宅の改修
11. その他（ ）
12. 特になし

⑨ 問9 在宅で安心して暮らすために、あると助かる支援はどれですか  
(○は主なもの3つまで)

1. 困りごとを相談できる窓口
2. 配食サービスなど、食事の提供
3. 高齢者だけで賃貸が可能な住宅の確保
4. 住宅のバリアフリー改修の支援
5. 契約や財産管理が必要な時の手助け
6. 近隣の人などによる見守り、声かけ
7. 外出時のサポート
8. 高齢者同士の交流や世代を超えた交流の場
9. 災害時の避難などのサポート
10. 公共交通機関などの移動手段の確保
11. 高齢者の働く場の確保
12. 趣味や地域活動などができる場の提供
13. 最新の介護や医療の情報提供
14. 「終活」についての相談や支援
15. 認知機能を維持するための支援
16. 同居する家族への支援
17. その他（ ）
18. 特になし

あて名のご本人について、お伺いします

- ⑩ 問 10 あなたは、災害時（台風や地震など）や火災などの緊急時に、一人で避難することができますか（1つに○）

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 誰かの援助がないと、避難できない</p> <p>2. 誰かの声かけがあれば、自分で避難できる</p> <p>3. 自力、あるいは同居の家族の援助で避難できる</p> | <p>→ <u>災害時の避難の支援について相談している人はいますか（○は主なもの3つまで）</u></p> <p>1. 家族</p> <p>2. 近隣住民や友人</p> <p>3. 民生委員</p> <p>4. ケアマネジャーや高齢者生活支援センターの職員等</p> <p>5. ホームヘルパーやデイサービス等の職員等</p> <p>6. その他（ ）</p> <p>7. いない</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ① 問 1 1 あなたの災害時の避難について、事前に必要だと思う備えは何ですか（○は主なものの3つまで）

1. 家族と避難時にどうするのかを事前に決めておく
2. 近隣住民同士の声かけや情報共有できる関係づくり
3. 地域における避難訓練への参加
4. 避難経路・避難所の確認
5. 「緊急・災害時要援護者台帳」への登録
6. その他（ ）

- ④ 問 1 2 あなたのお住いのエリアを担当する「高齢者生活支援センター」を知っていますか

## 【高齢者生活支援センターとは】

介護や健康、福祉等の生活に関する身近な総合相談窓口となる「地域包括支援センター」の芦屋市における愛称

1. はい → あなたやご家族は、高齢者生活支援センターを利用したことがありますか

2. いいえ (独) 1. はい 2. いいえ

(独) 利用していない理由は何ですか (○は主なもの3つまで)

1. 相談することがないから

2. 何を相談したらよいのかわからないから

3. 近くにない・交通手段がないから

4. その他 ( )

あて名のご本人について、お伺いします

④ 問 13 あなたは「成年後見制度」について知っていますか（1つに○）

### 【成年後見制度とは】

認知症高齢者など、判断能力の不十分な方を法律面や生活面で支援する制度（さまざまな契約の支援や財産管理の支援など）

1. よく知っている
2. 少し知っている
3. よく知らないが聞いたことがある
4. まったく知らない

独

今後、成年後見制度を利用したいですか（１つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

④ 問 1 4 **あなた**やご家族の中に認知症の症状がある人がいますか

1. はい 2. いいえ

問 15 あなたは認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい                      2. いいえ

① 問 16 あなたまたはご家族の方が、あなたのための認知症セルフチェックをしたことがありますか（1つに○）

## 【認知症セルフチェックとは】

認知症かどうかを自分で簡単に調べることができるチェックシート。本市のホームページでは、「これって認知症？」というページを用意しています。

1. したことがある
2. 定期的にしている
3. 知っているが、したことがない
4. 知らなくて、したことがない

獨

認知症セルフチェックをした後、どのような行動をとりましたか（主なもの1つに○）

1. 結果に問題がなかったため、何もしなかった
2. 家族・親戚に相談した
3. 友人・知人に相談した
4. かかりつけ医に相談した
5. 専門医に相談した
6. 市役所に相談した
7. 高齢者生活支援センターに相談した
8. どうしたらよいかわからず、何もしなかった
9. その他（



## A票

## あて名のご本人について、お伺いします

- Ⓔ 問 17 あなたが認知症になったとしたら、どのようなことに不安を感じると思いますが  
(あるいは現在どのようなことに不安を感じていますか) (主なものを1つに○)

1. 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないかな
2. できていたことができなくなるのではないかな
3. 治療しても、病状が改善しないのではないかな
4. 家族や周りの人に、迷惑や身体的・精神的負担をかけるのではないかな
5. 詐欺などの被害に遭うのではないかな
6. その他 ( )

※問 17 は、内閣府世論調査「認知症に関する世論調査」  
(<https://survey.gov-online.go.jp/202510/hutai/r07/r07-ninchisho/gairyaku.pdf>)を加工して作成。

- Ⓔ 問 18 外出する際の移動手段は何ですか (○はいくつでも)

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

Ⓔ

どれくらいの頻度で利用しますか

(1つに○。両方利用の方は

①路線バス、②タクシーそれぞれ1つに○)

| ①路線バス    | ②タクシー    |
|----------|----------|
| 1. 年数回   | 1. 年数回   |
| 2. 月1回   | 2. 月1回   |
| 3. 月2、3回 | 3. 月2、3回 |
| 4. 週1回   | 4. 週1回   |
| 5. 週2回   | 5. 週2回   |
| 6. 週3、4回 | 6. 週3、4回 |
| 7. 週5、6回 | 7. 週5、6回 |
| 8. 毎日    | 8. 毎日    |

- Ⓒ 問 19 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 (1つに○)  
※同居していない子どもや親族等からの介護を含む。

1. ない ⇒ 調査は以上で終了です。
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

⇒

次のページのB票に  
お進みください。



A票

あて名のご本人について、お伺いします

㊦

◆ご意見・ご要望等がありましたら、遠慮なくお聞かせください

## B票

## 主な介護者の方について、お伺いします

- A票の問19（P. 6）で「2.」～「5.」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、あて名のご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします。（ご本人のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）

Ⓓ 問1 主な介護者の方は、どなたですか（1つに○）

- |        |          |                                |
|--------|----------|--------------------------------|
| 1. 配偶者 | 2. 子     | 3. 子の配偶者                       |
| 4. 孫   | 5. 兄弟・姉妹 | 6. 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つに○）

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 男性          | 2. 女性     |
| 3. 1、2にあてはまらない | 4. 答えたくない |

Ⓒ 問3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つに○）

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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4 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 |
|---------------------------------|-----------|

## B票

## 主な介護者の方について、お伺いします

- ㊦ 問5 ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（〇はいくつでも）※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。また、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6 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（1～17から主なもの3つまでに〇）※現状で行っているか否かは問いません。

### 【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（ <span style="float: right;">）</span> |                        |
| 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7 現在の生活を継続するために、主な介護者の方が必要だと感じる支援は何ですか（〇は主なもの3つまで）

- |                      |                                              |
|----------------------|----------------------------------------------|
| 1. 24時間対応の相談窓口       | 2. 気軽に誰かと話ができる場所（家族会等）                       |
| 3. 地域住民の助け合いや見守り     | 4. 介護保険サービス以外の自費サービス                         |
| 5. 介護者のための健康管理       | 6. 介護者のための専門的な介護研修                           |
| 7. 在宅で介護するための補助用品の支給 | 8. その他（ <span style="float: right;">）</span> |
| 9. 特にない              |                                              |

## 主な介護者の方について、お伺いします

⑧ 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つに○）

※「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。

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

 $\Rightarrow$ 

問 8-1 ~ 問 8-3へ

- ### 3. 働いていない

 $\} \Rightarrow$ 

問 9 へ

4. 主な介護者に確認しないと、わからない

【問8で「1. フルタイムで働いている」または「2. パートタイムで働いている」とお答えの方に、問8-1～問8-3についてお聞きます】

⑩ 問 8 - 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

【オ】 問 8-2 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（主なもの3つまでに○）

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

⑧ 問 8-3 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（1つに○）

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

## 主な介護者の方について、お伺いします

**問9** 主な介護者の方は認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい                      2. いいえ

問 10 認知症についてどのようなイメージをもっていますか（1つに○）

1. 自ら工夫して地域で今までどおり生活できる
2. 周りのサポートを受けながら、地域で生活できる
3. 医療・介護等のサポートを利用して地域で生活できる
4. 介護施設でサポートを利用することが必要になる
5. 迷惑をかけてしまい地域での生活が難しくなる
6. 症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう
7. その他（ ）

※問 10 は、内閣府世論調査「認知症に関する世論調査」

(<https://survey.gov-online.go.jp/202510/hutai/r07/r07-ninchisho/gairyaku.pdf>)を加工して作成。

問 1 1 介護の対象者（認定調査対象者）あるいは家族に認知症の症状がありますか

1. はい → 認知症の方の暮らし方や活動などについて、ご本人の意思や希望を尊重することができていますか（1つに○）
2. いいえ
1. できている
2. 時々できている
3. できていない
4. 本人の意思や希望を把握することが難しい

問 12 認知症の方を介護する人は、どんな支援を望みますか（○は主なもの3つまで）

1. 介護者が認知症に関する専門的な知識や介護スキルを身につけること
2. 介護や付き添いを支えてくれるボランティアの充実
3. 職場の理解と介護休暇制度の充実
4. 介護や付き添いの時間を増やすための、家事等の代行サービスの充実と利用しやすさ
5. 緊急時に対応してくれる介護保険サービスや福祉サービス
6. 認知症の人が利用しやすい移動手段や施設の設備
7. 社会全体の認知症に対する理解がすすむこと
8. その他（ ）

**B票**

主な介護者の方について、お伺いします

④ 問 13 主な介護者の方は「認知症カフェ（認知症の人や家族、地域住民など、誰もが気軽に集える場所）」を知っていますか

1. はい → 自分が認知症になったとき、「認知症カフェ」を利用したいですか（1つに○）

2. いいえ

1. はい

2. いいえ ⇒（理由： ）

3. わからない

4. すでに利用したことがある

◆主な介護者の方のご意見・ご要望等がありましたら、遠慮なくお聞かせください

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました