

介護保険制度等に関する県民意識調査 御協力をお願い

皆様には、日ごろから群馬県政に対するご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県では、高齢者の保健福祉、介護保険等に関する県民の皆様の意識や要望などを把握し、「第10期群馬県高齢者保健福祉計画」の策定にあたっての基礎資料とすることを目的として、市町村の協力を得て、県民意識調査を実施することといたしました。

この調査の実施にあたり、県内にお住まいの65歳以上の皆様の中から、1,600人を無作為に選ばせていただいたところ、誠に勝手ながら、あなた様にご意見をお伺いすることになりました。

つきましては、大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご回答にご協力を賜りますよう、お願いいたします。

なお、調査は無記名の形式で行い、お寄せいただきましたご回答は統計的に処理した上で公表しますので、個人のお名前や個人が特定できる情報が公表されることは一切ございません。

皆様の率直なご回答をお願いいたします。

令和7年12月

群馬県健康福祉部福祉局介護高齢課長 関根 智子

■ご記入にあたってのお願い

- ご記入は封筒の宛名のご本人様をお願いしますが、体調が良くないなどの理由で回答が困難な場合には、65歳以上のご家族の方がいらっしゃる場合は、ご本人様に代わってご回答いただいても差し支えございません。
- アンケートの回答については、インターネットでの回答・郵送での回答のどちらかの方法で令和8年1月31日（土）までにご回答またはご投函いただきますようお願いいたします。

インターネットでの回答方法

- パソコン・スマートフォンなどで右の二次元コードを読み取るか、以下のURLにアクセスしてください。
<https://logoform.jp/form/9cfD/1301473>
- 質問のページでは、画面の案内に従って最後までお答えください。



郵送での回答方法

- この調査票に直接ご記入の上、同封した返信用封筒（切手不要）に入れてポストに投函してください。
- 回答の選択肢は、1つだけ回答していただくものと、複数（当てはまるもの全て・3つ以内など）を回答していただくものがありますので、設問の説明に従って回答してください。
また、回答にあたっては、（チェックボックス）からはみ出さないようにチェックを入れてください。
- 回答が「その他」に当てはまる場合は、（ ）内に具体的な内容を記入してください。

【返送先・調査業務委託先】

株式会社東京商工リサーチ前橋支店
所在地：〒371-0023
前橋市本町2丁目15番10号
前橋フコク生命ビル

【調査についての問い合わせ先】

群馬県健康福祉部福祉局
介護高齢課 企画・介護保険係
所在地：〒371-8570 前橋市大手町一丁目1番1号
電話：027-226-2562（直通）

（裏面の説明もご覧ください）

■「第10期群馬県高齢者保健福祉計画」とは

群馬県高齢者保健福祉計画は、老人福祉法により県が定める「老人福祉計画」と、介護保険法により県が定める「介護保険事業支援計画」と、共生社会の実現を推進するための認知症基本法に基づく「認知症施策推進計画」を一体のものとして、3年ごとに策定しています。

第10期群馬県高齢者保健福祉計画は、令和9年度から令和11年度までを計画期間とし、令和8年度中に策定するものです。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、高齢者を取り巻く状況や地域の特性等を踏まえ、県が取り組むべき各種施策について計画に定めます。

【県が取り組むべき主な施策】

- ・地域共生社会の実現（地域包括ケアシステムの深化・推進）
- ・自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- ・共生社会の実現に向けた認知症施策の推進
- ・多様な福祉・介護サービス基盤の整備
- ・災害及び感染症対策に係る体制整備
- ・介護人材確保対策と資質の向上及び業務効率化の推進

■個人情報（住所、氏名の情報）の取扱いについて

本調査の実施に使用する個人情報（住所、氏名の情報に限る）は、調査票を発送することを目的として、市町村の協力を得て、県内にお住まいの65歳以上の方の中から1,600人の方を無作為に抽出したものです。

個人情報は、専ら今回お送りした調査票の発送の目的のみに使用するものですので、本調査の終了後は、速やかにシュレッダー・裁断処理等の方法により適切に処分します。

また、本調査は無記名の形式で行い、お寄せいただくご回答の内容は、統計的に処理した上で公表しますので、個人のお名前や個人が特定できる情報が公表されることは一切ございません。

介護保険制度等に関する県民意識調査

調査票

■基本情報

問1 あなたのお住まいの市町村名を選んでください。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 前橋市 | <input type="checkbox"/> 10 富岡市 | <input type="checkbox"/> 19 甘楽町 | <input type="checkbox"/> 28 昭和村 |
| <input type="checkbox"/> 2 高崎市 | <input type="checkbox"/> 11 安中市 | <input type="checkbox"/> 20 中之条町 | <input type="checkbox"/> 29 みなかみ町 |
| <input type="checkbox"/> 3 桐生市 | <input type="checkbox"/> 12 みどり市 | <input type="checkbox"/> 21 長野原町 | <input type="checkbox"/> 30 玉村町 |
| <input type="checkbox"/> 4 伊勢崎市 | <input type="checkbox"/> 13 榛東村 | <input type="checkbox"/> 22 嬭恋村 | <input type="checkbox"/> 31 板倉町 |
| <input type="checkbox"/> 5 太田市 | <input type="checkbox"/> 14 吉岡町 | <input type="checkbox"/> 23 草津町 | <input type="checkbox"/> 32 明和町 |
| <input type="checkbox"/> 6 沼田市 | <input type="checkbox"/> 15 上野村 | <input type="checkbox"/> 24 高山村 | <input type="checkbox"/> 33 千代田町 |
| <input type="checkbox"/> 7 館林市 | <input type="checkbox"/> 16 神流町 | <input type="checkbox"/> 25 東吾妻町 | <input type="checkbox"/> 34 大泉町 |
| <input type="checkbox"/> 8 渋川市 | <input type="checkbox"/> 17 下仁田町 | <input type="checkbox"/> 26 片品村 | <input type="checkbox"/> 35 邑楽町 |
| <input type="checkbox"/> 9 藤岡市 | <input type="checkbox"/> 18 南牧村 | <input type="checkbox"/> 27 川場村 | |

問2 あなたの性別を選んでください。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 男 | <input type="checkbox"/> 2 女 | <input type="checkbox"/> 3 その他 |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

問3 あなたの年齢を選んでください。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 65～69歳 | <input type="checkbox"/> 3 75～79歳 | <input type="checkbox"/> 5 85歳以上 |
| <input type="checkbox"/> 2 70～74歳 | <input type="checkbox"/> 4 80～84歳 | <input type="checkbox"/> 6 無回答 |

問4 あなたと同居している家族等を選んでください。
(当てはまる項目全てのにチェックを入れる)

- | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 配偶者(夫、妻) | <input type="checkbox"/> 3 子ども(息子、娘) | <input type="checkbox"/> 5 一人暮らし |
| <input type="checkbox"/> 2 親(配偶者の親を含む) | <input type="checkbox"/> 4 孫 | <input type="checkbox"/> 6 その他() |

問5 あなたの健康状態を選んでください。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 健康である | <input type="checkbox"/> 3 あまり健康ではない |
| <input type="checkbox"/> 2 概ね健康である | <input type="checkbox"/> 4 健康ではない |

■日常生活について

問6 あなたは、自身の日常生活全般について満足していますか。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 満足している | <input type="checkbox"/> 3 やや不満である |
| <input type="checkbox"/> 2 概ね満足している | <input type="checkbox"/> 4 不満である |

問7 あなたが日常生活を送っている中で、困っていることや不便に感じていることはありますか。
(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 日用品や食料品などを購入する店が近くにない |
| <input type="checkbox"/> 2 出かける際に電車やバスの運行便数が少なく不便 |
| <input type="checkbox"/> 3 出かける際の電車やバスの路線がない |
| <input type="checkbox"/> 4 自身や親族に自動車運転免許を持っている者がいない |
| <input type="checkbox"/> 5 医療機関が近くにない |
| <input type="checkbox"/> 6 銀行や郵便局などが近くにない |
| <input type="checkbox"/> 7 食事の支度や掃除、洗濯などの身の回りのこと |
| <input type="checkbox"/> 8 身近に相談相手となる親戚や友人がいない |
| <input type="checkbox"/> 9 近所に高齢者等が集まれる居場所や施設がない |
| <input type="checkbox"/> 10 パソコンやスマートフォンなどの情報通信機器の選び方や使い方が分からない |
| <input type="checkbox"/> 11 特にない |
| <input type="checkbox"/> 12 その他 () |

問8 あなた自身や家族の将来を考えたとき、不安や心配事がありますか。
(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 自身の健康や病気、介護のこと |
| <input type="checkbox"/> 2 配偶者や親（配偶者の親を含む）等の健康や病気、介護のこと |
| <input type="checkbox"/> 3 子どもの将来のこと |
| <input type="checkbox"/> 4 孤独（ひとり暮らしなど）になること |
| <input type="checkbox"/> 5 配偶者に先立たれた後の生活のこと |
| <input type="checkbox"/> 6 生活費など金銭的なこと |
| <input type="checkbox"/> 7 買い物や通院などのための移動手段のこと |
| <input type="checkbox"/> 8 災害が起きたときのこと |
| <input type="checkbox"/> 9 事故や犯罪などに巻き込まれること |
| <input type="checkbox"/> 10 特にない |
| <input type="checkbox"/> 11 その他 () |

■介護に関するサービスの利用について

問9 あなたやあなたの「配偶者」、「親（配偶者の親を含む）」、「その他同居の親族」で、介護に関するサービスを利用している（利用していた）方はいますか。
（当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる）

- 1 いる
- 2 今はいないが以前にいた
- 3 いない →問10へお進みください。

（問9で「1 いる」、「2 今はいないが以前にいた」と答えた方にのみ、問9-6まで伺います）

問9-2 介護に関するサービスを利用している（利用していた）方とあなたの関係を教えてください。（当てはまる項目全てのにチェックを入れる）

- 1 あなた自身（本人）
- 2 配偶者
- 3 親（配偶者の親を含む）
- 4 その他同居の親族

問9-3 利用している（利用していた）サービスに対して満足していますか。
（当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる）

- 1 満足している
- 2 概ね満足している
- 3 やや不満である
- 4 不満である

問9-4 サービスを利用していて、あなたが不満を感じる（感じた）ことはありますか。
（当てはまる項目全てのにチェックを入れる）

- 1 要介護度毎に利用限度額があり、希望どおりのサービスが受けられない
- 2 サービスの量が不足しており、希望どおりのサービスが受けられない
- 3 希望する種類のサービスが受けられない
- 4 必要と思われる以上のサービスの回数や種類が提供される
- 5 希望の時間帯にサービスを受けられない
- 6 ケアプランを作成するケアマネジャー（介護支援専門員）の技術や接遇がよくない
- 7 サービス提供者の技術や接遇がよくない
- 8 利用者の負担金額が高すぎて負担を感じる
- 9 特にない
- 10 その他（)

問9-5は、問9-2で「2 配偶者」、「3 親（配偶者の親を含む）」、「4 その他同居の親族」のいずれかを回答した方にのみ伺います。

（問9-2で「1 あなた自身（本人）」を回答した方は問10へお進みください。）

問9-5 あなたに介護が必要となった場合、どのような介護を受けることを望みますか。
（あなたの考えに最も近いに1つだけチェックを入れる）

- 1 自宅で家族中心に介護を受けたい →問10へお進みください。
- 2 自宅で家族の介護と訪問介護（ホームヘルプサービス）や通所介護（デイサービス）などの在宅サービスを組み合わせて介護を受けたい→問10へお進みください。
- 3 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの施設で介護を受けたい
- 4 その他（ ） →問10へお進みください。

※用語の解説

【訪問介護（ホームヘルプサービス）】

訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問して、入浴・排泄・食事などの「身体介護」や調理・掃除・買い物などの「生活援助」を行う介護保険サービスです。

【通所介護（デイサービス）】

日帰り介護施設（デイサービスセンター）などに通い、そこで健康チェックや入浴・食事などの介護、日常の動作訓練などを行う介護保険サービスです。

【特別養護老人ホーム】

原則として要介護度3以上の認定を受けた方で、自宅で適切な介護を受けることが困難な方が入所して、入浴・排泄・食事などの介護や日常生活上の世話、機能訓練などを行う介護保険施設です。

【有料老人ホーム】

介護保険外のサービスで、食事の提供、介護の提供、洗濯掃除等の家事、健康管理の少なくとも一つのサービスを提供している高齢者向け居住施設です。

（問9-5で「3 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの施設で介護を受けたい」と回答した方にのみ伺います）

問9-6 施設を選ぶ際に何を考慮するか選んでください。
（当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる）

- 1 空き部屋（ベッド）があり、比較的すぐに入所が可能である
- 2 住み慣れた場所に近い
- 3 家族の居住地に近い
- 4 施設への交通アクセスが良い
- 5 地域での知名度・評判が高い
- 6 それまでのサービス利用等でなじみがある
- 7 医療的ニーズに対応できる
- 8 看取りの体制が整っている
- 9 普段利用している医療機関と連携している
- 10 質の高いサービスが提供されている
- 11 その他（ ）

■介護予防について

問10 「フレイル」という言葉を知っていますか。
(当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる)

- 1 言葉も意味も知っている
- 2 言葉は知っているが意味は知らなかった
- 3 知らない

※用語の解説

【フレイル】

要介護状態に至る前段階として位置づけられ、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすい状態を意味します。

問11 週1回以上、1時間ほどのゆっくりとした体操により足の筋肉などを鍛えると、介護予防に大きな効果があることを知っていますか。
(当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる)

- 1 知っている
- 2 知らない

問12 あなたが、今後介護を必要とする状態にならないために（状態が悪くならないために）取り組んでいることはありますか。
(当てはまる項目の□に3つ以内でチェック☑を入れる)

- 1 近所の高齢者同士が集まれる居場所や気軽に話せる場への参加
- 2 軽スポーツや体操、筋力トレーニングなど運動を目的とした活動
- 3 工芸や手芸など文化・芸術を目的とした活動
- 4 地域のボランティアなどの社会貢献活動
- 5 よく噛んで食べることや歯磨きなどによる口腔機能の維持
- 6 栄養やバランスに気をつけた食事
- 7 仕事を続ける
- 8 特にない
- 9 その他 ()

■認知症について

問17 あなた自身や家族に認知症の心配があるとき、どこに相談をしますか。
(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> 7 認知症の人と家族のための電話相談 |
| <input type="checkbox"/> 2 認知症疾患医療センター | <input type="checkbox"/> 8 他の家族、親戚 |
| <input type="checkbox"/> 3 認知症疾患医療センター以外の
専門医療機関 | <input type="checkbox"/> 9 友人、知り合い |
| <input type="checkbox"/> 4 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 10 認知症の家族会 |
| <input type="checkbox"/> 5 保健福祉事務所・保健所 | <input type="checkbox"/> 11 なし・わからない |
| <input type="checkbox"/> 6 介護保険サービス事業所 | <input type="checkbox"/> 12 その他 () |

※用語の解説

【認知症疾患医療センター】

認知症症状に関する専門医療相談や鑑別診断を行う医療機関で、地域の医療介護関係者への研修を行うなど地域の認知症疾患の水準向上の役割も果たしています。現在、県内に13箇所を指定しています。

【認知症の人と家族のための電話相談】

認知症の人の介護経験がある家族が、認知症の人や家族等の相談に応じます。

・電話番号：027-289-2740

・受付時間：月～金曜日 10:00～15:00（年末年始・祝日を除く）

【認知症の家族会】

認知症の人やその家族により運営される「公益社団法人認知症の人と家族の会群馬県支部」では、認知症や介護などの悩みについて電話相談を受け付けているほか、介護者同士で話し合える「つどい」の開催をしています。

・電話番号：027-289-2740

・受付時間：月～金曜日 10:00～15:00（年末年始・祝日を除く）

問18 あなたが「認知症」や「認知症の人」に関して、「そう思う」ものを全て選んでください。
(当てはまる項目全てのにチェックを入れる)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 認知症になったら、周囲の人（友人も含む）には伝えない方がよい |
| <input type="checkbox"/> 2 認知症になるのは一部の高齢者のみで多くの人は関係ない |
| <input type="checkbox"/> 3 認知症になっても、できることや、やりたいことがある |
| <input type="checkbox"/> 4 特別な資格や知識がない人は認知症の人と関わらない方がよい |
| <input type="checkbox"/> 5 認知症になったら何もわからなくなり、何もできなくなる |
| <input type="checkbox"/> 6 認知症になっても周囲の人の支えがあれば住み慣れた地域で暮らし続けることができる |
| <input type="checkbox"/> 7 認知症の人には、できることや得意なことはほとんどない |
| <input type="checkbox"/> 8 認知症になっても他人と関わるのが大切である |
| <input type="checkbox"/> 9 認知症の進行は、治療や支援によって遅らせることができる |
| <input type="checkbox"/> 10 認知症の人に対しては、尊厳を大切にしたい対応が必要である |
| <input type="checkbox"/> 11 当てはまるものはない |

問19 あなたの身近（家族、友人、知人）に認知症の人がいますか。
（当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 いる | <input type="checkbox"/> 3 わからない →問20へお進みください。 |
| <input type="checkbox"/> 2 いない →問20へお進みください。 | |

問19-2は、問19で「1 いる」と回答した方にのみ伺います。
（問19で「2 いない」、「3 わからない」を回答した方は問20へお進みください。）

問19-2 あなたの身の回りの認知症の人の状況について、近いと思われる内容を全て選んでください。
（当てはまる項目全ての□にチェック☑を入れる）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 認知症の人が自分の意思で日々の生活の選択（食事、外出など）をしている |
| <input type="checkbox"/> 2 認知症の人の意見が地域づくりや福祉サービスに反映されている |
| <input type="checkbox"/> 3 認知症の人が医療・介護サービスの選択に関して自分の希望を伝えられている |
| <input type="checkbox"/> 4 認知症の人が尊厳を持って扱われ、差別や偏見が少ないと感じる |
| <input type="checkbox"/> 5 認知症の人が地域の人々と交流を持ち、孤立していない |
| <input type="checkbox"/> 6 認知症の人が自分の趣味や好きなことを継続できている |
| <input type="checkbox"/> 7 認知症の人が地域の行事や活動に参加している |
| <input type="checkbox"/> 8 認知症の人が安心して買い物や公共交通を利用できる環境がある |
| <input type="checkbox"/> 9 認知症の人が住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられている |
| <input type="checkbox"/> 10 認知症の人を支える家族や支援者が、本人の意思を尊重している |
| <input type="checkbox"/> 11 当てはまるものはない |

■在宅医療・介護について

問20 もし、あなたが治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を望みますか。
（当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる）

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 望む |
| <input type="checkbox"/> 2 環境を整えば望む |
| <input type="checkbox"/> 3 望まない →問21へお進みください。 |

問20-2は、問20で「1 望む」、「2 環境を整えば望む」と回答した方にのみ伺います。
(問20で「3 望まない」を回答した方は問21へお進みください。)

問20-2 自宅療養を行うにあたって必要な環境は何ですか。
(当てはまる項目の□に3つ以内でチェック☑を入れる)

<input type="checkbox"/> 1 往診してくれるかかりつけの医師がいる
<input type="checkbox"/> 2 訪問介護、通所介護などの在宅サービスの体制が整っている
<input type="checkbox"/> 3 24時間相談にのってくれるところがある
<input type="checkbox"/> 4 介護してくれる家族がいる
<input type="checkbox"/> 5 介護してくれる家族に負担がかからない
<input type="checkbox"/> 6 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安がない
<input type="checkbox"/> 7 居住環境が整っている
<input type="checkbox"/> 8 経済的に負担が少ない
<input type="checkbox"/> 9 その他 ()

■人生最終段階の医療・ケアについて

問21 もし、あなたが治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を過ごしたいですか。
(当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる)

<input type="checkbox"/> 1 自宅
<input type="checkbox"/> 2 子どもの家
<input type="checkbox"/> 3 兄弟姉妹などの家
<input type="checkbox"/> 4 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの施設
<input type="checkbox"/> 5 病院などの医療施設
<input type="checkbox"/> 6 分からない
<input type="checkbox"/> 7 その他 ()

問22 あなたは「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング<ACP>）」という言葉を知っていますか。
(当てはまる項目の□に1つだけチェック☑を入れる)

<input type="checkbox"/> 1 言葉も意味も知っている
<input type="checkbox"/> 2 言葉は知っているが意味は知らなかった →問23へお進みください。
<input type="checkbox"/> 3 知らない →問23へお進みください。
※用語の解説 【人生会議（アドバンス・ケア・プランニング<ACP>）】 自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組（愛称：人生会議）

問22-2は、問22で「1 言葉も意味も知っている」と回答した方にのみ伺います。

(問22で「2 言葉は知っているが意味は知らなかった」、「3 知らない」と回答した方は問23へお進みください。)

問22-2 「人生会議(アドバンス・ケア・プランニング<ACP>)」について、あなたが取り組んでいることはありますか。

(当てはまる項目全てのにチェックを入れる)

- 1 自らが希望する医療・ケアについて考えている
- 2 1で考えたことを周囲の信頼する人たちと話し合い、共有している
- 3 心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、繰り返し考え話し合っている
- 4 エンディングノート等を作成している
- 5 その他 ()
- 6 特にない

■薬局について

問23 あなたには、普段の健康状態や薬のことを相談できる「かかりつけ薬剤師・薬局」がありますか。
(当てはまる項目のに1つだけチェックを入れる)

- 1 かかりつけ薬剤師・薬局がある
- 2 かかりつけ薬剤師といえる薬剤師はいないが、いつも来局する薬局はほぼ決まっている
- 3 そのような薬剤師・薬局はない

※用語の解説

【かかりつけ薬剤師・薬局】

普段から薬や健康のことを気軽に相談できる薬剤師・薬局のことで、患者さんなどがこれまで使用してきた薬のこと、また、現在使用している薬や健康食品のことなどを把握して、薬による治療がより効果的なものになるようにサポートします。

問24 今後、薬局にどのようなことを期待しますか。

(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- 1 自身が服用している薬について相談できる →問24-2へお進みください。
- 2 薬以外の健康、食品、生活などについて相談できる →問24-3へお進みください。
- 3 自分の服用している薬やアレルギー歴などの情報を管理している
- 4 いつでも電話相談等の問い合わせに応じてくれる(土・日、休日等含む)
- 5 市販薬や健康食品、介護用品の相談・購入ができる
- 6 衛生用品や介護用品などを購入できる
- 7 在宅訪問による薬の提供・説明を受けられる
- 8 特にない
- 9 その他 ()

(問24で「1 自身が服用している薬について相談できる」と回答した方にのみ伺います)

問24-2 薬のどんなことをお聞きしたいですか。

(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- 1 副作用、飲み合わせ
- 2 ジェネリック医薬品（新薬と有効成分が同じで低価格の医薬品）
- 3 多剤併用（複数の医療機関を受診することなどにより服用する薬が多いこと）
- 4 残薬解消（飲み残し、飲み忘れ等で余った薬を整理すること）
- 5 市販薬（要指導医薬品・一般用医薬品）の選び方、使い方、注意点
- 6 その他（）

(問24で「2 薬以外の健康、食品、生活などについて相談できる」と回答した方にのみ伺います)

問24-3 薬以外の健康、食品、生活に関する事で、今後、薬局にぜひ対応してもらいたい相談内容は何か。

(当てはまる項目のに3つ以内でチェックを入れる)

- 1 健康維持・増進に関する相談（食事、運動、睡眠、禁煙など）
- 2 栄養・健康食品やサプリメントに関する相談
- 3 生活習慣病の予防・改善方法に関する相談
- 4 認知症に関する相談
- 5 介護予防に関する相談
- 6 在宅医療に関する相談
- 7 医療機関への受診勧奨や他の専門機関（医師、歯科医師、栄養士、ケアマネジャーなど）への紹介
- 8 その他（）

■その他

問25 あなたが日頃、介護保険制度や高齢社会に関し感じていることやご意見・ご要望などがありましたら自由に記入してください。

ご協力いただき、ありがとうございました。