

# 介護保険・高齢者福祉に関するアンケート (在宅介護実態調査)

～ご協力のお願い～

日頃、市政にご理解、ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

稲沢市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう令和6年度に「第9期稲沢市介護保険事業計画・高齢者福祉計画」を策定し、介護保険サービスの充実と質の向上、並びに高齢者福祉サービスの推進を図るための取り組みに努めております。

この計画が令和8年度に終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、実情を把握するために、皆さまの日頃の生活の様子や健康状態、介護サービスの利用状況等についてアンケート調査を実施させていただくことになりました。

本調査は、令和7年11月1日現在、在宅で要支援・要介護認定を受けている方を介護保険被保険者台帳から無作為に抽出したものです。

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、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和8年1月

稲沢市長 加藤 錠 司 郎

## 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及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、ご同意いただいたものと見なさせていただきますので、ご了承くださいますようお願いいたします。

### 【個人情報の保護および活用目的について】

- ・この調査は、効果的な高齢者等支援施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、庁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庁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。

## 【記入に当たってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和7年11月1日時点で、要支援1・2及び要介護1から要介護5の認定を受けている方のうち、在宅で生活されている方です。
2. ご回答にあたっては、「A票“ご本人”についてお答えいただく部分」と「B票“主な介護者の方”についてお答えいただく部分」がありますので、ご注意ください。
3. ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号に☑をつけてください。
4. 回答は、設問の文末に単数回答の場合は（1つを選択）、複数回答が可能な場合は（複数選択可）などと表示していますので、それに従ってご回答ください。
5. 設問によってご回答いただく方が限られる場合がありますので、ことわり書きや矢印にしたがってください。特にない場合は次の設問にお進みください。
6. この調査についてのお問い合わせは下記宛までお願いいたします。

ご記入いただいた調査票は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れ（切手不要）、  
**令和8年1月30日（金）**までに、郵便ポストに投かんしてください。

【お問い合わせ先】 稲沢市 市民福祉部 高齢介護課 介護保険グループ  
電話：0587-32-1286

## A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（複数回答可）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①調査対象者本人       | <input type="checkbox"/> ◀②主な介護者となっている家族・親族 |
| <input type="checkbox"/> ◀③主な介護者以外の家族・親族 | <input type="checkbox"/> ◀④その他（ ）           |

問2 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①一人暮らし | <input type="checkbox"/> ◀②夫婦のみ世帯 | <input type="checkbox"/> ◀③その他（ ） |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①男性 | <input type="checkbox"/> ◀②女性 |
|-------------------------------|-------------------------------|

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①65歳未満  | <input type="checkbox"/> ◀②65～69歳 | <input type="checkbox"/> ◀③70～74歳 |
| <input type="checkbox"/> ◀④75～79歳 | <input type="checkbox"/> ◀⑤80～84歳 | <input type="checkbox"/> ◀⑥85～89歳 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦90歳以上  |                                   |                                   |

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

- |                                 |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①要支援1 | <input type="checkbox"/> ◀②要支援2  | <input type="checkbox"/> ◀③要介護1 |
| <input type="checkbox"/> ◀④要介護2 | <input type="checkbox"/> ◀⑤要介護3  | <input type="checkbox"/> ◀⑥要介護4 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦要介護5 | <input type="checkbox"/> ◀⑧わからない |                                 |

問6 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つを選択）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①入所・入居は検討していない     | <input type="checkbox"/> ◀②入所・入居を検討している |
| <input type="checkbox"/> ◀③すでに入所・入居申し込みをしている |   |

※施設等とは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院（旧 介護療養型医療施設）、特定施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設を指します。

問7 今後どこで生活したいとお考えですか（1つを選択）

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①自宅（家族宅を含む）                       |
| <input type="checkbox"/> ◀②介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）              |
| <input type="checkbox"/> ◀③介護老人保健施設（老人保健施設）                 |
| <input type="checkbox"/> ◀④介護医療院（旧 介護療養型医療施設）               |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）            |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ ）                           |

問8 ご本人（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  
（複数選択可）

<input type="checkbox"/> ◀①脳血管疾患（ <small>のうけっかんしっかん</small> 脳卒中）	<input type="checkbox"/> ◀②心疾患（ <small>しんしっかん</small> 心臓病）
<input type="checkbox"/> ◀③悪性新生物（ <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん）	<input type="checkbox"/> ◀④呼吸器疾患（ <small>こきゅうきしっかん</small> 呼吸器疾患）
<input type="checkbox"/> ◀⑤腎疾患（ <small>じんしっかん</small> 透析）	
<input type="checkbox"/> ◀⑥筋骨格系疾患（ <small>きんこつかくけいしっかん</small> 骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 脊柱管狭窄症等）	
<input type="checkbox"/> ◀⑦膠原病（ <small>こうげんびょう</small> 関節リウマチ含む）	<input type="checkbox"/> ◀⑧変形性関節疾患（ <small>へんけいせいかんせつしっかん</small> 変形性関節疾患）
<input type="checkbox"/> ◀⑨認知症（ <small>にんちしょう</small> 認知症）	<input type="checkbox"/> ◀⑩パーキンソン病（ <small>ぱーきんそんびょう</small> パーキンソン病）
<input type="checkbox"/> ◀⑪難病（ <small>なんびょう</small> パーキンソン病を除く）	<input type="checkbox"/> ◀⑫糖尿病（ <small>とうようびょう</small> 糖尿病）
<input type="checkbox"/> ◀⑬眼科・耳鼻科疾患（ <small>がんか</small> 視覚・ <small>じびか</small> 聴覚障害を伴うもの）	
<input type="checkbox"/> ◀⑭その他（                      ）	<input type="checkbox"/> ◀⑮なし
<input type="checkbox"/> ◀⑯わからない	

問9 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つを選択）

<input type="checkbox"/> ◀①利用している	<input type="checkbox"/> ◀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。

## 介護保険サービスの利用についてお聞きします

問 10 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つを選択)

☐①利用した⇒問 11 へ

☐②利用していない⇒問 12 へ

問 10 で「①」とお答えの方にお伺いします

問 11 以下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。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、「利用していない(0回、①利用していない)」を選択してください(それぞれ1つを選択)

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つを選択)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
(※回答例) ●●●サービス	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input checked="" type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
A. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
B. 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
C. 訪問看護	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
D. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
E. 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
F. 通所リハビリテーション (デイケア)	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上
G. 認知症対応型 通所介護	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回	<input type="checkbox"/> ①5回以上

  

	利用の有無(1つを選択)	
H. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	<input type="checkbox"/> ①利用していない	<input type="checkbox"/> ②利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> ①利用していない	<input type="checkbox"/> ②利用した

  

	1か月あたりの利用日数(1つを選択)				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
J. ショートステイ	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1～7日	<input type="checkbox"/> ①8～14日	<input type="checkbox"/> ①15～21日	<input type="checkbox"/> ①22日以上

  

	1か月あたりの利用回数(1つを選択)				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
K. 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> ①0回	<input type="checkbox"/> ①1回	<input type="checkbox"/> ①2回	<input type="checkbox"/> ①3回	<input type="checkbox"/> ①4回

## 問 10 で「②」とお答えの方にお伺いします

### 問 12 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

- ☐ ◀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（ ）

## 介護保険サービスや介護保険制度についてお聞きします

### 問 13 今後、どのようなサービスを充実していく必要があると思いますか（3つまで選択）

- ☐ ◀①訪問サービス（訪問介護・訪問入浴介護）
- ☐ ◀②通所サービス（通所介護）
- ☐ ◀③宿泊サービス（短期入所生活介護・短期入所療養介護）
- ☐ ◀④リハビリサービス（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション）
- ☐ ◀⑤医療系サービス（訪問看護・居宅療養管理指導）
- ☐ ◀⑥認知症対応型サービス（認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護（グループホーム））
- ☐ ◀⑦小規模多機能型居宅介護  
（通いサービスを中心に、訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせたサービス）
- ☐ ◀⑧定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
（日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に提供するサービス）
- ☐ ◀⑨福祉用具（貸与、購入）・住宅改修
- ☐ ◀⑩特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設）
- ☐ ◀⑪老人保健施設（介護老人保健施設）
- ☐ ◀⑫高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など）
- ☐ ◀⑬その他（ ）
- ☐ ◀⑭特にない（今のままでよい）

問 14 今後、介護保険制度をより良くするために、力を入れてほしいことは何ですか  
(3つまで選択)

- ☐ ◀①介護保険制度のしくみや利用方法に関する情報提供の充実
- ☐ ◀②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
- ☐ ◀③苦情・相談窓口の充実
- ☐ ◀④介護専門職の資質向上支援
- ☐ ◀⑤認知症高齢者などの権利を守るための制度の充実
- ☐ ◀⑥低所得者への負担軽減対策
- ☐ ◀⑦介護予防や要介護度の進行防止のための介護予防事業の充実
- ☐ ◀⑧家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
- ☐ ◀⑨介護保険サービスの量や質の充実
- ☐ ◀⑩保健・医療・福祉機関との連携・協力
- ☐ ◀⑪その他 ( )

問 15 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(複数選択可)

- ☐ ◀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 16 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(複数選択可)

- ☐ ◀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。

---

## ご家族やご親族の方についてお聞きします

---

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）（1つを選択）

- ☐ ◀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

問 18 そのほか、高齢者福祉・介護保険等に関するご意見がありましたら、自由にお書きください

問 17 で「①」を選択された方は以上です。

ご協力ありがとうございました。



- A票の間 17 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、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

## B票 主な介護者の方について、お伺いします

問1 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(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)(複数選択可)

- ☐ 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2 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

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

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)

- ☐ ①男性                      ☐ ②女性

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- ☐ ①20歳未満                      ☐ ②20代                      ☐ ③30代  
☐ ④40代                      ☐ ⑤50代                      ☐ ⑥60代  
☐ ⑦70代                      ☐ ⑧80歳以上                      ☐ ⑨わからない

問5 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（複数選択可）

【身体介護】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①日中の排泄               | <input type="checkbox"/> ◀②夜間の排泄       |
| <input type="checkbox"/> ◀③食事の介助（食べる時）         | <input type="checkbox"/> ◀④入浴・洗身       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | <input type="checkbox"/> ◀⑥衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦屋内の移乗・移動            | <input type="checkbox"/> ◀⑧外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨服薬                  | <input type="checkbox"/> ◀⑩認知症状への対応    |
| <input type="checkbox"/> ◀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（3つまで選択可）

【身体介護】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①日中の排泄               | <input type="checkbox"/> ◀②夜間の排泄       |
| <input type="checkbox"/> ◀③食事の介助（食べる時）         | <input type="checkbox"/> ◀④入浴・洗身       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | <input type="checkbox"/> ◀⑥衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦屋内の移乗・移動            | <input type="checkbox"/> ◀⑧外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨服薬                  | <input type="checkbox"/> ◀⑩認知症状への対応    |
| <input type="checkbox"/> ◀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7 対象者（宛名の方）に、今後どこで生活してほしいとお考えですか（1つを選択）

- ☐ ①自宅（家族宅を含む）
- ☐ ②介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ☐ ③介護老人保健施設（老人保健施設）
- ☐ ④介護医療院（旧 介護療養型医療施設）
- ☐ ⑤認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ☐ ⑥高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など）
- ☐ ⑦その他（

**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つを選択）**

- |   |   |               |
|---|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①フルタイムで働いている        | } | 問 9 ～ 問 11 へ  |
| <input type="checkbox"/> ◀②パートタイムで働いている       |   |               |
| <input type="checkbox"/> ◀③働いていない             | } | 問 12 へお進みください |
| <input type="checkbox"/> ◀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・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

**問 8 で「①」「②」とお答えの方にお伺いします**

**問 9 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（複数選択可）**

- ☐ ◀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 8 で「①」「②」とお答えの方にお伺いします**

**問 10 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか（3つまで選択可）**

- ☐ ◀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8で「①」「②」とお答えの方にお伺いします**

**問 11 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つを選択）**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①問題なく、続けていける        | <input type="checkbox"/> ◀②問題はあるが、何とか続けていける |
| <input type="checkbox"/> ◀③続けていくのは、やや難しい      | <input type="checkbox"/> ◀④続けていくのは、かなり難しい   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤主な介護者に確認しないと、わからない |   |

**問 12 主な介護者の方として、高齢者福祉・介護保険等に関するご意見がありましたら、自由にお書きください**

アンケートは以上です。  
ご協力ありがとうございました。