

令和7年度第2回龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会

日 時：令和7年11月7日(金)

13時30分から

場 所：龍ヶ崎市役所 保健福祉棟3階
コミュニティホールA

会 議 次 第

1 開 会

2 議 事

- (1) 龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画について（諮問）
- (2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案）について
- (3) 在宅介護実態調査（案）について
- (4) 龍ヶ崎市高齢者等介護用品購入費助成事業について
- (5) その他

3 閉 会

【 会 議 資 料 】

(1) 龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第10期介護保険 事業計画について（諮問）

令和7年11月7日（金）

龍ヶ崎市 健康スポーツ部 介護保険課

龍 介 第 7 5 2 号

令和7年10月15日

龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会会長 様

龍ヶ崎市長 萩 原 勇

龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画について(諮問)

みだしのことについて、龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会条例(平成26年3月28日龍ヶ崎市条例第12号)第2条第1項第1号の規定により、龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画の策定について、貴協議会の意見を求めます。

龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画策定スケジュール(案)

年 月	運協	調査・策定業務
令和7年11月	◎	令和7年度第2回運営協議会
令和7年12月		在宅介護実態調査準備 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
令和8年1月		調査票原稿校了・対象者データ引渡 市内居宅介護支援事業所へ協力依頼・随時回収
令和8年2月		調査票納品・発送・回収期間 礼状兼督促状発送
令和8年3月		集 計 ・ 分 析 期 間
令和8年4月		報告書作成
令和8年5月		報告書納品
令和8年6月		現状分析及び各種調査結果等からの課題の整理
令和8年7月	◎	人口・被保険者数・認定者数等の推計 令和8年度第1回運営協議会
令和8年8月	◎	介護保険サービス見込量、地域支援事業量等の推計 令和8年度第2回運営協議会
令和8年9月		介護保険料の算出 計画素案作成・修正
令和8年10月	◎	令和8年度第3回運営協議会
令和8年11月	◎	令和8年度第4回運営協議会
令和8年12月		パブリックコメントの実施
令和9年1月	◎	計画書の作成 令和8年度第5回運営協議会
令和9年2月	◎	計画書の校了 令和8年度第6回運営協議会
令和9年3月		計画を議会に報告、介護保険条例改正 計画書の印刷

【 会 議 資 料 】

（２）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案）について

令和 7 年 11 月 7 日（金）

龍ヶ崎市 健康スポーツ部 介護保険課

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票

質問の該当する答えにレ点(☑)をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

調査票を記入されたのはどなたですか。(1つのみ)

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

問1 あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えてください(1つのみ)

- ☐ 1人暮らし
- ☐ 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
- ☐ 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
- ☐ 息子・娘との2世帯
- ☐ その他

Q2. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか(1つのみ)

- ☐ 介護・介助は必要ない
- ☐ 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- ☐ 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)

【Q2で「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

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）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 脳卒中（ <small>のうそっちゅう</small> 脳出血・ <small>のうしゅつけつ</small> 脳梗塞等） | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> がん（悪性新生物） | <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気（ <small>はいきしゅ</small> 肺気腫・肺炎等） |
| <input type="checkbox"/> 関節の病気（リウマチ等） | <input type="checkbox"/> 認知症（ <small>にんちしょう</small> アルツハイマー病等） |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ <small>とうようびょう</small> ） |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患（ <small>じんしつかん</small> 透析） | <input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障がい（ <small>しかく ちょうかくしょうがい</small> ） |
| <input type="checkbox"/> 骨折・転倒（ <small>こっせつ てんとう</small> ） | <input type="checkbox"/> 脊椎損傷（ <small>せきついそんしょう</small> ） |
| <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱（ <small>すいじゃく</small> ） | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 不明 | |

【Q2で「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

②. 主にどなたの介護・介助を受けていますか（いくつでも）

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者（夫・妻） | <input type="checkbox"/> 息子 | <input type="checkbox"/> 娘 |
| <input type="checkbox"/> 子の配偶者 | <input type="checkbox"/> 孫 | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスのヘルパー | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

Q3. 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか（1つのみ）

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大変苦しい | <input type="checkbox"/> やや苦しい | <input type="checkbox"/> ふつう |
| <input type="checkbox"/> ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある | |

Q4. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか（1つのみ）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 持家（一戸建て） | <input type="checkbox"/> 持家（集合住宅） |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅（ <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> ） | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（一戸建て）（ <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> ） |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅（集合住宅）（ <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> ） | <input type="checkbox"/> 借家 |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

問 2 からだを動かすことについて

Q 1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（1つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

Q 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つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

Q 3. 15分位続けて歩いていますか（1つのみ）

☐ できるし、している ☐ できるけどしていない ☐ できない

Q 4. 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つのみ）

☐ 何度もある ☐ 1度ある ☐ ない

Q 5. 転倒に対する不安は大きいですか（1つのみ）

☐ とても不安である ☐ やや不安である ☐ あまり不安でない ☐ 不安でない

Q 6. 週に1回以上は外出していますか（1つのみ）

☐ ほとんど外出しない ☐ 週1回 ☐ 週2～4回 ☐ 週5回以上

Q 7. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（1つのみ）

☐ とても減っている ☐ 減っている ☐ あまり減っていない ☐ 減っていない

Q 8. 外出を控えていますか（1つのみ）

☐ はい ☐ いいえ

【Q 8で「はい」（外出を控えている）の方のみ】

①. 外出を控えている理由は、次のどれですか（いくつでも）

☐ 病気 ☐ 障^{しょう}がい（脳卒^{のうそつちゅう}中の後遺^{こういしょう}症など）

☐ 足腰などの痛み ☐ トイレの心配（失禁など）

☐ 耳の障^{しょう}がい（聞こえの問題など） ☐ 目の障^{しょう}がい

☐ 外での楽しみがない ☐ 経済的に出られない

☐ 交通手段がない ☐ その他（ ）



Q 9. 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも）

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩 | <input type="checkbox"/> 自転車 | <input type="checkbox"/> バイク |
| <input type="checkbox"/> 自動車（自分で運転） | <input type="checkbox"/> 自動車（人に乗せてもらう） | <input type="checkbox"/> 電車 |
| <input type="checkbox"/> 路線バス | <input type="checkbox"/> 病院や施設のバス | <input type="checkbox"/> 車いす |
| <input type="checkbox"/> 電動車いす（カート） | <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー | <input type="checkbox"/> タクシー |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

問 3 食べることについて

Q 1. 身長・体重

身長	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				cm	体重	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				kg

Q 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つのみ）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q 3. お茶や汁物等でむせることがありますか（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q 4. 口の渇きが気になりますか（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q 5. 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つのみ）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

Q 6. 噛み合わせは良いですか（1つのみ）

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

**Q 7. 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つのみ）**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし |
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし |



【Q 7で「自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】		
①. 毎日入れ歯の手入れをしていますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q 8. 6 か月間で 2 ～ 3 kg以上の体重減少がありましたか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q 9. どなたかと食事をとる機会がありますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> 毎日ある	<input type="checkbox"/> 週に何度かある	<input type="checkbox"/> 月に何度かある
<input type="checkbox"/> 年に何度かある	<input type="checkbox"/> ほとんどない	

問 4	毎日の生活について	
Q 1. 物忘れが多いと感じますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q 2. 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つのみ）		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q 3. 今日が何月何日かわからないときがありますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
Q 4. バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
Q 5. 自分で食品・日用品の買い物をしていますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
Q 6. 自分で食事の用意をしていますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
Q 7. 自分で請求書の支払いをしていますか（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない

問5 地域での活動について

Q1. 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から⑧それぞれに回答してください（それぞれに1つのみ）

	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② スポーツ関係のグループや クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 介護予防のための通いの場 ・いきいきヘルス体操 （シルバーリハビリ体操） ・元気アップ体操 ・思い出を語ろうかい（回想法講座） ・元気サロン松葉館 ・高齢者地域ふれあいサロン 等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. 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つのみ）

- ☐ 是非参加したい
 ☐ 参加してもよい
☐ 参加したくない
 ☐ 既に参加している

Q3. 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つのみ）

- ☐ 是非参加したい
 ☐ 参加してもよい
☐ 参加したくない
 ☐ 既に参加している

問 6

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

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 4. 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 5. 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お教えてください（いくつでも）

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師 |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・役所 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 6. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（1つのみ）

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日ある | <input type="checkbox"/> 週に何度かある | <input type="checkbox"/> 月に何度かある |
| <input type="checkbox"/> 年に何度かある | <input type="checkbox"/> ほとんどない | |

Q 7. 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（1つのみ）		
<input type="checkbox"/> 0人（いない）	<input type="checkbox"/> 1～2人	<input type="checkbox"/> 3～5人
<input type="checkbox"/> 6～9人	<input type="checkbox"/> 10人以上	
Q 8. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか（いくつでも）		
<input type="checkbox"/> 近所・同じ地域の人	<input type="checkbox"/> 幼なじみ	
<input type="checkbox"/> 学生時代の友人	<input type="checkbox"/> 仕事での同僚・元同僚	
<input type="checkbox"/> 趣味や関心が同じ友人	<input type="checkbox"/> ボランティア等の活動での友人	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> いない	

<div>問 7</div> <div>健康について</div>										
Q 1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つのみ）										
<input type="checkbox"/> とてもよい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない										
Q 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）										
<div>とても不幸</div> <div>とても幸せ</div>										
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 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つのみ）										
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
Q 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つのみ）										
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
Q 5. お酒は飲みますか（1つのみ）										
<input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> もともと飲まない										

Q 6. タバコは吸っていますか（1つのみ）

- ☐ ほぼ毎日吸っている ☐ 時々吸っている ☐ 吸っていたがやめた
- ☐ もともと吸っていない

Q7. 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）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中（ <small>のうそつちゅう</small> 脳出血・ <small>のうしゅつけつ</small> 脳梗塞等） | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病（ <small>とうりょうびょう</small> ） | <input type="checkbox"/> 高脂血症（ <small>こうしけつしやう</small> 脂質異常） |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） | <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気（ <small>じんぞう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺） | <input type="checkbox"/> 筋骨格の病気（ <small>きんこつかく</small> 骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 関節症等） |
| <input type="checkbox"/> 外傷（ <small>がいしやう</small> 転倒・ <small>てんとう</small> 骨折等） | <input type="checkbox"/> がん（悪性新生物） |
| <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気（ <small>めんえき</small> 免疫） | <input type="checkbox"/> うつ病 |
| <input type="checkbox"/> 認知症（ <small>にんちしやう</small> アルツハイマー病等） | <input type="checkbox"/> パーキンソン病 |
| <input type="checkbox"/> 目の病気 | <input type="checkbox"/> 耳の病気 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

問 8 認知症にかかる相談窓口の把握について

Q 1. 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか（1つのみ）

- ☐ はい ☐ いいえ

Q 2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つのみ）

- ☐ はい ☐ いいえ

問 9**その他について****Q 1. あなたは現在、不安に思っていることがありますか（いくつでも）**

- ☐ 健康や病気に関すること
- ☐ 耳の障がい（聞こえの問題など）に関すること
- ☐ 目の障がいに関すること
- ☐ もの忘れに関すること
- ☐ 介護に関すること
- ☐ 人（近所、親戚、友人、仲間等）との付き合いに関すること
- ☐ 生きがいや将来に関すること
- ☐ 子どもや孫などの将来に関すること
- ☐ 親や兄弟姉妹などの世話に関すること
- ☐ 仕事に関すること
- ☐ 住まいや生活環境に関すること
- ☐ 災害や防犯に関すること
- ☐ その他（具体的に： _____）
- ☐ 特になし

Q 2. 地域包括支援センターを知っていますか（1つのみ）

- ☐ どのような活動をしているか知っている
- ☐ 聞いたことはあるが、どのような活動をしているかは知らない
- ☐ まったく知らない

Q 3. 地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口ですが、相談したいこと（現在相談中のものも含む）、または相談するとすればどのようなことが考えられますか（いくつでも）

- ☐ 介護に関すること
- ☐ 生活に関すること
- ☐ 家族に関すること
- ☐ 介護予防に関すること
- ☐ 健康・福祉に関すること
- ☐ 医療に関すること
- ☐ 認知症に関すること
- ☐ 成年後見制度（認知症等で判断能力が不十分な方を法律的に支援する制度）に関する
こと
- ☐ 消費者被害や虐待に関すること
- ☐ その他（具体的に： _____ ）
- ☐ 特になし

Q 4. 介護保険サービス以外で、今後利用したい（現在利用中のものも含む）、または今後のからだのことを見据え、サービスの充実を図っていくべきと考えるものは、次のうちどれですか（いくつでも）

- ☐ 緊急時にボタンひとつで消防本部へ通報できる機器を貸出しするサービス
- ☐ 救急時に備え、必要な医療情報を自宅に保管しておくキットを配付するサービス
- ☐ 食生活の改善や安否確認のため、定期的に夕食を自宅まで配達するサービス
- ☐ NPO法人等の移送サービスを利用し、通院や買い物等に出かけた際の費用の一部を助成するサービス
- ☐ 理容師が自宅を訪問し、整髪及び顔そり等の出張理容を行うサービス
- ☐ ごみ出しが困難な方の自宅を訪問し、安否確認を兼ねたごみ収集を行うサービス
- ☐ 紙おむつなど介護用品の購入費用の一部を助成するサービス
- ☐ 情報の事前登録を行い、警察署との情報共有により、徘徊のため行方分からなくなった認知症高齢者を早期発見・保護し、早く家族のもとへ帰れるようにする制度
- ☐ 災害が起きたときに手助けを必要とする方に対し、地域が連携して安否確認や避難の支援をする制度
- ☐ その他（具体的に： ）
- ☐ 特になし

Q 5. 以下の介護予防事業や講座等で、今後参加してみたい（過去に参加したものや現在参加中のものも含む）、または興味のあるものは、次のうちどれですか（いくつでも）

- ☐ いきいきヘルス体操（シルバーリハビリ体操）
※いつでもどこでも道具を使わずにひとりでもできる介護予防体操です。
- ☐ 元気アップ体操（介護予防・健康づくり体操）
※ストレッチ・有酸素運動・チューブを使用した筋トレ等を組み合わせた介護予防体操です。
- ☐ 健康ウォーキング講座（ポールウォーキング講座）
※流通経済大学の指導のもと、「ポールウォーキング」でてくてくロードを歩きます。
- ☐ いきいき運動講座（スポーツクラブ利用の複合型介護予防講座）
※運動・栄養・口腔ケアを組み合わせ、運動施設を利用して行う複合的な介護予防講座です。
- ☐ 思い出を語ろうかい（回想法講座）
※「回想法」の手法を用いて、昔の出来事などをテーマに沿って楽しく話し合う集いです。
- ☐ 音楽フィットネス講座（通信カラオケシステムによる認知機能低下予防講座）
※音楽や映像を使って、脳トレや軽運動を行う介護予防講座です。
- ☐ 認知症サポーター養成講座（認知症に関する講座）
※認知症について正しく理解し、認知症の方やその家族を温かく見守るサポーターを養成する講座です。
- ☐ 上手な年の重ね方講座（健康・権利擁護に関するライフプランセミナー）
※健康、権利擁護、日常生活に必要な知識について様々な情報を提供する講座です。
- ☐ 認知症講演会（専門家による講演）
※認知症の症状、治療や予防について最新の情報を提供。9月の認知症を知る月間に開催します。
- ☐ 睡眠講演会（専門家による講演）
※睡眠の質を高め快適な眠りに導くための最新の情報を提供します。
- ☐ タップくん健康マイレージ（ウォーキングと健診で貯めて・使えるポイント制度）
※スマートフォンアプリを利用して、日々の歩数（6,000歩以上）や健診受診に対してポイントを付与、ポイントに応じて景品と交換する事業です。
- ☐ まいん「健康」サポートセンター運動プログラム
※高齢者層を対象に体力維持や介護予防、認知症予防のためのプログラムを提供します。
- ☐ その他（具体的に： _____ ）
- ☐ 特になし

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和8年1月30日（金）までに投函（切手不要）してください。

【 会 議 資 料 】

(3) 在宅介護実態調査（案）について

令和7年11月7日（金）

龍ヶ崎市 健康スポーツ部 介護保険課

龍ヶ崎市長 様

「在宅介護実態調査」に係る
要介護認定データの活用に係る同意書

私は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）の活用について、以下の事項を確認のうえ、同意します。

記

■要介護認定データの利用目的について

この度の要介護認定申請に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、要介護認定及び龍ヶ崎市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

■アンケート調査の回答内容の取扱いについて

アンケート調査でご回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する事業者に預託しますが、情報は適切に管理させていただきます。

以上

令和 年 月 日

ご署名 _____

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

調査対象者様ご本人についてお伺いします。

問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 | } | 問8（裏面）へ | |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない | | | |
| 3. 週に1～2日ある | | } | 問3～問13へ |
| 4. 週に3～4日ある | | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | | |

★ 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(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、介護老人保健施設、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(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(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. 」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)。

主な介護者様、もしくはご本人様にお伺いします。

※主な介護者様のご回答が難しい場合は、ご本人様にご回答(調査票の該当する番号に○)をお願いします。

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)

- | | | |
|-----------------------|---|---------|
| 1. フルタイムで働いている | } | 問2～問5へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5(裏面)へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

※「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るそうですか(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、全員の方にお伺いします。

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。

【 会 議 資 料 】

(4) 龍ヶ崎市高齢者等介護用品購入費助成事業について

令和7年11月7日(金)

龍ヶ崎市 福祉部 福祉総務課

高齢者等介護用品購入費助成事業に係る助成額の増額について

1 事業の概要

在宅の要介護認定4以上の高齢者等を介護している家族に対し、介護用品を購入するための費用の一部を助成することにより、介護に当たる家族の経済的負担を軽減することを目的に介護用品購入費の助成を実施しております。

(1) 対象者

市内に住所を有し、かつ、在宅の高齢者等を同居又は同居に準ずる状態で現に介護している者であって、介護者および要介護者共に市民税非課税世帯に属する者。ただし、下記の場合は、助成の対象から除外します。

- ・介護者又は要介護者が介護保険料を滞納している場合
- ・介護者又は要介護者が生活保護を受けている世帯に属し、かつ当該助成と同様の助成を受けている場合
- ・要介護者が、1月のうち15日以上医療機関に入院し、又は介護保険施設に入所し、若しくはショートステイ等を利用している場合

(2) 助成の対象品目

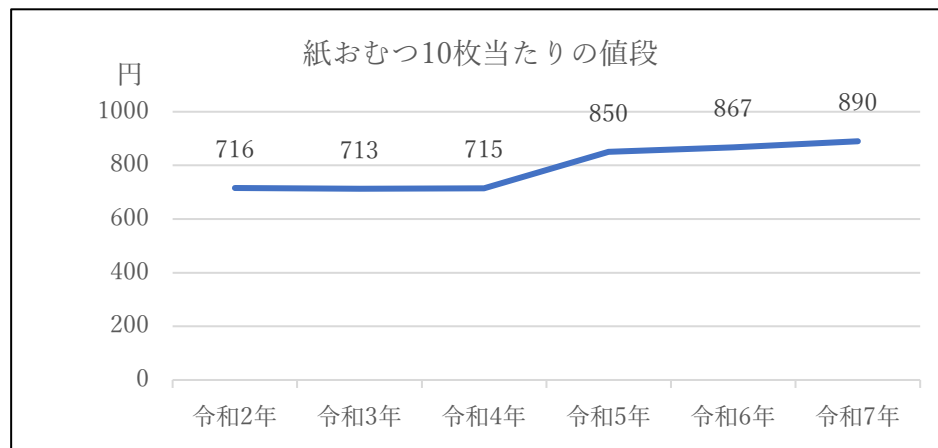
- ・紙おむつ
- ・尿取りパット
- ・使い捨て手袋
- ・清しき剤
- ・ドライシャンプー
- ・防水シート

(3) 助成額

1人当たり月額4,000円

2 紙おむつ（大人用）の価格推移

物価高騰と原材料費の上昇により、大人用紙おむつの値段も高騰しております。令和2年の全国平均価格と比較しても、約25%増額となっております。



令和2年		令和7年
716円	⇒	890円
24.3%UP		

3 事業実績

	利用者数	決算額
R3	42人	1,121,801円
R4	35人	874,570円
R5	28人	886,208円
R6	23人	647,468円
R7	19人	251,260円

※R7については、10月までの実績となります。

※R7 予算額：1,392,000円

4 助成額の見直し（増額）について

長引く物価上昇の中で、日常生活に欠かせない介護用品のコストが上がると、家計の負担は急増します。とりわけ、介護用品は継続的・定期的な購入を伴い、月々の支出に占める影響も大きくなります。

本事業は、在宅で介護をしている方等の負担の軽減を目的としており、物価高騰による家計への影響を緩和する観点から、令和8年度以降介護用品購入費助成の額を4,000円から紙おむつの値段に合わせて、25%（1,000円）増額した5,000円にしたいと考えております。

なお、「龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」の中の「特別給付費の見込み」についても、令和8年度は1,736,000円を見込んでおり、仮に現在の利用者数で助成額を5,000円に変更しても、見込み額内に収まるため、第1号被保険者保険料への影響は出ないものと考えております。

○指定地域密着型サービス事業所の指定について

以下の事業所から「指定地域密着型サービス事業所」の申請があり、書類審査及び現地確認の上、新規指定を行っております。詳細は下表のとおりです。

事業所名	ハッピーエブリ龍ヶ崎緑町店
所在地	龍ヶ崎市緑町４６
サービスの種類	地域密着型通所介護
申請者	株式会社ハッピーエブリ 代表取締役 山中智恭
事業開始年月日	令和７年７月１日
利用定員	１０人
サービス提供時間	９：００～１２：００、１３：３０～１６：３０
備考	介護予防・日常生活支援総合事業も同日付により指定

地域密着型通所介護とは、利用定員が１８人以下の小規模な通所介護（デイサービス）の事業所で、食事や入浴等の日常生活支援や、生活機能訓練などのサービスを日帰りで提供する事業区分になります。これにより介護を受ける利用者の心身機能の向上と、介護を受け持つ家族の負担を軽減することを事業目的としています。

利用対象は、「要介護１～５」の介護認定を受けた方で、施設の所在地と同じ市町村に住民登録がある方になります。