

第10期にしん高齢者ゆめプラン (令和9年度～令和11年度)の策定について

1 計画策定について

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく老人福祉計画と、介護保険法第117条に基づき介護保険事業の円滑な実施を図るために定める市町村介護保険事業計画を一体的に策定するものです。

本市においては、国の基本方針や愛知県が定める健康・福祉関連計画との整合性の取れた計画とします。

○策定支援業者の決定○

【業者名】 株式会社サーベイリサーチセンター
名古屋事務所

【選定方法】 公募型プロポーザル

【委託期間】 令和7年7月30日～令和9年3月24日

○介護予防評価及び効果測定における協定締結○

【概要】 第9期アンケート回答者を追跡調査することで、介護予防事業の評価および効果測定を行う。データ分析を行うことで、今後の介護予防施策の在り方検討にもつなげる。

【協定関係者】 愛知淑徳大学(研究協力:千葉大学)

2 国の動向と方向性

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ(概要)資料より

(2025. 7. 25)

国の動向

2040年に向けた課題

- ✓ 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- ✓ サービス需要の地域差（自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供）
- ✓ 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保
- ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援
- ④ 地域の共通課題と地方創生

方向性

サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

- 【一般市等】 サービスを過不足なく提供（既存の介護資源等を有効活用しサービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と対応）

地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論
- 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
- 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

人材確保・生産性向上・経営支援 等

- テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上(事業者への伴走支援や在宅技術開発)
- 介護事業者の協働化・連携(間接業務効率化)の推進 等

福祉サービス共通課題への対応(分野を超えた連携促進)

- 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援
- 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等
- 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実 等

3 計画策定スケジュール（予定）

令和7年度	令和7年						令和8年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
■各種調査の実施												
【各種アンケート調査】												
調査票作成～準備	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒								
調査実施・回収					⇒⇒							
入力・集計・分析・報告書						⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒				
■国・県の動向、先進自治体・取り組み事例の収集・提供												
情報収集・整理	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒				
■日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会												
運営協議会の開催				●				●				
令和8年度	令和8年									令和9年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
■各種現状分析												
各種統計資料データ更新	⇒⇒											
評価検討シートの記入	⇒⇒	⇒⇒										
課題のとりまとめ	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒									
■各種推計												
人口推計、認定者推計	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒									
サービス量及び給付費推計		⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒		
■計画素案・原案の作成												
基本理念・計画骨子案の検討	⇒⇒	⇒⇒										
計画素案の作成・検討			⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒			
計画書案の作成										⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒
概要版の作成											⇒⇒	⇒⇒
■国・県の動向、先進自治体・取り組み事例の収集・提供												
情報収集・整理	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒	⇒⇒
■日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会												
運営協議会の開催		●			●			●			●	

【日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会】

想定開催時期			内容
令和7年度	第1回	令和7年11月5日	○次期計画の概要、国の動向、同行アンケート実施の概要、アンケート調査票案 等
	第2回	令和8年3月予定	○アンケート実施状況の報告（回収率等）
令和8年度	第1回	令和8年5月	○各種アンケート調査結果の報告 ○人口推計・認定者推計の報告 ○計画骨子案の検討
	第2回	8月	○計画素案の検討
	第3回	11月	○サービスの見込み量・保険料（見込額）の検討 ○計画素案の検討
	第4回	令和9年2月	○パブリックコメント実施結果の報告 ○サービスの見込み量・保険料（最終推計値）の承認 ○計画書案の検討・承認

4 アンケート調査の実施

令和7年11月5日 第1回日進市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会 資料2-2

本計画策定にあたって、以下のアンケート調査を実施します。

アンケート	必須等	調査対象者	調査方法	対象者数	調査目的	調査項目
① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	国必須	65歳以上の高齢者で要介護認定を受けていない人	郵送配布・郵送及びWEB回収	2,500件	高齢者の生活状況、健康状態、地域における活動状況の把握 等	○国必須・オプション項目・市独自項目で構成 ・健康状態、毎日の生活、地域での活動 ・新しい認知症観の把握 ・介護予防評価の把握 等
		<新規> ・65歳以上の高齢者で要介護認定を受けていない人 ・第9期調査回答者	郵送配布・郵送及WEB回収	1,500人	第9期調査回答者を継続して調査を実施し、介護予防の評価分析を行う。	○国必須・オプション項目・市独自項目で構成 ・介護予防評価の把握 ・健康状態、介護予防に関する事業参加状況 等
② 在宅介護実態調査	国必須	在宅の要支援・要介護者	郵送配布・郵送回収	1,200人	「家族等介護者の就労継続」や「要介護者の適切な在宅生活の継続」等についての、客観的な状態把握等	○国必須・オプション項目・市独自項目で構成 (本人の状況) ・家族等による介護の頻度・在宅生活継続に必要な支援 等 (介護者の状況) ・介護者の就労状況・介護離職状況、介護者の働き方の調整 等
③ フレイル予防調査	市独自	65歳以上の高齢者で要介護認定または要支援認定を受けていない人(①を除く)	郵送配布・郵送及びWEB回収	11,800人	フレイル予防に関する高齢者の意識と実態の把握	健康状態・地域活動の状況 等
④ 在宅生活改善調査	<新規> 国推奨	居宅介護支援事業所等を対象 (事業者票) 管理者 (利用者票) ケアマネジャー	メールによるExcelデータ送付・回収	全事業所	居宅の現在のサービスでは生活維持が困難な利用者の実態を把握し、不足サービスを検討	(事業者票) ・ケアマネジャーの人数及び利用者数、自宅等から居場所を変更した利用者数 等 (利用者票) ・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理由、状況を改善するためのサービス 等
⑤ 介護人材実態調査	<新規> 国推奨	・施設・通所系サービスの事業者票 ・訪問系サービスの事業者票・職員票	メールによるExcelデータ送付・回収	全事業所	介護人材の実態を個票で把握し、介護人材の確保・定着等に向けて必要な取組等を検討	(事業者票) ・介護職員の総数、採用者数、離職者数 等 (職員票) ・雇用形態、性別、過去1週間の勤務時間(身体介護・生活援助を提供した時間) 等
⑥ 居所変更実態調査	国推奨	施設・居住系サービス及び住まいを対象	メールによるExcelデータ送付・回収	全事業所	過去1年間に施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数や死亡した人数等を把握し、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めるために必要な機能について検討	入居・退去の流れ(過去1年間の新規の入所・入居者数、過去1年間の退去者数)や退去する理由 等

(宛名ラベル)

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、以下の質問で構成されています。

- ① 国が示す必須項目およびオプション項目
- ② 介護予防評価研究に関する項目
- ③ 市独自の項目 **(黄色マーカー)**

にっしん高齢者ゆめプラン アンケート調査 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)

～ご協力をお願い～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。
本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にっしん高齢者ゆめプラン』(日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画)を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

そして、令和9年度から11年度までの3年間を期間とする新たな計画の策定に向けて、市民の皆様の生活状態等を把握するためにアンケート調査を実施いたしますので、ご協力のほどお願いします。

なお、収集した個人情報については、日進市個人情報の保護に関する法律施行条例に基づく適正な取扱いを行います。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

ご記入にあたって

- 1 この調査は、令和7年〇〇月〇〇日現在、本市に居住の65歳以上の方で、要介護認定を受けていない方の中から無作為に抽出した2,500名と前回調査(令和4年度)回答者1,500名を対象にお願いしています。
- 2 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいても構いません。
- 3 個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見させていただきます。
 - ・ 本調査で得られた情報につきましては、にっしん高齢者ゆめプラン策定とその推進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、日進市で適切に管理いたします。
 - ・ 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、厚生労働省及び日進市の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
 - ・ 本調査で得られた情報をもとに、必要に応じて日進市が実施する保健事業・介護予防事業等を案内させていただくことがあります。
 - ・ この調査の分析にあたっては、日進市が管理する介護保険の被保険者情報(性別、年齢、住所、要介護状態区分、居住学区)を使用いたします。
- 4 アンケート用紙は、ご記入の上、同封しました返信用封筒に入れ、**令和8年1月〇〇日(〇)まで**に投函してください(切手不要)。

★右のQRコード又は下記 URL から、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。
次のID及びパスワードでログインし、回答してください。

【ID】

【パスワード】

<https://src.webcas.net/form/pub/src/23230a>

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。

二次元
コード

- 5 回答に際してご不明な点や、この調査についてのお問合せは下記へお願いいたします。

日進市 福祉部 地域福祉課 〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地

電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

はじめに

問1 調査票をご記入されたのはどなたですか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|---------------------|---|
| 1. ご本人が記入 | 2. ご家族が記入(本人からみた続柄) |) |
| 3. その他(| |) |

あなたのご家族や生活状況について

問2 家族構成をお教えてください。(○は1つ)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 一人暮らし | 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(|) |

問3 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。(○は1つ)

- | |
|---|
| 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) |

問3で「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)」とお答えの方にお聞きします。

問3-1 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|--------------------|-----------------|--------------|
| 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・聴覚障害 | 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 |

問3で「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)」とお答えの方にお聞きします。

問3-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(○はいくつでも)

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

問4 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。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|-------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

問5 お住まいは戸建て、または集合住宅のどちらですか。(○は1つ)

- | | |
|---|--|
| 1. 持家 (戸建て) | 2. 持家 (集合住宅) |
| 3. 民間賃貸住宅 (戸建て)
<small>みんかんちんたいじゅうたく</small> | 4. 民間賃貸住宅 (集合住宅)
<small>みんかんちんたいじゅうたく</small> |
| 5. 借家 | 6. その他 () |

問6 あなたが受けられた学校教育は何年間でしたか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1. 6年未満 | 2. 6～9年 | 3. 10～12年 |
| 4. 13年以上 | 5. その他 () | |

問7 あなたは1日にどのくらいの時間、スマートフォンを使っていますか。(○は1つ)
(電話・メール・LINE・写真・ゲームなど、すべての利用を含みます)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. ほとんど使わない (1日15分未満) | 2. 30分くらい |
| 3. 1時間くらい | 4. 2～3時間くらい |
| 5. 4時間以上 | 6. スマートフォンを持っていない |

問8 あなたは主にどのような目的でスマートフォンを使っていますか。(○はいくつでも)

- | |
|---|
| 1. 電話をかける・受ける |
| 2. メール (ショートメール・Gmail など) |
| 3. LINE や SNS (LINE、Facebook、X など) でのやり取り |
| 4. 写真や動画の撮影・閲覧 |
| 5. ニュース・天気・地図などの情報を調べる |
| 6. 動画 (YouTube など) を見る |
| 7. 買い物 (ネットショッピングなど) をする |
| 8. 健康管理 (歩数・血圧・服薬など) に使う |
| 9. ゲームをする |
| 10. 行政サービス (マイナポータルなど) を使う |
| 11. その他 () |

からだを動かすことについて

問9 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(○は1つ)

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

問10 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。(○は1つ)

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

問 11 15分位続けて歩いていますか。(○は1つ)

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

問 12 平均すると1日の合計で何分ぐらい歩きますか。(○は1つ)

1. 30分未満 2. 30~59分 3. 60~89分 4. 90分以上

問 13 過去1年間に転んだ経験がありますか。(○は1つ)

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

問 14 転倒に対する不安は大きいですか。(○は1つ)

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

問 15 週に1回以上は外出していますか。(○は1つ)

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

問 16 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○は1つ)

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

問 17 外出を控えていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 17で「1. はい」とお答えの方にお聞きします。

問 17-1 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○はいくつでも)

1. 病気 2. 障害 (脳卒中^{しょうがい}の後遺症^{のうそつちゅう}など)^{こういしょう}
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 ()

問 18 外出する際の移動手段は何ですか。(○はいくつでも)

1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク
4. 自動車 (自分で運転) 5. 自動車 (人に乗せてもらう)
6. 電車 7. 路線バス (くるりんばす含む) 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. 地域ボランティアによる移動支援
14. その他 ()

食べることについて

問 19 身長と体重をお書きください。

身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----	----	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----

問 20 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 21 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。(○は 1 つ)

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 22 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 23 お茶や汁物等でむせることがありますか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 24 口の渇きが気になりますか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 25 歯磨き (人にやってもら場合も含む) を毎日していますか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 26 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。(○は 1 つ)

(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

問 26 で「1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用」または「3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用」とお答えの方にお聞きします。

問 26-1 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 27 噛み合わせは良いですか。(○は 1 つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

健康状態・毎日の生活について

問 28 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○は1つ)

- | | |
|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |

問 29 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|--|---|
| 1. ない | 2. 高血圧 |
| 3. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
<small>のうそつちゅう のうしゅっけつ のうこうそくなど</small> | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病
<small>とうりょうびょう</small> | 6. 高脂血症 (脂質異常)
<small>こうしけっしょう しじつじょう</small> |
| 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
<small>じんぞう ぜんりつせん</small> | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)
<small>きんこつかく こつそ しょう</small> |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等)
<small>がいしょう てんとう こっせつなど</small> | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気
<small>めんえき</small> | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等)
<small>にんちしょう</small> | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 () | |

問 30 お酒は飲みますか。(○は1つ)

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

問 31 タバコは吸っていますか。(○は1つ)

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

問 32 バスや電車を使って一人で外出していますか。(自家用車でも可) (○は1つ)

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

問 33 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(○は1つ)

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

問 34 自分で食事の用意をしていますか。(○は1つ)

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

問 35 自分で請求書の支払いをしていますか。(○は1つ)

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

問 36 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(○は1つ)

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

問 37 新聞を読んでいますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 38 健康についての記事や番組に関心がありますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 39 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 40 家族や友人の相談にのっていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 41 趣味はありますか。(○は1つ)

1. 趣味あり  ()
2. 思いつかない

問 42 生きがいがありますか。(○は1つ)

1. 生きがいあり  ()
2. 思いつかない

問 43 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。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 44 物忘れが多いと感じますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 45 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。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 46 今日が何月何日かわからない時がありますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 47 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 (○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 48 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 49 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問 50 (ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 51 (ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 52 (ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 53 今の生活に満足していますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 54 生きていても仕方がないという気持ちになることがありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 55 毎日の活動力や世間に対する関心がなくなってきたように思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 56 生きているのがむなしいように感じますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 57 退屈に思うことがよくありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 58 普段は気分がよいですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 59 なにか悪いことがおこりそうな気がしますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 60 自分は幸せなほうだと思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 61 どうしようもないと思うことがよくありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 62 外に出かけるよりも家にいることのほうが好きですか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 63 ほかに人より物忘れが多いと思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 64 周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるといわれますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 65 こうして生きていることはすばらしいと思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 66 自分は活力が満ちていると感じますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 67 こんな暮らしでは希望がないと思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 68 ほかに人は、自分より裕福だと思いますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 69 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。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 70 病人を見舞うことができますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問 71 あなたは、現在どの程度幸せですか。(○は1つ)

(「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**

0点

1点

2点

3点

4点

5点

6点

7点

8点

9点

10点

**とても
幸せ**

地域での活動について

問 72 以下のような会・グループ等による活動にどのくらいの頻度で参加していますか。

※ (1) ~ (9) それぞれに回答してください。

項 目	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) つどいの場（ほっとカフ ェ・ぷらっとホームなど）	1	2	3	4	5	6
(6) 老人クラブ （いきいきクラブなど）	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
(9) おたっしゃハウス	1	2	3	4	5	6
(10) 特技や経験を他者に 伝える活動	1	2	3	4	5	6

問 72 (5) つどいの場（ほっとカフェ・ぷらっとホームなど）で「年に数回～週4回以上」と回答された方にお尋ねします。

問 72-1 いつから参加されているか参加期間はどれくらいですか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|-----------------|
| 1. 参加1年未満 | 2. 参加1～2年未満 | 3. 参加2～3年未満 |
| 4. 参加3～4年未満 | 5. 参加4年以上 | 6. 参加しているが期間は不明 |

問 72 (9) おたっしゃハウスで「年に数回～週4回以上」と回答された方にお尋ねします。

問 72-2 いつから参加されているか参加期間はどれくらいですか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|-----------------|
| 1. 参加1年未満 | 2. 参加1～2年未満 | 3. 参加2～3年未満 |
| 4. 参加3～4年未満 | 5. 参加4年以上 | 6. 参加しているが期間は不明 |

問 73 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。（○は1つ）

- | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|
| 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) 反対に、看病や世話をしあける人 (○はいくつでも)

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

問 77 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。
(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------------|-----------------|---|
| 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・市役所 | 6. その他 (|) |
| 7. そのような人はいない | | |

問 78 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(○は1つ)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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 79 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) (○は1つ)

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

問 80 あなたが住んでいる地域についておうかがいします。

(1) あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|-------------|--------------|
| 1. とても信用できる | 2. まあ信用できる | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり信用できない | 5. 全く信用できない | |

(2) あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうと思いませんか。
(○は1つ)

- | | | |
|--------------|-------------|--------------|
| 1. とてもそう思う | 2. まあそう思う | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりそう思わない | 5. 全くそう思わない | |

(3) あなたは、現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とても愛着がある | 2. まあ愛着がある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり愛着がない | 5. 全く愛着がない | |

認知症について

問 81 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。(○は1つ)

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

問 82 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

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

問 83 「新しい認知症観」(本人や家族がその人らしい生活を地域で送ることを大切にする考え方)について知っていますか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|-------------|-----------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはある | 3. 知らなかった |
|----------|-------------|-----------|

問 84 地域で認知症の人やご家族も含めて「お互い様」の気持ちで支え合える社会が大切だと思いますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. とても大切だと思う | 2. ある程度大切だと思う |
| 3. あまり大切だとは思わない | 4. 全く大切だとは思わない |

介護保険制度および高齢者福祉施策について

問 85 介護保険制度や市が行う高齢者に対するサービスなどの情報をどこから得ていますか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 1. 市の窓口 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. ケアマネジャー | 4. 介護サービス提供事業者 |
| 5. 主治医、医療機関 | 6. 民生委員 |
| 7. 家族、親戚、友人、知人 | 8. 市の広報(広報にっしん、チラシなど) |
| 9. 地域の回覧 | 10. 市のホームページや公式 LINE など |
| 11. その他() | |

問 86 「人生会議」または「ACP」※について、知っていますか。(○は1つ)

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

※人生会議(ACP…アドバンス・ケア・プランニング)とは
もしものときのために、自分自身が望む医療やケアについて前もって考え、信頼できる人や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のことです。

問 87 高齢者の福祉・介護・医療について、ご意見・要望がありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

(宛名ラベル)

在宅要介護等認定者

在宅介護実態調査は、以下の質問で構成されています。

- ① 国が示す必須項目およびオプション項目
- ② 市独自の項目 (黄色マーカー)

にっしん高齢者ゆめプラン アンケート調査

～ご協力をお願い～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にっしん高齢者ゆめプラン』(日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画)を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

そして、令和9年度から11年度までの3年間を期間とする新たな計画の策定に向けて、市民の皆様のご意見や生活状態、介護をされているご家族の方の状況を把握するためにアンケート調査を実施いたしますので、ご協力のほどお願いします。

なお、収集した個人情報については、日進市個人情報の保護に関する法律施行条例に基づく適正な取扱いを行います。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

ご記入にあたって

- 1 この調査は、令和7年〇月〇〇日現在、本市に居住の要支援・要介護認定を受け、在宅で暮らしている方の中から抽出した1,200名を対象にお願いしています。
- 2 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいても構いません。
- 3 個人情報の保護および活用目的、要介護認定データの活用について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。
 - ・ 本調査で得られた情報につきましては、にっしん高齢者ゆめプラン策定とその推進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、日進市で適切に管理いたします。
 - ・ 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、厚生労働省及び日進市の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
 - ・ 本調査で得られた情報をもとに、必要に応じて日進市が実施する保健事業・介護保険事業等を案内させていただくことがあります。
 - ・ 要介護認定データを、本市における高齢者等支援施策の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、目的以外の利用はいたしません。
- 4 アンケート用紙は、ご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、令和8年1月〇〇日(〇)までに投函してください(切手不要)。
- 5 回答に際してご不明な点や、この調査についてのお問合せは下記へお願いいたします。

日進市 福祉部 地域福祉課
〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地
電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

調査票対象者様ご本人について

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（〇はいくつでも）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. その他（ ） |

問2 世帯類型について、ご回答ください。（〇は1つ）

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

問3 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。（〇は1つ）

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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、次の施設を指します。

特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、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

問4 宛名の方ご本人（調査対象者）に、介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。

（〇はいくつでも）

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

ここから再び、全員の方にお聞きします。

問7 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。(○はいくつでも)

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 5. ゴミ出し | |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | |
| 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 | |
| 10. その他（ ） | 11. 利用していない | |

問8 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。(○はいくつでも)

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

問9 宛名の方ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか。(○は1つ)

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

介護保険制度および高齢者福祉施策について

問10 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）。(○は1つ)

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 1. ない | ➡ 調査は終了です |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| 3. 週に1～2日ある | |
| 4. 週に3～4日ある | ➡ 問11へ |
| 5. ほぼ毎日ある | |

- 問 10 で「2. 」～「5. 」を選択された場合は、「主な介護者」の方に問 11 以降のご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、宛名の方ご本人(調査対象者)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

主な介護者の方について

問 11 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つ)

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

問 12 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問 13 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 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 14 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(○はいくつでも)

【 身体介護 】

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) | |

【 生活援助 】

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備(調理等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【 その他 】

15. その他 ()
16. わからない

ここから先は、問 17 で「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」と回答した方にお聞きします。

問 18 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行っていますか。(〇はいくつでも)

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、「2.」～「4.」以外の調整をしながら、働いている
6. 主な介護者に確認しないと、わからない

問 19 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。(〇は3つまで)

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他（)
10. 特にない
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

問 20 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。(〇は1つ)

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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

(宛名ラベル)

フレイル予防調査は以下の質問で構成されています。

- ① 介護予防評価研究に関する項目
- ② 市独自の項目 (黄色マーカー)

にっしん高齢者ゆめプラン フレイル予防に関する調査

～ご協力をお願い～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にっしん高齢者ゆめプラン』（日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）を策定し、介護予防や生活支援施策の推進に努めています。

このたび、計画の推進にあたり、フレイル予防に関するアンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします。なお、収集した個人情報については、日進市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

*フレイルとは…健康状態と要介護状態との中間にある、身体機能が低下した状態です。

ご記入にあたって

- 1 この調査は、令和7年〇月〇〇日現在、本市に居住の65歳以上の方で、要介護認定および要支援認定を受けていない方の中から抽出した約11,800名を対象にお願いしています。
- 2 宛名の方ご本人のことについて、調査票に回答してください。調査票はご本人の他、ご家族の方が記入していただいても構いません。
- 3 個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
 なお、本調査票のご返送をもちまして、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。
 - ・ 本調査で得られた情報につきましては、にっしん高齢者ゆめプランの策定とその推進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、日進市で適切に管理いたします。
 - ・ 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、厚生労働省及び日進市の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。
 - ・ 本調査で得られた情報をもとに、必要に応じて日進市が実施する保健事業・介護予防事業等を案内させていただくことがあります。
 - ・ この調査の分析にあたっては、日進市が管理する介護保険の被保険者情報(性別、年齢、住所、居住学区)を使用いたします。
- 4 アンケート用紙は、ご記入の上、同封しました返信用封筒に入れ、令和8年1月〇〇日(〇)までに投函してください(切手不要)。

★右のQRコード又は下記 URL から、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。次のID及びパスワードでログインし、回答してください。

【ID】

【パスワード】

<https://src.webcas.net/form/pub/src/23230c>

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。

- 5 回答に際してご不明な点や、この調査についてのお問合せは下記へお願いいたします。

二次元
コード

日進市 福祉部 地域福祉課 〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地
電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

はじめに

問1 調査票をご記入いただくのはどなたですか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|---------------------|---|
| 1. ご本人が記入 | 2. ご家族が記入(本人からみた続柄) |) |
| 3. その他(| |) |

あなたの状況について回答をお願いします。

問2 家族構成をお教えてください。(○は1つ)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 一人暮らし | 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(|) |

問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。(○は1つ)

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

問4 あなたは1日にどのくらいの時間、スマートフォンを使っていますか。(○は1つ)
(電話・メール・LINE・写真・ゲームなど、すべての利用を含みます)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. ほとんど使わない(1日15分未満) | 2. 30分くらい |
| 3. 1時間くらい | 4. 2~3時間くらい |
| 5. 4時間以上 | 6. スマートフォンを持っていない |

問5 あなたは主にどのような目的でスマートフォンを使っていますか。(○はいくつでも)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 電話をかける・受ける |
| 2. メール(ショートメール・Gmailなど) |
| 3. LINEやSNS(LINE、Facebook、Xなど)でのやり取り |
| 4. 写真や動画の撮影・閲覧 |
| 5. ニュース・天気・地図などの情報を調べる |
| 6. 動画(YouTubeなど)を見る |
| 7. 買い物(ネットショッピングなど)をする |
| 8. 健康管理(歩数・血圧・服薬など)に使う |
| 9. ゲームをする |
| 10. 行政サービス(マイナポータルなど)を使う |
| 11. その他() |

問6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(○は1つ)

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

問7 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。(○は1つ)

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

問8 15分位続けて歩いていますか。(○は1つ)

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

問9 過去1年間に転んだ経験がありますか。(○は1つ)

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

問10 転倒に対する不安は大きいですか。(○は1つ)

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

問11 週に1回以上は外出していますか。(○は1つ)

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

問12 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○は1つ)

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

問13 身長と体重をお書きください。

身長

			.	
--	--	--	---	--

cm

体重

			.	
--	--	--	---	--

kg

問14 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(○は1つ)

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

問15 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(○は1つ)

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

問16 お茶や汁物等でむせることがありますか。(○は1つ)

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

問17 口の渇きが気になりますか。(○は1つ)

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

問 18 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○は1つ)

- | | |
|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |

問 19 バスや電車を使って一人で外出していますか。(自家用車でも可) (○は1つ)

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

問 20 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(○は1つ)

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

問 21 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(○は1つ)

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

問 22 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)

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

問 23 家族や友人の相談にのっていますか。(○は1つ)

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

問 24 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。(○は1つ)

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

問 25 今日が何月何日かわからない時がありますか。(○は1つ)

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

問 26 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。(○は1つ)

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

問 27 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。(○は1つ)

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

問 28 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる。(○は1つ)

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

問 29 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。(○は1つ)

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

問 30 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。(○は1つ)

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

問 31 周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるといわれますか。○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 32 あなたは、現在どの程度幸せですか。(○は1つ)
 (「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											

問 33 以下のような会・グループ等による活動にどのくらいの頻度で参加していますか。
 ※(1)～(9)それぞれに回答してください。

項 目	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) つどいの場(ほっとカフェ・ぷらっとホームなど)	1	2	3	4	5	6
(6) 老人クラブ(いきいきクラブなど)	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
(9) おたっしやハウス	1	2	3	4	5	6
(10) 特技や経験を他者に伝える活動	1	2	3	4	5	6

問 33 (5) つどいの場(ほっとカフェ・ぷらっとホームなど)で「年に数回～週4回以上」と回答された方にお尋ねします。

問 33-1 いつから参加されているか参加期間はどれくらいですか。(○は1つ)

1. 参加1年未満	2. 参加1～2年未満	3. 参加2～3年未満
4. 参加3～4年未満	5. 参加4年以上	6. 参加しているが期間は不明



問 33 (9) おたっしやハウスで「年に数回～週4回以上」と回答された方にお尋ねします。

問 33-2 いつから参加されているか参加期間はどれくらいですか。(○は1つ)

1. 参加1年未満	2. 参加1～2年未満	3. 参加2～3年未満
-----------	-------------	-------------

- | | | |
|-------------|-----------|-----------------|
| 4. 参加3～4年未満 | 5. 参加4年以上 | 6. 参加しているが期間は不明 |
|-------------|-----------|-----------------|

問34 現在のあなたの就労状態はどれですか。(○はいくつでも)

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

問34で「1. 職に就いたことがない」「2. 引退した」とお答えの方にお聞きします。

問34-1 今後就労したいと思いますか。(○は1つ)

- | | | |
|---------------|--------------|--------------|
| 1. ぜひ就労したい | 2. やや就労したい | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり就労したくない | 5. 全く就労したくない | |

問34で「3. 常勤(フルタイム)」～「6. 求職中」とお答えの方にお聞きします。

問34-2 あなたは何歳ぐらいまで就労したいと思いますか。(○は1つ)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 65～69歳 | 2. 75～79歳 | 3. 80～84歳 | 4. 85歳以上 |
|-----------|-----------|-----------|----------|

問35 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。

あてはまる人すべてに○をつけてください。

あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください。

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|
| 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(○はいくつでも)

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

問36 あなたが住んでいる地域についておうかがいします。

(1) あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|-------------|--------------|
| 1. とても信用できる | 2. まあ信用できる | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり信用できない | 5. 全く信用できない | |

(2) あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとしますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|-------------|--------------|
| 1. とてもそう思う | 2. まあそう思う | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりそう思わない | 5. 全くそう思わない | |

(3) あなたは、現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とても愛着がある | 2. まあ愛着がある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり愛着がない | 5. 全く愛着がない | |

にっしん高齢者ゆめプラン アンケート調査 在宅生活改善調査

～ご協力のお願～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にっしん高齢者ゆめプラン』（日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

このアンケートは、事業所の管理者及び所属するケアマネジャーの方に利用者の状況などをお聞きし、介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定に係る基礎資料とさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

調査票のご記入にあたって

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、日進市内の全ての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターを対象に送付しております。
- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

「利用者票」については、貴事業所に所属する全てのケアマネジャーの方にご回答をお願いしております。(非常勤の方も含みます)。

3 調査票のご回答方法

この度お送りしたアンケート調査では、以下の2種類の Excel ファイルを送付しております。

【事業所票】

- 各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。
- 回答を記入した、1ファイルをご提出ください。

【利用者票】

- 各ケアマネジャーのご担当の利用者のうち、「(自宅等にお住まいの方で)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」についての調査票です。
- 次ページのフローにしたがって対象者を抽出し、対象となる利用者の方について「利用者票」にご回答をお願いします。本調査票は、ケアマネジャーの方がご回答ください。
- ケアマネジャー全員分の回答を1つのファイルに集約し、ご提出ください。対象者の人数が多く、1つのファイルに回答が収まらない場合には、複数のファイルを提出することも可能です。その場合は、Excel ファイルを複製して使用してください。

4 調査票の提出方法

- ・管理者の方は、回答済みの調査票ファイル全てを添付し、

令和〇年〇月〇日 (〇) までに

〇〇〇〇〇〇〇〇〇@city.nisshin.lg.jp までご返信いただきますよう、お願い申し上げます。

5 お問い合わせ先

日進市 福祉部 地域福祉課

〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地

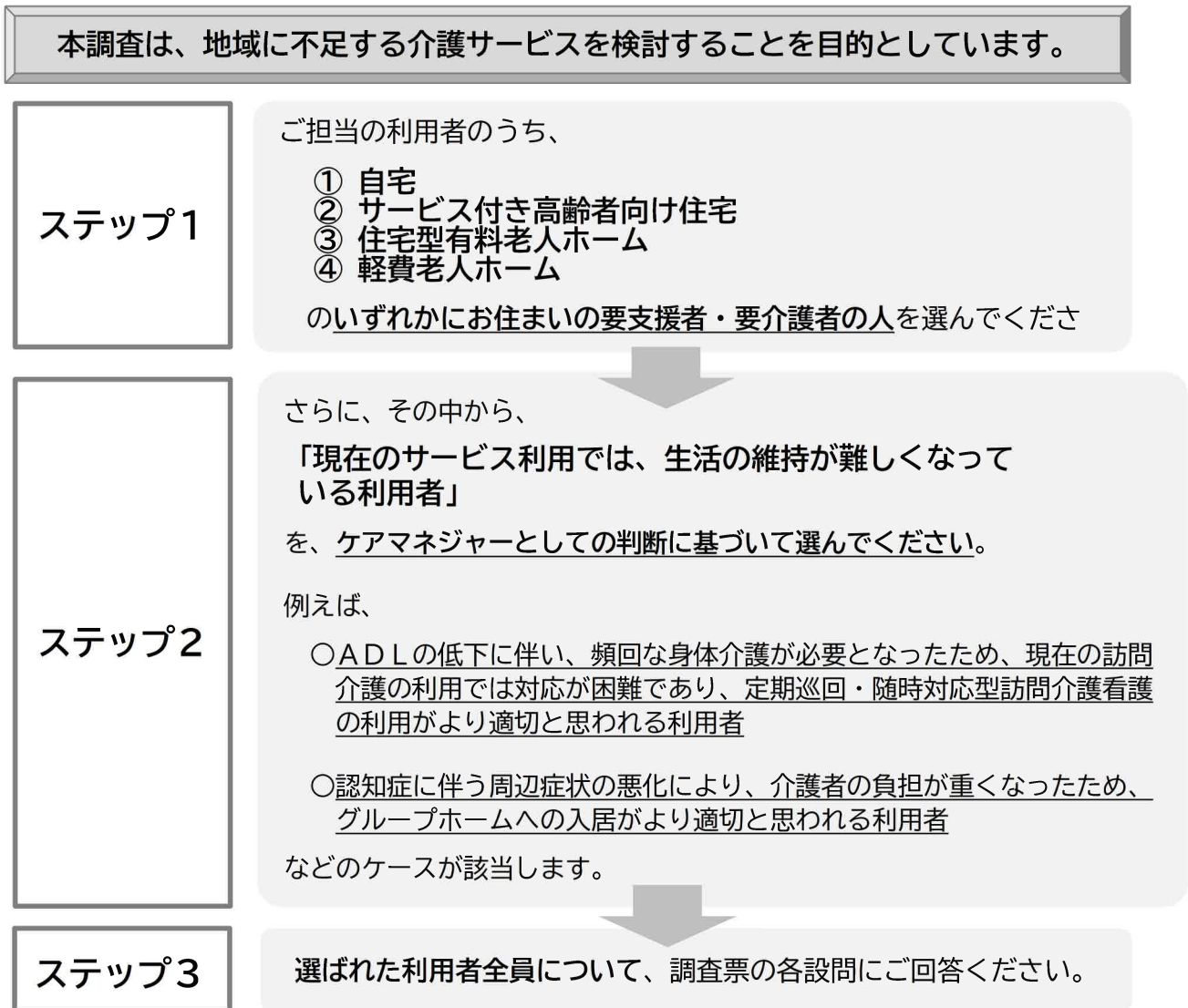
電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

6 「利用者票」の対象者の抽出方法

「利用者票」は、ケアマネジャーの視点からみた「(自宅等にお住まいの方で)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を検討することを目的としています。

各ケアマネジャーの方は、ご担当の利用者のうち、調査への回答の対象となる利用者を以下のフローにしたがって抽出し、「利用者票」の各設問にご回答ください。

<回答の対象となる要支援者・要介護者の抽出方法>



在宅生活改善調査 【事業所票】

※令和7年12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、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（令和6年12月1日～令和7年11月30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								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	申請中・不明		
<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、ご確認ください

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。

在宅生活改善調査 利用者票 (令和7年12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」、「軽費老人ホーム」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」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. 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理由について、お伺いします。						3. 「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」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。				
問1-1	問1-2	問1-3	問2-1	問2-2	問2-3	問2-4	問2-5	問2-6	問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問3-5
世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	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理由についてお答えください			【問2-1で【3.】を選択の場合】	【問2-1で【4.】を選択の場合】	【問2-1で【5.】を選択の場合】	「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」状況に対して、どのようなサービスに変更することで改善できるとお考えですか。		【問3-2で【12.】～【19.】を選択の場合】	【問3-2で【12.】～【18.】(※特養以外)を選択の場合】	【問3-2で【19.】(※特養)を選択の場合】
			(1) 本人の状態等に属する理由について、お答えください	(2) 主に本人の意向等に属する理由について、お答えください	(3) 主に家族等介護者の意向・負担等に属する理由について、お答えください	理由となる、具体的な「身体介護」をお答えください	理由となる、具体的な「認知症の症状」をお答えください	理由となる、具体的な「医療的ケア」、「医療処置」をお答えください	※実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者にとって適切と思うサービスを選択してください。		利用者の入所・入居の緊急度をお答えください	入所・入居できない理由をお答えください	特養に入所できない理由をお答えください
番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	番号1つ選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入
1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 単身の子供との同居 4. その他の同居	1. 自宅等(持ち家) 2. 自宅等(借家) 3. 住宅型有料 4. サ高住 5. 軽費老人ホーム	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. 新規申請中	1. 該当なし 2. 必要な生活支援の発生・増大 3. 必要な身体介護の増大 ⇒【問2-4】 4. 認知症の症状の悪化 ⇒【問2-5】 5. 医療的ケア・医療処置の必要性の高まり ⇒【問2-6】 6. その他、本人の状態等の悪化 7. 本人の状態等の改善	1. 該当なし 2. 本人が、一部の居宅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. 本人が介護者の負担の軽減を望むから 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. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大 3. 介護者が、一部の居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. 見守り・付き添い 2. 移乗・移動 3. 食事摂取 4. 排泄(日中) 5. 排泄(夜間) 6. 入浴 7. 更衣・整容 8. その他	1. 家事に支障がある 2. 一人での外出が困難 3. 薬の飲み忘れ 4. 金銭管理が困難 5. 意欲の低下 6. 徘徊がある 7. 暴言・暴力などがある 8. 強い介護拒否がある 9. 深夜の対応 10. 近隣住民等とのトラブル 11. その他	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル 13. 喀痰吸引 14. インスリン注射 15. その他	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等) 2. より適切な「住まい・施設等」に変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等) 3. より適切な「在宅サービス」もしくは「住まい・施設等」に変更する(例:定期巡回の利用、もしくは特養への入所が適切等) 4. 「1.」～「3.」では、改善は難しいと思う ⇒【回答は終了です】 ※「在宅サービス」と「住まい・施設等」の定義は、問3-2を参照	<在宅サービス> 1. ショートステイ 2. 訪問介護、訪問入浴 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハ 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. 居宅療養管理指導 <住まい・施設等> 12. 住宅型有料 13. サ高住(特定施設除く) 14. 軽費老人ホーム 15. グループホーム 16. 特定施設 17. 介護老人保健施設 18. 介護医療院 19. 特別養護老人ホーム ⇒ 住まい・施設等を1つでも選択した場合は、問3-3以降も回答	1. 緊急性が高い 2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫 3. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みで空きはあるが、希望の住まい・施設等に空きがない 4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない 5. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない 4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない 5. その他
記入例	2	1	5	3, 4	3	2	5, 6	7	3	7, 17	2		2
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

居所変更実態調査

～ご協力をお願い～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にっしん高齢者ゆめプラン』（日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

このアンケートは、施設等の管理者の方に居所の状況などをお聞きし、施設等での生活の継続性を高めるために必要な機能について検討する資料とさせていただいたためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

調査票のご記入にあたって

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、日進市内の以下の全ての施設・居住系サービスおよび住まいを対象に送付しております。
 - ・住宅型有料老人ホーム
 - ・軽費老人ホーム
 - ・サービス付き高齢者向け住宅
 - ・グループホーム
 - ・特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）
 - ・介護老人保健施設
 - ・介護医療院
 - ・特別養護老人ホーム（地域密着型含む）
- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

3 調査票の提出方法

- ・回答済みの調査票ファイルを添付し、
令和〇年〇月〇日（〇）までに
〇〇〇〇〇〇〇〇〇@city.nisshin.lg.jp までご返信いただきますよう、お願い申し上げます。

4 お問い合わせ先

日進市 福祉部 地域福祉課
〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地
電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

居所変更実態調査

※令和7年12月1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"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<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（令和6年12月1日～令和7年11月30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（令和6年12月1日～令和7年11月30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		

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）		
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☆		

**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。

にしん高齢者ゆめプラン アンケート調査 介護人材実態調査（施設・通所系）

～ご協力をお願い～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にしん高齢者ゆめプラン』（日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

このアンケートは、事業所の管理者の方に状況などをお聞きし、職員の確保・定着、育成、もしくは業務改善に必要な取組等を検討する資料とさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

調査票のご記入にあたって

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、日進市内の以下の全ての介護事業所を対象に送付しております。

○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)

○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))

- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

3 調査票の提出方法

- ・回答済みの調査票ファイルを添付し、

令和〇年〇月〇日(〇)までに

〇〇〇〇〇〇〇〇〇@city.nisshin.lg.jp までご返信いただきますよう、お願い申し上げます。

4 お問い合わせ先

日進市 福祉部 地域福祉課

〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地

電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

介護人材実態調査 【事業所票】 施設・通所系

※令和7年12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	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	人	左記のうち常勤職員	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	人
			左記のうち非常勤職員	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	人

外国人職員数	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	人	派遣職員数	<input style="width: 80%; height: 20px;" 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○）

<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	1. はい ⇒問2-3へ
<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	2. いいえ ⇒問3へ

問2-3 令和7年12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12月1日～令和7年11月30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 style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
非常勤職員	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
合計	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" 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1週間の勤務時間	(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					
05					時間					
06					時間					
07					時間					
08					時間					
09					時間					
10					時間					
11					時間					
12					時間					
13					時間					
14					時間					
15					時間					
16					時間					
17					時間					
18					時間					
19					時間					
20					時間					
21					時間					
22					時間					
23					時間					
24					時間					
25					時間					
26					時間					
27					時間					
28					時間					
29					時間					
30					時間					
31					時間					
32					時間					
33					時間					
34					時間					
35					時間					
36					時間					
37					時間					
38					時間					
39					時間					
40					時間					
41					時間					

にしん高齢者ゆめプラン アンケート調査 介護人材実態調査（訪問系）

～ご協力のお願～

日頃は、本市福祉行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

本市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう『にしん高齢者ゆめプラン』（日進市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）を策定し、生活支援施策や介護保険の推進に努めています。

このアンケートは、事業所の管理者の方及び職員の方に状況などをお聞きし、職員の確保・定着、育成、もしくは業務改善に必要な取組等を検討する資料とさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人や個人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和7年12月 日進市長 近藤 裕貴

調査票のご記入にあたって

1 ご回答にあたって

・本調査票は、日進市内の以下の全ての訪問系サービス事業所を対象に送付しております。

- 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））
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

「職員票」については、貴事業所に所属する全ての介護職員の方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

3 調査票のご回答方法

この度お送りしたアンケート調査では、以下の2種類の Excel ファイルを送付しております。

【事業者票】

- 各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。
- 回答を記入した、1 ファイルをご提出ください。

【職員票】

- 各事業所の、介護職員の方を対象とした調査票です。管理者の方は介護職員の方へ配付をお願いします。
- Excel ファイルを介護職員の数分複製して配布し、介護職員の数分のファイルをご提出ください。

4 調査票の提出方法

・管理者の方は、回答済みの調査票ファイル全てを添付し、

令和〇年〇月〇日（〇）までに

〇〇〇〇〇〇〇〇〇@city.nisshin.lg.jp までご返信いただきますよう、お願い申し上げます。

5 お問い合わせ先

日進市 福祉部 地域福祉課

〒470-0192 日進市蟹甲町池下268番地

電話 0561-73-1484 FAX 0561-72-4554

介護人材実態調査 【事業所票】 訪問系

※令和7年12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	<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）

- | | | |
|--------------------------|--------|--------|
| <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12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12月1日～令和7年11月30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。

※令和7年12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

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1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