

資料3別紙

計画策定のための諸調査について 調査票集

- ① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査……………P1～20
- ② 要介護認定者調査……………P21～36
- ③ 在宅介護実態調査……………P37～43
- ④ 認知症に関する調査……………P44～46
- ⑤ 法人調査……………P47～53
- ⑥ 事業所調査……………P54～61
- ⑦ 在宅生活改善調査……………P62～64
- ⑧ 居所変更実態調査……………P65～68
- ⑨ 介護人材実態調査……………P69～74



# 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(笠間市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査)

## ご協力をお願い

市民の皆様には、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この調査は、皆様の生活状況等を調査することにより地域の課題・ニーズ等を的確に把握し、高齢者福祉施策の改善や充実を図るために実施するものです。この調査結果は、令和8年度に策定する「笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」（計画期間：令和9～11年度）の基礎資料とさせていただきます。

本調査は、65歳以上の市民の方（要支援認定者及び総合事業対象者を含む）を対象としております。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和7年11月

笠間市長 山口 伸樹

### <ご記入にあたってのお願い>

- ◆ご回答は、お送りしたあて名のご本人にお願いいたします。なお、ご本人による調査の回答（記入）が困難な場合は、ご家族の方等がご本人に代わってご記入ください。
- ◆ご回答は、あてはまる答えの番号を○で囲んでください。
- ◆回答数は設問によって異なるため、[ ]内のことわり書きに従ってください。
- ◆「その他」と回答した場合には、( )内に具体的な内容をご記入ください。
- ◆ご記入いただいた調査票は、12月10日（水）までに同封の返信用封筒に入れて、お近くの郵便ポストに投函してください。切手は不要です。
- ◆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。

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課

TEL: 0296-77-1101 内線 175(高齢福祉担当)

## 個人情報の取扱いについて

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って、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】

◇本調査は、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、笠間市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。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。

◇本調査で得られたデータを上記計画策定に活用するにあたり、厚生労働省の管理する市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。

注)ご本人以外の方が記入される場合、ご本人の意向を尊重してください。

○この調査の記入者はどなたですか。[1つに○]

- |             |           |         |
|-------------|-----------|---------|
| 1. 本人       | 2. 本人の配偶者 | 3. 本人の子 |
| 4. 本人の子の配偶者 | 5. その他( ) |         |

## ○本人（あなた）のことについてうかがいます。

(1) 性別は。[1つに○]

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

(2) 年齢は。

( )歳(令和7年11月1日現在)

(3) お住まいの地域はどこですか。[1つに○]

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1. 笠間地区 | 2. 友部地区 | 3. 岩間地区 |
|---------|---------|---------|

(4) 現在、ご本人はどちらで生活されていますか。[1つに○]

- |          |                      |
|----------|----------------------|
| 1. 自宅    | 2. 病院(または施設)に入院(入所)中 |
| 3. 市外に転居 | 4. その他( )            |

(5) 現在、認定されている要介護状態区分は。(介護保険被保険者証をみてください) [1つに○]

- |              |          |         |
|--------------|----------|---------|
| 1. 認定は受けていない | 2. 事業対象者 | 3. 要支援1 |
| 4. 要支援2      | 5. わからない |         |

## 問1 あなたの生活状況についてうかがいます。

(1) 家族構成をお教えてください。[1つに○]

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. ひとり暮らし              | 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。[1つに○]

- |  |
|--|
| 1. 介護・介助は必要ない ⇒(3)                             |
| 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等の介護を受けている場合も含む) |

①②は(2)で「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ

(2) -① 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 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) |
| 5. 関節の病気(リウマチ等)  | 6. 認知症(アルツハイマー病等)  |
| 7. パーキンソン病       | 8. 糖尿病             |
| 9. 腎疾患(透析)       | 10. 視覚・聴覚障がい       |
| 11. 骨折・転倒        | 12. 脊椎損傷           |
| 13. 高齢による衰弱      | 14. その他( )         |
| 15. 不明           |                    |

(2) -② 主にどなたの介護、介助を受けていますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |           |          |
|----------------|-----------|----------|
| 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つに○]

- |             |             |        |
|-------------|-------------|--------|
| 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つに○]

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持家(一戸建て)     | 2. 持家(集合住宅)     |
| 3. 公営賃貸住宅       | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6. 借家           |
| 7. その他( )       |                 |

※サービス付き高齢者住宅(サ高住)、有料老人ホーム、ケアハウスにお住まいの方は、5. 民間賃貸住宅(集合住宅)をご選択ください。

## 問2 からだを動かすことについてうかがいます。

(1) 日常の歩行状況等についてお答えください。[それぞれ1つに○]

	できるし、 している	できるけど していない	できない
①階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1	2	3
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	2	3
③15分位続けて歩いていますか	1	2	3

(2) 過去1年間に転んだ経験がありますか。[1つに○]

1. 何度もある                      2. 1度ある                      3. ない

(3) 転倒に対する不安は大きいですか。[1つに○]

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

(4) 週に1回以上は外出していますか。[1つに○]

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

(5) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。[1つに○]

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

(6) 外出を控えていますか。[1つに○]

1. はい ⇒(6)-①                      2. いいえ ⇒(7)

①は(6)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ

(6) -① 外出を控えている理由は、次のどれですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| 1. 病気             | 2. 障がい(脳卒中の後遺症等)                |
| 3. 足腰等の痛み         | 4. トイレの心配(失禁等)                  |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題等) | 6. 目の障がい                        |
| 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(                      ) |

(7) 外出する際の移動手段は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                                 |                  |          |
|---------------------------------|------------------|----------|
| 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(                      ) |                  |          |

### 問3 食べることについてうかがいます。

(1) 身長・体重をうかがいます。[小数点以下は記入しない]

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

(2) 食べることや、口や歯の状況についてお答えください。[それぞれ1つに○]

	はい	いいえ
①半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	2
②お茶や汁物等でむせることがありますか	1	2
③口の渇きが気になりますか	1	2
④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	2

(3) 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つに○]

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

(3) -① 噛み合わせは良いですか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

②は(3)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

(3) -② 毎日入れ歯の手入れをしていますか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(5) どなたかと食事をとる機会がありますか。[1つに○]

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うかがいます。

(1) 毎日の生活の状況についてお答えください。[それぞれ1つに○]

①物忘れについて	はい	いいえ
物忘れが多いと感じますか	1	2
今日が何月何日かわからない時がある	1	2

②外出・買物・食事・金銭管理について	できるし、 している	できるけど していない	できない
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	2	3
自分で食品・日用品の買物をしていますか	1	2	3
自分で食事の用意をしていますか	1	2	3
自分で請求書の支払いをしていますか	1	2	3
自分で預貯金の出し入れをしていますか	1	2	3
年金や役所等に出す書類が書けますか	1	2	3

③健康への関心と他者との関わりについて	はい	いいえ
健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
友人の家を訪ねていますか	1	2
家族や友人の相談にのっていますか	1	2

(2) 趣味はありますか。[1つに○]

1. 趣味あり ⇒(具体的に: _____ )	2. 思いつかない
-------------------------	-----------

(3) 生きがいはありますか。[1つに○]

1. 生きがいあり ⇒(具体的に: _____ )	2. 思いつかない
---------------------------	-----------

#### 問5 地域での活動についてうかがいます。

(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。[それぞれ1つに○]

	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高齢者クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦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つに○]

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つに○]

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

(4)は(1)⑤高齢者クラブで「6. 参加していない」と答えた方のみ

(4) 高齢者クラブを知っていますか。[1つに○]

1. はい      2. いいえ

(4) -① 高齢者クラブの活動に興味がありますか。[1つに○]

1. はい ⇒(4)-②      2. いいえ ⇒(5)

②は(4)-①で「1. はい」と答えた方のみ

(4) -② 今後、高齢者クラブに参加してみたいと思いますか。[1つに○]

1. はい      2. いいえ

(5) 近所（向こう三軒両隣）における、あなたの行動やお考えにもっとも近いものをお選びください。[それぞれ1つに○]

	とても そう思う	やや そう思う	あまり 思わない	まったく 思わない
①近所の高齢者等で、買物やごみ出しに困っている人がいたら手助けをしたい	1	2	3	4
②近所の家で訪問販売等見知らぬ人と話しているところを見かけたら声をかける	1	2	3	4
③隣人宅の普段と違う様子(新聞がたまっている。数日、雨戸が閉まったまま等)に気づいた時は、市役所等に情報提供する	1	2	3	4

(6) 地域や地域活動（町内会や高齢者クラブ等）に対する、あなたのお考えにもっとも近いものをお選びください。[それぞれ1つに○]

	とても そう思う	やや そう思う	あまり 思わない	まったく 思わない
①地域の人たちは、困った時には助けてくれる	1	2	3	4
②行事や高齢者クラブ活動、奉仕活動等には参加する	1	2	3	4
③地域づくりについて話し合う場があれば参加したい	1	2	3	4

(7) 現在のあなたの就労状態はどれですか。[あてはまるものすべてに○]

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

## 問6 助け合いについてうかがいます。

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 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)を聞いてあげる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 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時に、看病や世話をしてくれる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 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はいますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |               |           |
|----------------|---------------|-----------|
| 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、何かあった時に相談する相手を教えてください。[あてはまるものすべてに○]

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・高齢者クラブ   | 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) 住民同士の助け合い(見守り、声かけ、ごみ出し等の簡単な支援等)は、現在身近にありますか[1つに○]

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1. 十分にある        | 2. どちらかというところ |
| 3. どちらかというところない | 4. まったくない     |

(7) 住民同士の助け合いは、お住まいの地域に今後必要だと思いますか。[1つに○]

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 必要である       | 2. どちらかという必要である |
| 3. どちらかという必要ない | 4. 必要ない         |

### 問7 健康についてうかがいます。

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか。[1つに○]

- |          |         |            |         |
|----------|---------|------------|---------|
| 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。[1つに○]（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点としてお答えください。）

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つに○]

- |       |        |
|-------|--------|
| 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つに○]

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

(5) タバコは吸っていますか。[1つに○]

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

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。[あてはまるものすべてに○]

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

## 問8 日常の生活全般についてうかがいます。

(1) 地域包括支援センターを知っていますか。[1つに○]

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 知っているし利用をしたこともある | 2. 知っているが利用したことはない |
| 3. 知らない             |                    |

※地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、保健、医療、介護等の必要なサービスを総合的、継続的に受けられるように設けられている、介護予防や高齢者の生活全般に関する相談窓口です。

(2) あなたは、将来介護が必要な状態になった時、どのような介護サービスを望みますか。[1つに○]

- |   |
|---|
| 1. 自宅で家族中心に介護を受けたい                      |
| 2. 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい     |
| 3. 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい |
| 4. 有料老人ホームに住み替えて介護を受けたい                 |
| 5. サービス付き高齢者向け住宅等に住み替えて介護を受けたい          |
| 6. 特別養護老人ホーム等の介護保険施設で介護を受けたい            |
| 7. その他( )                               |
| 8. わからない                                |

(3) 高齢者の住みよいまちを作るために、今後、市においてはどのようなことに、力を入れていくべきだと思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- |   |
|---|
| 1. 健康づくり・介護予防の推進                              |
| 2. 生きがい活動や就労の支援                               |
| 3. 地域でのボランティア活動への支援                           |
| 4. 声かけや安否確認など地域で高齢者を見守る体制づくり                  |
| 5. デジタル技術を活用した高齢者を見守るサービスの充実                  |
| 6. 地域住民によるごみ出しや買物を支援する体制づくり                   |
| 7. 高齢者の権利・利益の保護                               |
| 8. 配食サービスの充実                                  |
| 9. 介護者への介護用品支給の充実                             |
| 10. 認知症高齢者とその家族への支援                           |
| 11. 介護者のための講座                                 |
| 12. 日常生活について困った時の相談窓口の充実                      |
| 13. 訪問介護や通所介護など在宅介護サービスの充実                    |
| 14. 往診する医療機関や訪問看護の充実                          |
| 15. 介護者の休息が取れたり、緊急時に泊まられたりするようなショートステイサービスの実施 |
| 16. 特別養護老人ホーム等の施設サービスの充実                      |
| 17. 高齢者が住みやすい住宅の整備                            |
| 18. 日常生活における交通手段の充実                           |
| 19. その他( )                                    |
| 20. 特にない                                      |

(4) あなたは、どのような支援があれば、これからも在宅で安心して暮らし続けることができると思われますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 買物	2. ごみ出し
3. 掃除	4. 洗濯
5. 食事づくり	6. 電球交換や障子貼り等のちょっとした作業
7. 草むしりや庭木の手入れ	8. 灯油の給油
9. 公共的な手続き	10. ペットの世話
11. 通院時の交通手段	12. 散歩や外出時の付き添い
13. 困ったことや不安を打ち明ける相談相手	14. 地震等災害時の手助け
15. (ご自身の)急病時の対応	16. その他( )
17. 特になし	

(5) 買物で困っていることはありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 歩いて行けるところ(自宅から15分くらい)に、お店がない	⇒(5)-①
2. 車やバイク・自転車等の運転ができなくなってきた	
3. 重いものが持てず、少量しか購入できなくなってきた	
4. 家族の協力が得られない	
5. 近所に、買物を頼める人がいない	
6. 自分で買物はしていない	
7. その他( )	
8. 困っていることはない ⇒(6)	

①は(5)で困っていると回答した方のみ(「8. 困っていることはない」以外の方)

(5) -① 食材・日用品等の買物について、あればよいと思うものをお選びください。[1つに○]

1. 自宅までの宅配サービス	2. 移動販売サービス
3. スーパー等への送迎サービス	4. その他( )

(6) 介護用品支給事業の内容を知っていますか。[1つに○]

1. 知っている	2. 知らない
----------	---------

※介護用品支給事業は、国や県から補助を受け、要介護3以上で一定の支給要件を満たす在宅の高齢者を介護している家族等に、紙おむつなどの介護用品を購入するための助成券(月額4,000円)を市から交付する事業です。

(7) 介護用品支給事業に対し、国や県から補助が受けられなくなった場合、今後の対応として、あなたの考えに一番近いのはどれですか。[1つに○]

1. 自分たちが収める介護保険料を財源として、事業を継続する方がよい
2. 国が支援の対象外とするなら、事業を継続しない方がよい
3. わからない

## 問9 介護予防についてうかがいます。

(1) は、要支援認定等を受けている方のみお答えください。  
要支援認定等を受けていない方は(2)へお進みください。

(1) 以下のサービスで、現在あなたが利用しているものはありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 介護予防訪問入浴介護	2. 介護予防訪問看護
3. 介護予防訪問リハビリテーション	4. 介護予防居宅療養管理指導
5. 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	6. 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)
7. 介護予防短期入所療養介護(医療型ショートステイ)	8. 介護予防特定施設入居者生活介護
9. 介護予防福祉用具貸与	10. 特定介護予防福祉用具販売
11. 介護予防住宅改修	12. 介護予防認知症対応型通所介護
13. 介護予防小規模多機能型居宅介護	14. 介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
15. 利用しているものはない ⇒(1)-①	⇒(1)-②

※各サービスの内容は、19 ページをご参照ください。

### ①は(1)で「15. 利用しているサービスはない」と答えた方のみ

(1) -① 介護予防サービスを利用していない理由は何ですか。[3つに○]

1. 現在、病院に入院しているから
2. 今のところ家族介護でやっていけるから
3. 今のところ自分でやっていけるから
4. 他人を自宅に入れたくないから
5. サービスの利用の仕方がわからないから
6. 利用者負担(サービス利用料の1割～3割)が高いから
7. 家族が利用を嫌がるから
8. 利用したいサービスが利用できないから
9. 将来に備えて要介護認定を受けただけだから
10. 過去に利用したことがあったがサービス内容に不満があるから
11. その他( )
12. 特に理由はない

(1) -② 以下の介護予防・生活支援サービスで、現在あなたが利用しているものはありますか。[あてはまるものすべてに○]

【総合事業】
1. 訪問介護相当サービス(ホームヘルプサービス)
2. ふれあいサポート
3. 通所介護相当サービス(デイサービス)
4. いきいき通所
5. ふれあいサロン
6. 元気すこやか教室
7. 利用しているものはない

※各サービスの内容は、19 ページをご参照ください。

(2) 介護予防事業に参加したことがありますか。[1つに○]

1. ある ⇒(2)-①②③へ

2. ない ⇒問10へ

※介護予防事業とは、65歳以上の方が利用でき、介護予防について学び、地域の通いの場で人とのつながりを通して介護予防を継続していくための事業です。

①②③は(2)で「1. ある」と答えた方のみ

(2) -① あなたが参加したことがある介護予防事業は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |  |
|--|
| 1. 包括支援センター主催の運動教室(わくわく脳活セミナー、あたまと体のパワーアップ教室、男性の転ばん体操など) |
| 2. シルバーリハビリ体操教室  |
| 3. スクエアステップ教室  |
| 4. その他( )  |

(2) -② 参加したきっかけは何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1. 体力の低下が気になった | 2. 定期的な外出の機会がほしかった |
| 3. 人と交流したかった   | 4. 時間に余裕ができた       |
| 5. 友人に誘われた     | 6. 家族に勧められた        |
| 7. その他( )      |                    |

(2) -③ 参加して得られた効果は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. 外出が増えた      | 2. 運動の習慣がついた |
| 3. 疲れにくくなった    | 4. 楽しみができた   |
| 5. よく眠れるようになった | 6. 特に変わらない   |
| 7. その他( )      |              |

## 問 10 在宅医療についてうかがいます。

(1) かかりつけ医等についてうかがいます。[それぞれ1つに○]

	決めている	決めていない
①かかりつけ医(病院・診療所)	1	2
②かかりつけ歯科医	1	2
③かかりつけ薬剤師	1	2

(2) 仮にあなたが、病気やけがで長期の治療・療養が必要になった場合、入院せず在宅での医療を希望しますか。[1つに○]

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1. 希望する          | 2. どちらかという并希望する |
| 3. どちらかという并希望しない | 4. 希望しない        |

①は(2)で「3. どちらかという并希望しない」、「4. 希望しない」と答えた方のみ

(2) -① その理由は何ですか。[1つに○]

1. 家族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族がないから
3. 急に病状が変わった時の対応が不安だから
4. 経済的に負担が大きいから
5. 療養できる部屋やトイレなどの住宅環境が整っていないから
6. 訪問看護や介護の体制が不十分だから
7. 往診などをしてくれる医師がないから
8. 医師や看護師の訪問が精神的な負担になるから
9. その他( )

(2) -② (2) で答えた自分の意向を、家族または親族に伝えていますか。[1つに○]

1. 伝えている
2. 今後伝えるつもりでいる
3. 今後も伝えるつもりはない

(3) あなたが在宅での医療が必要になった場合、どこに相談しますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 病院
2. 地域包括支援センター
3. 市役所
4. ケアマネジャー
5. その他( )

(4) あなたは、病気やけがで長期の治療が必要となり、栄養チューブや尿の管、呼吸の管、点滴等を使用した状態においても在宅医療を希望しますか。また、その実現は可能だと思いますか。[1つに○]

1. 希望し、実現可能だと思う
2. 希望するが、実現は難しい
3. 希望しない
4. 現在、在宅医療を受けている

①は(4)で「1. 希望し、実現可能だと思う」と答えた方のみ

(4)-① あなたが、自宅で療養生活を送る場合、実現可能だと思う理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 家族が協力的だから
2. 経済的な理由から
3. 緊急時に対応できる環境が整っているから
4. 見てくれる人(家族)がいるから
5. 住環境が整っているから
6. 近くで診てくれる医師がいる
7. 訪問看護や介護が受けやすい体制が整っているから
8. 既に利用したことがあるため
9. その他( )

(5) あなた自身が最期を迎える場所として、希望する所をお選びください。[1つに○]

1. 医療機関(病院・診療所)	2. 介護施設等(特養・老健)
3. 看護小規模多機能型居宅介護 ⇒(5)-②	.....▶ ⇒(5)-①
4. 自宅 ⇒(5)-②	5. 特になし ⇒(6)

※看護小規模多機能居宅介護とは、主治医との密接な連携の下、「看護」「通い」「泊まり」「訪問」を利用者の状況に応じて柔軟に提供でき、退院直後や看取り期等、医療ニーズの高い要介護者の在宅での療養生活を支えることができるサービスです。

①は(5)で「1. 医療機関(病院・診療所)」、「2. 介護施設等(特養・老健)」と答えた方のみ

(5) -① それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

1. 十分な医療・介護を受けたいから	} ⇒(6)
2. 自宅に居ると家族に負担がかかるから	
3. 家族がいないから	
4. その他( )	

②は(5)で「3. 看護小規模多機能型居宅介護」、「4. 自宅」と答えた方のみ

(5) -② それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

1. 過剰な医療を受けたくないから	2. 家族に看取られたいから
3. 住み慣れた居住の場がいいから	4. 困った時に専門職の協力を得たいから
5. その他( )	

(6) あなたは「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」について知っていますか。[1つに○]

1. 言葉も内容も知っている	2. 言葉は聞いたことがある	3. 知らない
----------------	----------------	---------

※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、将来病気になって介護が必要になったりした時に備え、どのような医療や介護を受けて人生の最期を迎えるかを計画し、ご自身の考え方を家族等や医療・介護の担当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。

## 問 11 認知症についてうかがいます。

(1) 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

①は(2)で「1. はい」と答え方のみ

(2) -① 何をきっかけに相談窓口を知りましたか。[あてはまるものすべてに○]

1. 関係機関(行政・地域包括支援センター・事業所など)からの紹介	2. 認知症あんしんガイド
3. 高齢者サポートブック	4. 市の広報
5. ホームページなど	6. その他( )

(3) 認知症を予防するために、ご自身が取り組んでいること（心がけ）はありますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 人との付き合い、交流を大事にしている | 2. クイズや読み書き、計算など頭を使う |
| 3. 趣味を持つようにしている       | 4. バランスの良い食事をとる      |
| 5. 適度な運動をしている         | 6. 地域活動やボランティアを行っている |
| 7. 特になし               | 8. その他( )            |

(4) あなたは認知症についてどのようなことを知っていますか。[あてはまるものすべてに○]

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1. 原因となる病気    | 2. 認知症の症状            |
| 3. 認知症の人への接し方 | 4. 若年性認知症(65歳未満)について |
| 5. 利用できるサービス  | 6. 認知症の人が入所できる施設     |
| 7. 知らない       | 8. その他( )            |

(5) あなたが認知症に疑いを感じた時、最初にどこに（誰に）相談しますか。[1つに○]

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. 市役所      | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 民生委員     | 4. かかりつけ医     |
| 5. 物忘れ外来    | 6. 相談先がわからない  |
| 7. 誰にも相談しない | 8. その他( )     |

(6) もし、あなたの家族が認知症になったら、そのことを近所の人に知ってもらおうと思いますか。[1つに○]

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 知ってもらって、見守りや声かけなど協力をお願いしたい      |
| 2. 知っておいてほしいが、あえて支援は望まない           |
| 3. 隠す必要もないが、あえてそのことを知っておいてもらう必要もない |
| 4. できればあまり知られたくないので隠したい            |
| 5. わからない                           |
| 6. その他( )                          |

(7) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になると思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 1. 適切な介護サービスの利用 | 2. 簡単な掃除やごみ出しなどの手伝い |
| 3. 食事づくりや配食の支援  | 4. 買物や外出の付き添い       |
| 5. 定期的な見守りと声かけ  | 6. 認知症への理解と対応       |
| 7. 特に必要はない      | 8. その他( )           |

(8) あなたは認知症サポーター養成講座を知っていますか。[1つに○]

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

※認知症サポーターとは、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けをする応援者のことです。

(9) あなたは認知症の人、家族、地域住民の誰もが参加できる集いの場を知っていますか。[1  
つに○]

1. 知っている

2. 知らない

①は(9)で「1. 知っている」と答え方のみ

(9) -① その集いの場はどこですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 認知症カフェ

2. シルバーリハビリ体操

3. スクエアステップ教室

4. 地域サロン

5. その他( )

(10) 今後、認知症施策を進めていく上で、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。  
[あてはまるものすべてに○]

1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり

2. 医療体制の充実

3. 認知症のことを相談できる体制の充実

4. 認知症への正しい理解を広める啓発活動

5. 介護予防・健康づくりのための取り組み

6. 認知症の人の声をきく場や誰もが集まり交流したり、支えあえる場の充実

7. 認知症の人が利用できる介護施設

8. 認知症の人を支援するボランティアの養成

9. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援

10. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実

11. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会

12. 若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実

13. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実(徘徊した時に、位置情報が検索できる機器など)

## 問 12 成年後見制度についてうかがいます。

(1) 成年後見制度の内容を知っていますか。[1つに○]

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1. 知っている | 2. 名前は知っているが内容は知らない |
| 3. 知らない  |                     |

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない方について、法律に基づき家庭裁判所が本人の権利を守る援助者(成年後見人等)を選ぶことで本人の権利の保護、財産管理を支援する制度のことです。

(2) 成年後見制度を利用したいと思いませんか。[1つに○]

- |             |               |              |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. 利用したいと思う | 2. 利用したいと思わない | 3. どちらともいえない |
|-------------|---------------|--------------|

### ①は(2)で「1. 利用したいと思う」と回答した方のみ

(2) -① 「成年後見制度」を利用したい場合、誰に財産管理や契約手続き等をお願いしたいですか。[1つに○]

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 配偶者や子どもなどの家族・親族 | 2. 弁護士や司法書士などの法律の専門職 |
| 3. 社会福祉士などの福祉専門職   | 4. 市民後見人             |
| 5. その他( )          | 6. わからない             |

※市民後見人は、専門の資格を持たない親族以外の市民による成年後見人等であり、市町村等が実施する養成研修を受講するなどして必要な知識を得た市民の中から家庭裁判所が成年後見人等として選任した方のことです。

### ②は(2)で「2. 利用したいと思わない」、「3. どちらともいえない」と回答した方のみ

(2) -② 理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 自分以外の方が財産管理をすることに抵抗がある |
| 2. 制度の内容がよくわからない          |
| 3. 制度を利用するための手続きが複雑そうである  |
| 4. 利用するために費用(経済的負担)がかかる   |
| 5. 制度自体に良いイメージがない         |
| 6. その他( )                 |

(3) 任意後見制度の内容を知っていますか。[1つに○]

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1. 知っている | 2. 名前は知っているが内容は知らない |
| 3. 知らない  |                     |

※任意後見制度は、本人が十分な判断能力を有する時に、あらかじめ、任意後見人となる方や将来その方に委任する事務の内容を公正証書による契約で決めておき、本人の判断能力が不十分になった後に、任意後見人が委任された事務を本人に代わって行う制度のことです。

(4) 地域包括支援センターで、成年後見制度に関する相談ができることを知っていますか。[1つに○]

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|



## 介護予防・生活支援サービスについて

<b>【介護予防】</b>		
1	介護予防訪問入浴介護	移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。※要支援1・2 対象
2	介護予防訪問看護	看護師などが訪問し、床ずれの手当てや点滴の管理などを行います。※要支援1・2 対象
3	介護予防訪問リハビリテーション	リハビリ(機能回復訓練)の専門家が訪問し、リハビリを行います。※要支援1・2 対象
4	介護予防居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理・指導を行います。※要支援1・2 対象
5	介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設などで、介護予防を目的とした生活機能の維持向上のための機能訓練などが、日帰りで受けられます。※要支援1・2 対象
6	介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	介護老人福祉施設などに短期間入所して、食事、入浴などの介護や、日常生活の支援が受けられます。※要支援1・2 対象
7	介護予防短期入所療養介護(医療型ショートステイ)	介護老人保健施設などに短期間入所して、医療や介護、機能訓練が受けられます。※要支援1・2 対象
8	介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホームなどで食事、入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。※要支援1・2 対象
9	介護予防福祉用具貸与	歩行器や歩行補助つえなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出します。※要支援1・2 対象
10	特定介護予防福祉用具販売	排せつや入浴に用いる用具に対して、年間上限 10 万円まで福祉用具購入費を支給します(自己負担あり)。※要支援1・2 対象
11	介護予防住宅改修	生活環境を整えるための小規模な住宅改修に対して、上限 20 万円まで住宅改修費を支給します(自己負担あり)。※要支援1・2 対象
12	介護予防認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアを日帰りで受けられます。※要支援1・2 対象
13	介護予防小規模多機能型居宅介護	小規模な住居型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて、食事、入浴などの介護や支援が受けられます。※対象者:要支援1、要支援2
14	介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症の高齢者が共同で生活できる場(住居)で、食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアが受けられます。※対象者:要支援2
<b>【総合事業】</b>		
1	訪問介護相当サービス(ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが訪問し、身体介護(入浴、排せつのお世話など)や生活援助(居室の掃除、食事の準備など)を行います。※総合事業対象者、要支援1・2 対象
2	ふれあいサポート	身体介護を含まない、生活支援(食事の調理、居室の掃除、ごみ出し、買物代行など)を行います。※総合事業対象者、要支援1・2 対象
3	通所介護相当サービス(デイサービス)	デイサービスセンターで日常生活の支援や生活機能向上のための訓練が受けられます。※総合事業対象者、要支援1・2 対象
4	いきいき通所	閉じこもり予防や生きがいづくりのための運動、レクリエーション活動などを行います。※総合事業対象者、要支援1・2 対象
5	ふれあいサロン	住民主体によるサロンで、趣味活動や交流を行います。※総合事業対象者、要支援1・2 対象
6	元気すこやか教室	短期集中型教室で、保健・医療専門職による運動機能向上、認知症予防、口腔機能向上、栄養改善などの予防プログラムを行います。※総合事業対象者、要支援1・2 対象

# 要介護認定者調査

(笠間市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査)

## ご協力をお願い

市民の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより地域の課題・ニーズ等を的確に把握し、高齢者福祉施策の改善や充実を図るために実施するものです。この調査結果は、令和8年度に策定する「笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」(計画期間：令和9～11年度)の基礎資料とさせていただきます。

本調査は、要介護認定で要介護1～5の認定を受けられた方(令和7年11月1日現在)を対象としています。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和7年11月

笠間市長 山口 伸樹

### <ご記入にあたってのお願い>

- ◆ご回答は、お送りしたあて名のご本人にお願いいたします。なお、ご本人による調査の回答(記入)が困難な場合は、ご家族の方等がご本人に代わってご記入ください。
- ◆ご回答は、あてはまる答えの番号を○で囲んでください。
- ◆回答数は設問によって異なるため、[ ]内のことわり書きに従ってください。
- ◆「その他」と回答した場合には、( )内に具体的な内容をご記入ください。
- ◆ご記入いただいた調査票は、12月10日(水)までに同封の返信用封筒に入れて、お近くの郵便ポストに投函してください。切手は不要です。
- ◆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。

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課

TEL: 0296-77-1101 内線175(高齢福祉担当)

## 個人情報の取扱いについて

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って、下記に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】

◇本調査は、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、笠間市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。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。

◇本調査で得られたデータを上記計画策定に活用するにあたり、厚生労働省の管理する市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。

注)ご本人以外の方が記入される場合、ご本人の意向を尊重してください。

この調査の記入者はどなたですか。[1つに○]

- |             |           |         |
|-------------|-----------|---------|
| 1. 本人       | 2. 本人の配偶者 | 3. 本人の子 |
| 4. 本人の子の配偶者 | 5. その他( ) |         |

## 問1 あて名の本人(あなた)のことについてうかがいます。

(1) 性別は。[1つに○]

1. 男性

2. 女性

(2) 年齢は。

( )歳(令和7年11月1日現在)

(3) お住まいの地域はどこですか。(施設に入所中の方は、入所する前のお住まいの地域についてお答えください)[1つに○]

1. 笠間地区

2. 友部地区

3. 岩間地区

(4) 現在、ご本人はどちらで生活されていますか。[1つに○]

1. 自宅

2. 病院に入院中

3. 施設に入所中

4. 市外に転居

5. その他( )

(5) 現在、認定されている要介護状態区分は。(介護保険被保険者証をみてください)[1つに○]

1. 要介護1

2. 要介護2

3. 要介護3

4. 要介護4

5. 要介護5

(6) 家族構成をお教えてください。[1つに○]

1. ひとり暮らし

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( )

(7) 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)

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)

5. 関節の病気(リウマチ等)

6. 認知症(アルツハイマー病等)

7. パーキンソン病

8. 糖尿病

9. 腎疾患(透析)

10. 視覚・聴覚障がい

11. 骨折・転倒

12. 脊椎損傷

13. 高齢による衰弱

14. その他( )

15. 不明

(7) -① 主にどなたの介護、介助を受けていますか。[あてはまるものすべてに○]

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( )

(8) 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つに○]

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

(9) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(病院または施設に入所中の方は、入所する前のお住まいについてお答えください) [1つに○]

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持家(一戸建て)     | 2. 持家(集合住宅)     |
| 3. 公営賃貸住宅       | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6. 借家           |
| 7. その他( )       |                 |

※サービス付き高齢者住宅(サ高住)、有料老人ホーム、ケアハウスにお住まいの方は、5. 民間賃貸住宅(集合住宅)をご選択ください。

## 問2 日常生活全般についてうかがいます。

(1) 地域包括支援センターを知っていますか。[1つに○]

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 知っているし利用をしたこともある | 2. 知っているが利用したことはない |
| 3. 知らない             |                    |

※地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、保健、医療、介護等の必要なサービスを総合的、継続的に受けられるように設けられている、介護予防や高齢者の生活全般に関する相談窓口です。

(2) 高齢者の住みよいまちを作るために、今後、市においてはどのようなことに、力を入れていくべきだと思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- |   |
|---|
| 1. 健康づくり・介護予防の推進                              |
| 2. 生きがい活動や就労の支援                               |
| 3. 地域でのボランティア活動への支援                           |
| 4. 声かけや安否確認など地域で高齢者を見守る体制づくり                  |
| 5. 地域住民によるごみ出しや買物を支援する体制づくり                   |
| 6. 高齢者の権利・利益の保護                               |
| 7. 配食サービスの充実                                  |
| 8. 介護者への介護用品支給の充実                             |
| 9. 認知症高齢者とその家族への支援                            |
| 10. 介護者のための講座                                 |
| 11. 日常生活について困った時の相談窓口の充実                      |
| 12. 訪問介護や通所介護など在宅介護サービスの充実                    |
| 13. 往診する医療機関や訪問看護の充実                          |
| 14. 介護者の休息が取れたり、緊急時に泊まられたりするようなショートステイサービスの実施 |
| 15. 特別養護老人ホーム等の施設サービスの充実                      |
| 16. 高齢者が住みやすい住宅の整備                            |
| 17. 高齢者の外出や移動に配慮したまちづくりの推進                    |
| 18. その他( )                                    |
| 19. 特にない                                      |

(3) 介護用品支給事業の内容を知っていますか。[1つに○]

1. 知っている

2. 知らない

※介護用品支給事業は、国や県から補助を受け、要介護3以上で一定の支給要件を満たす在宅の高齢者を介護している家族等に、紙おむつなどの介護用品を購入するための助成券(月額 4,000 円)を市から交付する事業です。

(3) -① 介護用品支給事業を利用していますか。[1つに○]

1. 利用している ⇒(3)-②

2. 利用していない

②は(3)-①で「1. 利用している」と答えた方のみ

(3) -② 今後も介護用品支給事業の継続を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する

2. 希望しない

③は(3)-②で「1. 希望する」と回答した方のみ

(3) -③ 介護用品支給事業に対し、国や県から補助が受けられなくなった場合、今後の対応として、あなたの考えに一番近いのはどれですか。[1つに○]

1. 自分たちが収める介護保険料を財源として、事業を継続する方がよい

2. 国や県から補助がないなら、事業を継続しない方がよい

3. わからない

### 問3 在宅医療・介護についてうかがいます

(1) 医師や看護師等の訪問を受けながら居住の場(自宅・有料老人ホーム等)で治療・療養する医療のあり方を「在宅医療」といいますが、あなたはこの「在宅医療」について知っていますか。[1つに○]

1. 知っている

2. 言葉だけは知っている

3. 知らない

(2) 仮にあなたが、病気やけがで長期の治療・療養が必要になった場合、入院せず在宅での医療を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する

2. どちらかという并希望する

3. どちらかという并希望しない

4. 希望しない

①は(2)で「3. どちらかという并希望しない」、「4. 希望しない」と回答した方のみ

(2) -① その理由は何ですか。[1つに○]

1. 家族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族がないから
3. 急に病状が変わった時の対応が不安だから
4. 経済的に負担が大きいから
5. 療養できる部屋やトイレなどの住宅環境が整っていないから
6. 訪問看護や介護の体制が不十分だから
7. 往診などをしてくれる医師がないから
8. 医師や看護師の訪問が精神的な負担になるから
9. その他( )

(2) -② (2) で答えた自分の意向を、家族または親族に伝えてありますか。[1つに○]

1. 伝えている
2. 今後伝えるつもりでいる
3. 今後も伝えるつもりはない

(2) -③ 仮にあなたが在宅での医療が必要になった場合、どこに相談しますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 病院
2. 地域包括支援センター
3. 市役所
4. ケアマネジャー
5. その他

(2) -④ 地域でどのような体制があれば在宅医療が可能になるとおもいますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 家族の協力や理解
2. 経済的な安定
3. 緊急時や救急時に対応できる体制が整っていること
4. 見てくれる人がいること
5. 部屋やトイレ等住環境が整っていること
6. 訪問診療が整っていること
7. 訪問看護や介護の体制が充実していること
8. その他( )

(3) あなた自身が最期を迎える場所として、希望する所をお選びください。[1つに○]

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. 医療機関(病院・診療所)         | 2. 介護施設等(特養・老健) |
| 3. 看護小規模多機能型居宅介護 ⇒(3)-② | ⇒(3)-①          |
| 4. 自宅 ⇒(3)-②            | 5. 特になし ⇒(4)    |

※看護小規模多機能居宅介護とは、主治医との密接な連携の下、「看護」「通い」「泊まり」「訪問」を利用者の状況に応じて柔軟に提供でき、退院直後や看取り期等、医療ニーズの高い要介護者の在宅での療養生活を支えることができるサービスです。

①は(3)で「1. 医療機関(病院・診療所)」、「2. 介護施設等(特養・老健)」と答えた方のみ

(3) -① それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

- |                      |         |
|----------------------|---------|
| 1. 十分な医療・介護を受けたいから   | } ⇒ (4) |
| 2. 自宅に居ると家族に負担がかかるから |         |
| 3. 家族がいないから          |         |
| 4. その他( )            |         |

②は(3)で「3. 看護小規模多機能型居宅介護」、「4. 自宅」と答えた方のみ

(3) -② それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 過剰な医療を受けたくないから | 2. 家族に看取られたいから       |
| 3. 住み慣れた居住の場がいいから | 4. 困った時に専門職の協力を得たいから |
| 5. その他( )         |                      |

(4) あなたは、病気やけがで長期の治療が必要となり、栄養チューブや尿の管、呼吸の管、点滴等を使用した状態においても在宅医療を希望しますか。また、その実現は可能だと思いますか。[1つに○]

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 希望し、実現可能だと思う | 2. 希望するが、実現は難しい |
| 3. 希望しない        | 4. 現在在宅医療を受けている |

①は(4)で「1. 希望し、実現可能だと思う」と回答された方のみ

(4)-① あなたが、自宅で療養生活を送る場合、実現可能だと思う理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 家族が協力的だから               |
| 2. 経済的な理由から                |
| 3. 緊急時に対応できる環境が整っているから     |
| 4. 見てくれる人(家族)がいるから         |
| 5. 住環境が整っているから             |
| 6. 近くで診てくれる医師がいる           |
| 7. 訪問看護や介護が受けやすい体制が整っているから |
| 8. すでに利用したことがあるから          |
| 9. その他( )                  |

(5) あなたは「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」について知っていますか。[1つに○]

- |                |                |         |
|----------------|----------------|---------|
| 1. 言葉も内容も知っている | 2. 言葉は聞いたことがある | 3. 知らない |
|----------------|----------------|---------|

※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、将来病気になって介護が必要になったりした時に備え、どのような医療や介護を受けて人生の最期を迎えるかを計画し、ご自身の考え方を家族等や医療・介護の担当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。

## 問4 認知症についてうかがいます。

(1) 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか。[1つに○]

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

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。[1つに○]

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

### ①は(2)で「1. はい」と答えた方のみ

(2) -① 何をきっかけに相談窓口を知りましたか。[あてはまるものすべてに○]

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 関係機関(行政・地域包括支援センター・事業所など)からの紹介 |
| 2. 認知症あんしんガイド                     |
| 3. 高齢者サポートブック                     |
| 4. 市の広報                           |
| 5. ホームページなど                       |
| 6. その他( )                         |

(3) あなたは認知症についてどのようなことを知っていますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. 原因となる病気           | 2. 認知症の症状        |
| 3. 若年(65歳未満)性認知症について | 4. 認知症の人に対する接し方  |
| 5. 在宅で利用できるサービス      | 6. 認知症の人が入所できる施設 |
| 7. 知らない              |                  |

(4) あなたが認知症に疑いを感じた時、最初にどこに(誰に)相談しますか。[あてはまるものすべてに○]

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. 市役所      | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 民生委員     | 4. かかりつけ医     |
| 5. もの忘れ外来   | 6. 相談先がわからない  |
| 7. 誰にも相談しない | 8. その他( )     |

(5) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になると思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 定期的な声かけ                 |
| 2. 病気などの緊急時に看病や医者を呼ぶなどの手助け |
| 3. 話し相手                    |
| 4. 買物や近くまでの外出の付き添い         |
| 5. 地震などの災害時における安否確認        |
| 6. 道に迷っている様子を見かけた時の声かけ     |
| 7. 認知症への正しい理解              |
| 8. その他( )                  |

(6) 今後、認知症施策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。

[あてはまるものすべてに○]

- |   |
|---|
| 1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり                            |
| 2. 医療体制の充実  |
| 3. 認知症のことを相談できる体制の充実                              |
| 4. 認知症への正しい理解を広める啓発活動                             |
| 5. 介護予防・健康づくりのための取り組み                             |
| 6. 認知症の人の声をきく場や誰もが集まり交流したり、支えあえる場の充実              |
| 7. 認知症の人が利用できる介護施設                                |
| 8. 認知症の人を支援するボランティアの養成                            |
| 9. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援                         |
| 10. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実                      |
| 11. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会            |
| 12. 若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実                    |
| 13. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実(徘徊した時に、位置情報が検索できる機器など) |

## 問5 成年後見制度についてうかがいます。

(1) 成年後見制度の内容を知っていますか。[1つに○]

- |          |                     |
|----------|---------------------|
| 1. 知っている | 2. 名前は知っているが内容は知らない |
| 3. 知らない  |                     |

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない方について、法律に基づき家庭裁判所が本人の権利を守る援助者(成年後見人等)を選ぶことで本人の権利の保護、財産管理を支援する制度です。

(2) 成年後見制度を利用したいと思いますか。[1つに○]

- |             |               |              |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. 利用したいと思う | 2. 利用したいと思わない | 3. どちらともいえない |
|-------------|---------------|--------------|

### ①は(2)で「1. 利用したいと思う」と回答した方のみ

(2) -① 「成年後見制度」を利用したい場合、誰に財産管理や契約手続き等をお願いしたいですか。[1つに○]

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 配偶者や子どもなどの家族・親族 | 2. 弁護士や司法書士などの法律の専門職 |
| 3. 社会福祉士などの福祉専門職   | 4. 市民後見人             |
| 5. その他( )          | 6. わからない             |

※市民後見人は、専門の資格を持たない親族以外の市民による成年後見人等であり、市町村等が実施する養成研修を受講するなどして必要な知識を得た市民の中から家庭裁判所が成年後見人等として選任した方のことです。

②は(2)で「2. 利用したいと思わない」、「3. どちらともいえない」と回答した方のみ

(2) -② 理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 自分以外の方が財産管理をすることに抵抗がある
2. 制度の内容がよくわからない
3. 制度を利用するための手続きが複雑そうである
4. 利用するために費用(経済的負担)がかかる
5. 制度自体に良いイメージがない
6. その他( )

(3) 任意後見制度の内容を知っていますか。[1つに○]

1. 知っている
2. 名前は知っているが内容は知らない
3. 知らない

※任意後見制度は、本人が十分な判断能力を有する時に、あらかじめ、任意後見人となる方や将来その方に委任する事務の内容を公正証書による契約で定めておき、本人の判断能力が不十分になった後に、任意後見人が委任された事務を本人に代わって行う制度のことです。

(4) 地域包括支援センターで、成年後見制度に関する相談ができることを知っていますか。[1つに○]

1. 知っている
2. 知らない

## 問6 ケアマネジャーについてうかがいます。

◇問6は在宅の方(入院中の方を含む)にうかがいます。

◇認知症対応型共同生活介護(グループホーム)をご利用の方は、問7へ(9ページ)、それ以外の施設に入所されている方は、問8(11ページ)へお進みください。

(1) 担当のケアマネジャーは、あなたや家族からのサービス利用に関する相談や、日常生活の悩みや不安の訴えについてどのように対応してくれていますか。[1つに○]

1. 親身に聴いてくれ、または対応してくれる
2. 専門的立場から助言をくれる
3. 悩みや不安の緩和につながる対応をしてくれる
4. 忙しく時間がなさそうによく聴いてくれない
5. あまり反応がない
6. 聴いてくれるが、適切な助言をくれなかったり、対応してくれなかったりする
7. まったく聴こうとしてくれない
8. わからない

(2) 介護サービスの利用を決定するにあたり、ケアマネジャーからご自身の心身の状況や生活環境に見合った介護サービスの利用の仕方について、提案や十分な説明を受けましたか。[1つに○]

1. 受けた
2. 受けていない
3. わからない

(3) ケアマネジャーは、月に1回、あなたのお住まいを訪問していますか。[1つに○]

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 毎月訪問している      | 2. 2～3か月に1回程度訪問している |
| 3. 半年に1回程度訪問している | 4. ほとんど訪問していない      |
| 5. まったく訪問していない   |                     |

## 問7 介護サービスについてうかがいます。

問7は、在宅の方(入院中の方を含む)にうかがいます。施設に入所されている方は、問8(11 ページ)へお進みください。

※ただし、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)を利用されている方は、問7、問8の両方をご回答ください。

(1) 現在、あなたは介護サービス等を利用していますか。[1つに○]

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

①は(1)で「1. 利用している」と答えた方のみ

(1) -① 現在、あなたが利用している介護サービスは何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)       | 2. 訪問入浴介護                   |
| 3. 訪問看護                   | 4. 訪問リハビリテーション              |
| 5. 居宅療養管理指導               | 6. 通所介護(デイサービス)※地域密着型通所介護含む |
| 7. 通所リハビリテーション(デイケア)      | 8. 短期入所生活介護(ショートステイ)        |
| 9. 短期入所療養介護(医療型ショートステイ)   | 10. 特定施設入居者生活介護             |
| 11. 福祉用具貸与                | 12. 特定福祉用具販売                |
| 13. 居宅介護住宅改修              | 14. 認知症対応型通所介護              |
| 15. 小規模多機能型居宅介護           | 16. 看護小規模多機能型居宅介護           |
| 17. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 18. 夜間対応型訪問介護               |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護      |                             |

※各サービスの内容については、14 ページをご参照ください。

(2)は(1)で「2. 利用していない」と答えた方のみ

(2) 介護サービスを利用していない理由は何ですか。[3つに○]

1. 現在、病院に入院しているから
2. 今のところ家族介護でやっていけるから
3. 今のところ自分でやっていけるから
4. 他人を自宅に入れたくないから
5. サービスの利用の仕方がわからないから
6. 利用者負担(サービス利用料の1割～3割)が高いから
7. 家族が利用を嫌がるから
8. 利用したいサービスが利用できないから
9. 将来に備えて要介護認定を受けただけだから
10. 過去に利用したことがあったがサービス内容に不満があるから
11. その他( )
12. 特に理由はない

(3) あなたの住宅環境を整えるために、改善が必要なところがありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 廊下、トイレ、浴室、玄関等に、手すり等つかまる所がない
2. トイレが使いにくい
3. 住宅内に段差があり、移動しにくい
4. 廊下や居室内が滑りやすい
5. 浴室が使いにくい
6. 窓や扉の開閉がしにくい
7. 廊下や扉が狭くて、車いすで通れない
8. その他( )
9. 困っていることはない

(4) あなたの在宅での生活環境を整えるために、必要な福祉用具はありますか。[現在使用しているもの以外で、あてはまるものすべてに○]

- |                      |  |
|----------------------|--|
| 1. ポータブルトイレ(腰掛便座)    | 2. シャワーチェア(入浴用いす)                          |
| 3. 浴槽内いす             | 4. 浴槽用手すり                                  |
| 5. 工事を伴わない手すり・スロープ   | 6. 歩行器                                     |
| 7. 歩行補助つえ(松葉づえ、多点つえ) | 8. 車いす(自走用車いす、電動車いす・カート等)                  |
| 9. 床ずれ防止マットレス        | 10. 特殊寝台(ベッド)                              |
| 11. 特殊寝台附属品(サイドレール等) | 12. 移動用リフト(立ち上がり座いす、入浴用リフト、段差解消機、階段移動用リフト) |
| 13. その他( )           | 14. 必要なものはない                               |

(5) あなたが、これからも在宅で安心して暮らし続けていくために、特に重要だと感じるサービスはどれですか。[3つに○]

1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護	4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導	6. 通所介護(デイサービス)※地域密着型通所介護含む
7. 通所リハビリテーション(デイケア)	8. 短期入所生活介護(ショートステイ)
9. 短期入所療養介護(医療型ショートステイ)	10. 特定施設入居者生活介護
11. 福祉用具貸与	12. 特定福祉用具販売
13. 居宅介護住宅改修	14. 認知症対応型通所介護
15. 小規模多機能型居宅介護	16. 看護小規模多機能型居宅介護
17. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	18. 夜間対応型訪問介護
19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	20. その他
21. 特になし	

※各サービスの内容は、14 ページをご参照ください。

## 問8 施設入所の状況（施設に入所している方のみ）

(1) 現在どのような施設に入所していますか。[1つに○]

1. 特別養護老人ホーム	2. 介護老人保健施設
3. 介護医療院	4. 有料老人ホーム
5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	6. その他( )

(2) 現在の施設に入所してどれくらい経ちましたか。[1つに○]

1. 半年未満	2. 半年以上1年未満	3. 1年以上2年未満
4. 2年以上3年未満	5. 3年以上	

(3) 現在入所中の施設へ申込みをしてから入所までの期間(待機期間)はどれくらいでしたか。[1つに○]

1. 半年未満	2. 半年以上1年未満	3. 1年以上2年未満
4. 2年以上3年未満	5. 3年以上	

(4) 現在入所中の施設の居室は何人部屋ですか。[1つに○]

1. 個室(1人部屋) ⇒(4)-①	2. 多床室(2人以上の部屋) ⇒(4)-②
--------------------	------------------------

※共同生活スペースを併設している個室に準じた完全でない個室(ユニット型個室的多床室)は、「1. 1人部屋(個室)」を選択してください。カーテン等の仕切りでプライバシーに配慮した個室的なしつらえの場合は、「2. 多床室(2人以上の部屋)」を選択してください。

①は(4)で「1. 個室(1人部屋)」と答えた方のみ

(4) -① 料金の安い、多床室(2人以上の部屋)を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する	2. 希望しない	3. どちらともいえない
---------	----------	--------------

②は(4)で「2. 多床室(2人以上の部屋)」と答えた方のみ

(4) -② 料金が高くても、1人部屋を希望しますか。[1つに○]

- |         |          |              |
|---------|----------|--------------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない | 3. どちらともいえない |
|---------|----------|--------------|

(5) あなたの施設入所の考え方について教えてください。[1つに○]

- |                           |
|---------------------------|
| 1. このまま施設で暮らしたい           |
| 2. 条件が整えば、在宅で暮らしたい ⇒(5)-1 |
| 3. わからない                  |
| 4. その他( )                 |

①は(5)で「2. 条件が整えば、在宅で暮らしたい」と答えた方のみ

(5) -① どのような条件が整えば、在宅で暮らすことができますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 24時間必要に応じて、ヘルパーや看護師が来てくれる    |
| 2. 段差がない等、住まいの構造や設備が整っている       |
| 3. デイサービスやショートステイを利用したい時に利用できる  |
| 4. 介護や医療費に対する経済的負担が軽減される        |
| 5. 24時間必要に応じて、医師が往診してくれる        |
| 6. 配食や買物、ごみ出し等の生活面を支援してくれる      |
| 7. 認知症に配慮した介護サービスが整っている         |
| 8. 家族が理解・協力してくれる                |
| 9. 困った時にいつでも相談できる場が身近にある        |
| 10. 服薬管理を支援してくれる、声かけや見守りをしてくれる等 |
| 11. 地域の支えがある                    |
| 12. わからない                       |
| 13. その他( )                      |



## 介護保険サービスについて

1	訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが訪問し、身体介護(食事、入浴、排せつのお世話、通院の付き添いなど)や生活援助(居室の掃除、洗濯、買い物、食事の準備、調理など)を行います。
2	訪問入浴介護	移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。
3	訪問看護	看護師などが訪問し、床ずれの手当てや点滴の管理などを行います。
4	訪問リハビリテーション	リハビリ(機能回復訓練)の専門家が訪問し、リハビリを行います。
5	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理・指導をします。
6	通所介護(デイサービス) ※地域密着型通所介護含む	デイサービスセンターで食事・入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。
7	通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設などで、日帰りの機能訓練などが受けられます。
8	短期入所生活介護 (ショートステイ)	介護老人福祉施設などに短期間入所して、食事、入浴などの介護や、日常生活の支援が受けられます。
9	短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	介護老人保健施設などに短期間入所して、医療や介護、機能訓練が受けられます。
10	特定施設入居者生活介護	有料老人ホームなどで食事、入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。
11	福祉用具貸与	車いすやベッドなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出します。
12	特定福祉用具販売	排せつや入浴に用いる用具に対して、年間上限 10 万円まで福祉用具購入費を支給します(自己負担あり)。
13	居宅介護住宅改修	生活環境を整えるための小規模な住宅改修に対して、上限 20 万円まで住宅改修費を支給します(自己負担あり)。
14	認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアを日帰りで受けられます。
15	小規模多機能型居宅介護	小規模な住居型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて、食事、入浴などの介護や支援が受けられます。
16	看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせて一体的に提供するサービスです。
17	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症の高齢者が共同で生活できる場(住居)で、食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアが受けられます。
18	夜間対応型訪問介護	夜間帯にホームヘルパーが訪問し身体介護や安否確認を行います。「定期巡回」と「随時対応」の2種類のサービスがあります。
19	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が一体的にまたは密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行うサービスです。

# 在宅介護実態調査 調査票

## 【調査実施期間】

令和7年8月～令和7年11月末まで

※調査期間が長期間となっておりますので、期間内に一度調査にご協力いただいている場合は、調査員にお申し出くださるようお願いいたします。

## ご協力をお願い

市民の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

市では、現在、高齢者のための施策を総合的かつ計画的に推進していくため、「笠間市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画」の策定を進めています。

この度、計画策定にあたり、「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討する基礎資料とするため、要介護（支援）認定を受けられた方々の日頃の生活状況等についておうかがいする「在宅介護実態調査」を実施することとなりました。

本調査は、更新申請・区分変更申請に際し、要介護（支援）認定調査を受けられた在宅の方を対象としております。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、次ページの同意書にご署名のうえ、ご協力賜りますようお願いいたします。

笠間市長 山口 伸樹

### <ご記入にあたってのお願い>

- ◆調査票はA票とB票があります。A票については、調査員が聞き取りをさせていただき、記入します。B票は、ご本人又はご家族に記入をお願いします。記入が困難な場合は、ご回答いただく内容を聞き取りのうえ、調査員が記入させていただきます。
- ◆回答数は設問によって異なるため、（ ）内のことわり書きに従ってください。
- ◆調査票にご回答いただいた内容が、介護認定の審査判定に影響を与えることはありません。

### <お問合せ>

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課 TEL：0296-77-1101（内線170）

## 在宅介護実態調査に係る要介護認定データの活用に係る同意書

### ●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、ご確認のうえ、ご署名ください。

#### 【要介護認定データの利用目的について】

更新申請・区分変更申請に際し、実施された認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、本市における高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定及び高齢者等支援施策検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。

#### 【アンケート調査の回答内容の取扱いについて】

アンケート調査でご回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する民間会社に預託する予定ですが、情報は適切に管理させていただきます。

私は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）の活用について、上記の事項を確認のうえ、同意します。

笠間市長 様

令和 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_

※ご署名は、ご家族様等の代筆の場合でも、調査対象者様ご本人の氏名をご記入ください。

被保険者番号[ \_\_\_\_\_ ]

## 【A票の聞き取りを行った相手の方は、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           |                     |

A票

## 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

## 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
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
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

問8(次ページへ)へ

問3～問13へ

## 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(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。

(ここから再び、全員に聞く)

## 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・サービスともに含みます。

## 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、老人保健施設、介護療養型医療施設、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(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)

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
13. 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(→B票へ)
2. 利用していない(→問14へ)

## 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

- 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」で、「ない」以外を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。
- 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

B票

## 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・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)

- |                       |   |           |
|-----------------------|---|-----------|
| 1. フルタイムで働いている        | } | 問2～問5へ    |
| 2. パートタイムで働いている       |   |           |
| 3. 働いていない             | } | 問5(次ページ)へ |
| 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きますか(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・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、全頁にお伺いします)

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 |                      |

アンケートは以上です。

記入が終わりましたら、調査員にお渡しください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

「認知症に関するところのアンケート」についてご協力をお願いします

笠間市では、認知症があってもなくても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを目指し、様々な認知症施策に取り組んでいます。さらに、認知症のご本人やその家族の視点を踏まえた取り組みを推進していきたいと考えており、その基礎資料とするため、アンケートへの回答にご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

※回答は直接この「アンケート用紙II」にご記入ください。  
 選択式：該当する番号に○をつけてください。  
 記述式：該当する内容を記入してください。



**本人用**

<b>問1. 調査票を記入されているのはどなたですか。</b>			
1. 本人	2. 家族・親族	3. その他( )	
<b>問2. ご本人の基本情報についてうかがいます。</b>			
年齢	歳		
性別	男 ・ 女	職業	無 ・ 有 ・ その他( )
家族構成	1. ひとり暮らし	2. 家族など同居	3. その他( )
介護保険	未申請	申請中	非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
<b>問3. ご本人は認知症の診断名がついていますか。</b>			
1. アルツハイマー型認知症	2. 脳血管性認知症	3. レビー小体型認知症	
4. 前頭側頭型認知症	5. 診断名までは言われていない		
6. その他( )			
<b>問4. 認知症のご本人の変化に最初に気が付いたのは誰ですか。</b>			
1. 認知症の本人	2. 家族	3. 近所の人・友人	4. かかりつけ医 5. その他( )
<b>問5. 気付くきっかけとなった変化はどのようなことですか。(複数回答可)</b>			
1. 時間や場所がわからなくなった	2. 同じことを何度も言ったり、聞いたりするようになった		
3. 会話がうまくできなくなった	4. みだしなみにかまわなくなった		
5. 物の名前が出てこなくなった	6. ささいなことで怒りっぽくなった		
7. 置忘れ、しまい忘れが多くなった	8. お金や物を盗まれたと言うようになった		
9. 家事や仕事上のミスが多くなった	10. お金の管理ができなくなった		
11. 食事をしたことを忘れるようになった	12. 人に会うのを避けるようになった		
13. その他( )			
<b>問6. 認知症の疑いを感じたとき、家族・親せき・知人以外で最初にどこに(だれに)相談(受診)しましたか。</b>			
1. 市役所	2. 地域包括支援センター	3. 民生委員	4. かかりつけ医 5. もの忘れ外来
6. 相談先がわからなかった 7. 誰にも相談しなかった 8. その他( )			
<b>問7. 認知症になってどのようなことに不安を感じますか。(複数回答可)</b>			
1. 相談先・受診先がわからないこと	2. 家族や周囲の人にかかる負担	3. 治療による経済的負担	
4. 自分の性格や行動の変化	5. 家族や大切な思い出を忘れてしまうこと		
6. 自分を介護してくれる人がいるかどうか	7. 日常生活(家事・車の運転・など)の継続		
8. その他( )			
<b>問8. 認知症であることを近所の人に伝えましたか。</b>			
1. 伝えて、見守りや声かけなどの協力をお願いしている			
2. 伝えているが、特に何かをお願いしたりはしていない			
3. 隠すつもりはないが、あえて伝える必要性を感じない			
4. あまり知られたくないので伝えていない			
5. 現在伝えることを検討している			
6. その他( )			

→※裏面に続きます。

**問9. あなたは認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加できる「認知症カフェ(オレンジカフェ)」を知っていますか。**

1. 知っている ⇒1-1. へ 2. 知らない

1-1. 「知っている」と回答した方に伺います

◆市内に「認知症カフェ(オレンジカフェ)」があることを知っていますか。

1. 知っている ⇒1-2. へ 2. 知らない

1-2. 「知っている」と回答した方に伺います

◆オレンジカフェに行ってみたいと思いますか

- ①行ってみたい ②行くつもりはない ⇒1-3. へ

1-3. 「行くつもりはない」と回答した方に伺います (複数回答可)

どのような場所なら行ってみたいと思いますか

- ①近くにある ②送迎がある ③美味しい物が食べられる ④カラオケができる  
⑤楽しいイベントがある ⑥様々な人と交流できる ⑦その他( )

**問10. あなたは認知症の人が住み慣れた地域で暮らしていくためには、どのような地域住民の協力があると助かると思いますか。(複数回答可)**

1. 定期的な声かけ 2. 病気などの緊急時に看病や医者を呼ぶなどの手助け 3. 話し相手  
4. 買い物や近くまでの外出などの付添 5. 地震などの災害時における安否確認  
6. 道に迷っている様子をみかけたときの声かけ 7. 認知症への正しい理解  
8. その他( )

◎ご本人の思いをお聞かせ下さい。

**問1. 日頃から楽しんでいる趣味や活動がありますか。**

1. ある(具体的に: ) 2. ない

**問2. 自宅や地域での役割はありますか。**

1. ある(具体的に: ) 2. ない

**問3. やりたいこと、行きたいところがありますか。**

1. ある(具体的に: ) 2. ない

**問4. 支えや励みになっていることはありますか。**

1. ある(具体的に: ) 2. ない

質問はこれで終わりです。ご協力くださり、ありがとうございました。

「認知症に関するところのアンケート」についてご協力をお願いします

笠間市では、認知症があってもなくても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを目指し、様々な認知症施策に取り組んでいます。さらに、認知症のご本人やその家族の視点を踏まえた取り組みを推進していきたいと考えており、その基礎資料とするため、アンケートへの回答にご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

家族用

※回答は直接この「アンケート用紙」にご記入ください。  
選択式：該当する番号に○をつけてください。



問1. ご本人が認知症になってご家族としてどのようなことに不安を感じますか。

1. 相談先・受診先がわからないこと      2. 家族や周囲の人にかかる負担      3. 治療による経済的負担  
4. 本人の性格や行動の変化      5. 家族や大切な思い出を忘れてしまうこと  
6. 本人の介護を継続していけるかどうか      7. 日常生活(家事・車の運転など)の継続ができるか  
8. その他( )

問2. ご本人が認知症であることを近所の人に伝えましたか。

1. 伝えて、見守りや声かけなどの協力をお願いしている  
2. 伝えているが、特に何かをお願いしたりはしていない  
3. 隠すつもりはないが、あえて伝える必要性を感じない  
4. あまり知られたくないので伝えていない  
5. 現在伝えることを検討している  
6. その他( )

問3. あなたは認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加できる「認知症カフェ(オレンジカフェ)」を知っていますか。

1. 知っている ⇒1-1. へ      2. 知らない

1-1. 「知っている」と回答した方に伺います

◆市内に「認知症カフェ(オレンジカフェ)」があることを知っていますか。

1. 知っている ⇒1-2. へ      2. 知らない

1-2. 「知っている」と回答した方に伺います

◆オレンジカフェに行ってみたいと思いますか

- ①行ってみたい      ②行くつもりはない ⇒1-3. へ

1-3. 「行くつもりはない」と回答した方に伺います (複数回答可)

どのような場所なら行ってみたいと思いますか

- ①近くにある      ②送迎がある      ③美味しい物が食べられる      ④カラオケができる  
⑤楽しいイベントがある      ⑥様々な人と交流できる      ⑦その他( )

問4. あなたは認知症の人が住み慣れた地域で暮らしていくためには、どのような地域住民の協力があると助かるとお思いますか。(複数回答可)

1. 定期的な声かけ      2. 病気などの緊急時に看病や医者を呼ぶなどの手助け      3. 話し相手  
4. 買い物や近くまでの外出などの付添      5. 地震などの災害時における安否確認  
6. 道に迷っている様子を見かけたときの声かけ      7. 認知症への正しい理解  
8. その他( )

質問はこれで終わりです。ご協力くださり、ありがとうございました。

# 介護保険事業法人調査

## ～ 調査ご協力のお願ひ ～

日頃より、市政につきましてご理解とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

笠間市では、第10期介護保険事業計画（令和9～11年度）の重要な基礎資料とさせていただきますため、笠間市内に介護保険事業所を有する事業者を対象に、今後の介護保険サービスの提供に係る意向等をうかがうためアンケートを実施することとなりました。

調査の結果は、統計的に処理するもので、本調査の目的以外に使用したり、皆様にご迷惑をかけたりすることはありません。何かと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お願い申し上げます。

令和7年11月

笠間市 高齢福祉課

### 【ご記入にあたってのお願い】

- ◇この調査は、笠間市で介護保険サービスを提供している事業所（令和7年9月1日現在）を対象に実施するものです。集計結果を数字で統計的に処理することが目的ですので、ありのままをお答えくださいますようお願いいたします。
- ◇回答の際には、貴事業所の事業運営について把握されている方（代表者の方、管理部門の責任者の方など）がお答えください。
- ◇回答は、令和7年9月1日現在の笠間市で実施する事業についてお答えください。
- ◇質問内容によっては、回答していただく方が限定される質問や、○の数に制限がある質問がありますので、その場合には矢印や注意書きにご注意ください。
- ◇「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、（ ）内に内容をご記入ください。
- ◇右の二次元コードを読み取り、インターネットから回答してください。  
はじめに、右下の番号を入力して、回答してください。  
※回答を中断する場合は、そのまま画面を閉じてください。  
再度回答フォームへアクセスすると、続きから回答できます。  
※一度回答を送信すると、その後修正はできません。  
※通信サービスの接続料金は利用者の負担となります。
- ◇回答は、12月10日（水）までに送信してください。



問合せ先: 電話: 0296-77-1101 内線 170(介護保険担当)

アンケート回答者	氏名:	連絡先(電話番号):
法人のメールアドレス (※)	@	

※各法人への連絡事項や調査依頼について、電子メールによる周知を実施しています。つきましては、貴法人のメールアドレスを必ずご記入くださいますようお願いいたします。

## 1 サービスの種類と今後の展開についてうかがいます

問1 次の介護サービスについて、(1) は実施しているサービスに○をつけてください。(2) は各サービスの今後（概ね令和11年度まで）の事業展開について、あてはまる項目に○をつけてください。

介護サービスの種類	区分	(1) 実施中	(2)今後の展開					検討中
			拡大意向	現状維持	縮小予定	廃止予定	新規参入 希望	
①居宅介護支援(ケアプラン作成)	介護							
	予防							
②訪問介護	介護							
③訪問入浴介護(予防)	介護							
	予防							
④訪問看護(予防)	介護							
	予防							
⑤訪問リハビリテーション(予防)	介護							
	予防							
⑥通所介護(地域密着型を含む)	介護							
⑦通所リハビリテーション(予防)	介護							
	予防							
⑧短期入所生活介護(予防)	介護							
	予防							
⑨短期入所療養介護(予防)	介護							
	予防							
⑩福祉用具貸与(予防)	介護							
	予防							
⑪特定福祉用具販売(予防)	介護							
	予防							
⑫居宅療養管理指導(予防)	介護							
	予防							
⑬特定施設入所者生活介護(予防)	介護							
	予防							
⑭介護老人福祉施設								
⑮介護老人保健施設								
⑯介護医療院								
⑰小規模多機能型居宅介護(予防)	介護							
	予防							

介護サービスの種類	区分	(1) 実施中	(2)今後の展開					
			拡大意向	現状維持	縮小予定	廃止予定	新規参入希望	検討中
⑱認知症対応型通所介護(予防)	介護							
	予防							
⑲認知症対応型共同生活介護(予防)	介護							
	予防							
⑳地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								
㉑定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
㉒夜間対応型訪問介護								
㉓看護小規模多機能型居宅介護								
㉔サービス付き高齢者向け住宅								
㉕有料老人ホーム	介護付							
	住宅型							
	健康型							
㉖総合事業	訪問型サービス	現行相当サービス						
		基準緩和型						
	通所型サービス	現行相当サービス						
		基準緩和型						
		サロン型						
	短期集中型							
㉗その他								

※「検討中」に○を記入した事業につきまして、笠間市より後日問合せさせていただくことがありますので、ご協力をお願い申し上げます。

※事業展開の変更・決定等がありましたら、その旨お申し出くださいますようご協力をお願い申し上げます。

問2 問1で「拡大意向」または「新規参入希望」に○を記入した事業それぞれについて、予定されている内容をわかる範囲でご記入ください。

サービス種類	予定されている内容(予定地、利用定員、変更(新規)の概要、変更(開始)時期、拡大・新規開設にあたっての課題など)

※介護保険事業計画に位置付ける事業所の整備計画については、要介護認定者数及びサービス利用の将来推計や、別の実施する諸調査の結果等を含め総合的に判断し決定することになるため、本設問に回答していただいても、事業計画に位置付け、整備を行うことを約束するものではないことを予めご了承ください。

## 2 介護人材の確保についてうかがいます

問3 法人全体における介護人材確保の状況についてお答えください。[1つに○]

- |           |           |            |          |
|-----------|-----------|------------|----------|
| 1.確保できている | 2.概ね確保できて | 3.やや不足している | 4.不足している |
|           | いる        |            |          |

問3で「3. やや不足している」、「4. 不足している」とした事業所のみご回答ください

問3-1 不足している職種をお答えください。[あてはまるものすべてに○]

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| 1.訪問介護員   | 2.サービス提供責任者          |
| 3.介護職員    | 4.看護職員               |
| 5.生活相談員   | 6.機能訓練指導員(PT,OT,ST等) |
| 7.介護支援専門員 | 8.その他( )             |

問4 人材確保のために実施している取組についてお答えください。[あてはまるものすべてに○]

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 1.ハローワーク登録     | 2.人材サービス会社(民間の職業紹介機関) |
| 3.法人主催講座・研修会開催 | 4.外人受入れ               |
| 5.その他( )       |                       |

問5 現在、国では介護分野における外国人介護人材の活用を図る取組が進められていますが、外国人介護人材の受入れについてどのように思いますか。[1つに○]

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 関心があり、積極的に受入れを行っている              |
| 2. 現在受入れは行っていないが、関心があり受入れに関して検討中である |
| 3. 関心があり、検討したが今のところ受入れる予定はない        |
| 4. 関心はなく検討もしていない。今後受入れる予定もない        |
| 5. よくわからない                          |

問5で「1. 関心があり積極的に受入れを行っている」とした事業所のみご回答ください。

問5-1 外国人介護人材の雇用において、どのような資格(制度)を利用しましたか。[あてはまるものすべてに○]

- |  |
|--|
| 1. EPA(経済連携協定)に基づく外国人介護福祉士候補者          |
| 2. 日本の介護福祉養成校を卒業した在留資格「介護」を持つ外国人       |
| 3. 技能実習制度を活用した外国人(技能実習生)               |
| 4. 在留資格「特定技能1号」を持つ外国人                  |
| 5. 身分や地位に基づく在留資格(例:永住者・日本人の配偶者等)を持つ外国人 |

問5-2 外国人介護人材を雇用する上で、苦労や困っていることがあれば教えてください。

--

問5で「3. 関心があり、検討したが受入れる予定はない」、「4. 関心はなく検討もしていない。今後受入れる予定もない」とした事業所のみご回答ください。

問5-3 外国人介護人材を受入れない理由はなんですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 言語・文化の違いにより業務に支障があると思うから
2. 利用者等の意思疎通に支障があると思うから
3. 日本語文章力・読解力の不足により介護記録等の作成に支障があると思うから
4. 受入れ体制(外国人の指導・育成できる環境)が整っていない
5. 受入れに関するコストが高いため
6. 受入れに関する情報収集の場がない、または知識がない
7. 外国人を雇用する制度が利用しにくく、受入れのための事務作業が煩雑なため
8. 外国人の活用方法がわからない
9. いずれ帰国してしまうなど、定着に繋がらないと思うから
10. 可能な限り日本人を採用したいため
11. その他( )

### 3 介護保険や総合事業等についてうかがいます

問6 介護保険に関して、市にどのようなことを望みますか。[3つまでに○]

1. 介護保険制度について利用者の理解を促進する  
※特に啓発が必要な内容( )
2. 事業者への情報提供を充実する
3. 利用者の苦情・相談体制を充実する
4. 市独自のサービスメニューを提供する
5. 保険料や利用料に対する市独自の減免措置を充実する
6. 医療機関などへの制度の理解、協力を促進する
7. 事業者間の情報交換、交流の場を設ける
8. 居宅サービスを増設する(サービス名: )
9. 入所施設を増設する(施設種別: )
10. 介護サービスが必要にならないように、介護予防・健康づくりなどに力を入れる
11. その他( )
12. 特にない

問7 高齢者が住み慣れた地域でできる限り住み続けていくためには、どのようなことが重要だと考えますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 軽度の支援を要する高齢者の生活機能の維持・回復を図る介護予防事業の充実
2. 買物やごみ出しなどの生活支援サービスの充実
3. 高齢者の権利擁護(高齢者虐待防止、成年後見制度)体制の充実
4. 他職種連携による地域包括ケアの充実
5. 災害など、緊急時の支え合い体制の充実
6. サロン事業など、地域で気軽に集まれる場の充実
7. 高齢者の移動手段の充実
8. 地域交流や世代間交流の促進
9. 高齢者クラブなど、高齢者の健康・生きがいをづくりの促進
10. ボランティアを育成して見守りなどの活動の充実
11. 高齢者を対象とする日常生活支援の担い手の育成の促進
12. 認知症対策の充実(具体例: )
13. その他( )
14. 特にない

問8 市では、基準緩和型サービスの利用を促進したいと考えていますが、事業の実施に向けてどのような課題があると考えますか。[あてはまるものすべてに○]

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. 更なる基準緩和 | 2. サービス費の引上げ |
| 3. 介護人材の確保 | 4. その他( )    |

問9 市が、基準緩和型サービスの担い手を養成することによって人材の確保が見込めれば、事業が実施できると考えますか。[1つに○]

- |          |                 |
|----------|-----------------|
| 1. 実施できる | 2. 実施できない(理由: ) |
| 3. わからない | 4. その他( )       |

問10 一定の研修を受けた者(専門的な資格を持たない)を雇用して従事させる上で、どのような課題があると考えますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 研修修了者のスキルアップ | 2. 研修修了者と事業所のマッチング |
| 3. その他( )       |                    |

問11 基準緩和型サービスの実施について、事業者の立場から考えられる課題、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたらお聞かせください。

問 12 その他、介護保険制度や介護保険サービスについて、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたら、お聞かせください。


◇ご協力ありがとうございました。

◇12月10日（水）までに送信してください。

# 介護保険事業所調査

～ 調査ご協力のお願い ～

日頃より、市政につきましてご理解とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

笠間市では、第10期介護保険事業計画（令和9～11年度）の重要な基礎資料とさせていただきますため、笠間市内の介護保険事業所を対象に、今後の介護保険サービスの提供に係る意向等をうかがうためアンケートを実施することとなりました。


調査の結果は、統計的に処理するもので、本調査の目的以外に使用したり、皆様にご迷惑をかけたりすることはありません。

何かと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お願い申し上げます。

令和7年11月

笠間市 高齢福祉課

## 【ご記入にあたってのお願い】

- ◇この調査は、笠間市で介護保険サービスを提供している事業所（令和7年9月1日現在）を対象に実施するものです。集計結果を数字で統計的に処理することが目的ですので、ありのままをお答えくださいますようお願いいたします。
- ◇回答の際には、貴事業所の事業運営について把握されている方（代表者の方、管理部門の責任者の方など）がお答えください。
- ◇回答は、令和7年9月1日現在でお答えください。
- ◇お手数でも、このアンケートは事業所ごとにご回答願います。
- ◇質問内容によっては、回答していただく方が限定される質問や、〇の数に制限がある質問がありますので、その場合には矢印や注意書きにご注意ください。
- ◇「その他」にあてはまる場合は、その番号を〇で囲み、（ ）内に内容をご記入ください。
- ◇右の二次元コードを読み取り、右下の番号を入力して、インターネットから回答してください。
- ※回答を中断する場合は、そのまま画面を閉じてください。  
再度回答フォームへアクセスすると、続きから回答できます。
- ※一度回答を送信すると、その後修正はできません。
- ※通信サービスの接続料金は利用者の負担となります。
- ◇回答は、12月10日（水）までに送信してください。

問合せ先：電話：0296-77-1101 内線170（介護保険担当）

アンケート回答者	氏名:	連絡先(電話番号):
法人のメールアドレス (※)		@

※各事業所への連絡事項や調査依頼について、電子メールによる周知を実施しています。つきましては、貴事業所のメールアドレスを必ずご記入くださいますようお願いいたします。

## 1 貴事業所のサービス提供についてうかがいます

問1 貴事業所の介護保険サービスの種類(介護予防サービスを含む)は次のどれですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 介護老人福祉施設	2. 介護老人保健施設
3. 認知症対応型共同生活介護	4. 地域密着型介護老人福祉施設
5. 特定施設入居者生活介護	6. 小規模多機能型居宅介護
7. 看護小規模多機能型居宅介護	8. 介護医療院
└---→ 問1-1、2	
9. 訪問介護	10. 訪問入浴介護
11. 訪問看護	12. 通所介護(地域密着型を含む)
13. 訪問リハビリテーション	14. 居宅療養管理指導
15. 通所リハビリテーション	16. 短期入所生活介護
17. 短期入所療養介護	18. 福祉用具貸与
19. 特定福祉用具販売	20. 居宅介護支援
21. 認知症対応型通所介護	22. その他( )

問1で「1」～「8」を実施している事業所のみご回答ください

問1-1 問1で回答した施設について、定員を記入してください。

※例えば、ショートがない場合などは、「0」をご記入ください。

1. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <定員 入所 床/ショート 床(空床利用は除く)>
2. 介護老人保健施設(老人保健施設)<定員 床>
3. 認知症対応型共同生活介護<定員 名>
4. 地域密着型介護老人福祉施設<定員 入所 床/ショート 床(空床利用は除く)>
5. 特定施設入居者生活介護<定員 名>
6. 小規模多機能型居宅介護<登録定員 名/宿泊定員 名/通い定員 名>
7. 看護小規模多機能型居宅介護<登録定員 名/宿泊定員 名/通い定員 名>
8. 介護医療院<定員 床>

問1-2 要介護度別の入所者等の人数及び待機者の人数をお答えください。

		入所者(利用者または登録者)・待機者の人数(人)						
		※上段に全体数を、下段( )内に市外の人数をご記入ください。						
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	自立・ 要支援	合計
令和7年 11月1日 現在	入所・ 利用・ 登録者	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	待機者	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
令和6年 11月1日 現在	入所・ 利用・ 登録者	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	待機者	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

※ ここからは、現在、居宅サービスまたは地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設を除く）を実施している事業所のみお答えください。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護医療院の事業所の方は、問5へお進みください。

問2 問1で回答した実施しているサービスについて、その介護サービスの定員と利用状況（延べ利用人数）についてお答えください。

※利用率の記入欄があるサービスもありますので、記入漏れにご注意ください。

介護サービスの種類	回答 区分	定員 (人)	令和6年 10月	令和7年 8月	令和7年 9月	令和7年 10月
1 居宅介護支援(予防) (ケアプラン作成)	利用人数	/				
2 訪問介護	利用人数	/				
3 訪問入浴介護(予防)	利用人数	/				
4 訪問看護(予防)	利用人数	/				
5 通所介護 (地域密着型を含む)	利用人数					
	利用率					
6 訪問リハビリテーション(予防)	利用人数					
7 通所リハビリテーション(予防)	利用人数					
	利用率					
8 短期入所生活介護 (予防)	利用人数					
	利用率					

介護サービスの種類		回答区分	定員(人)	令和6年10月	令和7年8月	令和7年9月	令和7年10月
9 短期入所療養介護(予防)		利用人数					
10 福祉用具貸与(予防)		利用人数	/				
11 特定福祉用具販売(予防)		利用人数	/				
12 居宅療養管理指導(予防)		利用人数	/				
13 特定施設入所者生活介護(予防)		利用人数					
		利用率					
14 小規模多機能型居宅介護(予防)	訪問	利用人数					
		利用率					
	通い	利用人数					
		利用率					
	泊まり	利用人数					
		利用率					
15 看護小規模多機能型居宅介護	訪問	利用人数					
		利用率					
	通い	利用人数					
		利用率					
	泊まり	利用人数					
		利用率					
16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		利用人数	/				
17 認知症対応型通所介護(予防)		利用人数					
		利用率					
18 認知症対応型共同生活介護(予防)		利用人数					
		利用率					

$$\text{※利用率} = \frac{\text{1ヶ月の延べ利用人数}}{\text{定員} \times \text{事業所稼働日数}}$$

※なお、定員の項目のうち、斜線の部分は記入しなくて結構です。

問3 問2から、現在の定員と利用状況を比較すると、次のどれにあてはまりますか。[1つに○]

- |                        |               |
|------------------------|---------------|
| 1. ほぼ定員どおりである          | 2. 定員より需要が少ない |
| 3. 定員より需要が多く、提供を調整している | 4. その他( )     |

問4 貴事業所では、対応に困難な利用者がいますか。[1つに○]

- |             |        |
|-------------|--------|
| 1. いる ⇒問4-1 | 2. いない |
|-------------|--------|

問4で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問4-1 対応が困難と感じることはどのようなことですか。[あてはまるものすべてに○]

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 要介護度が重い          | 2. 病状が重い           |
| 3. 医療的な処置を必要とする     | 4. 介護に時間がかかる       |
| 5. 本人・介護者の要求が高い     | 6. 本人・介護者の理解が得られない |
| 7. 本人・介護者のニーズがつかめない | 8. 連携等に手間がかかる      |
| 9. その他( )           |                    |

## 2 貴事業所の運営状況についてうかがいます

問5 この1年間の貴事業所の介護人材確保の状況はどうですか。[1つに○]

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 確保できている  | 2. 概ね確保できている |
| 3. やや不足している | 4. 不足している    |

問5で「3. やや不足している」、「4. 不足している」とした事業所のみご回答ください

問5-1 不足している職種をお答えください。[あてはまるものすべてに○]

- |            |                       |
|------------|-----------------------|
| 1. 訪問介護員   | 2. サービス提供責任者          |
| 3. 介護職員    | 4. 看護職員               |
| 5. 生活相談員   | 6. 機能訓練指導員(PT、OT、ST等) |
| 7. 介護支援専門員 | 8. その他( )             |

問6 介護知識や介護技術などをレベルアップし、サービスの質的向上を図る上での課題は何だと思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 従業者間でのレベルの差が大きい                |
| 2. 適切な研修の機会が不足している                |
| 3. 従業者の定着が不安定なため、事業所全体の水準を上げるのが困難 |
| 4. 利用者の声をサービスの質的向上に活かしていない        |
| 5. 福祉サービス第三者評価を導入していない            |
| 6. 外部評価制度による評価内容を活かしていない          |
| 7. その他( )                         |
| 8. 特にない                           |

問7 貴事業所の事業展開上、どのような課題がありますか。[あてはまるものすべてに○]

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| 1. 介護保険制度の将来像が不透明である  | 2. 介護報酬が低い       |
| 3. 施設設備・改修等の費用の確保が難しい | 4. 利用者が少ない       |
| 5. 専門職員(スタッフ)の確保が難しい  | 6. 職員の教育が十分にできない |
| ※職種( )                |                  |
| 7. 他の事業所と連携をとるのが難しい   | 8. その他( )        |
| 9. 特にない               |                  |

### 3 介護保険や高齢者福祉についてうかがいます

問8 介護保険に関して、市にどのようなことを望みますか。[3つに○]

- |  |
|--|
| 1. 介護保険制度について利用者の理解を促進する<br>(特に啓発が必要な内容: ) |
| 2. 事業者への情報提供を充実する<br>(特にどのような情報か: )        |
| 3. 利用者の苦情・相談体制を充実する                        |
| 4. 市独自のサービスメニューを提供する                       |
| 5. 保険料や利用料に対する市独自の減免措置を充実する                |
| 6. 医療機関などへの制度の理解、協力を促進する                   |
| 7. 事業者間の情報交換、交流の場を設ける                      |
| 8. 居宅サービスを増設する(サービス名: )                    |
| 9. 入所施設を増設する(施設種別: )                       |
| 10. 介護サービスが必要にならないように、健康づくりなどに力を入れる        |
| 11. その他( )                                 |
| 12. 特にない                                   |

問9 事業所が単独で行っている送迎業務を外部の団体に集約し、地域一体で共同運行するサービスがあれば利用したいですか。(送迎業務を行っている事業所のみご回答ください。)[1つに○]

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. 利用したい | 2. 利用しない |
|----------|----------|

問10 高齢者が住み慣れた地域でできる限り住み続けていくためには、どのようなことが重要だと考えますか。[あてはまるものすべてに○]

- 1. 軽度の支援を要する高齢者の生活機能の維持・回復を図る介護予防事業の充実
- 2. 買物やごみ出しなどの生活支援サービスの充実
- 3. 高齢者の権利擁護(高齢者虐待防止、成年後見制度)体制の充実
- 4. 他職種連携による地域包括ケアの充実
- 5. 災害など、緊急時の支え合い体制の充実
- 6. サロン事業など、地域で気軽に集まれる場の充実
- 7. 高齢者の移動手段の充実
- 8. 地域交流や世代間交流の促進
- 9. 高齢者クラブなど、高齢者の健康・生きがいづくりの促進
- 10. ボランティアを育成して見守りなどの活動の充実
- 11. 高齢者を対象とする日常生活支援の担い手の育成の促進
- 12. 認知症対策の充実(具体例： )
- 13. その他( )
- 14. 特にない

問11 介護保険制度や介護保険サービスについて、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたら、お聞かせください。


◇ここからは、問1で「1.介護老人福祉施設」、「2.介護老人保健施設」、「3.認知症対応型共同生活介護」、「4.地域密着型介護老人福祉施設」、「20.居宅介護支援」と回答した事業所のみお答えください。

◇上記以外の方は、調査終了です。ご協力ありがとうございました。

## 4 成年後見制度についてうかがいます

問12 成年後見制度を利用している利用者はいますか。[1つに○] いる場合は人数も記入してください。

1. いる(            人)            2. いない            3. 把握していない

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない方について、法律に基づき家庭裁判所が本人の権利を守る援助者(成年後見人等)を選ぶことで本人の権利の保護、財産管理を支援する制度です。

問13 成年後見制度の申立てをしていないが、制度が必要と思われる利用者はいますか。[1つに○] いる場合は人数も記入してください。

1. いる(        人) ⇒問13-1    2. いない ⇒問14            3. 把握していない ⇒問14

※申立てとは、認知症などで判断能力が低下した方に、援助者(成年後見人等)を家庭裁判所に選んでもらうための手続きのことです。

### 問13で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問13-1 成年後見人等に対してどのような役割を期待していますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 金銭管理                            2. 契約等の事務手続き            3. 不動産管理  
4. 相続手続き                        5. その他(                            )

### 問13で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問13-2 成年後見制度が必要にもかかわらず、申立てしない理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 制度や手続きの仕方がわからないため  
2. 本人や家族に制度を利用する意向がないため  
3. 本人や家族が申立てをしようとしたが、あきらめたため  
4. 申立てできる親族がないため  
5. その他(                            )

問14 地域包括支援センターで成年後見制度に関する相談ができることを知っていますか。[1つに○]

1. 知っている                            2. 知らない

◇ご協力ありがとうございました。

◇12月10日(水)までに送信してください。

## 笠間市在宅生活改善調査【事業所票】

※令和7年9月1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、及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

問2、3は、貴事業所において、過去1年の間(令和6年度:令和6年4月1日～7年3月31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(令和6年度)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。(数値を記入)

※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。

※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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問3 貴事業所において、過去1年間の間(令和6年度)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	市内	市外
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"/>
<b>合計★</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

合計人数が一致するよう「確認」してください

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。

笠間市在宅生活改善調査【利用者票】（令和7年9月1日現在の状況について回答してください。）

「自宅」、「サ高住」、「住宅型有料」、「養老老人ホーム」にお住まいの方のうち「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」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」が対象です。例えば「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。		2. 対象となる利用者の主な家族等介護者の状況等について、お伺いします。		3. 現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由等について、お伺いします。				4. 「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」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。									
題1-0 利用者の所在地	題1-1 「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」に該当しますか。	題1-2 「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」に該当しますか。	題1-3 養老施設	題1-4 現在の住所	題1-5 要支援・要介護度	題2-1 主な家族等介護者の方の年齢	題2-2 主な家族等介護者の方の職歴	題2-3 現在の在宅生活の継続、または家族等介護者の就労継続に向けて、特に家族等介護者の負担になっている介護	題3-1 現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由について、お答えください。	題3-2 (1) 本人の状況等に該当する理由について、お答えください。	題3-3 (2) 主に本人の意向等に該当する理由について、お答えください。	題3-4 (3) 主に家族等介護者の意向・負担等に該当する理由について、お答えください。	題3-5 (4) 本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続のために、充てがなければならない「生活支援」をお答えください。	題4-1 本来ならより適切と思われる、具体的なサービスをお答えください。	題4-2 【問4-1で「12.」～「19.」を選択した場合】 利用者の入所・入居の難しさをお答えください。	題4-3 【問4-1で「12.」～「19.」を選択した場合】 入所・入居できない理由をお答えください。	題4-4 【問4-1で「19.」を選択した場合】 特設に入居できない理由をお答えください。
1. 性別	1. 男性 2. 女性	1. はい 2. いいえ	1. 施設 2. 在宅 3. サ高住 4. 養老老人ホーム	1. 自宅 2. 在宅 3. サ高住 4. 養老老人ホーム	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 要介護6 9. その他 10. 不明	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 10. (別居している家族も含め)家族等介護者はいない 11. (問1-1に該当していません)	1. フルタイム 2. パートタイムで働いている 3. 勤務形態は不明だが働いている 4. 働いていない 5. 主な介護者には該当しないが、わが家から 6. パートタイムまたは、「訪問介護」等の職歴がある 7. 専業主婦 8. 専業主婦 9. 専業主婦 10. 専業主婦 11. 専業主婦 12. 専業主婦 13. 専業主婦 14. 専業主婦 15. その他 16. 特になし 17. 主な介護者に該当しないが、わからない	1. 該当なし 2. 必要な生活支援の増大 3. 必要な身体介護の増大 4. 認知症の悪化 5. 身体的・精神的負担の増大 6. その他、本人の状況等の改善 7. その他、本人の意向等があるから	1. 該当なし 2. 本人が、一部の研究サービスの利用を望まないから 3. 生活不安が大きいから 4. 居住環境が不便だから 5. 本人が、時差のある勤務の負担を望まないから 6. 費用負担が重いから 7. その他、本人の意向等があるから	1. 該当なし 2. 介護者の介護に不安・負担の増大 3. 介護者が、一部の在宅サービスの利用を望まないから 4. 家族等の介護等技術では対応が困難 5. 費用負担が重いから 6. 家族等の就労継続が困難になり始めたから 7. 本人と家族等の関係性に課題があるから 8. その他、家族等介護者の意向等があるから	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. 通所介護(通所リハ、認知症対応型通所) 7. 定期巡回サービス 8. 小規模多機能 9. 看護小規模多機能 10. 訪問診療 11. 在宅管理栄養指導 12. 住宅型有料 13. サ高住(特定施設を除く) 14. 養老老人ホーム 15. グループホーム 16. 特設施設 17. 介護老人保健施設 18. 介護医療院 19. 特別介護老人ホーム → 住まい・施設等についても選択した場合は、問4-2以降も回答 20. 「1.」～「19.」では、改善は難しいと思う(回答は減らす)	1. 緊急性が高い 2. 入所が難しいが、空きが少なくは他のサービスでも大丈夫 3. その他	1. まだ、申込をしない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みで空きはあるが、希望の日に申込できない 4. 申込済みだが、空きを理由に入所・入居できない 5. その他	1. 申込済みだが、申込できない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みだが、希望の日に申込できない 4. 申込済みだが、希望の日に申込できない 5. その他			

## 笠間市居所変更実態調査

※令和7年9月1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○)

1. 住宅型有料老人ホーム	6. 地域密着型特定施設
2. 軽費老人ホーム(特定施設除く)	7. 介護老人保健施設
3. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	8. 介護医療院
4. グループホーム	9. 特別養護老人ホーム
5. 特定施設	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	
2) 定員数など	(人/戸/室)
3) 入所・入居者数	人
4) (貴施設等の)待機者数	人
5) 特別養護老人ホームの待機者数(申込者数)	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

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

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)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 人
-----------------------------	--

問6 施設のかかりつけ医や協力医療機関において、緊急(急変)時対応や看取り対応は可能ですか。(1つに○)

<input type="checkbox"/>	1. 緊急(急変)対応も看取り対応も可能である。
<input type="checkbox"/>	2. 緊急(急変)対応のみ可能である。
<input type="checkbox"/>	3. 緊急(急変)によらない看取り対応のみ可能である。
<input type="checkbox"/>	4. 緊急(急変)対応も看取り対応も不可能である。

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7 過去1年間(令和6年度:令和6年4月1日～7年3月31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8 問7の過去1年間(令和6年度)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。

	市内	市外
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9 過去1年間(令和6年度)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10 問9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		

問11 問9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。(数値を記入)

※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。

	市内	市外
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) 病院・診療所(上記「9」を除く) ※一時的な入院は含みません。		
11) 特別養護老人ホーム		
12) 地域密着型特別養護老人ホーム		
13) その他		
14) 行先を把握していない		
15) 死亡(※搬送先での死亡を含む)		
合計☆		

合計人数が一致することを、ご確認ください

問12 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13 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。

## 笠間市介護人材実態調査【事業所票】訪問系

※令和7年9月1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。

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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)) |
| <input type="checkbox"/> | 2. 小規模多機能型居宅介護                                |
| <input type="checkbox"/> | 3. 看護小規模多機能型居宅介護                              |
| <input type="checkbox"/> | 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		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人

外国人職員数		人	派遣職員数		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○)

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. はい ⇒問2-3へ |
| <input type="checkbox"/> | 2. いいえ ⇒問3へ  |

問2-3 令和7年9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(令和6年度:令和6年4月1日~7年3月31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		
非常勤職員		
合計		

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。

## 笠間市介護人材実態調査【事業所票】 施設・通所系

※令和7年9月1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		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人

外国人職員数		人	派遣職員数		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 令和7年9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(令和6年度:令和6年4月1日～7年3月31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		
非常勤職員		
合計		

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、調査票の設問(問5)にお進みください。

## 笠間市介護人材実態調査【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。

※令和7年9月1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つに○)

- 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つに○)

- 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○)	<input type="checkbox"/> 1. 常勤職員	<input type="checkbox"/> 2. 非常勤職員
2) 性別(1つに○)	<input type="checkbox"/> 1. 男性	<input type="checkbox"/> 2. 女性
3) 年齢(1つに○)	<input type="checkbox"/> 1. 20歳未満	<input type="checkbox"/> 2. 20代
	<input type="checkbox"/> 4. 40代	<input type="checkbox"/> 5. 50代
	<input type="checkbox"/> 7. 70代以上	<input type="checkbox"/> 3. 30代
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○)	<input type="checkbox"/> 1. 1年以上 ⇒問6に回答	
	<input type="checkbox"/> 2. 1年未満 ⇒問4と問6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つに○)

- 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○)	<input type="checkbox"/> 1. 現在の事業所と、同一の市区町村内
	<input type="checkbox"/> 2. 現在の事業所と、別の市区町村内
2) 法人(1つに○)	<input type="checkbox"/> 1. 現在の事業所と、同一の法人・グループ
	<input type="checkbox"/> 2. 現在の事業所と、別の法人・グループ

## 職員票(訪問介護員向け)

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。「買物」は、店舗での買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。

※障害福祉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。

### 問6 ■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

### 問6 ■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