

# 令和 7 年度 第 2 回丹波市介護保険事業運営協議会次第

と き 令和 7 年 11 月 27 日 (木) 午後 2 時～  
ところ 丹波市春日福祉センター  
ハートフルかすが 大会議室

## 1. 開 会

## 2. あいさつ

## 3. 報告事項

- (1) 介護サービス事業所の更新指定申請について・・・資料 No. 1-1, 1-2, 1-3
- (2) 地域資源等情報把握システムについて ・・・ 資料 No. 2

## 4. 協議事項

- 高齢者保健福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画策定に係る一般高齢者、要介護認定者対象の基礎調査等について ・・・ 資料 No. 3

## 5. その他

- 令和 7 年度第 3 回介護保険事業運営協議会の開催について

## 6. 閉 会

## M E M O

## ○丹波市介護保険事業運営協議会規則

平成23年3月17日  
規則第16号

改正 平成24年6月22日規則第44号  
平成25年11月7日規則第42号  
令和2年3月18日規則第28号  
令和7年3月19日規則第14号

### (趣旨)

第1条 この規則は、丹波市介護保険条例（平成16年条例第130号）第3条の規定に基づく丹波市介護保険事業運営協議会（以下「運営協議会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

### (所掌事務)

第2条 運営協議会は、前条の目的を達成するために、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 介護保険事業計画の円滑な推進に関すること。
- (2) 介護保険事業の実施に関すること。
- (3) 介護保険事業計画及び老人保健福祉計画の策定に関すること。
- (4) 地域包括支援センターの運営に関すること。
- (5) 地域密着型サービスの事業者の指定に関すること。
- (6) 地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬の設定に関すること。
- (7) その他介護保険事業の推進に関すること。

### (委員の任期)

第3条 委員の任期は、委嘱した日の属する年の翌々年の5月31日までとする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員の再任は、妨げないものとする。

### (会長及び副会長)

第4条 運営協議会に会長及び副会長を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選による。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は欠けたときは、その職務を代理する。

### (会議)

第5条 運営協議会の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集する。

- 2 会議は、必要に応じて開催するものとし、委員の2分の1以上の出席がなければ開くことができない。
- 3 会議の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 4 会長は、会議の運営上必要があると認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見を述べさせることができる。

### (庶務)

第6条 運営協議会の庶務は、福祉部介護保険課において処理する。

### (その他)

第7条 この規則に定めるもののほか、運営協議会に関し必要な事項は、会議に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成23年4月1日から施行する。

(特例措置)

2 この規則の施行の日以後最初に委嘱される委員の任期は、第4条第2項の規定にかかわらず、平成24年5月31日までとする。

3 この規則の施行の日以後最初に開催する会議は、第6条の規定にかかわらず、市長が招集するものとする。

附 則 (平成24年6月22日規則第44号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成25年11月7日規則第42号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和2年3月18日規則第28号)

この規則は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 (令和7年3月19日規則第14号)

この規則は、令和7年4月1日から施行する。

## 丹波市介護保険事業運営協議会委員名簿

任期：令和6年7月25日～令和8年5月31日

構成	氏名	所属
学識経験者	池田 凡美	兵庫県丹波県民局丹波健康福祉事務所
保健医療関係者	細見 成一	丹波市医師会
	大塚 浩之	丹波認知症疾患医療センター
	八木 貴	丹波市歯科医師会
福祉関係者	久下 恵太	丹波市社会福祉協議会
	小椎尾 竹信	丹波市老人福祉事業協会
	梶川 丞	丹波市介護保険サービス事業者協議会 通所サービス部会
	平田 義春	丹波市民生委員児童委員連合会
	馬場 佳代	兵庫県社会福祉士会 丹波ブロック
被保険者代表	上田 倭	丹波市老人クラブ連合会
	谷 和義	丹波市身体障害者福祉協議会
	藤井 真理	丹波市ボランティア協会
介護支援専門員代表	猪瀬 淳子	丹波市介護保険サービス事業者協議会 介護支援専門員部会
関係行政機関の職員	蔭山 広明	丹波県民局 丹波健康福祉事務所 監査・福祉課
公募委員	吉見 良太	

### ◆事務局

連絡先 丹波市役所本庁第2庁舎 (Tel88-5266 Fax88-5283)

福祉部長	森本 英行
介護保険課	足立 和義 石川 浩毅 村上 浩一 萩野 裕 足立 裕子
地域包括支援センター	西部地域包括支援センター・南部地域包括支援センター 東部地域包括支援センター

## 指定更新申請の概要

項目	内容	備考・詳細
事業所の名称	メディケア柏原	
事業の種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	
指定更新予定日	令和7年4月16日	当初指定年月日 : 平成19年4月16日
申請者・代表者	社会医療法人社団 正峰会 理事長 大山 正人	
事業所の所在地	丹波市柏原町柏原1436番地 1	
利用定員	18人	1ユニット (9人) × 2
管理者	荻野 彩 年齢 40歳 常勤、介護職員兼務	
従業員の職種・員数	管理者兼介護職員 : 常勤1人 介護職員 : 常勤8人、非常勤3人 介護職員兼計画作成担当者 (介護支援専門員) : 常勤1人 介護職員兼計画作成担当者 : 非常勤1人  <b>実人員 : 管理者以下 14人</b>	夜勤職員 : 介護従事者12人の交代制で 1名配置
営業日	365日	
営業時間 (サービス提供時間)	24時間	
その他の費用	食材料費の提供に要する費用 その他日常生活において通常必要となる費用他	
通常の実施地域	丹波市	

## 指定更新申請の審査 <介護保険法第78条の2第4項>

項目	審査状況	適否
申請者要件① (法人であること)	社会医療法人社団	適
申請者要件② (罰金刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件③ (指定取消、廃止等から5年経過)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件④ (申請前5年に不正・不当行為なし)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件① (禁固刑以上の刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件② (申請要件②③④の法人役員でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
人員基準	代表者、管理者、計画作成担当者資格要件 介護従事者3:1、内1名以上常勤、夜勤職員配置要件	適
設備基準	居室・居間・食堂・台所・浴室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活上で必要な設備	適
運営基準	運営規程及び各種マニュアルの確認	適

## 指定更新申請の概要

項目	内容	備考・詳細
事業所の名称	グループホーム村いちはんの元気者	
事業の種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	
指定更新予定日	令和7年9月1日	当初指定年月日：平成18年9月1日
申請者・代表者	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 理事長 藤本 訓弘	
事業所の所在地	丹波市市島町上竹田2322番地1	
利用定員	18人	1ユニット(9人) × 2
管理者	時本 洋和 (年齢 40歳 常勤) 金川 正志 (年齢 46歳 常勤)	
従業員の職種・員数	管理者兼計画作成担当者：常勤1人 管理者兼介護従事者：常勤1人 介護従事者：常勤9人、非常勤7人  <b>実人員：管理者以下 18人</b>	夜勤職員：介護従事者10人の交代制で、ユニットごとに1名配置
営業日	365日	
営業時間 (サービス提供時間)	24時間	
その他の費用	食材料費の提供に要する費用 その他日常生活において通常必要となる費用他	
通常の実施地域	丹波市	

## 指定更新申請の審査 <介護保険法第78条の2第4項>

項目	審査状況	適否
申請者要件① (法人であること)	社会福祉法人	適
申請者要件② (罰金刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件③ (指定取消、廃止等から5年経過)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件④ (申請前5年に不正・不当行為なし)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件① (禁固刑以上の刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件② (申請要件②③④の法人役員でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
人員基準	代表者、管理者、計画作成担当者資格要件 介護従事者3:1、内1名以上常勤、夜勤職員配置要件	適
設備基準	居室・居間・食堂・台所・浴室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活上で必要な設備	適
運営基準	運営規程及び各種マニュアルの確認	適

## 指定更新申請の概要

項目	内容	備考・詳細
事業所の名称	デイサービス 不知庵	
事業の種類	地域密着型通所介護	
指定更新予定日	令和7年11月1日	当初指定年月日：平成25年11月1日
申請者・代表者	東洋資源株式会社 代表取締役 植野 利雄	
事業所の所在地	丹波市氷上町成松字甲賀4-1	
利用定員	10人	
管理者	植野 誠浩 年齢41歳 常勤	
従業員の職種・員数	管理者兼生活相談員：常勤1人 生活相談員兼介護職員：常勤1人 介護職員：非常勤2人 看護職員兼機能訓練指導員：非常勤2人  <b>実人員：管理者以下 6人</b>	
営業日	月曜日から金曜日	
営業時間 (サービス提供時間)	午前8時30分から午後5時30分 (午前9時から午後4時30分)	
その他の費用	運営規程のとおり	
通常の実施地域	丹波市（ただし、往復1時間以内とする）	

## 指定更新申請の審査 <介護保険法第78条の2第4項>

項目	審査状況	適否
申請者要件① (法人であること)	株式会社	適
申請者要件② (罰金刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件③ (指定取消、廃止等から5年経過)	該当しない旨の誓約書により確認	適
申請者要件④ (申請前5年に不正・不当行為なし)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件① (禁固刑以上の刑に処せられ、刑未執行でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
役員要件② (申請要件②③④の法人役員でない)	該当しない旨の誓約書により確認	適
人員基準	管理者、生活相談員、機能訓練指導員資格要件 看護職員又は介護職員の人員・従事要件	適
設備基準	食堂・機能訓練室面積要件(3m <sup>2</sup> ×利用定員)	適
運営基準	運営規程の確認	適

## 令和7年度 第2回丹波市介護保険事業運営協議会

### 地域資源等情報把握システム について

---

1. システム導入の背景
2. システム概要（3つの役割）
3. 資源の検索
4. 地域実態の可視化
5. 兵庫県内での活用事例

令和7年 11月 27日

# 1 システム導入の背景

- ・みんながつながるために必要な支援体制の構築（第3次丹波市総合計画より）
- ・業務効率化の推進（地域を支える福祉人材の「確保」「育成」「定着」に向けた取組方策より※）

※

（1）行政（市）が実施主体となって取組む内容

14ページより

地域を支える福祉人材の「確保」「育成」「定着」に向けた取組方策	
丹波市福祉人材確保対策会議	令和7年3月

今後の方向性	主な取組方策	取組内容	区分	取組時期				
				R7	R8	R9	R10	R11
I 業務効率化の推進  ・人材不足対策として、業務効率化を図るために、現在働いている福祉人材の負担を軽減し、効率化を図ることで生産性を向上させる。	(1) DXの対応（職員の身体的及び業務負担の軽減）	見守りセンサーや介護ロボットなど、業務効率を向上させるための機器を導入の補助を検討する。	定着	●	→			
		モバイル端末等の導入補助を検討する。	定着	●	→			
	(2) オンライン研修等の導入支援	オンライン研修に関する情報提供と事業所からの相談対応を行う。	定着	●	→			
		(3) 社会資源等情報把握支援システム（仮称）導入による負担軽減	確保	●	→			
	(4) 福祉サービス共通の業務の協働による効率化	高齢者等への支援に必要なサービスを介護支援専門員等が把握しやすいシステムの導入を検討する。	確保	●	→			
		通所系サービス（児童分野を除く）の共同送迎について検討する。	確保	●	→			
		感染症・災害にかかる業務継続のシミュレーション研修（訓練）の開催を検討する。	定着		●	→		

16ページより

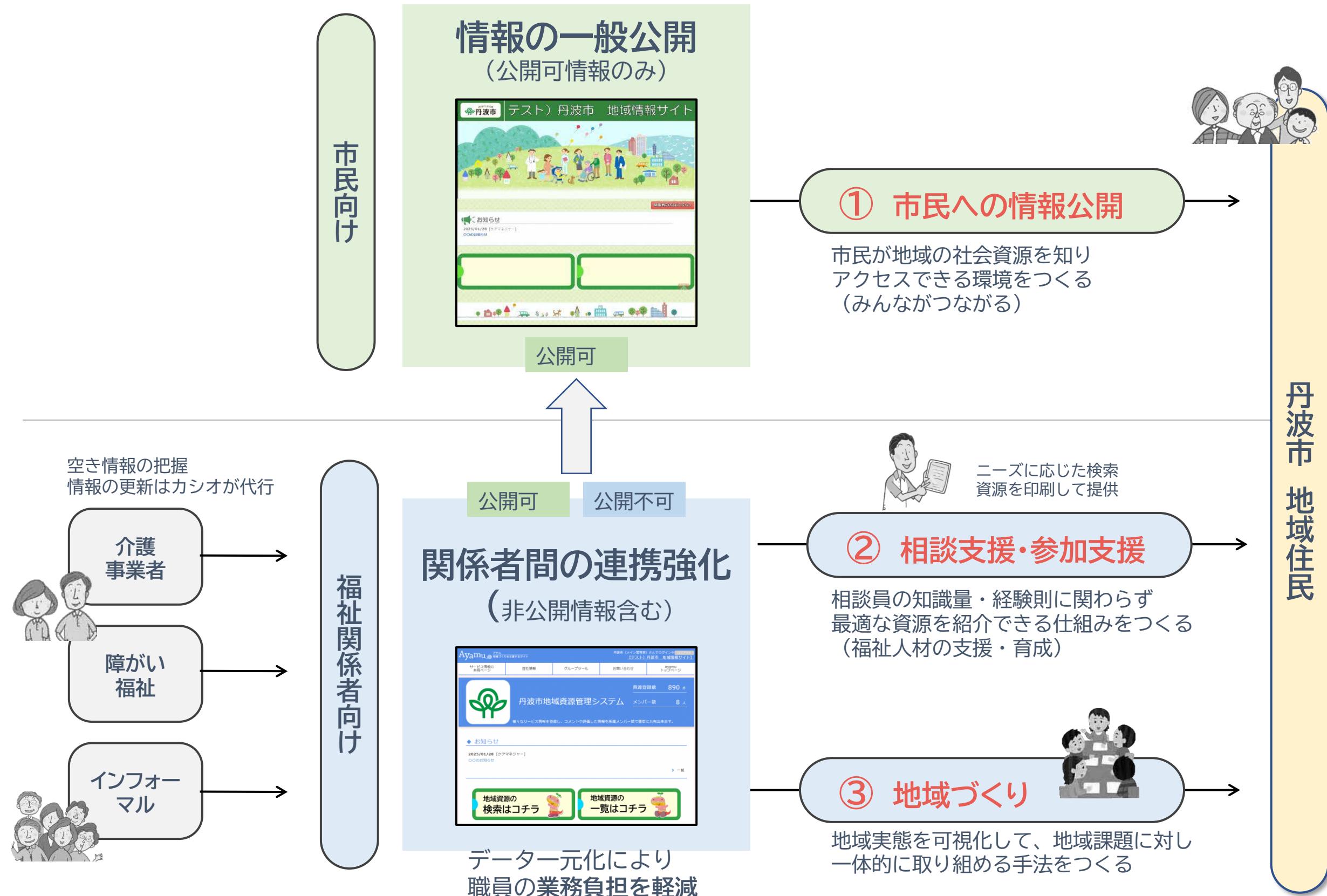
## 5 課題解決に向けた取組方策（5つの柱）

### （1）業務効率化の推進

記録の電子化や勤務体制のシステム管理など、福祉事業所が行っている共通の業務において、ICT機器を活用した業務の効率化を図ることで、従事する職員の負担軽減につなげる。

- ・福祉サービス事業所の空き情報や社会資源（インフォーマル的なサービスを含む）等の情報把握システムを導入することで、最新の情報を簡便に入手可能となり、サービス調整に要する時間的な負担軽減を図る。
- ・福祉事業所が行っている共通の業務において、他の事業所と協働することにより、効率化を図り、負担を軽減することができないか検討する。

## 2 システム概要（3つの役割）



ニーズに応じた資源を検索する

様々な条件で資源を検索

住所から半径500mで検索する

約半径 0.5 ▼ キロ のサービス情報

エリアから検索する

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 地域 (6地区)             | <input type="checkbox"/> 地域 (25か所)     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 氷上 (西部地域) | <input checked="" type="checkbox"/> 柏原 |
| <input type="checkbox"/> 柏原 (南部圏域)            | <input type="checkbox"/> 中央            |
| <input type="checkbox"/> 春日 (東部圏域)            | <input type="checkbox"/> 莫野            |

カテゴリーから検索する

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①介護サービス事業者                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 01. 短期入所生活介護 (ショートス...) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 03. 通所リハビリテーション (デイ...) |
| <input type="checkbox"/> 05. 地域密着型通所介護 (小規模デ...)            |

受け入れ空き情報から検索する

- 条件① 氷上地区  
条件② ショートステイ  
条件③ 空き「あり」



検索結果



丹波市民

検索結果 (リスト)

No.	サービス名称	更新日
No.1	デイサービス 不知庵【地域密着型通所】	2025/11/02
No.2	個別リハビリセンターひすい(休止中)【地域密着型通所】	2025/11/02
No.3	アルク 歩行・リハビリ施設【地域密着型通所】	2025/11/02
No.4	氷上ケアプラン【居宅介護】	2025/11/02
No.5	株式会社 あっぷるく	2025/11/02

検索結果 (マップ)



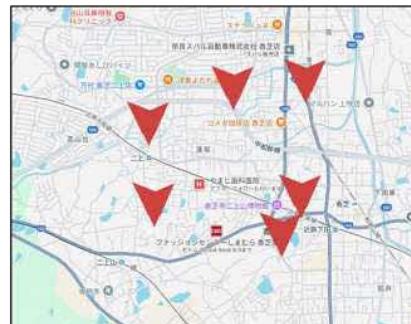
ストリートビュー

空き情報

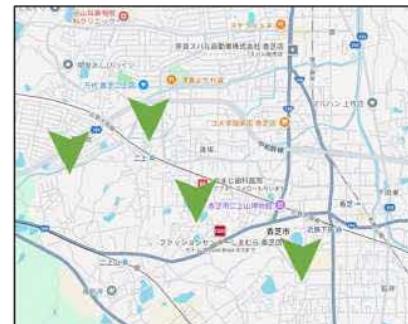
	11/3 月	11/4 火	11/5 水	11/6 木	11/7 金	11/8 土	11/9 日
午前の入所	○	○	○	○	○	△	△
午後の退所	○	○	○	○	○	△	△

重層的な視点で地域を可視化する

サロン



いきいき百歳体操



その他（様々な地域活動）



重層的な視点

マップ

それぞれが抱える課題を共有  
相互理解を深めながら方向性を検討  
(※規範的統合の促進)



福祉関係者・地域住民

- ・土地の形状
- ・空地、建物の形状
- ・災害リスクの確認



航空写真

- ・施設の外観
- ・駐車場の有無



- ・ルートの確認



ストリート  
ビュー

※：規範的統合：地域包括ケアシステムなどの分野で、地域住民や関係者が共通の価値観や目標を共有し、一体的に取り組むための基盤となる考え方

今回導入するシステムは、**兵庫県内4カ所**で導入されています。  
(西宮市・加古川市・明石市・川西市)

## 川西市

かわナビ 福祉と医療の総合情報サイト<かわにしサポートナビ>

まずはこちらをクリック  
(お困りごとから調べる)

利用マニュアル  
(操作・検索方法等)

カテゴリーから検索

相談窓口	一覧表示	詳細区分表示	47件	病院・歯医者・薬局など	一覧表示	詳細区分表示	293件
介護保険サービス	一覧表示	詳細区分表示	229件	障がい福祉サービス	一覧表示	詳細区分表示	210件
ささえあい活動	一覧表示	詳細区分表示	151件	きんたくん 健幸体操	一覧表示	詳細区分表示	87件
交流活動	一覧表示	詳細区分表示	2122件	ボランティア会員の募集	一覧表示	詳細区分表示	404件

ボランティアの検索  
(介護人材の改善)

## 西宮市

にしま～れ - 西宮市社会資源情報サイト -

行動を起こし、人生を豊かに  
にしのみや学びと活動の  
ぷらっとフォーム

社会福祉法人  
西宮市社会福祉協議会

カテゴリーから検索

すべての方の向け 参加・交流活動	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	57件	子ども・子育て世代 向け参加・交流活動	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	174件
高齢者向け 参加・交流活動	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	228件	西宮いきいき体操	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	271件
障害のある方向け 参加・交流活動	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	51件	同じ悩みを持つ人の つながり(当事者会・家族会など)	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	41件
相談窓口・生活支援	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	93件	活用できる場所・ スペース	カテゴリページ	詳細区分表示	更新	86件
その他	カテゴリページ	詳細区分表示		11件					

様々な地域資源を  
有効活用

2025年11月現在

全国での導入実績 64件 (兵庫県4件含む)

## 地域資源等情報把握システム導入スケジュール

工程	役割分担	令和7年								令和8年					
		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月	
		前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半
1 システム設定・データ登録															
1	システム項目要件定義 (カテゴリ、地区、追加項目)	丹波市・委託業者													
2	データ登録 (介護、障がい、インフォーマル)														
3	サイト画面確認		丹波市					確認							
2 システム準備・仮稼働															
1	システムテスト	委託業者					計画・報告								
2	関係者専用サイト	委託業者				テスト稼働						仮稼働			
3	市民公開用サイト	委託業者						テスト稼働				仮稼働			
4	サポートセンター	委託業者										サポートセンター対応開始			
3 システム操作説明会															
1	説明会(庁内向け)	丹波市・委託業者						庁内							
2	説明会(関係機関・事業所)	丹波市・委託業者							事業者						
4 空き情報の調査(毎週・隔週・毎月)															
1	調査票FAX送信・回収・更新	委託業者										FAX送信・回収・更新			
2	情報センター	委託業者										情報センター対応開始			
3	運用の見直し	委託業者										運用の見直し			

# 高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画

策定に係る一般高齢者、要介護認定者対象の基礎調査等について

丹波市介護保険課

## 高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定スケジュール(予定)

項目	令和7年				令和8年												令和9年		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
◆現状把握・ニーズ調査																			
基礎調査(高齢者・認定者アンケート調査)																			
介護サービス提供事業者実態把握調査																			
市介護サービス等の特徴分析等(他市町比較等)																			
第9期計画の総括・検証(実績把握)																			
課題整理																			
◆サービス見込量・保険料の算出																			
人口・認定者・サービス利用者推計																			
介護サービス・地域支援事業 見込量の算出																			
介護保険料の算定・兵庫県との調整																			
◆計画書の作成																			
計画骨子案(体系・構成等)の作成・修正																			
計画素案の作成・修正																			
計画最終案の承認・計画書印刷																			
◆会議・条例改正等																			
パブリックコメント																			
議会報告・条例改正																			
運営協議会			●			●			●			●		●		●		●	●

# 第10期介護保険事業計画策定にかかる調査一覧

調査名	基礎調査	在宅介護実態調査(実施中)	介護保険事業者実態把握調査
実施期間	令和8年1月	令和7年9月～令和8年3月	令和8年6月(予定)
目的	高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定し、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用する 要介護認定者の生活状況やサービス利用状況等を調査し、ニーズを把握する	「要介護者の在宅生活の継続」と「介護者の就労の継続(介護離職防止)」の2つの基本的な視点に基づき、介護サービスのあり方を検討するために活用する	サービス提供事業所の運営実態や今後の運営方針等について調査し、第10期事業計画の施策やサービス基盤整備等の資料とする
調査対象者	①一般高齢者 <u>3,200人</u> (65歳以上で認定を受けていない者及び要支援認定者) ②要介護認定者 <u>1,500人</u>	在宅で生活する要支援・要介護認定を受けている者のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける者 <u>600人</u>	市内にある全ての介護サービス提供事業所 (※同一事業主であっても、サービス毎に回答を依頼)
調査方法	対象者に郵送し返信用封筒で回収 (要介護認定者のうち単身または高齢者世帯150人分は、職員等が訪問し調査)	市認定調査員または委託先居宅介護支援事業所の介護支援専門員が行う認定調査時に調査票をもとに実施	各事業所に調査票を郵送し返信用封筒で回収
調査票	令和7年度第2回介護保険事業運営協議会資料		
集計・分析	委託業者が、令和8年2月に集計予定 ①一般高齢者 ②要介護認定者 それぞれ、単純集計とクロス集計を行う	令和8年1月頃に国から配信される自動集計分析ソフトを利用して介護保険課で集計予定	委託業者(第10期計画策定支援委託業者)により集計予定

## 一般高齢者、要介護(支援)認定者対象の基礎調査等について

- 「一般高齢者調査」、「要介護認定者調査」は、保険者が一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者を対象に、日常生活圏域ごとに地域の抱える課題の特定(地域診断)に資することなどを目的として実施
- からだを動かすこと、食べること、毎日の生活、地域での活動、たすけあい、健康などに関する項目を調査
- 第5期介護保険事業計画策定時から厚生労働省が調査票などを例示
- 厚生労働省が例示した調査票に保険者独自の調査を追加

## 調査の概要

名称	(第9期)基礎調査		(10期)基礎調査																			
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定</li> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用</li> <li>・要介護認定者の生活状況やサービス利用状況等を調査し、ニーズを把握する</li> </ul>																					
調査対象	65歳以上の高齢者、要支援・要介護認定者																					
調査項目数	<table> <tr> <td>一般高齢者</td> <td>一般高齢者</td> </tr> <tr> <td>・必須項目</td> <td>・必須項目</td> </tr> <tr> <td>35問</td> <td>35問</td> </tr> <tr> <td>・オプション項目</td> <td>・オプション項目</td> </tr> <tr> <td>29問</td> <td>26問</td> </tr> <tr> <td>・市独自項目</td> <td>・市独自項目</td> </tr> <tr> <td>26問</td> <td>34問</td> </tr> <tr> <td>要介護認定者</td> <td>要介護認定者</td> </tr> <tr> <td>62問</td> <td>60問</td> </tr> </table>		一般高齢者	一般高齢者	・必須項目	・必須項目	35問	35問	・オプション項目	・オプション項目	29問	26問	・市独自項目	・市独自項目	26問	34問	要介護認定者	要介護認定者	62問	60問		
一般高齢者	一般高齢者																					
・必須項目	・必須項目																					
35問	35問																					
・オプション項目	・オプション項目																					
29問	26問																					
・市独自項目	・市独自項目																					
26問	34問																					
要介護認定者	要介護認定者																					
62問	60問																					
設問の内容	リスク発生状況の把握	高齢者を把握する項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動器の機能低下</li> <li>・低栄養の傾向</li> <li>・口腔機能の低下</li> <li>・閉じこもり傾向</li> <li>・認知機能の低下</li> </ul>																			
		その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IADL／転倒リスク</li> </ul>																			
	社会資源等の把握		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア等への参加頻度</li> <li>・たすけあいの状況</li> <li>・地域づくりへの参加意向</li> <li>・主観的幸福感 等</li> </ul>																			
	その他		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア等への参加頻度</li> <li>・たすけあいの状況</li> <li>・地域づくりへの参加意向</li> <li><u>・就労の状況</u></li> <li>・主観的幸福感 等</li> </ul>																			
その他			調査結果と個人が照合できるかたちの調査票を提示																			
見える化システムへの登録	あり(標準的な実施方法により得られた必須項目、オプション項目への回答)																					

# 基礎調査実施にあたっての根拠資料

## ○介護保険法(平成9年法律第123号)

第117条 市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)を定めるものとする。

5 市町村は、第2項第一号の規定により当該市町村が定める区域ごとにおける被保険者的心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握するとともに、第118条の2第1項の規定により公表された結果その他の介護保険事業の実施の状況に関する情報を分析した上で、当該事情及び当該分析の結果を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

## ○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(令和6年1月19日厚生労働省告示第18号)

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

#### 2 要介護者等地域の実態の把握等

##### (三)調査の実施

市町村は、被保険者のサービスの利用に関する意向等を把握するとともに、自らが定める区域ごとには被保険者的心身の状況、その置かれている環境その他の事情等、要介護者等の実態に関する調査(以下「各種調査等」という。)の実施に努めるものとする。なお、その際は、特に、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用することが重要である。～中略～

さらに、これらの調査により定量的に把握された心身の状況が低下した被保険者の状況や働きながら介護に取り組む家族の状況等を参考として、生活支援サービスや介護予防事業の充実等の取組、介護離職の防止を含む家族等への支援の観点を踏まえた介護サービスの整備や、介護離職防止の観点から労働担当部局と連携した職場環境の改善に関する普及啓発等の取組を市町村介護保険事業計画に定めるとともに、それらの取組を勘案して要介護者等の人数やサービス量の見込みを定めることが望ましい。

●一般高齢者(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)設問一覧表

設問 個数	設問No.	必須	オプション	市独自	第9期	設問内容
1						● 調査票を記入されたのはどなたですか。
2						● 年齢・性別
3						● 居住地域
4						● 回答できない理由
5	1	●				● 家族構成をお教えてください。
6	1		●	●		一番近くにいる支援してくれる方(援助者)はどちらにお住まいですか。
7	2	●				● あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。
8	1		●	●		● 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。
9	2		●	●		● “主に”どなたの介護・介助を受けていますか。
10	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。
11	4		●			● お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。
12	5	●				● 階段を手すりや壁をつたわららずに昇っていますか。
13	6	●				● 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。
14	7	●				● 15分位続けて歩っていますか。
15	8	●				● 過去1年間に転んだ経験がありますか。
16	9	●				● 転倒に対する不安は大きいですか。
17	10	●				● 週に1回以上は外出していますか。
18	11	●				● 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。
19	12		●			● 外出を控えていますか。
20	1		●			● 外出を控えている理由は、次のどれですか。
21	13		●			● 外出する際の移動手段は何ですか。
22	14	●				● 身長・体重を教えてください。
23	15	●				● 半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか。
24	16		●			● お茶や汁物等でむせることができますか。
25	17		●			● 口の渴きが気になりますか。
26	18		●			● 歯磨きまたは入れ歯の手入れ(人にやってもらう場合も含む)を毎日していますか。
27	19	●				● 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。
28	20			●		● 定期的に歯科受診はしていますか。
29	1		●	●		● どれくらいの頻度で受診していますか。
30	21		●			● 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。
31	22	●				● どなたかと食事をともにする機会はありますか。
32	23			●		● 口腔ケアという言葉を知っていますか。
33	24			●		● 1日3食きちんと食べていますか。
34	25			●		● 毎食(朝・昼・夕)、たんぱく質を多く含む食品(肉、魚、卵、大豆製品、牛乳・乳製品)を食べていますか。
35	26	●				● 物忘れが多いと感じますか。
36	27		●			● 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。
37	28		●			● 今日が何月何日かわからない時がありますか。
38	29	●				● 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)。
39	30	●				● 自分で食品・日用品の買物をしていますか。
40	31	●				● 自分で食事の用意をしていますか。
41	32	●				● 自分で請求書の支払いをしていますか。
42	33	●				● 自分で預貯金の出し入れをしていますか。
43	34		●			● 年金などの書類(市役所や病院などに提出書類)が書けますか。
44	35		●			● 健康についての記事や番組に関心がありますか。
45	36		●			● 友人の家を訪ねていますか。
46	37		●			● 家族や友人の相談にのっていますか。
47	38			●		● スマートフォンをお使いですか
48	39		●			● 若い人に自分から話しかけることがありますか。
49	40		●			● 趣味はありますか。
50	41		●			● 生きがいはありますか。
51	42	●		●		● 以下のような会・グループ等にどれくらいの頻度で参加していますか。
52	1			●		● 働き方に希望はありますか。
53	2			●	●	(通いの場に)参加していない理由は何ですか。
54	3			●	●	(ふれあいきいきサロン)参加していない理由は何ですか。

●一般高齢者(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)設問一覧表

設問 個数	設問No.	必須	オプション	市独自	第9期	設問内容
55	43	●			●	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。
56	44	●			●	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。
57	45			●	●	近所の人が困っている時に、あなたご自身が週に1~2日程度、若干の料金をもらって支援できることはありますか。
58	1			●	●	どのようなことが支援できますか。
59	46			●	●	今後、体が動かしにくくなったときに、近所の人やボランティアに、若干の料金を支払って、手助けをしてもらいたいことはありますか。
60	1			●	●	どのようなことをしてもらいたいですか。
61	47			●		現在のあなたの就労状態はどれですか。
62	1			●		あなたはいつ引退しましたか。
63	48	●		●		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。
64	49	●		●		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。
65	50	●		●		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ますか。
66	51	●		●		反対に、看病や世話をしてあげる人はいますか。
67	52			●	●	病院入院や施設入所の際、身元保証人(身元引受人)が必要となる事がありますが、身元保証人(身元引受人)がない等の不安がありますか。
68	53			●	●	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。
69	54			●	●	友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。
70	55			●	●	この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか(同じ人には何度も1人と数えることします)。
71	56			●	●	よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。
72	57			●	●	お住まいの地域は認知症の高齢者に対して理解があると感じますか。
73	58			●	●	地震や台風などの自然災害があったとき、避難が必要な場合はどのように対応していますか。
74	59	●		●		現在のあなたの健康状態はいかがですか。
75	60	●		●		あなたは、現在どの程度幸せですか。
76	61	●		●		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。
77	62	●		●		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。
78	63			●	●	お酒は飲みますか。
79	64	●		●		タバコは吸っていますか。
80	65	●		●		現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。
81	66	●		●		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。
82	67	●		●		認知症に関する相談窓口を知っていますか。
83	68			●		認知症という病気について、どの程度知っていますか。
84	69			●		認知症のイメージについて教えてください。
85	70			●		認知症は他の病気と同様、早期発見と早期対応が大切な病気です。早期発見により以下のメリットがあるとされていますが、知っていることを教えてください。
86	71			●		自分のことを「認知症かもしれない」と思ったり、周りから受診を勧められたら、医療機関を受診すると思いますか。
87	72			●		自分や家族が認知症になった場合、周囲に認知症であることを伝えると思いますか。
88	73			●		自分や大切な人が認知症になったとしても、安心して、希望をもって暮らし続けることができるに必要だと思うことを教えてください。
89	74			●		今後、認知症施策を進めていくうえで、市はどのようなことに重点を置くべきだと思いますか。
90	75			●	●	コロナ禍を経て、あなたの行動や意識に変化はありましたか。
91	76			●	●	今後、あなたご自身に介護が必要になった場合、どのように暮らしたいですか。
92	77			●	●	人生の最期(最終段階)について誰かと話し合い(ACP:人生会議)をしていますか。
93	1			●	●	話し合いをしてない理由は何ですか。
94	2			●	●	どんな内容を話しましたか。
95	78			●	●	あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか。
96	79			●	●	今後の介護保険制度に対してどのようなことが必要だと思いますか。
98	80			●	●	今後の高齢者保健福祉に対してどのようなことを期待しますか。
98	81			●	●	丹波市はあなたにとって暮らしやすいところですか。
99	82			●	●	その他、介護保険制度や高齢者保健福祉制度についてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にご記入ください。

丹波市高齢者保健福祉計画・  
第10期介護保険事業計画  
策定のためのアンケート調査

【一般高齢者調査（案）】

～調査ご協力のお願い～

市民の皆様には、日頃より市の高齢者福祉並びに介護保険事業の推進に、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

さて、市では、令和9年度から令和11年度までの3年間を計画期間とする「丹波市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定を予定しています。

このアンケート調査は、今後の高齢者福祉サービスや健康づくりの方策を検討するために、日頃の生活や介護の状況、サービスの利用意向などの実態を調査し、計画策定及び計画推進における基礎的な資料とさせていただくために実施するものです。

つきましては、大変お忙しいところお手数をおかけしますが、アンケート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8年1月

丹波市長 林 時彦

【お問い合わせ先】ふりがなの入った調査票が必要な方もこちらにご連絡ください。  
丹波市 福祉部 介護保険課 (TEL: 0795-88-5266)

## 【個人情報の保護および活用目的について】

個人情報の保護および活用目的は以下の通りですので、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。

- この調査は、今後の介護保険や高齢者福祉施策の検討並びに効果的な介護予防政策の立案と推進のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、市の介護保険事業計画策定及び計画推進の目的以外には使用いたしません。また、当該情報については、丹波市個人情報保護条例に基づき、市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する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。(お名前などの個人情報は出ません。)

## ●記入に際してのお願い●

1. この調査の対象者は令和●年●月●日現在、丹波市にお住まいの65歳以上の方から無作為に抽出しています。
2. なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などがご本人の意思を尊重して代わってご回答くださいますようお願いします。
3. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。

介護…介護サービスを受けている場合のほか、介護認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

4. 質問の該当する答えの番号に○をつけてください。
5. 回答により、答えなくてもよい質問があります。質問の指示に従つてお進みください。
6. ご記入後は、調査票すべて（表紙含む）を三つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、令和●年●月●日（●）までにポストに投函してください。

★まず、上記をお読みいただいて、以下のⅠまたは、Ⅱのご記入をお願いします。

## Ⅰ 回答者の方へ

調査票を記入されたのはどなたですか（1つだけ）

- ①あて名のご本人  
②家族・親族（あて名のご本人との続柄： ）  
③その他（ ）

※以下にあて名のご本人の情報を回答してください

① 年齢

（ ）歳

② 性別（1つだけ）

- ①男性 ②女性 ③答えたくない

③ 居住地域（1つだけ）

- ①春日地域 ②市島地域 ③氷上地域  
④青垣地域 ⑤柏原地域 ⑥山南地域

⇒次のページから回答お願いします。

## Ⅱ 回答できない方へ

事情により回答できない場合は、大変お手数ですが下記に理由をお書きいただき、その他は白紙のまま同封の封筒にてご返送ください。

回答できない理由

- ①本人の負担が大きいため  
②入院中または施設入所中などで意思確認ができないため  
③その他（ ）

# 1. あなた（対象者）のご家族や生活状況について

## 問1 家族構成をお教えください（1つだけ）

- ◆①1人暮らし ⇒問1-①へ       ◆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1で「①」と答えた方（一人暮らしの方）のみ、お答えください】

## 問1-① 一番近くにいる支援してくれる方（援助者）はどちらにお住まいですか（1つだけ）

- ◆①近所（歩いて10分以内程度）       ◆②丹波市内（旧町域内）  
 ◆③丹波市内（旧町域外）       ◆④兵庫県内（丹波市外）  
 ◆⑤兵庫県外       ◆⑥いない

## 問2 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか（回答は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 ⇒問2-①へ  
 ◆③現在、何らかの介護を受けている ⇒問2-①、問2-②へ  
(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2で「②」または「③」と答えた方（介護・介助が必要な方）のみ、お答えください】

## 問2-① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（いくつでも）

- ◆①脳卒中（脳出血・脳梗塞等）       ◆②心臓病  
 ◆③がん（悪性新生物）       ◆④呼吸器の病気（肺気腫・肺炎など）  
 ◆⑤関節の病気（リウマチなど）       ◆⑥認知症（アルツハイマー病など）  
 ◆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2で「③」と答えた方（介護・介助を受けている方）のみ、お答えください】

## 問2-② “主に” どなたの介護、介助を受けていますか（いくつでも）

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

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（1つだけ）

- |                                     |                                     |                                |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①大変苦しい    | <input type="checkbox"/> ◀②やや苦しい    | <input type="checkbox"/> ◀③ふつう |
| <input type="checkbox"/> ◀④ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> ◀⑤大変ゆとりがある |                                |

問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つだけ）

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①持家（一戸建て）     | <input type="checkbox"/> ◀②持家（集合住宅）     | <input type="checkbox"/> ◀③公営賃貸住宅 |
| <input type="checkbox"/> ◀④民間賃貸住宅（一戸建て） | <input type="checkbox"/> ◀⑤民間賃貸住宅（集合住宅） | <input type="checkbox"/> ◀⑥借家     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（ ）       |   |                                   |

## 2. からだを動かすことについて

問5 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか（1つだけ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問6 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つだけ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問7 15分位続けて歩いていますか（1つだけ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問8 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つだけ）

- |                                  |                                 |                               |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①何度もある | <input type="checkbox"/> ◀②1度ある | <input type="checkbox"/> ◀③ない |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

問9 転倒に対する不安は大きいですか（1つだけ）

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①とても不安である | <input type="checkbox"/> ◀②やや不安である |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまり不安でない | <input type="checkbox"/> ◀④不安でない   |

問10 週に1回以上は外出していますか（1つだけ）

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①ほとんど外出しない | <input type="checkbox"/> ◀②週1回   |
| <input type="checkbox"/> ◀③週2~4回     | <input type="checkbox"/> ◀④週5回以上 |

問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（1つだけ）

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①とても減っている  | <input type="checkbox"/> ◀②減っている  |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまり減っていない | <input type="checkbox"/> ◀④減っていない |

問12 外出を控えていますか（1つだけ）

- |                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい ⇒問12-①へ | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|---------------------------------------|--------------------------------|

【問12で「①」と答えた方（外出を控えている方）のみ、お答えください】

問12-① 外出を控えている理由は、次のどれですか（いくつでも）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①病気             | <input type="checkbox"/> ◆②障害（脳卒中の後遺症など） |
| <input type="checkbox"/> ◆③足腰などの痛み        | <input type="checkbox"/> ◆④トイレの心配（失禁など）  |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤耳の障害（聞こえの問題など） | <input type="checkbox"/> ◆⑥目の障害          |
| <input type="checkbox"/> ◆⑦外での楽しみがない      | <input type="checkbox"/> ◆⑧経済的に出られない     |
| <input type="checkbox"/> ◆⑨交通手段がない        | <input type="checkbox"/> ◆⑩その他（ ）        |

問13 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも）

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①徒歩            | <input type="checkbox"/> ◆②自転車        |
| <input type="checkbox"/> ◆③バイク           | <input type="checkbox"/> ◆④自動車（自分で運転） |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤自動車（人に乗せてもらう） | <input type="checkbox"/> ◆⑥電車         |
| <input type="checkbox"/> ◆⑦路線バス          | <input type="checkbox"/> ◆⑧病院や施設のバス   |
| <input type="checkbox"/> ◆⑨車いす           | <input type="checkbox"/> ◆⑩電動車いす（カート） |
| <input type="checkbox"/> ◆⑪歩行器・シルバーカー    | <input type="checkbox"/> ◆⑫タクシー       |
| <input type="checkbox"/> ◆⑬デマンド型乗合タクシー   | <input type="checkbox"/> ◆⑭お出かけサポート   |
| <input type="checkbox"/> ◆⑮その他（ ）        |                                       |

### 3. 食べることについて

問14 身長・体重を教えてください（数字をご記入ください（小数点以下は省略））

身長 

--	--	--

 cm

体重 

--	--	--

 kg

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（1つだけ）  
※さきいか、たくあんなど

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①はい | <input type="checkbox"/> ◆②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問16 お茶や汁物等でむせることがありますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①はい | <input type="checkbox"/> ◆②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問17 口の渴きが気になりますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①はい | <input type="checkbox"/> ◆②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問18 歯磨きまたは入れ歯の手入れ（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①はい | <input type="checkbox"/> ◆②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問 19 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください（1つだけ）  
(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 20 定期的に歯科受診はしていますか（1つだけ）

- ◀①はい ⇒問 20-①へ ◀②いいえ

【問 20 で「①」と答えた方（歯科受診している方）のみ、お答えください】

問 20-① どれくらいの頻度で受診していますか（1つだけ）

- ◀①1か月に1回 ◀②3か月に1回  
◀③6か月に1回 ◀④1年に1回

問 21 6か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか（1つだけ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問 22 どなたかと食事をともにする機会はありますか（1つだけ）

- ◀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 23 口腔ケアという言葉を知っていますか（1つだけ）

※口腔ケア：お口の中の清潔保持とお口まわりの機能維持のことです。

- ◀①はい ◀②いいえ

問 24 1日3食きちんと食べていますか（1つだけ）

- ◀①はい ◀②時々、欠食する ◀③いいえ

問 25 毎食(朝・昼・夕)、たんぱく質を多く含む食品(肉、魚、卵、大豆製品、牛乳・乳製品)を食べていますか(1つだけ)

- ◀①はい ◀②時々、食べていない ◀③いいえ

---

## 4. 毎日の生活について

---

問 26 物忘れが多いと感じますか（1つだけ）

- ◀①はい ◀②いいえ

問 27 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 28 今日が何月何日かわからない時がありますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 29 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つだけ）

◀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 30 自分で食品・日用品の買物をしていますか（1つだけ）

◀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 31 自分で食事の用意をしていますか（1つだけ）

◀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 32 自分で請求書の支払いをしていますか（1つだけ）

◀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 自分で預貯金の出し入れをしていますか（1つだけ）

◀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 年金などの書類（市役所や病院などに出す書類）が書けますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 35 健康についての記事や番組に関心がありますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 36 友人の家を訪ねていますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 37 家族や友人の相談にのっていますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 38 スマートフォンをお使いですか

◀①はい

◀②いいえ

問 39 若い人に自分から話しかけることがありますか（1つだけ）

◀①はい

◀②いいえ

問 40 趣味はありますか（1つだけ）

◀①趣味あり → 趣味の内容（

）

◀②思いつかない

## 問41 生きがいはありますか（1つだけ）

- |                                   |                                   |            |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①生きがいあり | <input type="checkbox"/> ◀②思いつかない | 生きがいの内容（ ） |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|

## 5. 地域での活動について

### 問42 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか ※① - ⑨それぞれに回答してください

	週 4回以上	週 2～3回	週1回	月 1～3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑤ 老人クラブ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑥ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥

⑦ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/> ◀①週4回以上	<input type="checkbox"/> ◀②週2～3回	<input type="checkbox"/> ◀③週1回
	<input type="checkbox"/> ◀④月1～3回	<input type="checkbox"/> ◀⑤年に数回	
	<input type="checkbox"/> ◀⑥参加していない	⇒42-①へ	
⑧ いきいき百歳体操など 介護予防のための通い の場	<input type="checkbox"/> ◀①週4回以上	<input type="checkbox"/> ◀②週2～3回	<input type="checkbox"/> ◀③週1回
	<input type="checkbox"/> ◀④月1～3回	<input type="checkbox"/> ◀⑤年に数回	
	<input type="checkbox"/> ◀⑥参加していない	⇒42-②へ	
⑨ ふれあいいきいきサロン※ に参加していますか ※地域が主体となって運営する 通いの場	<input type="checkbox"/> ◀①参加している		
	<input type="checkbox"/> ◀②参加していない	⇒42-③へ	

【問42の⑦で「⑥」と答えた方（収入のある仕事をしていない方）のみ、お答えください】

### 問42-① 働き方に希望はありますか（1つだけ）

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①自分の能力をいかせる仕事であれば働きたい              |
| <input type="checkbox"/> ◀②地域に貢献できるような仕事であれば働きたい（有償ボランティア含む） |
| <input type="checkbox"/> ◀③働きたくない                            |
| <input type="checkbox"/> ◀④生活費の足しになる収入のある仕事であれば働きたい          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤その他（ ）                            |

【問42の⑧で「⑥」と答えた方（通いの場に参加していない方）のみ、お答えください】

### 問42-② 参加していない理由は何ですか（1つだけ）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①会場に行く手段がない           | <input type="checkbox"/> ◀②動作がゆっくり等、他人に遠慮がある |
| <input type="checkbox"/> ◀③いきいき百歳体操を知らない        | <input type="checkbox"/> ◀④いきいき百歳体操に関心がない    |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤参加したいが、いきいき百歳体操の場がない |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥その他（ ）               |  |

【問 42 の⑨で「②」と答えた方（ふれあいいきいきサロンに参加していない方）のみ、お答えください】

問 42-③ 参加していない理由は何ですか（1つだけ）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①会場に行く手段がない               | <input type="checkbox"/> ◆②動作がゆっくり等、他人に遠慮がある |
| <input type="checkbox"/> ◆③ふれあいいきいきサロンを知らない         | <input type="checkbox"/> ◆④ふれあいいきいきサロンに関心がない |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤参加したいが、近隣にふれあいいきいきサロンがない |  |
| <input type="checkbox"/> ◆⑥その他（ ）                   |  |

問 43 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つて、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つだけ）

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◆②参加してもよい  |
| <input type="checkbox"/> ◆③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◆④既に参加している |

問 44 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つて、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つだけ）

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◆②参加してもよい  |
| <input type="checkbox"/> ◆③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◆④既に参加している |

問 45 近所の人が困っている時に、あなたご自身が週に1～2日程度、若干の料金をもらって**支援**できることはありますか（1つだけ）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①支援したい ⇒ <b>問 45-1</b> へ | <input type="checkbox"/> ◆②支援してもよい ⇒ <b>問 45-1</b> へ |
| <input type="checkbox"/> ◆③支援したくない                 |  |

【問 45 で「①」または「②」と答えた方（支援できることがある）のみ、お答えください】

問 45-① どのようなことが支援できますか（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①介護や医療に関する支援<br>〈例：安否確認や声かけ、通院やお薬の受け取り など〉             |  |
| <input type="checkbox"/> ◆②毎日の家事支援<br>〈例：買い物、家の掃除や洗濯、食事のしたく、ゴミ出し など〉             |  |
| <input type="checkbox"/> ◆③困ったときの家事支援<br>〈例：車での送迎、簡単な大工仕事、植木の手入れ、電球交換 など〉        |  |
| <input type="checkbox"/> ◆④行政手続などの支援<br>〈請求書の支払や預貯金の出し入れ、官公庁などへの手続き、郵便物の読み書き など〉 |  |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤公共交通機関（デマンド型乗合タクシー含む）利用時の付き添い<br>〈乗り降りや荷物の運搬の支援 など〉   |  |
| <input type="checkbox"/> ◆⑥その他（ ）  |  |

問 46 今後、体が動かしにくくなったときに、近所の人やボランティアに、**若干の料金を支払って、手助けをしてもらいたいことはありますか** (1つだけ)

◀①してもらいたいことがある ⇒問 46-1へ ◀②してもらいたいことはない

【問 46 で「①」と答えた方 (してもらいたいことがある) のみ、お答えください】

問 46-① どのようなことをしてもらいたいですか (いくつでも)

◀①介護や医療に関する支援

〈例：安否確認や声かけ、通院やお薬の受け取り など〉

◀②毎日の家事支援

〈例：買い物、家の掃除や洗濯、食事のしたく、ゴミ出し など〉

◀③困ったときの家事支援

〈例：車での送迎、簡単な大工仕事、植木の手入れ、電球交換 など〉

◀④行政手続などの支援

〈請求書の支払や預貯金の出し入れ、官公庁などへの手続き、郵便物の読み書き など〉

◀⑤公共交通機関 (デマンド型乗合タクシー含む) 利用時の付き添い

〈乗り降りや荷物の運搬の支援 など〉

◀⑥その他 ( )

)

## 6. 就労について

問 47 現在のあなたの就労状態はどれですか (いくつでも)

◀①職についたことがない ◀②引退した ⇒問 47-1へ ◀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 47 で「②」と答えた方 (引退した) のみ、お答えください】

問 47-① あなたはいつ引退しましたか。

1. 昭和

--	--

年

2. 平成

--	--

年

3. 令和

--	--

年

## 7. たすけあいについて

問 48 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 (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 49 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 (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 50 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ますか（いくつでも）

- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者         | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども     | <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣         | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（<br>）   | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |                                   |

問 51 反対に、看病や世話をしてあげる人はいますか（いくつでも）

- |  |                                       |                                   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者         | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども     | <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣         | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（<br>）   | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない |                                   |

問 52 病院入院や施設入所の際、身元保証人（身元引受人）が必要となる事がありますが、身元保証人（身元引受人）がいない等の不安がありますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問 53 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください（いくつでも）

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

問 54 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（1つだけ）

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①毎日ある    | <input type="checkbox"/> ◀②週に何度がある | <input type="checkbox"/> ◀③月に何度がある |
| <input type="checkbox"/> ◀④年に何度がある | <input type="checkbox"/> ◀⑤ほとんどない  |                                    |

問 55 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか（同じ人には何度も1人と数えることとします）（1つだけ）

- |                                    |                                  |                                 |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①0人（いない） | <input type="checkbox"/> ◀②1～2人  | <input type="checkbox"/> ◀③3～5人 |
| <input type="checkbox"/> ◀④6～9人    | <input type="checkbox"/> ◀⑤10人以上 |                                 |

問 56 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか（いくつでも）

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①近所・同じ地域の人  | <input type="checkbox"/> ◀②幼なじみ            |
| <input type="checkbox"/> ◀③学生時代の友人    | <input type="checkbox"/> ◀④仕事での同僚・元同僚      |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤趣味や関心が同じ友人 | <input type="checkbox"/> ◀⑥ボランティアなどの活動での友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他        | <input type="checkbox"/> ◀⑧いない             |

問 57 お住まいの地域は認知症の高齢者に対して理解があると感じますか（1つだけ）

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①理解がある    | <input type="checkbox"/> ◀②ある程度理解がある |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまり理解がない | <input type="checkbox"/> ◀④理解がない     |

問 58 地震や台風などの自然災害があったとき、避難が必要な場合はどのように対応していますか（1つだけ）

- ①市が指定する避難所に避難している  
②公民館等、自分で移動できる建物へ避難している  
③近所や親族の援助を受けて、避難所や公民館へ避難している  
④避難することなく、自宅に留まっている  
⑤その他（ ）

## 8. 健康について

問 59 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つだけ）

- 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 60 あなたは、現在どの程度幸せですか

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください）

とても不幸	とても幸せ									
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
<input type="checkbox"/>										

問 61 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つだけ）

- ①はい    ②いいえ

問 62 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つだけ）

- ①はい    ②いいえ

問 63 お酒は飲みますか（1つだけ）

- 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 64 タバコは吸っていますか（1つだけ）

- 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 65 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（いくつでも）

- ①ない  
④心臓病  
⑦呼吸器の病気（肺炎や気管支炎など）    ②高血圧  
⑤糖尿病  
⑧胃腸・肝臓・胆のうの病気  
③脳卒中（脳出血・脳梗塞等）  
⑥高脂血症（脂質異常）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀⑨腎臓・前立腺の病気       | <input type="checkbox"/> ◀⑩筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症など) |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪外傷(転倒・骨折など)     | <input type="checkbox"/> ◀⑫がん(悪性新生物)            |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬血液・免疫の病気        | <input type="checkbox"/> ◀⑭うつ病                  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑮認知症(アルツハイマー病など) | <input type="checkbox"/> ◀⑯パーキンソン病              |
| <input type="checkbox"/> ◀⑰目の病気            | <input type="checkbox"/> ◀⑯耳の病気                 |
|  | <input type="checkbox"/> ◀⑯その他( )               |

## 9. 認知症にかかる相談窓口の把握について

問 66 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(1つだけ)

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問 67 認知症に関する相談窓口を知っていますか(1つだけ)

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問 68 認知症という病気について、どの程度知っていますか(1つだけ)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①どのような症状の病気かよく知っている   |
| <input type="checkbox"/> ◀②どのような症状の病気かある程度知っている |
| <input type="checkbox"/> ◀③認知症という言葉くらいは知っている    |
| <input type="checkbox"/> ◀④全く知らない               |

問 69 認知症のイメージについて教えてください(3つまで)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①認知症になると何もわからなく(できなく)なってしまう                    |
| <input type="checkbox"/> ◀②認知症になっても覚えていることやできることがある                      |
| <input type="checkbox"/> ◀③家族・介護する人の負担が大きい                               |
| <input type="checkbox"/> ◀④認知症になっても生活の工夫をしたり、サポートがあれば趣味や仕事、地域での生活を継続できる  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤長生きすれば認知症になる事も仕方がない                           |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥認知症になれば身の回りのことができなくなり介護施設に入つてサポートを受けることが必要になる |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦一人歩き(徘徊)するようになる                               |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧その他( )  |

問 70 認知症は他の病気と同様、早期発見と早期対応が大切な病気です。早期発見により以下のメリットがあるとされていますが、知っていることを教えてください。(複数選択可)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①これからの生活について考え、備えることができる       |
| <input type="checkbox"/> ◀②認知症のような症状が出る病気を見つけ、治療することができる |
| <input type="checkbox"/> ◀③病気の進行を遅らせる可能性がある              |
| <input type="checkbox"/> ◀④いずれも知らない                      |

問 71 自分のことを「認知症かもしれない」と思ったり、周りから受診を勧められたら、医療機関を受診すると思いますか(1つだけ)

- |                                    |                                     |                                    |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①受診すると思う | <input type="checkbox"/> ◀②受診しないと思う | <input type="checkbox"/> ◀③まだわからない |
| <input type="checkbox"/> ◀④その他( )  |                                     |                                    |

問 72 自分や家族が認知症になった場合、周囲に認知症であることを伝えると思いますか(1つだけ)

- |                                |                                   |                                  |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①伝える | <input type="checkbox"/> ◀②伝えたくない | <input type="checkbox"/> ◀③わからない |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

問 73 自分や大切な人が認知症になったとしても、安心して、希望をもって暮らし続けることができるためには何が必要だと思うことを教えてください(3つまで)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①職場や学校、地域など周りの人が認知症を正しく理解し、温かく見守ってくれること            |
| <input type="checkbox"/> ◀②これまでと変わらず、大切な人や信頼できる人がそばにいること                     |
| <input type="checkbox"/> ◀③認知症のことや介護のこと等、悩んだ時には話を受け止め、一緒に考え、寄り添ってくれる支援者がいること |
| <input type="checkbox"/> ◀④同じ立場の仲間同士が気軽に集い、交流できる場所があること                      |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤趣味やこれまで続けてきたことなど、自分のやりたいことを続けるためのサポートがあること        |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥利用できる医療・介護サービスの内容などを理解し、今後の生活のイメージや見通しがつけられること    |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦わからない   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧その他( )  |

問 74 今後、認知症施策を進めていくうえで、市はどのようなことに重点を置くべきだと思いますか(3つまで)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①早期発見・早期診断のための仕組みづくり          |
| <input type="checkbox"/> ◀②介護や生活など、困ったことを気軽に相談できる仕組みづくり |
| <input type="checkbox"/> ◀③認知症の人を支援するボランティアの養成          |
| <input type="checkbox"/> ◀④認知症の人が参加できる場の確保(サロンなど)       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤家族の交流会や相談会などの支援              |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧認知症の人の見守り体制の充実               |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨医療・介護が連携した適時適切な支援のための仕組みづくり  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩認知症の正しい知識や理解を深めるための啓発        |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑫認知症の鑑別診断など経済的補助              |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬その他( )                       |

## 10. コロナ禍の影響について

### 問 75 コロナ禍を経て、あなたの行動や意識に変化はありましたか（いくつでも）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①外出しなくなった       | <input type="checkbox"/> ◀②人と会わなくなったり           |
| <input type="checkbox"/> ◀③人や物に触るのが怖くなったり | <input type="checkbox"/> ◀④不安になることが多くなった        |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤健康に気を付けるようになった | <input type="checkbox"/> ◀⑥人とのつながりの大切さを知ることができた |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（<br>）      | <input type="checkbox"/> ◀⑧特にない                 |

## 11. 介護保険制度などについて

### 問 76 今後、あなたご自身に介護が必要になった場合、どのように暮らしたいですか（1つだけ）

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①自宅で、家族から介護を受けて暮らしたい              |                                  |
| <input type="checkbox"/> ◀②自宅で、家族による介護のほか介護サービスを利用しながら暮らしたい |                                  |
| <input type="checkbox"/> ◀③自宅で、介護サービスを利用して暮らしたい             |                                  |
| <input type="checkbox"/> ◀④介護保険施設（特別養護老人ホームなど）に入所したい        |                                  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤高齢者専用住宅で暮らしたい（サービス付き高齢者向け住宅など）   |                                  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥その他（<br>）                        | <input type="checkbox"/> ◀⑦わからない |

※サービス付き高齢者向け住宅…高齢者の方が安心して居住できる賃貸等の住まいで、バリアフリーの住宅で、安否確認や生活相談のサービスが受けられます。

### 問 77 人生の最期（最終段階）について誰かと話し合い（ACP:人生会議）をしていますか（1つだけ）

- |   |          |                                       |          |
|---|----------|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> ◀①全くしていない            | ⇒問 77-①へ | <input type="checkbox"/> ◀②話し合ったことがある | ⇒問 77-②へ |
| <input type="checkbox"/> ◀③話し合い、その結果を紙などに記載した |          | <input type="checkbox"/> ◀④その他        | ⇒問 77-②へ |

【問 77 で「①」と答えた方（全くしていない方）のみ、お答えください】

#### 問 77-① していない理由は何ですか（1つだけ）

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①考えているが、話し合ってはいない | <input type="checkbox"/> ◀②今は考えられない |
| <input type="checkbox"/> ◀③考えたくない           | <input type="checkbox"/> ◀④その他      |

【問 77 で「②」と「③」答えた方（話し合ったことがある方）のみ、お答えください。】

#### 問 77-② どんな内容を話しましたか（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①どんな医療を受けたいか | <input type="checkbox"/> ◀②どんな介護を受けたいか |
| <input type="checkbox"/> ◀③どこで住んでいたいか  | <input type="checkbox"/> ◀④その他（<br>）   |

### 問 78 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか（1つだけ）

- |                                      |                               |                               |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①自宅        | <input type="checkbox"/> ◀②病院 | <input type="checkbox"/> ◀③施設 | <input type="checkbox"/> ◀④考えていない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤その他（<br>） |                               |                               |                                   |

### 問 79 今後の介護保険制度に対してどのようなことが必要だと思いますか（5つまで）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①在宅で受けられる介護サービスの充実                      |  |
| <input type="checkbox"/> ◀②介護人材の育成やサービスの質の向上                      |  |
| <input type="checkbox"/> ◀③地域で取り組むことができる介護予防事業の充実                 |  |
| <input type="checkbox"/> ◀④相談窓口の充実                                |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤市民向けの介護保険制度の学習会の開催                     |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥スマートフォンの使い方講座の開催                       |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦介護保険に関する情報の充実（介護サービス事業者情報や介護認定申請の方法など） |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧その他（<br>）                              |  |

### 問 80 今後の高齢者保健福祉に対してどのようなことを期待しますか（5つまで）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①認知症高齢者やその家族への支援                     |  |
| <input type="checkbox"/> ◀②在宅医療の充実                             |  |
| <input type="checkbox"/> ◀③低所得者に対する負担軽減のための支援                  |  |
| <input type="checkbox"/> ◀④外出の際の移動支援の充実                        |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤地域での介護予防・健康づくりの支援                   |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥働く場所や機会の提供などの就労支援                   |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦一人暮らし高齢者等に対する支援・ネットワークづくり           |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧高齢者虐待対策、消費者被害対策、成年後見制度など権利をまもる支援の充実 |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨住民主体による生活支援サービスの充実（見守り、サロン、家事援助など）  |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩高齢者に配慮したまちづくり（バリアフリー化の整備）           |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪災害時に配慮が必要な人への避難支援などの防災対策            |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑫配食サービスなど在宅生活を継続していくような事業            |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬地域住民による互助活動の充実（自治会など地縁組織の活動）        |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑭その他（<br>）                           |  |

### 問 81 丹波市はあなたにとって暮らしやすいところですか（1つだけ）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①暮らしやすい<br>(理由<br>) |  |
| <input type="checkbox"/> ◀②暮らしにくい<br>(理由<br>) |  |

問 82 その他、介護保険制度や高齢者保健福祉制度についてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にご記入ください

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

なお、この調査票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

令和8年1月●日（●）までに郵便ポストへご投函をお願いします。

●要介護認定者設問一覧表

設問 個数	設問No.	第9期	設問内容
1		●	調査票を記入されたのはどなたですか。
2		●	年齢・性別
3		●	居住地域
4		●	現在の要介護度
5		●	前回の要介護度
6		●	回答できない理由
7	1	●	家族構成をお教えてください。
8	1	●	一番近くにいる支援してくれる方(援助者)はどちらにお住まいですか。
9	2	●	あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。
10	1	●	介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。
11	2	●	サービスを利用してない理由は何ですか。
12	3	●	外出する際の移動手段は何ですか。
13	4	●	普段から栄養面を意識した食事摂取をしていますか。
14	5		1日3食きちんと食べていますか。
15	6	●	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。
16	7	●	お茶や汁物等でむせることがありますか。
17	8	●	口の渇きが気になりますか。
18	9	●	歯磨きまたは入れ歯の手入れ(人にやってもらう場合も含む)を毎日していますか。
19	10	●	歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。
20	11	●	定期的に歯科受診はしていますか。
21	1	●	どれくらいの頻度で受診していますか。
22	12	●	6ヶ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか。
23	13	●	どなたかと食事をともにする機会はありますか。
24	1	●	主にどなたと食事をされることが多いですか。
25	14	●	口腔ケアという言葉を知っていますか。
26	15	●	現在、以下の介護サービスを利用していますか。利用している場合は、あなたのお考え(評価)をお聞かせください。また、不満ある方は、その理由もお聞かせください。
27	16	●	あなたは現在、訪問診療(往診)を利用していますか。
28	17	●	あなたは現在、訪問歯科診療を利用していますか。
29	1	●	利用していない理由は何ですか。
30	18	●	現時点での施設などへの入所・入居の検討状況について、お聞かせください。
31	19	●	過去1年間に医療機関に入院したことがありますか。
32	1	●	退院後、介護保険等サービスへの移行や連携で困ったことはありますか。
33	20	●	コロナ禍を経て、あなたの行動や意識に変化はありましたか。
34	21	●	コロナ禍の影響でサービス利用状況は変化しましたか。
35	1	●	身体の変化はありましたか。
36	22	●	あなたは今後、どのように暮らしたいと思いますか。
37	23	●	人生の最期(最終段階)について誰かと話し合い(ACP:人生会議)をしていますか。
38	1	●	していない理由は何ですか。
39	2	●	どんな内容を話しましたか。
40	24	●	あなたは、人生の最期(最終段階)をどこで迎えたいですか。
41	25	●	今後の介護保険制度に対してどのようなことが必要だと思いますか。
42	26	●	災害発生時において近隣で助けてくれる人は誰ですか。
43	27	●	誰かと会話する頻度はどれくらいですか。
44	28	●	社会参加の頻度はどれくらいですか。
45	1	●	それはどのような活動ですか。
46	29	●	近所の人やボランティアに、若干の料金を支払って、手助けをしてもらいたいことはありますか。
47	1	●	どのようなことをしてもらいたいですか。
48	30	●	今後の高齢者保健福祉に対してどのようなことを期待しますか。
49	31	●	丹波市はあなたにとって暮らしやすいところですか。
50	32	●	その他、介護保険制度や高齢者保健福祉制度についてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にご記入ください。
51	33	●	主な介護者の方は、どなたですか。
52	34	●	主な介護者の方の性別をお答えください。
53	35	●	主な介護者の方の年齢について、お答えください。
54	36	●	主な介護者の方はどちらにお住まいですか。

●要介護認定者設問一覧表

設問 個数	設問No.	第9期	設問内容
55	37	●	主な介護者の方は、あて名のご本人にどのような介護・介助を行っていますか。
56	38	●	介護・介助は週にどの程度ありますか。
57	39	●	現在、主な介護者の方はお仕事をされていますか。
58	1	●	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などをしていますか。
59	2	●	主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていきそうですか。
60	3	●	主な介護者の方は、介護が原因で仕事を辞めたことがある、または辞めようと思ったことがありますか。
61	4	●	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。
62	40	●	主な介護者の方は、介護について誰かに相談していますか。
63	41	●	主な介護者の方が不安に感じることや困っていることはありますか。
64	42	●	現状の介護に関して、主な介護者の方はどのような支援があればよいと思いますか。
65	43	●	認知症に関してどのような支援があればよいと思いますか。
66	44	●	主な介護者の方は、今後ご本人にどのような暮らしをしてほしいとお考えですか。

丹波市高齢者保健福祉計画・  
第10期介護保険事業計画  
策定のためのアンケート調査

【要介護認定者調査（案）】

～調査ご協力のお願い～

市民の皆様には、日頃より市の高齢者福祉並びに介護保険事業の推進に、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

さて、市では、令和9年度から令和11年度までの3年間を計画期間とする「丹波市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」の策定を予定しています。

このアンケート調査は、今後の高齢者福祉サービスや健康づくりの方策を検討するために、日頃の生活や介護の状況、サービスの利用意向などの実態を調査し、計画策定及び計画推進における基礎的な資料とさせていただくために実施するものです。

つきましては、大変お忙しいところお手数をおかけしますが、アンケート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8年1月

丹波市長 林 時彦

【お問い合わせ先】ふりがなの入った調査票が必要な方もこちらにご連絡ください。  
丹波市 福祉部 介護保険課 (TEL: 0795-88-5266)

## 【個人情報の保護および活用目的について】

個人情報の保護および活用目的は以下の通りですので、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。

- この調査は、今後の介護保険や高齢者福祉施策の検討並びに効果的な介護予防政策の立案と推進のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、市の介護保険事業計画策定及び計画推進の目的以外には使用いたしません。また、当該情報については、丹波市個人情報保護条例に基づき、市で適切に管理いたします。

## ●記入に際してのお願い●

1. この調査の対象者は、令和●年●月1日現在、丹波市にお住まいの65歳以上の方から無作為に抽出しています。
2. なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などがご本人の意思を尊重して代わってご回答くださいますようお願いします。
3. この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。

介護…介護サービスを受けている場合のほか、介護認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

4. 質問の該当する答えの番号に○をつけてください。
5. 回答により、答えなくてもよい質問があります。質問の指示に従つてお進みください。
6. ご記入後は、調査票すべて（表紙含む）を三つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、令和●年●月●日（●）までにポストに投函してください。

★まず、上記をお読みいただいて、以下のⅠまたは、Ⅱのご記入をお願いします。

## Ⅰ 回答者の方へ

調査票を記入されたのはどなたですか（1つだけ）

- ①あて名のご本人  
②家族・親族（あて名のご本人との続柄： ）  
③調査対象者のケアマネジャー  
④その他（ ）

※以下にあて名のご本人の情報を回答してください。

① 年齢

（ ）歳

② 性別（1つだけ）

- ①男性 ②女性 ③答えたくない

③ 居住地域（1つだけ）

- ①春日地域 ②市島地域 ③氷上地域  
④青垣地域 ⑤柏原地域 ⑥山南地域

④ 現在の要介護度（1つだけ）

- 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

⑤ 前回の要介護度（1つだけ）

- 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

⇒次のページから回答お願いします。

## Ⅱ 回答できない方へ

事情により回答できない場合は、大変お手数ですが下記に理由をお書きいただき、その他は白紙のまま同封の封筒にてご返送ください。

回答できない理由

- ①本人の負担が大きいため  
②入院中または施設入所中などで意思確認ができないため  
③その他（ ）

# 1. あなた（対象者）のご家族や生活状況について

## 問1 家族構成をお教えください（1つだけ）

- ◆①1人暮らし ⇒問1-①へ       ◆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1で「①」と答えた方（一人暮らしの方）のみ、お答えください】

## 問1-① 一番近くにいる支援してくれる方（援助者）はどちらにお住まいですか（1つだけ）

- ◆①近所（歩いて10分以内程度）       ◆②丹波市内（旧町域内）  
 ◆③丹波市内（旧町域外）       ◆④兵庫県内（丹波市外）  
 ◆⑤兵庫県外       ◆⑥いない

## 問2 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか（回答は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 ⇒問2-①、問2-②へ  
 ◆③現在、何らかの介護を受けている ⇒問2-①、問2-②へ  
(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)  
 ◆④介護サービスを利用している ⇒問2-①へ

【問2で「②」または「③」または「④」と答えた方（介護・介助が必要な方）のみ、お答えください】

## 問2-① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（いくつでも）

- ◆①脳卒中（脳出血・脳梗塞等）       ◆②心臓病  
 ◆③がん（悪性新生物）       ◆④呼吸器の病気（肺気腫・肺炎など）  
 ◆⑤関節の病気（リウマチなど）       ◆⑥認知症（アルツハイマー病など）  
 ◆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2で「②」または「③」と答えた方（介護・介助が必要だが介護サービスを利用していない方）のみ、お答えください。】

### 問2-② サービスを利用していない理由は何ですか（いくつでも）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①現状では、サービスを利用するほどの状態ではない | <input type="checkbox"/> ◀③万が一に備えるため認定だけ受けた                 |
| <input type="checkbox"/> ◀②現在の介護度だけ確認したかった         | <input type="checkbox"/> ◀⑤施設への入所申込をするため                    |
| <input type="checkbox"/> ◀④住宅改修又は福祉用具の購入だけでよかつた    | <input type="checkbox"/> ◀⑦他人に家の中に入ってほしくない                  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥他人に介護をされるのが嫌            | <input type="checkbox"/> ◀⑧サービスを利用していたが、サービスの内容に不満があり利用をやめた |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨希望するサービスがない、または利用できない   | <input type="checkbox"/> ◀⑩利用料の負担が大きい                       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪手続きなど利用方法がわからない         | <input type="checkbox"/> ◀⑫その他（ ）                           |

### 問3 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも）

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①徒歩            | <input type="checkbox"/> ◀②自転車        |
| <input type="checkbox"/> ◀③バイク           | <input type="checkbox"/> ◀④自動車（自分で運転） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤自動車（人に乗せてもらう） | <input type="checkbox"/> ◀⑥電車         |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦路線バス          | <input type="checkbox"/> ◀⑧病院や施設のバス   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨車いす           | <input type="checkbox"/> ◀⑩電動車いす（カート） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪歩行器・シルバーカー    | <input type="checkbox"/> ◀⑫タクシー       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬デマンド型乗合タクシー   | <input type="checkbox"/> ◀⑭お出かけサポート   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑮その他（ ）        |                                       |

## 2. 食べることについて

### 問4 普段から栄養面を意識した食事摂取をしていますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

### 問5 1日3食きちんと食べていますか（1つだけ）

- |                               |                                    |                                |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②時々、欠食する | <input type="checkbox"/> ◀③いいえ |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

### 問6 半年前に比べて固いもの（※）が食べにくくなりましたか（1つだけ）

※さきいか、たくあんなど

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

### 問7 お茶や汁物等でむせることがありますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

### 問8 口の渴きが気になりますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

問9 歯磨きまたは入れ歯の手入れ（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか（1つだけ）

①はい

②いいえ

問10 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください（1つだけ）  
(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11 定期的に歯科受診はしていますか（1つだけ）

①はい ⇒問11-①へ

②いいえ

【問11で「①」と答えた方（歯科受診している方）のみ、お答えください】

問11-① どれくらいの頻度で受診していますか。（1つだけ）

- ①1か月に1回
- ②3か月に1回
- ③6か月に1回
- ④1年に1回

問12 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（1つだけ）

①はい

②いいえ

問13 どなたかと食事をともにする機会はありますか（1つだけ）

①はい ⇒問13-①へ

②いいえ

【問13で「①」と答えた方（どなたかと食事をされる）のみ、お答えください】

問13-① 主にどなたと食事をされることが多いですか（1つだけ）

- ①配偶者
- ②息子・娘
- ③孫
- ④親戚
- ⑤近隣の居住者
- ⑥いない

問14 口腔ケアという言葉を知っていますか（1つだけ）

※口腔ケア：お口の中の清潔保持とお口まわりの機能維持のこと

①はい

②いいえ

### 3. 介護サービスの利用状況について

問 15 現在、以下の介護サービスを利用していますか。利用している場合は、あなたの考え方（評価）をお聞かせください。また、不満がある方は、その理由もお聞かせください。（現在、利用しているサービスのみ記入してください）。

①はい

②いいえ

	利用していない	利用している							
		満足している	普通	不満である					
				希望の回数や曜日 に利用できない	サービスの内容や 技術への不安	悪さ	職員の対応の 悪さ	利用料の高さ	その他
記入例1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
記入例2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	
① 訪問介護 訪問介護員が自宅を訪問し、食事やトイレなどの介護や家事の手伝いなどを行います		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
②訪問入浴介護 介護職員等が移動入浴車で自宅を訪問し、簡易浴槽を利用して、入浴の介護を行います		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
③訪問看護 看護師などが自宅を訪問し、健康チェックや療養の世話・助言などを行います		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
④訪問リハビリテーション 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が自宅を訪問し、機能訓練などを行います		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
⑤通所介護 施設に通って、日帰りで食事・入浴などの介護を受けたり機能訓練を行います		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



問 16 あなたは現在、訪問診療（往診）を利用していますか（1つだけ）

- ◀①利用している ◀②利用していない

問 17 あなたは現在、訪問歯科診療を利用していますか（1つだけ）

- ◀①定期的に利用している ◀②必要なときのみ利用している  
◀③利用していない ⇒問 17-①へ

【問 17 で「③」と答えた方（訪問歯科診療を利用していない）のみ、お答えください】

問 17-① 利用していない理由は何ですか（1つだけ）

- ◀①治療の必要がない ◀②歯医者へ通院している  
◀③利用したいが、利用できる医院がわからない  
◀④その他（ ）

問 18 現時点での施設などへの入所・入居の検討状況について、お聞かせください（1つだけ）

- ◀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

問 19 過去1年間に医療機関に入院したことがありますか（1つだけ）

- ◀①はい ⇒問 19-①へ ◀②いいえ

【問 19 で「①」と答えた方（入院したことがある方）のみ、お答えください】

問 19-① 退院後、介護保険等サービスへの移行や連携で困ったことはありますか（いくつでも）

- ◀①介護サービス等をどのように利用したらよいかわからなかった  
◀②在宅での介護保険サービスが十分でなかった  
◀③在宅での介護保険以外のサービスが十分でなかった  
◀④在宅医療が十分でなかった  
◀⑤家族の介護負担が大きかった  
◀⑥施設入所を希望したが入所できなかった  
◀⑦その他（ ）

問 20 コロナ禍を経て、あなたの行動や意識に変化はありましたか（いくつでも）

- ◀①外出しなくなった ◀②人と会わなくなった  
◀③人や物に触るのが怖くなった ◀④不安になることが多くなった  
◀⑤健康に気を付けるようになった ◀⑥人とのつながりの大切さを知ることができた  
◀⑦特にない  
◀⑧その他（ ）

## 問 21 コロナ禍の影響でサービス利用状況は変化しましたか（1つだけ）

- ◀①増えた ⇒問 21-①へ      ◀②減った ⇒問 22-①へ      ◀③変わらない

【問 21 で「①」と「②」を答えた方（変化があった方）のみ、お答えください。】

### 問 21-① 身体の変化はありましたか（1つだけ）

- ◀①良好になった      ◀②悪化した      ◀③変わらない

## 4. 介護保険制度について

### 問 22 あなたは今後、どのように暮らしたいと思いますか（1つだけ）

- ◀①自宅で、家族から介護を受けて暮らしたい  
◀②自宅で、家族による介護のほか介護サービスを利用しながら暮らしたい  
◀③自宅で、介護サービスを利用して暮らしたい  
◀④介護保険施設（特別養護老人ホームなど）に入所したい  
◀⑤高齢者専用住宅で暮らしたい（サービス付き高齢者向け住宅など）  
◀⑥医療機関に入院したい  
◀⑦わからない  
◀⑧その他（ ）

※サービス付き高齢者向け住宅…高齢者の方が安心して居住できる賃貸等の住まいで、バリアフリーの住宅で、安否確認や生活相談のサービスが受けられます。

### 問 23 人生の最期（最終段階）について誰かと話し合い（ACP：人生会議）をしていますか（1つだけ）

- ◀①全くしていない ⇒問 23-①へ      ◀②話し合ったことがある ⇒問 23-②へ  
◀③話し合い、その結果を紙などに記載した ⇒問 23-②へ

【問 23 で「①」と答えた方（全くしていない方）のみ、お答えください】

### 問 23-① していない理由は何ですか（1つだけ）

- ◀①考えているが、話し合ってはいない      ◀②今は考えられない  
◀③考えたくない      ◀④その他

【問 23 で「②」と「③」答えた方（話し合ったことがある方）のみ、お答えください】

### 問 23-② どんな内容を話しましたか（いくつでも）

- ◀①どんな医療を受けたいか      ◀②どんな介護を受けたいか  
◀③どこで住んでいたいか      ◀④その他（ ）

### 問 24 あなたは、人生の最期（最終段階）をどこで迎えたいですか（1つだけ）

- ◀①自宅      ◀②病院      ◀③施設      ◀④考えていない  
◀⑤その他（ ）

## 問 25 今後の介護保険制度に対してどのようなことが必要だと思いますか（5つまで）

- ◀①在宅で受けられる介護サービスの充実
- ◀②介護人材の育成やサービスの質の向上
- ◀③地域で取り組むことができる介護予防事業の充実
- ◀④相談窓口の充実
- ◀⑤市民向けの介護保険制度の学習会の開催
- ◀⑥スマートフォンの使い方講座の開催
- ◀⑦介護保険に関する情報の充実（介護サービス事業者情報や介護認定申請の方法など）
- ◀⑧その他（ ）

## 5. 高齢者支援について

### 問 26 災害発生時において近隣で助けてくれる人は誰ですか（いくつでも）

- ◀①配偶者
- ◀②息子・娘
- ◀③孫
- ◀④親戚
- ◀⑤近隣の居住者
- ◀⑥いない

### 問 27 誰かと会話する頻度はどれくらいですか（1つだけ）

- ◀①毎日
- ◀②週の数日
- ◀③週に1日
- ◀④1ヶ月に数日
- ◀⑤ほとんどない

### 問 28 社会参加の頻度はどれくらいですか（1つだけ）

- ◀①毎日 ⇒ 28-①へ
- ◀②週の数回 ⇒ 28-①へ
- ◀③週に1回程度 ⇒ 28-①へ
- ◀④1ヶ月に1回程度
- ◀⑤数か月に1回程度
- ◀⑥半年に1回程度
- ◀⑦ほとんどない

【問 28 で「①」、「②」、「③」と答えた方のみ、お答えください】

### 問 28-① それはどのような活動ですか（いくつでも）

- ◀①公民館事業
- ◀②老人会活動
- ◀③趣味
- ◀④運動
- ◀⑤サロン
- ◀⑥いきいき百歳体操
- ◀⑦近隣者との交流
- ◀⑧旅行
- ◀⑨その他（ ）

### 問 29 近所の人やボランティアに、若干の料金を支払って、手助けをしてもらいたいことはありますか（1つだけ）

- ◀①してもらいたいことがある ⇒ 29-①へ
- ◀②してもらいたいことはない

【問 29 で「①」と答えた方（してもらいたいことがある）のみ、お答えください】

問 29-① どのようなことをしてもらいたいですか（いくつでも）

- ◆①介護や医療に関する支援  
　　〈例：安否確認や声かけ、外出時のつきそい、通院やお薬の受け取り　など〉
- ◆②毎日の家事支援  
　　〈例：買い物、家の掃除や洗濯、食事のしたく、ゴミ出し　など〉
- ◆③困ったときの家事支援  
　　〈例：簡単な大工仕事、植木の手入れ、電球交換　など〉
- ◆④行政手続などの支援  
　　〈請求書の支払や預貯金の出し入れ、官公庁などへの手続き、郵便物の読み書き　など〉
- ◆⑤公共交通機関（デマンド型乗合タクシー含む）利用時の付き添い  
　　〈乗り降りや荷物の運搬の支援　など〉
- ◆⑥その他（　　）

問 30 今後の高齢者保健福祉に対してどのようなことを期待しますか（5つまで）

- ◆①認知症高齢者やその家族への支援
- ◆②在宅医療の充実
- ◆③低所得者に対する負担軽減のための支援
- ◆④外出の際の移動支援の充実
- ◆⑤地域での介護予防・健康づくりの支援
- ◆⑥働く場所や機会の提供などの就労支援
- ◆⑦一人暮らし高齢者等に対する支援・ネットワークづくり
- ◆⑧高齢者虐待対策、消費者被害対策、成年後見制度など権利をまもる支援の充実
- ◆⑨住民主体による生活支援サービスの充実（見守り、サロン、家事援助など）
- ◆⑩高齢者に配慮したまちづくり（バリアフリー化の整備）
- ◆⑪災害時に特に配慮が必要な人への避難支援などの防災対策
- ◆⑫配食サービスなど在宅生活を継続していくような事業
- ◆⑬地域住民による互助活動の充実  
　　（住民同士のちょっとした助け合い、自治会など地縁組織の活動）
- ◆⑭その他（　　）

問 31 丹波市はあなたにとって暮らしやすいところですか（1つだけ）

- ◆①暮らしやすい  
　　（理由　　）
- ◆②暮らしにくい  
　　（理由　　）

問 32 その他、介護保険制度や高齢者保健福祉制度についてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にご記入ください

---

---

---

---

2ページ目 問2で、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。

「①介護・介助は必要ない」 または、

「②何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」と回答した方へ

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

なお、この調査票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

令和8年1月●日（●）までに郵便ポストへご投函をお願いします。

「③介護保険サービスは利用せず、家族などの介護・介助を受けている」または、

## 「④介護保険サービスを利用している」と回答した方へ

問33へお進みください。※介護者の方が記入できない場合は、不要です

以下は、主な介護者の方の状況やお考えについてお聞きします。

## 6. 主な介護者の方について

### 問33 主な介護者の方は、どなたですか（1つだけ）

- ◀①配偶者      ◀②息子・娘      ◀③兄弟・姉妹  
◀④子の配偶者      ◀⑤孫      ◀⑥その他（ ）

問34 主な介護者の方の性別をお答えください（1つだけ）

- ◀①男性      ◀②女性      ◀③答えたくない

### 問 35 主な介護者の方の年齢について、お答えください（1つだけ）

- |                                  |                                    |                                  |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①18歳未満 | <input type="checkbox"/> ◆②18歳～20歳 | <input type="checkbox"/> ◆③20代   |
| <input type="checkbox"/> ◆④30代   | <input type="checkbox"/> ◆⑤40代     | <input type="checkbox"/> ◆⑥50代   |
| <input type="checkbox"/> ◆⑦60代   | <input type="checkbox"/> ◆⑧70代     | <input type="checkbox"/> ◆⑨80歳以上 |
| <input type="checkbox"/> ◆⑩わからない |                                    |                                  |

### 問 36 主な介護者の方はどちらにお住まいですか（1つだけ）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◆①あて名のご本人と一緒に暮らしている | <input type="checkbox"/> ◆②近所（歩いて10分以内程度）に住んでいる |
| <input type="checkbox"/> ◆③丹波市内（旧町域内）        | <input type="checkbox"/> ◆④丹波市内（旧町域外）           |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤兵庫県内（丹波市外）        | <input type="checkbox"/> ◆⑥兵庫県外                 |

### 問 37 主な介護者の方は、あて名のご本人にどのような介護・介助を行っていますか（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①屋内の移乗・移動            | <input type="checkbox"/> ◆②外出の付き添い、送迎など        |
| <input type="checkbox"/> ◆③入浴・洗身               | <input type="checkbox"/> ◆④日中の排泄               |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤夜間の排泄               | <input type="checkbox"/> ◆⑥食事の準備（調理など）         |
| <input type="checkbox"/> ◆⑦食事の介助（食べる時）         | <input type="checkbox"/> ◆⑧服薬                  |
| <input type="checkbox"/> ◆⑨認知症状への対応            | <input type="checkbox"/> ◆⑩衣服の着脱               |
| <input type="checkbox"/> ◆⑪身だしなみ（洗顔・歯磨きなど）     | <input type="checkbox"/> ◆⑫その他の家事（掃除、洗濯、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> ◆⑬医療面の対応（経管栄養、ストーマなど） | <input type="checkbox"/> ◆⑭金銭管理や生活面に必要な諸手続き    |
| <input type="checkbox"/> ◆⑮その他（ ）              |  |

### 問 38 介護・介助は週にどの程度ありますか（1つだけ）

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◆①ほぼ毎日  | <input type="checkbox"/> ◆②週に3～4日 | <input type="checkbox"/> ◆③週に1～2日 |
| <input type="checkbox"/> ◆④月2～3日 | <input type="checkbox"/> ◆⑤それ以外   |                                   |

### 問 39 現在、主な介護者の方はお仕事をされていますか。（1つだけ）

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①働いている ⇒問39-①、問39-②、問39-③、問39-④へ |
| <input type="checkbox"/> ◆②働いていない                          |

【問39で「①」と答えた方（働いている方）のみ、お答えください】

### 問 39-① 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などを行っていますか。（いくつでも）

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◆①特にやっていない                                |
| <input type="checkbox"/> ◆②労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜けなど）して、働いている |
| <input type="checkbox"/> ◆③休暇（年休や介護休暇など）を取りながら、働いている               |
| <input type="checkbox"/> ◆④「在宅勤務」を利用しながら、働いている                     |
| <input type="checkbox"/> ◆⑤②～④以外の調整をしながら、働いている                     |

【問39で「①」と答えた方（働いている方）のみ、お答えください】

問39-② 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つだけ）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①問題なく、続けていける   | <input type="checkbox"/> ◀②問題はあるが、何とか続けていける |
| <input type="checkbox"/> ◀③続けていくのは、やや難しい | <input type="checkbox"/> ◀④続けていくのは、かなり難しい   |

【問39で「①」と答えた方（働いている方）のみ、お答えください】

問39-③ 主な介護者の方は、介護が原因で仕事を辞めたことがある、または辞めようと思ったことがありますか（1つだけ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

【問39で「①」と答えた方（働いている方）のみ、お答えください】

問39-④ 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。（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①自営業などのため、勤め先はない   | <input type="checkbox"/> ◀②介護休業・介護休暇などの利用しやすい職場づくり |
| <input type="checkbox"/> ◀③仕事と介護の両立に関する情報の提供 | <input type="checkbox"/> ◀④介護に関する相談窓口・相談担当者の設置     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤経済的な支援            | <input type="checkbox"/> ◀⑥特にない                    |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（<br>）         |  |

問40 主な介護者の方は、介護について誰かに相談していますか（いくつでも）

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

問41 主な介護者の方が不安に感じることや困っていることはありますか（いくつでも）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①介護の方法がわからない                    | <input type="checkbox"/> ◀②利用したい介護サービスがない      |
| <input type="checkbox"/> ◀③夜間、深夜など緊急に対応してくれるサービスがない       |  |
| <input type="checkbox"/> ◀④本人が居宅サービス（訪問介護・通所介護）の利用に消極的である |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤本人が施設への入所に消極的である               | <input type="checkbox"/> ◀⑥仕事と介護の調整が難しい        |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦家族や近隣の人の理解が得られない               | <input type="checkbox"/> ◀⑧相談する人や場所がない         |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨体力的に介護が困難である                   | <input type="checkbox"/> ◀⑩自由時間やリフレッシュできる時間がない |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪精神的に負担が大きい                     | <input type="checkbox"/> ◀⑫経済的に負担が大きい          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬その他（<br>）                      |  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑭特にない                           |  |

問 42 現状の介護に関して、主な介護者の方はどのような支援あればよいと思いますか。（2つまで）

- ◀①介護者への相談支援の充実（電話や訪問による相談サービス）
- ◀②緊急時の一時預かりや宿泊が可能な事業の創設
- ◀③介護者同士が交流、意見交換できる機会の確保
- ◀④気分転換やリフレッシュできる機会の提供
- ◀⑤介護方法に関する助言や指導などの定期的な情報提供
- ◀⑥その他（ ）

問 43 認知症に関してどのような支援があればよいと思いますか（いくつでも）

- ◀①身近な場所で介護相談や介護の方法などの情報が収集できる仕組み・研修会
- ◀②電球交換や草むしりなど、在宅生活を支えるサービス
- ◀③身近な場所で認知症の人が社会参加できる場
- ◀④外出し行方不明になった場合に早期発見できるための仕組み（例：GPS端末等の貸出）
- ◀⑤孤立防止や安否確認のための定期的な訪問活動
- ◀⑥高齢者虐待、成年後見制度など権利をまもる支援（例：成年後見制度利用のサポート）
- ◀⑦経済的な支援（例：鑑別診断の補助、認知症個人賠償責任保険）
- ◀⑧その他（ ）
- ◀⑨特に必要はない

問 44 主な介護者の方は、今後ご本人にどのような暮らしをしてほしいとお考えですか（1つだけ）

- ◀①自宅で、家族から介護を受けて暮らしてほしい
- ◀②自宅で、家族による介護のほか介護サービスを利用しながら暮らしてほしい
- ◀③自宅で、介護サービスを利用して暮らしてほしい
- ◀④介護保険施設（特別養護老人ホームなど）に入所してほしい
- ◀⑤高齢者専用住宅で暮らしてほしい（サービス付き高齢者向け住宅など）
- ◀⑥医療機関に入院してほしい
- ◀⑦その他（ ）
- ◀⑧わからない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

なお、この調査票は同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

令和8年1月●日（●）までに郵便ポストへご投函をお願いします。