

高齢者の生活と意識に関するアンケート調査

焼津市にお住まいの 65 歳以上の皆様

焼津市では、今後の保健福祉行政に役立てるために、アンケートを実施いたしますので、ご協力をお願いいたします。

本調査で得られた情報については、本市による介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、本市で適切に管理いたします。

※本調査は、令和 7 年●月●日現在で、無作為にあて名のご本人を抽出しています。

令和 7 年●月

焼津市

◆ 回答にあたってのお願い ◆

- 1 郵送またはインターネットのいずれかの方法でご回答ください。インターネットで回答される際は、以下のログイン ID とパスワードを入力してください。

あなたのログイン ID とパスワード

※個人を特定するものではありません。
郵送回答とインターネット回答の重複を
防ぐために使用します。

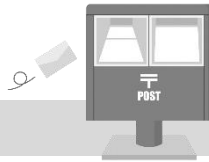
- 2 それぞれの回答方法については、次のページをご覧ください。
- 3 この調査に関するご質問やお問合せは、下記へお願いします。

担 当	焼津市 健康福祉部 介護保険課 保険給付担当
電 話	054-626-1159

アンケートの
回答期間

●月●日（●）まで

郵送の場合、同封の返信用封筒にてご返信ください（切手は不要です）。



■郵送で回答する場合

- このアンケートは、ご本人が回答してください。もし、ご本人が回答できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って、記入してください。
- 質問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけてください。設問によって、「1つに○」、「3つまで○」、「いくつでも○」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。
- 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、() 内になるべく具体的にその内容を記入してください。
- ご記入が済みましたら、お手数ですが同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、●月●日（●）までにご投函願います。



■インターネットで回答する場合

- パソコン、スマートフォン、タブレット端末のいずれかで、次のURLまたは二次元バーコードからアクセスしてください。

URL及び二次元バーコード

<https://src3.webcas.net/form/pub/src1/xxxxxxxxxxx>

※実際に使用する URL ではありません



- 調査票の表紙にあるログインIDとパスワードを入力して、お進みください。
- このアンケートは、ご本人が回答してください。もし、ご本人が回答できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って、記入してください。
- 回答は、用意された項目の中から、当てはまるものを指定された回答数だけ選んでください。
- 回答が「その他」の場合は、具体的な内容を入力してください。
- 回答は、●月●日（●）までにお済ませください。

※ログインIDとパスワードは個人を特定するものではありません。郵送回答とインターネット回答の重複を防ぐために使用します。

※インターネットで回答した場合は、調査票の返送は不要です。

各設問について

マークなし…国の調査票における必須項目（選択肢の追加や文言の変更は不可）

新

…静岡県の調査票において新たに追加された必須項目（選択肢の追加や文言の変更は不可）



…国の調査票におけるオプション項目



…貴市の前回調査において尋ねられた独自項目



…今回新たに提案する独自項目

■ この調査票を記入されたのはどなたですか（1つに○）

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | あて名のご本人が記入 |
| 2 | ご家族が記入 ⇒ （あて名のご本人からみた続柄 _____ ） |
| 3 | その他（ _____ ） |

あなた自身のことについて、お伺いします

問1 あなたの性別・年齢について教えてください（1つに○）

性 別	1 男性					
	2 女性					
年 齢 （回答日 現在）	1	65 歳～69 歳	2	70 歳～74 歳	3	75 歳～79 歳
	4	80 歳～84 歳	5	85 歳～89 歳	6	90 歳～94 歳
	7	95 歳～99 歳	8	100 歳以上		

★ 問2 現在の要支援認定の状況（要支援度）について教えてください（1つに○）

- | | |
|----------------|------------|
| 1 要支援認定は受けていない | 2 要支援 1 |
| 3 要支援 2 | 4 総合事業対象者※ |

※総合事業対象者：要支援認定は受けていないが、生活機能の低下がみられる方で、通所・訪問サービスの利用対象になっている方

★ 問3 あなたの居住されている地区は、どちらですか（1つに○）

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | 北部地区（第6、7、8、9、10、15、16、17自治会） |
| 2 | 中部地区（第1、2、3、4、5、11、12、13自治会） |
| 3 | 南部地区（第14、18、19、20、21、22、23自治会） |
| 4 | 大井川地区 |
| 5 | わからない（具体的な地名を記入してください： _____ ） |

問4 家族構成を教えてください（1つに○）

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | ひとり暮らし |
| 2 | 夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上） |
| 3 | 夫婦2人暮らし（配偶者 64 歳以下） |
| 4 | 息子・娘との2世帯 |
| 5 | その他（ _____ ） |



問5 あなたのお住まいの状況はどれですか（1つに○）

- | | |
|-------------|------------------|
| 1 持ち家（一戸建て） | 2 持ち家（マンション） |
| 3 借家（一戸建て） | 4 民間賃貸マンション・アパート |
| 5 公営住宅 | 6 社宅・官舎 |
| 7 その他（ | ） |

問6 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか（1つに○）

- | |
|--|
| 1 介護・介助は必要ない |
| 2 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない |
| 3 現在、何らかの介護を受けている
（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む） |

問7 現在の暮らしの状況を経済的にみて、どう感じていますか（1つに○）

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

からだを動かすことについて、お伺いします

問8 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（1つに○）

- | |
|--------------|
| 1 できるし、している |
| 2 できるけどしていない |
| 3 できない |

問9 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つに○）

- | |
|--------------|
| 1 できるし、している |
| 2 できるけどしていない |
| 3 できない |

問10 15分位続けて歩いていますか（1つに○）

- | |
|--------------|
| 1 できるし、している |
| 2 できるけどしていない |
| 3 できない |

問11 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つに○）

- 1 何度もある
- 2 1度ある
- 3 ない

問12 転倒に対する不安は大きいですか（1つに○）

- | | |
|------------|-----------|
| 1 とても不安である | 2 やや不安である |
| 3 あまり不安でない | 4 不安でない |

問13 週に1回以上は外出していますか（1つに○）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 ほとんど外出しない | 2 週1回外出している |
| 3 週2～4回外出している | 4 週5回以上外出している |

問14 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（1つに○）

- | | |
|-------------|----------|
| 1 とても減っている | 2 減っている |
| 3 あまり減っていない | 4 減っていない |



問15 日頃、外出する際の主な手段は何ですか（いくつでも○）

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1 徒歩 | 2 自転車 |
| 3 バイク | 4 自動車（自分で運転） |
| 5 自動車（人に乗せてもらう） | 6 タクシー |
| 7 デマンドタクシー（「くるりん号」等） | 8 路線バス・自主運行バス |
| 9 病院や施設のバス・送迎車 | 10 車いす |
| 11 電動シニアカー | |
| 12 その他（ | ） |

食べることについて、お伺いします

問16 身長・体重（数字で記入）

身長

--	--	--

cm

体重

--	--	--

kg

問17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（1つに○）

- 1 はい
- 2 いいえ

問18 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください（1つに○）
（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19 どなたかと食事をとにもする機会がありますか（1つに○）

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

毎日の生活について、お伺いします

問20 物忘れが多いと感じますか（1つに○）

- 1 はい
- 2 いいえ

問21 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つに○）

- 1 できるし、している
- 2 できるけどしていない
- 3 できない

問22 自分で食品・日用品の買物をしていますか（1つに○）

- 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23 自分で食事の用意をしていますか（1つに○）

- 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24 自分で請求書の支払いをしていますか（1つに○）

- 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25 自分で預貯金の出し入れをしていますか（1つに○）

- 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

地域での活動について、お伺いします

問26 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。①～⑧のそれぞれに回答してください（○は①～⑧それぞれ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
【記入例】趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
①ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤介護予防のための通いの場 （居場所・ミニデイ・サロン・体操会場など）	1	2	3	4	5	6
⑥シニアクラブ	1	2	3	4	5	6
⑦町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問27 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い、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか（1つに○）

- | | |
|-----------|------------|
| 1 是非参加したい | 2 参加してもよい |
| 3 参加したくない | 4 既に参加している |

問28 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い、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか（1つに○）

- | | |
|-----------|------------|
| 1 是非参加したい | 2 参加してもよい |
| 3 参加したくない | 4 既に参加している |

就労について、お伺いします

☆ 問29 現在のあなたの就労状態はどれですか（1つに○）

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

【問29で「3」「4」「5」「6」「7」と回答した方にお伺いします】

★ 問29-1 あなたが、今仕事をしている理由は何ですか（いくつでも○）

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1 生活のためにお金が必要だから | 2 自分が健康で、仕事を続けられるから |
| 3 仕事をするのが生きがいだから | 4 時間があるから |
| 5 人とかかわる機会をもちたいから | 6 自分の跡継ぎがないから |
| 7 勤め先から、働き続けることを求められているから | |
| 8 その他（ | ） |

「たすけあい」について、伺います

問30 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はどなたですか（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 近隣の人 | 6 友人 |
| 7 その他（ | ） |
| 8 そのような人はいない | |

問31 あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はどなたですか（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 近隣の人 | 6 友人 |
| 7 その他（ | ） |
| 8 そのような人はいない | |

問32 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どなたですか
(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 近隣の人 | 6 友人 |
| 7 その他（ | ） |
| 8 そのような人はいない | |

問33 反対に、あなたが看病や世話をしあける人はどなたですか（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 近隣の人 | 6 友人 |
| 7 その他（ | ） |
| 8 そのような人はいない | |

健康について、お伺いします

問34 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つに○）

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

問35 あなたは、現在どの程度幸せですか（1つに○）
 （「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点としてご記入ください）

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

問36 この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか（1つに○）

- | | |
|-----------|-------------|
| 1 はい（あった） | 2 いいえ（なかった） |
|-----------|-------------|

問37 この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか（1つに○）

- | | |
|-----------|-------------|
| 1 はい（あった） | 2 いいえ（なかった） |
|-----------|-------------|



問38 お酒は飲みますか（1つに○）

- | | |
|------------|--------|
| 1 ほぼ毎日飲む | 2 時々飲む |
| 3 ほとんど飲まない | 4 飲まない |

問39 タバコは吸っていますか（1つに○）

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

問40 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	2 <small>こうけつあつ</small> 高血圧
3 <small>のうそっちゅう のうしゅけつ のうこうそくなど</small> 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	4 <small>しんぞうびょう</small> 心臓病
5 <small>とうようびょう</small> 糖尿病	6 <small>こうしけつしょう ししつじょう</small> 高脂血症（脂質異常）
7 <small>こきゅうき びょうき はいえん きかんしえんなど</small> 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	8 <small>いちよう かんぞう たん びょうき</small> 胃腸・肝臓・胆のうの病気
9 <small>じんぞう ぜんりつせん びょうき</small> 腎臓・前立腺の病気	
10 <small>きんこつかく びょうき こつ そ しょう かんせつしょうなど</small> 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）	
11 <small>がいしょう てんとう こっせつなど</small> 外傷（転倒・骨折等）	12 <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん（悪性新生物）
13 <small>けつえき めんえき びょうき</small> 血液・免疫の病気	14 <small>びょう</small> うつ病
15 <small>にんちしょう びょうなど</small> 認知症（アルツハイマー病等）	16 <small>びょう</small> パーキンソン病
17 <small>め びょうき</small> 目の病気	18 <small>みみ びょうき</small> 耳の病気
19 その他（	）

認知症にかかる相談窓口の把握について、お伺いします

問41 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか（1つに○）

1 はい
2 いいえ

問42 認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つに○）

1 はい
2 いいえ

その他について、お伺いします

問43 あなたは、ご自分の健康のためにどんなことを心がけていますか（3つまで○）

- 1 休養や睡眠を十分にとる
- 2 食事に気をつける（栄養バランスを意識する、体に良い食べ物をとるなど）
- 3 歯や口の中を清潔に保つ
- 4 健康診断などを定期的に受ける
- 5 酒、タバコを控える
- 6 散歩やスポーツをする
- 7 地域の活動に参加する
- 8 教養や学習活動などの楽しみを持つ
- 9 気持ちをなるべく明るく持つ
- 10 身の回りのことはなるべく自分で行う
- 11 仕事をする
- 12 その他（ ）
- 13 特に心がけていない

問44 健康についてどのようなことが知りたいですか（3つまで○）

- 1 がんや生活習慣病（高血圧など）にならないための工夫について
- 2 望ましい食生活について
- 3 運動の方法について
- 4 健康診断・各種検診の内容や受け方などについて
- 5 寝たきりや介護の予防について
- 6 歯の健康について
- 7 認知症の予防について
- 8 うつ病の予防について
- 9 その他（ ）

問45 生きがい（喜びや楽しみ）を感じるのはどのようなときですか（いくつでも○）

- 1 仕事をしているとき（農作業なども含む）
- 2 教養を身につけること（学習）をしているとき
- 3 健康づくりやスポーツをしているとき
- 4 家族との団らんのとき
- 5 友人や知人と過ごすとき
- 6 シニアクラブ活動をしているとき
- 7 地域活動（町内会、自治会、ボランティア等）に参加しているとき
- 8 旅行に行っているとき
- 9 散歩や買い物をしているとき
- 10 テレビを見たり、ラジオを聞いているとき
- 11 パソコン、インターネットをしているとき
- 12 他人から感謝されたとき
- 13 収入があったとき
- 14 おいしいものを食べているとき
- 15 若い世代と交流しているとき
- 16 その他（ ）
- 17 特にない

問46 あなたが、今後やってみたいと思うものは何ですか。（いくつでも○）

- 1 働くこと
- 2 学習や教養を高めるための活動
- 3 健康づくりやスポーツ
- 4 趣味の活動
- 5 シニアクラブ活動
- 6 社会奉仕活動（ボランティア、高齢者の生活支援など）
- 7 町内会、自治会の活動
- 8 その他（ ）
- 9 特にない

★ 問 47 今、日常生活の中で困っていることは何ですか（いくつでも○）

- 1 日常の外出（買い物・通院等）
- 2 食事のしたく（調理・献立を考えること等）
- 3 高いところの作業（天袋、電球の交換等）
- 4 重い物の扱いや運搬（布団、灯油、米、粗大ゴミ等）
- 5 事務手続き・申し込み手続き（役所・契約等）
- 6 金銭管理（預金の出し入れ・支払等）
- 7 ゴミの分別やゴミ出し
- 8 屋外作業（草刈り、庭木の手入れ等）
- 9 電化製品や携帯電話等の操作
- 10 人の話を聞くこと（聞こえない、聞き取りづらい）
- 11 人づきあい（友人・隣人等とのつきあいがおっくう）
- 12 活動・交流の場がない
- 13 その他（ ）
- 14 特にない

新 問48 病気やけがをしたときに、どのような治療や生活をしたいか、ご家族や医療・介護従事者（例：医師や看護師、ケアマネジャー等）と話したことはありますか（1つに○）

- 1 話したことがある
- 2 話したいと思うので、これから話したい
- 3 話したいと思うが、話すきっかけがない
- 4 話したいと思うが、知識がないので何を話したらよいかわからない
- 5 話したいと思うが、話す相手がいらない
- 6 話したいとは思わない
- 7 考えたことがない

★ 問 49 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいですか（1つに○）

- 1 自宅（子どもなどの親族の家を含む）
- 2 病院などの医療施設
- 3 特別養護老人ホームなどの福祉施設
- 4 介護やサービス付きの有料老人ホームなどの施設
- 5 その他（ ）

★ 問49で「1」と回答した方にお伺いします】
問49-1 あなたは、「人生の最期を自宅で迎えたい」という思いは実現可能だと思いますか
(1つに○)

- 1 実現可能だと思う
- 2 実現は難しいと思う
- 3 わからない

★ 問49-1で「2」と回答した方にお伺いします】
問49-1-1 実現が難しいと思う理由は何ですか(3つまで○)

- 1 家族等に負担をかけたくない
- 2 世話をしてくれる家族等がいらない
- 3 急に病状が変わった時の対応が不安
- 4 経済的な負担が大きい
- 5 療養できる住宅環境が整っていない
- 6 往診・訪問診療をしてくれる医師がいらない
- 7 医師や看護師の訪問が精神的な負担になる
- 8 訪問看護や介護の体制が不十分
- 9 わからない

★ 問50 人生の終わり方(終活)に関するサービスとして、どのようなものがあったらよい
と思いますか(いくつでも○)

- 1 終活について相談できる窓口
- 2 終活に関する講座(終活ノート※の書き方講座)
- 3 終活ノート※の保管サービス(終活情報登録制度)
- 4 生前の見守り・安否確認
- 5 入院や施設入所時の身元保証
- 6 家財の整理や処分
- 7 遺言書の作成や相続の相談等法律関係の支援
- 8 成年後見制度の利用支援等認知症になった際の金銭管理及び身上監護支援
- 9 墓地や葬儀場等安心できる事業者の紹介
- 10 死後の事務手続きに関すること
- 11 その他()

※焼津市では、終活ノートとして「ことのはノート(人生会議ノート)」を作成しています。

新 問51 あなたは、今の社会で認知症の人が自分らしく暮らしていると思いますか
(1つに○)

- 1 そう思う
- 2 どちらかと言えばそう思う
- 3 どちらとも言えない
- 4 どちらかと言えばそう思わない
- 5 そう思わない

問 52 介護保険制度や保健福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒に入れて、●月●日（●）までにご投函ください。

在宅介護実態調査

焼津市にお住まいの要介護認定者の皆様

焼津市では、今後の介護保険制度のより円滑な運営に役立てるために、アンケートを実施いたしますので、ご協力をお願いいたします。

本調査で得られた情報については、本市による介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、本市で適切に管理いたします。

※本調査は、令和7年●月●日現在で、無作為にあて名のご本人を抽出しています。

令和7年●月

焼津市

◆ 回答にあたってのお願い ◆

- 1 このアンケートは、ご本人又は主な介護者の方が記入してください。もし、ご本人が記入できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って、記入してください。
- 2 質問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけてください。設問によって、「1つに○」、「3つまで○」、「いくつでも○」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。
- 3 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は、() 内になるべく具体的にその内容を記入してください。
- 4 この調査に関するご質問やお問合せは、下記へお願いします。

担 当	焼津市 健康福祉部 介護保険課 保険給付担当
電 話	054-626-1159

アンケートの
回答期間

●月●日 (●) まで

同封の返信用封筒にてご返信ください（切手は不要です）。

◆個人情報の取扱いについて◆

個人情報の保護及び活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

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

【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・この調査は、介護保険事業計画策定のために行うものです。本調査で得られた情報は、本市の同計画策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、本市において適切に管理いたします。
- ・調査票及び送付用封筒に一連番号を付記していますが、ご回答内容に給付等データを加え、統計的に処理するためのものであり、ご回答はすべて匿名化され、個人のお名前が出ることは一切ありません。
- ・ご回答内容のとりまとめは、本市から委託を受けた調査分析事業者が行います。
- ・本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

各設問について

マークなし…国の調査票における必須項目



…国の調査票におけるオプション項目



…貴市の前回調査において尋ねられた独自項目



…今回新たに提案する独自項目

調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、この調査票にご回答いただいているのは、どなたですか（いくつでも○）

- | | |
|---|--|
| 1 調査対象者本人 | |
| 2 主な介護者となっている家族・親族
⇒ （調査対象者本人からみた続柄 _____） | |
| 3 主な介護者以外の家族・親族
⇒ （調査対象者本人からみた続柄 _____） | |
| 4 その他（ _____） | |

問2 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）

- | | |
|---------------|----------|
| 1 単身世帯 | 2 夫婦のみ世帯 |
| 3 その他（ _____） | |

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つに○）

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

問4 ご本人の年齢（回答日現在）について、ご回答ください（1つに○）

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1 65歳未満 | 2 65～69歳 | 3 70～74歳 |
| 4 75～79歳 | 5 80～84歳 | 6 85～89歳 |
| 7 90歳以上 | | |

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つに○）

- | | | |
|--------|---------|--------|
| 1 要支援1 | 2 要支援2 | 3 要介護1 |
| 4 要介護2 | 5 要介護3 | 6 要介護4 |
| 7 要介護5 | 8 わからない | |

問6 現時点での、施設等※への入所・入居の検討状況について教えてください。

(1つに○)

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

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、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。

介護保険サービスの利用について、お伺いします

問7 令和7年11月の1か月の間に、(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ましたか(1つに○)

- | |
|------------------------|
| 1 利用した ⇒ 問9へお進みください |
| 2 利用していない ⇒ 問8へお進みください |

【問7で「2 利用していない」と回答した方にお伺いします】



問8 あなたが、介護保険サービスを利用しない理由は何ですか(いくつでも○)

- | |
|------------------------------|
| 1 現状では、サービスを利用するほどの状態ではないから |
| 2 本人にサービス利用の希望がないから |
| 3 家族が介護をするため必要ないから |
| 4 以前、利用していたサービスに不満があったから |
| 5 利用料を支払うのが難しいから |
| 6 利用したいサービスが利用できない、身近にないから |
| 7 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため |
| 8 サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからないから |
| 9 その他 () |

【問7で「1 利用した」と回答した方にお伺いします】

問9 以下の介護保険サービスについて、令和7年11月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「1 利用していない」を選択してください（それぞれ1つに○）

1週間当たりの利用回数（それぞれ1つに○）		
A. 訪問介護 （ホームヘルプサービス）	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
B. 訪問入浴介護	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
C. 訪問看護	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
D. 訪問リハビリテーション	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
E. 通所介護 （デイサービス）	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
F. 通所リハビリテーション （デイケア）	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上
G. 夜間対応型訪問介護 （※訪問があった回数を回答）	1 利用していない	2 週1回程度
	3 週2回程度	4 週3回程度
	5 週4回程度	6 週5回以上

利用の有無（それぞれ1つに○）		
H. 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	1 利用していない	2 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1 利用していない	2 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1 利用していない	2 利用した

1か月当たりの利用日数（それぞれ1つに○）		
K. ショートステイ	1 利用していない	2 月1～7日程度
	3 月8～14日程度	4 月15～21日程度
	5 月22日以上	

1か月当たりの利用回数（それぞれ1つに○）		
L. 居宅療養管理指導	1 利用していない	2 月1回程度
	3 月2回程度	4 月3回程度
	5 月4回程度	6 月5回以上

【全員にお伺いします】

☆ 問10 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用している支援・サービスを含む）について、ご回答ください（いくつでも○）

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

問11 あなたは、あなたのご家族やご親族の方からの介護を受けていますか
※同居していない子どもや親族等からの介護を含んでご回答ください
(1つに○)

1 ない ⇒ 問18へ	} 問12へ
2 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない	
3 週に1～2日ある	
4 週に3～4日ある	
5 ほぼ毎日ある	

主な介護者の方について、お伺いします

○問12から問17については、主な介護者の方にご回答・ご記入をお願いします。

○主な介護者の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします。（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です。）

問12 ご家族やご親族の中で、あて名のご本人様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。（いくつでも○）

※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。

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く） |
| 2 | 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く） |
| 3 | 主な介護者が転職した |
| 4 | 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 5 | 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| 6 | わからない |

問13 主な介護者の方の年齢をお答えください。（1つに○）

- | | | | | | |
|---|-------|---|-------|---|-------|
| 1 | 20歳未満 | 2 | 20代 | 3 | 30代 |
| 4 | 40代 | 5 | 50代 | 6 | 60代 |
| 7 | 70代 | 8 | 80歳以上 | 9 | わからない |

問14 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は何ですか。※現状で行っているか否かは問いません。（3つまで○）

身体介護	1	日中の排泄	2	夜間の排泄
	3	食事の介助（食べる時）	4	入浴・洗身
	5	身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	6	衣服の着脱
	7	屋内の移乗・移動	8	外出の付き添い、送迎等
	9	服薬	10	認知症状への対応
	11	医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）		
	12	食事の準備（調理等）		
	13	その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）		
	14	金銭管理や生活面に必要な諸手続き		
	15	その他（		
	16	不安に感じていることは、特にない		
その他	17	主な介護者に確認しないと、わからない		

問15 主な介護者の方の現在の勤務形態についてお答えください。(1つに○)

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1 フルタイムで働いている | 2 パートタイムで働いている |
| 3 働いていない ⇒問 18 へ | |
| 4 主な介護者に確認しないと、わからない ⇒問 18 へ | |

【問 15 で「1」または「2」と回答した方にお伺いします】

問16 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。

(いくつでも○)

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

【問 15 で「1」または「2」と回答した方にお伺いします】

問17 今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(1つに○)

- | |
|--------------------|
| 1 問題なく、続けていける |
| 2 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3 続けていくのは、やや難しい |
| 4 続けていくのは、かなり難しい |
| 5 わからない |

【全員にお伺いします】

問18 介護保険制度や保健福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒に入れて、●月●日（●）までにご投函ください。

※●●年●月●日現在の状況について、 の中にご回答ください。

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

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

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

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

※入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めないでください。

(数値を記入)

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、

搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者							②自宅等での死亡	合計★
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
 	 	 	 	 	 	 	 	

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

※入院した後に自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

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

※問3の合計（★）と、問2の合計（★）が一致することをご確認ください。

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

合計人数が一致することを、ご確認ください

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

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

在宅生活改善調査 利用者票 (●●年●月●日現在の状況について回答してください。)

「自宅」、「サ高住」、「住宅型有料」、「軽費老人ホーム」にお住まいの方のうち「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」が対象です。

例えば「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

[illegible]

居所変更実態調査

※●●年●月●日現在の状況について、 の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別をご回答ください。 (1つに○)

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

※本調査では、上記のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	 		
2) 定員数など	 	(人/戸/室)	
3) 入所・入居者数	 	人	
4) (貴施設等の) 待機者数	 	人	
5) 特別養護老人ホームの待機者数 (申込者数)	 	人	

※「2)定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

※5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

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

自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中・不明	合計
 	 	 	 	 	 	 	 	 	

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

※1人でも受け入れが可能であれば、○とご記入ください。

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

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

問4の医療処置を受けている入所・入居者の合計（実人数）	 人
-----------------------------	--

ここからは、**過去1年間の新規の入所・入居者**についてお伺いします。

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

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

新規の入所・入居者数（合計★） 人

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

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

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

※ 「1) 自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 自宅（※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む）		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）		
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 介護医療院		
10) 特別養護老人ホーム		
11) 地域密着型特別養護老人ホーム		
12) 病院・診療所（一時的な入院を除く）		
13) その他		
14) 入居・入所する前の居場所を把握していない		
合計★		

合計人数が一致することを、ご確認ください

ここからは、過去1年間の退去者についてお伺いします。

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

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

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

退去者数（合計）※死亡を含む

人 ☆

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

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

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

※「合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」が一致することをご確認ください。

①退去者									②貴施設等 での死亡 ※搬送先での 死亡を含む	合計☆ ※①②の 合計
自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中・ 不明		

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

※ 一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

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

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

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

合計人数が一致することを、ご確認ください

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

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

	3つまで○
1) 必要な生活支援が発生・増大したから	
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	
3) 認知症の症状が悪化したから	
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	
6) 入所・入居者の状態等が改善したから	
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから	
8) 費用負担が重くなったから	
9) 本人が希望したから	
10) その他	

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

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

介護人材実態調査 【事業所票】 施設・通所系

※●●年●月●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

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

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

1. 施設・居住系サービス

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

2. 通所系サービス

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

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

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

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

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

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

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

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つに○）

1. はい ⇒問2-3へ

2. いいえ ⇒問3へ

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

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

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

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

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

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

続いて、調査票（Q5）の設問（問5）にお進みください。

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

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

※●●年●月●日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

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

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

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

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

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

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

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

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

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

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つ選択）

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

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

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

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

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

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

--

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

介護人材実態調査 職員票（訪問系）

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

※●●年●月●日現在の状況について、 の中に、ご回答ください。

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

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

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

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

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

1) 雇用形態（1つに○）	 	1. 常勤職員	 	2. 非常勤職員
2) 性別（1つに○）	 	1. 男性	 	2. 女性
3) 年齢（1つに○）	 	1. 20歳未満	 	2. 20代
	 	4. 40代	 	5. 50代
	 	7. 70代以上	 	6. 60代
4) 過去1週間の勤務時間（数値を記入） ※問1で回答した勤務先における時間	週	 	時間	★ ※残業時間を含む。 休憩時間は除く。
5) 現在の事業所での勤務年数（1つに○）	 	1. 1年以上 ⇒裏面に回答		
	 	2. 1年未満 ⇒問4と裏面に回答		

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

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

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

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

⇒皆様、裏面も
ご回答ください

職員票（訪問介護員向け）裏面

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

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

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

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

※「掃除」には、ゴミ出しも含まれます。

※障害サービスの提供は除いてください。

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

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

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

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

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

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

週の合計時間

時間

令和7年度 介護支援専門員アンケート調査（事業所用）

問1 事業所名を記入してください。

問2 今後の事業規模について、どのように考えていますか。（1つに○）

- | | |
|------------|------------|
| 1 現状維持 | 2 拡大を検討 |
| 3 縮小を検討 | 4 休止・撤退を検討 |
| 5 未定・わからない | |

問3 貴事業所では、職員の早期離職の防止や定着促進のため、どのような取組を行っていますか。

（いくつでも○）

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1 賃金・労働時間等の労働条件の改善 | 2 労働時間、業務内容の希望を考慮 |
| 3 年次有給休暇の取得促進 | 4 福利厚生・健康管理の充実 |
| 5 子育て支援・介護者支援 | 6 研修等、人材育成の充実 |
| 7 キャリアパスの作成・実施 | 8 職場内のコミュニケーションの円滑化 |
| 9 ハラスメント対策 | 10 メンタルヘルス対策 |
| 11 情報通信機器の活用等による業務の効率化・省力化 | |
| 12 その他（ ） | |
| 13 特に行っていない | |

問4 貴事業所の運営にあたり、課題となっていることはありますか。（いくつでも○）

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1 新規利用者の獲得が困難 | |
| 2 人員不足などにより、利用者のニーズに対応できない | |
| 3 利用者の重度化 | 4 苦情や事故への対応 |
| 5 職員の確保、離職対策 | 6 職員の育成 |
| 7 主任介護支援専門員の配置・更新 | 8 サービス提供事業者等との連携 |
| 9 医療機関との連携 | 10 ICT（情報通信技術活用）化への対応 |
| 11 介護報酬の低さ、採算性 | |
| 12 その他（ ） | |
| 13 特に行っていない | |

問5 利用者・利用者家族から、どのような困りごとの相談や苦情を受けていますか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 ケアプランに関するもの | 2 サービス内容に関するもの |
| 3 利用手続きに関するもの | 4 職員の態度に関するもの |
| 5 施設・設備に関するもの | 6 保険外の利用者負担に関するもの |
| 7 介護疲れに関するもの | 8 仕事と介護の両立に関するもの |
| 9 認知症に関するもの | 10 介護認定の結果に関するもの |
| 11 その他 () | |
| 12 特に相談・苦情は受けていない | |

問6 利用者・利用者家族またはその他の市民から、介護関係以外の相談を受けたことはありますか。

(いくつでも○)

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1 家族・介護者からの虐待に関する相談 | 2 家族のひきこもりに関する相談 |
| 3 家族の問題に関する相談(ひきこもり除く) | 4 ヤングケアラーに関する相談 |
| 5 疾病に関する相談 | 6 消費生活に関する相談 |
| 7 生活困窮に関する相談 | |
| 8 その他 () | |
| 9 介護関係以外の相談は特に受けていない | |

問7 あなたの事業所にて、ケアマネジメントの質の向上のために講じている取組はありますか。

(いくつでも○)

- | |
|----------------------------------|
| 1 マニュアル等の作成 |
| 2 事業所内での情報共有(定例会議、情報共有システム運用等) |
| 3 問題事例に関するケース検討会の実施などの助言体制づくり |
| 4 各種研修、学習会・セミナーの実施や参加奨励 |
| 5 サービス事業所市内の地域資源に関する情報収集 |
| 6 他事業所との連携 |
| 7 地域包括支援センターや市との連携 |
| 8 利用者家族に対する満足度調査、外部評価(第三者評価等)の活用 |
| 9 その他 () |
| 10 特になし |

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年度 介護支援専門員アンケート調査（個人用）

1 あなた自身について

問1 事業所名を記入してください。

--

問2 あなたの年齢を教えてください。（1つに○）

1 20 歳代	2 30 歳代	3 40 歳代
4 50 歳代	5 60 歳代	6 70 歳以上

問3 ケアマネジャーとしての経験年数を教えてください。（1つに○）

1 1 年未満	2 1 ～ 3 年未満	3 3 ～ 5 年未満
4 5 ～ 10 年未満	5 10 年以上	

問4 主任ケアマネジャーの資格を持っていますか。（1つに○）

1 はい	2 いいえ
------	-------

問5 あなたの勤務形態は、次の内どれに該当しますか。（1つに○）

1 常勤で専任	2 常勤で兼務
3 非常勤で専任	4 非常勤で兼務

問6 あなたの令和●年●月の1 か月間での利用者数を教えてください。（数字を記入）

※給付管理を行った、実利用者をお答えください。

予防給付利用者	介護給付利用者	合計
人	人	人

問7 介護支援専門員として困っていることは何ですか。（いくつでも○）

1 サービスの調整	2 本人と家族間の調整
3 利用料金の制限	
4 ケアプラン作成の事務量が多い（担当利用者が多い）	
5 ケアマネ業務以外の事務量が多い（業務範囲が不明確）	
6 困難なケースの対応	
7 主治医・介護保険サービス事業所との連携	
8 サービス担当者会議の開催	9 自己研鑽や情報収集の時間がない
10 サービス内容の変更やキャンセルが多い	11 サービス事業者の情報が不足している
12 利用者や家族の介護保険サービス利用に対する理解が不足している	
13 自身の力量に対する不安	
14 その他（	）

問8 問7で○を付けた選択肢の内、最も困っていることの番号を教えてください。

問9 あなたはケアマネジメント業務以外に、担当利用者に対し必要に迫られて行っている支援の内、特に負担に感じていることはありますか。（3つまで○）

1 受診同行	2 受診の送迎
3 緊急入院した場合の対応	4 薬局への処方箋の提出、受け取り
5 介護サービスで対応できない家事	6 過度な電話対応
7 徘徊時の搜索、搜索依頼時の対応	8 郵便物の投函
9 現金の出し入れ	10 支払いの代行
11 介護保険以外の各種申請	
12 その他（	）
13 ケアマネジャー業務以外に行っていない	

問10 あなたは、ケアマネジャーの仕事に働きがいを感じますか。（1つに○）

1 とても働きがいを感じる	2 少しは働きがいを感じる
3 あまり働きがいを感じない	4 全く働きがいを感じない
5 どちらとも言えない	

2 ケアプラン作成等について

問11 焼津市において、事業所数もしくは定員など、量的に不足していると感じるサービスはありますか。
(いくつでも○)

1 訪問介護	2 生活援助型訪問介護サービス
3 訪問入浴介護	4 訪問看護
5 訪問リハビリテーション	6 通所介護
7 通所リハビリテーション	8 福祉用具貸与
9 短期入所生活介護	10 短期入所療養介護
11 夜間対応型訪問介護	12 認知症対応型共同生活介護
13 小規模多機能型居宅介護	14 看護小規模多機能型居宅介護
15 介護老人福祉施設	16 地域密着型介護老人福祉施設
17 介護老人保健施設	18 介護医療院
19 認知症対応型共同生活介護	20 特定施設入居者生活介護
21 地域密着型特定施設入居者生活介護	22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
23 居宅療養管理指導	24 その他（

問11-1 問11で選んだサービスについて、選んだ理由を記入してください。(自由記載)

問12 栄養・食生活支援を実施するにあたり、困っていることはありますか。(1つに○)

1 ある	2 ない
------	------

問12で「1 ある」と回答した方のみお答えください

問12-1 困っていることを具体的に記入してください。(自由記載)

問13 栄養・食生活支援の対応に悩んだ時の相談先はどこですか。(いくつでも○)

1 施設内の介護支援専門員	2 訪問看護ステーションの認定看護師
3 系列施設の管理栄養士	4 その他 ()
5 相談先はない	

問14 サービス事業所に関する情報はどこから得ていますか。(いくつでも○)

1 サービス事業所のパンフレット等
2 サービス事業所のホームページ
3 介護サービス情報公表システム
4 地域包括支援センター
5 居宅介護支援事業者連絡会
6 介護支援専門員同士の情報交換・口コミ
7 他のサービス事業所の営業活動
8 利用者からの情報や意見・要望
9 市役所が発行する支援マップ等
10 その他 ()
11 特に情報収集を行っていない

問15 ケアプランの作成にあたって、医療に関する情報収集をどのように行っていますか。

(いくつでも○)

- | |
|--|
| 1 主治医の意見書 |
| 2 意見書を記載した主治医に対する電話・面談・文書連絡等 |
| 3 意見書を記載した主治医以外のかかりつけ医に対する電話・面談・文書連絡 等 |
| 4 利用者の受診・入退院時に同行 |
| 5 病院内の地域医療連携室（医療相談担当スタッフ） |
| 6 家族を通じて医師に指示を確認 |
| 7 医療スタッフ等とのカンファレンス |
| 8 その他() |
| 9 特に情報収集を行っていない |

問16 ケアプランを作成するにあたって、どのようなことが課題だと考えていますか。(いくつでも○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1 介護保険外サービスや地域の情報が少ないこと |
| 2 利用者及び家族がサービスの必要性を理解していないこと |
| 3 利用者及び家族との調整が困難なこと |
| 4 サービス事業所を選択するにあたっての情報が足りないこと |
| 5 区分支給限度額が低いこと |
| 6 利用者の経済的理由でサービスが十分利用できないこと |
| 7 介護保険サービス・高齢者保健福祉サービスの種類が少ないこと |
| 8 支援が困難な方へのケアマネジメントの方法がわからないこと |
| 9 利用者及び家族の意見・要望を聞き出す時間が十分にとれないこと |
| 10 同じ経営母体のサービス事業所が提供するサービスに偏りがちになること |
| 11 自分の力量について不安があること |
| 12 事業所内のミーティングの時間がとりにくいこと |
| 13 その他() |
| 14 特にない |

問17 ケアプランを作成する上で、受けた研修を選んでください。(1つに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1 アセスメントやケアプランの具体的な記載方法に関すること |
| 2 サービス構築の事例検討に関すること |
| 3 医療や疾患に関する知識に関すること |
| 4 インフォーマルサポート（サービス）の活用方法に関すること |
| 5 介護保険制度の改正や法令、通知に関すること |
| 6 介護報酬の改定に関すること |
| 7 その他 () |

3 医療をはじめとする他職種との連携について

問18 医療機関（かかりつけ医等）と連携するうえでどのような工夫を行っていますか。

（いくつでも○）

- | | |
|----|--|
| 1 | かかりつけ医ごとの連絡方法（時間帯等）の把握 |
| 2 | サービス担当者会議ごとにかかりつけ医の出席しやすい日時を設定している |
| 3 | ケアプラン作成・変更時にケアプランを利用者の医療機関（かかりつけ医等）に届ける（利用者の同意を得て実施） |
| 4 | 医療機関の受診への同席や入退院時のカンファレンスに参加 |
| 5 | 多職種連携のための事例検討会や連絡会などへの参加 |
| 6 | 地域の医師や介護支援専門員などの団体に決めた連絡方法の活用 |
| 7 | 医療・介護連携シートを活用 |
| 8 | 地域包括支援センターと相談しながら連携 |
| 9 | 訪問看護ステーションと相談しながら連携 |
| 10 | その他（ ） |
| 11 | 特にしていることはない |

問19 在宅医療・介護連携の推進のために特に必要だと考える取り組みは何ですか。（3つまで○）

- | | |
|----|---|
| 1 | 関係機関のリスト・連絡先等の提供 |
| 2 | 現状・課題、対応策を検討・共有する協議の場 |
| 3 | 連携で困ったときに相談できる窓口 |
| 4 | 各施設・職種の役割について理解を深める機会 |
| 5 | 介護側のための医療知識の習得・向上の機会 |
| 6 | 医療側のための介護知識の習得・向上の機会 |
| 7 | 情報共有ツール（シート等）の統一 |
| 8 | 在宅医療にかかる負担の軽減（主治医・副主治医の導入など） |
| 9 | 在宅医療にかかる施設基準の緩和 |
| 10 | 診療報酬・介護報酬の評価（増額） |
| 11 | 患者・家族の在宅療養に関する普及・啓発 |
| 12 | その他（ ） |
| 13 | 特にない |

問20 サービス担当者会議の開催にあたり、困難と感じていることは何ですか。（いくつでも○）

- | | | | |
|---|---------------|----|---|
| 1 | 自分の日程調整 | 2 | 主治医との日程調整 |
| 3 | サービス事業所との日程調整 | 4 | 利用者の出席 |
| 5 | 家族の出席 | 6 | 会場の確保 |
| 7 | 資料づくり | 8 | 会議の進め方に不安があること |
| 9 | 他の分野との連携 | 10 | その他（ ） |

4 支援が困難な事例等について

問21 あなたは、成年後見制度の対象となるあなたが担当している利用者に、成年後見制度の利用を勧めたいですか。（1つに○）

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 1 利用を勧めたい | 2 利用を勧めたくない | 3 どちらともいえない |
|-----------|-------------|-------------|

問21で「2 利用を勧めたくない」「3 どちらともいえない」と回答した方のみお答えください

問21-1 利用を勧めたくない、またはどちらともいえないと考える理由は何ですか。（いくつでも○）

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1 利用手続きがわからない | 2 利用手続きが難しい |
| 3 申立を行う人がいない | 4 利用までに時間がかかる |
| 5 対象者への説明が難しい | 6 利用のメリットがない |
| 7 制度の対象者かどうかわからない | |
| 8 その他（ | ） |

問22 あなたは、支援が困難な方についてどのような対応をしてきましたか。（いくつでも○）

- | | |
|---|---|
| 1 事業所内の上司や同僚に相談した（している） | |
| 2 他の事業所の介護支援専門員に相談した（している） | |
| 3 地域包括支援センターに相談した（している） | |
| 4 地域包括支援センターに相談した結果、地域ケア会議の開催につながった | |
| 5 地域包括支援センター以外の行政機関（市役所の相談窓口等）に相談した（している） | |
| 6 居宅介護支援事業者連絡会等で相談した（している） | |
| 7 誰にも相談せず、自分で対応した（している） | |
| 8 その他（ | ） |

問23 担当している認知症高齢者や障がいのある高齢者のケアプラン作成にあたって、特に困難を感じていることはありますか。(いくつでも○)

- | | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 1 | 独居や近隣に家族がいないなど、利用者の状況について相談できる人がいない | |
| 2 | 認知症の症状が急変したときの対応 | |
| 3 | 病気をお持ちの家族への対応 | |
| 4 | 家族等介護者との意見の相違 | |
| 5 | サービス事業者や後見人利用等の手続き | |
| 6 | 介護支援専門員やヘルパーなどサービス従事者への妄想、受け入れ拒否 | |
| 7 | 医療機関への受診や服薬管理 | |
| 8 | 金銭管理の援助 | |
| 9 | 着替え、整髪、歯磨き、爪切りなどの清潔保持 | |
| 10 | 徘徊・暴力・異食など行動障害に対する対応 | |
| 11 | 幻覚、妄想、うつなど行動・心理症状への対応 | |
| 12 | 近隣住民からの苦情 | |
| 13 | その他() | |
| 14 | 特になし | |

問23-1 問23の課題解決のために、どのような対応をしていますか。(いくつでも○)

- | | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1 | 主治医からの助言を得る | |
| 2 | 地域包括支援センターへの相談や地域ケア会議への参加 | |
| 3 | 認知症初期集中支援チームへの相談 | |
| 4 | 認知症地域支援推進員への相談 | |
| 5 | 認知症疾患医療センターへの相談 | |
| 6 | 市役所への相談 | |
| 7 | サービス担当者会議での十分な意見調整 | |
| 8 | 成年後見制度の活用 | |
| 9 | 民生委員や地域組織の役員などの近隣住民への相談 | |
| 10 | 本人宅に支援ノートを置くなど、サービス事業者間での情報共有 | |
| 11 | 障害者制度に関係する機関への相談・つなぎ | |
| 12 | その他() | |

問24 あなたが担当している利用者の中に、高齢者虐待を受けている、もしくは高齢者虐待を受けている疑いのあると思われる方はいますか。(1つに○)

- | | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | いる | 2 | いない |
|---|----|---|-----|

5 スキルアップに向けた取り組みについて

問25 ご自身の介護支援専門員業務のレベルアップのために、現在どのようなことに取り組んでいますか。
(1つに○)

- | |
|---------------------------------|
| 1 自主的な勉強会を行っている |
| 2 居宅介護支援事業者連絡会等に参加している |
| 3 ケースカンファレンス等で具体的な検討をし、助言を受けている |
| 4 法人内の研修に参加している |
| 5 外部研修に参加している |
| 6 参考書等を読んでいる |
| 7 自立支援型ケアマネジメント会議に積極的に参加している |
| 8 その他() |

問25-1 問25にある取り組みのうち、現在は行っていないが、今後始めたいと思っている取り組みはありますか。(いくつでも○)

- | |
|------------------------------------|
| 1 自主的な勉強会を行いたい |
| 2 居宅介護支援事業者連絡会等に参加したい |
| 3 具体的な検討・助言を受けられるケースカンファレンス等に参加したい |
| 4 法人内の研修に参加したい |
| 5 外部研修に参加したい |
| 6 参考書等を読んで知識を増やしたい |
| 7 自立支援型ケアマネジメント会議に積極的に参加したい |
| 8 その他() |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。