

第10期調布市高齢者総合計画の策定に向けた各種調査について

資料2

各種調査の概要

	目的	回答依頼者	調査方法
介護予防・日常生活圏 域ニーズ調査	要介護状態になる前の高齢者に、健康や日常生活、社会参加の状況等を伺い、「第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）」の策定、進捗管理、事業評価のための基礎資料とするために実施	令和7年11月1日時点、市内在住で65歳以上の要介護認定を受けていない方から、各福祉圏域600人（計4,800人）を無作為抽出。	郵送にて依頼 回答は、郵送返信・ウェブ回答のどちらかを選択

在宅介護実態調査	第10期高齢者総合計画の策定に向け、「地域包括ケアシステムの深化・推進」という観点に加え、「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」という観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」や「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ために実施	要支援・要介護認定を受けている方のうち、調査期間内に認定調査を実施する方 （600件）	認定調査実施時に調査員による聞き取り
----------	--	--	--------------------

第8期計画の「介護保険事業計画における施策反映のための手引き」で新たに3つの調査が示されました。

調布市では、今回初めて実施いたします。

	目的	回答依頼者	調査方法
在宅生活改善調査	要介護者の適切な在宅生活の継続	各事業所のケアマネージャー（約200人） （居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター）	各事業所に郵送にて依頼 回答は、郵送返信・ウェブ回答のどちらかを選択
居所変更実態調査	住み慣れた施設等における生活の継続	住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム（地域密着型含む） （市内約60事業所）	
介護人材実態調査	介護人材の確保、適切な役割分担の実現	【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 【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） 【訪問系サービス】 訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問系サービス（総合事業） 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 （約200事業所）	

調布市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 設問一覧

参 考

大項目	前回からの 変更点	質問区分	調査票内 問番号	国の項目		市独自
				基本	オプション	
表紙		記入日		○		
		記入者		○		
はじめに あなたについて	選択肢修正	性別	1	●		
		年齢	2	●		
		居住地	3	●		
		現在の要介護度	4	●		
1 あなたのご家族や 生活状況について		家族構成	5	○		
		日中1人になることがあるか	5-1			○
		介護・介助の必要の有無	6	○		
		現在の暮らしの経済的状況	7	○		
		現在の住まいの形態	8		●	
2 からだを動かすこと について		階段を手すりや壁をつたわずに昇れるか	9	○		
		椅子から何もつかまらずに立ち上がれるか	10	○		
		15分位続けて歩いているか	11	○		
		過去1年間の転倒の経験	12	○		
		転倒に対する不安	13	○		
		外出の頻度	14	○		
		外出回数の減少	15	○		
		外出を控えているか	-		⊖	
		【Y】外出を控えている理由	-		⊖	
		【復活】外出する際の移動手段	16		○	
3 食べることに ついて		BMI(身長・体重)	17	○		
		固いものが食べにくくなったか	18	○		
		お茶や汁物等でむせることがあるか	19		○	
		口の渇きが気になるか	20		○	
		削除 歯磨きを毎日しているか	-		⊖	
		歯の数と入歯の利用状況	21	○		
		【入歯】入歯の手入	21-1		○	
		削除 噛み合わせは良いか	-		⊖	
		半年間での体重の減少	22		○	
		誰かと食事をともにする機会	23	○		
4 毎日の生活につ いて		各種サービスの活用状況(食事の確保について)	24			○
		物忘れが多いと感じるか	25	○		
		日付が分からないときがあるか	26		○	
		【追加】聞き取りにくいと感じるものはあるか	27			○
		バスや電車を使って1人で外出できるか	28	○		
		外出する際どこまででかけることが多いか	29			○
		自分で食品・日用品の買物をしているか	30	○		
		自分で食事の用意をしているか	31	○		
		自分で請求書の支払いをしているか	32	○		
		自分で預貯金の出し入れをしているか	33	○		
		削除 本・雑誌等を読んでいますか	-		⊖	
		友人の家を訪ねているか	34		○	
		家族や友人の相談にのっているか	35		○	
		趣味があるか	36		○	
		生きがいがあるか	37		○	
		【Y】どのように生きがいを見つけたか	37-1			○

大項目		質問区分	調査票内 問番号	国の項目		市独自
				基本	オプション	
5 地域での活動について	追加	グループ等への参加頻度	38	○		
		【N】グループ活動に参加しない理由	38-1			○
		地域づくりの活動に参加者として参加してみたいか	39	○		
		地域づくりの活動に企画・運営として参加してみたいか	40	○		
		参加したい活動	41			○
6 就労について	追加	現在の就労状態	42		○	
	追加	引退時期	42-1		○	
	【追加】	今後の就労希望	42-2			○
7 たすけあいについて		心配事や愚痴を聞いてくれる人	43	○		
		心配事や愚痴を聞いてあげる人	44	○		
		看病や世話をしてくれる人	45	○		
		看病や世話をしてあげる人	46	○		
		家族や友人・知人以外で相談する相手	47		○	
		友人・知人と会う頻度はどれくらいですか	48		○	
		この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか	49		○	
	追加	普段「孤立している」と感じるか	50			○
	追加	【Y】「孤立している」と感じる理由	50-1			○
8 健康について		自身の健康状態	51	○		
		どの程度幸せか	52	○		
		直近1か月で気分が沈む、ゆううつな気持ちになったりすることがあったか	53	○		
		直近1か月で物事に対して興味がわかない、心から楽しめないことがあったか	54	○		
		飲酒の状況	55		○	
		喫煙の状況	56	○		
		現在治療中、後遺症のある病気はあるか	57	○		
9 認知症について	追加	認知症の症状がある、または家族に症状がある人がいるか	58	○		
		認知症に関する相談窓口を知っているか	59	○		
		認知症に対する不安内容	60			○
		重点を置く認知症施策	61			○
10 その他、福祉施策について	追加	人生の最終段階で受けたい、あるいは受けたくない医療やケア	62			○
	追加	医療やケアについて、ご家族や医療・介護の関係者と話し合っておきたいか	63			○
	選択肢修正	話し合いをしたことがあるか	63-1			○
		どこで最期を迎えたいか	64			○
	設問位置変更	【自宅】自宅で最期を迎えることができるには、どのようなことが必要だと思うか	64-1			○
		市の発信する情報をどのように入手しているか	65			○
		地域包括支援センターの認知度	66			○
		介護予防体操「10の筋力トレーニング」の認知度	67			○
		インターネットの利用について	68			○
		【Y】利用頻度	68-1			○
		【N】利用しない理由	68-2			○
		【N】講座の参加意向	69			○
		高齢者福祉や介護保険制度への意見（自由記述）	70			○

高齢者福祉に関するアンケート (介護予防・日常生活圏域二エズ調査)

アンケートについてのお願い

市民の皆様には、日頃から市の福祉行政にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このアンケートは、「第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）」を策定するうえでの基礎資料として活用するため、皆様の健康や生活の様子、社会参加の状況等をお伺いするものです。

アンケートの対象者として、市内8圏域から600人ずつ、計4,800人の65歳以上の市民の皆様を無作為に選ばせて頂きました。ご回答頂きました内容はすべて統計的に処理し、個人が識別できないように活用いたします。

アンケートの趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

調布市長 長友貴樹

ご回答の前にご確認ください

記入日	令和年 月 日
アンケート用紙を記入されたのはどなたですか。○印をつけてください。	
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	

【問い合わせ先】

調布市 福祉健康部 高齢者支援室 計画係

電話：(042) 481-7149

F A X: (042) 481-4288

E-mail : kourei@city.chofu.lg.jp

パラハートちょっふ、

つなげよう、ひろげよう、共に生きるまち

ご記入の前に、お読みください

1. このアンケートは、令和7年11月1日時点での調布市在住の65歳以上の方を対象に、市内8圏域から600人ずつ、計4,800人を無作為に選び、ご協力をお願いするものです。
2. 回答にあたっては、封筒のあて名のご本人にお答え頂きますが、ご家族の方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。
3. アンケート用紙の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方です。
4. このアンケートは、令和7年11月1日現在の状況でお答えください。
5. ご回答は、あてはまる回答の番号を○で囲んでください。回答数は、各設問文に指定してありますので、それに従ってご回答ください。また（ ）がある回答は、記述でご回答ください。
6. 設問によっては、該当する設問の番号に○をつけた方だけに答えて頂く設問などがありますので、その説明に従いご記入ください。
7. ご記入頂いたアンケート用紙は、令和7年12月26日（金）までに、同封の返信用封筒に入れて（切手を貼らずに）、郵便ポストにご投函ください。
8. **インターネットでもご回答が可能です。** 下記のURLまたは二次元コードより、パソコン、タブレット、スマートフォンで本調査専用サイトへアクセスしていただき、画面の指示に従って、令和7年12月26日（金）までに、ご回答を送信してください。

インターネットでのご回答はコチラから
→<https://smilesurvey.co/s/50aae678/o>



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、本アンケート用紙のご返送をもちまして、下記にご同意頂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】

- ・このアンケートは、効果的な介護予防施策の立案と効果評価のために行うものです。本アンケートで得られた情報につきましては、調布市による高齢者総合計画（高齢者福祉計画及び介護保険事業計画）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、調布市で適切に管理いたします。
- ・ただし、介護保険事業計画策定時に本アンケートで得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理するデータベースに情報を登録し、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。

はじめに

問1 あなたの性別について、お教えてください。(○は1つ)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問2 あなたの年齢（令和7年11月1日現在）について、お教えてください。(○は1つ)

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

問3 あなたのお住まいの地区（地域）をお教えてください。(○は1つ)

番号に○	(参考) 地域に属する地区 (○は不要)
1	東つつじヶ丘1丁目, 2丁目 緑ヶ丘 仙川町 西つつじヶ丘1丁目, 2丁目, 3丁目 若葉町1丁目
2	東つつじヶ丘3丁目 菊野台 入間町 西つつじヶ丘4丁目 若葉町2丁目, 3丁目
3	佐須町1丁目, 2丁目, 4丁目, 5丁目 調布ヶ丘3丁目 柴崎 深大寺南町1丁目, 2丁目, 3丁目 深大寺東町3丁目, 4丁目
4	深大寺東町1丁目, 2丁目, 5丁目, 6丁目, 7丁目, 8丁目 深大寺北町 深大寺元町2丁目, 3丁目, 4丁目, 5丁目 深大寺南町4丁目, 5丁目
5	国領町1丁目, 2丁目, 3丁目, 4丁目, 5丁目, 8丁目 佐須町3丁目 布田2丁目, 3丁目 調布ヶ丘2丁目 八雲台
6	国領町6丁目, 7丁目 布田5丁目, 6丁目 多摩川6丁目, 7丁目 染地
7	多摩川1丁目, 2丁目, 3丁目, 4丁目, 5丁目 調布ヶ丘1丁目, 4丁目 布田1丁目, 4丁目 深大寺元町1丁目 下石原1丁目 小島町
8	上石原 富士見町 西町 下石原2丁目, 3丁目 飛田給 野水

問4 あなたの要介護認定状況をお教えてください。(○は1つ)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 認定を受けていない | 2. 総合事業対象者である |
| 3. 要支援1の認定を受けている | 4. 要支援2の認定を受けている |

※ 総合事業対象者とは、基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した人です。

1 あなたのご家族や生活状況について

問5 家族構成をお教えてください。(○は1つ)

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

【問5で「2」～「5」の方のみ】

問5-1 日中、1人になることがありますか。(○は1つ)

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

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。(○は1つ)

- | |
|--|
| 1. 介護・介助は必要ない |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない |
| 3. 現在、何らかの介護を受けている(要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。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 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 8 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)

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

2 からだを動かすことについて

問 9 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 ^{いす}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)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 15分位続けて歩いていますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 12 過去1年間に転んだ経験がありますか。(○は1つ)

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

問 13 ^{てんとう}転倒に対する不安は大きいですか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|------------|
| 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 14 週にどの程度、外出していますか。(○は1つ)

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

問 15 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|-----------|
| 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 1 6 外出する際の移動手段は何ですか。(○はいくつでも)

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. 介護事業所等の送迎	7. 電車	8. 路線バス
9. 病院や施設のバス	10. 車いす	
11. 電動車いす(カート)	12. 歩行器・シルバーカー	13. タクシー
14. その他()		

3 食えることについて

問 1 7 あなたの身長・体重はいくつですか。(数字を記入。小数点以下は四捨五入。)

身長 () cm	体重 () kg
--	--

問 1 8 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)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 1 9 お茶や汁物等でむせることがありますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 0 口の渇きが気になりますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 1 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)。(○は1つ)

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 2 1 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】

問 2 1 - 1 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 2 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 3 どなたかと食事をとる機会がありますか。(○は1つ)

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

問 2 4 食事の確保に下記サービスを利用していますか。(それぞれ○は1つ)

	日常的に 利用している	たまに 利用している	過去に利用して いたが、現在は 利用していない	利用して いないが、興味や必要 性を感じて いる	利用して いない
① 弁当の配食サービス	1	2	3	4	5
② 出前・デリバリーサービス	1	2	3	4	5
③ 食材の宅配サービス	1	2	3	4	5
④ コンビニエンスストア	1	2	3	4	5

4 毎日の生活について

問 2 5 物忘れが多いと感じますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 6 今日が何月何日かわからない時がありますか。(○は1つ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 2 7 次のうち、聞き取りにくいと感じるものがありますか。(○はいくつでも)

1. 対面での会話	2. 電話での会話
3. テレビの音声や電話の着信音	4. 特にない
5. その他 ()	

問 2 8 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)

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 2 9 日頃外出する際、どこまで出かけることが多いですか。(それぞれ○は1つ)

	住まいの周辺 (徒歩15分 以内程度)	市内	調布市を除く 東京都内	東京都外	外出しない
① 買い物	1	2	3	4	5
② 趣味・習い事	1	2	3	4	5
③ かかりつけ医等の病院	1	2	3	4	5
④ 健康づくり(運動・スポーツ)	1	2	3	4	5
⑤ 家族や友人・知人と会う	1	2	3	4	5
⑥ 介護や子ども・孫の世話	1	2	3	4	5
⑦ 地域活動・ボランティア	1	2	3	4	5
⑧ 仕事	1	2	3	4	5

問30 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(○は1つ)

1. できるし, している 2. できるけどしていない 3. できない

問31 自分で食事の用意をしていますか。(○は1つ)

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 3 2 自分で請求書の支払いをしていますか。(○は1つ)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(○は1つ)

1. できるし, している 2. できるけどしていない 3. できない

問34 友人の家を訪ねていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問35 家族や友人の相談にのっていますか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問36 趣味はありますか。(○は1つ)

1. 趣味あり → (内容:)
2. 思いつかない

問 3 7 生きがいがありますか。(○は1つ)

1. 生きがいあり → (内容:)
2. 思いつかない

【問37で「1. 生きがいあり」の方のみ】

問 37-1 その生きがいをどのように見つけたか、自由にご記入ください。(自由記述)

--

5 地域での活動について

問 3 8 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。(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	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 10の筋力トレーニングなどの 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

【問 3 8 ①～⑧すべての活動で「5. 年に数回」「6. 参加していない」の方のみ】

問 3 8 - 1 問 3 8 ①～⑧の活動のうち、いずれの活動にも参加していない又は年に数回参加の理由があれば教えてください。(○はいくつでも)

1. 健康・体力に自信がない	2. 人との付き合いがおっくう
3. 家庭の事情	4. 同好の友人・仲間がいない
5. 気軽に参加できる活動がない	6. 興味ある活動内容がない
7. 時間的余裕がない	8. 参加するきっかけがない
9. 活動の情報がない	10. 交通費がかかる
11. 活動場所が遠い	12. その他 ()

問 3 9 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。(○は1つ)

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 4 0 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。(○は1つ)

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 4 1 以下の中に参加したいと思うものはありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. 仲間づくりのための交流活動 | |
| 2. 趣味, 教養, 生きがい活動 | |
| 3. 健康や健康維持を目的とした運動系の活動 | |
| 4. 転倒予防や筋力回復を目的としたトレーニング | |
| 5. 記憶力, 学習能力や創造性などの知的能力の維持・向上を目的とした活動 | |
| 6. 食生活の改善を目的とした調理や食事に関連する活動 | |
| 7. 食べる機能の向上を目的とした口の体操や口腔ケアなど | |
| 8. その他 (|) |
| 9. ない | |

6 就労について

問 4 2 現在のあなたの就労状態はどれですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|--------------------|---------|--------------|
| 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 (|) | |

【問 4 2 で「2. 引退した」の方のみ】

問 4 2 - 1 あなたはいつ引退しましたか。(数字を記入)

1. 昭和			年	2. 平成			年	3. 令和			年
-------	----------------------	----------------------	---	-------	----------------------	----------------------	---	-------	----------------------	----------------------	---

【問 4 2 で「1. 職に就いたことがない」「2. 引退した」「6. 求職中」の方のみ】

問 4 2 - 2 今後就労したいと考えていますか。次のうち、希望する就労形態を選択してください。(○は1つ)

- | | | |
|---------------|---------------------|-----------------|
| 1. 常勤の社員・職員 | 2. 非常勤、嘱託、パート、アルバイト | |
| 3. 自営業・自営業手伝い | 4. シルバー人材センターの会員 | |
| 5. その他の就業 (|) | 6. 今後就労するつもりはない |
| 7. 就労したいができない | | |

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 4 3 あなたの心配事や愚痴^{ぐち}を聞いてくれる人。(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|-----------|---------------|
| 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 4 4 反対に、あなたが心配事や愚痴^{ぐち}を聞いてあげる人。(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 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 4 5 あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人。
(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 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 4 6 反対に、看病や世話をしてあげる人。(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 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 4 7 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。
(○はいくつでも)

- | | | |
|------------------|-------------------|------------|
| 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・市役所 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | | |

問 4 8 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(○は1つ)

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

問 4 9 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。

同じ人には何度会っても1人と数えることとします。(○は1つ)

- | | | |
|-------------|----------|---------|
| 1. 0人 (いない) | 2. 1～2人 | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人 | 5. 10人以上 | |

問 5 0 あなたは、普段「孤立している」と感じることがありますか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|----------|------------|
| 1. とても感じる | 2. 少し感じる | 3. あまり感じない |
| 4. 全く感じない | 5. わからない | |

【問 5 0 で「1. とても感じる」「2. 少し感じる」の方のみ】

問 5 0－1 普段「孤立している」と感じる理由はなんですか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. 身近に親族などの身寄りがいない | 2. 身近に相談できる人がいない |
| 3. 持病などがあり、健康に不安がある | 4. 金銭的な不安があり、生活が維持できない |
| 5. 精神的に追い詰められることがある | 6. その他 () |

8 健康について

問 5 1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○は1つ)

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 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 5 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。(○は1つ)

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 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。(○は1つ)

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

問 5 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。(○は1つ)

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

問 5 5 お酒は飲みますか。(○は1つ)

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

問 5 6 タバコは吸っていますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|---------------|
| 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 5 7 現在治療中、または後遺症^{こういしょう}のある病気はありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|---|---|
| 1. ない | 2. 高血圧 |
| 3. 脳卒中 ^{のうそっちゅう} (脳出血 ^{のうしゅつけつ} ・脳梗塞 ^{のうこうそく} 等) | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病 ^{とうようびょう} | 6. 高脂血症 ^{こうしけっしょう} (脂質異常 ^{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 ^{じんぞう} ・前立腺 ^{ぜんりつせん} の病気 | 10. 筋骨格 ^{きんごうかく} の病気 (骨粗しょう症 ^{こつそしょう} , 関節症 ^{かんせつしょう} 等) |
| 11. 外傷 ^{がいしょう} (転倒 ^{てんとう} ・骨折 ^{こっせつ} 等) | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液 ^{けつえき} ・免疫 ^{めんえき} の病気 | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 ^{にんちしょう} (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 () | |

9 認知症について

問 5 8 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。(○は1つ)

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

問 5 9 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つ)

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

問 6 0 あなたの認知症に対する不安は、次のうちどれですか。(○はいくつでも)

- | |
|---|
| 1. 家族に身体的・精神的負担をかけるのではないかと |
| 2. 周囲に迷惑をかけてしまうのではないかと |
| 3. 買い物や料理、車の運転などできていたことができなくなってしまうのではないかと |
| 4. 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないかと |
| 5. 誇りを持って生活できなくなるのではないかと |
| 6. 外出先で帰り道がわからなくなるのではないかと |
| 7. その他 () |

問 6 1 今後、認知症施策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。(○は3つまで)

- | |
|--|
| 1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり |
| 2. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実(徘徊した時に、位置情報が検索できる機器など) |
| 3. 認知症の人が利用できる介護施設・人材の確保 |
| 4. 認知症に対応できる専門医やかかりつけ医の配置 |
| 5. 病院受診や介護などの相談体制の充実(土・日曜日の相談、インターネットによる相談など) |
| 6. 地域の人たちがお茶を飲んだり、体操をするなど、身近で定期的に交流できる場所 |
| 7. 認知症の予防・重症化予防のための教室 |
| 8. 認知症への正しい理解を広める啓発活動 |
| 9. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実 |
| 10. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会 |
| 11. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援 |
| 12. 認知症の人を支援するボランティアの養成 |
| 13. 若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実 |
| 14. その他 () |

10 その他，福祉施策について

問62 あなたご自身が人生の最終段階で受けたい、あるいは受けたくない医療やケアについて考えたことはありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問63 あなたご自身が人生の最終段階で受けたい、あるいは受けたくない医療やケアについて、ご家族や医療・介護の関係者と、どの程度話し合っておきたいと考えていますか。(○は1つ)

1. 詳しく話し合いたい

2. 一応話し合いたい

3. 話し合いたいとは思わない

問63-1 そのような話し合いをしたことはありますか。(○は1つ)

1. はい

2. いいえ

問64 あなたご自身の人生の最終段階をどこで過ごしたいですか。(○は1つ)

1. 自宅

2. 病院などの医療施設

3. 子どもの家

4. 兄弟姉妹など親族の家

5. 高齢者向けのケア付き住宅

6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設

7. その他()

8. 考えたがわからない

9. 決められない

【問64で「1. 自宅」の方のみ】

問64-1 自宅で最期を迎えるのに必要なこと、条件等を教えてください。

(○はいくつでも)

1. 往診してくれる医師がいる

2. 訪問看護体制が整っている

3. 訪問介護体制が整っている

4. 24時間相談に乗ってくれる

5. 介護してくれる家族がいる

6. 介護してくれる家族に負担がかからない

7. 病状の急変に対応してもらえる

8. 急変時に入院できる

9. 居住環境が整っている

10. 経済的負担が軽い

11. その他()

問65 市が発信する情報をどのように入手していますか。(○はいくつでも)

1. 市ホームページ

2. ちょうふ地域コミュニティサイト(ちょみっと)

3. SNS(市公式LINE, X(旧Twitter)等)

4. 市報ちょうふ

5. ちょうふFM

6. TV広報ちょうふ

7. チラシ・ポスター

8. 友人・知人

9. その他()

問 6 6 あなたは「地域包括支援センター」を知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 知っている | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

※「地域包括支援センター」は、高齢者の方やそのご家族が、地域で安心して暮らせるよう、福祉や介護に関する様々な相談ができる総合相談窓口です。電話による相談のほか、状況に応じて職員が自宅に訪問することもでき、必要に応じて適切な専門機関をご案内します。

問 6 7 あなたは介護予防体操「10の筋力トレーニング」を知っていますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 知っているし、やったことがある | 2. 知っているが、やったことはない |
| 3. 知らないが、やってみたい | 4. 知らないし、やったこともない |

※「10の筋力トレーニング」は調布市において、介護予防を目的に推進している体操です。日常生活に応じた筋肉を10種類の体操で鍛えることができます。

問 6 8 パソコン、スマートフォン、タブレット等を用いて、電子メールのやりとりや情報の検索、ニュースサイトや動画サイトの閲覧、ネットショッピングなどのインターネットを利用していますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. 自分一人で、ある程度利用している | 2. 利用しているが、誰かの手助けが必要 |
| 3. 利用していないが、興味や必要性を感じている | |
| 4. 利用していないし、今後も利用することはない | |

【問68で「1. 自分一人で、ある程度利用している」または「2. 利用しているが、誰かの手助けが必要」の方のみ】

問 6 8 - 1 以下の利用頻度を教えてください。(それぞれ○は1つ)

	ほぼ毎日	週3～5日	週1～2日	月1～3日	月に1日未満	持っていない
① パソコン	1	2	3	4	5	6
② スマートフォン	1	2	3	4	5	6
③ タブレット	1	2	3	4	5	6

【問68で「3. 利用していないが、興味や必要性を感じている」または「4. 利用していないし、今後も利用することはない」の方のみ】

問 6 8 - 2 利用するに至らない理由を教えてください。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 使い方が分からない・難しい | 2. 通信環境が整っていない |
| 3. パソコン・スマートフォン等を持っていない | 4. 困ったときの相談先が分からない |
| 5. 金銭的負担の増加 | 6. トラブルやセキュリティ面の不安 |
| 7. その他 () | |

問 6 9 スマートフォンやアプリ(例: LINE, Zoom)などの使い方講座があれば参加してみたいですか。(○は1つ)

- | | |
|------------|----------|
| 1. 参加してみたい | 2. 参加しない |
|------------|----------|

問 7 0 調布市の高齢者福祉や介護保険制度などについて、ご意見がありましたらご自由にお書きください。（自由記述）

--

■■■以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。■■■

アンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れ、（切手を貼らずに）

令和7年12月26日（金）までに郵便ポストへ投函してください。

在宅生活改善調査 利用者票 (2025年11月1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]

高齢者福祉に関するアンケート 在宅生活改善調査ご協力のお願い

日頃から市の福祉行政にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

調布市では第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）の策定に向けた基礎資料として活用するため、「在宅生活改善調査」を実施いたします。本調査は「自宅等にお住まいの方で、現在のサービス利用では生活の維持が困難となっている方」の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するための重要な手段となります。

ご多忙の折、誠に恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

調布市

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、調布市内の以下の全ての事業所・センターを対象に送付しております。

○居宅介護支援事業所
○小規模多機能型居宅介護事業所
○看護小規模多機能型居宅介護事業所
○地域包括支援センター

- ・ご回答の内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

【事業所票】（A4 両面の調査票が、1枚のみ同封されています。）

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

【利用者票】（A3 片面の調査票が、複数枚同封されています。）

「利用者票」については、貴事業所に所属する全てのケアマネジャーの方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

管理者の方はケアマネジャーの方へ配付をお願いします。

次ページのフローにしたがって対象者を抽出してください。

3 調査票のご回答方法

下記のいずれかの方法で、ご回答ください。

＜紙調査票でのご回答＞

同封の返信用封筒に紙調査票を封入していただき、ポストに投函してください。（切手不要）

＜Web 調査フォームでのご回答＞

パソコン、タブレット、スマートフォン等で本調査専用サイトへアクセスしていただき、画面の指示に従って、ご回答を送信してください。

なお、利用者票については、利用者様1名分の情報入力となりますので、複数の利用者様に関する情報を入力される場合は、恐れ入りますが、対象となる利用者様の人数分、繰り返しフォームにアクセスし、ご入力をお願いいたします。

【事業者票】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/3ca99bc8/o>



【利用者票】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/cf69ecaf/o>



ポストへの投函、Web での回答送信は、**【令和7年12月26日(金)】まで**にお願い申し上げます。

4 「利用者票」の対象者の抽出方法

「利用者票」は、ケアマネジャーの視点からみた「（自宅等にお住まいの方で）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」を対象としています。

各ケアマネジャーの方は、ご担当の利用者のうち、調査への回答の対象となる利用者を以下のフローにしたがって抽出し、「利用者票」の各設問にご回答ください。

＜回答の対象となる要支援者・要介護者の抽出方法＞

本調査は、地域に不足する介護サービスを検討することを目的としています。

ステップ1

ご担当の利用者のうち、

- ① 自宅
- ② サービス付き高齢者向け住宅
- ③ 住宅型有料老人ホーム
- ④ 軽費老人ホーム

のいずれかにお住まいの要支援者・要介護者の人を選んでください

ステップ2

さらに、その中から、

「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」

を、ケアマネジャーとしての判断に基づいて選んでください。

例えば、

○ADLの低下に伴い、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・随時対応型訪問介護看護の利用がより適切と思われる利用者

○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われる利用者

などのケースが該当します。

ステップ3

選ばれた利用者全員について、調査票の各設問にご回答ください。

5 お問い合わせ先

調布市 福祉健康部 高齢者支援室

電話：042-481-7149

FAX：042-481-4288

E-mail：kourei@city.chofu.lg.jp

在宅生活改善調査【事業所票】

※2025年11月1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（2024年11月1日～2025年10月31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	申請中・不明		
 	 	 	 	 	 	 	 	 	

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。

高齢者福祉に関するアンケート 居所変更実態調査ご協力のお願い

日頃から市の福祉行政にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

調布市では第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）の策定に向けた基礎資料として活用するため、「居所変更実態調査」を実施いたします。本調査は、市内の施設・居住系サービス事業における、過去1年間の新規入居・退去の流れや、退去の理由などを把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討するための重要な手段となります。

ご多忙の折、誠に恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

調布市

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、調布市内の以下の全ての施設・居住系サービスおよび住まいを対象に送付しております。

- 住宅型有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅
- 認知症高齢者グループホーム
- 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）

- ・ご回答の内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

3 調査票のご回答方法

下記のいずれかの方法で、ご回答ください。

<紙調査票でのご回答>

同封の返信用封筒に紙調査票を封入していただき、ポストに投函してください。（切手不要）

<Web 調査フォームでのご回答>

パソコン、タブレット、スマートフォン等で本調査専用サイトへアクセスしていただき、画面の指示に従って、ご回答を送信してください。

調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/4c56a1bd/o>



ポストへの投函、Web での回答送信は、**【令和7年12月26日(金)】まで**にお願い申し上げます。

4 お問い合わせ先

調布市 福祉健康部 高齢者支援室

電話：042-481-7149

FAX：042-481-4288

E-mail：kourei@city.chofu.lg.jp

居所変更実態調査

※2025年11月1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（2024年11月1日～2025年10月31日）に、貴施設等へ新規で入所・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（2024年11月1日～2025年10月31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。

高齢者福祉に関するアンケート 介護人材実態調査ご協力をお願い

日頃から市の福祉行政にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

調布市では第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）の策定に向けた基礎資料として活用するため、「介護人材実態調査」を実施いたします。本調査は、市内の介護事業所等における介護職員の方々の雇用実態やサービス提供にかかる意向を把握し、今後の介護人材の確保及び定着に向けた支援策を検討するための重要な手段となります。

ご多忙の折、誠に恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

調布市

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、調布市内の以下の全ての介護事業所を対象に送付しております。

○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、ショートステイ、認知症高齢者グループホーム、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）

○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））

- ・ご回答の内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

（A4両面の調査票が1枚、A3片面の調査票が1枚同封されています。）

3 調査票のご回答方法

下記のいずれかの方法で、ご回答ください。

<紙調査票でのご回答>

同封の返信用封筒に紙調査票を2枚あわせて封入していただき、ポストに投函してください。
（切手不要）

<Web 調査フォームでのご回答>

パソコン、タブレット、スマートフォン等で本調査専用サイトへアクセスしていただき、画面の指示に従って、ご回答を送信してください。

なお、問5については、介護職員1名分の情報入力となりますので、複数の職員様に関する情報を入力される場合は、恐れ入りますが、対象となる職員の人数分、繰り返しフォームにアクセスし、ご入力をお願いいたします。

【問1～問4】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/3846f72a/o>



【問5】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/eb2c7aad/o>



ポストへの投函、Webでの回答送信は、**【令和7年12月26日(金)】まで**にお願い申し上げます。

4 お問い合わせ先

調布市 福祉健康部 高齢者支援室

電話：042-481-7149

FAX：042-481-4288

E-mail：kourei@city.chofu.lg.jp

介護人材実態調査 【事業所票】 施設・通所系

※2025年11月1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		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人
外国人職員数		人	派遣職員数		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 2025年11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（2024年11月1日～2025年10月31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		
非常勤職員		
合計		

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 <u>1週間</u> 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. <u>1年以上</u> ⇒ 【回答終了】 2. <u>1年未満</u> ⇒ 【(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					

高齢者福祉に関するアンケート 介護人材実態調査ご協力のお願い

日頃から市の福祉行政にご理解・ご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

調布市では第10期調布市高齢者総合計画（令和9年度～令和11年度）の策定に向けた基礎資料として活用するため、「介護人材実態調査」を実施いたします。本調査は、市内の介護事業所等における介護職員の方々の雇用実態やサービス提供にかかる意向を把握し、今後の介護人材の確保及び定着に向けた支援策を検討するための重要な手段となります。

ご多忙の折、誠に恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力を賜りますようお願いいたします。

令和7年12月

調布市

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、調布市内の以下の全ての訪問系サービス事業所を対象に送付しております。

○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））
○小規模多機能型居宅介護
○看護小規模多機能型居宅介護
○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ・ご回答の内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

【事業所票】（A4両面の調査票が、1枚のみ同封されています。）

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

【職員票】（A4両面の調査票が、複数枚同封されています。）

「職員票」については、貴事業所に所属する全ての介護職員の方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

管理者の方は介護職員の方へ配付をお願いします。

3 調査票のご回答方法

下記のいずれかの方法で、ご回答ください。

＜紙調査票でのご回答＞

同封の返信用封筒に紙調査票を封入していただき、ポストに投函してください。（切手不要）

＜Web 調査フォームでのご回答＞

パソコン、タブレット、スマートフォン等で本調査専用サイトへアクセスしていただき、画面の指示に従って、ご回答を送信してください。

【事業所票】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/b18ef987/o>



【職員票】調査専用サイト URL

<https://smilesurvey.co/s/69cb5233/o>



ポストへの投函、Webでの回答送信は、**【令和7年12月26日(金)】まで**にお願い申し上げます。

4 お問い合わせ先

調布市 福祉健康部 高齢者支援室

電話：042-481-7149

FAX：042-481-4288

E-mail：kourei@city.chofu.lg.jp

介護人材実態調査 【事業所票】 訪問系

※2025年11月1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. 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 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		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人
外国人職員数		人	派遣職員数		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)

1. はい ⇒ 問2-3へ
2. いいえ ⇒ 問3へ

問2-3 2025年11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（2024年11月1日～2025年10月31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		
非常勤職員		
合計		

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。

※2025年11月1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	 3. 30代 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