

令和 8 年度第 1 回上越市介護保険運営協議会 次第

日時：令和 8 年 5 月 27 日（水） 午後 4 時～

会場：上越市市民プラザ 第 2 会議室

1 開会

2 あいさつ

3 新委員の紹介

4 副会長の選出

5 諮問

上越市第 10 期介護保険事業計画・第 11 期高齢者福祉計画策定について

6 議事

（１）第 10 期介護保険事業計画・第 11 期高齢者福祉計画の策定について

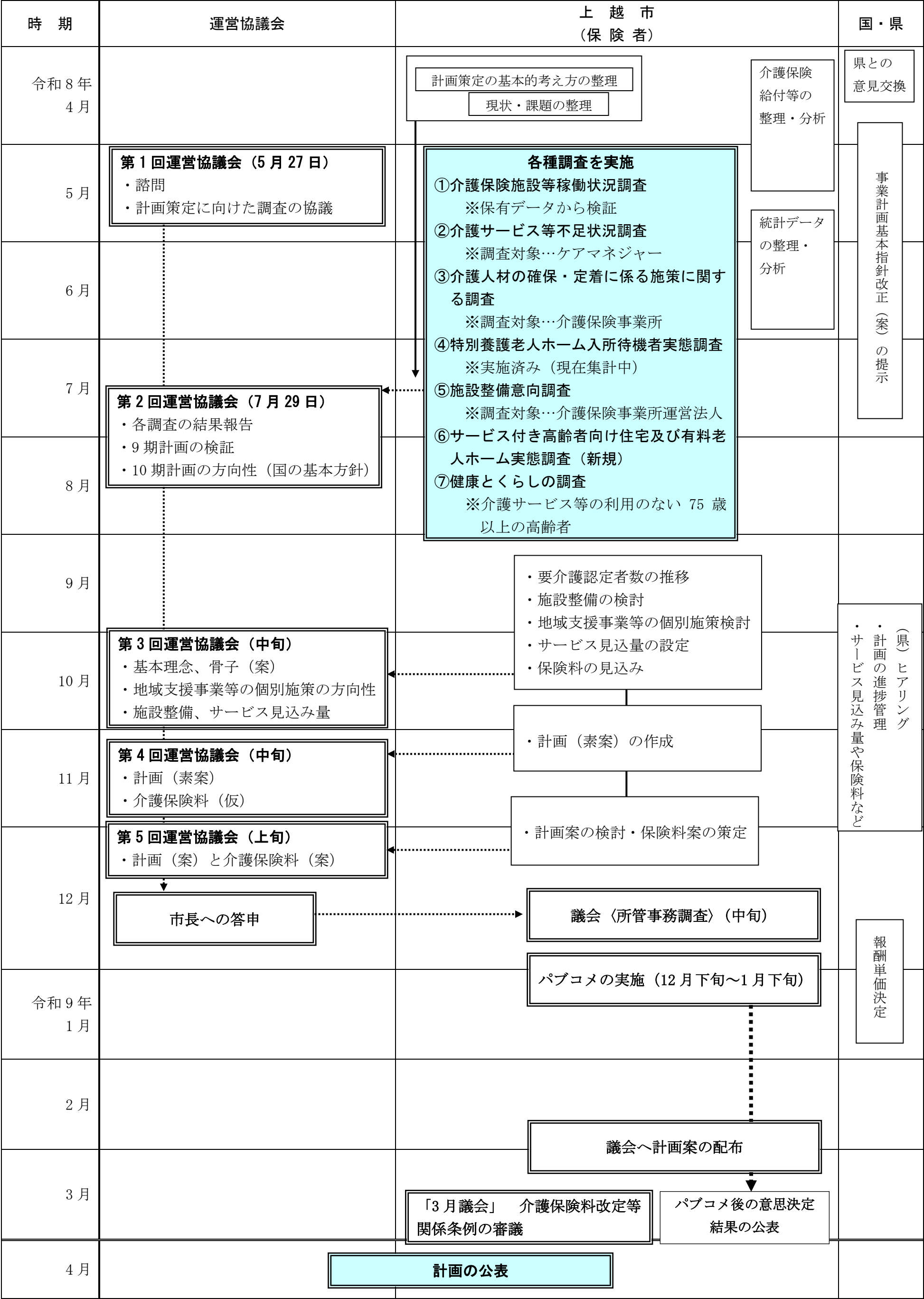
①計画策定に向けたスケジュールについて …資料 1

②計画策定に向けたアンケート調査について …資料 2－1～4

7 その他

8 閉会

「第 10 期介護保険事業計画・第 11 期高齢者福祉計画」策定スケジュールについて



上越市介護サービス等不足状況調査票

事業所名 (電話番号)	()
介護支援専門員名	

- 1 日常生活圏域のうち、あなたが担当する利用者がいる圏域（令和8年4月1日時点）を選び、左欄に○をご記入ください。（複数選択可）

以下に○ を記入	圏域名	区域
	城北	本町六丁目、本町七丁目、北本町一丁目、北本町二丁目、北本町三丁目、北本町四丁目、仲町五丁目、仲町六丁目、寺町三丁目、大町五丁目、西城町四丁目、北城町一丁目、北城町二丁目、北城町三丁目、北城町四丁目、東本町一丁目、東本町二丁目、東本町三丁目、東本町四丁目、東本町五丁目、幸町、栄町、新町、高土町一丁目、高土町二丁目、飯、御殿山町、上昭和町、昭和町一丁目、昭和町二丁目、滝寺、下正善寺、中正善寺、宇津尾、上綱子、中ノ俣、上正善寺
	城東	東城町二丁目、東城町三丁目、南城町一丁目、南城町二丁目、南城町三丁目、南城町四丁目、大手町、本城町、本町二丁目、本町三丁目、本町四丁目、本町五丁目、仲町二丁目、仲町三丁目、仲町四丁目、寺町二丁目、大町二丁目、大町三丁目、大町四丁目、西城町一丁目、西城町二丁目、西城町三丁目、とよば、子安、子安新田、鴨島一丁目、鴨島二丁目、鴨島三丁目、稲田一丁目、稲田二丁目、稲田三丁目、稲田四丁目、下稲田、寺、大日、中田新田、上島、中々村新田、平岡、南田屋新田、北田屋新田、大道福田、富岡、藤野新田、大貫、平山、四ヶ所、西市野口、戸野目古新田、門田新田
	城西	南本町一丁目、南本町二丁目、南本町三丁目、東城町一丁目、南新町、南高田町、本町一丁目、仲町一丁目、寺町一丁目、大町一丁目、上門前、小滝、下馬場、朝日、黒田、灰塚、地頭方、青木、上中田、中通町、向橋、中田原、塩荷谷、上湯谷、金谷、神山、東木島、西木島、島田上新田、島田、島田下新田、上箱井、中箱井、岡原、下箱井、五ヶ所新田、丸山新田、下新田、西田中、寺町、石沢、大和一丁目、大和二丁目、大和三丁目、大和四丁目、大和五・六丁目、稲荷、下四ツ屋、西松野木、長者町、天野原新田、本長者原、今池、桜町、藪野、辰尾新田、東稲塚新田、下稲塚
	雄志	上真砂、杉野袋、北新保、南新保、高森、諏訪、東原、鶴町、北田中、米岡、米町、戸野目、市野江、桐原、本道、荒屋、虫川、下野田、長面、上野田、四辻町、下池部、上池部、吉岡東市野口、剣、茨沢、藤塚、新保古新田、本新保、上雲寺、下新町、上新町、池、下富川、上富川、熊塚、野尻、稲、平成町、稲谷、上曾根、下曾根、高和町、元屋敷、高津、飯田、妙油、森田、十二ノ木、北方、南方、大口、東京田

以下に○ を記入	圏域名	区域
	八千浦	黒井、上荒浜、南荒浜、下荒浜、遊光寺浜、南原、夷浜、夷浜住宅団地、西ヶ窪浜
	直江津	西本町三丁目、西本町一・二丁目、西本町四丁目御幸町、中央一丁目あけぼの、中央一丁目四ツ屋、中央一丁目旭区、中央二丁目横町、中央二丁目本町、中央三丁目荒川町、中央三丁目天王町、中央四丁目福永町、中央四丁目沖見町、中央五丁目塩浜町、中央五丁目浜町、住吉町、港町一・二丁目、市之町、東雲町一・二丁目、栄町一・二丁目、石橋一・二丁目、五智一丁目、五智二丁目、五智三丁目、五智四丁目、五智五丁目、五智六丁目、アシスト上越マンション、五智新町、虫生岩戸、国府一丁目、国府二丁目、国府三丁目、国府四丁目、小丸山団地、加賀町
	直江津東	東小猿屋、中小猿屋、西小猿屋、三田、三田新田、三ツ橋新田、三ツ橋、田園、福田、佐内町、三ツ屋町、安江、安江一丁目、安江二丁目、安江公営住宅、上源入、下源入、港南町、松村新田、下門前、塩屋新田、春日新田、春日新田五丁目、川原町、春日新田木町、日之出町、下百々、駒林、小泉、長岡、長岡新田、上名柄、五野井、石川、上青野、中青野、下青野、上吉野、下吉野、上五貫野、下五貫野、下名柄、岡沢、飯塚、中真砂、川端、東中島、若鷹、上千原、福橋下真砂、横曽根
	春日	土橋、新土橋、藤巻、木田新田、藤新田、木田、新光町、岩木一丁目、岩木二丁目、大学南、大学前、教育大山屋敷宿舎、教育大世帯寮、春日山町一丁目、春日山町二丁目、春日山町三丁目、大豆、春日野、谷愛宕、春日、中門前、石橋、新光町三丁目
	潮陵	西横山、小池、西山寺、下綱子、高住、中桑取、丹原、鍋ヶ浦、吉浦、茶屋ヶ原、有間川、長浜、西戸野花立、横畑、皆口、西谷内、北谷、土口、増沢、大淵、東吉尾、西吉尾
	安塚	安塚区の全域
	浦川原	浦川原区の全域
	大島	大島区の全域
	牧	牧区の全域
	柿崎	柿崎区の全域
	大湊	大湊区の全域
	頸城	頸城区の全域
	吉川	吉川区の全域
	中郷	中郷区の全域
	板倉	板倉区の全域
	清里	清里区の全域
	三和	三和区の全域
	名立	名立区の全域

- 2 サービス調整をする場合に、介護サービス（介護予防を含む）の供給が不足していると思われる日常生活圏域がありましたら、お答えください。（不足していると思われる地域がない場合でも、各圏域の状況などについてお気づきの点がありましたら自由記述欄に記載してください。）

主なサービス種類		不足していると思われる圏域	自由記述欄 (不足の具体例、各圏域の状況など)
例	訪問介護	〇〇	・〇〇地域では対応できないため、△△地域のサービスを利用して不便
居宅サービス	訪問介護		
	訪問入浴介護		
	訪問看護		
	訪問リハビリテーション		
	通所リハビリテーション		
	通所介護		
	短期入所生活介護		
	短期入所療養介護		
	福祉用具貸与		
	特定福祉用具販売		
	特定施設入所者生活介護		
地域密着型サービス	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	小規模多機能型居宅介護		
	看護小規模多機能型居宅介護		
	認知症対応型通所介護		
	認知症対応型共同生活介護		
	定期巡回・臨時対応型訪問介護看護		
	地域密着型通所介護		
	居宅介護支援事業所		

- 3 高齢者への福祉サービスで上越市が充実すべきサービスや支援活動は何ですか。
番号に○をご記入ください。（複数選択可）

1. 紙おむつ助成事業	2. 寝具丸洗い・乾燥サービス事業
3. 訪問理・美容サービス出張費助成事業	4. 権利擁護等利用助成事業
5. 高齢者向け住宅リフォーム助成事業	6. 在宅介護手当給付事業
7. 高齢者外出支援事業	8. 地域支え合い事業
9. 要援護世帯除雪費助成事業	10. 緊急通報装置貸与事業
11. 訪問型サービスB	12. ふれあいランチサービス事業
13. 救急医療・災害時支援情報キット配布事業	14. ごみヘルパー制度
15. 避難行動要支援者支援事業	
16. その他 ()	
17. 特になし	

- 4 ケアマネジャーへの対応として、行政に期待することは何ですか。
番号に○をご記入ください。（複数選択可）

1. 介護保険制度（総合事業を含む）に関する情報の提供
2. 保健・福祉サービスの情報提供
3. ケアマネジャーの地位向上に関する取組
4. ケアマネジメントの質の向上に向けたケアプラン点検の実施
5. 研修会・講習会の実施
6. 医療との連携強化対策
7. 介護保険の迅速な要介護認定
8. ケアマネジャーの公正・中立性を確保する対策
9. 事業所の指導・監督等
10. 居宅介護支援事業所の独立性を尊重する対策
11. 事業所評価事業の実施
12. その他 ()

5 その他、ご意見やご要望等ありましたら記載してください。

～ 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 ～

介護人材確保・定着に係る施策に関するアンケート調査票（上越市）

< 全体 >

事業所名	
サービス種別	

1. 貴事業所の状況についてお聞きします。

① 令和8年4月1日現在、貴事業所における職員の実人員を回答してください。ただし、事務職員は除いてください。

単位：人

		事業所全体				【再掲】											
		正規職員		非正規職員		介護職員				看護職員				その他			
						正規職員		非正規職員		正規職員		非正規職員		正規職員		非正規職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
29歳以下						0											
	うち男性					0											
30～39歳						0											
	うち男性					0											
40～49歳						0											
	うち男性					0											
50～59歳						0											
	うち男性					0											
60～64歳						0											
	うち男性					0											
65歳以上						0											
	うち男性					0											
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	うち男性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【入力上の注意】

（兼務の取扱い）

他事業所と兼務している職員は、兼務時間の多少にかかわらず「1人」としてカウントしてください。
自事業所内で兼務をしている職員は、専ら従事している区分の専従に「1人」としてカウントしてください。
フルタイム勤務で雇用期間に期限がない無期雇用の働き方をしている職員（他法人等への出向者を除く）
正規職員以外の全ての職員（パートタイム、アルバイト、派遣、契約、臨時、嘱託、その他）
介護職員及び訪問介護員（ホームヘルパー）のみをカウントし、看護師資格所有者であっても介護職員として勤務している職員もこれに含みます。

（正規職員）

（非正規職員）

（介護職員）

② ①で計上した正規職員、非正規職員は、どの職種で配置されていますか。

単位：人

		事業所全体					
		正規職員		非正規職員		合計	
		専従	兼務	専従	兼務		
介護職員	介護福祉士					0	
	介護職員実務者研修修了者					0	
	介護職員初任者研修修了者（※）					0	
	資格なし					0	
看護職員	看護師					0	
	准看護師					0	
その他	理学療法士					0	
	作業療法士					0	
	言語聴覚士					0	
	介護支援専門員					0	
	管理栄養士・栄養士					0	
	生活相談員					0	
	社会福祉士					0	
	資格なし					0	

（※）介護職員初任者研修修了者には、旧介護職員基礎研修修了者、旧ホームヘルパー1級・2級を含みます。

③ ①で計上した職員の中に、外国籍の職員がいますか。
「はい」を選択した場合は、別シートも記載してください。「いいえ」を選択した場合は下記設問にご回答ください。

[クリックで別シートへジャンプします](#)

(1) 外国人材の採用に関心がありますか。「いいえ」を選択した場合は、次の設問で「6. 外国人の採用に関心がないため。」を選択してください。

- (2) 外国人材の採用に至っていない理由について最も近いものを1つ選んでください。
1. 外国人材を受け入れるための費用が高額なため。

2. 採用ルートなど相談窓口が不明なため。

3. 受入れの体制が整っていないため。

4. 制度が実態に合わないため。

5. その他

6. 外国人の採用に関心がないため。 ←(1)で「いいえ」を選んだ場合に選択してください。

「5. その他」を選択した場合のみ、ご記入ください。

2 職員の採用・離職状況についてお聞きします。

① 過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月31日）の採用に係る希望と実績並びに離職者数を記入してください。

単位：人

		採用状況							離職状況				
		事業所側採用希望数		実際に採用できた人数					自己都合		その他		
		正規職員	非正規職員	正規職員	うち新卒者		非正規職員	うち新卒者		正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
					県内学校卒	県外学校卒		県内学校卒	県外学校卒				
介護職員等	介護福祉士												
	介護職員実務者研修修了者												
	介護職員初任者研修修了者												
	資格なし												
看護職員	看護師・准看護師												
その他	理学療法士												
	作業療法士												
	言語聴覚士												
	介護支援専門員												
	管理栄養士・栄養士												
	生活相談員												
	社会福祉士												
	資格不問												
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

② 主な採用ルートについて、下記の1～12のうち主なものを3つまで、番号を記入してください。

1. 高等学校

2. 専門学校

3. 大学

4. 福祉人材センター

5. インターネット

6. ハローワーク

7. 従業者からの紹介

8. 人材紹介会社

9. 新聞・広告

10. 就職フェア

11. 知人

12. 実習生

3 介護ロボット・ＩＣＴの導入状況についてお聞きします。

- ① 介護ロボットやＩＣＴを導入していますか。
「4. 導入はしていない」を選択した場合は次の設問で「導入していない」を選択してください。

1. 介護ロボットとＩＣＴのどちらも導入している。
2. 介護ロボットのみ導入している。
3. ＩＣＴのみ導入している。
4. 導入はしていない。

「1. ～3. 」を選択した場合、導入している内容（機器の名称等）を具体的にご記入ください。

- ② 今後、介護ロボットやＩＣＴを導入（追加）する予定はありますか。
「1. ～3. 」を選択した場合は次の設問で「6. 導入の予定がある。」を選択してください。

1. 介護ロボットとＩＣＴのどちらも導入するつもりである。
2. 介護ロボットを導入するつもりである。
3. ＩＣＴを導入するつもりである。
4. 導入する予定はない。

- ③ 介護ロボットやＩＣＴを導入（追加）する予定がない理由について、最も近いものを1つ選んでください。

1. 導入費用が高額なため。
2. 導入後の費用が高額なため。
3. 導入しても、現場の負担軽減につながるかわからないため。
4. 現段階で、介護ロボット等の導入のメリットを検討していないため。
5. その他
6. 導入の予定がある。 ←②で「1. ～3. 」を選んだ場合に選択してください。

「5. その他」を選択した場合のみ、ご記入ください。

1. 求人への募集が少なく事業所で欲しい人材を選べない。
2. 必要とする有資格の職員の絶対数が確保できない。
3. 必要とする職員（有資格・無資格問わず）の絶対数が確保できないこと。
4. 求職者（職員）が求める賃金水準を支払う経済的な余力がないこと。
5. 中堅職員が育っていないこと。
6. 事業所と求職者の勤務条件のミスマッチ（勤務時間帯や夜勤等）による勤務シフト管理が困難。
7. 採用後の離職率が高いこと。
8. その他（ ）

--	--	--

--

[illegible]

区分	具体的な支援
1. 経費	①求人活動に係る経費の助成
	②資格取得に必要な試験費用・研修受講費の助成
	③介護ロボット導入経費の助成
	④ＩＣＴ化に向けた導入経費の助成
	⑤その他（ ）
2. 研修	⑥介護助手を輩出するための介護の入門的研修の開催
	⑦その他（ ）
3. 啓発	⑧介護職場のイメージアップ
	⑨その他（ ）
4. 外国人人材	⑩（ ）
5. その他	⑪（ ）

第 1 位			
第 2 位			
第 3 位			

介護人材確保・定着に係る施策に関するアンケート調査票（上越市）

< 外国人 >

事業所名	0
サービス種別	0

1. 貴事業所の状況についてお聞きします。

① 令和8年4月1日現在、貴事業所における職員のうち**外国籍の職員の実人員**を回答してください。ただし、**事務職員**は除いてください。

単位：人

		事業所全体				合計	【再掲】											
		正規職員		非正規職員			介護職員				看護職員				その他			
							正規職員		非正規職員		正規職員		非正規職員		正規職員		非正規職員	
		専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
29歳以下					0													
	うち男性					0												
30～39歳					0													
	うち男性					0												
40～49歳					0													
	うち男性					0												
50～59歳					0													
	うち男性					0												
60～64歳					0													
	うち男性					0												
65歳以上					0													
	うち男性					0												
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	うち男性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

【入力上の注意】

（兼務の取扱い）

他事業所と兼務している職員は、兼務時間の多少にかかわらず「1人」としてカウントしてください。
自事業所内で兼務をしている職員は、専ら従事している区分に「1人」としてカウントしてください。
フルタイム勤務で雇用期間に期限がない無期雇用の働き方をしている職員（他法人等への出向者を除く）
正規職員以外の全ての職員（パートタイム、アルバイト、派遣、契約、臨時、嘱託、その他）
介護職員及び訪問介護員（ホームヘルパー）のみをカウントし、看護師資格所有者であっても介護職員として勤務している職員もこれに含みます。

（正規職員）

（非正規職員）

（介護職員）

② ①で計上した外国籍の職員は、どの在留資格がありますか。

単位：人

	事業所全体				
	正規職員		非正規職員		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
特定技能					0
技能実習					0
介護福祉士養成校留学					0
EPA介護福祉士候補者					0
インターンシップ					0
身分による在留資格（※）					0
その他					0

（※）日本人配偶者、定住者（日系2・3世及びその配偶者等）、永住者（在留が無制限、更新必要）

③ 主な採用ルートについて、下記の１～７のうち主なもの３つ、番号を記入してください。

1. 監理団体
2. 専門学校（留学生）
3. インターネット
4. ハローワーク
5. 就職フェア
6. 知人
7. その他

--	--	--

「7. その他」を選択した場合のみ、ご記入ください。

--

2 外国人の介護人材確保・定着について、ご意見、ご提案がありましたら記入してください。

--

サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム実態調査票

事業所名	
サービス種別	

1 貴施設の受入状況についてお聞きします。

① 令和8年4月1日現在、貴施設の定員および入所者数は何名ですか。

定員		人	入居者数		人	待機者数		人
----	--	---	------	--	---	------	--	---

② 令和8年4月1日現在、貴施設入所者の介護度を教えてください。

認定無		人	要介護2		人
要支援1（チェックリスト該当者）		人	要介護3		人
要支援2		人	要介護4		人
要介護1		人	要介護5		人

③ 令和8年4月1日現在、貴施設入所者の入所前居住地を教えてください。

上越市		人
その他		人

④ 過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月31日）の稼働率を教えてください。

算出方法【1年間の延べ利用者数÷（入所定員×365日）×100】

自動計算→	#DIV/0!	%	1年間の延べ利用者数	
-------	---------	---	------------	--

2 医療依存度が高い方の受入れ状況についてお聞きします。

(令和8年4月1日現在)

N0.	医療依存度/症状	受入可否	受入可能人数	現在受入れている人数	受入れ条件 ※受入可否が「○」の場合、記入してください。
1	人工透析				
2	腹膜透析				
3	経管栄養（鼻）				
4	胃ろう				
5	腎ろう				
6	人工呼吸器				
7	フォーレ留置				
8	頻繁なたんの吸引				
9	酸素吸入				
10	気管切開				
11	インスリン注射				
12	ストーマ				
13	I V H				
14	パーキンソン病				
15	がん（終末期）				
16	導尿				
17	H I V				
合計				0	
実人数 ※上記、「合計」から重複を除く人数					

健康とくらしの調査票

○この調査は、今後の介護予防事業に役立てるための大切な調査になりますので、ご協力をお願いします。

※調査対象について：本調査は、令和8年〇月〇日現在の住民票データを基に対象者を抽出しています。

○調査票を記入する際は、各項目で該当する数字1つに○をつけてください。

○調査記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、 月 日（ ）までに投函してください。

○ご返送いただいた調査票は、地域包括支援センターと共有します。

○地域包括支援センターへの相談を希望された方等については、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターの職員等が電話や訪問を実施いたします。電話や訪問までには、調査票を投函後数か月かかる場合がございます。相談をお急ぎの方は、下記まで直接ご連絡ください。

【お住まいの地域を担当する地域包括支援センター】

地域包括支援センターたかだ

電話番号：025-531-5133

※地域包括支援センターは、上越市から委託を受けた法人が設置運営する、公的な相談機関です。

○上記のほか、調査票のご返送がない方等につきましても、地域包括支援センターの職員等が電話や訪問を実施することがございますので、ご了承ください。

○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、下記に同意いただいたものと見なさせていただきます。

- ・この調査は、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、本市による介護保険業務の目的以外には使用いたしません。また当該情報については、市が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本市以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						電話番号（ご本人またはご記入者）		
2. ご家族（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)			
(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			

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

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

--	--	--

cm

体重

--	--	--

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) お茶や汁物等でむせることがありますか

1. はい 2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか

1. はい 2. いいえ

問3

食べることについて

(5) 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 |

(6) 6 カ月間で 2~3kg 以上の体重減少はありましたか

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

(7) どなたかと食事をともにする機会がありますか

問4

毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

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

(2) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか

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

(3) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

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

(4) 今日が何月何日かわからない時がありますか

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

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

(6) 自分で食品・日用品の買物をしていますか

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

(7) 自分で食事の用意をしていますか

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

問 4	毎日の生活について										
(8) 自分で請求書の支払いをしていますか											
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											
(9) 自分で預貯金の出し入れをしていますか											
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											
(10) 友人の家を訪ねていますか											
1. はい 2. いいえ											
(11) 家族や友人の相談にのっていますか											
1. はい 2. いいえ											
(12) (ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない											
1. はい 2. いいえ											
(13) (ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じる											
1. はい 2. いいえ											
(14) (ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない											
1. はい 2. いいえ											
(15) (ここ 2 週間) 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	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 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点											

問5

健康について

(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らない、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) 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

(6) 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）
のうそっちゅう のうしゅつけつ・のうこうそくなど

4. 心臓病

5. 糖尿病
とうりょうびょう6. 高脂血症（脂質異常）
こうしけっしょう ししつじょう

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
じんぞう ぜんりつせん10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
きんこつかく こつそ しょう11. 外傷（転倒・骨折等）
がいしょう てんとう こっせつなど

12. がん（悪性新生物）

13. 血液・免疫の病気
めんえき

14. うつ病

15. 認知症（アルツハイマー病等）
にんちしょう

16. パーキンソン病

17. 目の病気

18. 耳の病気

19. その他（ ）

(7) 健康（体や心）や暮らしのことで困っていることや心配なことはありますか。

1. はい

2. いいえ

それはどのようなことですか。具体的に教えてください。

問 6 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい 2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい 2. いいえ

問 7 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(すこやかサロンなど) 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 8

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（ ） | 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 | |

問 9

人生の最終段階における医療・ケアについて

あなたは、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング〈ACP〉）について、これまで知っていましたか。

人生会議（アドバンス・ケア・プランニング〈ACP〉）は、人生の最終段階（末期がん、もしくは重い病気、脳血管疾患の後遺症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合）における医療・ケアについて、あなたの意思に沿った医療・ケアを受けるために、ご家族等や医療・介護従事者とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことです。

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

問 10

地域包括支援センターへの相談希望について

地域包括支援センターへの相談を希望する方はお名前と電話番号を記入してください

相談を希望する方のお名前

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。■■■