

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査について

【大野市高齢者福祉計画（第10期介護保険事業計画）】

老人福祉法及び介護保険法の規定に基づき、団塊の世代が全て75歳となり、また、人生100年時代を迎える中で、高齢者を取り巻く様々な課題を整理・分析するとともに高齢者が尊厳を保ちながら暮らし続けることができるよう、国の高齢者施策の動向も視野に入れ策定。

この計画は、3年間を計画期間とし、日常生活圏域（4圏域）ごとの地域やその地域に在住する高齢者の実情を把握し、計画に反映させることとされている。

また、次期計画は、認知症基本法により努力義務とされている市認知症施策推進計画を包含する内容で策定する。

計画期間	第10期	令和9～11年度
介護保険法に基づく日常生活圏域		旧開成中学校区 旧陽明中学校区 旧上庄・尚徳中学校区 旧和泉中学校区

【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

1 目的

- ・要介護状態になる前の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する
- ・介護予防等に関する取組の目標設定と評価に活用する

2 調査対象

- (1) 要支援認定者 約300人

令和7年11月1日現在、大野市に在住する65歳以上の高齢者で要支援の認定を受けており、大野市内にある事業所で居宅サービスを利用している者

- (2) 一般高齢者 500人

令和7年11月1日現在、大野市に在住する65歳以上高齢者のうち、無作為に抽出した者（居宅サービス利用者を除く）

3 調査項目の構成

- | | | |
|-----------------|------------|---|
| (1) 必須項目 | <u>35問</u> | 必ず実施すべき調査項目（厚生労働省から例示） |
| (2) オプション項目（水色） | <u>19問</u> | 設定すべきか否かを市町村で判断する調査項目 |
| (3) 独自項目（緑色） | <u>25問</u> | 市町村の実情に応じて任意に設定する調査項目
(認知症関連、通いの場、ACPに関する項目追加) |

4 調査期間

令和8年1月第2週目～令和8年1月末

5 調査方法

- | | |
|------------|------------------------------------|
| (1) 要支援認定者 | ケアマネジャーによる調査依頼と回収 |
| (2) 一般高齢者 | 無作為抽出者への郵送による調査
公式LINEによる回答呼びかけ |

【在宅介護実態調査】

1 目的

「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方、また「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とする。

2 調査対象

在宅で生活している要支援・要介護者のうち「要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請」をしている人であって、令和8年12月末～令和8年1月末までの間に認定調査の対象となる人（約100人の予定）

3 調査項目の構成

厚生労働省からモデルの例示がある。（認知症関連、通いの場、ACPに関する項目追加）

<u>A票</u>	必須項目9問＋オプション5問＋独自項目12問	合計	26問
<u>B票</u>	必須項目6問＋オプション4問＋独自項目1問	合計	11問

4 調査期間

令和7年12月末～令和8年1月末

5 調査方法

A票は、通常の「概況調査」と並行して、認定調査員に記入を依頼する。

B票は、同席する「主な介護者」もしくは、「本人」に記入を依頼する。

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画策定の基礎資料とするため、皆様の普段の生活や介護状態などを把握するアンケートを実施いたします。

調査の結果は、調査目的に添って統計的に処理するものであり、本市で適切に管理させていただきますので、アンケートにご協力くださいますようお願いいたします。

令和 年 月 大野市

1. この調査の対象者は、令和7年11月1日現在、65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては、表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. 調査票を記入する際は、該当する番号を○で囲んでください。
4. ご回答いただきましたアンケートは、 月 日 ()までに同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに無記名でご投函ください。封筒には差出人の氏名の記入は不要です。

<お問合わせ先>

福井県大野市健幸福祉部健康長寿課

〒912-0084 福井県大野市天神町1番19号

TEL：0779-65-7333 FAX：0779-66-0294

※ ：必須項目、：オプション項目、：追加項目

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、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、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、市町村による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市町村内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市町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

記入日	令和	年	月	日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。				
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				

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

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

(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

- | |
|---|
| 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) |

【(2) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

(2) ① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (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・肺炎等) |
| 5. 関節の病気 (リウマチ等) | 6. 認知症 (アルツハイマー病等) |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患 (透析) | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他 () |
| 15. 不明 | |

【(2) において「3. 現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

(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 () | |

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

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

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

【(4) において「1. 持家 (一戸建て) の方のみ】

(4) ① 相続する方はいますか

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

【(4) ①で「2. いない」の方のみ】

(4) ② 空き家になった場合、壊す・貸す・譲るなどの方針を決めていますか

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 決めている | 2. 決めていない |
|----------|-----------|

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

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

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

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

(3) 15分位続けて歩いていますか

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

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

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

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

(6) 週に1回以上は外出していますか

- | | |
|--------------|----------|
| 1. ほとんど外出しない | 2. 週1回 |
| 3. 週2～4回 | 4. 週5回以上 |

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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

(8) 外出を控えていますか

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

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

(8) ① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)

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

(9) 外出する際の移動手段は何ですか (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. 電車	7. 路線バス	8. 病院や施設のバス
9. 車いす	10. 電動車いす (カート)	11. 歩行器・シルバーカー
12. タクシー	13. その他 ()	

問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください

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

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3) 歯磨き (人にやってもらう場合も含む) を毎日していますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

1. 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

① 噛み合わせは良いですか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【(4) で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

(4) ② 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(5) どなたかと食事をとる機会がありますか

1. 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	

(13) 生きがいがありますか（「1.生きがいあり」の方は（ ）内に生きがいを記入ください）

1. 生きがいあり → ()
2. 思いつかない

(14) 自分は他の人たちから孤立していると感じることがありますか

1. ない	2. ほとんどない
3. 時々ある	4. 常にある

(15) ここ2週間で、以下のような感じますか

	1. はい	2. いいえ
① 毎日の生活に充実感がない	1. はい	2. いいえ
② これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	2. いいえ
③ 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	2. いいえ
④ 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	2. いいえ
⑤ わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	2. いいえ

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

※①～⑧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	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	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	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

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

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

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 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6 就労について

(1) 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 | |

【(1) において「2. 引退した」の方のみ】

(1) ①あなたはいつ引退しましたか

- | | | |
|---|---|---|
| 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 |
|---|---|---|

問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

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（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（ <input type="text"/> ） | | 8. そのような人はいない |

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）

- | | | |
|----------------|-----------|-----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他（ | | ） 8. そのような人はいない |

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（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 |

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（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 |

(5) 寝たきりや認知症など介護が必要になった場合、特に不安に感じることは何ですか（主なもの5つ）

- | | | |
|--|--|---|
| 1. 買い物や料理、車の運転などができなくなること | | |
| 2. 家族に身体的・精神的負担をかけてしまうこと | | |
| 3. 仕事ができなくなること | | |
| 4. 家族や大切な思い出を忘れてしまうこと | | |
| 5. 病院で治療しても症状が改善しないこと | | |
| 6. どこに相談すればいいかわからないこと | | |
| 7. 経済的に苦しくなること | | |
| 8. 外出時に帰り道がわからなくなること | | |
| 9. 不要なものを大量に購入させられたり、詐欺的な勧誘の被害に遭うこと | | |
| 10. 閉じこもりがちになること | | |
| 11. 差別や偏見を受けること | | |
| 12. 家族以外の周りの人に迷惑をかけてしまうこと | | |
| 13. 在宅で、必要な介護サービスを利用することができず、現在の住まいで生活できなくなること | | |
| 14. 介護施設が利用できないこと | | |
| 15. その他（ | | ） |
| 16. 特にない | | |
| 17. わからない | | |

(6) 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)

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

(7) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

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

(8) 地震などの災害時の避難を助けてくれる人はいますか

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

(9) 地震などの災害時のことで、あなたが普段不安に感じていることは何ですか
(いくつでも)

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 災害発生直後に、救助が必要なことを人に知らせることができるか |
| 2. 災害発生直後に、近所の人に救助してもらえるか |
| 3. 災害発生直後に、必要な情報を得られるか |
| 4. 避難所まで移動できるか |
| 5. 自分のけがや病気の状態が悪くならないか |
| 6. その他 () |
| 7. 特に不安はない |

問8 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

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

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか

(「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	10点
1点	
2点	
3点	
4点	
5点	
6点	
7点	
8点	
9点	

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

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

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

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

(5) お酒は飲みますか

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

(6) タバコは吸っていますか

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

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

(8) どのような介護予防や通いの場であれば参加したいと思いますか (いくつでも)

- | | |
|-----------------------------------|----------------|
| 1. 体操 (運動) の教室 (公民館などでの講座) | |
| 2. 体操 (運動) の教室 (WEB (インターネット)) | |
| 3. 身近な地域の公園でのラジオ体操 | |
| 4. 会食や茶話会等、食事をしながら、話し合う場 | |
| 5. 一人でゆっくり過ごせる、カフェなどの場 | |
| 6. 地域の情報を知ることができる場 | |
| 7. 認知症予防の教室 (市役所での講座) | |
| 8. 認知症予防の教室 (WEB (インターネット)) | |
| 9. 趣味の活動への参加 (料理教室、手芸、健康マージャン等) | |
| 10. ボランティアなど | |
| 11. 農作業や農作物の収穫体験 | |
| 12. 支援が必要な高齢者への生活支援 (買い物支援、移動支援等) | |
| 13. 子どもや若年世代等世代間との交流活動 | |
| 14. その他 () | 15. 参加したいと思わない |

(9) 介護予防や通いの場に参加したいと思う理由は何ですか (いくつでも)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 仲間ができるから | 2. 健康のため |
| 3. 楽しいから | 4. 生きがいを感じる |
| 5. 情報が得られるから | 6. 地域の役に立ちたい |
| 7. その他 () | 8. 参加したいと思わない |

(10) 介護予防や通いの場に参加する際、どのような点を重視しますか (いくつでも)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 内容が自分の興味と合っている | 2. 同年代や話しやすい人が参加している |
| 3. 自宅から近く、歩いて行ける | 4. 費用がかからない・安価である |
| 5. 介護が必要になっても通える配慮がある | 6. 開催日時が自分に合っている |
| 7. 地域に貢献している実感がある | 8. その他 () |

(11) かかりつけの医師、かかりつけの歯科医、かかりつけ薬局はありますか (いくつでも)

- | | |
|------------|-------------|
| 1. かかりつけ医師 | 2. かかりつけ歯科医 |
| 3. かかりつけ薬局 | 4. 特にない |

(12) フレイル (※) について知っていますか

※フレイルとは、病気ではないが、年齢とともに、心身の機能が低下し、介護が必要になりやすい虚弱な状態のこと。

- | |
|-----------------------|
| 1. よく知っており、予防を心掛けている |
| 2. 知っているが、特に何もしていない |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない |
| 4. 知らないが、健康には気をつけている |
| 5. 知らない |

(7) 家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない | |

(8) 大野市は、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちだと思いますか

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない | |

(9) あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか（主なもの3つ）

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------|
| 1. 認知症に関する正しい知識の普及 | | |
| 2. 認知症が疑われる人やその家族のための相談対応 | | |
| 3. 認知症の方の家族が互いに励ましあい、情報交換等ができる集い | | |
| 4. 地域における認知症関連の情報発信 | | |
| 5. 誰もが気軽に集い、相談できる認知症カフェなどの開設 | | |
| 6. 認知症の人を地域で見守る体制づくり | | |
| 7. 認知症の人・認知症が疑われる人を、受診につなげるための支援 | | |
| 8. 認知症の予防に関する普及 | | |
| 9. 認知症に関する相談窓口の周知 | | |
| 10. その他（ | ） | 11. わからない |

(10) あなたは、成年後見制度（※）を知っていますか

※成年後見制度とは

認知症、知的障がいなどによって、物事を判断することが十分でない人について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人の財産管理などを法的に支援する制度。

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | |
| 4. 知らない | |

(11) 将来自分が最期を迎える場として、どこを希望しますか（○は1つ）

- | | | |
|-----------------------|---|----------|
| 1. 医療機関に入院して最期を迎えたい | | |
| 2. 自宅で最期を迎えたい | | |
| 3. 介護保険施設に入所して最期を迎えたい | | |
| 4. その他（ | ） | 5. わからない |

(12) 自分が最期を迎えるとしたら、どのように過ごしたいかを、誰かと話し合いをしていますか（○は1つ）

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. まったくない | 2. 話し合ったことがある |
| 3. 話し合い、その結果を紙などに記載した | |

(13) もしものときのために、ご本人が望む医療やケアについて話し合うことを人生会議（ACP）と言います。人生会議（ACP）についてご存知ですか（○は1つ）

- | |
|-----------------------------|
| 1. 知っており、人生会議（ACP）を実施した |
| 2. 知っているが、人生会議（ACP）は実施していない |
| 3. 知らない |

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

在宅介護実態調査

日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画策定の基礎資料とするため、皆様の普段の生活や介護状態などを把握するアンケートを実施いたします。

調査の結果は、調査目的に添って統計的に処理するものであり、本市で適切に管理させていただきますので、アンケートにご協力くださいますようお願いいたします。

令和 年 月 大野市

1. この調査の対象者は、令和7年11月1日現在、要介護認定を受けている方とその方の主な介護者の方です。
2. ご回答にあたっては、表紙ラベルのあて名のご本人（調査対象者）についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. この調査における「介護者」とは、要介護認定者を日常的に介護している家族や親族（配偶者や子ども、兄弟姉妹等）であり、同居していない人を含みます。隣近所の人やホームヘルパー、家事代行業者（いわゆる家政婦等）は「介護者」には含みません。
4. 調査票を記入する際は、該当する番号を○で囲んでください。
5. ご回答いただきましたアンケートは、 月 日 ()までに同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに無記名でご投函ください。封筒には差出人の氏名の記入は不要です。

<お問合わせ先>

福井県大野市健幸福祉部健康長寿課

〒912-0084 福井県大野市天神町1番19号

TEL：0779-65-7333 FAX：0779-66-0294

※ ：必須項目、 ：オプション項目、 ：追加項目

問8 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください（1つを選択）

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

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、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。

問9 ご本人（認定調査対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください（複数選択可）

1. 脳血管疾患（脳卒中） 2. 心疾患（心臓病）
3. 悪性新生物（がん） 4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患（透析） 6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）
7. 膠原病（関節リウマチ含む） 8. 変形性関節疾患
9. 認知症 10. パーキンソン病
11. 難病（パーキンソン病を除く） 12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）
14. その他（ ） 15. なし
16. わからない

問10 令和7年●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つを選択）

1. 利用した ⇒ 問11へ
2. 利用していない ⇒ 問12へ

問10で「1.」と回答した方にお伺いします。

問11 以下の介護保険サービスについて、令和●●年●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、「利用していない（0回、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週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
（※回答例）●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護（デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション（デイケア）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（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

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

問13 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください
(複数選択可)

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

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問14 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数選択可)

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

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問15 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

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

問16 あなたは認知症に対してどのようなイメージを持っていますか(1つを選択)

- | |
|---|
| 1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる |
| 2. 認知症になっても、できるだけ自立した生活をしながらも、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける |
| 3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる |
| 4. 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる |
| 5. 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう |
| 6. その他() |
| 7. わからない |

問17 2023年6月、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」が成立し、2024年1月に施行されたことを知っていますか（1つを選択）

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

問18 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか（1つを選択）

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない | |

問19 家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか（1つを選択）

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない | |

問20 大野市は、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちだと思いますか（1つを選択）

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない | |

問21 あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか（主なもの3つ）

- | |
|---|
| 1. 認知症に関する正しい知識の普及 |
| 2. 認知症が疑われる人やその家族のための相談対応 |
| 3. 認知症の方の家族が互いに励ましあい、情報交換等ができる集い |
| 4. 地域における認知症関連の情報発信 |
| 5. 誰もが気軽に集い、相談できる認知症カフェなどの開設 |
| 6. 認知症の人を地域で見守る体制づくり |
| 7. 認知症の人・認知症が疑われる人を、受診につなげるための支援 |
| 8. 認知症の予防に関する普及 |
| 9. 認知症に関する相談窓口の周知 |
| 10. その他（ ） |
| 11. わからない |

問22 あなたは、成年後見制度（※）を知っていますか（1つを選択）

※成年後見制度とは

認知症、知的障がいなどによって、物事を判断することが十分でない人について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人の財産管理などを法律的に支援する制度。

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | |
| 4. 知らない | |

問23 将来自分が最期を迎える場として、どこを希望しますか（1つを選択）

1. 医療機関に入院して最期を迎えたい
2. 自宅で最期を迎えたい
3. 介護保険施設に入所して最期を迎えたい
4. その他（ ）
5. わからない

問24 自分が最期を迎えるとしたら、どのように過ごしたいかを、誰かと話し合いをしていますか（1つを選択）

1. まったくない
2. 話し合ったことがある
3. 話し合い、その結果を紙などに記載した

問25 もしものときのために、ご本人が望む医療やケアについて話し合うことを人生会議（ACP）と言います。人生会議（ACP）についてご存知ですか（1つを選択）

1. 知っており、人生会議（ACP）を実施した
2. 知っているが、人生会議（ACP）は実施していない
3. 知らない

問26 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（1つを選択）

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. ない | } 調査は終了です |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| 3. 週に1～2日ある | } B票へ進んでください |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

●A票の問14で「2.」～「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。

●「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）。

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（認定調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）
（複数選択可）

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

問2 主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

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

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つを選択）

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

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

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

問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（複数選択可）

〔身体介護〕

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

〔生活援助〕

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

〔その他〕

- | | |
|---------|-----------|
| 15. その他 | 16. わからない |
|---------|-----------|

