

小平市 一般高齢者アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成30年度から平成32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・介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、高齢者生活状況アンケートを実施いたします。

この調査は、平成28年11月1日現在、小平市にお住まいの65歳以上の方の中から、3,000名を無作為に選ばせていただき、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。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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』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21日（水）**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、あて名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1 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

1. あて名ご本人
2. ご家族の方
3. その他 ()

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

1. 男性
2. 女性

問3 あなたの年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問4 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

1. 中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目
2. 小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町
3. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目
4. 上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町
5. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井

問5 あなたが現在同居している世帯の構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

1. ひとり暮らし
2. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳以上)
3. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳未満)
4. その他の家族が同居(全員65歳以上)
5. その他の家族が同居(65歳未満の方も同居)
6. その他 ()

問6 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 5万円未満 | 2. 5万円以上 10万円未満 |
| 3. 10万円以上 15万円未満 | 4. 15万円以上 20万円未満 |
| 5. 20万円以上 30万円未満 | 6. 30万円以上 |

2 医療・健康について

問7 あなたの現在の健康状態はいかがですか。(近いもの一つに○)

- | |
|--|
| 1. 特に病気や障がいはない |
| 2. 病気や障がいがあるが、身のまわりのことや外出は大体自分でできる |
| 3. 病気や障がいがあって、身のまわりのことは大体自分でできるが、外出はできない |
| 4. 病気や障がいがあって、身のまわりのことや外出に手助けが必要である |
| 5. 重い病気や障がいがあって、ベッドやふとんの上での生活が中心である |

問8 あなたは現在、医療機関をどのくらいの頻度で利用していますか。(一つに○)

- | | | |
|---------------|-------------|-----------|
| 1. 週に1回以上 | 2. 月に2~3回程度 | 3. 月に1回ほど |
| 4. たまに利用するくらい | 5. 受診していない | |

問9 あなたには、かかりつけの診療所・病院、かかりつけの歯科医院、かかりつけの薬局がありますか。(それぞれ一つに○)

	ある	ない
①かかりつけの診療所・病院	1	2
②かかりつけの歯科医院	1	2
③かかりつけの薬局	1	2

問10 あなたは、通院や医療に関して困っていることがありますか。(○はいくつでも)

- | |
|-------------------------|
| 1. 通院のつきそいを確保しにくい |
| 2. 通院の際の交通手段で困っている |
| 3. 医療機関に関する情報が少ない |
| 4. 気軽に受診できる医療機関が身近にない |
| 5. 専門的な医療を受けられる機関が身近にない |
| 6. 往診に来てくれる医療機関が身近にない |
| 7. 医療に関する手続きが大変である |
| 8. 医療費の負担が大きい |
| 9. 特にない |
| 10. その他 () |

問 11 あなたは、定期的に運動をしていますか。(一つに○)

1. 毎日運動している
2. 週に数回運動している
3. あまり運動していない

問 11 で「3 あまり運動していない」と回答した方にお聞きします。

問 12 あまり運動をしていない理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. 健康状態が良くないから
2. 体調が悪化する恐れがあるから
3. 望ましい運動の方法がわからないから
4. 運動をする場所がないから
5. 運動する時間がないから
6. 運動に関心がないから
7. 特に理由はない
8. その他 ()

問 13 あなたは今後、次に挙げる介護予防事業に参加してみたいと思いますか。

(それぞれ一つに○)

介護予防事業	参加してみたい	機会があれば参加してみたい	関心はあるが参加は難しい	参加したくない
①運動機能の向上 (膝痛・腰痛予防)	1	2	3	4
②食生活 (栄養等) の改善	1	2	3	4
③口腔機能 (嚙む・飲み込む) の向上	1	2	3	4
④認知症予防	1	2	3	4
⑤高齢期のうつ予防	1	2	3	4
⑥閉じこもり防止	1	2	3	4
⑦尿失禁予防	1	2	3	4

※小平市の介護予防事業

かいごよほうこうざ 介護予防講座

軽い運動をしたり、食生活や歯みがきについて学ぶことで、介護が必要とならないように、生活習慣の改善をはかる教室です。

にんちしょうよほうきょうしつ 認知症予防教室

将来認知症にならないように、予防する方法を学んだり体験したりする教室です。

問 14 高齢者人口の増加とともに認知症高齢者も増加していくことが予想されていますが、あなたは認知症の予防のために心がけていきたいことがありますか。(〇はいくつでも)

1. 規則正しい生活習慣を保つようにしたい(早寝早起きなど)
2. バランスのとれた食事をするようにしたい
3. 散歩など適度に運動するようになりたい
4. 趣味や習い事などをするようになりたい
5. 計算ドリルやゲームなどをするようになりたい
6. 手紙や日記などの文章を書くようになりたい
7. 新聞やニュースなどで情報を得るようになりたい
8. 買い物や料理など、日常生活で自分にできることは自分でするようにしたい
9. 家族や友人と楽しく会話するようになりたい
10. 旅行に出かけるなど積極的に活動するようになりたい
11. 健康教室や介護予防講座へ参加するようになりたい
12. その他()
13. 特にない

問 15 認知症になっても住み慣れた地域で生活するためには、どのようなことが必要だと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 認知症に関する正しい知識や理解を広めること(認知症サポーター養成講座など)
2. 認知症を予防する取り組み
3. 認知症の早期発見・早期診療のしくみ
4. 認知症専門医や専門医療機関を周知すること
5. 認知症の相談窓口を充実させること
6. 介護する家族同士の交流会
7. 認知症の人を見守る地域ボランティア
8. 認知症の人を支える施設やサービス
9. 悪質商法などから高齢者を守るしくみ
10. 特にない
11. その他()

にんちしょう ようせいこうざ
認知症サポーター養成講座

地域でくらしている認知症の方やその家族を温かく見守っていただくために、認知症についての正しい知識を学ぶ講座です。

3 日常生活について

問 16 あなたは、日常生活で困っていることがありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 身体健康状態 | 2. 物忘れが増えた |
| 3. 身の回りのこと(入浴・排せつ・食事など) | 4. 家事(掃除・洗濯・炊事など) |
| 5. 日常の買い物 | 6. 住まいのこと |
| 7. 外出に関する事 | 8. 通院や医療に関する事 |
| 9. 役所などの手続き | 10. お金や貴重品の管理 |
| 11. 急病など緊急時の事 | 12. 災害時の避難の事 |
| 13. 収入や生計の事 | 14. 家族の事 |
| 15. 将来の事 | 16. 気軽に話ができる相手がない事 |
| 17. ちょっとした事を相談する相手がない事 | 18. 特になし |
| 19. その他() | |

問 17 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに○)

- | |
|----------------------------|
| 1. 日中も夜間も一人でいることが多い |
| 2. 日中は一人でいることが多い(夜間は家族がいる) |
| 3. 夜間は一人でいることが多い(日中は家族がいる) |
| 4. 日中も夜間も家族がいることが多い |

問 18 あなたは、同居している家族以外に、緊急時に連絡できる人がいますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 別居の子・孫 | 2. その他の親族 |
| 3. 近所の人 | 4. 友人・知人 |
| 5. 医師・医療関係者 | 6. その他() |
| 7. 誰もいない | |

問 19 あなたのお住まいの種類をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 一戸建ての持家 | 2. 一戸建ての借家 |
| 3. 分譲マンション | 4. 賃貸マンション・アパート |
| 5. 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 | 6. UR都市機構の住宅 |
| 7. その他() | |

問 20 あなたは、住まいについて困っていることがありますか。

(○はいくつでも)

1. 階段の昇り降り	2. 玄関や敷居の段差
3. 風呂が使いにくい	4. トイレが使いにくい
5. 廊下や戸口が狭い	6. 手すりがない
7. 立地が外出に不便	8. 家賃やローンなどの住宅費
9. 建物の老朽化	10. 家の改修ができない
11. 特にない	12. その他 ()

4 相談・権利擁護について

問 21 あなたは、福祉に関する情報をどこから知ることが多いですか。

(○はいくつでも)

1. 市報こだいら	2. 市のパンフレットなど
3. インターネット	4. テレビ・ラジオ
5. 新聞・雑誌・書籍	6. 家族・親族
7. 近所の人	8. 友人・知人
9. 地域包括支援センター	10. 民生委員・児童委員
11. 医療機関	12. 市の窓口
13. 特にない	14. その他 ()

問 22 あなたは、以下の相談窓口を知っていましたか。(それぞれ一つに○)

名称と内容	回答は下に記入
<p><small>ちいきほうかつしえん</small> ①地域包括支援センター 介護・保健・福祉の専門職がチームとなって、高齢者の健康・福祉・医療に関する様々な相談を受けています。高齢者の見守り、高齢者虐待への対応などの支援を行う、地域の総合的な相談窓口です。</p>	<p>1. 内容を知っていた 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らなかった</p>
<p><small>けんりようご</small> ②権利擁護センターこだいら 認知症状や知的障がい・精神障がいなどで 介護や福祉のサービスの選択や契約、日々の金銭管理が難しくなった方に対し、地域福祉権利事業や成年後見制度、苦情の相談、法律専門相談を実施している窓口です。</p>	<p>1. 内容を知っていた 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らなかった</p>

問 23 あなたは困ったことや心配なことについて、次のような機関や支援者に相談したいと思いませんか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 市の窓口 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 権利擁護センターこだいら | 4. 社会福祉協議会 |
| 5. ホームヘルパー | 6. ケアマネジャー |
| 7. 民生委員・児童委員 | 8. 相談したいとは思わない |
| 9. その他 () | |

問 24 あなたは、次のような見守りや声かけを希望しますか。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1. 近所の人や地域のボランティアによる見守り、声かけ |
| 2. 地域包括支援センター職員による見守り、声かけ |
| 3. 民生委員・児童委員による見守り、声かけ |
| 4. 訪問給食サービスによる見守り(食事を配達するときに、安否を確認します) |
| 5. おはようふれあい訪問(乳酸菌飲料を配達するときに、安否を確認します) |
| 6. 電話訪問(週1回電話により、安否を確認します) |
| 7. 緊急通報システムによる見守り(緊急時にボタンを押すと、消防署や警備会社に連絡できます) |
| 8. 希望しない |

問 25 あなたは将来、認知に不安を抱えるようになったときに、金銭の管理などをまかせられる人はいいますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子・孫 |
| 3. 別居の子・孫 | 4. その他の親族 |
| 5. 友人・知人 | 6. 福祉関係者 |
| 7. 誰もいない | 8. その他 () |

問 26 あなたは、以下の制度や事業を知っていますか。(それぞれ一つに○)

名称と内容	回答は下に記入
<small>せいねんこうけんせいど</small> ①成年後見制度 高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。	1. 内容を知っていた 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らなかった
<small>ちいきふくしけんりようごじぎょう</small> ②地域福祉権利擁護事業 高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の福祉サービスの利用等を支援する制度です。利用契約を結び、支援計画に沿って支援を行います。	1. 内容を知っていた 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らなかった

5 外出・地域とのつながりについて

問 27 あなたは普段、どのくらいの頻度で外出していますか。(一つに○)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週 3～4 日程度 |
| 3. 週 1～2 日程度 | 4. 月 1～3 日程度 |
| 5. ほとんど外出しない | |

問 28 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。(○はいくつでも)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 通勤 | 2. 通院 |
| 3. 買い物 | 4. 散歩 |
| 5. 余暇活動 | 6. 地域活動 |
| 7. 親族などの訪問 | 8. 友人・知人との交流 |
| 9. ほとんど外出しない | 10. その他 () |

問 29 あなたは、外出する際に、どのような交通手段を利用することが多いですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 |
| 3. 自動車(自分で運転) | 4. 自動車(家族などが運転) |
| 5. 電車 | 6. バス |
| 7. タクシー | 8. ほとんど外出しない |
| 9. その他 () | |

問 30 あなたがお住まいの地区には、地域の人たちのつながりはあると感じますか。(一つに○)

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

問 31 あなたは普段、どの程度の近所づきあいをしていますか。(近いもの一つに○)

- | |
|-----------------------------|
| 1. 家に行き来するなど、親しくつきあっている人がいる |
| 2. 立ち話をする程度のつきあいが多い |
| 3. あいさつをする程度のつきあいが多い |
| 4. 近所づきあいはほとんどない |

問 31 で「4 近所づきあいはほとんどない」と回答した方にお聞きします。

問 32 近所づきあいが無い理由は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 仕事や家事で忙しく時間がないから | 2. つきあうきっかけがないから |
| 3. 同世代の人が近くにいないから | 4. 気の合う人が近くにいないから |
| 5. あまり関わりを持ちたくないから | 6. 特に理由はない |
| 7. その他 () | |

問 33 あなたは、病気などで日常生活が不自由になったとき、地域の人たちにどのような手助けをしてほしいですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 見守りや安否確認など | 2. 普段の話し相手 |
| 3. 介護などの相談相手 | 4. ちょっとした買い物やごみ出し |
| 5. 食事づくりや掃除、洗濯の手伝い | 6. 電球の交換やちょっとした力仕事 |
| 7. 通院や外出の手助け | 8. 災害時の手助け |
| 9. 特にない | 10. その他 () |

問 34 高齢者など地域の住民が安心して暮らしていけるように、あなた自身ができる手助けは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 見守りや安否確認など | 2. 普段の話し相手 |
| 3. 介護などの相談相手 | 4. ちょっとした買い物やごみ出し |
| 5. 食事づくりや掃除、洗濯の手伝い | 6. 電球の交換やちょっとした力仕事 |
| 7. 通院や外出の手助け | 8. 災害時の手助け |
| 9. 特にない | 10. その他 () |

6 就労・社会活動について

問 35 あなたは現在、収入を得る仕事をしていますか。仕事をしている方は、就労形態をお答えください。(一つに〇)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. 自営業・自由業 | 2. 社員・職員(常勤) |
| 3. 社員・職員(非常勤) | 4. アルバイト・パート |
| 5. シルバー人材センター会員 | 6. 内職 |
| 7. 仕事はしていない | 8. その他 () |

問 36 あなたは現在、次のような社会活動（友人・知人等との活動も含む）に参加していますか。また、今後参加したいと思いますか。（○はいくつでも）

項目	A	B
	参加している活動	今後参加したい活動
①スポーツ活動（運動・ゲートボールなど）	1	1
②レクリエーション活動（ウォーキング・ハイキングなど）	2	2
③生涯学習活動（シルバー大学・教養講座など）	3	3
④趣味・娯楽の活動（囲碁将棋・カラオケなど）	4	4
⑤自治会・町内会の活動	5	5
⑥ボランティア活動・NPO活動	6	6
⑦高齢クラブ（老人会など）の活動	7	7
⑧その他（ ）	8	8
⑨参加していない・参加するつもりはない	9	9

問 37 活動への参加にあたってどのような手段で情報を得ましたか。または、得たいですか。（○はいくつでも）

1. 市報こだいら	2. 市のパンフレットなど
3. インターネット	4. テレビ・ラジオ
5. 新聞・雑誌・書籍	6. 家族、友人・知人などの口コミ
7. その他（ ）	

問 38 あなたはこれまで、ボランティアセンターのことを知っていましたか。（一つに○）

1. 事業内容を知っていた	2. 名前は聞いたことがある
3. 知らなかった	

※ボランティアセンターについて

小平市社会福祉協議会ボランティアセンターは、ボランティア活動・市民活動を推進・支援するための窓口です。ボランティアをしたい人と、してほしい人をつないだり、ボランティアに関する相談、情報提供、広報活動、講座・研修などを行っています。

問 39 あなたは、以下の地域での活動を行いたいと思いますか。介護予防見守りボランティアなどの活動は、高齢者が安心して暮らせる地域をつくるための活動です。市が養成研修等を実施しています。

名称と内容	回答は下に記入
<p><small>かいごよぼうみまも</small> ①介護予防見守りボランティア 地域をさりげなく見守りながら、自身の介護予防に取り組むボランティアです。2か月に一度、ボランティア同士の交流会があります</p>	<p>1. 活動したい 2. 活動したくない 3. どちらでもない</p>
<p><small>かいごよぼう</small> ②介護予防リーダー 自主グループ活動などを通じ、体操などの介護予防のための活動を主体的に行うボランティアです。</p>	<p>1. 活動したい 2. 活動したくない 3. どちらでもない</p>
<p><small>にんちしょうしえん</small> ③認知症支援リーダー 認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域をつくるための活動を行うボランティアです。</p>	<p>1. 活動したい 2. 活動したくない 3. どちらでもない</p>
<p><small>せいかつ</small> ④生活サポーター 高齢者の日常生活を支援する活動です。 介護予防・生活支援サービスの小平基準型サービス（訪問型・通所型）の指定事業所でのサービス提供か、ボランティアセンターに登録してのボランティアを行う活動です。</p>	<p>1. 活動したい 2. 活動したくない 3. どちらでもない</p>

7 介護保険制度について

- 介護保険制度は、介護が必要になっても安心して暮らせるように、高齢者の介護を国民みんなで支える仕組みです。
- 介護や支援が必要になった方は、ホームヘルプやデイサービスなどの介護サービスを、要支援、要介護度に応じた限度額まで、1割もしくは2割の負担で利用することができます。
- 介護保険制度は、40歳以上の全ての方が支払う介護保険料と、国や自治体の公費負担によって支えられています。
- 65歳以上の方の介護保険料は、保険者である市町村ごとに条例で定められ、3年度を1期とする事業運営期間において介護や予防に要する費用を算定し、各被保険者の所得に応じて保険料を決定しています。

問 40 あなたは、介護保険制度をどのように評価していますか。(一つに○)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 高く評価している | 2. ある程度評価している |
| 3. あまり評価していない | 4. 全く評価していない |
| 5. 関心がない | |

問 41 現在、所得段階に応じて介護保険料を納めていただいています。あなたの保険料の金額について、どのように感じていますか。(一つに○)

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. おおむね妥当である | 2. このくらいの負担はやむを得ない |
| 3. 今の負担では苦しい | 4. わからない |

問 42 介護保険料の金額は、介護保険サービスの整備が進み利用者が増えることによって、介護保険料が高くなる関係にあります。あなたは、保険料の金額と介護保険サービスの水準の関係について、どのように考えますか。(一つに○)

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 介護保険料が多少高くても、サービスが充実しているほうが良い |
| 2. ほどほどの介護保険料で、ある程度のサービスが受けられればよい |
| 3. サービスを多少おさえても、介護保険料が安いほうが良い |

問 43 平成 27 年 8 月より一定以上の所得の方については、介護保険サービスの利用者負担割合が 1 割から 2 割負担になりましたが、このことについてどのように考えますか。(一つに○)

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1. 今の負担では苦しい | 2. 妥当だと思う |
| 3. 利用者負担はもっと増やすべき | 4. わからない |

8 今後の生活について

問 44 あなたは、介護が必要になった場合、どのような介護のあり方を希望しますか。(一つに○)

1. 自宅で主に家族などの介護を受けながら生活したい
2. 自宅で介護保険サービスを利用しながら生活したい
3. 高齢者向けの賃貸住宅で、介護保険サービスを利用しながら生活したい
4. 特別養護老人ホームに入所したい
5. グループホームに入所したい
6. 有料老人ホームに入所したい
7. わからない
8. その他 ()

《 在宅の介護保険サービスについて 》

ほうもんけい
・訪問系サービス

ヘルパーなどが自宅を訪問して、身体介護や生活援助などを行うサービスです。

(ホームヘルプなど)

つうしょけい
・通所系サービス

通所施設に通って、日常生活上の支援や生活機能訓練などを受けるサービスです。(デイサービスなど)

たんきにゆうしょ
・短期入所サービス (ショートステイ)

福祉施設等に短期間入所して、身体介護や機能訓練などを受けるサービスです。

《 グループホーム について 》

にんちしょうこうれいしゅ
・認知症高齢者グループホーム

認知症の方が、職員から食事や入浴などの日常生活上の支援を受けながら、少人数のグループで生活する施設です。

問 45 介護が必要になっても、あなたが自宅で暮らし続けるためには、どのようなことが課題になるとおもいますか。(○はいくつでも)

1. 介護できる家族がない
2. 家族だけでは、十分な介護が難しい
3. 在宅の介護保険サービスだけでは、十分な介護が難しい
4. 家族の経済的負担が大きい
5. 住まいに支障がある
6. 買い物や通院などの外出に支障がある
7. 緊急時の対応に不安がある
8. 夜間の介護や見守りに支障がある
9. 在宅医療の利用に不安がある
10. 特にない
11. その他 ()

問 46 介護が必要になっても、自宅で暮らし続けるために必要なことはどのようなことだと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 住み慣れた地域にあるデイサービス（通い）を利用しながら、必要に応じてなじみの職員が訪問したり、短期の宿泊ができる多機能型の施設
2. 一日複数回の短時間の定期巡回訪問サービス（夜間の定期的な巡回訪問を受けることができる介護サービス）
3. 訪問診療などの自宅で医療ケアを受けられる体制
4. 身近な場所での転倒・骨折予防の体操などができる機会と場所
5. 健康や生活に関する講座や相談ができる機会と場所
6. 近隣住民などの理解、協力
7. 介護保険サービス以外の、ボランティアなどによる生活支援（買物やゴミ出しなど）
8. 身近な場所にある相談窓口
9. 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援
10. 段差解消や手すりの取り付けなど自宅のバリアフリー化
11. その他（)
12. 特にない

問 47 あなたは、高齢者がいきいきと心豊かに暮らすためには、どのような取り組みが重要だと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 趣味や生きがいづくり、社会活動参加への支援
2. 健康づくりや介護予防のための支援
3. 働く機会や働く場所の確保
4. 在宅の介護保険サービスの充実
5. 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
6. 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口
7. 認知症に関する施策の充実
8. 地域の人をつながりづくりや、見守り活動の促進
9. 高齢者に配慮した住まいや、住環境づくり
10. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備や増設
11. 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
12. 高齢者の虐待対策
13. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
14. 特にない
15. その他（)

問 48 小平市の高齢者施策について、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。

ご協力ありがとうございました。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

12月21日(水)までに、ポストに投函してください。

小平市 介護保険サービス利用状況アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

平成28年11月7日
小平市介護保険運営協議会
資料 1-2

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成30年度から平成32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・介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険の在宅サービスを利用されている方（平成28年9月時点）の中から、2,100名を無作為に選ばせていただき、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。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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』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21日（水）**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、あて名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1 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

- | | |
|------------|------------|
| 1. あて名ご本人 | 2. ご家族の方 |
| 3. ホームヘルパー | 4. ケアマネジャー |
| 5. その他 () | |

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 あなたの年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をお聞きします。(一つに○)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 |
| 4. 要介護2 | 5. 要介護3 | 6. 要介護4 |
| 7. 要介護5 | | |

問5 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 5万円未満 | 2. 5万円以上 10万円未満 |
| 3. 10万円以上 15万円未満 | 4. 15万円以上 20万円未満 |
| 5. 20万円以上 30万円未満 | 6. 30万円以上 |

2 住まいについて

問6 あなたのお住まいの種類をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 一戸建ての持家 | 2. 一戸建ての借家 |
| 3. 分譲マンション | 4. 賃貸マンション・アパート |
| 5. 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 | 6. UR都市機構の住宅 |
| 7. その他 () | |

問7 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

1. 中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目
2. 小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町
3. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目
4. 上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町
5. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井

3 ご家族や介護者について

問8 あなたの現在の世帯構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

1. ひとり暮らし
2. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳以上)
3. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳未満)
4. その他の家族が同居(全員65歳以上)
5. その他の家族が同居(65歳未満の方も同居)

問9 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに○)

1. 日中も夜間も一人でいることが多い
2. 日中は一人でいることが多い(夜間は家族がいる)
3. 夜間は一人でいることが多い(日中は家族がいる)
4. 日中も夜間も家族がいることが多い

問10 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(一つに○)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. 配偶者 | 2. 兄弟姉妹 |
| 3. 子 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. その他親族 |
| 7. ホームヘルパーなど | 8. 介護者はいない |
| 9. その他() | |

問10で「1」～「6」と回答した方は問11に、それ以外の方は、問20(P5)にお進みください。

問10で「1」～「6」と回答した方にお聞きします。問11～19は、介護者である家族・親族の

方がお答えください。それ以外の方は、問 20 にお進みください。

問 11 主に介護している方の性別をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問 12 主に介護している方の年齢をお聞きします。平成 28 年 11 月 1 日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問 13 主に介護している方はどこに住んでいますか。(一つに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 同居している |
| 2. 同じまたは隣接する敷地に住んでいる(二世帯住宅を含む) |
| 3. 近所に住んでいる(徒歩 10 分以内) |
| 4. 小平市内に住んでいる |
| 5. 市外に住んでいる |

問 14 主に介護している方は現在就労していますか。(一つに○)

- | |
|--------------------------|
| 1. 正社員として働いている |
| 2. 契約社員・派遣社員等として働いている |
| 3. パート・アルバイトとして働いている |
| 4. 自営業・経営者・フリーランス等で働いている |
| 5. 働いていない |

問 15 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ましたか。(いくつでも○)

- | |
|--|
| 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、転職した |
| 6. 介護のために、仕事を辞めた |
| 7. その他() |

問 16 主な介護者の方は、現在介護のほかに小学生以下のお子さんの子育てをしていますか。
(一つに○)

1. している
2. していない

問 17 主に介護している方が、困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 介護者自身の健康に不安がある | 2. 体力的につらい |
| 3. 精神的につらい | 4. 代わりに頼める人がいない |
| 5. 緊急時の対応に不安がある | 6. 経済的な負担が大きい |
| 7. 介護サービスが不足している | 8. 自宅で医療的ケアが受けられない |
| 9. 特にない | 10. その他 () |

問 18 主に介護している方が、病気や用事などで介護できないときに、どのように対処していますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 同居している家族に頼む | 2. 別に住んでいる家族・親族に頼む |
| 3. 友人・知人などに頼む | 4. 訪問介護（ホームヘルプ）を利用する |
| 5. 短期入所（ショートステイ）を利用する | 6. 通所介護（デイサービス）を利用する |
| 7. お泊りデイサービスを利用する | 8. 対処方法がなくて困っている |
| 9. わからない | 10. その他 () |

問 19 主に介護している方は、今後どのような介護者支援が必要だとお考えですか。
(○はいくつでも)

1. 訪問系サービスの充実（ホームヘルプなど）
2. 通所系サービスの充実（デイサービスなど）
3. 短期入所（ショートステイ）の充実
4. 入所施設の整備・増設（特別養護老人ホームなど）
5. 認知症対策
6. 緊急時の対応についての支援
7. 自宅で受けられる医療的ケア（訪問診療など）
8. 介護者支援に関する情報提供
9. 介護者に対する相談支援
10. 休養や息抜きの機会の確保
11. 介護者同士の交流機会の確保
12. その他 ()

問 20 今後、自宅で生活を続けるために必要なことはどのようなことだと思いますか。

(○はいくつでも)

1. 住み慣れた地域にあるデイサービス（通い）を利用しながら、必要に応じてなじみの職員が訪問したり、短期の宿泊ができる多機能型の施設
2. 一日複数回の短時間の定期巡回訪問サービス（夜間の定期的な巡回訪問を受けることができる介護サービス）
3. 訪問診療などの自宅で医療ケアを受けられる体制
4. 身近な場所での転倒・骨折予防の体操などができる機会と場所
5. 健康や生活に関する講座や相談ができる機会と場所
6. 近隣住民などの理解、協力
7. 介護保険サービス以外の、ボランティアなどによる生活支援（買物やゴミ出しなど）
8. 身近な場所にある相談窓口
9. 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援
10. 段差解消や手すりの取り付けなど自宅のバリアフリー化
11. その他（)
12. 特にない

4 介護保険サービスの利用について

問 21 あなたは、ケアプラン作成を担当しているケアマネジャー（地域包括支援センター職員を含む）の対応に満足していますか。（一つに○）

- | | |
|------------|-------------------|
| 1. 満足している | 2. ほぼ満足している |
| 3. やや不満がある | 4. 不満がある |
| 5. わからない | 6. 担当のケアマネジャーはいない |

問 22 あなたは、ケアマネジャー（地域包括支援センター職員を含む）にどのようなことを希望しますか。（○はいくつでも）

1. 自分や家族の要望をよく聞いてくれること
2. 自分に合ったプランを提案してくれること
3. わかりやすく説明してくれること
4. 言葉づかいや態度が丁寧であること
5. 不満や苦情を伝えやすいこと
6. 定期的に連絡を入れてくれること
7. 事業者との連携がよく取れていること
8. 主治医との連携が取れていること
9. 特にない
10. その他（)

問 23 介護保険サービスの満足度についてお聞きします。

A 利用しているサービスの「A」の欄に○をつけてください。

B 利用しているサービスの満足度について、「B」の欄に○をつけてください。

C 「B」の欄で、「やや不満」、「不満」と答えた方は、その理由を下の欄から選んで、「C」の欄にお答えください。(理由はいくつでも)

※ ご利用のサービスが不明の場合は、ケアプラン等をご確認ください。

※ 要支援の方が利用する「介護予防サービス」も含まれます。

サービス名	A	B					C
	利用している	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	「やや不満」、「不満」である理由を下の欄から選んでお答えください。
記入例	○	1	2	3	④	5	ア、ウ
①訪問介護 (ホームヘルプ) <small>ほうもんかいご</small>		1	2	3	4	5	
②定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 <small>ていきじゆんかい ずいじたいおうがた ほうもんかいごかんご</small>		1	2	3	4	5	
③訪問入浴介護 <small>ほうもんにゆうよくかいご</small>		1	2	3	4	5	
④訪問看護 <small>ほうもんかんご</small>		1	2	3	4	5	
⑤訪問リハビリテーション <small>ほうもん</small>		1	2	3	4	5	
⑥通所介護 (デイサービス) <small>つうしょかいご</small>		1	2	3	4	5	
⑦地域密着型通所介護 <small>ちいきみつちやくがたつうしょかいご</small>		1	2	3	4	5	
⑧認知症対応型通所介護 <small>にんちしょうたいおうがたつうしょかいご</small>		1	2	3	4	5	
⑨通所リハビリテーション (デイケア) <small>つうしょ</small>		1	2	3	4	5	

「やや不満」、「不満」である理由

ア. 回数や時間が足りない	イ. 利用の日時が合わない
ウ. 技術的に不安を感じる	エ. 契約内容とサービスが違っている
オ. サービス内容についての説明が不十分である	
カ. 不満、要望などを聞いてもらえない	
キ. 担当者がよく替わる	ク. 担当者と合わない
ケ. 利用料が高い	コ. プライバシーへの配慮がない
サ. 緊急時に対応してくれない	
シ. その他 (※内容を表中に記入してください)	

サービス名	A	B					C
	利用している	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	「やや不満」、「不満」である理由を下の欄から選んでお答えください。
記入例	○	1	2	3	④	5	ア、ウ
⑩短期入所生活介護 (ショートステイ)		1	2	3	4	5	
⑪短期入所療養介護 (医療ショートステイ)		1	2	3	4	5	
⑫小規模多機能型居宅介護		1	2	3	4	5	
⑬居宅療養管理指導		1	2	3	4	5	
⑭福祉用具の貸与		1	2	3	4	5	
⑮福祉用具の購入費支給		1	2	3	4	5	
⑯住宅改修費の支給		1	2	3	4	5	

「やや不満」、「不満」である理由

ア. 回数や時間が足りない	イ. 利用の日時が合わない
ウ. 技術的に不安を感じる	エ. 契約内容とサービスが違っている
オ. サービス内容についての説明が不十分である	
カ. 不満、要望などを聞いてもらえない	
キ. 担当者がよく替わる	ク. 担当者と合わない
ケ. 利用料が高い	コ. プライバシーへの配慮がない
サ. 緊急時に対応してくれない	
シ. その他（※内容を表中に記入してください）	

問 24 あなたは、介護保険サービスの利用に関して不満や苦情があるとき、どなたかに伝えたことはありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. 家族や身近な人に伝えた | 2. 担当職員に直接伝えた |
| 3. 事業所の苦情受付窓口に伝えた | 4. ケアマネジャーに伝えた |
| 5. 地域包括支援センターに伝えた | 6. 市の職員に伝えた |
| 7. 権利擁護センターに伝えた | 8. 伝えたことはない |
| 9. その他 () | |

問 24 で「1」～「7」と回答した方にお聞きします。

問 25 不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(一つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. 改善された | 2. 一部は改善された |
| 3. 改善されなかった | 4. その他 () |

問 26 あなたは、介護保険サービスを利用したことで、心身の状況(要介護度など)が変化しましたか。(一つに○)

- | |
|-----------------------------|
| 1. 利用する前に比べて、改善した |
| 2. 改善はしていないが、悪化を食い止める効果はあった |
| 3. 利用する前に比べて、特に変化はない |
| 4. 利用する前に比べて、むしろ悪化した |
| 5. その他 () |

5 利用者負担について

問 27 あなたが支払っている介護保険サービスの利用料は、利用限度額と比較してどのくらいですか。(一つに○)

※利用限度額とは、一定の負担でサービスを利用できる最大の金額で、要支援・要介護度によって決まっています。

1. 利用限度額よりかなり少ない
2. 利用限度額の半分程度まで利用している
3. ほぼ利用限度額まで利用している
4. 利用限度額を超えて利用している
5. わからない

<参考> 1ヶ月の利用限度額 (目安)

介護度	利用限度額	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)
要支援 1	49,700円	4,970円	9,940円
要支援 2	104,000円	10,400円	20,800円
要介護 1	165,800円	16,580円	33,160円
要介護 2	194,800円	19,480円	38,960円
要介護 3	267,500円	26,750円	53,500円
要介護 4	306,000円	30,600円	61,200円
要介護 5	358,300円	35,830円	71,660円

問 27 で「1. 利用限度額よりかなり少ない」、「2. 利用限度額の半分程度まで利用している」と回答した方にお聞きします。

問 28 利用限度額までサービスを利用しない理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. それほど多くのサービスは必要ないから
2. 利用したいサービスが身近にないから
3. サービス利用の日時が合わないから
4. 契約手続きがわずらわしいから
5. 利用料の負担が大変だから
6. その他 ()

問 29 あなたは、現在のサービス利用料をどのように感じていますか。(一つに○)

1. あまり負担に思わない
2. このくらいの負担はやむを得ない
3. 今の負担では苦しい
4. わからない

6 今後の利用意向について

問 30 あなたは今後、次に挙げるサービスを利用したいと思いますか。利用したい方は、あてはまるサービスの「利用したい」の欄に○をつけてください。現在利用しているサービスについても、引き続き利用したい場合は○をつけてください（○はいくつでも）

サービス名	内容	利用したい
①訪問介護（ホームヘルプ） <small>ほうもんかいご</small>	ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護や生活援助を行います。	
②訪問入浴介護 <small>ほうもんにゆうよくかいご</small>	介護職員と看護師が移動入浴車で利用者の住居を訪問し、入浴介助を行います。	
③訪問看護 <small>ほうもんかんご</small>	看護師等が自宅を訪問して、療養上の世話や診療の補助を行います。	
④訪問リハビリテーション <small>ほうもん</small>	理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問し、リハビリテーションを行います。	
⑤通所介護（デイサービス） <small>つうしょかいご</small>	通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。	
⑥通所リハビリテーション（デイケア） <small>つうしょ</small>	老人保健施設などに通って、日常生活での自立に向けたリハビリテーションを受けます。	
⑦短期入所生活介護（ショートステイ） <small>たんきにゆうしよせいかつかいご</small>	福祉施設等に短期間入所して、身体介護や機能訓練などを受けます。	
⑧短期入所療養介護（医療ショートステイ） <small>たんきにゆうしりょうようかいご</small> <small>いりょう</small>	医療機関等に短期間入所して、身体介護や必要な医療行為などを受けます。	
⑨居宅療養管理指導 <small>きょたくりょうようかんりしどう</small>	医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。	
⑩福祉用具の貸与 <small>ふくしようぐ たいよ</small>	車いすや特殊寝台など、日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与します。	
⑪福祉用具の購入費支給 <small>ふくしようぐ こうにゆうひしきゆう</small>	入浴や排せつなどに使用する福祉用具を購入した際、その費用を支給します。	
⑫住宅改修費の支給 <small>じゅうたくかいしゅうひ しきゆう</small>	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、その費用を支給します。	
⑬特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） <small>とくべつようごろうじん</small> <small>かいごろうじんふくししせつ</small>	常時介護を必要とする方が入所して、生活全般にわたる介護と支援を受ける施設です。	
⑭介護老人保健施設 <small>かいごろうじんほけんしせつ</small>	病状が安定した方が、日常生活の支援やリハビリを受けながら家庭への復帰を目指す施設です。	
⑮介護療養型医療施設 <small>かいごりょうようがたいりょうしせつ</small>	長期にわたって療養が必要な方が、医療や看護などを受ける施設です。	
⑯特定施設入居者生活介護 <small>とくていしせつにゆうきよしやせいかつかいご</small>	有料老人ホーム等に入居して、日常生活上の支援や介護を受けます。	

問 31 あなたは今後、次に挙げる地域密着型サービスを利用したいと思いますか。利用したい方は、あてはまるサービスの「利用したい」の欄に○をつけてください。現在利用しているサービスについても、引き続き利用したい場合は○をつけてください（○はいくつでも）

サービス名	内容	利用したい
① <small>ていきじゆんかい ずいじたいおうがた</small> 定期巡回・随時対応型 <small>ほうもんかいごかんご</small> 訪問介護看護	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回訪問と、緊急時などの随時対応を行う 24 時間対応のサービスです。	
② <small>やかんたいおうがたほうもんかいご</small> 夜間対応型訪問介護	夜間も安心して生活できるように、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報を受けて対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。	
③ <small>ちいきみつちやくがたつうしょかいご</small> 地域密着型通所介護	利用定員 18 人以下の小規模の通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。	
④ <small>にんちしょうたいおうがたつうしょかいご</small> 認知症対応型通所介護	認知症の方が、日中の数時間を通所施設で過ごしながらか、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	
⑤ <small>しょうきぼたきのうがたきょたくかいご</small> 小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の状態や希望、家族の事情などに応じて、「訪問」や「泊まり」を柔軟に組み合わせ利用できるサービスです。	
⑥ <small>かんごしょうきぼたきのうがた</small> 看護小規模多機能型 <small>きょたくかいご</small> 居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた、医療的なニーズにも対応できるサービスです。	
⑦ <small>にんちしょうこうれいしゃ</small> 認知症高齢者グループ ホーム	認知症の方が、職員から食事や入浴などの日常生活上の支援を受けながら、少人数のグループで生活する施設です。	
⑧ <small>ちいきみつちやくがたとくべつようご</small> 地域密着型特別養護 <small>ろうじん</small> 老人ホーム	定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームです。	

ちいきみつちやくがた
※地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは、住み慣れた地域でサービスを受けながら暮らせるように、市が主体となってサービスの基盤を整備し、市民に限定して提供するサービスです。

7 介護保険制度の運営について

問 32 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思いますか。(○はいくつでも)

1. 介護保険サービスの情報提供の充実
2. サービス事業者の質の向上
3. ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
4. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
5. 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
6. 認知症に関する施策の充実
7. 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
8. 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
9. 地域の人をつながりづくりや、見守り活動の促進
10. 高齢者の虐待対策
11. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
12. 特にない
13. その他 ()

せいねんこうけんせいど ※成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

問 33 介護保険サービスについて、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。

ご協力ありがとうございました。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

12月21日(水)までに、ポストに投函してください。

小平市 介護保険サービス利用状況アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

平成28年11月7日
小平市介護保険運営協議会
資料 1-3

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成30年度から平成32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・介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険の施設・居住系サービスを利用されている方（平成28年9月時点）の中から、900名を無作為に選ばせていただき、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。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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』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21日（水）**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、あて名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1 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. あて名ご本人 | 2. ご家族の方 |
| 3. 施設の職員 | 4. その他 () |

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 あなたの年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳)

問4 あなたの要支援・要介護度をお聞きします。(一つに○)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 |
| 4. 要介護2 | 5. 要介護3 | 6. 要介護4 |
| 7. 要介護5 | | |

問5 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 5万円未満 | 2. 5万円以上 10万円未満 |
| 3. 10万円以上 15万円未満 | 4. 15万円以上 20万円未満 |
| 5. 20万円以上 30万円未満 | 6. 30万円以上 |

2 施設・居住系サービスについて

問6 あなたが入所している施設の種類をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|------------------------|--------------|
| 1. 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) | 2. 介護老人保健施設 |
| 3. 介護療養型医療施設 | 4. 有料老人ホーム |
| 5. 認知症高齢者グループホーム | 6. 介護保険以外の病院 |
| 7. その他 () | |

問7 あなたが入所している施設の所在地はどこですか。(一つに○)

- | |
|---|
| 1. 小平市内 |
| 2. 近隣の市(立川市、小金井市、東村山市、国分寺市、東大和市、東久留米市、西東京市) |
| 3. 上記以外の東京都内の区市町村 |
| 4. 東京都外 |

問8 あなたが暮らしている居室の種類をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|--------------------|------------|
| 1. 多床室(2人部屋・4人部屋等) | 2. ユニット型個室 |
| 3. その他の個室 | 4. その他() |

※ユニット型個室について

ユニット型個室とは、10人程度を1つの生活単位(=ユニット)として、食堂・談話スペースなどの共用スペースが併設されている個室のことをいいます。少人数の家庭的な雰囲気の中で、専属のスタッフが入居者の個性や生活のリズムに沿ってケアを行います。

問8で「1 多床室(2人部屋・4人部屋等)」と回答した方にお聞きします。

問9 あなたは今後、ユニット型などの個室を利用したいと思いますか。(一つに○)

- | |
|--------------------------|
| 1. 利用者負担が増えても利用したい |
| 2. 利用者負担が増えるのであれば利用したくない |
| 3. 今のままでよい |
| 4. わからない |

問10 あなたが現在の施設に入所するまでの待期期間はどれくらいありましたか。(一つに○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 1か月未満～3か月程度 | 2. 3か月～半年程度 |
| 3. 半年～1年程度 | 4. 1年以上 |

問11 あなたは希望通りの施設に入所できましたか。(一つに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 希望通りの施設に入所できた |
| 2. 希望通りではないが、ある程度希望に近い施設に入所できた |
| 3. 入所できたが希望通りではない |

問 12 あなたは、現在の施設でのサービス内容について、どのように感じていますか。
 (それぞれ一つに○)

サービス名	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満
記入例	1	②	3	4	5
①食事	1	2	3	4	5
②入浴	1	2	3	4	5
③排せつ	1	2	3	4	5
④機能訓練	1	2	3	4	5
⑤必要な医療の実施	1	2	3	4	5
⑥看護	1	2	3	4	5
⑦健康管理・栄養上の管理	1	2	3	4	5

問 13 あなたは、施設での生活に関して困っていることがありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 介護や看護の内容が良くない | 2. 職員の言葉づかいや態度が良くない |
| 3. 居室の環境が良くない | 4. 日中の過ごし方に不満がある |
| 5. 緊急時の対応に不安がある | 6. 相談できる相手がない |
| 7. プライバシーが十分保てない | 8. 家族が面会に訪れにくい |
| 9. 外出の機会が少ない | 10. 特にない |
| 11. その他 () | |

問 14 あなたは、現在の施設利用料（部屋代、食事代、日常生活費など）をどのように感じていますか。(一つに○)

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. あまり負担に思わない | 2. このくらいの負担はやむを得ない |
| 3. 今の負担では苦しい | 4. わからない |

問 15 あなたは、施設の利用に関して不満や苦情があるとき、どなたかに伝えたことはありますか。
(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. 家族や身近な人に伝えた | 2. 担当職員に直接伝えた |
| 3. 施設の苦情受付窓口に伝えた | 4. 介護相談員に伝えた |
| 5. 地域包括支援センターに伝えた | 6. 市の職員に伝えた |
| 7. 権利擁護センターに伝えた | 8. 伝えたことはない |
| 9. その他 () | |

※介護相談員について

介護相談員は、利用者から介護サービスに関する苦情や不満等を聞き、利用者とサービス提供者の双方と対等な立場で、両者の橋渡し役として、問題解決に向けた手助けをします。現在、14名の介護相談員が市から派遣されており、市内の特別養護老人ホームや介護老人保健施設に月1～2回程度訪問しています。

問 15 で不満や苦情を伝えた(1～7)と回答した方にお聞きします。

問 16 不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(一つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. 改善された | 2. 一部は改善された |
| 3. 改善されなかった | 4. その他 () |

問 17 あなたが施設を退所して、在宅での生活に戻ることを想定した場合、どのようなことが課題になると思いますか。(○はいくつでも)

- | |
|------------------------------|
| 1. 介護できる家族がない |
| 2. 家族だけでは、十分な介護が難しい |
| 3. 在宅の介護保険サービスだけでは、十分な介護が難しい |
| 4. 家族の経済的負担が大きい |
| 5. 住まいに支障がある |
| 6. 買い物や通院などの外出に支障がある |
| 7. 緊急時の対応に不安がある |
| 8. 夜間の介護や見守りに支障がある |
| 9. 在宅医療の利用に不安がある |
| 10. 特にない |
| 11. その他 () |

3 介護保険制度の運営について

問 18 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思いますか。
(〇はいくつでも)

1. 介護保険サービスの情報提供の充実
2. サービス事業者の質の向上
3. ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
4. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
5. 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
6. 認知症に関する施策の充実
7. 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
8. 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
9. 地域の人をつながりづくりや、見守り活動の促進
10. 高齢者の虐待対策
11. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
12. 特にない
13. その他 ()

せいねんこうけんせいど ※成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

問 19 介護保険サービスについて、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。

ご協力ありがとうございました。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

12月21日(水)までに、ポストに投函してください。

小平市 介護保険サービス利用状況アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

平成28年11月7日
小平市介護保険運営協議会
資料 1-4

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成30年度から平成32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・介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険サービスを利用されていない方（平成28年9月時点）の中から、900名を無作為に選ばせていただき、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。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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』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21日（水）**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、あて名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1 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

1. あて名ご本人
2. ご家族の方
3. その他 ()

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

1. 男性
2. 女性

問3 あなたの年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をお聞きします。(一つに○)

1. 要支援1
2. 要支援2
3. 要介護1
4. 要介護2
5. 要介護3
6. 要介護4
7. 要介護5

問5 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

1. 5万円未満
2. 5万円以上10万円未満
3. 10万円以上15万円未満
4. 15万円以上20万円未満
5. 20万円以上30万円未満
6. 30万円以上

2 住まいについて

問6 あなたのお住まいの種類をお聞きします。(一つに○)

1. 一戸建ての持家
2. 一戸建ての借家
3. 分譲マンション
4. 賃貸マンション・アパート
5. 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅
6. UR都市機構の住宅
7. その他 ()

問7 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

1. 中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目
2. 小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町
3. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目
4. 上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町
5. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井

3 ご家族や介護者について

問8 あなたの現在の世帯構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

1. ひとり暮らし
2. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳以上)
3. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳未満)
4. その他の家族が同居(全員65歳以上)
5. その他の家族が同居(65歳未満の方も同居)

問9 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに○)

1. 日中も夜間も一人であることが多い
2. 日中は一人であることが多い(夜間は家族がいる)
3. 夜間は一人であることが多い(日中は家族がいる)
4. 日中も夜間も家族がいることが多い

問10 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(一つに○)

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 兄弟姉妹 |
| 3. 子 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. その他親族 |
| 7. 介護者はいない | 8. その他() |

問10で「1」～「6」と回答した方にお聞きします。問11～19は、介護者である家族・親族の方がお答えください。それ以外の方は、問20にお進みください。

問11 主に介護している方の性別をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問12 主に介護している方の年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問13 主に介護している方はどこに住んでいますか。(一つに○)

1. 同居している
2. 同じまたは隣接する敷地に住んでいる(二世帯住宅を含む)
3. 近所に住んでいる(徒歩10分以内)
4. 小平市内に住んでいる
5. 市外に住んでいる

問 14 主に介護している方は現在就労していますか。(一つに○)

1. 正社員として働いている
2. 契約社員・派遣社員等として働いている
3. パート・アルバイトとして働いている
4. 自営業・経営者・フリーランス等で働いている
5. 働いていない

問 15 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ましたか。(いくつでも○)

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、転職した
6. 介護のために、仕事を辞めた
7. その他（ ）

問 16 主な介護者の方は、現在介護のほかに小学生以下のお子さんの子育てをしていますか。(一つに○)

1. している
2. していない

問 17 主に介護している方が、困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 介護者自身の健康に不安がある | 2. 体力的につらい |
| 3. 精神的につらい | 4. 代わりに頼める人がいない |
| 5. 緊急時の対応に不安がある | 6. 経済的な負担が大きい |
| 7. 介護サービスが不足している | 8. 自宅で医療的ケアが受けられない |
| 9. 特にない | 10. その他（ ） |

問 18 主に介護している方が、病気や用事などで介護できないときに、どのように対処していますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 同居している家族に頼む | 2. 別に住んでいる家族・親族に頼む |
| 3. 友人・知人などに頼む | 4. 訪問介護（ホームヘルプ）を利用する |
| 5. 短期入所（ショートステイ）を利用する | |
| 6. 通所介護（デイサービス）を利用する | |
| 7. お泊りデイサービスを利用する | 8. 対処方法がなくて困っている |
| 9. わからない | 10. その他（) |

問 19 主に介護している方は、今後どのような介護者支援が必要だとお考えですか。(〇はいくつでも)

- | |
|-------------------------|
| 1. 訪問系サービスの充実（ホームヘルプなど） |
| 2. 通所系サービスの充実（デイサービスなど） |
| 3. 短期入所（ショートステイ）の充実 |
| 4. 入所施設の整備（特別養護老人ホームなど） |
| 5. 認知症対策 |
| 6. 緊急時の対応についての支援 |
| 7. 自宅で受けられる医療的ケア |
| 8. 介護者支援に関する情報提供 |
| 9. 介護者に対する相談支援 |
| 10. 休養や息抜きの機会の確保 |
| 11. 介護者同士の交流機会の確保 |
| 12. その他（) |

問 20 今後、在宅での生活を続けるために必要なことはどのようなことだと思いますか。(〇はいくつでも)

1. 住み慣れた地域にあるデイサービス（通い）を利用しながら、必要に応じてなじみの職員が訪問したり、短期の宿泊ができる多機能型の施設
2. 一日複数回の短時間の定期巡回訪問サービス（夜間の定期的な巡回訪問を受けることができる介護サービス）
3. 訪問診療などの自宅で医療ケアを受けられる体制
4. 身近な場所での転倒・骨折予防の体操などができる機会と場所
5. 健康や生活に関する講座や相談ができる機会と場所
6. 近隣住民などの理解、協力
7. 介護保険サービス以外の、ボランティアなどによる生活支援（買物やゴミ出しなど）
8. 身近な場所にある相談窓口
9. 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援
10. 段差解消や手すりの取り付けなど自宅のバリアフリー化
11. その他（)
12. 特にない

4 介護保険サービスの利用について

問 21 あなたが介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。
(〇はいくつでも)

1. 入院中であるため
2. 特にまだサービスを利用するほどでもないため
3. 家族などに介護してもらっているため
4. 介護保険以外のサービスを利用しているため
5. 利用したいが、利用料の支払いが困難であるため
6. 利用したいが、事業者または施設が予約でいっぱいであるため
7. 利用したいが、サービスの利用方法がわからないため
8. 利用したいサービスがないため
9. サービスを利用することに抵抗があるため
10. その他（)

問 22-1 あなたは、次に挙げるサービスを知っていますか。知っているサービスの「1 知っている」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

問 22-2 あなたは、次に挙げるサービスを今後利用したいと思いませんか。利用したいサービスの「2 利用したい」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

サービス名	内 容	知 つ て い る	利 用 し た い
記入例	(記入例)	①	②
①訪問介護 (ホームヘルプ) <small>ほうもんかいご</small>	ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護や生活援助を行います。	1	2
②訪問入浴介護 <small>ほうもんにゆうよくかいご</small>	介護職員と看護師が移動入浴車で利用者の住居を訪問し、入浴介助を行います。	1	2
③訪問看護 <small>ほうもんかんご</small>	看護師等が自宅を訪問して、療養上の世話や診療の補助を行います。	1	2
④訪問リハビリテーション <small>ほうもん</small>	理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問し、リハビリテーションを行います。	1	2
⑤通所介護 (デイサービス) <small>つうしょかいご</small>	通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。	1	2
⑥通所リハビリテーション (デイケア) <small>つうしょ</small>	老人保健施設などに通って、日常生活での自立に向けたリハビリテーションを受けます。	1	2
⑦短期入所生活介護 (ショートステイ) <small>たんきにゆうしょせいかつかいご</small>	福祉施設等に短期間入所して、身体介護や機能訓練などを受けます。	1	2
⑧短期入所療養介護 (医療ショートステイ) <small>たんきにゆうしりょうようかいご</small> <small>いりょう</small>	医療機関等に短期間入所して、身体介護や必要な医療行為などを受けます。	1	2

サービス名	内 容	知っている	利用したい
記入例	(記入例)	①	②
⑨ <small>きょたくりょうようかんりしどう</small> 居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。	1	2
⑩ <small>ふくしょうぐ たいよ</small> 福祉用具の貸与	車いすや特殊寝台など、日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与します。	1	2
⑪ <small>ふくしょうぐ こうにゆうひしきゆう</small> 福祉用具の購入費支給	入浴や排せつなどに使用する福祉用具を購入した際、その費用を支給します。	1	2
⑫ <small>じゅうたくかいしゅうひ しきゆう</small> 住宅改修費の支給	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、その費用を支給します。	1	2
⑬ <small>とくべつようごろうじん</small> 特別養護老人ホーム <small>かいごろうじんふくししせつ</small> (介護老人福祉施設)	常時介護を必要とする方が入所して、生活全般にわたる介護と支援を受ける施設です。	1	2
⑭ <small>かいごろうじんほけんしせつ</small> 介護老人保健施設	病状が安定した方が、日常生活の支援やリハビリを受けながら家庭への復帰を目指す施設です。	1	2
⑮ <small>かいごりょうようがたいりょうしせつ</small> 介護療養型医療施設	長期にわたって療養が必要な方が、医療や看護などを受ける施設です。	1	2
⑯ <small>とくていしせつにゆうきょしゃせいかつかいご</small> 特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等に入居して、日常生活上の支援や介護を受けます。	1	2

問 23-1 あなたは、次に挙げる地域密着型サービスを知っていますか。知っているサービスの「1 知っている」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

問 23-2 あなたは、次に挙げる地域密着型サービスを今後利用したいと思いませんか。利用したいサービスの「2 利用したい」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

サービス名	内 容	知っている	利用したい
記入例	(記入例)	①	②
① <small>ていきじゆんかい ずいじたいおうがた</small> 定期巡回・随時対応型 <small>ほうもんかいごかんご</small> 訪問介護看護	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回訪問と、緊急時などの随時対応を行う24時間対応のサービスです。	1	2
② <small>やかんたいおうがたほうもんかいご</small> 夜間対応型訪問介護	夜間も安心して生活できるように、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報を受けて対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。	1	2
③ <small>ちいきみつちやくがたつうしょかいご</small> 地域密着型通所介護	利用定員 18 人以下の小規模の通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。	1	2
④ <small>にんちしょうたいおうがたつうしょかいご</small> 認知症対応型通所介護	認知症の方が、日中の数時間を通所施設で過ごししながら、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	1	2
⑤ <small>しょうきぼたきのうがたきょたくかいご</small> 小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の状態や希望、家族の事情などに応じて、「訪問」や「泊まり」を柔軟に組み合わせて利用できるサービスです。	1	2
⑥ <small>かんごしょうきぼたきのうがた</small> 看護小規模多機能型 <small>きょたくかいご</small> 居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた、医療的なニーズにも対応できるサービスです。	1	2
⑦ <small>にんちしょうこうれいしゃ</small> 認知症高齢者グループ ホーム	認知症の方が、職員から食事や入浴などの日常生活上の支援を受けながら、少人数のグループで生活する施設です。	1	2
⑧ <small>ちいきみつちやくがたとくべつようご</small> 地域密着型特別養護 <small>ろうじん</small> 老人ホーム	定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームです。	1	2

※地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは、住み慣れた地域でサービスを受けながら暮らせるように、市が主体となってサービスの基盤を整備し、市民に限定して提供するサービスです。

5 介護保険制度の運営について

問 24 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思いますか。
(〇はいくつでも)

1. 介護保険サービスの情報提供の充実
2. サービス事業者の質の向上
3. ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
4. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
5. 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
6. 認知症に関する施策の充実
7. 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
8. 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
9. 地域の人とのつながりづくりや、見守り活動の促進
10. 高齢者の虐待対策
11. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
12. 特にない
13. その他 ()

せいねんこうけんせいど ※成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

問 25 介護保険サービスについて、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。

ご協力ありがとうございました。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

12月21日(水)までに、ポストに投函してください。

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 —

平成28年11月7日
小平市介護保険運営協議会
資料 1-5

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。

この度、平成30年度から平成32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・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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆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21日（水）**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

1 ご本人や所属事業所について

問1 あなたの性別をお聞きします。(1つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問2 あなたの年齢をお聞きします。

平成28年11月1日現在の年齢をお答えください。

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. 20代 | 2. 30代 | 3. 40代 |
| 4. 50代 | 5. 60代 | 6. 70歳以上 |

問3 あなたの勤務形態をお答えください。(1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 |
|-------|--------|

問4 あなたは、平成28年11月1日現在、ケアマネジャー業務に従事してどのくらいの経験がありますか。転職などを行っている場合は、前職なども含めた合計期間で答えてください。(1つに○)

- | | | |
|---------|-------------|---------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上3年未満 | 3. 3年以上 |
| 4. 5年以上 | 5. 10年以上 | |

問5 あなたは、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）の資格をお持ちですか。(1つに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない |
|----------|-----------|

問6 あなたは、介護支援専門員（ケアマネジャー）（以下「ケアマネジャー」）以外にどのような保健医療福祉関係の資格をお持ちですか。(いくつでも○)

- | | | |
|---------------|----------------------------|-----------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 | 3. 薬剤師 |
| 4. 保健師 | 5. 看護師、准看護師 | 6. 理学療法士 |
| 7. 作業療法士 | 8. 言語聴覚士 | 9. 歯科衛生士 |
| 10. 管理栄養士、栄養士 | 11. 精神保健福祉士 | 12. 社会福祉士 |
| 13. 介護福祉士 | 14. 介護職員初任者研修修了（経過措置対象者含む） | |
| 15. その他（ | | ） |

問7 あなたが所属している事業所の所在地はどこですか。(1つに○)

1. 中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目
2. 小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町
3. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目
4. 上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町
5. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井

問8 平成28年10月31日現在で、あなたが担当している利用者数は何人ですか。要介護度別の人数を記入してください。(一時的入院中などを含め、継続的に関わっている利用者数を記入してください。)

要支援1	人
要支援2	人
要介護1	人
要介護2	人
要介護3	人
要介護4	人
要介護5	人
合計	人

2 サービスの状況について

問9 ケアプランを作成する中で、事業所数もしくは定員など、量的に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から3つずつ選んで番号を記入してください。

(1) 量的に不足しているサービス

①	②	③
---	---	---

(2) ケアプランに組み入れにくいサービス

①	②	③
---	---	---

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 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. 複合型サービス | 18. 特にない |

問10 インフォーマル（制度化されていない）サービスも含めた支援策についておたずねします。在宅生活を支えるために、これから充実が必要と感じる生活支援は次のどれですか。（いくつでも○）

- | |
|-----------------------|
| 1. ごみ出しなどのちょっとした家事の援助 |
| 2. 家族介護者の支援 |
| 3. ふれあいサロン・コミュニティカフェ |
| 4. 見守りを兼ねた配食サービス |
| 5. 通院介助 |
| 6. 日用品の買い物支援 |
| 7. 移動販売・食材配達 |
| 8. その他（ |

）

問 11 現在、小平市では以下のような高齢者保健福祉サービスを実施していますが、今後一層の充実が必要と思うサービスは次のどれですか。(いくつでも○)

1. 訪問給食サービス
2. 訪問理・美容サービス
3. 共通入浴券の配付
4. ねたきり高齢者おむつ支給等事業
5. 緊急通報システム
6. 火災安全システム
7. 電話訪問サービス
8. おはようふれあい訪問サービス(乳酸菌飲料の配付)
9. 徘徊高齢者家族支援サービス
10. その他()

問 12 平成27年度制度改正を受けての影響について、お考えのことなどをお書きください。

平成27年度介護保険制度の改正の主な内容

- 地域支援事業の充実
 - ①在宅医療・介護連携の推進
 - ②認知症施策の推進
 - ③地域ケア会議の推進
 - ④生活支援サービスの充実強化
- 予防給付の見直し(介護予防訪問介護、介護予防通所介護の地域支援事業への移行)
- 特養の機能重点化(新規入所者を、原則要介護3以上に限定)
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
- サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
- 地域密着型通所介護の創設

3 サービス担当者会議について

問 13 サービス担当者会議の開催にあたって、困難と感じることは何ですか。
(いくつかでも○)

1. 自分の日程調整	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. かかりつけ医（主治医）の出席	6. 資料づくり
7. 会議の進め方	8. その他（ ）

問 14 かかりつけ医（主治医）、利用者や家族などがサービス担当者会議に参加しない場合、その理由は何だとお考えですか。(①～⑦、それぞれいくつかでも○)

	サービス事業者	かかりつけ医(主治医)	利用者	家族
① 日にちや曜日が合わない	1	2	3	4
② 時間などが合わない	1	2	3	4
③ 連絡がつかない	1	2	3	4
④ サービス担当者会議の意義や役割を理解してくれない	1	2	3	4
⑤ 自分との信頼関係が確立されていない	1	2	3	4
⑥ 自分が出席を呼びかけていない	1	2	3	4
⑦ その他（ ）	1	2	3	4

4 地域包括支援センターの役割について

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役割は何ですか。
(いくつかでも○)

1. 地域の相談窓口としての役割
2. 実態把握などによる要援護高齢者の早期発見と対応の役割
3. 高齢者虐待防止の役割
4. 権利擁護の役割
5. 介護予防マネジメントを実施する役割
6. ケアマネジャーに対する個別指導・相談の役割
7. ケアマネジャーのネットワークづくりの役割
8. 多職種協働・連携推進の役割
9. その他（ ）

5 認知症の方の支援について

問 16 あなたが担当する認知症の方の状況で、実際にあるのは次のどれですか。
(いくつでも○)

1. 医療機関を受診しない
2. 本人の意思確認が困難
3. 家族が認知症であることを認めない
4. 薬の飲み間違いがあって、服薬管理ができない
5. サービスを利用してもらえない、サービス拒否がある
6. 認知症の症状が急変して緊急対応が必要になる
7. 認知症の症状のため適切なサービスが受けられない
8. 消費者被害に遭遇したことがある
9. 虐待を受けている
10. その他 ()

問 17 これから、認知症の人の支援にあたり必要になると思うのは、次のどれですか。
(3つまで○)

1. 認知症に関する正しい知識や理解を広めること
2. 認知症を予防する取り組み
3. 認知症の早期発見・早期診療のしくみ
4. 認知症専門医や専門医療機関を周知すること
5. 認知症の相談窓口を充実させること
6. 介護する家族同士の交流会
7. 認知症の人を見守る地域ボランティア
8. 認知症の人を支える施設やサービス
9. 悪質商法などから高齢者を守るしくみ
10. 特にない
11. その他 ()

6 高齢者虐待について

問 18 家庭内における高齢者虐待（疑いを含む。）の事例を経験（担当）したことがありますか。
(一つに○)

1. ある
2. ない

問18で「1. ある」と回答した方にお聞きします。

問19 高齢者虐待（疑いを含む。）の事実を知った経緯は何ですか。（いくつでも○）

1. ケアマネジャーとしての業務の中で気づいた
2. サービス提供事業者からの連絡
3. 医療機関からの連絡
4. 高齢者本人からの相談
5. 虐待者からの相談
6. 高齢者の家族、親族からの相談
7. その他（ ）

問20 その時にどのように解決をはかりましたか

問21 高齢者虐待への対応として必要な制度や仕組みはどのようなものだと思いますか。
（○は3つまで）

1. 相談窓口の設置、明確化
2. 関係機関のネットワークの強化
3. 対応マニュアルの周知
4. 介護者への援助の充実
5. 住民への啓発
6. 関係機関や職員への研修
7. 緊急一時保護施設の確保
8. 成年後見制度への積極的な取り組み
9. 日常生活自立支援事業の充実
10. 家族介護者を対象とした介護相談の充実
11. 警察・司法との連携・介入
12. その他（ ）

7 医療と介護の連携について

問 22 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。
(いくつでも○)

- | | | |
|--------------|-------------|------------------|
| 1. 電話 | 2. ファックス | 3. 電子メール |
| 4. 診察への同行 | 5. 訪問診療への同席 | 6. 医療連携シート |
| 7. サービス担当者会議 | 8. 直接訪問 | 9. 市の在宅医療連携窓口を利用 |
| 10. その他 (| |) |

問 23 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 25 へ進む |
| 2. ある程度連携している | | |
| 3. 連携が不十分である | } | 問 24 へ進む |
| 4. ほとんど連携していない | | |

問 23 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」と回答した方におたずねします。

問 24 あなたがそのように考える理由は次のどれですか。(3つまで○)

- | | |
|-------------------------------|---|
| 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とれない | |
| 4. 個人情報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. 誰と連絡をとればいいのかわからない | |
| 7. その他 (|) |

問 25 あなたが関わるサービス利用者の情報について、次の関係機関、職種への連絡状況をお答えください。(①～⑩それぞれ1つずつ○)

	よく とつとつ している	ある 程度 とつとつ している	あまり とつとつ していない	ほとん ど とつとつ していない
①サービス利用者のかかりつけ医	1	2	3	4
②歯科医師	1	2	3	4
③薬剤師	1	2	3	4
④病院の地域連携室（医療ソーシャルワーカー）	1	2	3	4
⑤地域包括支援センター	1	2	3	4
⑥訪問看護ステーション	1	2	3	4
⑦訪問介護（ホームヘルプ）	1	2	3	4
⑧通所介護（デイサービス）	1	2	3	4
⑨訪問・通所リハビリテーション	1	2	3	4
⑩短期入所生活介護（ショートステイ）	1	2	3	4

問 26 あなたは、医療・介護の連携を図るためにどのようなことが必要だとお考えですか。
(3つまで○)

1. 医師・歯科医師がケアマネジャーの相談を受け付ける時間「ケアマネタイム」を設ける
2. 在宅療養者の情報を共有するためのICTの導入や統一的なフォーマットを作成する
3. 医療・介護の連携マニュアルを作成する
4. 医療関係者と介護関係者が情報交換できる交流の場を確保する
5. 在宅療養者の緊急時用のベッドを確保する
6. 関係者のためのネット上で連絡がとれるような仕組みを構築する
7. その他（)

問 27 あなたは、医療との連携でどのようなことに苦労していますか。

問 28 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。

8 ケアマネジャー業務全般について

問 29 あなたが現在、ケアマネジメントをする上でどんなことに問題や難しさを感じますか。
（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. 困難事例のケアマネジメントの方法がわからない
7. 認知症ケアの方法がわからない
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. その他（)

問 30 あなたが感じた困難なケースに対し、どのように解決を図りましたか。

問 31 ケアプランを作成するうえで、わからないことや困ったことがあったとき誰に相談しますか。
(いくつでも○)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. 同一事務所のケアマネジャー | 2. 他事務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. 相談できる相手がない |
| 13. 困ったりすることはない | |

問 32 どのようなことを相談していますか。(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 () |
| 9. 特に相談することはない |

問 33 ご自身のケアマネジャー業務のレベルアップのために行っている・また今後行いたい取り組みは次のどれですか。(3つずつ選んで番号を記入してください)

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 自主的な勉強会の実施・参加 | 2. 他職種の勉強会への参加 |
| 3. 事業者連絡会などへの参加 | 4. ケアマネ連絡会への参加 |
| 5. 事例検討会の実施・意見交換 | 6. 事業所内の研修への積極的な参加 |
| 7. 外部研修への積極的な参加 | 8. 参考書やWAMなどによる知識や情報収集 |
| 9. 集会や学会への参加・発表 | 10. その他 () |

①行っているもの

②今後行いたいもの

問 34 あなたがケアマネジャーになって良かったと感じたことはなんですか。

9 小平市への意向について

問 35 介護保険制度を運営する上で、小平市が力を入れるべきことは何だと思いますか。
(3つまで○)

1. 介護保険サービスの情報提供の充実
2. サービス事業者の質の向上
3. ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設の整備
5. 高齢期に住み続けられる、住まいの施策の充実
6. 要介護状態にならないための、介護予防事業の充実
7. 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
8. 認知症に関する施策の充実
9. 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
10. 家族介護の負担を軽減する支援策の充実
11. 地域包括支援センターの機能の充実
12. 地域の人をつながりづくりや、見守り活動の促進
13. 高齢者の虐待対策
14. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
15. 住民主体の活動の充実
16. その他 ()

問 36 その他、介護保険制度や平成30年度介護保険制度改正に関するご意見・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。

ご協力ありがとうございました。

調査票、返信用封筒には事業所名や氏名を記入する必要はありません。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

12月21日(水)まで に、ポストに投函してください。

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 —

平成28年11月7日
小平市介護保険運営協議会
資料 1-6

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成30年度から平成32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・介護保険事業計画）」の基礎資料とするため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施いたします。

この調査は、平成28年11月1日現在、小平市にお住まいの65歳以上の方の中から、3,000名を無作為に選ばせていただき、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。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。

平成28年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』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21日（水）**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、あて名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1 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

- | | |
|-----------|----------|
| 1. あて名ご本人 | 2. ご家族の方 |
| 3. その他 (|) |

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 あなたの年齢をお聞きします。平成28年11月1日現在の年齢をお書きください。

() 歳

問4 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

- | |
|---|
| 1. 中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目 |
| 2. 小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町 |
| 3. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目 |
| 4. 上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町 |
| 5. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井 |

問5 あなたが現在同居している世帯の構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

- | | |
|------------------------|---|
| 1. ひとり暮らし | |
| 2. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳以上) | |
| 3. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳未満) | |
| 4. 息子・娘との2世帯 | |
| 5. その他 (|) |

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。(一つに○)

- | |
|---|
| 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。(一つに○)

- | | | |
|-------------|-------------|-------|
| 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。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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。(一つに○)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 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。(一つに○)

- | | |
|-------------|------------|
| 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。(一つに○)

- | | |
|--------------|----------|
| 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。(一つに○)

- | | |
|--------------|-----------|
| 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。(一つに○)

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

問 15 で「1. はい」と回答した方にお聞きします。

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. 障害(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. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 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。(一つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 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。(一つに○)

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

問 21 口の渇きが気になりますか。(一つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 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。

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)(一つに○)

- | |
|--------------------------|
| 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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(一つに○)

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

問 24 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。(一つに○)

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

4 毎日の生活について

問 25 物忘れが多いと感じますか。(一つに○)

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

問 26 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)(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 27 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 28 自分で食事の用意をしていますか。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 29 自分で請求書の支払いをしていますか。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 30 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(一つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 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 31 趣味はありますか。(一つに○)

- | |
|------------------|
| 1. 趣味あり (具体的に：) |
| 2. 思いつかない |

問 32 生きがいがありますか。(一つに○)

- | |
|--------------------|
| 1. 生きがいあり (具体的に：) |
| 2. 思いつかない |

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。

(それぞれ一つに○)

	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老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

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。(一つに○)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

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。(一つに○)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

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・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・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。(一つに○)

- | | |
|------------|---------|
| 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、ご記入ください)

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

問 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。
(一つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 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。(一つに○)

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

問 45 お酒は飲みますか。(一つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 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。(一つに○)

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

- | | |
|---|--|
| 1. ない | 2. 高血圧 |
| 3. 脳卒中 <small>(<small>のうそつちゅう</small> 脳出血・脳梗塞等)</small> | 4. 心臓病 <small>(<small>しんざうびょう</small> 心臓病)</small> |
| 5. 糖尿病 | 6. 高脂血症 <small>(<small>こうしけつしょう</small> 脂質異常)</small> |
| 7. 呼吸器の病気 <small>(<small>そくそく</small> 肺炎や気管支炎等)</small> | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 <small>(<small>いどう</small> 胃腸・肝臓・胆のうの病気)</small> |
| 9. 腎臓・前立腺の病気 <small>(<small>じんぞう</small> 腎臓・前立腺の病気)</small> | 10. 筋骨格の病気 <small>(<small>きんこつかく</small> 骨粗しょう症、関節症等)</small> |
| 11. 外傷 <small>(<small>がいしょう</small> 転倒・骨折等)</small> | 12. がん(新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気 <small>(<small>けつえき</small> 血液・免疫の病気)</small> | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 <small>(<small>にんちしょう</small> アルツハイマー病等)</small> | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 () | |

以上でアンケートは終わりです。

ご協力ありがとうございました。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、

12月21日(水)までに、ポストに投函してください。