

## 第5回 小田原市高齢者福祉・介護保険事業推進委員会

日時：令和7年11月13日（木）午前9時30分

場所：小田原市役所7階 大会議室

### 1 地域包括支援センターの運営について

#### 【報告事項】

- (1) 地域包括支援センターはくさんの運営体制について

### 2 おだわら高齢者福祉介護計画について

#### 【報告事項】

- (1) 介護現場のあり方検討部会及び地域包括ケア推進部会の検討事項について
- (2) 現状分析について（地域包括ケア「見える化」システム等）

#### 【協議事項】

- (3) 第10期計画におけるビジョン（基本理念・基本目標案）について

### 3 有償ボランティアマッチングサービス「スケッター」について

#### 【報告事項】

### 4 事業所等指定について

#### 【協議事項】

- (1) 介護保険事業所の新規指定等について

### 5 その他

※ 第6回会議は、2月上旬に開催予定

#### 【資料一覧】

資料1 地域包括支援センターはくさんの運営体制について（報告）

資料2 おだわら高齢者福祉介護計画について

資料3 有償ボランティアマッチングサービス「スケッター」について

資料4 介護保険事業所の新規指定等について

参考資料1 小田原市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

参考資料2 小田原市 在宅介護実態調査

## 小田原市高齢者福祉・介護保険事業推進委員会委員名簿

	選 出 区 分	団 体 名	役 職 名 等	氏 名 (敬称略)
1	医師	一般社団法人 小田原医師会	副 会 長	武 井 和 夫
2	歯科医師	一般社団法人 小田原歯科医師会	副 会 長	松 下 正 典
3	薬剤師	公益社団法人 小田原薬剤師会	常 務 理 事	神 山 綾 香
4	理学療法士	一般社団法人 神奈川県西地区リハビリテーション協議会	相 談 役	露 木 昭 彰
5	介護支援専門員	一般社団法人 ケアネットOHMY	理 事	山 本 玲 子
6	介護老人福祉施設の管理者	一般社団法人 神奈川県高齢者福祉施設協議会 小田原・足柄地区福祉施設連絡会	理 事	関 田 智 彦
7	介護老人保健施設の管理者	西湘地区介護老人保健施設事務連絡協議会	会 長	樋 永 一 郎
8	地域密着型サービス事業所の管理者	小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会	代 表	川 井 悠 司
9	社会福祉士	公益社団法人 神奈川県社会福祉士会	西 湘 支 部 顧問	山 崎 由 恵
10	民生委員	小田原市民生委員児童委員協議会	副 会 長	瀬 戸 昌 子
11	社会福祉法人小田原市社会福祉協議会の役員	社会福祉法人 小田原市社会福祉協議会	副 会 長	下 田 成 一
12	住民組織の役員	小田原市自治会総連合	会 長	関 野 次 男
13	介護保険法第9条第2号に規定する第1号被保険者	小田原市老人クラブ連合会	副 会 長	宮 本 多 喜 子
14	介護保険法第9条第2号に規定する第2号被保険者	小田原・足柄地域連合	議 長 代 行	国 玉 充 宏
15	公募市民			露 木 幹 也
16	学識経験者	小田原保健福祉事務所	保健福祉部長	渡 邊 直 行

## 地域包括支援センターはくさんの運営体制について（報告）

### 1 前回（R7.7.10）協議内容

地域包括支援センターはくさん（以下、はくさん）は、令和7年2から3月にかけて人員に欠員が生じ、令和7年3月より主任介護支援専門員と介護支援専門員の職員2名体制での運営体制となっていた。

市の仕様書ではセンターの人員配置基準は保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員の各職種1名以上配置と上記専門職または介護支援専門員の1名の合計4名の配置を必須としている。

のことから下記の条件を付して受託運営法人に改善を求める

- (1) 令和7年8月末までに厚労省が定める専門職3名を確保すること
- (2) 職員の配置について(1)が達成出来ない場合は来年度の委託を認めない

### 2 職員の配置状況

- (1) 令和7年7月 社会福祉士の配置
- (2) 令和7年11月 看護師の配置

（令和7年8月末で内定を発出、準備期間を経て配置）

【単位：人】											
		R7年度									
		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
はくさん 職員数	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4
◎保健師等	1										1
◎社会福祉士						1	1	1	1	1	1
◎主任介護支援専門員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
その他（介護支援専門員）	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
減算事由											
3職種（◎）の人員基準	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	○
介護予防支援の人員基準	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	○

### 3 今後の予定

本市が求めた職員配置の条件を満たしたため、来年度の受託法人への委託を認める。

ただし、同受託法人が運営する他の地域包括支援センター（はくとう、さかわこやわた・ふじみ、とよかわ・かみふななか）については配置基準を満たしていないため、継続して法人に対して指導を行っていく

# おだわら高齢者福祉介護計画について

- 介護現場のあり方検討部会及び地域包括ケア推進部会の検討事項について
- 現状分析について(地域包括ケア「見える化」システム等)
- 第10期計画におけるビジョン(基本理念・基本目標案)について

令和7年11月13日(木)

# ■介護現場のあり方検討部会及び地域包括ケア推進部会の検討事項について

## ◆ 部会での検討

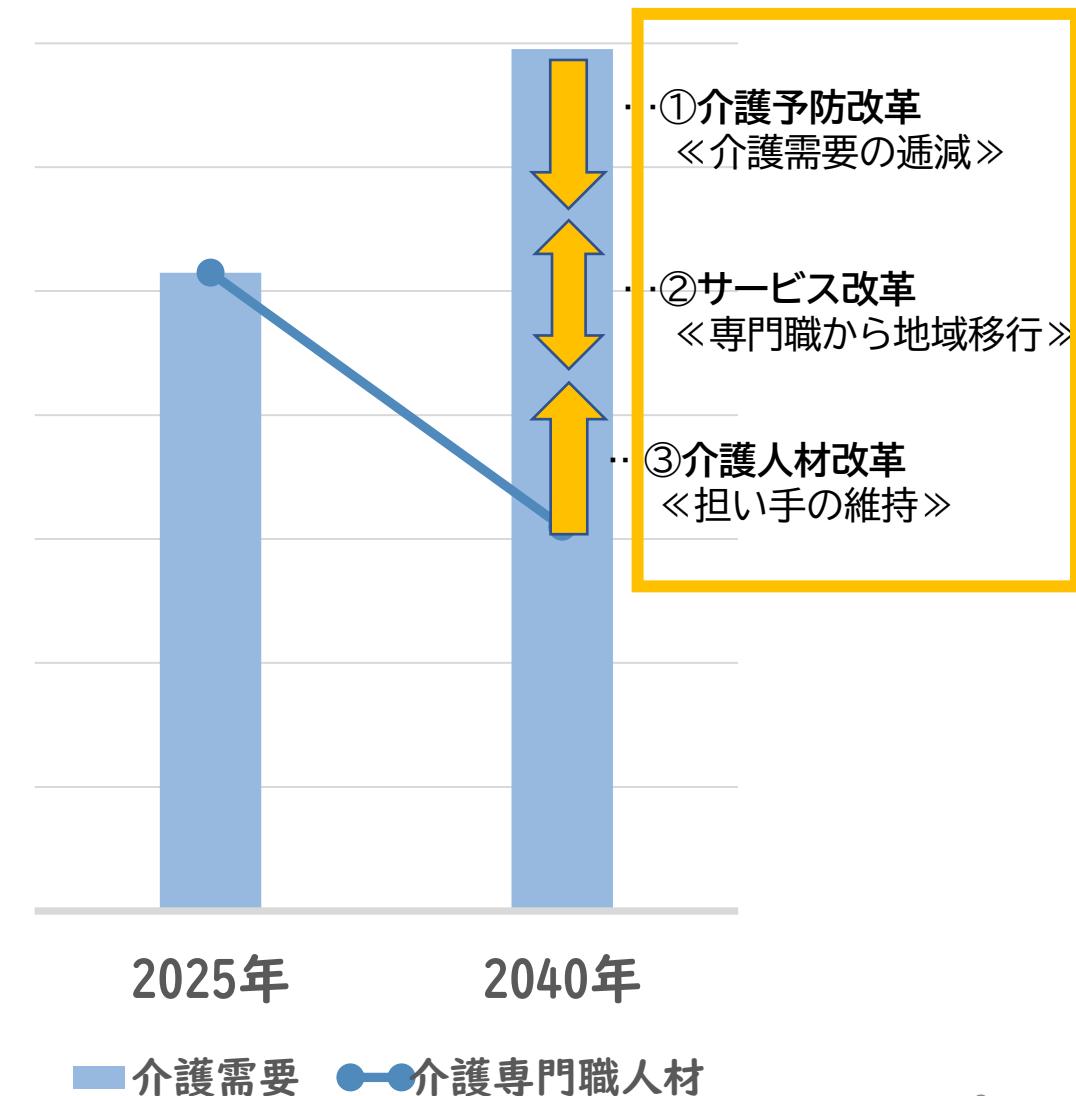
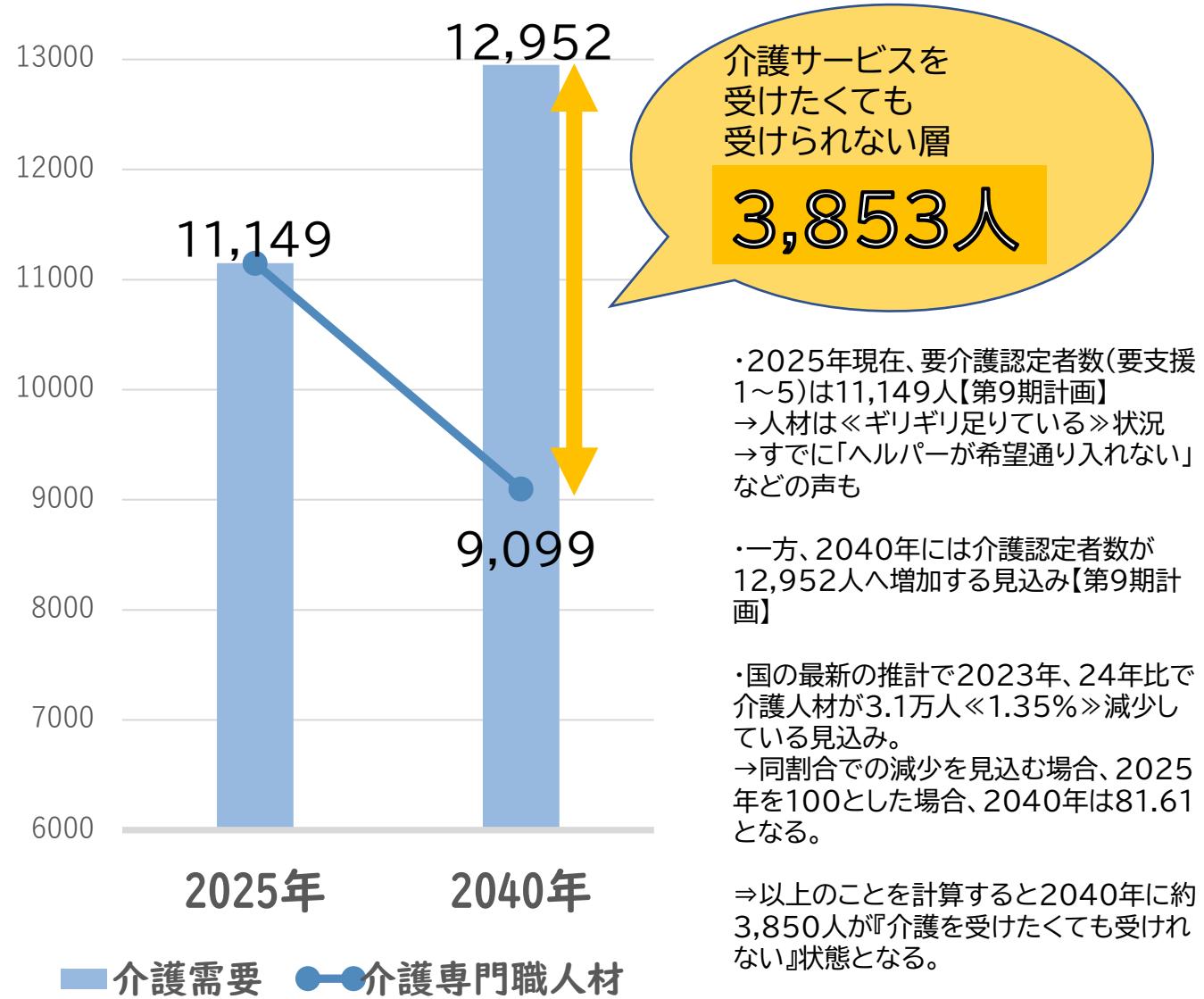
### ○介護現場のあり方検討部会(第1回…R7.8.5、第2回…R7.10.2)

1	介護人材の確保・育成に向けた取組の検討	① 既存の介護人材確保・育成施策の振り返り ② 人材確保の課題を抱える介護事業者に対する、待遇改善や諸手当支給への財政的支援の検討
2	地域住民等で行う支援と、専門職でないと行うことのできない支援の整理	① 主に介護予防・日常生活支援総合事業の領域において、「専門職が行う必要がある（専門職が行なうことが著しく効果的、等）支援」の整理 ② 介護予防・日常生活支援総合事業における「緩和した基準によるサービス」の検討
3	介護現場の生産性向上に係る市の取組の検討	
4	自立支援・重度化防止に向けた取組のあり方	要介護・要支援から自立へと機能回復するプロセスへの支援

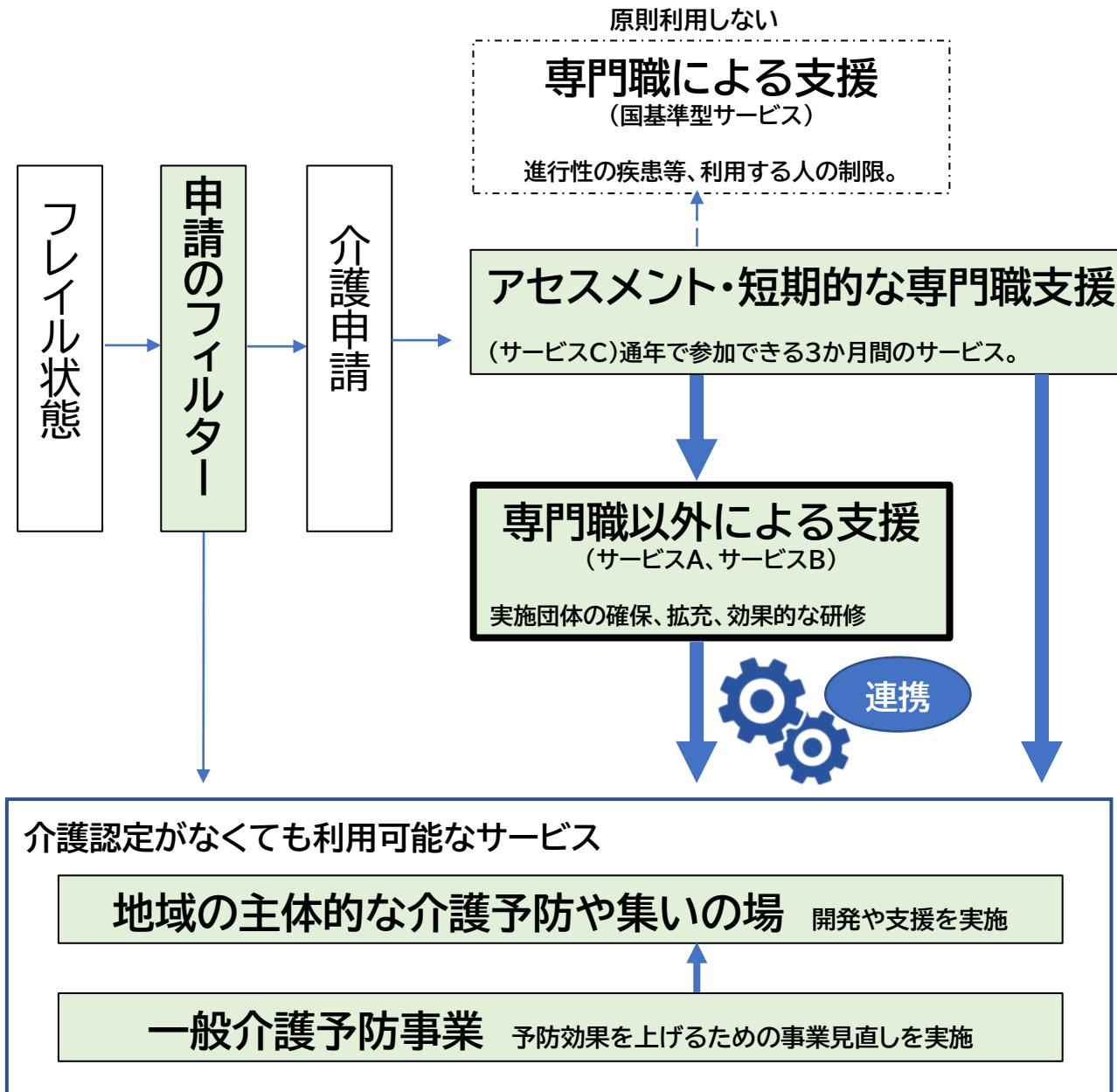
### ○地域包括ケア推進部会(第1回…R7.8.28、第2回…R7.10.15)

1	介護予防に対する連携促進のための体系の確立	①介護予防に関する取り組みの役割の可視化 (高齢介護課、健康づくり課、包括支援センター、社会福祉協議会) ②一般介護予防事業の見直し(受益者負担の検討など)
2	地域包括支援センターの負担軽減と強化	①地域活動、総合相談に注力するための機能強化の検討 ②介護予防ケアマネジメント事業の負担軽減策の検討
3	地域との連携の在り方	市の事業と地域のインフォーマルサービスとの関係の整理

## ◆ 2040年を見据えて



## ◆軽度者の支援の専門職外移行(理想の体系図)



### 理想の姿:「流れをつくる」

限られた資源を、効率的効果的に活用するために、コストカットと自立に向けたプロセスを明確化する。

身体の衰えを感じた人すべてが介護申請につながるのではなく、申請時にフィルターをかけ、地域のインフォーマルや、一般介護予防事業につなぐ。

そのうえで、支援認定者には専門職による短期集中的な介入を行い、介護予防に関するセルフマネジメント能力を高める。

その後に支援を継続する場合、専門職による支援は、進行性の疾患など、特定の条件を持つ人に限る。

原則的には、訪問型や通所型に関しては、専門職以外による支援を受けることとする。

地域の主体的な資源と、市のサービスを連携させ、持続可能な運営を目指す。

実現にむけて、機能強化の取り組みが必要な部分に着色をしている。

## ◆軽度者の支援の専門職外移行(取り組み事項)

### 移行に係る全体調整

移行する範囲、移行スケジュール、移行人数の想定等

### 訪問型サービス(切迫性高)

- ・サービスA:中核となる指定事業所の検討
- ・サービスA:委託の実施検討
- ・サービスB:既存団体の担い手育成支援
- ・サービスB:新規団体の立ち上げ支援
- ・サービスB:生活応援隊等との連携

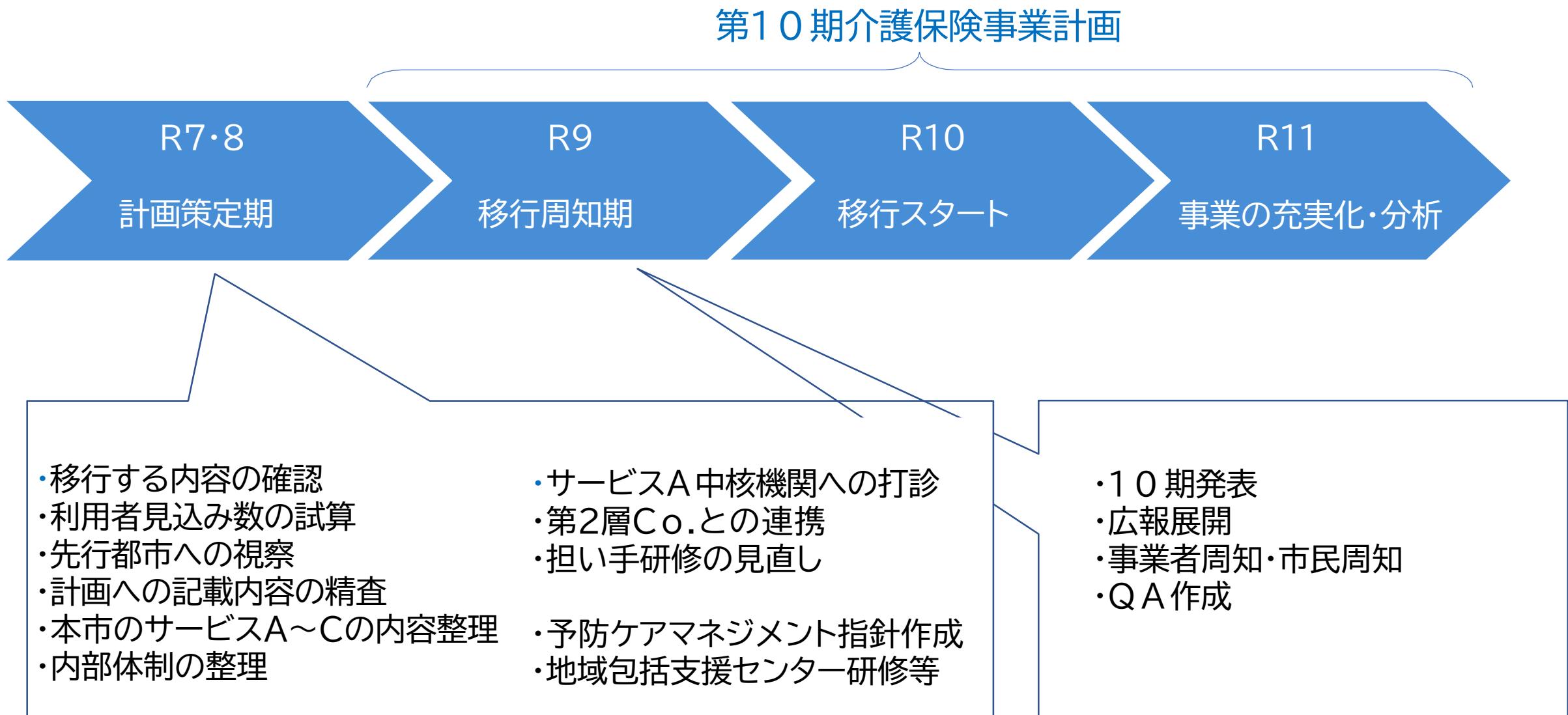
### 通所型サービス(切迫性低)

- ・サービスC:専門職の目による短期集中的な支援
- ・サービスB:サロンへの移動支援の検討
- ・地区サロンの見える化
- ・予防パッケージの提供(体操、専門職派遣等)
- ・サービスA・Bの新規開発

### 地域包括支援センターのグリップ機能について

- ・サービスA・B・Cの利用促進に併せた、介護予防ケアマネジメントB・Cの利用拡大の体制整備  
→予防ケアマネジメントの指針を作成し、地域包括支援センターの予防業務のグリップを図る。
- ・介護予防ケアマネジメントAの削減に伴う、委託料の見直し

## ◆軽度者の支援の専門職外移行(移行スケジュール)



## ◆一般介護予防事業の見直し等について

### ① 一般介護予防事業の見直し等にかかる市からの部会への説明

#### ○ 現在実施している事業の評価について

全15事業について、「事業の必要性」「参加者一人当たりの経費」「市民ニーズ」の観点から、所管課としての評価を実施。

総合評価が「高い」と判断される事業については、第10期計画においても引き続き実施。

介護予防把握事業で行うアンケート調査で判明した介護リスクに応じ、各種介護予防教室への参加を促し、正しい知識啓発に努めていく。

その他の事業については、高齢者が地域で社会参加できる機会を増やし介護予防に取り組むことが、地域で支援を必要とする高齢者の支えにも、つながっていくよう事業内容等の見直しを行う。

#### ○ 新たな取組(フレイル予防の視点からの事業)の導入検討について

高齢者を中心としたフレイルサポーターを育成し、フレイルサポーターが高齢者を対象にフレイルチェックを行い、フレイルの恐れがある高齢者を早期に発見して、一般介護予防事業等につなげることにより、元気度を高めることができるよう新たな取組の導入を検討。

## ◆一般介護予防事業の見直し等について

### ② 部会委員からの主な意見

- フレイルサポーターの役割や活動内容を事前に決めておく必要がある
- フレイルサポーターが自ら活動していくためには行政側の支援が必要
- フレイルサポーターはチームとして活動できると広がりも見えるのではないか
- フレイルチェックの場等についての周知はどうするのか
- 普段、市の教室に参加しない高齢者にも参加してもらうためにも、身近な地域での活動が必要
- フレイル状態の高齢者を早期に発見する方法やその工夫が必要
- 他団体との活動のタイアップが必要
- 高齢者が楽しみながら参加できるものが良い

### ③ 今後について

新たな取組(フレイル予防の視点からの事業)については、委員からのご意見を踏まえ、今後、他自治体での先行事例も参考にしながら内容について検討し、次回以降の部会で報告する予定としている。

## ◆介護人材改革

### ① 介護人材の確保・育成に向けた取組

#### ○ 外国人介護人材の導入検討

住民との交流の場を作るなど、外国人が地域に溶け込む支援を行ってはどうか。

市が窓口となり、地域の方・事業者(郵便局、銀行、スーパー、認知症サポーター等)の協力で啓発・教育研修を進め、導入・継続のハードルを下げる施策を検討してはどうか。

#### ○ 高齢者の活用

認知症サポーター養成講座修了者や生涯学習系の団体、市民活動を行う団体などにアプローチし、新しい役割をお願いすることで、人材発掘を進めてはどうか。(活動団体を一覧として整理する。)

### ② 介護現場の生産性向上に係る市の取組

#### ○ AIケアプランの普及について、その効果や課題を含め検討を進める。

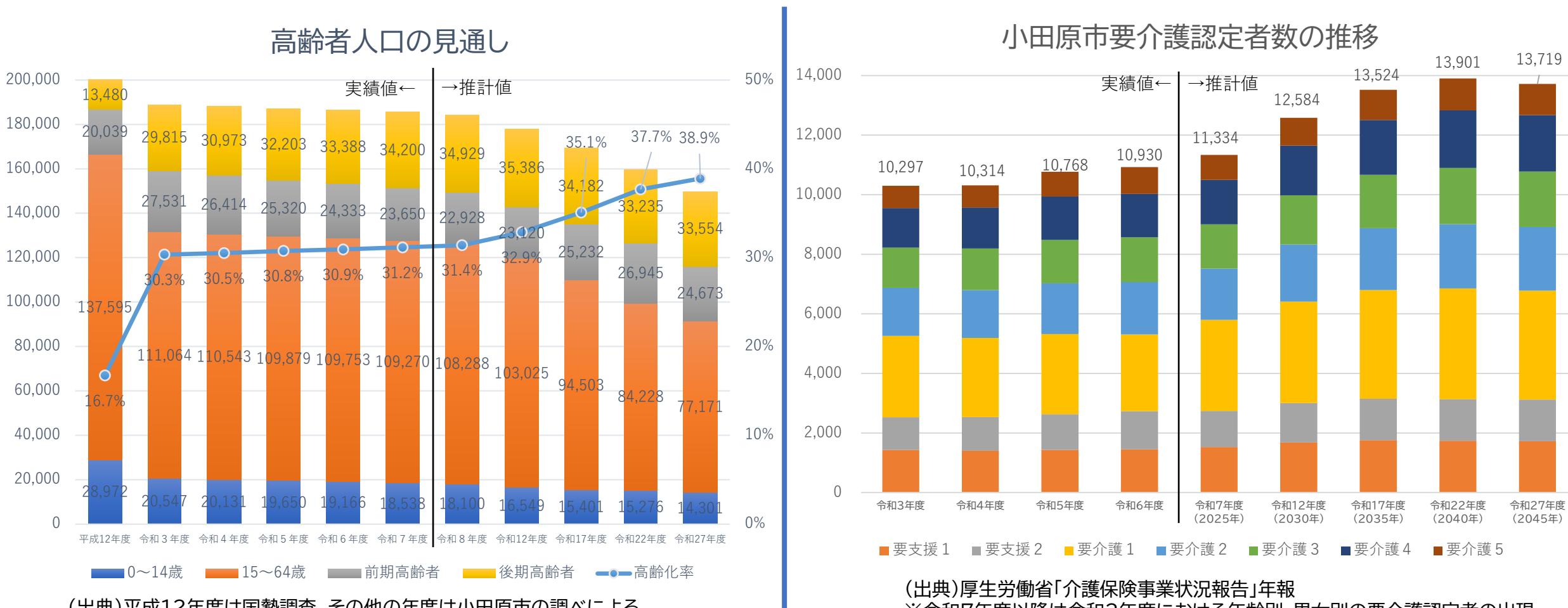
### ③自立支援・重度化防止に向けた取組

#### ○ 川崎市を参考に、自立支援・重度化防止に向けた独自のインセンティブの設定について効果や課題、本市に合ったやり方について、引き続き検討を進める。

## ■現状分析について（地域包括ケア「見える化」システム等）

### ◆ 地域包括ケア「見える化」システムとは

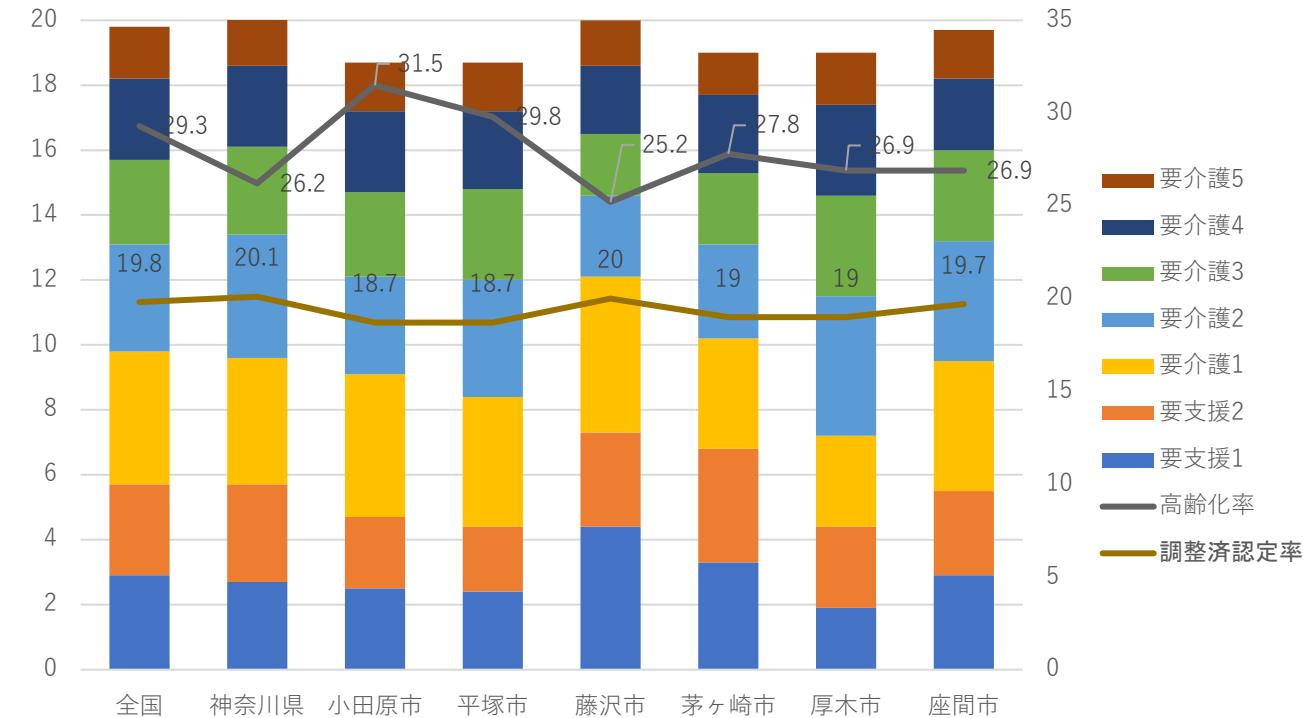
厚生労働省が提供する、介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。  
各種調査結果や最新データを踏まえ、第10期計画の策定に向けて分析を検証し、施策形成に活用する。



(出典)平成12年度は国勢調査、その他の年度は小田原市の調べによる  
※各年度10月1日現在。令和8年度以降は出生率、死亡率を踏まえ算出

(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報  
※令和7年度以降は令和2年度における年齢別・男女別の要介護認定者の出現率を算出し、各年度の男女別・年代別の推計人口に乘じて算出している

## 高齢化率及び調整済認定率



(時点)令和6年(2024年)

(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告」「年報「介護保険事業状況報告」月報  
および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

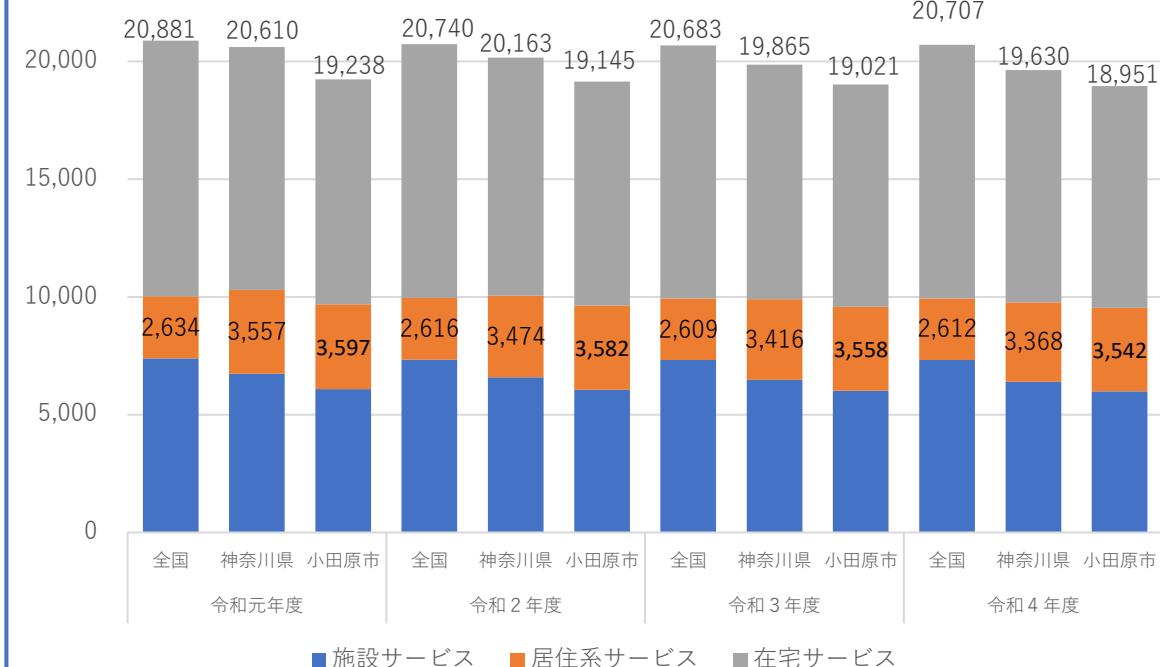
○調整済認定率とは…認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別  
人口構成」の影響を除外した認定率

### 【分析】

本市の高齢化率は、国より2.2ポイント、県より5.3ポイント  
高く、県内近隣市と比較して高い水準。

調整済認定率は、全国より1.1ポイント、県より1.4ポイント  
低く、県内近隣市と比較して低い水準。

## 調整済み第1号被保険者一人当たり給付月額



(出典)「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

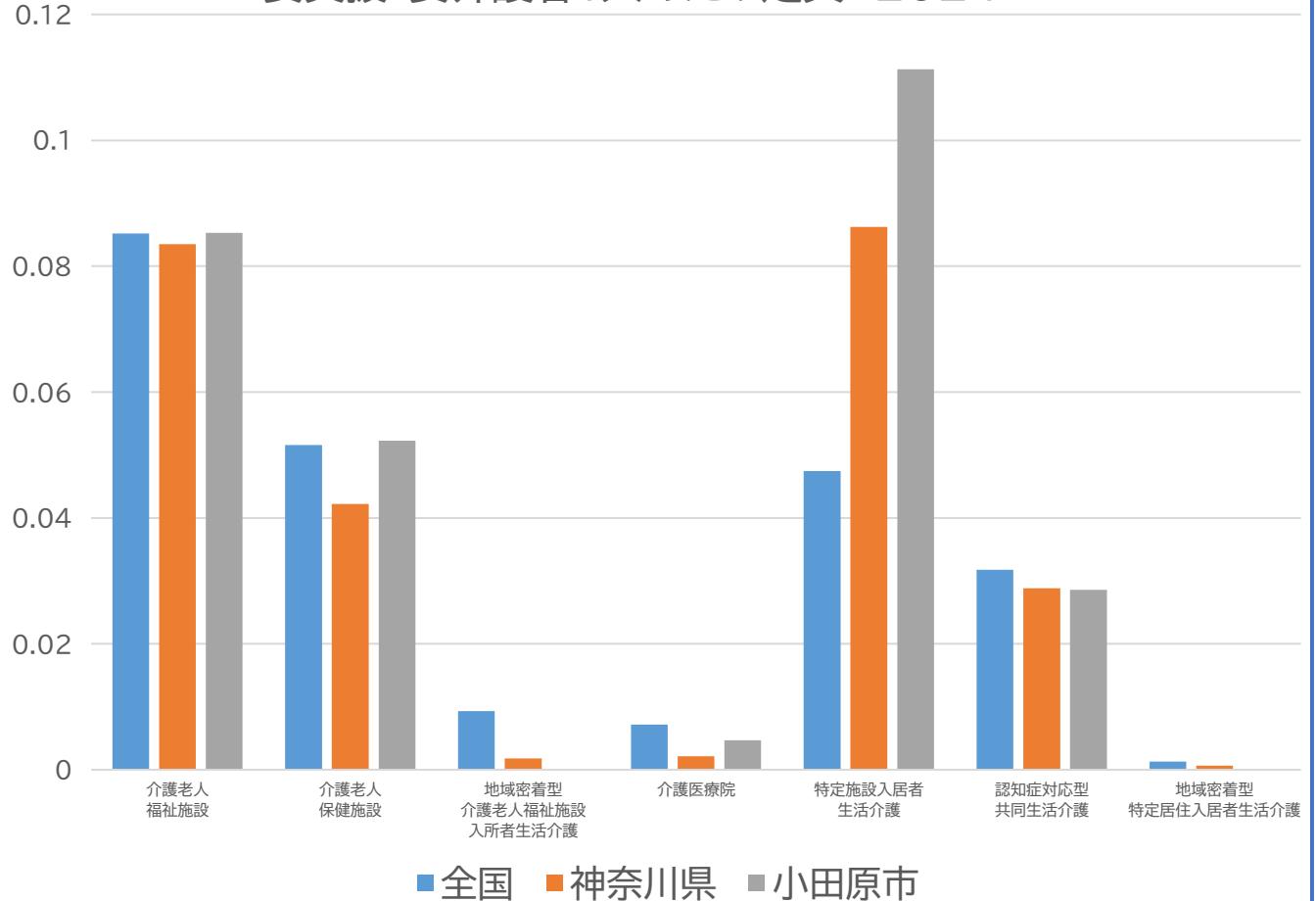
○調整済み第1号被保険者とは…「介護保険の第1号被保険者」の性・年齢構成と地域区分  
別の影響を調整したもの

### 【分析】

調整済み第1号被保険者一人当たり給付月額は、国・県を  
下回る。

一方で、居住系サービスに係る給付費に着目すると、国・県  
を上回る。特に、国と比較すると、常に3割以上高い水準。

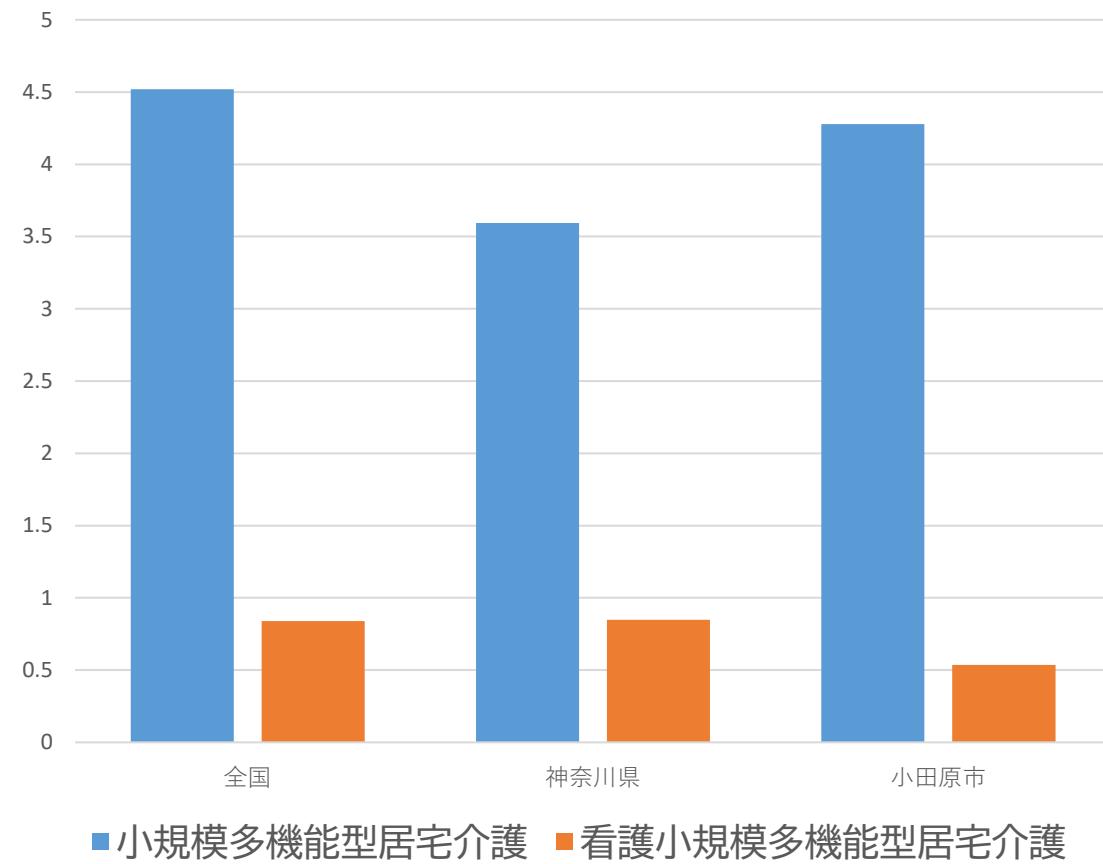
## 要支援・要介護者1人あたり定員 2024



### 【分析】

介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)については、おおむね国・県と同水準。特定施設入居者生活介護(介護付き有料老人ホーム)については、国の2.34倍、県の1.29倍の定員であり、供給過剰の状態にないか、注視が必要。

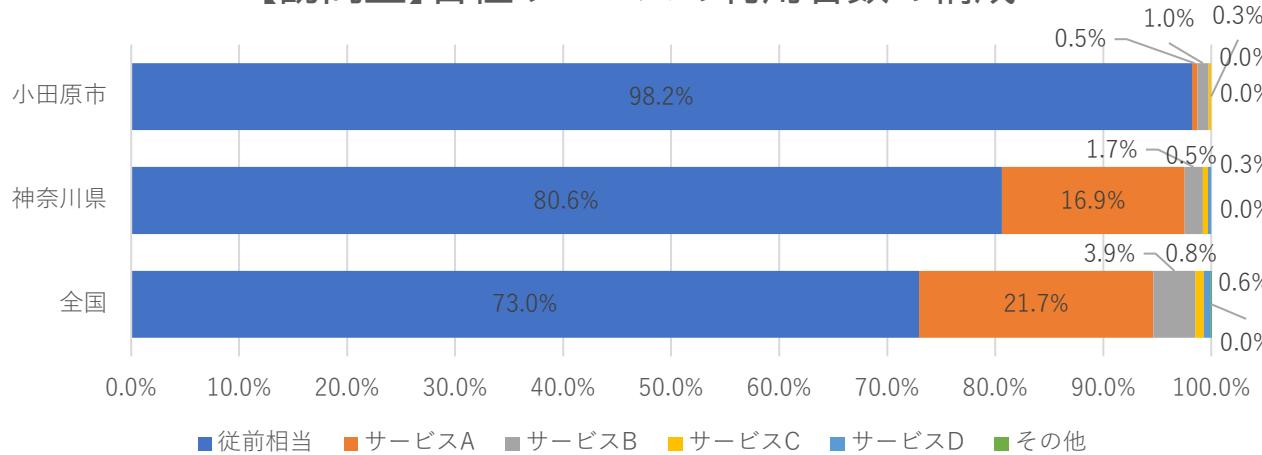
## サービス提供事業所数【人口10万人対】2023



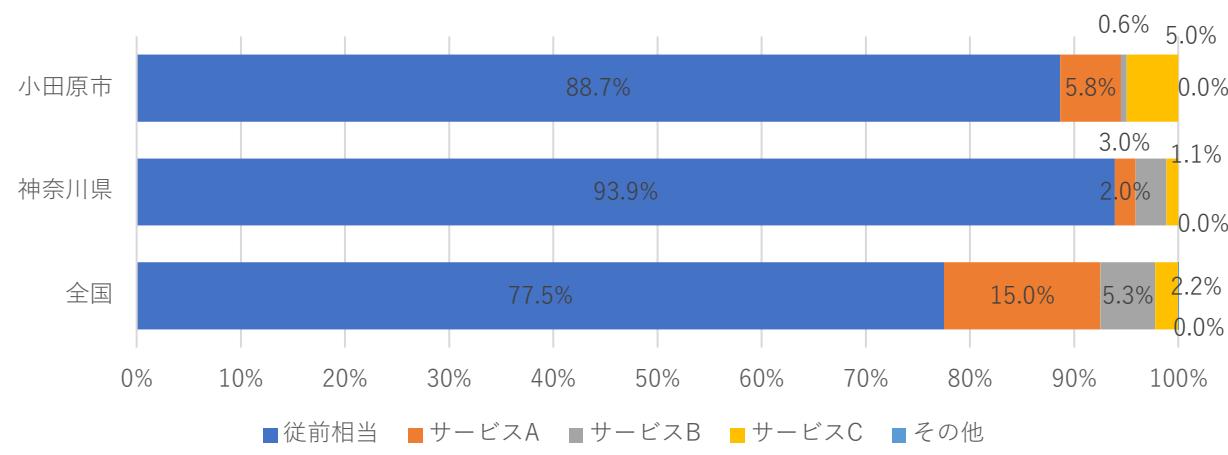
### 【分析】

小規模多機能型住宅介護の事業所数は、国の94.6%、県の119.0%の水準。  
看護小規模多機能型住宅介護は、国の63.7%、県の63.12%の水準であるが、現在は、事業所数が1事業所から2事業所に増えたため、国・県と比較して顕著に少ない状況は解消したと思われる。

## 【訪問型】各種サービスの利用者数の構成



## 【通所型】各種サービスの利用者数の構成



(時点)令和5年(2023年)

(出典)厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」

## 【訪問型】各種サービスの利用者数の推移(実人数)



(出典出典:厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」

## 【通所型】各種サービスの利用者数の推移(実人数)



## 【分析】

【訪問型サービス】本市の利用者の98.2%を従前相当(訪問介護員によるサービス)が占めており、サービスA(緩和した基準によるサービス)、サービスB(住民主体による支援)の利用者はごくわずかである。サービスC(短期集中予防サービス)、サービスD(移動支援)は未提供。国・県と比較してサービスA・Bの比率は非常に少ないものとなっており、訪問介護員が不足する現状においては、サービスA・Bの充実は大きな課題と考えられる

【通所型サービス】サービスAの比率は、県を上回るもののが下回る。サービスBは、国・県のいずれも下回る。サービスC(短期集中予防サービス)の比率は、国・県を上回る。サービスBの充実が課題と考えられる。

## ◆ 要支援・要介護認定者の有病状況の推移等

要支援・要介護認定者の有病状況の推移 (単位:%)

病名	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
筋・骨格	48.8	50.2	50	50.3	50.8
精神疾患	36.1	36.3	35.5	34.7	34.4
うち認知症	24.4	24.4	23.8	22.9	22.8
アルツハイマー病	18.7	18.3	17.7	17.1	17.1
高血圧症	51.7	52.2	52	52.2	52.4
心臓病	57.4	57.8	57.8	57.9	58.2
脂質異常症	31.4	32.2	32.8	33.2	34
糖尿病	25.3	25.8	26.5	26.6	26.4
がん	9.7	10	9.9	10	10
脳疾患	23.8	23.5	22.4	21.3	20.8

(出典)国保データベースシステム、介護保険審査支払等システム

### 【分析】

近年一部疾病(精神疾患、脳疾患)の有病率は減少傾向にあるが、筋・骨格系疾患、心臓病、脂質異常、糖尿病の有病率は年々増加傾向にある。さらに、糖尿病有病率は、国、県、同規模保険者と比較しても高い傾向にある。

こうしたことから、一般的な予防活動に留まらず、筋・骨格系疾患や循環器系疾患による運動機能低下(転倒予防)、糖尿病の重症化等により自立の阻害要因となる疾患に特化した、より効果的な事業を充実させることが求められている。

令和6年度(2024年度)要支援・要介護認定者の有病状況の比較  
(単位:%)

病名	小田原市	同規模保険者	国	神奈川県
筋・骨格	50.8	53.6	54.3	52.3
精神疾患	34.4	35.9	36.5	35.1
うち認知症	22.8	23.4	23.7	22.5
アルツハイマー病	17.1	17.5	17.4	16.2
高血圧症	52.4	53.5	53.7	52.3
心臓病	58.2	60.5	60.8	59.1
脂質異常症	34	33.7	33.9	34.5
糖尿病	26.4	24.8	24.8	24.2
がん	10	11.8	12.3	12.5
脳疾患	20.8	21.5	21.7	20.6

(出典)国保データベースシステム、介護保険審査支払等システム  
同規模保険者とは、茅ヶ崎市、平塚市、厚木市、大和市を含めた5市の平均

## ◆ 調査の状況（市民意見の反映）

### ○ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

目的	要介護状態になる前の高齢者について、要介護状態になるリスクの発生状況や、リスクに影響を与える日常生活状況を把握し、地域の課題を捉える。
対象者	要介護1～5の認定を受けていない市内在住の65歳以上の方(一般高齢者、要支援1・2)
調査期間	<u>令和7年(2025年)11月5日(水)～11月28日(金)</u>
調査方法	対象者の中から7,500人を無作為抽出し、郵送による配布・回収
変更点	「就労について」の項目、認知症についての設問を新たに追加。全部で70問

### ○ 在宅介護実態調査

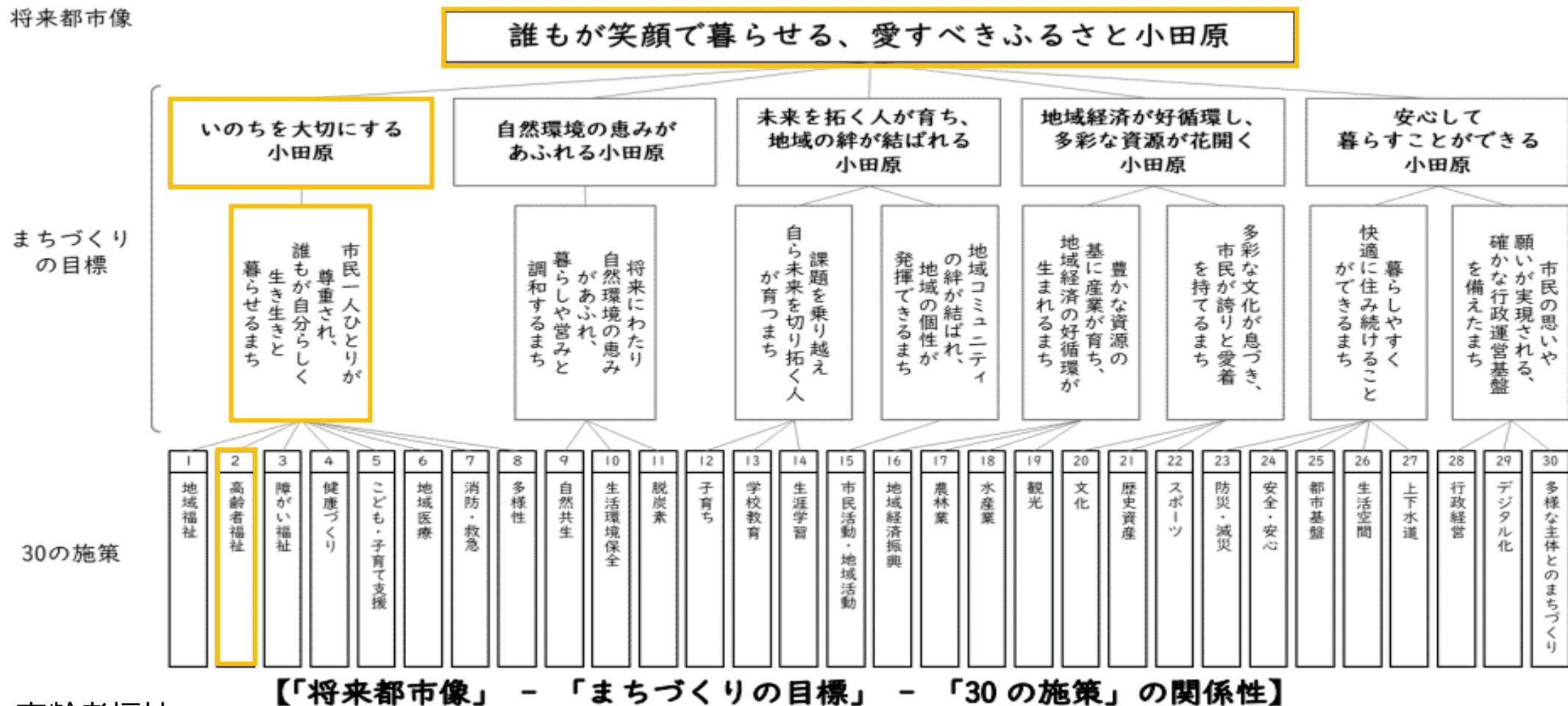
目的	「要介護者の在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」の実現に向けた支援・サービスの提供体制を検討する。
対象者	在宅で生活する要支援・要介護認定者のうち、「要支援・要介護認定の更新又は区分変更申請」に基づき認定調査を受けた方
調査期間	<u>令和7年(2025年)11月5日(水)～11月28日(金)</u>
調査方法	対象者の中から1,200人を無作為抽出し、郵送による配布・回収
変更点	なし。全部で12問

## ■第10期計画におけるビジョン（基本理念・基本目標案）について

### ◆ 第7次総合計画第1期実行計画の枠組み（令和8年度から令和10年度）

小田原市基本構想 ※おおむね20年先に次の世代に引き渡すべき望ましいまちの姿を展望

将来都市像



### 2 高齢者福祉

#### ◆目指す姿

○高齢者が自分らしく年を重ね、地域で自立した生活を営み、心身ともに健康で、安心して生活を送ることができます。

## ◆ 第10期計画における基本理念・基本目標

第10期計画においては、基本理念の下に基本理念を達成するための目標を掲げた上で、目標の達成に有効な基本方針を位置付けます。その基本方針に従い施策を位置付けていきます。

### 自分らしく年を重ね、安心して暮らし続けられる小田原

最終アウトカム  
基本理念

中間アウトカム  
基本目標

初期アウトカム  
基本方針

「自分らしく」とは、高齢者が、これまでの人生で大切にしてきた価値観、ライフスタイル、興味、そして個性を尊重しながら生活を送ることを意味します。

「年を重ねる」とは、単に年齢が進むことだけではなく、人生経験、身体的・精神的变化、生活状況の変化を「成長・成熟」として尊重し、年齢の進行を豊かで充実した人生を歩んできた証としてポジティブかつ現実的に捉えることを意味します。

「安心して暮らし続ける」とは、健康を維持するための環境が整備されていることも含め心身の幸福感や生きがいをもって、高齢者がその人らしい人生を楽しむことができる社会をあらわしています。

健康で、自分らしい生活ができるまち

地域包括ケアシステムにより、地域で安心して暮らせることができるまち

必要なサービスを将来にわたって安定的に提供できる体制が整っているまち

趣味や特技を活かし、自分らしく過ごせる環境が整備されている

ライフスタイルに合わせて社会参加ができる場が拡充されている

健康を維持し、介護予防に積極的に取り組める状態になつている。

医療と介護が一体的に提供され、在宅での生活ができている

地域包括支援センターの機能が強化されている

住民同士や家族で支える仕組みが構築されている

高齢者を多様な主体から見守る体制が提供されている

高齢者の権利擁護が図られ安心して過ごすことができる

認知症への理解が広がり、医療・介護・地域で見守る体制ができている

多様な職種や機関の連携が強化されている

介護サービスが利用者の自立支援・重度化防止につながっている

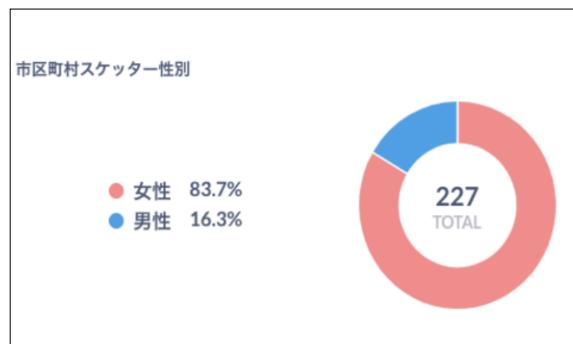
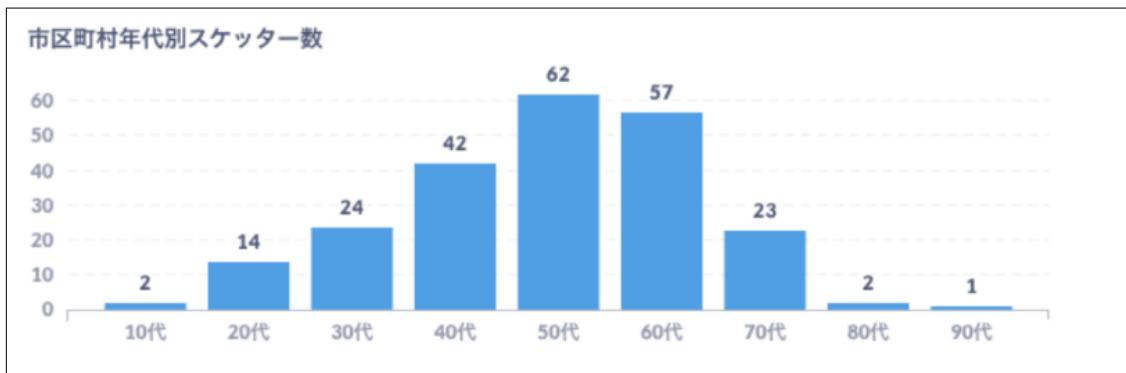
必要な介護人材が確保されている

介護サービスの供給体制が確保され、適切に提供されている

## 有償ボランティアマッチングサービス「スケッター」について

### 1 トライアル実績

- 登録事業所 25 事業所(うちお仕事を出したのは 13 事業所)
- スケッター数 227 人
- 事業所への応募数 847 件(うちマッチング総数 610 件)



### 2 採用実績

お手伝いの募集を出した 13 事業所中、4 事業所(計 6 名)が介護職員の採用に繋がった。(実証実験では全国最多)

### 3 事業所の声

- 業務負担軽減につながった
- 事業所の魅力を発信してくれた
- 外から施設がどのように見えるかを知ることが出来た
- 施設を知ってもらうきっかけになった
- 外からの視点で意見を貰えるので、自社の改善に活かせる

### 4 今後について

スケッターを導入していない・事業所に対して第2回トライアルを実施予定。合わせて、好事例共有会を実施し、1回目のトライアルで活用していただいた事業所からスケッターの魅力や活用事例等発信をしてもらう予定。

## 介護保険事業所の新規指定等について

### 1. 居宅介護支援事業所の新規指定

no	法人名	代表者名	事業所名	事業所所在地	サービス種類	指定年月日
1	株式会社 パーソンライフ	鳥海 忠明	ぱーそんらいふ居宅介護支援事業所	小田原市栢山404-1	居宅介護支援	令和7年9月1日

### 2. 地域密着型サービス事業所の新規指定

no	法人名	代表者名	事業所名	事業所所在地	サービス種類	指定年月日
1	株式会社サングレイス	武市 賢太郎	ヒラックス鴨宮	小田原市南鴨宮2-33-3 ロイヤルマンション南鴨宮1階	地域密着型通所介護	令和7年10月1日

### 3. 介護予防・日常生活支援総合事業事業所の新規指定

no	法人名	代表者名	事業所名	事業所所在地	サービス種類	指定年月日
1	株式会社リベルケア	清原 達觀	訪問介護リベル 小田原	小田原市久野849-7	国基準訪問型サービス	令和7年9月1日
2	株式会社サングレイス	武市 賢太郎	ヒラックス鴨宮	小田原市南鴨宮2-33-3 ロイヤルマンション南鴨宮1階	国基準通所型サービス	令和7年10月1日
3	株式会社 このまちふくし	西山 純	カフェデイサービス ひといき	小田原市小八幡2-27-1	国基準通所型サービス	令和7年12月1日

## 小田原市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

小田原市では、令和8年度に「おだわら高齢者福祉介護計画」の本格的な見直しを行います。

この調査は、「おだわら高齢者福祉介護計画」見直しのための基礎資料として活用することを目的に、小田原市にお住まいの 65 歳以上の方から無作為に選ばせていただいた方(令和7年(2025 年)9月 30 日現在)を対象として実施するものです。お答えいただいた内容については、統計的に処理いたしますので、みなさまにご迷惑をおかけすることは一切ありません。

お忙しいと存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年11月

小田原市長 加 藤 憲 一

### 記 入 に 際 し て の お 願 い

- ・ この調査は封筒の宛名の方が対象です。
- ・ 回答は該当する選択肢にレ点チェックをするなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・ 令和7年11月1日現在の内容でご記入ください。
- ・ なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などが代筆していただくか、ご本人の意思を尊重して代わって回答していただくようお願いいたします。
- ・ 設問中の「あなた」とは高齢者ご本人のことを指します。

### 個 人 情 報 の 取 り 扱 い に つ い て

- ・ 個人情報の保護及び活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
- ・ なお、本調査票のご返送をもちまして、以下にご同意いただいたものとみなさせていただきます。

#### 【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・ 「おだわら高齢者福祉介護計画」見直しのための基礎資料として活用することを目的に今回の調査と要介護認定データなどを利用させていただき、統計的な集計処理は個人が識別されない形で行います。なお、調査目的以外に利用することはありません。
- ・ 本調査で得られた情報につきましては、本市で適切に管理させていただきます。

**ご記入いただいた調査票は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、令和7年11月28日（金）までに投函くださるようお願いいたします。**

#### 【調査についてのお問い合わせ先】

小田原市役所 高齢介護課 高齢者福祉係 TEL (0465) 33-1841

FAX (0465) 33-1838

R0-700-0194

回答は該当する選択肢に印をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

記 入 日	令和7年	□ □ 月	□ □ 日
-------	------	-------	-------

調査票を記入されたのはどなたですか（□は1つ）

- あて名のご本人が記入
- ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄： ）
- その他（具体的に： ）

## 1 あなた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（□は1つ）

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

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（□は1つ）

- 介護・介助は必要ない ⇒ **問3へ**
- 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**
- 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2-1、2へ**

### 【問2で「介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

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

- 脳卒中（脳出血・脳梗塞など）                    心臓病
- がん（悪性新生物）                                呼吸器の病気（肺気腫・肺炎など）
- 関節の病気（リウマチなど）                    認知症（アルツハイマー病など）
- パーキンソン病                                       糖尿病
- 腎疾患（透析）                                       視覚・聴覚障がい
- 骨折・転倒     脊椎損傷
- 高齢による衰弱                                       その他（ ）
- 不明

## **【問2で「現在、何らかの介護を受けています」の方のみ】**

### **問2－2 主にどなたの介護・介助を受けていますか（あてはまるものすべてに□）**

- |                                      |                                    |                                |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者（夫・妻）    | <input type="checkbox"/> 息子        | <input type="checkbox"/> 娘     |
| <input type="checkbox"/> 子の配偶者       | <input type="checkbox"/> 孫         | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスのヘルパー | <input type="checkbox"/> その他（<br>） |                                |

### **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）**

- |                                   |                                   |                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大変苦しい    | <input type="checkbox"/> やや苦しい    | <input type="checkbox"/> ふつう |
| <input type="checkbox"/> ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> 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（□は1つ）**

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持家（一戸建て）     | <input type="checkbox"/> 持家（集合住宅）     |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅       | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（集合住宅） | <input type="checkbox"/> 借家           |
| <input type="checkbox"/> 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（□は1つ）**

- |                                    |                                     |                               |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> できるし、している | <input type="checkbox"/> できるけどしていない | <input type="checkbox"/> 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（□は1つ）**

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

### **問7 15分位続けて歩いていますか（□は1つ）**

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

### **問8 過去1年間に転んだ経験がありますか（□は1つ）**

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

### **問9 転倒に対する不安は大きいですか（□は1つ）**

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

**問 10 週に 1 回以上は外出していますか (□は 1 つ)**

ほとんど外出しない     週 1 回     週 2 ~ 4 回     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 (□は 1 つ)**

とても減っている     減っている     あまり減っていない     減っていない

**問 12 外出を控えていますか (□は 1 つ)**

はい ⇒ **問 12-1 へ**     いいえ ⇒ **問 13 へ**

**【問 12 で「はい」(外出を控えている)の方のみ】**

**問 12-1 外出を控えている理由は、次のどれですか (あてはまるものすべてに□)**

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

**問 13 外出する際の移動手段は何ですか (あてはまるものすべてに□)**

- |                                      |   |                               |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩          | <input type="checkbox"/> 自転車            | <input type="checkbox"/> バイク  |
| <input type="checkbox"/> 自動車 (自分で運転) | <input type="checkbox"/> 自動車 (人に乗せてもらう) | <input type="checkbox"/> 電車   |
| <input type="checkbox"/> 路線バス        | <input type="checkbox"/> 病院や施設のバス       | <input type="checkbox"/> 車いす  |
| <input type="checkbox"/> 電動車いす (カート) | <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー     | <input type="checkbox"/> タクシー |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     |   |                               |

**3 食べることについて**

**問 14 身長・体重をご記入ください (数字で記入)**

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 (□は 1 つ)**

はい     いいえ

問 16 お茶や汁物などでむせることがありますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 17 口の渇きが気になりますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 18 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか（□は1つ）

はい

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

（※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です）（□は1つ）

自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用

自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし

自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用

自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

問 19-1へ

問 19-2へ

【問 19で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

問 19-1 毎日入れ歯の手入れをしていますか（□は1つ）

はい

いいえ

【問 19で「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」「自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし」の方のみ】

問 19-2 噛み合わせは良いですか（□は1つ）

はい

いいえ

問 20 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（□は1つ）

はい

いいえ

問 21 どなたかと食事をともにする機会はありますか（□は1つ）

毎日ある

週に何度がある

月に何度がある

年に何度がある

ほとんどない

## 4 毎日の生活について

問 22 物忘れが多いと感じますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 23 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）

はい

いいえ

問 24 今日が何月何日かわからないときがありますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 25 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）（□は1つ）

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 26 自分で食品・日用品の買物をしていますか（□は1つ）

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 27 自分で食事の用意をしていますか（□は1つ）

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 28 自分で請求書の支払いをしていますか（□は1つ）

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 29 自分で預貯金の出し入れをしていますか（□は1つ）

できるし、している

できるけどしていない

できない

問 30 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）

はい

いいえ

問 31 新聞を読んでいますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 32 本や雑誌を読んでいますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 33 健康についての記事や番組に関心がありますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 34 友人の家を訪ねていますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 35 家族や友人の相談にのっていますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 36 病人を見舞うことができますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 37若い人に自分から話しかけることがありますか（□は1つ）

はい

いいえ

問 38 趣味はありますか。ある場合は（ ）内にご記入ください（□は1つ）

趣味あり → ( )

思いつかない

問 39 生きがいはありますか。ある場合は（ ）内にご記入ください（□は1つ）

生きがいあり → ( )

思いつかない

問 40 日ごろ、知りたい情報をどこで得ていますか（あてはまるものすべてに□）

友人、知人、家族からの口コミ

市の広報や窓口での案内

地域包括支援センターからの案内

インターネット

本や雑誌

新聞、テレビ、ラジオ

自治会の回覧

その他 ( )

問 41 終活について考えていますか（□は1つ）

考えているし、取り組んでいる

考えているけど、取り組んでいない

考えていない

## 5 地域での活動について

問 42 以下のような会・グループなどにどのくらいの頻度で参加していますか

※①～⑧それぞれに回答してください（それぞれ□は1つ）

	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"/>					
② スポーツ関係のグループや クラブ	<input type="checkbox"/>					
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>					
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>					
⑤ 介護予防のための通いの場 (上記①～④を除く、地域のサロン やグループなど)	<input type="checkbox"/>					
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>					
⑦ 自治会	<input type="checkbox"/>					
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>					

問 43 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味など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）

ぜひ参加したい     参加してもよい     参加したくない     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など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（□は1つ）

ぜひ参加したい     参加してもよい     参加したくない     既に参加している

問 45 市が開催している介護予防事業（65歳からの筋トレ教室、食で生き生き！栄養教  
室など）を知っていますか（□は1つ）

知っているし、参加したことがある     知っているが、参加したことはない

聞いたことはあるが、内容までは知らない     聞いたことがないし、知らない

## 6 就労について

### 問 46 現在のあなたの就労状態はどれですか（あてはまるものすべてに□）

- 職に就いたことがない     引退した     常勤（フルタイム）  
 非常勤（パート・アルバイト等）     自営業     求職中  
 その他

#### 【問 46 で「引退した」の方のみ】

### 問 46-1 あなたはいつ引退しましたか（□は1つ、年数は数字で記入）

昭和 

--	--

 年     平成 

--	--

 年     令和 

--	--

 年

#### 【問 46 で「常勤（フルタイム）」「非常勤（パート・アルバイト等）」「自営業」「求職中」の方のみ】

### 問 46-2 働く理由、働きたい理由はなんですか（□は1つ）

- 生活のため     健康のため     生きがいのため  
 時間に余裕があるから     社会参加のため     体力的にまだ働けるから  
 その他（ ）

## 7 たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

### 問 47 あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人はだれですか (あてはまるものすべてに□)

- 配偶者     同居の子ども     別居の子ども  
 兄弟姉妹・親戚・親・孫     近隣の人     友人  
 その他（ ）     そのような人はいない

### 問 48 反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人はだれですか (あてはまるものすべてに□)

- 配偶者     同居の子ども     別居の子ども  
 兄弟姉妹・親戚・親・孫     近隣の人     友人  
 その他（ ）     そのような人はいない

**問 49 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だれですか  
(あてはまるものすべてに□)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣の人       | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**問 50 反対に、看病や世話をしてくれる人はだれですか (あてはまるものすべてに□)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣の人       | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**問 51 あなたが将来亡くなった後に、葬儀の手配や各種支払い・事務手続きなどを担ってくれそうな人はだれですか (あてはまるものすべてに□)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣の人       | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**問 52 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  
(あてはまるものすべてに□)**

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

**問 53 地域包括支援センターを知っていますか (□は1つ)**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 名前を知っているし、業務内容も大体知っている   |
| <input type="checkbox"/> 名前を知っているし、業務内容も少しあは知っている |
| <input type="checkbox"/> 名前は知っているが、業務内容は知らない      |
| <input type="checkbox"/> 名前も知らない                  |

**問 54 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (□は1つ)**

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日ある    | <input type="checkbox"/> 週に何度かある | <input type="checkbox"/> 月に何度かある |
| <input type="checkbox"/> 年に何度かある | <input type="checkbox"/> 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) (□は1つ)**

0人(いない)       1~2人       3~5人

6~9人       10人以上

**問 56 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(あてはまるものすべてに□)**

近所・同じ地域の人       幼なじみ

学生時代の友人       仕事での同僚・元同僚

趣味や関心が同じ友人       ボランティアなどの活動での友人

その他( )       いない

## 8 健康について

### 問 63 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（あてはまるものすべてに☑）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ない                | <input type="checkbox"/> 高血圧                  |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血・脳梗塞など）    | <input type="checkbox"/> 心臓病                  |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 高脂血症（脂質異常）           |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎など） | <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気         |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気         | <input type="checkbox"/> 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症など） |
| <input type="checkbox"/> 外傷（転倒・骨折など）       | <input type="checkbox"/> がん（悪性新生物）            |
| <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気          | <input type="checkbox"/> うつ病                  |
| <input type="checkbox"/> 認知症（アルツハイマー病など）   | <input type="checkbox"/> パーキンソン病              |
| <input type="checkbox"/> 目の病気              | <input type="checkbox"/> 耳の病気                 |
| <input type="checkbox"/> その他（<br>）         |   |

### 問 64 かかりつけの医療機関はありますか（あてはまるものすべてに☑）

- |                             |  |                               |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> 診療所           | <input type="checkbox"/> 歯科医院 |
| <input type="checkbox"/> 薬局 | <input type="checkbox"/> かかりつけの医療機関はない |                               |

## 9 認知症にかかる相談窓口の把握について

### 問 65 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人はいますか（☑は1つ）

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

### 問 66 認知症に関する相談窓口を知っていますか（☑は1つ）

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

### 問 67 認知症について、どの程度理解していますか（あてはまるものすべてに☑）

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 名前を知っている    | <input type="checkbox"/> 症状を知っている |
| <input type="checkbox"/> 対応の方法を知っている | <input type="checkbox"/> まったく知らない |

**問 68 認知症の人やその家族が地域で生活し続けるために、どのような支援があると良いと思いますか（あてはまるものすべてに☑）**

- 適切な医療・介護サービス     地域の理解や見守り     家族負担の軽減  
 外出や買い物支援     特に課題は感じていない

**問 69 成年後見制度を知っていますか（☑は1つ）**

- 名前を知っているし、制度内容も知っている  
 名前を知っているし、制度内容も少しあは知っている  
 名前は知っているが、制度内容は知らない  
 名前も知らない

◎その他、介護保険や福祉サービスについて、ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

令和7年11月28日（金）までにご投函ください。



## 小田原市 在宅介護実態調査

小田原市では、令和9年度から令和 11 年度までを計画期間とする「おだわら高齢者福祉介護計画」を策定するにあたり、本市にお住まいの要介護・要支援認定を受けられた方の日頃の生活状況などについてお聞かせいただくアンケート調査を実施いたします。

お忙しいと存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年11月

小田原市長 加 藤 憲一

### 記入に際してのお願い

- ・この調査は封筒の宛名の方が対象です。
- ・回答は該当する選択肢にレ点チェックをするなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・令和7年11月1日現在の内容でご記入ください。
- ・内容は、「ご本人」と「主な介護者の方」に対する質問で構成されていますが、ご家族の方などがご本人の代わりに回答したり、ご一緒に回答してもかまいません。

### 個人情報の取り扱いについて

- ・個人情報の保護及び活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、以下にご同意いただいたものとみなさせていただきます。

#### 【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・「おだわら高齢者福祉介護計画」見直しのための基礎資料として活用することを目的に今回の調査と要介護認定データなどを利用させていただき、統計的な集計処理は個人が識別されない形で行います。なお、調査目的以外に利用することはございません。
- ・本調査で得られた情報につきましては、本市で適切に管理させていただきます。

ご記入いただいた調査票は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、  
令和7年11月28日（金）までに投函くださるようお願いいたします。

#### 【調査についてのお問い合わせ先】

小田原市役所 高齢介護課 介護認定係 TEL (0465) 33-1872  
FAX (0465) 33-1838

R0-700-●●●

**質問の該当する答えに□（レ点チェック）をつけてください。**

**【この調査票を記入いただいている方は、どなたですか】（あてはまるものすべてに□）**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 調査対象者本人       | <input type="checkbox"/> 主な介護者となっている家族・親族 |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者以外の家族・親族 | <input type="checkbox"/> 調査対象者のケアマネジャー    |
| <input type="checkbox"/> その他           |   |

## A票 調査対象者ご本人様について、お伺いします

**問1 世帯類型について、ご回答ください（□は1つ）**

- |                               |                                 |                              |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 単身世帯 | <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 | <input type="checkbox"/> その他 |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

**問2 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  
(□は1つ)**

※ 「施設等」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、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を指します。

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入所・入居は検討していない      | <input type="checkbox"/> 入所・入居を検討している |
| <input type="checkbox"/> すでに入所・入居の申し込みをしている |                                       |

**問3 ご本人（調査対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください  
(あてはまるものすべてに□)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患（脳卒中）             | <input type="checkbox"/> 心疾患（心臓病）               |
| <input type="checkbox"/> 悪性新生物（がん）              | <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患                  |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患（透析）                | <input type="checkbox"/> 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） |
| <input type="checkbox"/> 膜原病（関節リウマチ含む）          | <input type="checkbox"/> 変形性関節疾患                |
| <input type="checkbox"/> 認知症                    | <input type="checkbox"/> パーキンソン病                |
| <input type="checkbox"/> 難病（パーキンソン病を除く）         | <input type="checkbox"/> 糖尿病                    |
| <input type="checkbox"/> 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） | <input type="checkbox"/> その他                    |
| <input type="checkbox"/> なし                     | <input type="checkbox"/> わからない                  |

**問4 現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（□は1つ）**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 利用している ⇒ <b>問6へ</b> | <input type="checkbox"/> 利用していない ⇒ <b>問5へ</b> |
|--|---|

**【問4で「利用していない」の方のみ】**

**問5 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（あてはまるものすべてに□）**

- 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
- 本人にサービス利用の希望がない
- 家族が介護をするため必要ない
- 以前、利用していたサービスに不満があった
- 利用料を支払うのが難しい
- 利用したいサービスが利用できない、身近にない
- 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
- サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からず
- その他

**問6 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（あてはまるものすべてに□）**

※ 介護保険を使って利用しているサービス（ヘルパーやデイサービスなど）は含みません。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 配食                 | <input type="checkbox"/> 調理             |
| <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯              | <input type="checkbox"/> 買い物（宅配は含まない）   |
| <input type="checkbox"/> ゴミ出し               | <input type="checkbox"/> 外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ        |
| <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場     | <input type="checkbox"/> その他            |
| <input type="checkbox"/> 利用していない            |   |

**問7 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（あてはまるものすべてに□）**

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 配食                 | <input type="checkbox"/> 調理             |
| <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯              | <input type="checkbox"/> 買い物（宅配は含まない）   |
| <input type="checkbox"/> ゴミ出し               | <input type="checkbox"/> 外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ        |
| <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場     | <input type="checkbox"/> その他            |
| <input type="checkbox"/> 特になし               |   |

**問8 ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療（往診）を利用していますか（□は1つ）**

※ 歯科医の往診や薬剤師の訪問は含みません。

利用している

利用していない

**問9 どれくらい外出していますか（□は1つ）**

ほとんど外出しない

月1、2回

週1回

週2～4回

週5回以上

**問10 ご本人が外出する主な目的は何ですか（あてはまるものすべてに□）**

通院

介護サービス利用

サロンなどの地域の通いの場に行く

家族・友人に会う

買い物・食事

趣味の活動

その他

**問11 外出する際の移動手段は何ですか（あてはまるものすべてに□）**

徒歩

自転車

バイク

自動車（自分で運転）

自動車（人に乗せてもらう）

電車

路線バス

病院や施設のバス

車いす

電動車いす（カート）

歩行器・シルバーカー

タクシー

その他

**問12 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（□は1つ）**

ない ⇒ **調査は終了です**

家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない

週に1～2日ある

週に3～4日ある

ほぼ毎日ある

**B票へ進んでください**

●A票の問12で「家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」「週に1～2日ある」、「週に3～4日ある」「ほぼ毎日ある」と回答された場合、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。

●B票は、可能な限り「主な介護者」の方に直接記入をしてもらってください。

## B票 主な介護者の方について、お伺いします

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人（調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（あてはまるものすべてに□）

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
- 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
- 主な介護者が転職した
- 主な介護者以外の家族・親族が転職した
- 介護のために仕事を辞めた家族・親族はない
- わからない

問2 主な介護者の方は、どなたですか（□は1つ）

- 配偶者                    子                    子の配偶者
- 孫                    兄弟・姉妹            その他

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（□は1つ）

- 男性                    女性

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（□は1つ）

- 20歳未満                    20代                    30代
- 40代                    50代                    60代
- 70代                    80歳以上                    わからない

**問5 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  
(あてはまるものすべてに□)**

**[身体介護]**

- |                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄    | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄               | <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） |
| <input type="checkbox"/> 入浴・洗身    | <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等         | <input type="checkbox"/> 服薬          |
| <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 | <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） |                                      |

**[生活援助]**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等）       | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |   |

**[その他]**

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> わからない |
|------------------------------|--------------------------------|

**問6 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（□は3つまで）**

**[身体介護]**

- |                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄    | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄               | <input type="checkbox"/> 食事の介助（食べる時） |
| <input type="checkbox"/> 入浴・洗身    | <input type="checkbox"/> 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）      | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動 | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等         | <input type="checkbox"/> 服薬          |
| <input type="checkbox"/> 認知症状への対応 | <input type="checkbox"/> 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） |                                      |

**[生活援助]**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備（調理等）       | <input type="checkbox"/> その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |   |

**[その他]**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> その他                | <input type="checkbox"/> 不安に感じていることは、特にない |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない |   |

## 問7 主な介護者の方が、介護等について相談できる人は誰ですか（□は1つ）

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族・親戚          | <input type="checkbox"/> 友人・知人       |
| <input type="checkbox"/> 自治会や民生委員など地域の方 | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー        | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター  |
| <input type="checkbox"/> 市役所            | <input type="checkbox"/> その他         |
| <input type="checkbox"/> 特にいない          |                                      |

## 問8 主な介護者の方の心身の健康を維持するために必要と思われる支援やサービスなどについて、ご回答ください（あてはまるものすべてに□）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 相談体制の充実         | <input type="checkbox"/> 定期的な介護情報の提供    |
| <input type="checkbox"/> 介護から離れる時間の提供    | <input type="checkbox"/> 介護者同士の交流の場     |
| <input type="checkbox"/> 地域ボランティアによる介護支援 | <input type="checkbox"/> 就労及び再就職の支援     |
| <input type="checkbox"/> 健康管理のサポート       | <input type="checkbox"/> 緊急時（夜間含む）の介護代行 |
| <input type="checkbox"/> 介護技術を学べる教室      | <input type="checkbox"/> その他            |
| <input type="checkbox"/> 特になし            |   |

## 問9 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください（□は1つ）

※ 「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> フルタイムで働いている        | } <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">問10～問12へ</span> |
| <input type="checkbox"/> パートタイムで働いている       |  |
| <input type="checkbox"/> 働いていない             | } <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">調査は終了です</span>  |
| <input type="checkbox"/> 主な介護者に確認しないと、わからない |  |

### 【問9で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】

## 問10 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか（あてはまるものすべてに□）

- 特に行っていない
- 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
- 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
- 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
- 介護のために、上記以外の調整をしながら、働いている
- 主な介護者に確認しないと、わからない

**【問9で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】**

**問 11 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（□は3つまで）**

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

**【問9で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」の方のみ】**

**問 12 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（□は1つ）**

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

令和7年11月28日（金）までにご投函ください。