

各種アンケート調査の実施

令和 7 年 11 月

介護保険課

目 次

1 各種アンケートの実施目的等	1
2 各種アンケートの調査票（概要）	2
(1) 介護人材実態調査	2
(2) 居宅介護支援事業所等アンケート調査	3
(3) 介護保険施設等入所申込状況調査	4
(4) 有料老人ホーム等入所申込状況調査	4
(5) 在宅介護実態調査	5

調査票

・ 介護人材実態調査【A：事業所用】	7
・ 介護人材実態調査【B：個人用】	13
・ 居宅介護支援事業所等アンケート調査	16
・ 介護保険施設等入所申込状況調査	18
・ 有料老人ホーム等入所申込状況調査	21
・ 在宅介護実態調査	23

各種アンケート調査の実施について

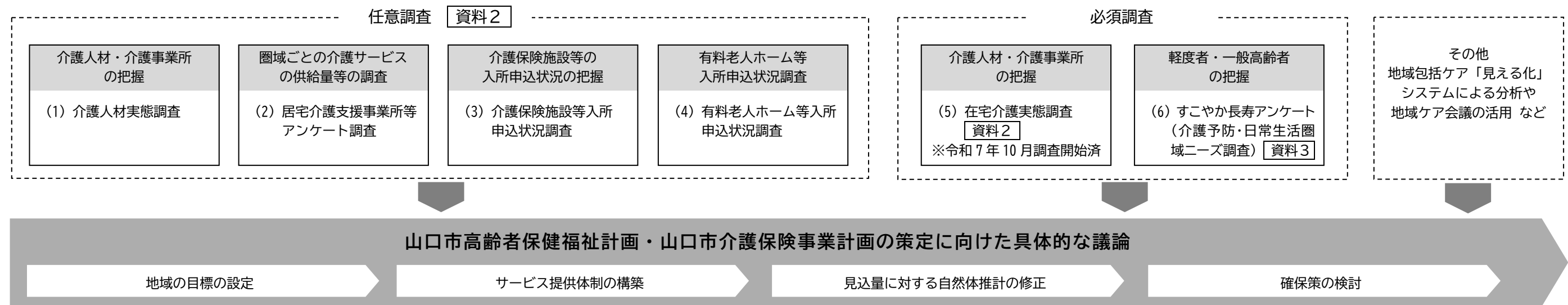
1 各種アンケートの実施目的等

第十一次山口市高齢者保健福祉計画・第十次山口市介護保険事業計画の策定にあたり、次の各種調査を実施します。

なお、「(5) 在宅介護実態調査」については、国の説明会後に速やかに調査を実施する必要があることから、10月から調査を開始しています。

調査名	(1) 介護人材実態調査 調査票は7ページ	(2) 居宅介護支援事業所等アンケート調査 調査票は16ページ	(3) 介護保険施設等入所申込状況調査 調査票は18ページ	(4) 有料老人ホーム等入所申込状況調査 調査票は21ページ	(5) 在宅介護実態調査 調査票は23ページ	(6) すこやか長寿アンケート (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査) 資料3
目的	・ 介護人材育成・確保支援事業の基礎資料とするため。	・ 介護サービス見込量設定の基礎資料とするため。	・ 介護保険施設等の入所申込状況を把握するとともに、介護サービス見込量設定の基礎資料とするため。	・ 介護サービス見込量設定の基礎資料とするため。	・ 介護離職を防止する観点から、働きながら介護に取り組む家族等や、今後の仕事と介護の両立に不安や悩みを持つ就業者の実情等の把握するため。	・ 高齢者の心身の状態や生活環境、社会参加の状況などの実態を把握し、地域ごとの課題やニーズを把握するため。
対象	・ A 介護職員を雇用している介護保険サービス事業所 ・ B 介護職員	・ 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	・ 特別養護老人ホーム ・ 地域密着型特別養護老人ホーム ・ 特定施設入居者生活介護 ・ 認知症対応型共同生活介護	・ 有料老人ホーム ・ サービス付き高齢者向け住宅	・ 在宅で生活している要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請をされた方(600人程度)	65歳以上の市民で、次の2つの区分から、無作為に抽出 ① 介護保険の認定を受けていない者 ② 要支援1または要支援2の認定者(介護予防・日常生活支援総合事業の対象者含む)
期間(予定)	令和8年2月～令和8年3月	令和8年2月～令和8年3月	令和8年4月～令和8年5月	令和8年6月～令和8年7月	令和7年10月～令和8年1月	令和8年2月～令和8年3月
回答方法	Web 回答方式を基本に実施(「(5) 在宅介護実態調査」は介護認定調査員による聞き取りで調査を実施)					
設問数	A 事業所用 : 8問 B 介護職員用 : 8問	5問	7問	6問	A票(本人) : 14問 B票(主な介護者) : 5問	69問

(計画と各種調査の関係)



2 各種アンケートの調査票（概要）

（１）介護人材実態調査

A：事業所用

	質問項目		
概要		事業所の概要	
人数、資格等	問1	介護職員の人数	
	問1－1	介護福祉士の資格保有状況	市独自
採用状況	問2	過去1年間の介護職員正規職員の採用状況(性別、年代、保有資格)	
	問3	過去1年間の介護職員正規職員の採用状況(年代別人数)	
離職状況	問4	介護職員の離職の状況(性別、年代、雇用契約形態、勤続年数、保有資格、離職理由)	
人材確保の取組状況	問5	事業所の介護人材確保・育成の取組状況	市独自
	問6	介護人材確保・育成の取組効果	市独自
介護ロボット・ICT	問7	介護ロボットや ICT の導入状況	市独自
	問7－1	介護ロボット・ICT を導入しない理由	市独自
	問7－2	導入した介護ロボット・ICT の種別	市独自
	問7－3	導入した介護ロボット・ICT の商品名	市独自
	問7－4	導入した介護ロボット・ICT の効果	市独自
外国人の雇用状況	問8	外国人職員の雇用状況	市独自
	問8－1	外国人職員の雇用状況(雇用時期、雇用人数、受入国名、雇用制度の種類)	市独自
	問8－2	外国人職員の雇用の効果・影響	市独自
	問8－3	外国人職員を雇用しない理由	市独自
	問8－4	外国人職員の雇用に効果のある取組	市独自

B：介護職員用

	質問項目		
概要		回答者の概要(性別、年代、サービス種別)	
雇用形態・資格等	問1	当該事業所における勤続年数	
	問2	雇用形態	
	問3	保有資格	
就労働機、仕事の継続性	問4	介護の仕事を始めたきっかけ	
	問5	介護の仕事をやめたいと思ったことの有無	市独自
	問5－1	問5の理由	市独自
	問6	今後も介護の仕事を続けていくために必要だと思うこと	市独自
	問7	介護人材不足の問題解決のために必要だと思うこと	市独自
介護ロボット・ICT	問8	介護ロボット・ICT の導入状況	市独自
	問8－1	導入されている介護ロボット・ICT の効果	市独自

(2) 居宅介護支援事業所等アンケート調査

	質問項目		
概要		事業所の概要(事業所名、担当者名、事業所が位置する日常生活圏域、通常の事業実施圏域)	
人数	問1	介護支援専門員の人数	市独自
	問1－1	主任介護支援専門員の人数	市独自
日常生活圏域ごとの介護サービスの充足度	問2	日常生活圏域ごとの介護サービスの供給量(在宅サービス、施設サービス、日常生活圏域ごとの充足度)	市独自
	問3	減少傾向にあるサービスの減少理由	市独自
利用者の居所	問4	過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者数(行き先別、要支援・要介護度別、移動理由)	
その他	問5	その他介護保険サービスに関する自由意見	市独自

(3) 介護保険施設等入所申込状況調査

	質問項目		
概要		事業所の概要(事業所名、担当者名、定員数)	
入所・入居者の人数	問1	入所・入居者の要支援・要介護度別人数	市独自
入所申込者の状況	問2	入所申込者の状況(被保険者番号、要介護度、申込日、現在の居所、自宅の場合の主な介護者、他施設への申込状況)	市独自
	問2-2	入所・入居調整の現状	新規・市独自
	問2-3	問2-2の理由	新規・市独自
入所申込者の予測	問3	定員を満たしていない場合の理由	市独自
	問4	計画期間中の入所申込者数の予測	市独自
	問5	問4の回答選択理由	市独自
過去1年間の動向	問6	過去1年間の入所・入居者(入所・入居前の居所)	
	問7	過去1年間の退去者(退去後の居所)	

(4) 有料老人ホーム等入所申込状況調査

	質問項目		
概要		事業所の概要(施設名、担当者名、定員数、待機者数、所在地圏域)	
入所・入居者の人数	問1	入所・入居者(男女別人数、年代別人数、要支援・要介護度別人数、入居期間別人数、入居申込の傾向)	
入所申込者の状況	問2	医療処置が必要な利用者の受け入れ状況	新規
	問3	入所申込者の現在の居場所	市独自
過去1年間の動向	問4	過去1年間の入所・入居者(入所・入居前の居所)	
	問5	過去1年間の退去者(退去後の居所)	
退去理由	問6	入所・入居者が退去する理由	新規

(5) 在宅介護実態調査

A票（本人）

	質問項目		
概要		聞き取りを行った相手	
世帯と住まいの状況	問1-①	世帯類型（単身、夫婦）	
	問1-②	住まいの状況	
介護の頻度と介護者の状況	問2	家族・親族からの介護の頻度	
	問3	主な介護者の続柄	
	問4	主な介護者の性別	
	問5	主な介護者の年齢	
	問6	主な介護者が行っている介護等	
	問7	過去1年間に介護を理由に仕事を辞め方がいるか	
介護保険サービス以外の利用状況	問8	介護保険サービス以外の支援・サービスの利用状況	
	問9	在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス	
施設の検討状況	問10	施設等への入所・入居の検討状況	
傷病の状況	問11	現在抱えている傷病	
訪問診療の利用状況	問12	訪問診療の利用状況	
介護保険サービスの利用状況	問13	介護保険サービスの利用状況	
	問14	介護保険サービスを利用していない理由	

B票（主な介護者）

	質問項目		
介護者の就労・生活状況	問1	主な介護者の勤務形態	
	問2	介護をするにあたっての働き方調整の状況	
	問3	仕事と介護を両立するために必要な勤め先からの支援	
	問4	今後も働きながら介護を続けられるか	
	問5	主な介護者が不安に感じる介護等	

調 査 票

介護人材実態調査【A:事業所用】

事業所名			
担当者名			
電話番号			
サービス種別			

サービス種別			
1	特別養護老人ホーム(地域密着型含む)	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	認知症対応型通所介護
3	介護医療院	10	訪問介護
4	短期入所生活介護	11	訪問入浴介護
5	認知症対応型共同生活介護	12	小規模多機能型居宅介護
6	特定施設	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護(地域密着型含む)	14	定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【令和7年4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尋ねします。】

問1 令和7年4月1日現在の貴事業所に所属する介護職員の人数をお答えください。

① 正規職員		人	<介護職員> 介護保険サービス事業所で直接介護を行う職員 <正規職員> 期限の定めのない雇用契約による職員 <非正規職員> 期限の定めのある有期雇用契約による職員
② 非正規職員		人	

問1-1 問1のうち介護福祉士の資格を有する介護職員の人数をお答えください。

① 正規職員数		人
② 非正規職員数		人

問2 過去1年間(令和6年4月1日～令和7年3月31日)の介護職員の正規職員の採用状況をお答えください。
該当がない場合は、下欄に「なし」とご記入ください。

--

※行が足りない場合は、行を複写してご記入ください。

正規 採用者	性別 (男1 女2)	年齢 (歳代)	保有資格 (右表の番号を入力)	
記入例	1	20	1	介護福祉士
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

保有資格	
1	介護福祉士
2	介護職員実務者研修修了
3	介護職員基礎研修修了又は旧ヘルパー1級
4	介護職員初任者研修修了又は旧ヘルパー2級
5	資格なし
6	不明

問3 過去1年間（令和6年4月1日～令和7年3月31日）の介護職員の**非正規職員採用者**の状況をお答えください。
該当がない場合は、下欄に「なし」とご記入ください。

非正規採用者	採用者数
10歳代	
20歳代	
30歳代	
40歳代	
50歳代	
60歳代	
70歳以上	
合計	人

次のシート(介護人材確保（離職者の状況）)の設問に御回答ください。

問4 過去1年間（令和3年4月1日～令和4年3月31日）の介護職員の**離職者**の状況をお答えください。
該当がない場合は、右欄に「なし」とご記入ください。

※ 行が足りない場合は、行を複写してご記入ください。

離職者	性別 (1:男 2:女)	年齢 (歳代)	雇用契約 (1:正規 2:非正規)	勤続 年数	保有資格 (右表の番号を入力)		離職理由 (右表の番号を入力)	
記入例	1	30	1	7	1	介護福祉士	5	収入が少ない
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

保有資格	
1	介護福祉士
2	介護職員実務者研修
3	介護職員基礎研修修了又は旧ヘルパー1級
4	介護職員初任者研修修了又は旧ヘルパー2級
5	資格なし
6	不明

離職理由	
1	職場の人間関係
2	結婚、出産、育児
3	仕事内容
4	転職
5	収入が少ない
6	家族の介護
7	心身の不調
8	雇用期間終了
9	経営上の人員整理
10	その他
11	不明

問4-1 【問4で離職理由を「10その他」と回答した事業所のみお答えください。
「10その他」その理由として多いものをお答えください。

次のシート（介護人材確保（取組状況））の設問にご回答ください。

【※全ての事業所が回答してください。】

問5 貴事業所の介護人材確保・育成の取組状況についてお尋ねします。下記の全ての項目について、下記の選択肢から1つ選んで、番号でお答えください。
〔実施している→① 実施を予定している→② 実施を検討している→③ 実施するつもりはない→④〕

項目	番号入力欄	回答表示
1：賃金水準の向上		
2：キャリアアップに応じた給与体系の整備		
3：手当や一時金の充実		
4：人事評価を処遇に反映		
5：職員の希望に応じた配置や勤務体制		
6：労働環境の改善（残業を少なくする、有給休暇を取りやすくする等）		
7：能力開発の奨励（職場内研修、外部研修の受講等）		
8：資格取得の奨励		
9：介護ロボットやICT等の導入		
10：定期的な健康診断の実施		
11：相談支援体制の充実		
12：職場内のコミュニケーションの円滑化（定期ミーティング、意見交換会、チームケア等）		
13：福利厚生（通勤、住宅、人間ドック費用助成等）		
14：その他（以下にご記入ください）		

【※全ての事業所が回答してください。】

問6 介護人材確保・育成の取組の効果についてお尋ねします。下記の全ての項目について、下記の選択肢から1つ選んで、番号でお答えください。
[大変効果がある→④ 効果がある→③ あまり効果がない→② 効果がない→① わからない→⑤]

項目	番号入力欄	回答表示
1：賃金水準の向上を中心とした処遇改善		
2：研修、資格取得等キャリア形成の促進		
3：介護ロボットやICTの導入等、生産性向上に向けた取組		
4：介護助手等新たな担い手育成、導入に向けた取組		
5：外国人材活用の取組		
6：移住者の参入促進		
7：インターンシップの促進		
8：就職フェアや面談会の開催		
9：専門家による求人事業所と求職者のマッチング		
10：福祉・介護分野のイメージアップ		
11：福利厚生充実（通勤、住宅、人間ドック費用助成等）		
12：小中学校や地域への働きかけ（介護職場体験等）		
13：福祉系高校や介護福祉士養成施設等への働きかけ		
14：魅力的な事業所のPR		
15：その他（以下にご記入ください）		

次のシート(介護人材確保（ICT等の導入状況）)の設問にご回答ください。

【※全ての事業所が回答してください。】

問7 介護ロボット（情報を感知、判断し、動作する要素技術を有する知能化した機械システム）やICT（タブレット端末等）等を導入していますか。次の選択肢から1つ選んで、番号でお答えください。

- 1：導入している 【問7-2、問7-3、問7-4へ】
- 2：導入を予定している
- 3：導入を検討中である
- 4：導入するつもりはない 【問7-1へ】
- 5：わからない

問7-1【問7で「導入するつもりはない」と回答した事業所のみお答えください。】

導入しない理由を次の選択肢から最も該当するものを1つ選んで、番号でお答えください。

- 1：価格が高い
- 2：導入効果がわからない
- 3：人で十分対応できる
- 4：機器の操作が難しい
- 5：導入に向けた検討や研修等の人的負担が大きい
- 6：その他（以下にご記入ください）

問7-2【問7で「導入している」と回答した事業所のみお答えください。】

導入した機器等はどのようなものですか。該当するものを全て選んで、番号でお答えください。（複数回答可）

導入した機器	導入した機器に○
1：見守り支援（カメラ、センサー等）	
2：移動支援（歩行支援機器等）	
3：移乗支援（パワーアシスト装着型機器等）	
4：入浴支援（出入り用リフト等）	
5：排泄支援（排泄補助ロボット）	
6：介護・業務記録（バイタルチェック等）	
7：利用者への利用料・負担金請求（会計等）	
8：勤怠管理	
9：インカム	
10：タブレット	
11：スマートフォン	
12：オンライン面会等	
13：その他（以下にご記入ください）	
（	

問7-3【問7で「導入している」と回答した事業所のみお答えください。】

可能であれば、導入した商品名を御記入ください。

問7-4【問7で「導入している」と回答した事業所のみお答えください。】

導入してどのような効果がありましたか。次の選択肢から、最も効果があったものを1つ選んで、番号でお答えください。

- 1：職員の負担軽減
- 2：利用者の負担軽減
- 3：業務の効率化（時間短縮等）
- 4：データに基づいたケアを実現
- 5：職員同士の円滑な情報共有
- 6：その他（以下にご記入ください）

次のシート(介護人材確保（外国人職員の状況）)の設問にご回答ください。

【※全ての事業所が回答してください。】

問8 外国人職員を雇用されていますか。次の選択肢から1つ選んで、番号でお答えください。

(※外国人職員とは、EPA（経済連携協定）、在留資格「介護」、技能実習等により雇用された職員のことをいいます。)

- 1：雇用している 【問8-1へ】
- 2：雇用を予定している 【問8-1へ】
- 3：雇用を検討中である 【問8-1へ】
- 4：雇用するつもりはない

問8-1 【問8で外国人職員を「雇用している」「雇用を予定している」「雇用を検討中である」と回答した事業所がお答えください。】

※ 回答時点の状況でお答えください。

① 雇用時期（予定・検討中も含む）

 年から

② 雇用人数（予定・検討中も含む）

 人

③ 受入国名

- 1：インドネシア
- 2：フィリピン
- 3：ベトナム
- 4：その他（以下にご記入ください）

④ 雇用制度の種類（予定・検討中も含む）

- 1：EPA（経済連携協定）
- 2：在留資格「介護」
- 3：技能実習
- 4：特定技能1号
- 5：留学生
- 6：検討中

【※全ての事業所が回答してください。】

問8-2外国人職員の雇用に効果のある取組についてお尋ねします。全ての項目について、次の選択肢から1つ選んで番号でお答えください。

〔大変効果がある→④ 効果がある→③ あまり効果がない→② 効果がない→① わからない→⑤〕

項目	番号入力欄	回答表示
1：日本語能力向上のための支援	<input type="text"/>	
2：介護技術向上のための支援	<input type="text"/>	
3：資格取得に向けた修学支援	<input type="text"/>	
4：住居支援	<input type="text"/>	
5：外国人介護職員を受け入れ準備に係る支援	<input type="text"/>	
6：生活支援のための情報提供や相談窓口	<input type="text"/>	
7：各種雇用制度に関するセミナー	<input type="text"/>	
8：支援や指導に関するセミナー	<input type="text"/>	
9：外国人介護職員の交流会	<input type="text"/>	
10：外国人介護職員を有する施設・事業所同士のネットワーク	<input type="text"/>	
11：山口市の魅力のPR・イメージアップに係る取組	<input type="text"/>	
12：その他（以下にご記入ください）	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		

介護人材実態調査【B:個人用】

この調査票は、介護職員（非正規職員を含む。ボランティアを除く。）が対象です。
調査にご協力いただける貴事業所の雇用期間が短い職員（正規職員、非正規職員各3名程度）を優先的に選んでください。

【令和7年4月1日現在の状況を回答してください。】

○ あなたの性別をお答えください。

- 1：男
2：女

○ あなたの年代をお答えください。

- 1：10代
2：20代
3：30代
4：40代
5：50代
6：60代
7：70代以上

<介護職員>
介護保険サービス事業所で直接介護を行う職員
<正規職員>
期限の定めのない雇用契約による職員
<非正規職員>
期限の定めのある有期雇用契約による職員

○ あなたが所属する事業所のサービス種別をお答えください。

サービス種別			
1	特別養護老人ホーム(地域密着型含む)	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	認知症対応型通所介護
3	介護医療院	10	訪問介護
4	短期入所生活介護	11	訪問入浴介護
5	認知症対応型共同生活介護	12	小規模多機能型居宅介護
6	特定施設	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護(地域密着型含む)	14	定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問1 あなたは現在の事業所で働き始めて何年目ですか。

- 1：1年目
2：2年目
3：3年目
4：4年目
5：5年目
6：6年目以上

問2 あなたの現在の雇用形態についてお答えください。

- 1：正規
2：非正規

問3 あなたが保有する資格をお答えください。（複数選択可）

- 1：介護福祉士
2：介護職員実務者研修修了者
3：介護職員基礎研修修了者または旧ヘルパー1級
4：介護職員初任者研修修了者または旧ヘルパー2級
5：1～4のいずれにも該当しない

問4 あなたが介護の仕事を始めようと思ったきっかけ(志望動機)をお答えください。(上位3つまで)

- 1:働きがいのある仕事だと思うから
- 2:お年寄りが好きだから
- 3:資格・技能が生かせるから
- 4:身近な人の介護の経験から
- 5:介護の知識や技能が身につくから
- 6:今後もニーズが高まる仕事だから
- 7:家族や先生に勧められたから
- 8:(学校等の)職場体験で興味を持ったから
- 9:その他(以下にご記入ください)

--	--	--

--

問5 あなたは今までに、介護の仕事をやめたいと思ったことがありますか。

- 1:ある 【問5-1へ】
- 2:ない 【問6へ】

--

【問5で「ある」と回答した方のみお答えください。】

問5-1 あなたが介護の仕事をやめたいと思った理由をお答えください。(上位3つまで)

- 1:職場の人間関係
- 2:結婚・妊娠・出産・育児
- 3:法人や施設・事業所の理念や運営の在り方
- 4:他に良い仕事・職場があった
- 5:仕事内容に見合わない給与
- 6:スキルアップが困難
- 7:人手不足による負担増
- 8:家族の介護
- 9:不規則な勤務
- 10:心身の不調
- 11:その他(以下にご記入ください)

--	--	--

--

問6 あなたが、今後も介護の仕事を続けていくために必要だと思うことをお答えください。(上位3つまで)

- 1:賃金水準の向上
- 2:キャリアアップに応じた給与体系の整備
- 3:手当や一時金の充実
- 4:人事評価を処遇に反映
- 5:職員の希望に応じた配置や勤務体制
- 6:労働環境の改善(残業を少なくする、有給休暇を取りやすくする等)
- 7:能力開発の奨励(職場内研修、外部研修の受講等)
- 8:資格取得の奨励
- 9:介護ロボットやICT等の導入
- 10:定期的な健康診断の実施
- 11:相談体制の充実
- 12:職場内のコミュニケーションの円滑化(定期ミーティング、意見交換会、チームケア等)
- 13:福利厚生の充実
- 14:その他(以下にご記入ください)

--	--	--

--

問7 あなたが、山口市の介護人材不足の問題を解決するために必要だと思うことをお答えください。(上位3つまで)

- 1:賃金水準の向上を中心とした処遇改善
- 2:研修、資格取得等キャリア形成の促進
- 3:介護ロボットやICTの導入等、生産性向上に向けた取組
- 4:介護助手等新たな担い手育成、導入に向けた取組
- 5:外国人材活用の取組
- 6:移住者の参入促進
- 7:インターンシップの促進
- 8:就職フェアや面談会の開催
- 9:専門家による求人事業所と求職者のマッチング
- 10:福祉・介護分野のイメージアップ
- 11:福利厚生の充実(通勤、住宅、人間ドック費用助成等)
- 12:小中学校や地域への働きかけ(介護職場体験等)
- 13:魅力的な事業所のPR
- 14:その他(以下にご記入ください)

--	--	--

--

問8 あなたの事業所では介護ロボット（情報を感知、判断し、動作する要素技術を有する知能化した機械システム）や I C T（タブレット端末等）等を導入していますか。

- 1：導入している 【問8-1へ】
2：導入していない 【問9へ】

【問8で「導入している」と回答した方のみお答えください。】

問8-1 導入されているものは、どのようなものですか。該当する項目を全てお答えください。

項目	導入している機器に○
1：見守り支援（カメラ、センサー等）	
2：移動支援（歩行支援機器等）	
3：移乗支援（パワーアシスト装着型機器等）	
4：入浴支援（出入り用リフト等）	
5：排泄支援（排泄補助ロボット）	
6：介護・業務記録（バイタルチェック等）	
7：利用者への利用料・負担金請求（会計等）	
8：勤怠管理	
9：インカム	
10：タブレット	
11：スマートフォン	
12：オンライン面会等	
13：その他（以下にご記入ください）	
()	

【問8で「導入している」と回答した方のみお答えください。】

問8-2 導入により、業務の負担は減りましたか。

- 1：大いに減った
2：少し減った
3：あまり変わらない
4：その他

居宅介護支援事業所等アンケート調査 調査票

事業所名	
担当者名	
電話番号	

事業所が位置する日常生活圏域					
通常の事業実施圏域					

下記から該当する数字を1つ入力

下記から該当する数字をすべて入力

【 日常生活圏域・事業実施圏域 】

1：中央部、 2：北東部、 3：鴻南、 4：南部(川東)、 5：南部(川西)、 6：徳地、 7：阿東、 8：市内全域

令和7年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 貴事業所に所属する介護職専門員の人数をお答えください。 人

問1-1 問1のうち主任介護支援専門員の資格を有する職員の人数をお答えください。 人

回答入力シート(居宅介護支援事業所等)

問2 日常生活圏域ごとの介護保険サービスの供給量についてお尋ねします。

① 貴事業所の通常の事業実施圏域において、不足していると思うサービス欄に不足度に応じて以下の4段階でお答えください。

② ①に関わらず、サービス種別ごとに、特に不足している圏域を右欄に1～7のうち3つまでお答えください。

[1：不足していない、 2：やや不足、 3：不足、 4：大いに不足]

※ 判断ができないサービスや地域は空欄で結構です。

《在宅サービス・その他》

圏域		※記入例	①通常の事業実施圏域							②特に不足している圏域 (1～7のうち3つまで)		
			1:中央部	2:北東部	3:鴻南	4:南部 (川東)	5:南部 (川西)	6:徳地	7:阿東	圏域	圏域	圏域
不足度		不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度			
1	訪問介護	4										
2	訪問入浴介護	2										
3	訪問看護	3										
4	訪問リハビリテーション											
5	通所介護	1										
6	通所リハビリテーション	3										
7	短期入所生活介護											
8	短期入所療養介護	1										
9	居宅療養管理指導											
10	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2										
11	夜間対応型訪問介護											
12	地域密着型通所介護	3										
13	認知症対応型通所介護											
14	小規模多機能型居宅介護	4										
15	看護小規模多機能型居宅介護	3										

《施設・居住系サービス》

圏域		※記入例	①通常の事業実施圏域							②特に不足している圏域 (1～7のうち3つまで)		
			1:中央部	2:北東部	3:鴻南	4:南部 (川東)	5:南部 (川西)	6:徳地	7:阿東			
不足度		不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	不足度	圏域	圏域	圏域
1	特定施設入居者生活介護	1										
2	地域密着型特定施設入居者生活介護	2										
3	認知症対応型共同生活介護	3										
4	地域密着型特別養護老人ホーム											
5	特別養護老人ホーム	4										
6	介護老人保健施設											
7	療養型・介護医療院											

問3 下記サービスが近年減少傾向 (R4→R6)です。その理由として考えられるもの全てに「1」とご記入いただき、その他のご意見があれば自由にご記入く

	需要が 減少している	代替サービス がある	利用者の 経済的負担が 大きい	サービス提供 事業所の都合 (定員削減、事 業再編等)で利 用できない	事業所が 圏域にない	その他 (左記の理由などを教えてください)
※記入例		1	1			〇〇でも、△△に近いサービスが提供可 能であるため。
通所リハビリテーション						
認知症対応型通所介護						

問4 その他本市の介護保険サービスに関する状況についてのご意見がございましたらご記入ください。

※ 次の設問は該当者がいる場合のみご回答ください。

問5 貴事業所において、過去1年間(令和6年4月1日から令和7年3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、居場所を移動した利用者の状況をお答えください。

① 要介護度別の人数をお答えください。複数回変更した場合は、最新の居場所でご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った方は、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、該当する移動先にご記入ください

② 移動先ごとの移動理由を下記の選択肢から3つまで選んで番号でお答えください。

[1:生活支援の負担増 2:身体介護の負担増 3:認知症状の悪化 4:医療的ケア、医療処置の必要性の高まり 5:介護者の負担増、介護者がいない 6:その他]

要介護度		① 居場所を移動した利用者の要介護度別人数									② 移動理由		
移動先		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	不明・申請中	合計			
1) 兄弟・子ども・親戚等の家										人			
2) 住宅型有料老人ホーム										人			
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)										人			
4) サ高住(特定施設除く)										人			
5) グループホーム										人			
6) 特定施設										人			
7) 介護老人保健施設										人			
8) 介護医療院										人			
9) 特別養護老人ホーム										人			
10) 地域密着型特別養護老人ホーム										人			
11) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く										人			
12) その他										人			
13) 行先を把握していない										人			
14) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡含む										人			
合計		人	人	人	人	人	人	人	人	人			

介護保険施設等入所申込状況調査

施設名	
担当者名	
電話番号	
定員数	人（令和7年4月1日時点）

問1 令和7年4月1日現在の入所・入居者の要支援・要介護度について、ご記入ください。（人数を記入）

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
									人

問2-1 入所申込者の状況（令和7年4月1日時点）

No.	被保険者番号 ※1	要介護度 ※2	申込日	入所・入居申込者の現在の状況 ※いずれか一つに「1」を入力											「自宅」の場合の主な介護者 ※いずれか一つに「1」を入力					他施設への申込状況 ※いずれか一つに「1」を入力		
				自宅	病院	介護医療院	介護老人保健施設	介護老人ホーム	軽費老人ホーム	グループホーム	認知症高齢者有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	その他の施設	不明	介護者なし	同居の介護者	高齢介護者の同居	別居の介護者	不明	申込している	申込している	不明
例	123456789	介3	H31.4.1	1												1					1	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						

※1 山口市の被保険者のみを記入してください。欄が足りない場合は行の追加・コピー・別シート追加などで記入してください。
※2 「要介護度」は要介護1～5は「介○」、要支援1・2は「支○」、不明の場合は「不明」をドロップダウンリストから選択してください。

問2-2 空床が発生した時に、入所申込者に連絡しても、すぐに次の入所・入居が進まないことがありますか。

- 1：よくある
2：ときどきある
3：ほとんどない
4：まったくない

問2-3 【問2-2で、すぐに次の入所・入居が進まないことが「1：よくある」「2：ときどきある」と回答した事業所のみお答えください。】
それはどのような理由によるものですか。入所申込者の現状について教えてください。

※ 「（例）複数施設への申し込みやお守りの申し込みが多く、入所申込者全員に連絡しても入所が決まらないことがある」など
入所申込者の貴施設の現状を教えてください

問3 【過去1年間で一時的な入院等の空床ではなく、利用率が低下した事業所の方のみお答えください。】
利用率が低下した理由をどのようにお考えですか。下記（1～5）から選択しお答えください。（複数選択可）

- 1：申込者からまだ在宅を続けたいと断られたため。
2：申込者の医療ニーズが高く対応できなかったため。
3：介護人材の不足
4：申込者の状況に応える設備ではなかったため。（性別によるもの、個室・多床室の希望の不一致によるもの等）
5：その他(以下にご記入ください)

問4 次期計画期間中（令和9～11年）貴施設の入所申込者数についてどのようにお考えですか。下記（1～4）から選択しお答えください。

- 1：増えていく
2：同程度で推移する
3：減少する
4：わからない

☐

問5 問4で（1～3）と回答した理由を選択し、お答えください。（複数選択可）

- 1：重度要介護者の増加
2：家族等の介護がない高齢者の増加
3：入所要件の変更（要介護3以上）
4：サ高住や有料老人ホームの増加
5：サ高住や有料老人ホームへの重度要介護の入居者増加
6：居宅サービスの充実
7：その他(以下にご記入ください)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

回答が終わりましたら、次の回答入力シート（入退去状況）につきましても御協力をお願いいたします。

問6 過去1年間（令和6年4月1日～令和7年3月31日）の新規入所・入居者についてお伺いします。
貴施設等に新規で入所・入居した人の、入所・入居前の居場所ごとに人数をご記入ください。

- ※ 一時的に入院等をし、その後貴施設に戻った方は含めないでください。
※ 一旦入院し、退院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。
入院前の居場所が分からない場合は「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。

入所・入居前の居場所	人数(人)
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) 認知症対応型共同生活介護	
6) 特定施設	
7) 介護老人保健施設	
8) 介護医療院	
9) 特別養護老人ホーム	
10) 地域密着型特別養護老人ホーム	
11) 病院・診療所(一時的な入院を除く)	
12) その他	
13) 把握していない	
合計	人

問7 過去1年間(令和6年4月1日～令和7年3月31日)の退去者についてお伺いします。

貴施設等を退去した人の、退去後の居場所ごとに人数をご記入ください

※ 一時的に入院等をした後に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。

※ 一時的に入院をし、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、該当する退去後の居場所にご記入ください

退去後の居場所	人数(人)
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) 認知症対応型共同生活介護	
6) 特定施設	
7) 介護老人保健施設	
8) 介護医療院	
9) 「8」を除く病院・診療所(一時的な入院除く)	
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) その他	
13) 死亡(搬送先での死亡を含む)	
14) 把握していない	
合計	人

有料老人ホーム等入所申込状況調査 調査票

施設名		
担当者名		
電話番号		
定員数		人（令和8年4月1日時点）
待機者数		人（令和8年4月1日時点）
所在地圏域名	右記の中からお答えください	

所在地圏域			
1	中央部	5	南部（川西）
2	北東部	6	徳地
3	鴻南	7	阿東
4	南部（川東）		

問1 令和8年4月1日現在の入所・入居者について、ご記入ください（人数を記入）

① 性別

男性	
女性	
合計	人

② 年代別

65歳未満	
65歳以上75歳未満	
75歳以上85歳未満	
85歳以上	
合計	人

③ 要介護度別

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
									人

回答入力シート（待機者状況）

④ 入居期間別

6か月未満	
6か月以上1年未満	
1年以上5年未満	
10年以上15年未満	
15年以上	
合計	人

⑤ 今後3年間（令和9～11年）で貴施設の入所・入居申込者数は、どのような推移すると思われますか。下記から選択してお答えください。

- 1：増えていく
2：同程度で推移する
3：減少する
4：わからない

問2 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。

項目	あてはまる項目 全てに○
1) 点滴の管理	
2) 中心静脈栄養	
3) 透析	
4) ストーマの処置	
5) 酸素療法	
6) レスビレーター	
7) 気管切開の処置	
8) 喀痰の看護	
9) 経管栄養	
10) モニター測定	
11) 褥瘡の処置	
12) カテーテル	
13) 喀痰吸引	
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3 入所申込者（待機者数）の現在の居場所について、最も多いものを3つまで選択してください。
（令和8年4月1日時点）

入所・入居申込者（待機者）の現在の居場所	3つまで○
1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	
2) 有料老人ホーム（特定施設を除く）	
3) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	
4) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	
5) 特別養護老人ホーム	
6) 介護老人保健施設	
7) 介護医療院	
8) 特定施設	
9) 認知症高齢者グループホーム	
10) 地域密着型特別養護老人ホーム	
11) 病院・診療所（一時的な入院を除く）	
12) その他の施設（養護老人ホーム等）	
13) 把握していない	

問4 過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月31日）の新規入所・入居者についてお伺いします。
貴施設等に新規で入所・入居した人の、入所・入居前の居場所について、最も多いものを3つまで選択してください。

過去1年の新規入所・入居者の以前の居場所	3つまで○
1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	
2) 有料老人ホーム（特定施設を除く）	
3) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	
4) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	
5) 特別養護老人ホーム	
6) 介護老人保健施設	
7) 介護医療院	
8) 特定施設	
9) 認知症高齢者グループホーム	
10) 地域密着型特別養護老人ホーム	
11) 病院・診療所（一時的な入院を除く）	
12) その他の施設（養護老人ホーム等）	
13) 把握していない	

問5 過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月31日）の退去者についてお伺いします。
貴施設等を退去した人の、退去先別の居場所について、最も多いものを3つまで選択してください。

過去1年の退去者の退去先の居場所	3つまで○
1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	
2) 有料老人ホーム（特定施設を除く）	
3) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	
4) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	
5) 特別養護老人ホーム	
6) 介護老人保健施設	
7) 介護医療院	
8) 特定施設	
9) 認知症高齢者グループホーム	
10) 地域密着型特別養護老人ホーム	
11) 病院・診療所（一時的な入院を除く）	
12) その他の施設（養護老人ホーム等）	
13) 死亡（搬送先での死亡を含む）	
14) 把握していない	

問6 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。

過去1年の退去者の退去先の居場所	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) 死亡	
11) その他	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

在宅介護実態調査 調査票

被保険者番号〔 〕

【A票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか】（複数選択可）

1. 調査対象者本人
2. 主な介護者となっている家族・親族
3. 主な介護者以外の家族・親族
4. 調査対象者のケアマネジャー
5. その他

A票

認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

問1-① 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

問1-② 住まいについて

1. サービス付き高齢者向け住宅
2. 住宅型有料老人ホーム
3. ケアハウス
4. 上記1、2、3以外の居宅

問2 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 }
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
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

問8（裏面）へ

問3～問13へ + B

問3 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4 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5 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 6 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 |
|---------|-----------|

問 7 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。

➡ ● ここから再び、全員に調査してください。

問 8 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 9 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 10 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 11 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 12 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 |
|-----------|------------|

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問 13 現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（1つを選択）

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

● 問 13 で「2. 利用していない」を回答した場合は、
問 14 も調査してください。



問 14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない | 2. 本人にサービス利用の希望がない |
| 3. 家族が介護をするため必要ない | 4. 以前、利用していたサービスに不満があった |
| 5. 利用料を支払うのが難しい | 6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| 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分からない | 9. その他 |

● 問 2 で「2. 」～「5. 」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、
「主な介護者」の方に B 票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

● 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人（調査対象者の方）に、ご回答・ご
記入をお願いしてください（ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無
回答で結構です）。

被保険者番号〔 〕

B票

主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願い致します。

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください(1つを選択)

- | | |
|--|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | 問2～問5へ |
| <ul style="list-style-type: none"> 3. 働いていない 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | 問5(裏面) |

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

問2 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか(複数選択可)

- 1. 特に行っていない
- 2. 介護のために、「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、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3 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか(3つまで選択可)

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない | 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実 |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり | 4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など) |
| 5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワークなど) | 6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供 |
| 7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置 | 8. 介護をしている従業員への経済的な支援 |
| 9. その他 | 10. 特にない |
| 11. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問4 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか(1つを選択)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 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. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

⇒ 皆様、裏面へお進みください

● ここから再び、全員に調査してください。

➡ 問5 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、
ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません） （3つ まで選択可）

〔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. 不安に感じていることは、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。