

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

小平市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

— 調査へのご協力をお願い —

日頃から小平市政に、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、「小平市地域包括ケア推進計画（小平市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画）（令和6～8年度）」の基礎資料として、市民の皆様の生活状況や市の高齢者・介護施策に関するご意見などを把握するため、アンケート調査を実施いたします。

この調査の対象として、小平市にお住まいの65歳以上の方の中から、2,000人を無作為に選ばせていただきました。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月

小平市長 小林 洋子

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒に名前が書いてあるご本人がお答えください。ご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答えください。なお、この調査票で「あなた」とあるのは、『封筒に名前が書いてあるご本人』のことです。
- ② 回答はあてはまる選択肢の番号に○印をつけてお答えください。「その他」と回答された場合は、（ ）内にその内容をご記入ください。
- ③ アンケート調査票や返信用封筒には、住所・氏名を記入する必要はありません。また、返信用封筒の中には、アンケート調査票以外のものは入れないでください。
- ④ ご不明な点は問い合わせ先までお願いします。
- ⑤ ご記入いただいた調査票は、**12月20日（火）**までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です。）

<お問い合わせ>

小平市 高齢者支援課 計画担当

電 話 042-346-9823

F A X 042-346-9498

E-mail koreishashien@city.kodaira.lg.jp

※ 転出・死亡等の理由で、封筒に名前が書いてあるご本人が既に小平市内にお住まいではない場合は、ご回答いただかなくても結構です。お手数ですが調査票はご処分ください。

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。(1つに○)

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)

問7 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか。(1つに○)

1. 大変苦しい
2. やや苦しい
3. ふう
4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある

2 からだを動かすことについて

問8 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つに○)

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9 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つに○)

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 15分位続けて歩いていますか。(1つに○)

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 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つに○)

1. 何度もある
2. 1度ある
3. ない

問12 転倒に対する不安は大きいですか。(1つに○)

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13 週に1回以上は外出していますか。(1つに○)

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 14 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|-----------|
| 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 15 外出を控えていますか。(1つに○)

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

【問 15で「1. はい」と回答した方におたずねします。】

問 16 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○はいくつでも)

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

問 17 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. 電車 |
| 7. 路線バス(コミュニティバス) | 8. 病院や施設のバス |
| 9. 車いす | 10. 電動車いす(カート) |
| 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー |
| 13. その他() | |

3 食べることについて

問18 身長、体重はどれくらいですか。(数字で記入)

身長 () cm 体重 () kg

問19 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問20 お茶や汁物等でむせることがありますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問21 口の渇きが気になりますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問22 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。(1つに○)

(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

問23 この6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問24 どなたかと食事をともにする機会がありますか。(1つに○)

- 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

5 地域での活動について

問 33 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1つに○)

	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地域の居場所・通いの場*	1	2	3	4	5	6
⑥高齢クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦自治会・町内会	1	2	3	4	5	6
⑧収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

(※) 地域の居場所・通いの場

高齢者が気軽に通うことができるサロンや体操などを行う場

問 34 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つに○)

1. 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 35 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つに○)

1. 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

6 たすけあいについて

問 36 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はだれですか。（○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 37 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はだれですか。（○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 38 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だれですか。（○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 39 反対に、看病や世話をしてあげる人はだれですか。（○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 40 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・高齢クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・役所 | 6. その他（ |
| 7. そのような人はいない | ） |

7 健康について

問 41 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つに○)

- | | |
|------------|---------|
| 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 42 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、1つに○をつけてください)

とても 不幸	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	とても 幸せ
-----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----------

問 43 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つに○)

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

問 44 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つに○)

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

問 45 お酒は飲みますか。(1つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 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 46 タバコは吸っていますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|---------------|
| 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 47 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(〇はいくつでも)

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

問 48 新型コロナウイルス感染症が流行したことで、生活や健康に影響があったものは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1. 足、腰が弱くなった | 2. 食欲が低下した |
| 3. 生活リズムが乱れた | 4. もの忘れが増えた |
| 5. 不安になったり、落ち込むことが増えた | 6. 物事に対する興味が減った |
| 7. 家族、親族、友人などに会う機会が減った | 8. 収入が減った |
| 9. 支出が増えた | 10. 健康への意識が高まった |
| 11. 体操や運動をするようになった | 12. 家族と過ごす時間が増えた |
| 13. その他() | |
| 14. 特に変化なし | |

8 認知症について

問 49 あなたご自身に認知症がある、または家族にそのような人がいますか。(1つに○)

1. はい

2. いいえ

問 50 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つに○)

1. はい

2. いいえ

以上でアンケートは終わりです。

多くの質問にご回答いただき、誠にありがとうございました。

調査票は、同封の返信用封筒に入れて、**12月20日(火)までに**、切手を貼らず
にポストに投函してください。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

小平市 介護支援専門員（ケアマネジャー）アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

日頃より、小平市の介護保険事業にご協力いただき、ありがとうございます。

市では、令和6年度から令和8年度までの3年間を対象期間とする「小平市地域包括ケア推進計画（小平市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、介護支援専門員（ケアマネジャー）アンケートを実施いたします。

この調査は、市内居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）の方を対象として実施するものです。ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。

なお、貴事業所における介護支援専門員の人数分の調査票を同封しておりますが、万が一不足する場合は大変お手数ですが、調査票をコピーしていただくか、下記担当までご連絡ください。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年11月

小平市長 小林 洋子

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答はあてはまる選択肢の番号に直接○印をつけてお答えください。
- ② 「その他」と回答された場合は、()内に具体的にその内容をご記入ください。
- ③ 回答していただく方が限られる質問もありますので、ご注意ください。
- ④ アンケート調査票や返信用封筒には、住所・氏名を記入する必要はありません。また、返信用封筒の中には、アンケート調査票以外のものは入れないでください。
- ⑤ ご記入いただいた調査票は、**12月20日（火）**までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です。）

<お問い合わせ>

小平市 高齢者支援課 計画担当
 電話 042-346-9823
 F A X 042-346-9498
 E-mail koreishashien@city.kodaira.lg.jp

2 サービスの状況について

問 11 ケアプランを作成する中で、事業所数や定員など量的に不足していると感じるサービス、人手が不足していると感じるサービス、また、ケアプランに組み入れにくいサービスはありますか。下記の介護保険居宅サービス一覧から3つまで選んで番号を記入してください。

(1) 事業所数や定員など量的に不足していると感じるサービス

--	--	--

(2) 人手が不足していると感じるサービス

--	--	--

(3) ケアプランに組み入れにくいサービス

--	--	--

【介護保険居宅サービス一覧】

1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護	4. 訪問リハビリテーション
5. 通所介護	6. 地域密着型通所介護
7. 通所リハビリテーション	8. 短期入所生活介護
9. 短期入所療養介護	10. 福祉用具貸与
11. 特定福祉用具の購入費の支給	12. 住宅改修
13. 夜間対応型訪問介護	14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 認知症対応型通所介護	16. 小規模多機能型居宅介護
17. 看護小規模多機能型居宅介護	18. 特にない

(6) ケアマネジャーとして感じられた利用者の(1)～(5)の変化は、どのようなことが理由だと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 利用者が外出を控えるようになった
2. 家族が外出をさせたがらない
3. デイサービスの利用が減った
4. 地域の居場所・通いの場の利用ができなくなった
5. 近所の人や知人などと外出や交流する機会が減った
6. 新型コロナウイルス感染症に対する恐怖心が大きい
7. その他()

3 地域包括支援センターについて

問 15 小平市内の地域包括支援センターにおいて、機能強化が必要と思われることは何ですか。(〇はいくつでも)

1. 地域の総合相談窓口
2. 支援が必要な高齢者の早期発見と対応
3. 高齢者虐待防止
4. 困難事例への対応
5. 権利擁護の役割
6. 介護予防ケアマネジメントの実施
7. ケアマネジャーに対する個別指導・相談
8. ケアマネジャーのネットワークづくり
9. 多職種協働・連携による地域の基盤づくり
10. その他()

6 医療と介護の連携について

問 22 あなたが担当している利用者の中に、訪問診療*が必要と思われる方はいますか。いる場合には、人数もお答えください。(1つに○)

1. いる(人) 2. いない

(※) 訪問診療：医師が定期的に自宅を訪問して、診療を行うこと

【問 22 で「1. いる」と回答した方におたずねします。】

問 23 あなたは、訪問診療が必要と思われる方に、訪問診療が提供されていると思いますか。(1つに○)

1. 提供されている 2. ある程度提供されている
3. あまり提供されていない 4. 全く提供されていない

問 24 あなたは、通常、医療機関やかかりつけ医とどのような方法で情報を交換していますか。(○はいくつでも)

1. 電話 2. ファックス 3. 電子メール
4. 医療介護関係者専用SNS 5. 診察への同行 6. 訪問診療への同席
7. カンファレンス 8. 医療連携シート 9. サービス担当者会議
10. 直接訪問 11. その他()

問 25 小平市民の在宅療養者への支援において、医療・介護は連携していると思いますか。(1つに○)

1. 十分連携している →問 27 へ
2. ある程度連携している
3. 連携が不十分である
4. ほとんど連携していない

【問 25 で、「3. 連携が不十分である」または「4. ほとんど連携していない」と回答した方にうかがいます。】

問 26 あなたがそのように考える理由は次のうちどれですか。(○はいくつでも)

1. 介護従事者の医学に関する知識や理解が不足している
2. 医療関係者の介護保険に関する知識や理解が不足している
3. お互いに多忙で連絡が取れない
4. 個人情報の保護の観点から情報が共有されない
5. 交流の場がない
6. 誰と連絡を取ればいいのかわからない
7. その他()

問30 あなたは、医療関係機関（病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、病院の地域連携室など）にどのようなことを期待しますか。

7 ケアマネジャー業務全般について

問31 あなたが現在、業務をする上でどのようなことに問題や難しさを感じますか。
（〇はいくつでも）

1. 忙しくて利用者の意見・要望を聞き調整する時間が十分にとれない
2. 望ましいサービスを提案しても、本人や家族の理解を得られない
3. 本人の経済的な理由で必要なサービスを組み入れられない
4. サービス提供事業者に関する情報が少ない
5. 介護保険外サービスに関する情報が少ない
6. 8050問題など複合的な課題を抱える家族への対応
7. 認知症等で利用者の意思の確認ができない
8. 医療機関との連携がうまくとれない
9. 作成しなければならない書類が多い
10. ケアマネジメント業務以外の依頼や相談が多い
11. その他（)
12. 特にない

問32 サービス担当者会議の開催にあたって、困難と感ずることは何ですか。
（〇はいくつでも）

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. かかりつけ医（主治医）の出席 | 2. サービス提供事業者との日程調整 |
| 3. 利用者の出席 | 4. 家族の出席 |
| 5. 資料づくり | 6. 会議の進め方 |
| 7. その他（) | 8. 特にない |

問 33 あなたが感じた困難なケースに対し、主にどのように解決をはかりましたか。
(○はいくつでも)

1. 地域包括支援センターに相談・連携し、解決をはかった
2. 介護保険サービス事業者に相談・連携し、解決をはかった
3. 保険者（市役所）に相談・連携し、解決をはかった
4. 医療機関に相談・連携し、解決をはかった
5. 事業所内で解決した
6. その他（)

問 34 ケアプランを作成する上で、わからないことや困ったことがあったときの相談先はどこですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. 同一事業所のケアマネジャー | 2. 他事業所のケアマネジャー |
| 3. 地域の主任ケアマネジャー | 4. ケアマネジャー連絡会 |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 小平市役所 |
| 7. 東京都 | 8. 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 9. サービス提供事業者 | 10. 医師 |
| 11. その他（) | |
| 12. 相談できる相手がいない | →問 36 へ |
| 13. 困ったりすることはない | |

【問 34 で、「1」～「11」（相談先がある）と回答した方におたずねします。】

問 35 どのようなことを相談していますか。(○はいくつでも)

1. 困難事例への対応に関すること
2. 利用者・家族間の意見調整に関すること
3. 運営基準などの解釈に関すること（居宅サービスの適否判断を含む）
4. 上記3. 以外のケアマネジャー業務に関すること
5. 介護保険外のサービスの利用に関すること
6. 医療知識に関すること
7. 介護報酬請求事務に関すること
8. その他（)

問 36 利用者や家族への連絡方法として、電話、FAX以外にどのような方法で連絡していますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|--|
| 1. 電子メール | |
| 2. SNS (例:MCSなど) | |
| 3. その他 () | |
| 4. 利用していない | |

問 37 あなたは今後、どのような研修や講演会に参加したいと思いますか。(下の表から3つまで選んで番号を記入してください)

--	--	--

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. ケアプランの作成・評価 | 2. 困難事例の検討 |
| 3. 介護予防に関する知識・技術 | 4. 認知症ケア、認知症医療 |
| 5. リハビリテーションに関する知識 | 6. 医学に関する知識 |
| 7. 住環境・福祉用具に関する知識 | 8. 成年後見制度など権利擁護関連 |
| 9. 消費者問題などの法律知識 | 10. 職業倫理に関する知識 |
| 11. 対人援助技術に関する知識 | |

8 小平市への意向について

問 38 保険者としての小平市に対し、ケアマネジャーとして望むことは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. 介護保険に関する情報提供 | |
| 2. 研修会やケース検討会の実施 | |
| 3. 制度運営における保険者判断部分の周知 | |
| 4. 地域包括支援センター機能の充実 | |
| 5. 利用者や家族への制度の周知 | |
| 6. 市と事業者間の情報交換や連携調整を行う連絡会の開催 | |
| 7. 事業者が行う研修への支援 | |
| 8. 事業者への指導 | |
| 9. その他 () | |
| 10. 特にない | |

問 39 その他、介護保険制度全般に関するご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

以上でアンケートは終わりです。

お忙しい中、多くの質問にご回答いただき、誠にありがとうございました。

調査票は、同封の返信用封筒に入れて、12月20日（火）までに、

ポストに投函してください。（切手を貼る必要はありません。）