

施設・居住系サービス利用者

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 —

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8期介護保険事業計画）（令和3～5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、介護保険の施設・居住系サービスを利用されている方の中から、900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。

令和元年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20日（金）**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

FAX 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 この調査票は、どなたが記入していますか。(1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 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

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

問3 あなたの令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。

() 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をおたずねします。(1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。(1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たずねします。(1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・介護医療院 | 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。(1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たずねします。(1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

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)」と回答した方におたずねします。】

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。(1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機期間はどれくらいありましたか。(1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。(1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。

(①～⑧それぞれ1つに○)

	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レクリエーション・季節の行事	1	2	3	4	5
⑥必要な医療の実施	1	2	3	4	5
⑦看護	1	2	3	4	5
⑧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. 相談できる相手がいない |
| 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. 職員が少ない |
| 11. 不満や苦情を言いづらい | 12. その他 () |
| 13. 特にない | |

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。(1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。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 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. その他 () | |
| 9. 不満や苦情はあるが、伝えたことはない | →問17へ |
| 10. 不満や苦情はない | |

(※) 介護相談員

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人の介護相談員が、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「1」～「7」(不満や苦情を伝えた)と回答した方におたずねします。】

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。(1つに〇)

- | | |
|-------------|-------------|
| 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お考えですか。(〇はいくつでも)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 介護できる家族がいない |
| 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. 在宅介護サービス事業者等への医療や介護の情報の引き継ぎ |
| 11. その他 () |
| 12. 特になし |

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. 介護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. 地域の見守り活動の促進
10. 高齢者が気軽に通うことができる交流の場（サロンなど）の充実
11. 高齢者の虐待対策
12. 高齢者の権利を守る成年後見制度*などの充実
13. その他 ()
14. 特になし

(※) 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。

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。

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(金)まで**に、切手を貼らずにポストに投函してください。

介護保険サービス未利用者

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 —

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8期介護保険事業計画）（令和3～5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、介護保険サービスを利用されていない方の中から、900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。

令和元年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20日（金）**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

FAX 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 この調査票は、どなたが記入していますか。(1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 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

1. 男性
2. 女性

問3 あなたの令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。

() 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をおたずねします。(1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。(1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たずねします。(1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。(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

3 医療の状況について

問8 あなたは、現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない →問11へ

【問8で「1. ある」と回答した方におたずねします。】

問9 現在治療中、または後遺症のある病気は、次のうちどれですか。(○はいくつでも)

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

問10 医療機関の受診形態は、次のうちどれですか。(1つに○)

1. 通院している
2. 訪問診療*を利用している
3. 通院と訪問診療*を利用している
4. 医療機関を受診していない

(※) 訪問診療

医師が定期的に自宅を訪問して、診療を行うことを言います。突発的な病状の変化時に、利用者からの要請により、医師が自宅に診察に来る「往診」とは異なるものです。

4 ご家族や介護者について

問11 あなたが現在一緒に暮らしている家族の構成を教えてください。(1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・親族が同居(全員65歳以上)
5. その他の家族・親族が同居(65歳未満の方も同居)

問12 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(1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13 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(1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. その他() →問26へ |
| 9. 介護者はいない | |

【ここからは、問13で「1」～「6」と回答した方(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6ページの間26にお進みください。】

問14 主に介護している方の性別をおたずねします。(1つに○)

1. 男性
2. 女性

問15 主に介護している方の令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。

() 歳

問16 主に介護している方はどこに住んでいますか。(1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17 主に介護している方は現在就労していますか。(1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18 主に介護している方は、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。(○はいくつでも)

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19 主に介護している方は、ご本人以外の介護や、子育てなどをしていますか。(1つに○)

- | | |
|---------|-----------------------|
| 1. している | 2. していない →問21へ |
|---------|-----------------------|

【問19で「1. している」と回答した方におたずねします。】

問20 ご本人以外に介護や子育てが必要な方は、どなたですか。主に介護している方からみた関係と年齢をお答えください。(○はいくつでも)

1. 配偶者 (年齢 歳)
2. 親 (年齢 歳)
3. 子 (年齢 歳)
4. 孫 (年齢 歳)
5. その他(関係をお答えください): 年齢 歳

問 21 主に介護している方が、困っていることは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 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. 他にも介護や子育てなどが必要な人がいる | |
| 10. その他 () | |
| 11. 特にない | |

問 22 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. その他 () | |
| 10. わからない | |

問 23 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・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サービス（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 () |
| 13. 特にない |

問24 介護を受けている方には、認知症の症状や疑いがありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない →問26へ

【問24で「1. ある」と回答した方におたずねします。】

問25 認知症の症状や疑いについて、どちらに相談しましたか。(○はいくつでも)

1. 地域包括支援センター
2. 市役所
3. かかりつけ医
4. かかりつけ医以外の医療機関(病院の内科、神経内科、精神科など)
5. もの忘れ相談医*
6. 認知症疾患医療センター(国立精神・神経医療研究センター病院)
7. その他()
8. 相談していない

(※)もの忘れ相談医

ふだん診療していない人に対しても、認知症の相談を受け付け、認知症の診断ができる病院等を紹介する医療機関で、小平市独自の制度です。

【ここからは、すべての方におたずねします。】

5 介護保険サービスの利用について

問26 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。(○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 27 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。利用したいサービスの「利用したい」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

自宅で受けるサービス		利用したい
①訪問介護（ホームヘルプ）	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	介護職員と看護師が移動入浴車で利用者の自宅を訪問し、入浴介助を行います。	
③訪問看護	看護師等が自宅を訪問し、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	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定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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。	
⑥夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な訪問介護と、通報を受けて随時に対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。	
⑦居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師などが自宅を訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理や指導を行います。	
生活環境を整えるためのサービス		利用したい
⑧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。	
⑨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。	
⑩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。	
施設に通って受けるサービス		利用したい
⑪通所介護（デイサービス）	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。	
⑫地域密着型通所介護（小規模デイサービス）	定員18人以下の小規模な通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。	
⑬通所リハビリテーション（デイケア）	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。	
施設に短期間宿泊するサービス		利用したい
⑭短期入所生活介護（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ます。	
⑮短期入所療養介護（医療ショートステイ）	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。	
通い、訪問、泊まりなどを組み合わせて受けるサービス		利用したい
⑯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。	
⑰看護小規模多機能型居宅介護	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。	

問27の続きです。

認知症の方のためのサービス		利用したい
⑮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。	
⑯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、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	
施設に入所して受けるサービス		利用したい
⑳特別養護老人ホーム (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。	
㉑地域密着型特別養護老人ホーム	定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームで、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。	
㉒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。	
㉓介護療養型医療施設 介護医療院	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。	
㉔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。	

6 今後の生活について

問28 今後、あなたはどのような生活を送りたいですか。(1つに○)

1. 介護保険サービスを受けながら、自宅で生活したい
2. 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
3. 特別養護老人ホームなどの施設に入所したい
4. 有料老人ホームに入所したい
5. その他 ()
6. わからない

問 29 今後、自宅で暮らし続けるためにどのようなことが必要だと思いますか。
(○はいくつでも)

1. 訪問診療などの自宅で受けられる医療サービス
2. 夜間や緊急時に対応できる介護サービス
3. 健康や介護に関する講座や相談ができる身近な場所
4. 地域の人たちと交流ができる場所
5. ボランティアなどによる生活支援（買い物やごみ出しなど）
6. 近隣住民などの理解、見守り、協力
7. 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援
8. 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
9. その他（）
10. 特にない

問 30 あなたは人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(1つに○)

1. 自宅
2. 子どもや親族の家
3. 病院などの医療施設
4. 特別養護老人ホームなどの施設
5. 高齢者向けのケア住宅
6. その他（）
7. わからない

問 31 あなたは、人生の最期の過ごし方や受けたい医療などについて、家族や友人と話し合ったことがありますか。(1つに○)

1. 詳しく話し合っている
2. 一応話し合ったことがある
3. 話し合ったことがない

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. 介護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. 地域の見守り活動の促進
10. 高齢者が気軽に通うことができる交流の場（サロンなど）の充実
11. 高齢者の虐待対策
12. 高齢者の権利を守る成年後見制度*などの充実
13. その他 ()
14. 特になし

(※) 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。

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。

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(金)まで**に、切手を貼らずにポストに投函してください。

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8期介護保険事業計画）（令和3～5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。

令和元年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20日（金）**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 この調査票は、どなたが記入していますか。(1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 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

1. 男性
2. 女性

問3 あなたの令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。

() 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をおたずねします。(1つに○)

1. 要介護認定を受けていない
2. 総合事業対象者
(介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」の欄に「事業対象者」と記載されている方)
3. 要支援1
4. 要支援2

問5 あなたがお住まいの地域はどこですか。(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6 あなたが現在一緒に暮らしている家族の構成を教えてください。(1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7 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8 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9 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10 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11 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12 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13 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14 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 15 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 16 外出を控えていますか。(1つに○)

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

【問 16 で「1. はい」と回答した方におたずねします。】

問 17 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 18 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19 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20 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21 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22 口の渇きが気になりますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問23 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24 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25 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

4 毎日の生活について

問26 物忘れが多いと感じますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問27 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 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(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29 自分で食事の用意をしていますか。(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30 自分で請求書の支払いをしていますか。(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31 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(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32 趣味はありますか。(1つに○)

1. 趣味あり (具体的に:)
2. 思いつかない

問33 生きがいがありますか。(1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34 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。

(①～⑦、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36 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

問37 地域の担い手が少なくなっている現状において、地域住民が地域の課題を自分のこととして、取り組んでいくための有効な手段は何だと思えますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 見守りや支え合い、助け合い活動の推進 | 2. 地域での学習会や啓発普及の取り組み |
| 3. 地域住民が集える居場所や拠点 | 4. 自治会の活性化 |
| 5. 若い世代への働きかけ | 6. 行政などによる地域支援の充実 |
| 7. その他 () | |
| 8. 特にない | |

6 たすけあいについて

問 38 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 39 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 40 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 41 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 42 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43 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44 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45 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46 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47 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48 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 49 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(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()

8 認知症について

問 50 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 51 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(金)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3年度から令和5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8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。

令和元年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20日（金）**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

FAX 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 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

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

問2 あなたの令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 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、令和元年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お答えください。(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5で「2. 持っていない」と回答した方にうかがいます。】←

問6 今後、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）の資格を取る予定はありますか。(1つに○)

- | | | |
|---------------|------------|----------|
| 1. 取りたいと考えている | 2. 取る予定はない | 3. わからない |
|---------------|------------|----------|

問7 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。（〇はいくつでも）

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

問8 あなたが所属している事業所の所在地はどこですか。（1つに〇）

- | |
|---|
| 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9 あなたが所属している事業所には、あなた自身も含めて介護支援専門員が何人いますか。（1つに〇）

- | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1. 1人 | 2. 2人 | 3. 3人 | 4. 4人 | 5. 5人以上 |
|-------|-------|-------|-------|---------|

問10 令和元年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 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. 特になし

問 12 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うかがいます。
在宅生活を支えるために、今後充実が必要と感じる生活支援は次のどれですか。
（〇はいくつでも）

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. サロン、地域の通いの場
4. オレンジカフェ（認知症カフェ）
5. 見守りを兼ねた配食サービス
6. 移動支援
7. 通院介助
8. 日用品の買い物支援
9. 移動販売・食材配達
10. その他（）
11. 特にない

問 13 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。（〇はいくつでも）

1. 訪問給食サービス
2. 訪問理・美容サービス
3. 共通入浴券の配布
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. 家周りの除草
7. 電話訪問サービス
8. 認知症高齢者見守りサービス
9. おはようふれあい訪問サービス（乳酸菌飲料の配布）
10. その他（）
11. 特にない

3 地域包括支援センターについて

問 14 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。
(○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()

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。
(○はいくつでも)

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 ()
13. 特にない

問 27 あなたが関わるサービス利用者について、次の関係機関、職種と連携しやすいですか。

(①～⑩それぞれ1つずつ○)

	連携しやすい	ある程度 連携しやすい	やや 連携しづらい	連携しづらい
①診療所やクリニック	1	2	3	4
②病院	1	2	3	4
③歯科医院	1	2	3	4
④薬局	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 28 あなたは、在宅療養者について医療・介護の連携をはかるためにどのようなことが必要だとお考えですか。(○はいくつでも)

1. 在宅療養者の情報を共有するための統一フォーマット
2. 在宅療養者の情報を共有するためのICTの導入（医療介護関係者専用SNS）
3. 医療・介護の連携マニュアルの作成
4. 医療関係者と介護関係者が情報交換できる交流の場の確保
5. 在宅療養者の緊急時用のベッドの確保
6. 病院の相談窓口の明確化
7. その他（）
8. 特にない

問 29 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。
(○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. 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。
(○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
13. 困ったりすることはない

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事
2. 利用者・家族間の意見調整に関する事
3. 運営基準などの解釈に関する事（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事
5. 介護保険外のサービスの利用に関する事
6. 医療知識に関する事
7. 介護報酬請求事務に関する事
8. その他（)
9. 特に相談することはない

問 36 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。(下の表から3つまで選んで番号を記入してください)

(1) 行っているもの

--	--	--

(2) 今後行いたいもの

--	--	--

【レベルアップのために行っている(行いたい)取り組み一覧】

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 自主的な勉強会の実施・参加 | 2. 多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() |
| 11. 特にない | |

8 小平市への意向について

問37 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38 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せんか。
(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. 地域の見守り活動の促進
13. 高齢者が気軽に通うことができる交流の場（サロンなど）の充実
14. 高齢者の虐待対策
15. 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
16. 住民主体の活動の充実
17. その他 ()
18. 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(金)**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。)

小平市地域包括ケア推進計画策定のためのアンケート調査報告書

発行年月	令和2年3月
編集・発行	小平市 健康福祉部 高齢者支援課
住所	〒187-8701 小平市小川町2丁目1333番地
電話番号	042-346-9823
F A X	042-346-9498
メールアドレス	koreishashien@city.kodaira.lg.jp

¥ 1,500