

令和7年度第1回朝霞市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画推進会議

次 第

日 時 令和7年9月2日（火）
午後1時30分から午後3時30分まで
会 場 朝霞市民会館ゆめばれす 会議室201

1 開 会

2 議 題

《報告事項》

(1) 第9期計画の重点課題の進捗等について

資料番号1 第9期 朝霞市高齢者福祉計画・介護保険事業計画重点課題
進捗管理シート

(2) 令和7年度のスケジュール及び審議内容について

資料番号2 令和7年度のスケジュール及び審議内容について

《審議事項》

(3) 第10期計画策定のためのアンケート調査について

資料番号3 第10期 朝霞市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に伴う
アンケート調査について（案）

資料番号4 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 調査票

資料番号5 在宅介護実態調査 調査票

資料番号6 在宅生活改善調査 調査票

資料番号7 居所変更実態調査 調査票

資料番号8 介護人材実態調査 調査票

資料番号9 介護保険第2号被保険者向けアンケート調査【設問案】

資料番号10 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 独自設問案

3 閉 会

第9期 朝霞市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 重点課題 進捗管理シート

◎重点課題1 一般介護予防事業の強化

○成果目標1 65歳以上の要支援認定者の割合の減少

第1号被保険者数に対する第1号要支援者数の割合

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|-------|-------|-------|
| 計画目標値 | 4. 4% | 4. 3% | 4. 2% |
| 実績値 | 5. 2% | —% | —% |

○成果目標2 一般介護予防事業の参加者数の増加

一般介護予防事業の参加者数（市主催分）

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|---------|---------|---------|
| 計画目標値 | 4, 500人 | 4, 800人 | 5, 000人 |
| 実績値 | 5, 357人 | —人 | —人 |

◎重点課題2 高齢者の社会参加の促進

○成果目標1 住民主体の通いの場への参加者数の増加

住民主体の通いの場への参加者数

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|----------|----------|----------|
| 計画目標値 | 10, 700人 | 11, 200人 | 11, 700人 |
| 実績値 | 11, 424人 | —人 | —人 |

○成果目標2 認知症施策企画・立案時における認知症の人の参加

認知症施策企画・立案時における認知症の人の参加者数

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|-------|-------|-------|
| 計画目標値 | 1人 | 2人 | 3人 |
| 実績値 | 0人 | —人 | —人 |

◎重点課題3 在宅サービス基盤の充実

○成果目標 看護小規模多機能型居宅介護事業所の整備

看護小規模多機能型居宅介護事業所の整備数

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|-------|-------|-------|
| 計画目標値 | 0 か所 | 1 か所 | 1 か所 |
| 実績値 | 0 か所 | — か所 | — か所 |

◎重点課題4 重層的支援体制の整備

○成果目標1 重層的支援体制の整備完了

重層的支援体制の整備経過

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|-------|-------|-------|
| 計画目標値 | 準備 | 準備 | 整備完了 |
| 実績値 | 準備 | — | — |

○成果目標2 地域ケア会議の多分野における事例検討

地域ケア会議の多分野における事例検討数

| 年度 | R 6年度 | R 7年度 | R 8年度 |
|-------|-------|-------|-------|
| 計画目標値 | 4 事例 | 5 事例 | 6 事例 |
| 実績値 | 4 事例 | — 事例 | — 事例 |

令和7年度のスケジュール及び審議内容について

■ 令和7年度スケジュール

☞ 第10期朝霞市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（計画期間：令和9年度～11年度）を令和7年度・令和8年度の2か年で策定

| 年 月 | 令和7年 | | | | | | | | | | 令和8年 | | |
|------------------------------|------|---|----|---|------------|--------------------|----|-------------------|-----------------|---|------------|---|-----|
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | |
| 推進会議 | | | | | 第1回 | | | 第2回 | | | 第3回 | | 第4回 |
| コンサル事業者 選定 | | | 契約 | | | | | | | | | | |
| ニーズ把握 (アンケート・ ヒアリング調査) | | | | | 国の方針 提示 | アンケート・ ヒアリング案作成 | | アンケート・ ヒアリング調査 | | | 調査結果 集計 | | |
| 市民参画 (ワークショップ等) | | | | | | | | | 圏域別 ワークショップ等 | | 調査結果 集計 | | |

■ 推進会議の審議内容(予定)

| 推進会議 | 日程(目安) | 内容 |
|------|-----------------|---|
| 第1回 | 9月2日 | ・令和6年度の取組報告 ・第10期計画策定に係るアンケート案の提示及び検討 |
| 第2回 | 10月下旬 ～11月上旬 | ・アンケート、ヒアリング案の提示及び検討 |
| 第3回 | 1月中下旬 | ・アンケート、ヒアリング調査の進捗、簡易結果報告 |
| 第4回 | 3月中下旬 | ・アンケート、ヒアリング調査結果報告 ・介護給付費支給実績報告 ・令和7年度の取組の進捗 ・令和8年度の新規・拡充事業 ・令和8年度スケジュール |

第10期 朝霞市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に伴う
アンケート調査について(案)

○国が示したアンケート調査(全5種類)

①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 資料番号4

| | |
|------|--|
| 目 的 | 要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定するため 介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用するため |
| 調査対象 | 65歳以上の高齢者(要介護1から要介護5までの認定を受けている方を除く。)約5,000人 |

②在宅介護実態調査 資料番号5

| | |
|------|--|
| 目 的 | 「要介護者の在宅生活の継続」と「介護者の就労の継続」の2つの基本的な視点に基づき、サービス提供体制の構築方針の根拠とするため |
| 調査対象 | 在宅で生活している要介護・要支援認定者 約1,200人 |

③在宅生活改善調査 資料番号6

| | |
|------|--|
| 目 的 | 現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するため |
| 調査対象 | 居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 |

④居所変更実態調査 資料番号7

| | |
|------|--|
| 目 的 | 過去1年間の新規入居・退去の流れや、退去の理由などを把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討するため |
| 調査対象 | 特別養護老人ホーム等の介護施設 |

⑤介護人材実態調査 資料番号8

| | |
|------|--|
| 目 的 | 介護人材の実態を把握することにより、性別・年齢別・資格別などの詳細な分析を行い、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討するため |
| 調査対象 | 介護施設、訪問系サービス事業所、通所系サービス事業所 |

○市が独自で行うアンケート調査(全1種)

⑥第2号被保険者向け調査 資料番号9

| | |
|------|---|
| 目 的 | 「今後の介護の在り方」や「現在、親等を介護している実情」などを把握し、今後の施策を検討するため |
| 調査対象 | 要介護・要支援認定を受けていない40歳から64歳までの方 約1,300人 |

【必須調査】

【任意調査】

(宛名ラベル)

郵送・訪問

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【調査票（必須項目＋オプション項目）】

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 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、
____月 ____日()までに投函してください。

| 記入日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|------------------------------|----|---|---|---|
| 調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。 | | | | |
| 1. あて名のご本人が記入 | | | | |
| 2. ご家族が記入 | | | | |
| (あて名のご本人からみた続柄) | | | | |
| 3. その他 | | | | |

_____(市・町・村) _____課

_____係

_____圏域

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

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、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政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、市町村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、市町村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市町村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。

※ : 必須項目、 : オプション項目

問 1**あなたのご家族や生活状況について****(1) 家族構成をお教えてください**

1. 1人暮らし
2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
4. 息子・娘との2世帯
5. その他

(2) 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

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている
(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)

【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】**① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (いくつでも)**

1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそく
2. 心臓病
3. がん (悪性新生物)
4. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等) はいきしゅ
5. 関節の病気 (リウマチ等)
6. 認知症 (アルツハイマー病等) にんちしょう
7. パーキンソン病
8. 糖尿病 とうにょうびょう
9. 腎疾患 (透析) じんしつかん
10. 視覚・聴覚障害 しかく ちょうかくしょうがい
11. 骨折・転倒 こっせつ てんとう
12. 脊椎損傷 せきついそんしょう
13. 高齢による衰弱 すいじゃく
14. その他 ()
15. 不明

【(2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】**② 主にどなたの介護、介助を受けていますか (いくつでも)**

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

(3) 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

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

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

1. 持家（一戸建て） 2. 持家（集合住宅）
3. こうえいちんたいじゅうたく 公営賃貸住宅 4. みんかんちんたいじゅうたく 民間賃貸住宅（一戸建て）
5. みんかんちんたいじゅうたく 民間賃貸住宅（集合住宅） 6. 借家
7. その他

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわ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

(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

(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

(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

(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 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

(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 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

(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 2. 減っている
3. あまり減っていない 4. 減っていない

(8) 外出を控えていますか

1. はい 2. いいえ

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)

1. 病気 2. 障害 (脳卒中^{しょうがい のうそっちゅう}の後遺症^{こういしょう}など)
3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配(失禁など)
5. 耳の障害 (聞こえの問題など) 6. 目の障害
7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない 10. その他 ()

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください
(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

① 噛み合わせは良いですか

1. はい 2. いいえ

② 【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい 2. いいえ

(7) 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

(8) どなたかと食事をとにもする機会がありますか

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

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい 2. いいえ

(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

(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

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）

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

(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

(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

(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

(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

(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

(10) 新聞を読んでいますか

1. はい

2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか

1. はい

2. いいえ

(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

(13) 友人の家を訪ねていますか

1. はい

2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか

1. はい

2. いいえ

(15) 病人を見舞うことができますか

1. はい

2. いいえ

(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

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

1. 趣味あり \longrightarrow ()

2. 思いつかない

(18) 生きがいがありますか (「1. 生きがいあり」の方は () 内に生きがいを記入ください)

1. 生きがいあり \longrightarrow ()

2. 思いつかない

問5

地域での活動について

(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
 ※① - ⑧それぞれに回答してください

| | 週4回 以上 | 週2 ~3回 | 週1回 | 月1 ~3回 | 年に 数回 | 参加して いない |
|-------------------|-----------|-----------|-----|-----------|----------|-------------|
| ① ボランティアのグループ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ② スポーツ関係のグループやクラブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ③ 趣味関係のグループ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ④ 学習・教養サークル | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑤ 介護予防のための通いの場 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑥ 老人クラブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑦ 町内会・自治会 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑧ 収入のある仕事 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(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

1. 是非参加したい 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

(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

1. 是非参加したい 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6 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか (いくつでも)

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

【(1) において「2. 引退した」の方のみ】

① あなたはいつ引退しましたか

1. 昭和 年 2. 平成 年 3. 令和 年

問7

たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてくれる人 (いくつでも)

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他 () 8. そのような人はいない

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

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他 () 8. そのような人はいない

(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 (いくつでも)

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他 () 8. そのような人はいない

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人 (いくつでも)

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

(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を教えてください
(いくつでも)

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・役所・役場 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

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

(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)

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

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (いくつでも)

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

問8 健康について

(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

(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、ご記入ください）

| とても不幸 | | | | | | | | | | とても幸せ |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 |

(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

(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

(5) お酒は飲みますか

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

(6) タバコは吸っていますか

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

被保険者番号

【A票を、ご回答いただく方は、どなたですか】 【複数選択可】

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他 | |

問1 世帯類型について、ご回答ください 【1つを選択】

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

問2 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 | } | 問8へ(2ページ) ※A票のみ回答 | |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない .. | | | |
| 3. 週に1～2日ある | | } | 問3へ ※B票も回答 |
| 4. 週に3～4日ある | | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | | |

問3 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4 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5 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】

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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6 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〕

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

問7 ご家族やご親族の中で、ご本人(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。

● ここから再び、全員回答してください。

問8 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9 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・サービスともに含まれます。

問10 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】

1. 入所・入居は検討していない
2. 入所・入居を検討している
3. すでに入所・入居申し込みをしている

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、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。

問11 ご本人(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】

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. 悪性新生物(がん) | 4. 呼吸器疾患 |
| 5. 腎疾患(透析) | 6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) |
| 7. 膠原病(関節リウマチ含む) | 8. 変形性関節疾患 |
| 9. 認知症 | 10. パーキンソン病 |
| 11. 難病(パーキンソン病を除く) | 12. 糖尿病 |
| 12. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) | 14. その他 |
| 15. なし | 16. わからない |

問12 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】

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 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか

【1つを選択】

1. 利用している…………… A票の回答は終了です

2. 利用していない…………… 問14へ(4ページ)

● 問13で「 2. 」を回答した場合は、問14もお答えください。

問14 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

A票の調査は以上です。

● 問2で「 2. 」～「 5. 」を回答した方は、B票(5～6ページ)のご回答・ご記入をお願いします。

● 問2で「 1. 」と回答した方は、B票の回答は不要です。

被保険者番号

※主な介護者の方、もしくはご本人にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願いします。

問1 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】

- | | |
|---|---------|
| { <ul style="list-style-type: none"> 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…………… | 問2～問5へ |
| { <ul style="list-style-type: none"> 3. 働いていない…………… 4. 主な介護者に確認しないと、わからない…… | 問5(裏面)へ |

※「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2 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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3 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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 | |

裏面へ

問4 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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】

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

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 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) 【3つまで選択可】

〔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. 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 | |

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

※●●年●月●日現在の状況について、の中にご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。（数値を記入）

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|---|
| 1) 所属するケアマネジャーの人数 | <input type="text"/> | 人 |
| 2) 「自宅等（3）を除く）」にお住まいの利用者数 | <input type="text"/> | 人 |
| 3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数 | <input type="text"/> | 人 |

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（●●年●月●日～●●年●月●日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします。

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した要介護度別の利用者数」と「自宅等で死亡した利用者数」をご記入ください。

※入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めないでください。**（数値を記入）**
 ※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、
 搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

| ①自宅等から、居場所を変更した利用者 | | | | | | | 申請中・不明 | ②自宅等での死亡 | 合計★ |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | |
| <input type="text"/> |

問3 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者数」を行先別にご記入ください。（数値を記入）

※入院した後に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。
 ※搬送後、搬送先から転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。
 ※問3の合計（★）と、問2の合計（★）が一致することをご確認ください。

| 行先 | 市（区町村）内 | 市（区町村）外 |
|----------------------------|----------------------|----------------------|
| 1) 兄弟・子ども・親戚等の家 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2) 住宅型有料老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3) 軽費老人ホーム（特定施設除く） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5) グループホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6) 特定施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7) 地域密着型特定施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8) 介護老人保健施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9) 介護医療院 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10) 特別養護老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11) 地域密着型特別養護老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13) その他 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14) 行先を把握していない | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡を含む | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 合計★ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

合計人数が一致することを、「」確認ください

問4 貴事業所の利用者で在宅生活の維持が難しくなるのは、どのような場合が多いですか。
よくあるケースについてお答えください。（自由回答）

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

貴事業所についてご記入ください。

| | |
|----------|--|
| 事業所名 | |
| ご担当者氏名 | |
| 電話番号 | |
| Eメールアドレス | |

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

居所変更実態調査

資料番号 7

※●●●年●●月●●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別をご回答ください。 (1つに○)

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 住宅型有料老人ホーム | <input type="checkbox"/> | 6. 地域密着型特定施設 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 軽費老人ホーム（特定施設除く） | <input type="checkbox"/> | 7. 介護老人保健施設 |
| <input type="checkbox"/> | 3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く） | <input type="checkbox"/> | 8. 介護医療院 |
| <input type="checkbox"/> | 4. グループホーム | <input type="checkbox"/> | 9. 特別養護老人ホーム |
| <input type="checkbox"/> | 5. 特定施設 | <input type="checkbox"/> | 10. 地域密着型特別養護老人ホーム |

※本調査では、上記のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

| | | |
|-------------------------|---|---------|
| 1) 施設等の名称 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| 2) 定員数など | <input style="width: 100%;" type="text"/> | (人/戸/室) |
| 3) 入所・入居者数 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | 人 |
| 4) (貴施設等の) 待機者数 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | 人 |
| 5) 特別養護老人ホームの待機者数(申込者数) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | 人 |

※「2)定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。
 ※4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。
 ※5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度別の人数について、ご記入ください。 (数値を記入)

| 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 申請中・不明 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input style="width: 100%;" type="text"/> |

問4 貴施設等で、以下の医療処置が必要な利用者の受け入れは可能ですか。 (あてはまる項目全てに○)

※1人でも受け入れが可能であれば、○とご記入ください。

| | |
|---------------------|--------------------------|
| 1) 点滴の管理 | <input type="checkbox"/> |
| 2) 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> |
| 3) 透析 | <input type="checkbox"/> |
| 4) ストーマの処置 | <input type="checkbox"/> |
| 5) 酸素療法 | <input type="checkbox"/> |
| 6) レスピレーター | <input type="checkbox"/> |
| 7) 気管切開の処置 | <input type="checkbox"/> |
| 8) 疼痛の看護 | <input type="checkbox"/> |
| 9) 経管栄養 | <input type="checkbox"/> |
| 10) モニター測定 | <input type="checkbox"/> |
| 11) 褥瘡の処置 | <input type="checkbox"/> |
| 12) カテーテル | <input type="checkbox"/> |
| 13) 喀痰吸引 | <input type="checkbox"/> |
| 14) インスリン注射 | <input type="checkbox"/> |
| 15) 上記に対応可能な医療処置はない | <input type="checkbox"/> |

問5 現在、上記の医療処置を受けている入所・入居者の合計人数をご回答ください。 (数値を記入)

問4の医療処置を受けている入所・入居者の合計(実人数) 人

ここからは、**過去1年間の新規の入所・入居者**についてお伺いします。

問6 過去1年間（●●年●月●日～●●年●月●日）に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。（数値を記入）

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数（合計★） 人

問7 問6の過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。（数値を記入）

※ 「合計★」と、問6「新規の入所・入居者数（合計★）」が一致することをご確認ください。

※ 一時的な入院の後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。入院前の居場所がわからない場合は、「12)病院」を選択してください。

※ 「1) 自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

| | 市（区町村）内 | 市（区町村）外 |
|--------------------------|---------|---------|
| 1) 自宅（※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む） | | |
| 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) 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) 病院・診療所（一時的な入院を除く） | | |
| 13) その他 | | |
| 14) 入居・入所する前の居場所を把握していない | | |
| 合計★ | | |

合計人数が一致することを、「ご確認ください」

ここからは、**過去1年間の退去者**についてお伺いします。

問8 過去1年間（●年●月●日～●年●月●日）に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。

※ 一時的な入院等から貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含め
ないでください。

※ 「死亡」には、「貴施設等で亡くなられた方」に加え、「病院等への搬送後に死亡された方」も含まれます。

退去者数（合計）※死亡を含む 人 ☆

問9 問8の過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。（数値を記入）

※死亡した人については、「①退去者」欄ではなく、「②貴施設等での死亡」欄にその人数をご記入ください。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②貴施設等での死亡」、
搬送先からの転院等の後に死亡した場合は「①退去者」に含めてください。

※「合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」が一致することをご確認ください。

| ①退去者 | | | | | | | | | ②貴施設等 での死亡 ※搬送先での 死亡を含む | 合計☆ ※①②の 合計 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 申請中・ 不明 | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

問10 問8でご記入いただいた過去1年間の退去者について、退去先別の人数をご記入ください。

※ 一時的に入院して貴施設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。

※搬送先からの転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントして
ください。

※「合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」、問9の「合計☆」が一致することをご確認ください。

| | 市（区町村）内 | 市（区町村）外 |
|--|----------------------|----------------------|
| 1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2) 住宅型有料老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3) 軽費老人ホーム（特定施設除く） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5) グループホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6) 特定施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7) 地域密着型特定施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8) 介護老人保健施設 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9) 介護医療院 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10) 病院・診療所（上記「9」を除く） ※一時的な入院は含みません。 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11) 特別養護老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12) 地域密着型特別養護老人ホーム | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13) その他 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14) 行先を把握していない | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15) 死亡（※搬送先での死亡を含む） | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 合計☆ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

合計人数が一致することを、ご確認ください

問11 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として最も多いものを3つまで選択してください。(3つまで○)

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

| | 3つまで○ |
|----------------------------------|-------|
| 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) 本人が希望したから | |
| 10) その他 | |

問12 貴事業所で入居・入所者が退去するのはどのような場合が多いですか。よくあるケースについてお答えください。(自由回答)

貴事業所についてご記入ください。

| | |
|----------|--|
| 事業所名 | |
| ご担当者氏名 | |
| 電話番号 | |
| Eメールアドレス | |

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

※●●年●月●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

1. 施設・居住系サービス

（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム）

2. 通所系サービス

（通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業））

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

| | | | | | |
|---------|----------------------|---|------------|----------------------|---|
| 介護職員の総数 | <input type="text"/> | 人 | 左記のうち常勤職員 | <input type="text"/> | 人 |
| | | | 左記のうち非常勤職員 | <input type="text"/> | 人 |
| 外国人職員数 | <input type="text"/> | 人 | 派遣職員数 | <input type="text"/> | 人 |

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つに○）

1. はい ⇒問2-3へ
 2. いいえ ⇒問3へ

問2-3 ●年●月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（●年●月●日～●年●月●日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

| | 採用者数 | 離職者数 |
|-------|----------------------|----------------------|
| 常勤職員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 非常勤職員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 合計 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

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

貴事業所についてご記入ください。

| | |
|----------|--|
| 事業所名 | |
| ご担当者氏名 | |
| 電話番号 | |
| Eメールアドレス | |

続いて、調査票（Q5）の設問（問5）にお進みください。

問5 貴施設等に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

| 回答方法 | ※番号1つ記載 | | | | ※数値を記入 | | ※番号1つ記載 | | | |
|------|--|-------------------|--------------|---|---|--|--|---|---|--|
| | (1)資格の取得、研修の 修了の状況 | (2)雇用形態 | (3)性別 | (4)年齢 | (5)過去 <u>1週間</u> の勤務時間 | (6)現在の施設等 での勤務年数 | (7)現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む | (8)直前の職場について | | |
| 選択肢 | 1.介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2.介護福祉士実務者研修 修了 または (旧)介護職員基礎研修 修了 または (旧)ヘルパー1級 3.介護職員初任者研修 修了、 または (旧)ヘルパー2級 4.上記のいずれも該当し | 1.常勤職員 2.非常勤職員 | 1.男性 2.女性 | 1.20歳 未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代 以上 8.不明 | ※ 残業時間を含 む。休憩時 間は除く。 ※週の始まり は事業所ごと に任意の曜日 で構いません。 | 1.1年以上 ⇒【回答終了】 2.1年未満 ⇒【(7)へ】 | 1.現在の職場が初めての勤務先⇒【回答 終了】 2.介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3.特養、老健、療養型・介護医療院、ショ ートステイ、グループホーム、特定施設 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回サービス 6.通所介護、通所リハ、認知症デイ 7.住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8.その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】 9.不明 ⇒【回答終了】 | 1.現在の施設等 と、同一の市区 町村内 2.現在の施設等 と、別の市区町 村内 3.不明 | 1.現在の施設等 と、同一の法 人・グループ 2.現在の施設等 と、別の法人・ グループ 3.不明 | |
| 記入例 | 1 | 1 | 1 | 3 | 40 時間 | 2 | 2 | 1 | 2 | |
| 01 | | | | | 時間 | | | | | |
| 02 | | | | | 時間 | | | | | |
| 03 | | | | | 時間 | | | | | |
| 04 | | | | | 時間 | | | | | |

介護人材実態調査 【事業所票】 訪問系

※●●年●月●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

- 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
- 2. 小規模多機能型居宅介護
- 3. 看護小規模多機能型居宅介護
- 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

| | | | | | |
|---------|----------------------|---|------------|----------------------|---|
| 介護職員の総数 | <input type="text"/> | 人 | 左記のうち常勤職員 | <input type="text"/> | 人 |
| | | | 左記のうち非常勤職員 | <input type="text"/> | 人 |

| | | | | | |
|--------|----------------------|---|-------|----------------------|---|
| 外国人職員数 | <input type="text"/> | 人 | 派遣職員数 | <input type="text"/> | 人 |
|--------|----------------------|---|-------|----------------------|---|

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つ選択）

- 1. はい ⇒問2-3へ
- 2. いいえ ⇒問3へ

問2-3 ●年●月●日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（●年●月●日～●年●月●日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

| | 採用者数 | 離職者数 |
|-------|----------------------|----------------------|
| 常勤職員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 非常勤職員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 合計 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

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

貴事業所についてご記入ください。

| | |
|----------|--|
| 事業所名 | |
| ご担当者氏名 | |
| 電話番号 | |
| Eメールアドレス | |

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

介護人材実態調査 職員票（訪問系）

※この調査票は、訪問サービス・訪問介護を行う介護職員の方（非常勤含む。ボランティア除く）が対象です。

※●●年●月●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

問1 あなたが、本調査票を受け取った事業所で提供するサービス種別（介護予防を含む）について、ご回答ください。（1つ選択）

- | | |
|--|---|
| | 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業）） |
| | 2. 小規模多機能型居宅介護 |
| | 3. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| | 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |

問2 あなたの資格の取得、研修の修了の状況について、ご回答ください。（1つ選択）

- | | |
|--|---|
| | 1. 介護福祉士（認定介護福祉士を含む） |
| | 2. 介護福祉士実務者研修修了、または（旧）介護職員基礎研修修了、または（旧）ヘルパー1級 |
| | 3. 介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級 |
| | 4. 「1.」～「3.」のいずれにも該当しない |

問3 あなたの雇用形態、性別、年齢、過去1週間の勤務時間等について、ご回答ください。

| | | | | |
|---|---|-------------------|--|----------|
| 1) 雇用形態（1つに○） | | 1. 常勤職員 | | 2. 非常勤職員 |
| 2) 性別（1つに○） | | 1. 男性 | | 2. 女性 |
| 3) 年齢（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代以上 | | |
| 4) 過去1週間の勤務時間（数値を記入） ※問1で回答した勤務先における時間 | 週 時間 | ★ | ※残業時間を含む。 休憩時間は除く。 | |
| 5) 現在の事業所での勤務年数（1つに○） | | 1. 1年以上 ⇒裏面に回答 | | |
| | | 2. 1年未満 ⇒問4と裏面に回答 | | |

問4 【問3の5)で「2.」と回答された方】現在の事業所に勤務する直前の職場について、以下にご回答ください。

- | | |
|--|---|
| | 1. 現在の職場が初めての勤務先⇒【裏面に回答】 |
| | 2. 介護以外の職場⇒【裏面に回答】 |
| | 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 |
| | 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型 |
| | 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス |
| | 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ |
| | 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外） |
| | 8. その他の介護サービス |
- ⇒【「3.」～「8.」の場合は問5へ】

問5 【問4で「3.」～「8.」と回答された方】ご回答いただいた直前の職場について、以下にご回答ください。

| | | |
|-------------|--|-----------------------|
| 1) 場所（1つに○） | | 1. 現在の事業所と、同一の市区町村内 |
| | | 2. 現在の事業所と、別の市区町村内 |
| 2) 法人（1つに○） | | 1. 現在の事業所と、同一の法人・グループ |
| | | 2. 現在の事業所と、別の法人・グループ |

⇒皆様、裏面も
ご回答ください

職員票（訪問介護員向け）裏面

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問介護」、「訪問入浴」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス（総合事業）」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」に従事されている方にお聞きします。

※表面の間3「4」過去1週間の勤務時間（★欄）で回答した7日間の勤務時間について、身体介護・生活援助を提供した時間（分）を記入してください。

（例. 水曜日を開始日とする場合、水曜日（開始日）から次週の火曜日までの7日間の情報を記入してください）

※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります（移動時間を含まない）。

※「掃除」には、ゴミ出しも含まれます。

※障害サービスの提供は除いてください。

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

| 曜日 | 身体介護 | | 生活援助 | | | | | | | |
|------|------|---|------|---|-------|---|----|---|----------|---|
| | | | 買い物 | | 調理・配膳 | | 掃除 | | その他の生活援助 | |
| 記入例 | 60 | 分 | 20 | 分 | 20 | 分 | 20 | 分 | 20 | 分 |
| 月 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 火 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 水 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 木 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 金 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 土 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 日 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 週の合計 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

| 曜日 | 身体介護 | | 生活援助 | | | | | | | |
|------|------|---|------|---|-------|---|----|---|----------|---|
| | | | 買い物 | | 調理・配膳 | | 掃除 | | その他の生活援助 | |
| 記入例 | 30 | 分 | 0 | 分 | 0 | 分 | 20 | 分 | 20 | 分 |
| 月 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 火 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 水 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 木 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 金 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 土 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 日 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |
| 週の合計 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 | | 分 |

※自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、身体介護に含む

週の合計時間

時間

介護保険第2号被保険者向けアンケート調査【設問案】

【問1 あなたのご家族や生活状況について】

(1) 家族構成についてお答えください。(○は1つ)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 1人暮らし | 5. 夫婦と親と子ども (三世代) |
| 2. 夫婦のみ | 6. 親と自分 |
| 3. 夫婦と未婚の子ども | 7. 夫婦と親 |
| 4. 夫婦と子ども夫婦 (二世帯) | 8. その他 () |

(2) お住まいは次のうちどれですか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 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. 借家 (無償で借りているもの) |
| 3. 公営賃貸住宅 | 7. その他 () |
| 4. 民間賃貸住宅 (一戸建て) | |

(3) お仕事は次のうちどれですか。(○は1つ)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 正規社員 | 5. 休職中 |
| 2. 非正規社員 | 6. 無職 |
| 3. 自営業 | 7. その他 () |
| 4. 家事専業 | |

【問2 地域の交流について】

(1) 地域での活動に参加していますか。(○は1つ)

- | |
|---------------------------|
| 1. ボランティアのグループに参加している |
| 2. スポーツ関係のグループやクラブに参加している |
| 3. 趣味関係のグループに参加している |
| 4. 学習・教養サークルに参加している |
| 5. 見守り活動を行っているグループに参加している |
| 6. 町内会・自治会の活動に参加している |
| 7. その他 () |
| 8. 活動をしていない |

(2)日常生活で支援を必要とする方に対し、ボランティア活動等の一環として、手助けをしても良いと思えることはありますか。(いくつでも)

| | |
|----------|----------------|
| 1. 掃除 | 6. 買い物 |
| 2. ごみだし | 7. ペットの世話 |
| 3. 洗濯 | 8. 送迎 |
| 4. 衣類の整理 | 9. その他 () |
| 5. 食事の調理 | 10. 特にできることはない |

【問3 あなたが介護をする場合について】

(1)現在、誰かの介護をしていますか。(○は1つ)※同居の有無に関わらず

| | |
|----------------|-----------------|
| 1. している ⇒ 次の①へ | 2. していない ⇒ (2)へ |
|----------------|-----------------|

《(1)において「1. している」と回答した方のみ》

① 介護をしている相手はどなたですか。(いくつでも)

| | |
|--------|------------|
| 1. 親 | 4. 兄弟・姉妹 |
| 2. 祖父母 | 5. 子 |
| 3. 配偶者 | 6. その他 () |

《(1)において「1. している」と回答した方のみ》

② 介護をしている相手は介護保険サービスを利用していますか。(いくつでも)

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 利用している | 3. 利用していない (利用方法が分からない) |
| 2. 利用していない (利用方法は分かる) | 4. その他 () |

《(1)において「1. している」と回答した方のみ》

③ 今後の介護のことについて誰に相談していますか。(いくつでも)

| | |
|--------------------|------------------|
| 1. 家族・親族 | 9. 介護サービス事業者 |
| 2. 友人・知人 | 10. 医師 |
| 3. 近所の人、ボランティアの人など | 11. 病院のソーシャルワーカー |
| 4. 介護・介助が必要な本人 | 12. 民生委員 |
| 5. ケアマネジャー | 13. 勤務先 |
| 6. 地域包括支援センター | 14. その他 () |
| 7. 市役所 | 15. 誰にも相談していない |
| 8. 保健センター | |

【問4 将来、あなたに介護が必要となった場合について】

(1)あなたが介護を必要とする状態となった場合に、どのような生活を希望しますか。

(○は1つ)

- | |
|--|
| 1. 現在の住まいで、介護保険等の公的サービスを利用せずに、家族の介護を受けながら生活したい |
| 2. 現在の住まいで、介護保険等の公的サービスの利用を中心に生活したい |
| 3. 特別養護老人ホームや有料老人ホーム等の施設に入所して生活したい |
| 4. その他 () |
| 5. わからない |

【問5 認知症について】

(1)認知症に関する相談窓口のうち、知っているものはありますか。(いくつでも)

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. 地域包括支援センター | 6. 地域の認知症の方本人やその家族が集う場 (オレンジカフェなど) |
| 2. 市役所 | 7. 地域の認知症サポーター |
| 3. 医療機関 (病院、診療所など) | 8. その他 () |
| 4. ケアマネジャー | 9. 知らない |
| 5. 「認知症の人と家族の会」などによる電話相談窓口 | |

(2)認知症に対する取組として必要だと思うことはありますか。(いくつでも)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1. 相談機関の充実 | 6. 認知症の方向けの介護等サービスの充実 |
| 2. 認知症の正しい知識の普及 | 7. 認知症サポーターの育成 |
| 3. 認知症の方の介護支援などの普及 | 8. その他 () |
| 4. 地域の認知症の方本人やその家族が集う場 (オレンジカフェなど) | 9. 特になし |
| 5. 地域社会全体で気づき・見守りができるような仕組み | |

【問6 成年後見制度について】

(1)成年後見制度について、知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|---------|
| 1. よく知っている | 3. 知らない |
| 2. 聞いたことはあるが、よく知らない | |

(2)成年後見制度に関する相談窓口のうち、知っているものはありますか。(いくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 市役所 | 5. 弁護士、司法書士などの専門職 |
| 2. 地域包括支援センター | 6. その他 () |
| 3. 社会福祉協議会 | 7. 知らない |
| 4. 家庭裁判所 (後見センター) | |

【問7 高齢者福祉の支援等について】

(1)今後、自分が高齢者になったとき、どのような支援が特に必要だと思いますか。

(○は3つまで)

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. 介護状態になることの予防や寝たきり予防のための支援 | 8. 就労支援 |
| 2. 健康づくりの支援 | 9. 外出の支援 |
| 3. 買い物の代行 | 10. ボランティアの参加促進 |
| 4. 公的手続きなどの代行 | 11. 地域活動の支援や参加促進 |
| 5. 家事の援助 | 12. 災害等の緊急時の支援 |
| 6. 教養向上のための支援 | 13. 終活の支援 |
| 7. 住まい確保の支援 | 14. その他 () |
| | 15. 必要ない |

【問8 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)について】

※人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)は、人生の最終段階における医療・ケアについて、あなたの意思に沿った医療・ケアを受けるために、ご家族等や医療・介護従事者とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことです。

(1)あなたが、ご自身の人生の最期を早い段階から考えることについて、どのように思いますか。(いくつでも)

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. 日頃から考える必要がある | 6. 漠然とした怖さがある |
| 2. 大事なことだとは思いますが、あまり考えた くない | 7. 最期を想像できない |
| 3. 周囲の人が考えればよい | 8. 縁起が悪い |
| 4. きっかけがない | 9. 何をすればよいか、わからない |
| 5. 考えると落ち込みそう | 10. 考える必要はない |
| | 11. その他 () |

(2)家族が、それぞれの人生の最期を早い段階から考えることについて、どのように思いますか。(いくつでも)

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. 日頃から考える必要がある | 6. 漠然とした怖さがある |
| 2. 大事なことだとは思いますが、あまり考えた くない | 7. 最期を想像できない |
| 3. 周囲の人が考えればよい | 8. 縁起が悪い |
| 4. きっかけがない | 9. 何をすればよいか、わからない |
| 5. 考えると落ち込みそう | 10. 考える必要はない |
| | 11. その他 () |

(3)あなたは、人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)について、これまで知っていましたか。(○は1つ)

| | |
|------------------------------|---------|
| 1. 知っている⇒ 次の①へ | 3. 知らない |
| 2. 聞いたことはあるがよく知らない ⇒ 次の①へ | |

《(3)で「1. 知っている」「2. 聞いたことはあるがよく知らない」と回答した方のみ》

① 人生会議を知ったきっかけは何ですか。

| | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 市のホームページ | 6. 人生会議に関するイベント |
| 2. 市の広報誌 | 7. 家族、知人、友人等の話 |
| 3. インターネット (市のホームページ以外) | 8. 医師、看護師等の医療従事者からの話 |
| 4. 本、雑誌など (市の広報誌以外) | 9. ヘルパー、ケアマネジャーからの話 |
| 5. テレビ番組などの報道 | 10. その他 () |

(4)あなたが人生の最終段階で受けたい、もしくは、受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と話し合っていますか。(〇は1つ)

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 3. 話し合っていない⇒ 次の②へ |
| 2. 多少は話し合っている | |

«(4)で「3. 話し合っていない」と回答した方のみ»

②話し合っていない理由は何ですか。(いくつでも)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 話したくない | 4. 知識がないため、何を話し合うかわからない |
| 2. 話し合う必要性を感じていない | 5. その他 () |
| 3. きっかけがない | |

(5)ご家族等や医療・介護従事者と医療・ケアについて話し合う時期があるとする、いつ頃が良い年齢だと思いますか。

«(4)で「1. 詳しく話し合っている」「2. 多少は話し合っている」と回答した方は、いつ頃でしたか。»(〇は1つ)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 20歳未満 | 5. 70歳以上 |
| 2. 20歳～39歳 | 6. 年齢は関係ない |
| 3. 40歳～59歳 | 7. その他 () |
| 4. 60歳～69歳 | 8. わからない |

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 独自設問案

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|---|-----------------------|---|---|----------------|
| 1 | 【問1 あなたのご家族や生活状況について】 | あなたが介護を必要とする状態となった場合に、どのような生活を希望しますか。(〇は1つ) | 1. 現在の住まいで、介護保険等の公的サービスを利用せずに、家族の介護を中心に受けながら生活したい 2. 現在の住まいで、介護保険等の公的サービスの利用を中心に生活したい 3. 現在の住まいで、公的サービス以外のボランティア等の支援を受けて生活したい 4. 特別養護老人ホームや有料老人ホーム等の施設に入所して生活したい 5. その他() 6. わからない | 第9期アンケートから継続 |
| 2 | 【問4 毎日の生活について】 | スマートフォン、パソコンなどで日常的に活用しているものはありますか。(〇は1つ) | 1. スマートフォン 2. タブレット 3. パソコン 4. その他() 5. 活用していない | 第9期アンケートから継続 |
| 3 | 【問4 毎日の生活について】 | あなた自身の日常生活の中で困っていることはありますか。(いくつでも) | 1. 税金の支払い 2. 公的機関での手続き 3. 財産や金銭の管理 4. 近所に買い物をする場所がない 5. 日々のごみ出し 6. 日常の力仕事(家具の移動など) 7. 庭の手入れ 8. 外出の際の移動手段 9. 電化製品の扱い方 10. ペットの世話 11. 話し相手がいない 12. 掃除・洗濯・衣類の整理・食事の準備 13. その他() 14. 困っていることはない | 第9期アンケートから継続 |

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|---|-------------------------|--|---|----------------|
| 4 | 【問4 毎日の生活について】 | 将来の生活で心配や不安なことはありますか。(いくつかでも) | 1. 経済的なこと 2. お金の管理のこと 3. 自分の健康に関すること 4. 家族の健康に関すること 5. 自分が認知症になること 6. 家族が認知症になること 7. 家族との関係が悪化すること 8. 同居の子の就労のこと 9. 近所との付き合いのこと 10. 将来、一人で生活することになったときのこと 11. 何かあったとき、相談先が分からないこと 12. 住まいに関すること 13. 人生の最期を迎えるための準備 14. その他() 15. 特に心配していることはない | 第9期アンケートから継続 |
| 5 | 【問7 たすけあいについて】 | 将来、あなたが日常生活で支援を必要とする状態となったときに、有償ボランティアの団体等に手助けをしてもらいたいことはありますか。(いくつかでも) | 1. 掃除 2. ごみ出し 3. 洗濯 4. 衣類の整理 5. 食事の調理 6. 買い物 7. ペットの世話 8. 送迎 9. その他() 10. 手助けはしてほしくない | 第9期アンケートから継続 |
| 6 | 【問9 認知症にかかる相談窓口の把握について】 | ≪問9(2)「認知症に関する相談窓口を知っていますか」において「1. はい」と回答した方のみ≫ 認知症に関する相談窓口のうち、知っているものはありますか。(いくつかでも) | 1. 地域包括支援センター 2. 市役所 3. 医療機関(病院、診療所など) 4. ケアマネジャー 5. 「認知症の人と家族の会」などによる電話相談窓口 6. 地域の認知症の方本人やその家族が集う場(オレンジカフェなど) 7. 地域の認知症サポーター 8. その他() | 第9期アンケートから継続 |

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|---|---|--|--|----------------|
| 7 | 【問9 認知症にかかる相談窓口の把握について】 | 認知症に対する取組として、どんなことが必要だと思いますか。(いくつでも) | 1. 相談機関の充実 2. 認知症の正しい知識の普及 3. 認知症の方の介護支援などの普及 4. 地域の認知症の方本人やその家族が集う場(オレンジカフェなど) 5. 地域社会全体で気づき・見守りができるような仕組み 6. 認知症の方向けの介護等サービスの充実 7. 認知症サポーターの育成 8. その他() 9. 特になし | 第9期アンケートから継続 |
| 8 | 【独自項目 成年後見制度について】 | 意思判断能力を失った場合に備えて、金銭管理や各種契約手続きを任せられる(任せている)方はどなたですか。(いくつでも) | 1. 親族 2. 友人・知人 3. 弁護士や司法書士等の専門家 4. その他() 5. いない | 第9期アンケートから継続 |
| 9 | 【独自項目 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)について】 ※人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)は、人生の最終段階における医療・ケアについて、あなたの意思に沿った医療・ケアを受けるために、ご家族等や医療・介護従事者とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことです。 | あなたが、ご自身の人生の最期を早い段階から考えることについて、どのように思いますか。(いくつでも) | 1. 日頃から考える必要がある 2. 大事なことだとは思いますが、あまり考えたくない 3. 周囲の人が考えればよい 4. きっかけがない 5. 考えると落ち込みそう 6. 漠然とした怖さがある 7. 最期を想像できない 8. 縁起が悪い 9. 何をすればよいか、わからない 10. 考える必要はない 11. その他() | 第9期アンケートから継続 |

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|----|--------------------------------------|---|--|----------------|
| 10 | 【独自項目 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)について】 | あなたが人生の最終段階で受けたい、もしくは、受けない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と話し合っていますか。(○は1つ) | 1. 詳しく話し合っている 2. 多少は話し合っている 3. 話し合っていない→次の①へ | 第10期アンケート新規 |
| 11 | 【独自項目 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング/ACP)について】 | <p>《上記質問で「3. 話し合っていない」と回答した方のみ》</p> <p>①話し合っていない理由は何ですか。(いくつでも)</p> | 1. 話したくない 2. 話し合う必要性を感じていない 3. きっかけがない 4. 知識がないため、何を話し合うかわからない 5. その他() | 第10期アンケート新規 |
| 12 | 【独自項目 介護予防教室について】 | 朝霞市が行っている会議予防教室で知っているものがありますか。(いくつでも) | 1. フレッシュトレーニング教室 2. フレイル予防のためのいきいき教室 3. けんこうサロン(栄養改善講座) 4. 知らない | 第10期アンケート新規 |

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|----|-------------------|--|---|----------------|
| 13 | 【独自項目 介護予防教室について】 | 朝霞市が行っている介護予防教室に参加したことはありますか。(○は1つ) | 1. はい →次の①へ 2. いいえ →次の②へ | 第10期アンケート新規 |
| 14 | 【独自項目 介護予防教室について】 | <p>≪上記質問で「1. はい」と回答した方のみ≫</p> <p>①介護予防教室に参加したことによって、成果や効果はありましたか。(いくつでも)</p> | 1. 通院回数が減った 2. 薬を飲む量が減った 3. 体力が向上した 4. 家でも体操などをするようになった 5. 外出の回数が増えた 6. 仲間が増えた 7. 気持ちが前向きになった 8. 成果は感じなかった 9. わからない 10. その他() | 第10期アンケート新規 |
| 15 | 【独自項目 介護予防教室について】 | <p>≪上記質問で「2. いいえ」と回答した方のみ≫</p> <p>②朝霞市で行っている介護予防教室に参加してみたいと思いますか。(○は1つ)</p> | 1. ぜひ参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない →次の③へ | 第10期アンケート新規 |

| | 項目 | 質問 | 選択肢 | 第9期から継続／第10期新規 |
|----|-------------------|--|--|----------------|
| 16 | 【独自項目 介護予防教室について】 | <p>≪上記質問で「3. 参加したくない」と回答した方のみ≫</p> <p>③介護予防教室に参加したくない理由は何ですか。(いくつでも)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 興味がない 2. 参加する必要や意義を感じない 3. 時間がない 4. 経済的理由 5. 健康上の理由 6. 仲間がない 7. 移動手段がない 8. きっかけがない 9. どうしたら参加できるのかわからない 10. どこでやっているのかわからない 11. 気後れする・恥ずかしい 12. その他() | 第10期アンケート新規 |

アンケートに対する意見書【9月12日(金)17時締切】(委員名: _____)

アンケートに対する意見等

例)

資料番号 4

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

オプション項目の問 1 (4) を採用

設 問: お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

例)

資料番号 9

第 2 号被保険者アンケート調査に新規設問を追加

設 問: 認知症サポーター養成講座を知っていますか。

選択肢: 1. 知っている 2. 知らない

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

注1) 例を参考に、アンケート案についてのご意見を記入してください。

注2) 欄の過不足については、お手数ですが、コピーもしくは、様式を問いませんので、ご対応をお願いします。

【提出方法】

- ・ 郵 送：〒351-8501 朝霞市本町1-1-1 朝霞市長寿はつらつ課 江原・宗像 048-463-1951
- ・ FAX：048-463-1025（長寿はつらつ課直通）
- ・ メール：tyoju_haturatu@city.asaka.lg.jp