

各種調査票

※ページ番号は上部

- ①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・・・P1
- ②要介護認定者調査・・・・・・・・・・・・P25
- ③在宅介護実態調査・・・・・・・・・・・・P41
- ④在宅生活改善調査・・・・・・・・・・・・P49
- ⑤居所変更実態調査・・・・・・・・・・・・P51
- ⑥介護人材実態調査・・・・・・・・・・・・P55
- ⑦事業所調査・・・・・・・・・・・・P61
- ⑧法人調査・・・・・・・・・・・・P71

<宛名ラベル>
郵便番号
住所
氏名
【発送管理番号】

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 調査票

(笠間市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査)

ご協力のお願い

市民の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより地域の課題・ニーズ等を的確に把握し、高齢者福祉施策の改善や充実を図るために実施するものです。この調査結果は、令和2年度に策定いたします「笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」(計画期間：令和3年度～令和5年度)の基礎資料とさせていただきます。

本調査は、65歳以上の高齢者(要支援認定者及び総合事業対象者を含む)の方を対象としております。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和元年11月

笠間市長 山口 伸樹

<ご記入にあたってのお願い>

- ◆ご回答は、お送りしたあて名のご本人にお願いいたします。なお、ご本人による調査の回答(記入)が困難な場合は、ご家族の方等がご本人に代わってご記入ください。
- ◆ご回答は、あてはまる答えの番号を○で囲んでください。
- ◆回答数は設問によって異なるため、()内のことわり書きに従ってください。
- ◆「その他」と回答した場合には、()内に具体的な内容をご記入ください。
- ◆ご記入いただいた調査票は、月 日()までに、同封の返信用封筒に入れて、お近くの郵便ポストに投函してください。切手は不要です。
- ◆この調査に関するお問い合わせは、下記まで、お願いいたします。

<問い合わせ先>

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課 TEL:0296-77-1101(内線175)

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
 なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- 本調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。
- 集計・分析は、市が契約しました株式会社常陽産業研究所に委託して行います。また、本調査で得られたデータを上記計画策定に活用するにあたり、厚生労働省の管理する市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

注) ご本人以外の方が記入される場合、ご本人の意向を尊重してください。

○この調査の記入者はどなたですか。[1つに○]

- | | | |
|-------------|------------|---------|
| 1. 本人 | 2. 本人の配偶者 | 3. 本人の子 |
| 4. 本人の子の配偶者 | 5. その他 () | |

○本人（あなた）のことについてうかがいます。

市（1）性別は。[1つに○]

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

市（2）年齢は。

() 歳（令和2年1月1日現在）

市（3）お住まいの地域はどこですか。[1つに○]

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 笠間地区 | 2. 友部地区 | 3. 岩間地区 |
|---------|---------|---------|

市（4）現在、ご本人はどちらで生活されていますか。[1つに○]

- | | | | |
|-------|----------------------|----------|------------|
| 1. 自宅 | 2. 病院（または施設）に入院（入所）中 | 3. 市外に転居 | 4. その他 () |
|-------|----------------------|----------|------------|

市（5）現在、認定されている要介護状態区分は。（介護保険被保険者証に記載されています）
 [1つに○]

- | | | | |
|--------------|----------|---------|---------|
| 1. 認定は受けていない | 2. 事業対象者 | 3. 要支援1 | 4. 要支援2 |
|--------------|----------|---------|---------|

問1 あなたのご家族や生活状況についてうかがいます。

国（1）家族構成をお教えてください。[1つに○]

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 1人暮らし | 2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) |
| 3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 5. その他 () | |

【ご家族等と同居されている方のみお答えください】

市（１）－① あなたを含めて何人で暮らしていますか。

() 人

市（１）－② 同居されている方はどなたですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | | |
|-------------|----------|---------|----------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 2. 息子 | 3. 娘 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 | 7. その他（ | ） |

国（２）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等の介護を受けている場合も含む） |

【（２）において「１. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

国（２）－① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。
[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|---|---|
| 1. 脳卒中（ <small>のうそつちゅう</small> 脳出血・ <small>のうしゅけつ</small> 脳梗塞等） | 2. 心臓病 |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器の病気（ <small>はいきしゅ</small> 肺気腫・肺炎等） |
| 5. 関節の病気（リウマチ等） | 6. 認知症（ <small>にんちしょう</small> アルツハイマー病等） |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病（ <small>とうりょうびょう</small> ） |
| 9. 腎疾患（ <small>じんしつかん</small> 透析） | 10. 視覚・聴覚障がい（ <small>しかく ちょうかくしょう</small> ） |
| 11. 骨折・転倒（ <small>こっせつ てんとう</small> ） | 12. 脊椎損傷（ <small>せきついそんしょう</small> ） |
| 13. 高齢による衰弱（ <small>すいじやく</small> ） | 14. その他（ |
| 15. 不明 | ） |

【（２）において「１. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

国（２）－② 主にどなたの介護、介助を受けていますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|----------------|---------|----------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他（ | ） |

国（３）現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。[１つに○]

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

国（４）お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。[１つに○]

- | | |
|---|---|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） |
| 3. 公営賃貸住宅（ <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> ） | 4. 民間賃貸住宅（一戸建て）（ <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> ） |
| 5. 民間賃貸住宅（集合住宅）（ <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> ） | 6. 借家 |
| 7. その他（ | ） |

※サービス付き高齢者住宅（サ高住）、有料老人ホーム、ケアハウスにお住まいの方は、5. 民間賃貸住宅（集合住宅）をご選択ください。

問2 からだを動かすことについてうかがいます。

国（1）～（3） 日常の歩行状況等についてお答えください。（それぞれ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
(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	1	2	3
(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	1	2	3
(3) 15分位続けて歩いていますか。	1	2	3

国（4） 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
----------	---------	-------

国（5） 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
-------------	------------	-------------	----------

国（6） 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
--------------	--------	----------	----------

国（7） 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
-------------	----------	--------------	-----------

国（8） 外出を控えていますか。[1つに○]

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【（8）で「1. はい」（外出を控えている）の方のみ】

国（8）－① 外出を控えている理由は、次のどれですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 病気	2. 障 <small>しょう</small> がい <small>のうそっちゅう</small> （脳卒中 <small>こういしょう</small> の後遺症等）
3. 足腰等の痛み	4. トイレの心配（失禁等）
5. 耳の障 <small>しょう</small> がい <small>（聞こえの問題等）</small>	6. 目の障 <small>しょう</small> がい
7. 外での楽しみがない	8. 経済的に余裕がないので出られない
9. 交通手段がない	10. その他（ ）

国（9） 外出する際の移動手段は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

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	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（ ）		

問3 食べることにについてうかがいます。

国（1）身長・体重をうかがいます。（小数点以下は記入しない）

身長 cm 体重 kg

国（2）～（5） 食べることや、口や歯の状況についてお答えください。（それぞれ1つに○）

	1. はい	2. いいえ
（2）半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1	2
（3）お茶や汁物等でむせることがありますか。	1	2
（4）口の渇きが気になりますか。	1	2
（5）歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。	1	2

国（6）歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。

（成人の歯の総本数は、「親知らず」を含めて32本です）[1つに○]

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

国（6）－① 噛み合わせは良いですか。[1つに○]

1. はい
2. いいえ

【（6）で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

国（6）－② 毎日入れ歯の手入れをしていますか。[1つに○]

1. はい
2. いいえ

国（7）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

国（8）どなたかと食事をと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

問4 毎日の生活についてうかがいます。

毎日の生活の状況についてお答えください。（それぞれ1つに○）

国 ■物忘れについて	1. はい	2. いいえ
(1) 物忘れが多いと感じますか。	1	2
(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。	1	2
(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか。	1	2

国 ■外出・買物・食事・金銭管理について	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
(4) バスや電車、自家用車を使って1人で外出していますか。	1	2	3
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。	1	2	3
(6) 自分で食事の用意をしていますか。	1	2	3
(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。	1	2	3
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。	1	2	3

国 ■書類の作成、新聞・雑誌の購読状況について	1. はい	2. いいえ
(9) 年金等の書類（役所や病院等に出す書類）が書けますか。	1	2
(10) 新聞を読んでいますか。	1	2
(11) 本や雑誌を読んでいますか。	1	2

国 ■健康への関心と他者との関わりについて	1. はい	2. いいえ
(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。	1	2
(13) 友人の家を訪ねていますか。	1	2
(14) 家族や友人の相談にのっていますか。	1	2
(15) 病人を見舞うことができますか。	1	2
(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。	1	2

国 (17) 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
--------------------------	-----------

国（18）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

問5 地域での活動についてうかがいます。

国（1）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それぞれに回答してください〕

	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高齢者クラブ	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

国（2）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. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

国（3）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. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

市（4）地域の人や趣味の仲間等と交流する場所がありますか。〔1つに○〕

1. ある 2. ない

市（５）近所（向こう三軒両隣）における、あなたの行動やお考えにもっとも近いものをお選びください。〔①～⑤それぞれに回答してください〕

	とても そう思う	やや そう思う	あまり 思わない	まったく 思わない
①隣人宅の普段と違う様子（新聞がたまっている。数日、雨戸が閉まったまま等）に気づいた時は、声をかけると思う。	1	2	3	4
②近所の高齢者等で、買い物やごみ出しに困っている人がいたら手助けをしたいと思う。	1	2	3	4
③近所の家で訪問販売等見知らぬ人と話しているところを見かけたら声をかけると思う。	1	2	3	4
④近所の人気が集まる場があれば、参加したいと思う。	1	2	3	4
⑤地区の集会等には、隣人にも声をかけ、誘いあって行きたいと思う。	1	2	3	4

市（６）地域や地域活動（町内会や高齢者クラブ等）に対する、あなたのお考えにもっとも近いものをお選びください。〔①～⑧それぞれに回答してください〕

	とても そう思う	やや そう思う	あまり 思わない	まったく 思わない
①自分は地域の一員である。	1	2	3	4
②地域の人との付き合いについて、わずらわしさを感じたり、役員等の役割が増えたりしそうで気が重く感じる。	1	2	3	4
③地域の人や地域活動について関心がある。	1	2	3	4
④地域の人とは日頃から互いに気遣いや声かけをしている。	1	2	3	4
⑤地域の人たちと過ごす時間は楽しい。	1	2	3	4
⑥地域の人たちは、困った時には助けてくれる。	1	2	3	4
⑦行事や高齢者クラブ活動、奉仕活動等には参加する。	1	2	3	4
⑧地域づくりについて話し合う場があれば参加したい。	1	2	3	4

市（7）今後の仕事について、お考えに近いものはどれですか。[1つに○]

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. 働ける間は、主に生活のために働きたい | |
| 2. 働ける間は、主に生きがいのために働きたい | |
| 3. ときどき小遣い程度の収入を得たい | |
| 4. 仕事をしないで、のんびり暮らしたい | |
| 5. その他（ | ） |
| 6. わからない | |

問6 たすけあいについてうかがいます。

あなたとまわりの人の「たすけあい」についてうかがいます。

国（1）あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

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

国（2）反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

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

国（3）あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

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

国（4）反対に、看病や世話をしてあげる人はいますか。[あてはまるものすべてに○]

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

国（5）家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・高齢者クラブ | 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・役場 | 6. その他（ |
| 7. そのような人はいない | ） |

国（6）友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。[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 | |

国（7）この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。（同じ人には何度会っても1人と数えることとします。）[1つに○]

- | | | |
|------------|----------|---------|
| 1. 0人（いない） | 2. 1～2人 | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人 | 5. 10人以上 | |

国（8）よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ |
| 3. 学生時代の友人 | 4. 仕事での同僚・元同僚 |
| 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他（ | 8. いない |

市（9）住民同士の助け合い（見守り、声かけ、ゴミ出し等の簡単な支援等）は、現在身近にありますか[1つに○]

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 十分にある | 2. どちらかというところ |
| 3. どちらかというところない | 4. まったくない |

市（10）住民同士の助け合いは、お住まいの地域に今後必要だと思いますか。[1つに○]

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 必要である | 2. どちらかというところ必要である |
| 3. どちらかというところ不必要 | 4. 不必要 |

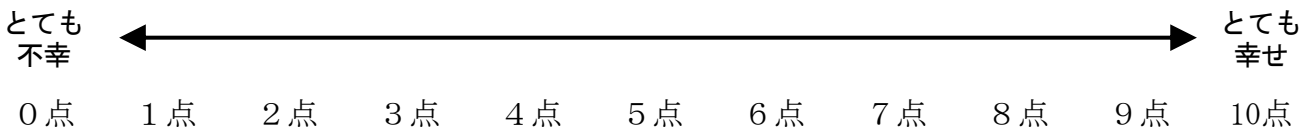
問7 健康についてうかがいます。

国（1）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 |
|----------|---------|------------|---------|

国（2）あなたは、現在どの程度幸せですか。[1つに○]

（「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。）



国（3）この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。[1つに○]

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

国（4）この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。[1つに○]

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

国（5）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 |

国（6）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 |

国（7）現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|---|--|--|
| 1. ない | 2. 高血圧 | 3. 脳卒中（ <small>のうそつちゆう</small> 脳出血・ <small>のうしゅつけつ</small> 脳梗塞等） |
| 4. 心臓病 | 5. 糖尿病 | 6. 高脂血症（ <small>こうしけっしょう</small> 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（ <small>きんこつかく</small> 骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 関節症等） | |
| 11. 外傷（ <small>がいしょう</small> 転倒・ <small>てんとう</small> 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（ <small>にんちしょう</small> 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8 日常の生活全般についてうかがいます。

市（1）地域包括支援センターを知っていますか。[1つに○]

※地域包括支援センターとは、高齢者が住み慣れた地域で、保健、医療、介護等の必要なサービスを総合的、継続的に受けられるように設けられている、介護予防や高齢者の生活全般に関する相談窓口です。

- | |
|---------------------|
| 1. 知っている |
| 2. 知っているし利用をしたこともある |
| 3. 知っているが利用したことはない |
| 4. 知らない |

市（2）あなたは、将来介護が必要な状態になった時、どのような介護サービスを望みますか。
[1つに○]

- | |
|---|
| 1. 自宅で家族中心に介護を受けたい |
| 2. 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい |
| 3. 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい |
| 4. 有料老人ホームに住み替えて介護を受けたい |
| 5. サービス付き高齢者向け住宅等に住み替えて介護を受けたい |
| 6. 特別養護老人ホーム等の介護保険施設で介護を受けたい |
| 7. その他（ |
| 8. わからない |

市（3）高齢者の住みよいまちを作るために、今後、市においてはどのようなことに、力を入れていくべきだと思いますか。【あてはまるものすべてに○】

- | |
|---|
| 1. 健康づくり・介護予防の推進
2. 生きがい活動や就労の支援
3. 地域でのボランティア活動への支援
4. 声かけや安否確認など地域で高齢者を見守る体制づくり
5. 地域住民によるごみ出しや買い物を支援する体制づくり
6. 高齢者の権利・利益の保護
7. 配食サービスの充実
8. 介護者への介護用品支給の充実
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 介護者のための講座
11. 日常生活について困ったときの相談窓口の充実
12. 訪問介護や通所介護など在宅介護サービスの充実
13. 往診する医療機関や訪問看護の充実
14. 介護者の休息が取れたり、緊急時に泊まれたりするようなショートステイサービスの実施
15. 特別養護老人ホーム等の施設サービスの充実
16. 高齢者が住みやすい住宅の整備
17. 高齢者の外出や移動に配慮したまちづくりの推進
18. その他 ()
19. 特にない |
|---|

市（4）あなたは、かかりつけ医（病院・診療所）を決めていますか。[1つに○]

- | |
|---|
| 1. 決めている 2. 決めていない |
|---|

市（5）あなたは、かかりつけの歯科医を決めていますか。[1つに○]

- | |
|---|
| 1. 決めている 2. 決めていない |
|---|

市（6）医師や看護師等の訪問を受けながら居住の場（自宅・有料老人ホーム等）で治療・療養する医療のあり方を「在宅医療」といいますが、あなたはこの「在宅医療」についてご存知ですか。[1つに○]

- | |
|--|
| 1. 知っている 2. 言葉だけは知っている 3. 知らない |
|--|

市（7）仮にあなたが、病気やけがで長期の治療・療養が必要になった場合、入院せず在宅での医療を希望しますか。[1つに○]

- | |
|--|
| 1. 希望する 2. どちらかという并希望する
3. どちらかという并希望しない 4. 希望しない |
|--|

市（7）－① （7）で答えた自分の意向を、家族や周囲の人に伝えていますか。
[1つに○]

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 伝えている | 2. 今後伝えるつもりでいる |
| 3. 今後も伝えるつもりはない | |

市（7）－② 地域でどのような体制を整えば在宅医療が可能になるとお考えですか。
[あてはまるものすべてに○]

- | |
|----------------------------|
| 1. 家族の協力や理解 |
| 2. 経済的な安定 |
| 3. 緊急時や救急時に対応できる体制が整っていること |
| 4. 見てくれる人がいること |
| 5. 部屋やトイレ等住環境が整っていること |
| 6. 訪問診療が整っていること |
| 7. 訪問看護や介護の体制が充実していること |
| 8. その他（ ） |

市（8）あなた自身が最期を迎える場所として、希望する所をお選びください。[1つに○]

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 医療機関（病院・診療所） | 2. 介護施設等（特養・老健・介護療養施設等） |
| 3. 自宅 | 4. 特になし |

【（8）で「医療機関（病院・診療所）」、「2. 介護施設等（特養・老健・介護療養施設等）」と答えた方のみ】

市（8）－① それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

- | |
|----------------------|
| 1. 十分な医療・介護を受けたいから |
| 2. 自宅に居ると家族に負担がかかるから |
| 3. 家族がいないから |
| 4. その他（ ） |

【（8）で「3. 自宅」と答えた方のみ】

市（8）－② それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

- | |
|-------------------|
| 1. 過剰な医療を受けたくないから |
| 2. 家族に看取られたいから |
| 3. 住み慣れた居住の場がいいから |
| 4. その他（ ） |

市（9）延命治療（回復の見込みがなく、死期が迫っている患者への生命維持のための治療行為）について、あなた自身の現時点でのお考えを教えてください。[1つに○]

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 延命治療を行ってほしい | 2. 延命治療を行ってほしくない |
| 3. 家族に任せたい | |
| 4. その他（ | ） |

市（9）－① （9）で答えた延命治療に対する自分の意向を、家族や周囲の人に伝えていきますか。[1つに○]

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 伝えている | 2. 今後伝えるつもりでいる |
| 3. 今後も伝えるつもりはない | |

市（10）あなたは、どのような支援があれば、これからも在宅で安心して暮らし続けることができると思いますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|
| 1. 買い物 | 2. ごみ出し | 3. 掃除 |
| 4. 洗濯 | 5. 食事づくり | 6. 電球交換や障子貼り等のちょっとした作業 |
| 7. 草むしりや庭木の手入れ | 8. 灯油の給油 | |
| 9. 公共的な手続き | 10. ペットの世話 | 11. 通院時の交通手段 |
| 12. 散歩や外出時の付き添い | 13. 困ったことや不安を打ち明ける相談相手 | |
| 14. 地震等災害時の手助け | 15. (ご自身の) 急病時の対応 | |
| 16. その他（ | ） | 17. 特にない |

市（11）買い物で困っていることはありますか。[あてはまるものすべてに○]

- | |
|---------------------------------|
| 1. 歩いて行けるところ（自宅から15分くらい）に、お店がない |
| 2. 車やバイク・自転車等の運転ができなくなってきた |
| 3. 重いものが持てず、少量しか購入できなくなってきた |
| 4. 家族の協力が得られない |
| 5. 近所に、買い物を頼める人がいない |
| 6. 自分で買い物はしていない |
| 7. その他（ |
| 8. 困っていることはない |

【(11)で困っていると回答した方のみ（「8. 困っていることはない」以外の方）】

市（11）－① 食材・日用品等の買い物について、あればよいと思うものをお選びください。[1つに○]

- | | |
|------------------|-------------|
| 1. 自宅までの宅配サービス | 2. 移動販売サービス |
| 3. スーパー等への送迎サービス | 4. その他（ |
| | ） |

市（12）移動手段で、不便だと感じていることはありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 目的地（病院や公共施設、スーパー等）が遠いので、出掛けるのに時間がかかる
2. 体力的にバスや電車の乗り降りがきつい
3. 車やバイク、自転車等を運転しなくなったので、気軽に外出できない
4. 家族や知り合い等の手助けがあれば助かるが、なかなか協力が得られない
5. 公共交通（デマンドタクシー）のチケット購入や事前予約がわずらわしい
6. 公共交通（デマンドタクシー）は早朝、夜の利用に制限がある
7. その他（)
8. 不便に感じることはない

問9 認知症の予防と施策についてうかがいます。

市（1）あなたは、認知症という病気について、どの程度ご存知ですか。[1つに○]

1. どのような症状の病気かよく知っている
2. どのような症状の病気かある程度知っている
3. 認知症という言葉ぐらいは知っている
4. まったく知らない

市（2）認知症を予防するために、ご自身が行っていること（心がけ）はありますか。
[あてはまるものすべてに○]

1. 人との付き合い、交流を大事にしている
2. クイズや読み書き、計算など頭を使う
3. 趣味を持つようにしている
4. バランスの良い食事をする
5. 適度な運動をおこなう
6. 地域活動やボランティアを行っている
7. 特になし
8. その他（)

市（3）あなたやあなたの家族が認知症の疑いがあるとき、家族、知人以外で最初にどこに相談しますか。[1つに○]

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1. 市役所 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 介護施設 | 4. 民生委員 |
| 5. かかりつけ医 | 6. 認知症地域相談員 |
| 7. 認知症疾患医療センター（認知症専門医） | 8. 相談先がわからない |
| 9. 誰にも相談しない | 10. その他（) |

市（4）もし、あなたの家族が認知症になったら、そのことを近所の人知ってもらおうと思いますか。[1つに○]

1. 知ってもらって、見守りや声かけなど協力をお願いしたい
2. 知っておいてほしいが、あえて支援は望まない
3. 隠す必要もないが、あえてそのことを知っておいてもらう必要もない
4. できればあまり知られたくないので隠したい
5. わからない
6. その他（)

市(5) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になると思いますか。[あてはまるものすべてに〇]

1. 適切な介護サービスの利用
2. 簡単な掃除やごみ出しなどの手伝い
3. 独り暮らしのためのサポート
4. 認知症への理解と対応
5. 定期的な見守りと声かけ
6. 買い物や外出の付き添い
7. 特に必要はない
8. その他 ()

市(6) 今後、認知症施策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか[あてはまるものすべてに〇]

1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり
2. かかりつけ医が認知症の治療もできるようにしてほしい
3. 専門医が近くにいるとよい
4. 病院受診や介護などの相談体制の充実(土・日曜日の相談、インターネットによる相談など)
5. 認知症への正しい理解を広める啓発活動
6. 認知症の予防・重症化予防のための教室
7. 地域の人たちがお茶を飲んだり、体操をするなど、身近で定期的に交流できる場所があるとよい
8. 認知症の人が利用できる介護施設・人材の確保
9. 認知症の人を支援するボランティアの養成
10. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
11. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実
12. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会
13. 若年(65歳未満)で発症する認知症に対する支援の充実
14. 認知症の人が安心して暮らせる体制整備の充実(徘徊した時に、位置情報が検索できる機器など)

問10 生活上の不安、将来心配に思うことについてうかがいます。

市(1) あなたの今後の生活について、不安に感じることは何ですか。[あてはまるものすべてに〇]

- | | | |
|---------|--------------|----------|
| 1. 住まい | 2. 生活費 | 3. 家族のこと |
| 4. 介護 | 5. 相談相手 | 6. 余暇活動 |
| 7. 金銭管理 | 8. 契約などの法律行為 | 9. 相続 |

市(2) 家族について不安なことがありますか。[あてはまるものすべてに〇]

1. 自分の介護をしてくれないのではないかという不安
2. 就労していない・収入がないことの不安
3. 家族が介護のために仕事を続けられないのではないかという不安
4. 自分がいなくなった場合、家事や金銭管理ができないのではないかという不安
5. 自分の気持ちを尊重してもらえないのではないかという不安
6. その他 ()
7. 不安なことはない

市（3）自分で金銭管理ができなくなった場合、誰にお願いしたいですか。[1つに○]

- | | |
|------------|--------|
| 1. 信頼できる親族 | 2. 専門職 |
|------------|--------|

【(3)で「2.専門職」と答えた方のみ】

市（3）-① どのような専門職を希望しますか。[1つに○]

- | |
|----------------------------|
| 1. 成年後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士など） |
| 2. 市民後見人（専門知識を習得した一般市民） |
| 3. その他（財産管理契約を交わした専門職など） |

市（4）成年後見制度の内容をご存知ですか。[1つに○]

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない方について、法律に基づき家庭裁判所が本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことで本人の権利の保護、財産管理を支援する制度です。

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

市（5）成年後見制度について、どこに相談しますか。[1つに○]

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 市役所 | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. 地域包括支援センター | 4. その他（ ） |

市（6）周りの方で、成年後見制度が必要な方はいますか。[1つに○]

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

市（7）日常生活自立支援事業の内容をご存知ですか。[1つに○]

※日常生活自立支援事業とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が低下している方を契約により金銭管理等を支援する事業で、社会福祉協議会でを行っています。

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

市（8）日常生活自立支援事業について、どこに相談しますか。[1つに○]

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 市役所 | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. 地域包括支援センター | 4. その他（ ） |

市（9）周りの方で、日常生活自立支援事業が必要な方はいますか。[1つに○]

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問 11 介護予防についてうかがいます。

市（1）現在あなたは介護認定等（要支援1、要支援2、事業対象者）を受けていますか。
[1つに○]

- | | | |
|----------|-----------|-----------------------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない | 3. 受けているがサービスは利用していない |
|----------|-----------|-----------------------|

【(1)で「1.受けている」と答えた方のみ】

市(1)－① 以下のサービスで、現在あなたが利用しているものはありますか。
[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. 介護予防訪問入浴介護 | 2. 介護予防訪問看護 |
| 3. 介護予防訪問リハビリテーション | 4. 介護予防居宅療養管理指導 |
| 5. 介護予防通所リハビリテーション(デイケア) | 6. 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) |
| 7. 介護予防短期入所療養介護(医療型ショートステイ) | 8. 介護予防特定施設入居者生活介護 |
| 9. 介護予防福祉用具貸与 | 10. 特定介護予防福祉用具販売 |
| 11. 介護予防住宅改修 | 12. 介護予防認知症対応型通所介護 |
| 13. 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 14. 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) |
| 15. 利用しているものはない | |

※各サービスの内容については、21、22ページをご参照ください。

【(1)－①で「利用しているサービスがある」と答えた方のみ】

市(1)－② 上記のサービスの内容に不満がありますか。その原因は何ですか。
[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 希望する回数が利用できない | 2. 希望する日時に利用できない |
| 3. 事業者が希望を聞いてくれない | 4. 約束どおりにサービスが提供されない |
| 5. サービスの質が悪い | 6. 言葉づかいや対応が悪い |
| 7. その他() | |
| 8. 特に不満はない | |

【(1)で「3.受けているがサービスは利用していない」と答えた方のみ】

市(1)－③ 介護予防サービスを利用していない理由は何ですか。[3つに○]

- | |
|----------------------------------|
| 1. 現在、病院に入院しているから |
| 2. 今のところ家族介護でやっていけるから |
| 3. 今のところ自分でやっていけるから |
| 4. 他人を自宅に入れたくないから |
| 5. 外出したり他人とかかわったりしたくないから |
| 6. サービスの利用の仕方がわからないから |
| 7. 利用者負担(サービス利用料の1割～3割)が高いから |
| 8. 家族が利用を嫌がるから |
| 9. 利用したいサービスが利用できないから |
| 10. 将来に備えて要介護認定を受けたただけだから |
| 11. 介護サービス以外のサービスを利用しているから |
| 12. 過去に利用したことがあったがサービス内容に不満があるから |
| 13. その他() |
| 14. 特に理由はない |

【(1)で「1. 受けている」と答えた方のみ】

市(1)－④ 以下の介護予防・生活支援サービスで、現在あなたが利用しているものがありますか。[あてはまるものすべてに○]

【総合事業】

1. 訪問介護相当サービス（ホームヘルプサービス）
2. ふれあいサポート
3. 通所介護相当サービス（デイサービス）
4. いきいき通所
5. ふれあいサロン
6. 元気すこやか教室
7. 利用しているものはない

※各サービスの内容については、21、22ページをご参照ください。

【(1)－④で「利用しているサービスがある」と答えた方のみ】

市(1)－⑤ 上記のサービスの内容に不満がありますか。その原因は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

1. 希望する回数が利用できない
2. 希望する日時に利用できない
3. 事業者が希望を聞いてくれない
4. 約束どおりにサービスが提供されない
5. サービスの質が悪い
6. 言葉づかいや対応が悪い
7. その他 ()
8. 特に不満はない

【(1)で「1. 受けている」と答えた方のうち、要支援1・2の方のみ】

市(1)－⑥ あなたの住宅環境を整えるために、改善が必要なところがありますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 廊下、トイレ、浴室、玄関等に、手すり等つかまる所がない
2. トイレが使いにくい
3. 住宅内に段差があり、移動しにくい
4. 廊下や居室内が滑りやすい
5. 浴室が使いにくい
6. 窓や扉の開閉がしにくい
7. 廊下や扉が狭くて、車イスで通れない
8. その他 ()
9. 困っていることはない

【(3)で「1. 参加している(参加していた)」と答えた方のみ】

市(3)－① あなたが参加している(参加していた)介護予防事業は何ですか。
[あてはまるものすべてに○]

- | |
|--|
| 1. 包括支援センター主催の運動教室
(わくわく脳元気教室、脳いきいき教室、あたまと体のパワーアップ教室、男性の体づくり教室など) |
| 2. 認知症の講演会 |
| 3. シルバーリハビリ体操教室 |
| 4. スクエアステップ教室 |
| 5. その他 () |

【(3)で「1. 参加している(参加していた)」と答えた方のみ】

市(3)－② 上記サービスに何か不満はありますか。その原因と思われるものは何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 周知方法が悪い | 2. 希望する日時に利用できない |
| 3. 参加する交通手段がない | 4. 事業の質が低い |
| 5. 講師に不満あり | 6. 地域の人と交流したくない |
| 7. その他 () | |
| 8. 特に不満はない | |

【(3)で「2. 参加していない」と答えた方のみ】

市(3)－③ 介護予防教室に参加しない理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 体が元気なので必要ない | 2. 興味があるものがない |
| 3. 事業自体を知らない | 4. 一度参加したが続かなかった |
| 5. 同年代が講師なのでいやだ | 6. 近所で開催していない |
| 7. 地域の方との交流がいやだ | 8. 支援がないと外出が難しい |
| 9. 金銭的に難しい | |
| 10. その他 () | |

【(3)－③で「4. 一度参加したが続かなかった」と答えた方のみ】

市(3)－④ 参加が続けられなかった理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | |
|-------------------|
| 1. イメージしていたものと違った |
| 2. 講師に不満あり(具体的に) |
| 3. 通うのが大変だった |
| 4. その他 () |

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

記入もれがないか、お確かめいただき、●月●日()までに同封した返信用封筒に入れ、切手を貼らずに投函してください。

また、ご相談・ご質問等がありましたら、お気軽にご相談ください。

問 1 1 (1) -①、(1) -④、(2) の選択肢の内容がわからない場合にご参照ください。

介護予防・生活支援サービスについて

介護予防訪問入浴介護	移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防訪問看護	看護師などが訪問し、床ずれの手当てや点滴の管理などを行います。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防訪問リハビリテーション	リハビリ（機能回復訓練）の専門家が訪問し、リハビリを行います。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理・指導をします。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設などで、介護予防を目的とした生活機能の維持向上のための機能訓練などが、日帰りで受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）	介護老人福祉施設などに短期間入所して、食事、入浴などの介護や、日常生活の支援が受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防短期入所療養介護（医療型ショートステイ）	介護老人保健施設などに短期間入所して、医療や介護、機能訓練が受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防特定施設入居者生活介護	有料老人ホームなどで食事、入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防福祉用具貸与	車いすやベッドなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出します。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
特定介護予防福祉用具販売	排せつや入浴に用いる用具に対して、年間上限 10 万円まで福祉用具購入費を支給します（自己負担あり）。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防住宅改修	生活環境を整えるための小規模な住宅改修に対して、上限 20 万円まで住宅改修費を支給します（自己負担あり）。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアを日帰りで受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防小規模多機能型居宅介護	小規模な住居型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて、食事、入浴などの介護や支援が受けられます。 ※対象者：要支援 1. 要支援 2
介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の高齢者が共同で生活できる場（住居）で、食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアが受けられます。 ※対象者：要支援 2
訪問介護相当サービス（ホームヘルプサービス）	ホームヘルパーが訪問し、身体介護（入浴、排せつのお世話など）や生活援助（居室の掃除、食事の準備など）を行います。 ※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2

ふれあいサポート	<p>身体介護を含まない、生活支援(食事の調理、居室の掃除、ゴミ出し、買い物代行など)を行います。</p> <p>※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2</p>
通所介護相当サービス（デイサービス）	<p>デイサービスセンターで日常生活の支援や生活機能向上のための訓練が受けられます。</p> <p>※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2</p>
いきいき通所	<p>閉じこもり予防や生きがいをづくりのための運動、レクリエーション活動などを行います。</p> <p>※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2</p>
ふれあいサロン	<p>住民主体によるサロンで、趣味活動や交流を行います。</p> <p>※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2</p>
元気すこやか教室	<p>短期集中型教室で、保健・医療専門職による運動機能向上、認知症予防、口腔機能向上、栄養改善などの予防プログラムを行います。</p> <p>※対象者：事業対象者. 要支援 1. 要支援 2</p>

<宛名ラベル>
郵便番号
住所
氏名
【発送管理番号】

要介護認定者調査 調査票

(笠間市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査)

ご協力をお願い

市民の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この調査は、皆さまの生活状況等を調査することにより地域の課題・ニーズ等を的確に把握し、高齢者福祉施策の改善や充実を図るために実施するものです。この調査結果は、令和2年度に策定いたします「笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」(計画期間：令和3年度～令和5年度)の基礎資料とさせていただきます。

本調査は、要介護認定で要介護1～5の認定を受けられた方を対象としております。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、ご協力賜りますようお願いいたします。

令和元年11月

笠間市長 山口 伸樹

<ご記入にあたってのお願い>

- ◆ご回答は、お送りしたあて名のご本人にお願いいたします。なお、ご本人による調査の回答(記入)が困難な場合は、ご家族の方等がご本人に代わってご記入ください。
- ◆ご回答は、あてはまる答えの番号を○で囲んでください。
- ◆回答数は設問によって異なるため、()内のことわり書きに従ってください。
- ◆「その他」と回答した場合には、()内に具体的な内容をご記入ください。
- ◆ご記入いただいた調査票は、**月 日()**までに、同封の返信用封筒に入れて、お近くの郵便ポストに投函してください。切手は不要です。
- ◆この調査に関するお問い合わせは、下記まで、お願いいたします。

<問い合わせ先>

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課 TEL：0296-77-1101 (内線170)

個人情報取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
 なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- 本調査で得られた情報につきましては、笠間市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。
- 集計・分析は、市が契約しました株式会社常陽産業研究所に委託して行いますが、情報は適切に管理いたします。

注) ご本人以外の方が記入される場合、ご本人の意向を尊重してください。

○この調査の記入者はどなたですか。[1つに○]

- | | | |
|-------------|------------|---------|
| 1. 本人 | 2. 本人の配偶者 | 3. 本人の子 |
| 4. 本人の子の配偶者 | 5. その他 () | |

○本人（あなた）のことについてうかがいます。

(1) 性別は。[1つに○]

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

(2) 年齢は。

() 歳 (令和2年1月1日現在)

(3) お住まいの地域はどこですか。(施設に入所中の方は、入所する前のお住まいの地域についてお答えください) [1つに○]

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 笠間地区 | 2. 友部地区 | 3. 岩間地区 |
|---------|---------|---------|

(4) 現在、ご本人はどちらで生活されていますか。[1つに○]

- | | | |
|------------|-----------|-----------|
| 1. 自宅 | 2. 病院に入院中 | 3. 施設に入所中 |
| 4. 市外に転居 | | |
| 5. その他 () | | |

(5) 現在、認定されている要介護状態区分は。(介護保険被保険者証に記載されています) [1つに○]

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 | 4. 要介護4 | 5. 要介護5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|

問1 あなたのご家族や生活状況についてうかがいます。

(1) 家族構成をお教えてください。[1つに○]

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 1人暮らし | 2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) |
| 3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 5. その他 () | |

【ご家族等と同居されている方のみお答えください】

(1) -① あなたを含めて何人で暮らしていますか。

() 人

(1) -② 同居されている方はどなたですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | | |
|--------------|----------|------------|----------|
| 1. 配偶者 (夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 | 7. その他 () | |

(2) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|--|---|
| 1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
<small>のうそっちゅう のうしゅっけつ のうこうそく</small> | 2. 心臓病 |
| 3. がん (悪性新生物) | 4. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等)
<small>はいきしゅ</small> |
| 5. 関節の病気 (リウマチ等) | 6. 認知症 (アルツハイマー病等)
<small>にんちしょう</small> |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病
<small>とうりょうびょう</small> |
| 9. 腎疾患 (透析)
<small>じんしかん どうせき</small> | 10. 視覚・聴覚障がい
<small>しかく ちょうかくしょうがい</small> |
| 11. 骨折・転倒
<small>こっせつ てんどう</small> | 12. 脊椎損傷
<small>せきついそんしょう</small> |
| 13. 高齢による衰弱
<small>すいじやく</small> | 14. その他 () |
| 15. 不明 | |

(2) -① 主にどなたの介護、介助を受けていますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|----------------|------------|----------|
| 1. 配偶者 (夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他 () | |

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。[1つに○]

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (病院または施設に入所中の方は、入所する前のお住まいについてお答えください)。[1つに○]

- | | |
|--|--|
| 1. 持家 (一戸建て) | 2. 持家 (集合住宅) |
| 3. 公営賃貸住宅
<small>こうえいちんたいじゅうたく</small> | 4. 民間賃貸住宅 (一戸建て)
<small>みんかんちんたいじゅうたく</small> |
| 5. 民間賃貸住宅 (集合住宅)
<small>みんかんちんたいじゅうたく</small> | 6. 借家 |
| 7. その他 () | |

※サービス付き高齢者住宅 (サ高住)、有料老人ホーム、ケアハウスにお住まいの方は、5. 民間賃貸住宅 (集合住宅) をご選択ください。

問2 日常生活全般についてうかがいます。

(1) 地域包括支援センターを知っていますか。[1つに○]

※地域包括支援センターとは、高齢者が住み慣れた地域で、保健、医療、介護等の必要なサービスを総合的、継続的に受けられるように設けられている、介護予防や高齢者の生活全般に関する相談窓口です。

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 知っている | 2. 知っているし利用をしたこともある |
| 3. 知っているが利用したことはない | 4. 知らない |

(2) あなたは、今後、どのような形で介護を受けたいですか。[1つに○]

- | |
|---|
| 1. 自宅で家族中心に介護を受けたい |
| 2. 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい |
| 3. 家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい |
| 4. 有料老人ホームに住み替えて介護を受けたい |
| 5. サービス付き高齢者向け住宅等に住み替えて介護を受けたい |
| 6. 特別養護老人ホーム等の介護保険施設で介護を受けたい |
| 7. その他 () |
| 8. わからない |

(3) 高齢者の住みよいまちを作るために、今後、市においてはどのようなことに、力を入れていくべきだと思いますか。【あてはまるものすべてに○】

- | |
|--|
| 1. 健康づくり・介護予防の推進 |
| 2. 生きがい活動や就労の支援 |
| 3. 地域でのボランティア活動への支援 |
| 4. 声かけや安否確認など地域で高齢者を見守る体制づくり |
| 5. 地域住民によるごみ出しや買い物を支援する体制づくり |
| 6. 高齢者の権利・利益の保護 |
| 7. 配食サービスの充実 |
| 8. 介護者への介護用品支給の充実 |
| 9. 認知症高齢者とその家族への支援 |
| 10. 介護者のための講座 |
| 11. 日常生活について困ったときの相談窓口の充実 |
| 12. 訪問介護や通所介護など在宅介護サービスの充実 |
| 13. 往診する医療機関や訪問看護の充実 |
| 14. 介護者の休息が取れたり、緊急時に泊まれたりするようなショートステイサービスの実施 |
| 15. 特別養護老人ホーム等の施設サービスの充実 |
| 16. 高齢者が住みやすい住宅の整備 |
| 17. 高齢者の外出や移動に配慮したまちづくりの推進 |
| 18. その他 () |
| 19. 特にない |

(4) 医師や看護師等の訪問を受けながら居住の場（自宅・有料老人ホーム等）で治療・療養する医療のあり方を「在宅医療」といいますが、あなたはこの「在宅医療」についてご存知ですか。[1つに○]

1. 知っている 2. 言葉だけは知っている 3. 知らない

(5) 仮にあなたが、病気やけがで長期の治療・療養が必要になった場合、入院せず在宅での医療を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する 2. どちらかという希望する
3. どちらかという希望しない 4. 希望しない

(5) - ① (5) で答えた自分の意向を、家族や周囲の人に伝えてありますか。[1つに○]

1. 伝えている 2. 今後伝えるつもりでいる
3. 今後も伝えるつもりはない

(5) - ② 地域でどのような体制が整えば在宅医療が可能になるとおもいますか。
[あてはまるものすべてに○]

1. 家族の協力や理解
2. 経済的な安定
3. 緊急時や救急時に対応できる体制が整っていること
4. 見てくれる人がいること
5. 部屋やトイレ等住環境が整っていること
6. 訪問診療が整っていること
7. 訪問看護や介護の体制が充実していること
8. その他 ()

(6) あなた自身が最期を迎える場所として、希望する所をお選びください。[1つに○]

1. 医療機関（病院・診療所） 2. 介護施設等（特養・老健・介護療養施設等）
3. 自宅 4. 特になし

【(6) で「医療機関（病院・診療所）」、「2. 介護施設等（特養・老健・介護療養施設等）」と答えた方のみ】

(6) - ① それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

1. 十分な医療・介護を受けたいから
2. 自宅に居ると家族に負担がかかるから
3. 家族がいないから
4. その他 ()

【(6)で「3. 自宅」と答えた方のみ】

(6) -② それはなぜですか。今のお考えに一番近いものをお選びください。[1つに○]

1. 過剰な医療を受けたくないから
2. 家族に看取られたいから
3. 住み慣れた居住の場がいいから
4. その他 ()

(7) 延命治療（回復の見込みがなく、死期が迫っている患者への生命維持のための治療行為）について、あなた自身の現時点でのお考えを教えてください。[1つに○]

1. 延命治療を行ってほしい
2. 延命治療を行ってほしくない
3. 家族に任せたい
4. その他 ()

(7) -① (7)で答えた延命治療に対する自分の意向を、家族や周囲の人に伝えていますか。[1つに○]

1. 伝えている
2. 今後伝えるつもりでいる
3. 今後も伝えるつもりはない

問3 認知症の予防と施策についてうかがいます。

(1) あなたは、認知症という病気について、どの程度ご存知ですか。[1つに○]

1. どのような症状の病気かよく知っている
2. どのような症状の病気かある程度知っている
3. 認知症という言葉ぐらいは知っている
4. まったく知らない

(2) 認知症を予防するために、ご自身が行っていること（心がけ）はありますか。
[あてはまるものすべてに○]

1. 人との付き合い、交流を大事にしている
2. クイズや読み書き、計算など頭を使う
3. 趣味を持つようにしている
4. バランスの良い食事をとる
5. 適度な運動をおこなう
6. 地域活動やボランティアを行っている
7. 特になし
8. その他 ()

(3) あなたやあなたの家族が認知症の疑いがあるとき、家族、知人以外で最初にどこに相談しますか。[1つに〇]

- | | |
|------------------------|---|
| 1. 市役所 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 介護施設 | 4. 民生委員 |
| 5. かかりつけ医 | 6. 認知症地域相談員 |
| 7. 認知症疾患医療センター（認知症専門医） | 8. 相談先がわからない |
| 9. 誰にも相談しない | 10. その他（ ） |

(4) もし、あなたの家族が認知症になったら、そのことを近所の人に知ってもらおうと思いますか。[1つに〇]

- | |
|--|
| 1. 知ってもらって、見守りや声かけなど協力をお願いしたい |
| 2. 知っておいてほしいが、あえて支援は望まない。 |
| 3. 隠す必要もないが、あえてそのことを知っておいてもらう必要もない |
| 4. できればあまり知られたくないので隠したい |
| 5. わからない |
| 6. その他（ ） |

(5) あなたやあなたの家族が認知症になっても自宅で暮らしていくためには、どのようなことが必要になるとお考えですか。[あてはまるものすべてに〇]

- | |
|--|
| 1. 適切な介護サービスの利用 |
| 2. 簡単な掃除やごみ出しなどの手伝い |
| 3. 独り暮らしのためのサポート |
| 4. 認知症への理解と対応 |
| 5. 定期的な見守りと声かけ |
| 6. 買い物や外出の付き添い |
| 7. 特に必要はない |
| 8. その他（ ） |

(6) 今後、認知症施策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか[あてはまるものすべてに〇]

- | |
|---|
| 1. 早期発見・早期診断のための仕組みづくり |
| 2. かかりつけ医が認知症の治療もできるようにしてほしい |
| 3. 専門医が近くにいとよい |
| 4. 病院受診や介護などの相談体制の充実（土・日曜日の相談、インターネットによる相談など） |
| 5. 認知症への正しい理解を広める啓発活動 |
| 6. 認知症の予防・重症化予防のための教室 |
| 7. 地域の人たちがお茶を飲んだり、体操をするなど、身近で定期的に交流できる場所があるとよい |
| 8. 認知症の人が利用できる介護施設・人材の確保 |
| 9. 認知症の人を支援するボランティアの養成 |
| 10. 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援 |
| 11. 認知症の人の権利や財産を守るための相談体制の充実 |
| 12. 介護者同士が気軽に話をしたり情報交換をしたりする場所や、家族の交流会 |
| 13. 若年（65歳未満）で発症する認知症に対する支援の充実 |
| 14. 認知症の人が安心安全に暮らせる体制整備の充実（徘徊した時に、位置情報が検索できる機器など） |

問4 生活上の不安、将来心配に思うことについてうかがいます。

(1) あなたの今後の生活について、不安に感じることは何ですか。

[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|---------|--------------|----------|
| 1. 住まい | 2. 生活費 | 3. 家族のこと |
| 4. 介護 | 5. 相談相手 | 6. 余暇活動 |
| 7. 金銭管理 | 8. 契約などの法律行為 | 9. 相続 |

(2) 家族について不安なことがありますか。[あてはまるものすべてに○]

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 自分の介護をしてくれないのではないかと不安 |
| 2. 就労していない・収入がないこと不安 |
| 3. 家族が介護のために仕事を続けられないのではないかと不安 |
| 4. 自分がいなくなった場合、家事や金銭管理ができないのではないかと不安 |
| 5. 自分の気持ちを尊重してもらえないのではないかと不安 |
| 6. その他 () |
| 7. 不安なことはない |

(3) 自分で金銭管理ができなくなった場合、誰にお願いしたいですか。[1つに○]

- | | |
|------------|--------|
| 1. 信頼できる親族 | 2. 専門職 |
|------------|--------|

【(3)で「2.専門職」と答えた方のみ】

(3) - ① どのような専門職を希望しますか。[1つに○]

- | |
|----------------------------|
| 1. 成年後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士など） |
| 2. 市民後見人（専門知識を習得した一般市民） |
| 3. その他（財産管理契約を交わした専門職など） |

(4) 成年後見制度の内容をご存知ですか。[1つに○]

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない方について、法律に基づき家庭裁判所が本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことで本人の権利の保護、財産管理を支援する制度です。

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(5) 成年後見制度について、どこに相談しますか。[1つに○]

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 市役所 | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. 地域包括支援センター | 4. その他 () |

(6) 周りの方で、成年後見制度が必要な方はいますか。[1つに○]

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

(7) 日常生活自立支援事業の内容をご存知ですか。[1つに○]

※日常生活自立支援事業とは、認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が低下している方に契約により金銭管理等を支援する事業で、社会福祉協議会で行っています。

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(8) 日常生活自立支援事業について、どこに相談しますか。[1つに○]

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 市役所 | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. 地域包括支援センター | 4. その他 () |

(9) 周りの方で、日常生活自立支援事業が必要な方はいますか。[1つに○]

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問5 ケアマネジャーについてうかがいます。

問5は、在宅の方（入院中の方含む）に伺います。認知症対応型共同生活介護（グループホーム）をご利用の方は、問6（9ページ）へ、それ以外の施設に入所されている方は、問7（12ページ）へお進みください。

(1) ケアマネジャーは、あなたや家族からのサービス利用に関する相談や、日常生活の悩みや不安の訴えについてどのように対応してくれていますか。[1つに○]

- | |
|--|
| 1. 親身に聴いてくれ、又は対応してくれる |
| 2. 専門的立場から助言をくれる |
| 3. 悩みや不安の緩和につながる対応をしてくれる |
| 4. 忙しく時間がなさそうによく聴いてくれない |
| 5. あまり反応がない |
| 6. 聴いてくれるが、適切な助言をくれなかったり、対応してくれなかったりする |
| 7. まったく聴こうとしてくれない |
| 8. わからない |

(2) 介護サービスの利用を決定するにあたり、ケアマネジャーからご自身の心身の状況や生活環境に見合った介護サービスの利用の仕方について、提案や十分な説明を受けられましたか。[1つに○]

- | | | |
|--------|-----------|----------|
| 1. 受けた | 2. 受けていない | 3. わからない |
|--------|-----------|----------|

(3) ケアマネジャーは、月に1回、あなたのお住まいを訪問していますか。[1つに○]

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 毎月訪問している | 2. 2～3か月に1回程度訪問している |
| 3. 半年に1回程度訪問している | 4. ほとんど訪問していない |
| 5. まったく訪問していない | |

(4) 担当ケアマネジャーについて、総合的な満足度を教えてください。[1つに○]

- | | | |
|---------|---------|--------------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. ふつう |
| 4. やや不満 | 5. 不満 | 6. どちらともいえない |

問6 介護サービスについてうかがいます。

問6は、在宅の方（入院中の方含む）に伺います。施設に入所されている方は、問7（12ページ）へお進みください。

※ただし、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を利用されている方は、問6、問7の両方をご回答ください。

(1) 現在、あなたは介護サービス等を利用していますか。[1つに○]

- | | |
|-----------|--------------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない ⇒ (2) へ |
|-----------|--------------------|

【(1)で「1.利用している」と答えた方のみ】

(1) - ① 現在、あなたが利用している介護サービスは何ですか。
[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 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. 居宅療養管理指導 | 6. 通所介護（デイサービス）
<small>※地域密着型通所介護含む</small> |
| 7. 通所リハビリテーション（デイケア） | 8. 短期入所生活介護（ショートステイ） |
| 9. 短期入所療養介護（医療型ショートステイ） | 10. 特定施設入居者生活介護 |
| 11. 福祉用具貸与 | 12. 特定福祉用具販売 |
| 13. 居宅介護住宅改修 | 14. 認知症対応型通所介護 |
| 15. 小規模多機能型居宅介護 | 16. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | |

※各サービスの内容については、15ページをご参照ください。

【(1)で「1.利用している」と答えた方のみ】

(1) - ② 介護保険サービスを利用した満足度についてお聞かせください。
[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|---------------------|---------|--------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. ふつう |
| 4. やや不満 ⇒ (1) - ③ へ | | |
| 5. 不満 ⇒ (1) - ③ へ | | |
| 6. どちらともいえない | | |

【(1) - ②で「4. やや不満」、「5. 不満」と答えた方のみ】

(1) - ③ サービスの内容に不満がある原因は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 希望する回数が利用できない | 2. 希望する日時に利用できない |
| 3. 事業者が希望を聴いてくれない | 4. 約束どおりにサービスが提供されない |
| 5. サービスの質が悪い | 6. 言葉づかいや対応が悪い |
| 7. その他 () | |
| 8. 特に理由はない | |

【(1)で「2. 利用していない」と答えた方のみ】

(2) 介護サービスを利用していない理由は何ですか。[3つに○]

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. 現在、病院に入院しているから | 2. 今のところ家族介護でやっていけるから |
| 3. 今のところ自分でやっていけるから | 4. 他人を自宅にいたくたくないから |
| 5. 外出したり他人とかかわったりしたくないから | 6. サービスの利用の仕方がわからないから |
| 7. 利用者負担金（利用料の1割～3割）が高いから | |
| 8. 家族が利用をいやがるから | 9. 利用したいサービスが利用できないから |
| 10. 将来に備えて要介護認定をうけただけだから | |
| 11. 介護サービス以外のサービスを利用しているから | |
| 12. 過去に利用したことがあったがサービス内容に不満があったから | |
| 13. その他（ | ） |
| 14. 特に理由はない | |

(3) 現在、あなたが、利用したいのに利用できない在宅サービスはありますか。

[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 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. 居宅療養管理指導 | 6. 通所介護（デイサービス） |
| | ※地域密着型通所介護含む |
| 7. 通所リハビリテーション（デイケア） | 8. 短期入所生活介護（ショートステイ） |
| 9. 短期入所療養介護（医療型ショートステイ） | 10. 特定施設入居者生活介護 |
| 11. 福祉用具貸与 | 12. 特定福祉用具販売 |
| 13. 居宅介護住宅改修 | 14. 認知症対応型通所介護 |
| 15. 小規模多機能型居宅介護 | 16. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | |
| 18. 夜間対応型訪問介護 | 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 20. 特になし | |

※各サービスの内容については、15ページをご参照ください。

【(3)で利用したいのに利用できない在宅サービスがあると答えた方のみ】

(3) - ① 上記で利用したいのに利用できないのはなぜですか。

[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. 利用者負担金（利用料の1割～3割）が払えない | |
| 2. 事業所（またはケアマネ）から回数制限を掛けられている | |
| 3. 事業所がない | |
| 4. その他（ | ） |
| 5. わからない | |

(4) あなたの住宅環境を整えるために、改善が必要なところがありますか。

[あてはまるものすべてに○]

1. 廊下、トイレ、浴室、玄関等に、手すり等つかまる所がない
2. トイレが使いにくい
3. 住宅内に段差があり、移動しにくい
4. 廊下や居室内が滑りやすい
5. 浴室が使いにくい
6. 窓や扉の開閉がしにくい
7. 廊下や扉が狭くて、車イスで通れない
8. その他 ()
9. 困っていることはない

(5) あなたの在宅での生活環境を整えるために、必要な福祉用具はありますか。

[現在使用しているもの以外で、あてはまるものすべてに○]

1. ポータブルトイレ (腰掛便座)
2. シャワーチェア (入浴用いす)
3. 浴槽内いす
4. 浴槽用手すり
5. 工事を伴わない手すり・スロープ
6. 歩行器
7. 歩行補助つえ (松葉づえ、多点つえ)
8. 車いす (自走用車いす、電動車いす・カート等)
9. 床ずれ防止マットレス
10. 特殊寝台 (ベッド)
11. 特殊寝台附属品 (サイドレール等)
12. 移動用リフト (立ち上がり座いす、入浴用リフト、段差解消機、階段移動用リフト)
13. その他 ()
14. 必要なものはない

(6) あなたが、これからも在宅で安心して暮らし続けていくために、特に重要だと感じるサービスはどれですか。 [3つに○]

1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)
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. 居宅療養管理指導
6. 通所介護 (デイサービス)
※地域密着型通所介護含む
7. 通所リハビリテーション (デイケア)
8. 短期入所生活介護 (ショートステイ)
9. 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)
10. 特定施設入居者生活介護
11. 福祉用具貸与
12. 特定福祉用具販売
13. 居宅介護住宅改修
14. 認知症対応型通所介護
15. 小規模多機能型居宅介護
16. 看護小規模多機能型居宅介護
17. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
18. 夜間対応型訪問介護
19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
20. その他 ()
21. 特になし

※各サービスの内容については、15ページをご参照ください。

(7) あなたが、仮に特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所される場合の希望をお聞かせください。例えば、個室（1人部屋）の利用料金が月12万円、多床室（2人以上の部屋）の利用料金が月7万円としてお考えください。[1つに○]

1. 料金の安い多床室（2人以上の部屋）を利用する
2. 料金が高くても個室（1人部屋）を利用する
3. どちらでもよい
4. 利用しない
5. その他（)

【ここから先は施設に入所している方のみお答えください。】

問7 施設入所者の方にうかがいます。

(1) 現在どのような施設に入所していますか。[1つに○]

1. 特別養護老人ホーム
2. 介護老人保健施設
3. 介護医療院
4. 介護療養型医療施設
5. 有料老人ホーム
6. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
7. その他（)

(2) 現在入所中の施設に入所している期間はどれくらいですか。[1つに○]

1. 半年未満
2. 半年以上1年未満
3. 1年以上2年未満
4. 2年以上3年未満
5. 3年以上

(3) 現在入所中の施設へ申込みをしてから入所までの期間（待機期間）はどれくらいでしたか。[1つに○]

1. 半年未満
2. 半年以上1年未満
3. 1年以上2年未満
4. 2年以上3年未満
5. 3年以上

(4) 現在入所中の施設の居室は何人部屋ですか。[1つに○]

1. 個室（1人部屋） ⇒ (4) - ①へ
 2. 多床室（2人以上の部屋） ⇒ (4) - ②へ

※共同生活スペースを併設している個室に準じた完全でない個室（ユニット型個室的多床室）は、「1. 1人部屋（個室）」を選択してください。カーテン等の仕切りでプライバシーに配慮した個室的なしつらえの場合は、「2. 多床室（2人以上の部屋）」を選択してください。

【(4)で「1. 個室（1人部屋）」と答えた方のみ】

(4) - ① 料金の安い、多床室（2人以上の部屋）を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する
 2. 希望しない
 3. どちらとも言えない

【(4)で「2. 多床室（2人以上の部屋）」と答えた方のみ】

(4) - ② 料金が高くても、1人部屋を希望しますか。[1つに○]

1. 希望する
 2. 希望しない
 3. どちらとも言えない

(5) 以下のサービスについて満足度はどのくらいですか。[①～⑦それぞれに回答してください]

	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満	どちらともいえない
①施設での生活全般	1	2	3	4	5	6
②食事	1	2	3	4	5	6
③生活に必要な介護（トイレ・入浴・身だしなみ・移動等）	1	2	3	4	5	6
④日中の過ごし方（趣味・クラブ活動・散歩・外出等）	1	2	3	4	5	6
⑤病気やけが等の緊急時の対応	1	2	3	4	5	6
⑥職員の言葉づかいや対応・態度	1	2	3	4	5	6
⑦気持ちや希望の尊重	1	2	3	4	5	6

(6) あなたの施設入所の考え方について教えてください。[1つに○]

1. このまま施設で暮らしたい
2. 条件が整えば、在宅で暮らしたい ⇒ (6) - ①へ
3. わからない
4. その他 ()

【(6)で「2. 条件が整えば、在宅で暮らしたい」と答えた方のみ】

(6) - ① どのような条件が整えば、在宅で暮らすことができますか。
[あてはまるものすべてに○]

1. 24時間必要に応じて、ヘルパーや看護師が来てくれる
2. 段差がない等、住まいの構造や設備が整っている
3. デイサービスやショートステイを利用したいときに利用できる
4. 介護や医療費に対する経済的負担が軽減される
5. 24時間必要に応じて、医師が往診してくれる
6. 配食や買い物、ゴミ出し等の生活面を支援してくれる
7. 認知症に配慮した介護サービスが整っている
8. 家族が理解・協力してくれる
9. 困ったときにいつでも相談できる場が身近にある
10. 服薬管理を支援してくれる声かけや見守りをしてくれる等
11. 地域の支えがある
12. わからない
13. その他 ()

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

記入もれがないか、お確かめいただき、●月●日 () までに同封した返信用封筒に入れ、切手を貼らずに投函してください。

また、ご相談・ご質問等がありましたら、お気軽にご相談ください。

問6の(1)－①、(3)、(6)の選択肢の内容がわからない場合にご参照ください。

介護保険サービスについて

訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが訪問し、身体介護(食事、入浴、排せつのお世話、通院の付き添いなど)や生活援助(居室の掃除、洗濯、買い物、食事の準備、調理など)を行います。
訪問入浴介護	移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。
訪問看護	看護師などが訪問し、床ずれの手当てや点滴の管理などを行います。
訪問リハビリテーション	リハビリ(機能回復訓練)の専門家が訪問し、リハビリを行います。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理・指導をします。
通所介護(デイサービス)	デイサービスセンターで食事・入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。
地域密着型通所介護	利用定員が18人以下の通所介護事業所で、サービス内容は、通所介護と同様です。
通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設などで、日帰りの機能訓練などが受けられます。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	介護老人福祉施設などに短期間入所して、食事、入浴などの介護や、日常生活の支援が受けられます。
短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	介護老人保健施設などに短期間入所して、医療や介護、機能訓練が受けられます。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームなどで食事、入浴などの介護や日常生活の支援が受けられます。
福祉用具貸与	車いすやベッドなど、日常生活の自立を助ける用具を貸し出します。
特定福祉用具販売	排せつや入浴に用いる用具に対して、年間上限10万円まで福祉用具購入費を支給します(自己負担あり)。
居宅介護住宅改修	生活環境を整えるための小規模な住宅改修に対して、上限20万円まで住宅改修費を支給します(自己負担あり)。
認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアを日帰りで受けられます。
小規模多機能型居宅介護	小規模な住居型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて、食事、入浴などの介護や支援が受けられます。
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る一体的に提供するサービスです。
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症の高齢者が共同で生活できる場(住居)で、食事、入浴などの介護や支援、専門的ケアが受けられます。
夜間対応型訪問介護	夜間に定期的な巡回で介護を受けられる訪問介護、利用者の求めに応じて介護を受けられる随時対応の訪問介護が受けられるサービスです。
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一体的にまたは密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行うサービスです。

在宅介護実態調査 調査票

ご協力のお願い

市民の皆さまには、日頃から市政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

市では、現在、高齢者のための施策を総合的かつ計画的に推進していくため、「笠間市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」の策定を進めています。

この度、計画策定にあたり、「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討する基礎資料とするため、要介護（支援）認定を受けられた方々の日頃の生活状況等についておうかがいする「在宅介護実態調査」を実施することとなりました。

本調査は、更新申請・区分変更申請に際し、要介護（支援）認定調査を受けられた在宅の方を対象としております。

お答えいただいた内容は、笠間市個人情報保護条例に基づいて適切に取扱います。

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、次ページの同意書にご署名のうえ、ご協力賜りますようお願いいたします。

平成30年10月

笠間市長 山口 伸樹

<ご記入にあたってのお願い>

- ◆調査票はA票とB票があります。A票については、調査員が聞き取りをさせていただき、記入します。B票は、ご本人又はご家族に記入をお願いします。記入が困難な場合は、ご回答いただく内容を聞き取りのうえ、調査員が記入させていただきます。
- ◆回答数は設問によって異なるため、（ ）内のことわり書きに従ってください。
- ◆調査票にご回答いただいた内容が、介護認定の審査判定に影響を与えることはありません。

<お問合せ>

笠間市 保健福祉部 高齢福祉課 TEL：0296-77-1101（内線170）

在宅介護実態調査に係る要介護認定データの活用に係る同意書

●個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認のうえ、ご署名ください。

【要介護認定データの利用目的について】

更新申請・区分変更申請に際し、実施された認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、本市における高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定及び高齢者等支援施策検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。当該情報については、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。

【アンケート調査の回答内容の取扱いについて】

アンケート調査でご回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する民間会社に預託する予定ですが、情報は適切に管理させていただきます。

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

笠間市長 様

年 月 日

ご署名 _____

※ご署名は、ご家族様等の代筆の場合でも、調査対象者様ご本人の氏名をご記入ください。

被保険者番号[_____]

【A 票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか】（複数選択可）

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

A票 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目**問1 世帯類型について、ご回答ください(1つを選択)**

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問2 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)(1つを選択)

- | | | |
|----------------------------|---|------------|
| 1. ない | } | 問8(次ページへ)へ |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | | |
| 3. 週に1～2日ある | } | 問3～問13へ |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

問3 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)

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

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください(複数選択可)

〔身体介護〕

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備(調理等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|---------|-----------|
| 15. その他 | 16. わからない |
|---------|-----------|

問7 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(複数選択可)

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた(転職除く) | 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く) |
| 3. 主な介護者が転職した | 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない | 6. わからない |

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

(ここから再び、全員に聞く)

問8 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください(複数選択可)

- | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 利用していない | |

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数選択可)

- | | | |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 特になし | |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問 10 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)

1. 入所・入居は検討していない
2. 入所・入居を検討している
3. すでに入所・入居申し込みをしている

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問 11 ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください(複数選択可)

1. 脳血管疾患(脳卒中)
2. 心疾患(心臓病)
3. 悪性新生物(がん)
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患(透析)
6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)
7. 膠原病(関節リウマチ含む)
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病(パーキンソン病を除く)
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)
14. その他
15. なし
16. わからない

問 12 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

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

1. 利用している(→B票へ)
2. 利用していない(→問14へ)

問 14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数選択可)

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他

- 問2「ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか」で、「ない」以外を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。
- 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

B票

主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

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

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください(1つを選択)

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

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

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

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇(年休や介護休暇等)」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. 主な介護者に確認しないと、わからない

問3 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか(3つまで選択可)

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

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

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

(ここから再び、全頁にお伺いします)

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

〔身体介護〕

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 12. 食事の準備(調理等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 15. その他 | 16. 不安に感じていることは、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

アンケートは以上です。

記入が終わりましたら、調査員にお渡しください。
ご協力いただきまして、ありがとうございました。

在宅生活改善調査 事業所票

※ ●年●月●日現在の状況について、ご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。

1) 所属するケアマネジャーの人数	[] 人
2) 「自宅等 (3) を除く)」にお住まいの利用者数	[] 人
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	[] 人

問2 貴事業所において、過去1年の間 (●年●月●日～●年●月●日) に「自宅等 (※サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く) から、居場所を変更した利用者数 (要介護度別)」をご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人 ★

問3 貴事業所において、過去1年の間 (●年●月●日～●年●月●日) に「自宅等 (※サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く) から居場所を変更した利用者数 (行き先別)」をご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った場合は退院後の居場所をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた 1)～13) の合計と、問2でご記入いただいた合計人数 (★欄) が一致することをご確認ください。

	市 (区町村) 内	市 (区町村) 外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家	[] 人	[] 人
2) 住宅型有料老人ホーム	[] 人	[] 人
3) 軽費老人ホーム (特定施設除く)	[] 人	[] 人
4) サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設除く)	[] 人	[] 人
5) グループホーム	[] 人	[] 人
6) 特定施設	[] 人	[] 人
7) 地域密着型特定施設	[] 人	[] 人
8) 介護老人保健施設	[] 人	[] 人
9) 療養型・介護医療院	[] 人	[] 人
10) 特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
12) その他	[] 人	[] 人
13) 行先を把握していない	[] 人	
14) 死亡 (※ 搬送先での死亡を含む)	[] 人	

居所変更実態調査

※ ●年●月●日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。(1つに○)

※ 本調査では、以下のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

- 1. 住宅型有料老人ホーム
- 2. 軽費老人ホーム (特定施設除く)
- 3. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設除く)
- 4. グループホーム
- 5. 特定施設
- 6. 地域密着型特定施設
- 7. 介護老人保健施設
- 8. 介護療養型医療施設・介護医療院
- 9. 特別養護老人ホーム
- 10. 地域密着型特別養護老人ホーム

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	[_____]
2) 定員数など	[_____] [人・戸・室] ※該当する単位に○
3) 入所・入居者数	[_____] 人
4) (貴施設等の) 待機者数	[_____] 人
5) 特別養護老人ホームの待機者数 (申込者数)	[_____] 人 ※特養・地域密着型特養は回答不要

※ 「2) 定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※ 4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度について、ご記入ください。(数値を記入)

※ ここでご記入いただいた合計人数と、問2でご記入いただいた「3) 入所・入居者数」が一致することをご確認ください。

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中・不明
[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人

問4 以下の医療処置を受けている人数について、ご記入ください。(数値を記入)

1) 点滴の管理	[_____] 人	2) 中心静脈栄養	[_____] 人
3) 透析	[_____] 人	4) ストーマの処置	[_____] 人
5) 酸素療法	[_____] 人	6) レスピレーター	[_____] 人
7) 気管切開の処置	[_____] 人	8) 疼痛の看護	[_____] 人
9) 経管栄養	[_____] 人	10) モニター測定	[_____] 人
11) 褥瘡の処置	[_____] 人	12) カテーテル	[_____] 人
13) 喀痰吸引	[_____] 人	14) インスリン注射	[_____] 人

ここからは、**過去1年間の新規の入所・入居者**についてお伺いします。

問5 過去1年間(●年●月●日～●年●月●日)に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数(合計)

[] 人 ★

問6 問5でご記入いただいた過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた「14) 合計」と、問5でご記入いただいた「新規の入所・入居者数(合計)」(★欄)が一致することをご確認ください。

※ 一旦入院し、退院後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 自宅 (※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む)	[] 人	[] 人
2) 住宅型有料老人ホーム	[] 人	[] 人
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	[] 人	[] 人
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	[] 人	[] 人
5) グループホーム	[] 人	[] 人
6) 特定施設	[] 人	[] 人
7) 地域密着型特定施設	[] 人	[] 人
8) 介護老人保健施設	[] 人	[] 人
9) 療養型・介護医療院	[] 人	[] 人
10) 特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
12) その他	[] 人	[] 人
13) 入居・入所する前の居場所を把握していない	[] 人	
14) 合計	[] 人 ★	

ここからは、**過去1年間の退去者**についてお伺いします。

問7 過去1年間(●年●月●日～●年●月●日)に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。

※ なお、一時的な入院等で貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方(貴施設等との契約が継続している方)は含めないでください。

退去者数(合計)(※死亡・搬送先での死亡を含む)

[] 人 ☆

問8 問7でご記入いただいた過去1年間の退去者について、**要介護度別の人数**をご記入ください。

※ 死亡(搬送先での死亡を含む)した人については、「死亡」欄にその人数をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた合計人数と、問7でご記入いただいた「退去者数(合計)」(☆欄)が一致することをご確認ください。

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
要介護4	要介護5	新規申請中	死亡	合計	
[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人 ☆	

問9 問7でご記入いただいた過去1年間の退去者について、**退去先別の人数**をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた「16) 合計」と、問7でご記入いただいた「退去者数(合計)」(☆欄)が一致することをご確認ください。

※ 一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 自宅(※兄弟・子ども・親戚等の家含む)	[] 人	[] 人
2) 住宅型有料老人ホーム	[] 人	[] 人
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	[] 人	[] 人
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	[] 人	[] 人
5) グループホーム	[] 人	[] 人
6) 特定施設	[] 人	[] 人
7) 地域密着型特定施設	[] 人	[] 人
8) 介護老人保健施設	[] 人	[] 人
9) 療養型・介護医療院	[] 人	[] 人
10) 「9」を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)	[] 人	[] 人
11) 特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
13) その他	[] 人	[] 人
14) 行先を把握していない	[] 人	
15) 死亡(※搬送先での死亡を含む)	[] 人	
16) 合計	[] 人 ☆	

問10 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んで、該当する口に✓を付けてください。

	退居理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1) <u>必要な生活支援</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <u>必要な身体介護</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <u>認知症の症状</u> が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <u>医療的ケア・医療処置の必要性</u> が高まったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 入所・入居者の <u>状態等</u> が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 入所・入居者が、 <u>必要な居宅サービスの利用を望まなかった</u> から	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) <u>費用負担</u> が重くなったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【介護人材実態調査票 事業所票】

※ ●年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（郵便の宛名となっている施設等）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

1. 施設・居住系サービス

（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム）

2. 通所系サービス

（通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業））

問2 貴施設等（問1で○をつけたサービス種別の施設等）に所属する介護職員について、お伺いします

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

※ また、「正規職員」とは、期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	[] 人	非正規職員	[] 人
------	-------	-------	-------

問2-2 貴施設等の開設時期について、ご記入ください。（数値を記入）

開設時期	西暦 [] 年 [] 月
------	----------------

問2-3 ●年●月1日時点で、開設から1年以上を経過している施設等にお伺いします。

過去1年間（●年●月1日～●年●月●日）の介護職員の採用者数と離職者数をご記入ください。

採用者数	[] 人	離職者数	[] 人
------	-------	------	-------

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
20～29歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
30～39歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
40～49歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
50～59歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
60～69歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
70～79歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
年齢不明	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人

(介護人材実態調査／施設系・通所系／事業所票)

問3 貴施設等に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

回答方法	※ 番号1つ記載				※ 数値を記入		※ 番号1つ記載			
	設問	(1) 資格の取得、 研修の修了の状況	(2) 雇用形態	(3) 性別	(4) 年齢	(5) 過去1週間の 勤務時間	(6) 現在の 施設等での 勤務年数	(7) 現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8) 直前の職場について	
選択肢	1. 介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2. 介護職員実務者研修修了 または (旧)介護職員基礎研修修了 または (旧)ヘルパー1級 3. 介護職員初任者研修修了、 または (旧)ヘルパー2級 4. 上記のいずれも該当しない	1. 正規職員 (※期限の定め のない契約) 2. 非正規職員 (※期限の定め のある契約)	1. 男性 2. 女性	1. 20歳 未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代 以上 8. 不明	※ 残業時間を 含む。休憩時 間は除く。	1. 1年以上 ⇒【回答終了】 2. 1年未満 ⇒【(7)へ】	1. 現在の職場が初めての勤務先⇒【回答終了】 2. 介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、 グループホーム、特定施設 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8. その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】	1. 現在の施設等と、同一の市区町村内 2. 現在の施設等と、別の市区町村内	1. 現在の施設等と、同一の法人・グループ 2. 現在の施設等と、別の法人・グループ	
記入例	1	1	1	3	40	時間	2	2	1	2
01						時間				
02						時間				
03						時間				
04						時間				
05						時間				
06						時間				
07						時間				
08						時間				
09						時間				
10						時間				
11						時間				
12						時間				
13						時間				
14						時間				
15						時間				
16						時間				
17						時間				
18						時間				
19						時間				
20						時間				
21						時間				
22						時間				
23						時間				
24						時間				
25						時間				
26						時間				
27						時間				
28						時間				
29						時間				
30						時間				
31						時間				
32						時間				
33						時間				
34						時間				
35						時間				
36						時間				
37						時間				
38						時間				
39						時間				
40						時間				
41						時間				
42						時間				
43						時間				
44						時間				
45						時間				
46						時間				
47						時間				
48						時間				
49						時間				
50						時間				

【介護人材実態調査票 事業所票】

※ ●年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（郵便の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

- 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
- 2. 小規模多機能型居宅介護
- 3. 看護小規模多機能型居宅介護
- 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

※ また、「正規職員」とは、期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	[] 人	非正規職員	[] 人
------	-------	-------	-------

問2-2 貴事業所の開設時期について、ご記入ください。（数値を記入）

開設時期	西暦 [] 年 [] 月
------	----------------

問2-3 ●年●月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（●年●月1日～●年●月●日）の介護職員の採用者数と離職者数を、ご記入ください。

採用者数	[] 人	離職者数	[] 人
------	-------	------	-------

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
20～29歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
30～39歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
40～49歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
50～59歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
60～69歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
70～79歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
年齢不明	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人

【介護人材実態調査票 職員票】

※ この調査票は、訪問サービス・訪問介護を行う介護職員の方（非常勤含む。ボランティア除く）が対象です。

※ ●年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 あなたが、本調査票を受け取った事業所で提供するサービス種別（介護予防を含む）について、ご回答ください。（1つに○）

- 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
- 2. 小規模多機能型居宅介護
- 3. 看護小規模多機能型居宅介護
- 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 あなたの資格の取得、研修の修了の状況について、ご回答ください（1つに○）。

- 1. 介護福祉士（認定介護福祉士含む）
- 2. 介護職員実務者研修修了、または(旧)介護職員基礎研修修了、または(旧)ヘルパー1級
- 3. 介護職員初任者研修修了、または(旧)ヘルパー2級
- 4. 「1.」～「3.」のいずれにも該当しない

問3 あなたの雇用形態、性別、年齢、過去1週間の勤務時間等について、ご回答ください。

1) 雇用形態 (1つに○)	1. 正規職員（※ 期限の定めのない契約） 2. 非正規職員（※ 期限の定めのある契約）
2) 性別（1つに○）	1. 男性 2. 女性
3) 年齢（数値を記入）	[] 歳
4) 過去1週間の勤務時間（数値を記入） ※ 問1で回答した勤務先における時間	[] 時間 ※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。
5) 現在の事業所での勤務年数 (数値を記入)	1. 1年以上 ⇒ 裏面に回答 2. 1年未満 ⇒ 問4と裏面に回答

問4 問3の5)で「2.」と回答された方に、お伺いします。現在の事業所に勤務する直前の職場について、以下にご回答ください（1つに○）。

- 1. 現在の職場が初めての勤務先⇒【裏面に回答】
- 2. 介護以外の職場 ⇒【裏面に回答】
- 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設
- 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型
- 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス
- 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ
- 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外）
- 8. その他の介護サービス
⇒【「3.」～「8.」の場合は問5へ】

問5 問4で「3.」～「8.」と回答された方に、お伺いします。ご回答いただいた直前の職場について、以下にご回答ください。

1) 場所（1つに○）	1. 現在の事業所と、 <u>同一の市区町村内</u> 2. 現在の事業所と、 <u>別の市区町村内</u>
2) 法人（1つに○）	1. 現在の事業所と、 <u>同一の法人・グループ</u> 2. 現在の事業所と、 <u>別の法人・グループ</u>

⇒ 皆様、裏面もご回答ください

【職員票（訪問介護員向け）】

裏面

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問介護」、「訪問入浴」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス（総合事業）」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」に従事されている方にお聞きします。

※直近の1週間（7日間）について、提供した時間（分）を記入してください。

（例：水曜日を開始日とする場合、水曜日（開始日）から次週の火曜日までの7日間の情報を記入してください）

※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります（移動時間を含まない）。

※障害サービスの提供は除いてください。

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 <small>（移動時間を含まない）</small>		調理・配膳		その他の生活援助	
記入例	30	分	20	分	45	分	20	分
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 <small>（移動時間を含まない）</small>		調理・配膳		その他の生活援助	
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

※自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、身体介護に含む

笠間市介護保険 事業所調査

～ 調査ご協力のお願い ～

日頃より、市政につきましてご理解とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

笠間市では、第8期介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）の重要な基礎資料とさせていただくため、笠間市内の介護保険事業所を対象に、今後の介護保険サービスの提供に係る意向等をうかがうためアンケートを実施することとなりました。

調査の結果は、統計的に処理するもので、本調査の目的以外に使用したり、皆様にご迷惑をかけたりすることはありません。

何かと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、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月

笠間市 高齢福祉課

事業所名称 提供サービス	【別記1】 【別記2】
所在地	【別記3】
アンケート 記入者	氏名： _____ 連絡先（電話番号）： _____
事業所の メールアドレス (※)	_____ @ _____

※各事業所への連絡事項や調査依頼について、令和2年度より電子メールによる周知を実施する予定です。つきましては、貴事業所のメールアドレスを必ずご記入くださいますようお願いいたします。

【ご記入にあたってのお願い】

この調査は、笠間市で介護保険サービスを提供している事業所（令和元年11月1日現在）を対象に実施するものです。

集計結果を数字で統計的に処理することが目的ですので、どうぞ、ありのままをお答えくださいますようお願いいたします。

- (1) 回答の際には、貴事業所の事業運営について把握されている方（代表者の方、管理部門の責任者の方など）がお答えください。
- (2) 回答は、令和元年11月1日現在でお答えください。
- (3) お手数でも、このアンケートは各種事業所ごとにご回答願います。
- (4) 「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、()内になるべく具体的にご記入ください。
- (5) 質問内容によっては、回答していただく方が限定される質問や、○の数に制限がある質問がありますので、その場合には矢印や注意書きにご注意ください。

1 貴事業所のサービス提供についてうかがいます

問1 貴事業所の介護保険サービスの種類(介護予防サービスを含む)は次のどれですか。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1 介護老人福祉施設 | 2 介護老人保健施設 |
| 3 認知症対応型共同生活介護 | 4 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 5 特定施設入居者生活介護 | 6 小規模多機能型居宅介護 |
| 7 看護小規模多機能型居宅介護 | 8 介護療養型医療施設 |

-----> 問1-1、問1-2にお答えください。

- | | |
|----------------|-------------------|
| 9 訪問介護 | 10 訪問入浴介護 |
| 11 訪問看護 | 12 通所介護（地域密着型を含む） |
| 13 訪問リハビリテーション | 14 居宅療養管理指導 |
| 15 通所リハビリテーション | 16 短期入所生活介護 |
| 17 短期入所療養介護 | 18 福祉用具貸与 |
| 19 特定福祉用具販売 | 20 居宅介護支援 |
| 21 認知症対応型通所介護 | 22 その他（ ） |

「1」～「8」を実施していないサービス事業所の方は、問2へお進みください。

問1-1 問1で回答した施設について、定員を記入してください。

※ 例えば、ショートがない場合などは、「0」をご記入ください。

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|--------|-------------|----|
| 1 | 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | <定員 | 床/ショート | 床（空床利用は除く）> | |
| 2 | 介護老人保健施設（老人保健施設） | <定員 | 床> | | |
| 3 | 認知症対応型共同生活介護 | <定員 | 名> | | |
| 4 | 地域密着型介護老人福祉施設 | <定員 | 床/ショート | 床（空床利用は除く）> | |
| 5 | 特定施設入居者生活介護 | <定員 | 名> | | |
| 6 | 小規模多機能型居宅介護 | <登録定員 | 名/宿泊定員 | 名/通い定員 | 名> |
| 7 | 看護小規模多機能型居宅介護 | <登録定員 | 名/宿泊定員 | 名/通い定員 | 名> |
| 8 | 介護療養型医療施設 | <定員 | 床> | | |

問1-2 要介護度別の入所者等の人数及び待機者の人数をお答えください。

(単位：人)

		入所者（利用者又は登録者）・待機者の人数						
		※ 上段に全体数を、下段（ ）内に市外の人数をご記入ください。						
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	自立・ 要支援	合計
R元. 11. 1 現在	入所・ 利用・ 登録者	()	()	()	()	()	()	()
	待機者	()	()	()	()	()	()	()
H30. 11. 1 現在	入所・ 利用・ 登録者	()	()	()	()	()	()	()
	待機者	()	()	()	()	()	()	()

※ ここからは、現在、在宅サービス又は地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設を除く）を実施している事業所のみお答えください。

- ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・地域密着型介護老人福祉施設
- ・介護療養型医療施設 の事業所の方は、問5へお進みください。

問2 問1で回答した実施しているサービスについて、その介護サービスの定員と利用状況（延べ利用人数）についてお答えください。

利用率の記入欄があるサービスもありますので、記入漏れにご注意ください。

介護サービスの種類	回答 区分	定員 (人)	平成 29年 10月	平成 30年 10月	令和 元年 8月	令和 元年 9月	令和 元年 10月
1 居宅介護支援（予防） （ケアプラン作成）	利用人数	/					
2 訪問介護	利用人数	/					
3 訪問入浴介護（予防）	利用人数	/					
4 訪問看護（予防）	利用人数	/					

(次ページへ続く)

(前ページからの続き)

介護サービスの種類		回答区分	定員(人)	平成29年10月	平成30年10月	令和元年8月	令和元年9月	令和元年10月
5 通所介護 (地域密着型を含む)		利用人数						
		利用率						
6 訪問リハビリテーション(予防)		利用人数						
7 通所リハビリテーション(予防)		利用人数						
		利用率						
8 短期入所生活介護(予防)		利用人数						
		利用率						
9 短期入所療養介護(予防)		利用人数						
10 福祉用具貸与(予防)		利用人数						
11 特定福祉用具販売(予防)		利用人数						
12 居宅療養管理指導(予防)		利用人数						
13 特定施設入所者生活介護(予防)		利用人数						
		利用率						
14 小規模多機能型居宅介護(予防)	訪問	利用人数						
	通い	利用人数						
		利用率						
泊まり	利用人数							
	利用率							
15 看護小規模多機能型居宅介護	訪問	利用人数						
	通い	利用人数						
		利用率						
泊まり	利用人数							
	利用率							

(次ページへ続く)

(前ページからの続き)

介護サービスの種類	回答区分	定員(人)	平成29年10月	平成30年10月	令和元年8月	令和元年9月	令和元年10月
16 認知症対応型通所介護(予防)	利用人数						
	利用率						
17 認知症対応型共同生活介護(予防)	利用人数						
	利用率						

※ 利用率 =
$$\frac{1 \text{ ヶ月の延べ利用人数}}{\text{定員} \times \text{事業所稼働日数}}$$

※ なお、定員の項目のうち、斜線の部分は記入しなくて結構です。

問3 問2から、現在の定員と利用状況を比較すると、次のどれにあてはまりますか。
(○は1つだけ)

- | |
|--|
| 1 ほぼ定員どおりである
2 定員より需要が少ない
3 定員より需要が多いため、提供を調整している
4 その他 () |
|--|

問4 貴事業所では、対応に困難な利用者がいますか。(○は1つだけ)

- | |
|-------------------------------|
| 1 いる → 問4-1にお答えください。
2 いない |
|-------------------------------|

問4-1 対応が困難と感じる事はどんなことですか。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1 介護度が重い
2 病状が重い
3 医療的な処置を必要とする
4 介護に時間がかかる
5 本人・介護者の要求が高い
6 本人・介護者の理解が得られない
7 本人・介護者のニーズがつかめない
8 連携等に手間がかかる
9 その他 () |
|--|

2 貴事業所の運営状況についてうかがいます

問5 この1年間の貴事業所の介護人材確保の状況はどうですか。(○は1つだけ)

- | | |
|------------|-------------|
| 1 確保できている | 2 概ね確保できている |
| 3 やや不足している | 4 不足している |

問6 問5において、「3 やや不足している」「4 不足している」に○を記入した場合、不足している職種をお答えください。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------|-------------------------|
| 1 訪問介護員 | 2 サービス提供責任者 |
| 3 介護職員 | 4 看護職員 |
| 5 生活相談員 | 6 機能訓練指導員 (PT, OT, ST等) |
| 7 介護支援専門員 | |
| 8 その他 () | |

問7 介護知識や介護技術などをレベルアップし、サービスの質的向上を図るうえでの課題は何だと思いますか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1 従業者間でのレベルの差が大きい | |
| 2 適切な研修の機会が不足している | |
| 3 従業者の定着が不安定なため、事業所全体の水準を上げるのが困難 | |
| 4 利用者の声をサービスの質的向上に活かせていない | |
| 5 福祉サービス第三者評価を導入していない | |
| 6 外部評価制度による評価内容を活かせていない | |
| 7 その他 () | |
| 8 特にない | |

問8 貴事業所の事業展開上、どのような課題がありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|--|
| 1 介護保険制度の将来像が不透明である | |
| 2 介護報酬が低い | |
| 3 施設設備・改修等の費用の確保が難しい | |
| 4 利用者が少ない | |
| 5 専門職員(スタッフ)の確保が難しい | |
| ※職種 () | |
| 6 職員の教育が十分にできない | |
| 7 他の事業所と連携をとるのが難しい | |
| 8 その他 () | |
| 9 特にない | |

3 ご意見をお聞かせください

問9 介護保険に関して、市にどのようなことを望みますか。(○は3つまで)

- | | |
|--|---|
| 1 介護保険制度について利用者の理解を促進する
※特に啓発が必要な内容 (|) |
| 2 事業者への情報提供を充実する
(特にどのような情報か : |) |
| 3 利用者の苦情・相談体制を充実する | |
| 4 市独自のサービスメニューを提供する | |
| 5 保険料や利用料に対する市独自の減免措置を充実する | |
| 6 医療機関などへの制度の理解、協力を促進する | |
| 7 事業者間の情報交換、交流の場を設ける | |
| 8 居宅サービスを増設する(サービス名 : |) |
| 9 入所施設を増設する(施設種別 : |) |
| 10 介護サービスが必要にならないように、健康づくりなどに力を入れる | |
| 11 その他 (|) |
| 12 特にない | |

問10 高齢者が住み慣れた地域でできる限り住み続けていくためには、どのようなことが重要だと考えますか。(○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 軽度の支援を要する高齢者の生活機能の維持・回復を図る介護予防事業の充実 | |
| 2 買い物やゴミだしなどの生活支援サービスの充実 | |
| 3 高齢者の権利擁護(高齢者虐待防止、成年後見制度)体制の充実 | |
| 4 他職種連携による地域包括ケアの充実 | |
| 5 災害など、緊急時の支え合い体制を充実する | |
| 6 サロン事業など、地域で気軽に集まれる場を設ける | |
| 7 高齢者の移動手段を充実させる | |
| 8 近所同士の交流を促進する | |
| 9 若い世代との交流を促進する | |
| 10 老人クラブなど、高齢者同士の交流を促進する | |
| 11 ボランティアを育成して見守りなどの活動を充実させる | |
| 12 高齢者を対象とする日常生活支援の担い手の育成を促進する | |
| 13 認知症対策の充実(具体例 : |) |
| 14 その他 (|) |
| 15 特にない | |

※ここからは、問1で「1.介護老人福祉施設」、「2.介護老人保健施設」、「3.認知症対応型共同生活介護」、「4.地域密着型介護老人福祉施設」、「20.居宅介護支援」と回答した事業所のみお答えください

4 成年後見制度についてうかがいます

問11 成年後見制度を利用している利用者はいますか。いる場合は人数も記入してください。

1 いる (人) 2 いない

問11で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問11-1 成年後見制度を利用している人の類型別人数をご記入ください。

1 後見 (人) 2 保佐 (人) 3 補助 (人)

問11-2 成年後見制度を利用している理由となっている障がい等の種類と人数をご記入ください。

1 認知症 (人) 2 知的障がい (人)
 3 精神障がい (人) 4 意識不明 (人)
 5 その他 (人)

問12 成年後見申し立てはしていないが、成年後見制度が必要と思われる利用者はいますか。いる場合は人数も記入してください。

1 いる (人) 2 いない

問12で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問12-1 成年後見制度を必要とする理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1 金銭管理 2 不動産管理
 3 相続手続き 4 身上監護(介護・福祉サービスの契約等)

問13 成年後見申し立てを予定している利用者はいますか。いる場合は人数も記入してください。

1 いる (人) 2 いない

問14 成年後見制度が必要だと思うが、申し立てする予定のない利用者はいますか。

- | | |
|-----------|-------|
| 1 いる (人) | 2 いない |
|-----------|-------|

問14で「1. いる」とした事業所のみご回答ください

問14-1 成年後見制度が必要にもかかわらず、申し立てしない理由は何ですか。

- | |
|-------------------------------|
| 1 申し立てできる親族がないため |
| 2 親族に申し立ての必要性を説明していないため |
| 3 制度がよくわからないので親族に説明ができないため |
| 4 申し立て書類の作成が難しく、申し立てに至らないため |
| 5 市役所に首長申し立てを相談したが、手続きが進まないため |
| 6 その他 () |

問15 成年後見制度首長（市長）申し立てがあることを知っていますか。

- | | |
|---------|--------|
| 1 知っている | 2 知らない |
|---------|--------|

問16 行政に成年後見制度に関する相談窓口があることを知っていますか。

- | | |
|---------|--------|
| 1 知っている | 2 知らない |
|---------|--------|

問17 行政に成年後見制度に関する相談をしたことがありますか。

- | | |
|------|------|
| 1 ある | 2 ない |
|------|------|

問18 成年後見制度に関する相談をする場合はどこに相談しますか。またはどこに相談したいですか。（○は1つだけ）

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 市役所社会福祉課 | 2 市役所高齢福祉課 |
| 3 地域包括支援センター | 4 笠間市社会福祉協議会 |
| 5 水戸市権利擁護サポートセンター | 6 法律事務所 |
| 7 家庭裁判所 | |

介護保険制度や介護保険サービスについて、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたら、お聞かせください。

＊ ご協力ありがとうございました。

★アンケート回収方法

ご回答いただきましたアンケート用紙は、同時に送付しております他の調査票と合わせ、同封の返信用封筒に入れ、令和元年〇月〇〇日(〇)までに、郵便ポストへ投函してください。

★本調査についてご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

笠間市役所 高齢福祉課

電話：0296-77-1101 内線170（介護保険担当）

笠間市介護保険 法人調査

～ 調査ご協力をお願い ～

日頃より、市政につきましてご理解とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

笠間市では、第8期介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）の重要な基礎資料とさせていただくため、笠間市内に介護保険事業所を有する事業者を対象に、今後の介護保険サービスの提供に係る意向等をうかがうためアンケートを実施することとなりました。

調査の結果は、統計的に処理するもので、本調査の目的以外に使用したり、皆様にご迷惑をかけたりすることはありません。

何かと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、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月

笠間市 高齢福祉課

法人名称	《法人名【別記1】》
所在地	《法人住所【別記2】》
アンケート 記入者	氏名： 連絡先（電話番号）：
法人の メールアドレス (※)	@

※各法人への連絡事項や調査依頼について、令和2年度より電子メールによる周知を実施する予定です。つきましては、貴法人のメールアドレスを必ずご記入くださいますようお願いいたします。

【ご記入にあたってのお願い】

この調査は、笠間市で介護保険サービスを提供している事業者（令和元年11月1日現在）を対象に実施するものです。

集計結果を数字で統計的に処理することが目的ですので、どうぞ、ありのままをお答えくださいますようお願いいたします。

- (1) 回答の際には、貴法人の事業運営について把握されている方（代表者の方、管理部門の責任者の方など）がお答えください。
- (2) 回答は、令和元年11月1日現在の笠間市で実施する事業についてお答えください。
- (3) 「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、()内になるべく具体的にご記入ください。
- (4) 質問内容によっては、回答していただく方が限定される質問や、○の数に制限がある質問がありますので、その場合には矢印や注意書きにご注意ください。

問1 次の介護サービスについて、各サービスの今後（～R5年まで）の事業展開について、あてはまる項目に○をつけてください。

介護サービスの種類	区分	(1) 現在提供中	(2)今後の展開					検 討 中
			拡 大 し た い	現 状 を 維 持	縮 小 し た い	や め た い	新 規 に 取 り 組 み た い	
1 居宅介護支援（ケアプラン作成）	介護 予防							
2 訪問介護	介護							
3 訪問入浴介護（予防）	介護 予防							
4 訪問看護（予防）	介護 予防							
5 訪問リハビリテーション（予防）	介護 予防							
6 通所介護（地域密着型を含む）	介護							
7 通所リハビリテーション（予防）	介護 予防							
8 短期入所生活介護（予防）	介護 予防							
9 短期入所療養介護（予防）	介護 予防							
10 福祉用具貸与（予防）	介護 予防							
11 特定福祉用具販売（予防）	介護 予防							
12 居宅療養管理指導（予防）	介護 予防							
13 特定施設入所者生活介護（予防）	介護 予防							
14 介護老人福祉施設								
15 介護老人保健施設								
16 介護療養型医療施設								

(次ページへ続く)

(前ページからの続き)

介護サービスの種類	区分	(1)	(2)今後の展開					検討中
		現在提供中	拡大したい	現状を維持	縮小したい	やめたい	新規に 取り組 みたい	
17 介護医療院								
18 小規模多機能型居宅介護（予防）	介護							
	予防							
19 認知症対応型通所介護（予防）	介護							
	予防							
20 認知症対応型共同生活介護（予防）	介護							
	予防							
21 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護								
22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
23 夜間対応型訪問介護								
24 看護小規模多機能型居宅介護								
25 サービス付き高齢者向け住宅								
26 有料老人ホーム	介護付							
	住宅型							
	健康型							
27 総合事業	訪問型サービス	現行相当サービス						
		基準緩和型						
	通所型サービス	現行相当サービス						
		基準緩和型						
		サロン型						
短期集中型								
28 その他（ ）								

※ 「検討中」に○を記入した事業につきまして、笠間市より後日問合せさせていただくことがありますのでご協力くださいますようお願い申し上げます。

※ また、本回答後に、事業展開の変更・決定等がありましたら、その旨お申し出くださいますようお願い申し上げます。

問2 問1において、「拡大したい」又は「新規に取り組みたい」に○を記入した事業につきまして、以下の欄にご記入ください。

事業所名	
住所（予定地）	
サービス種類	
利用定員等	
変更（新規計画）の概要 ※可能な限り具体的に記載してください	
変更（新規事業開始）予定年月	令和 年 月頃
変更（新規事業開始）に当たっての問題点	

※ 介護保険事業計画に位置付ける事業所の整備計画については、要介護認定者及びサービス利用の将来推計や、別の実施する諸調査の結果等を含め総合的に判断し決定することになるため、本設問に回答していただいても、事業計画に位置付け、整備を行う事を約束するものではないことを予めご了承願います。

※ 当ページは1計画毎に記入してください。計画が複数ある場合には、コピーして記入し、別途添付してください。

2 介護人材の確保についてうかがいます

問3 法人全体における介護人材確保の状況についてお答えください。(○は1つだけ)

- 1 確保できている
- 2 概ね確保できている
- 3 やや不足している
- 4 不足している

問4 問3において、「3 やや不足している」「4 不足している」に○を記入した場合、不足している職種をお答えください。(○はいくつでも)

- 1 訪問介護員
- 2 サービス提供責任者
- 3 介護職員
- 4 看護職員
- 5 生活相談員
- 6 機能訓練指導員 (PT, OT, ST等)
- 7 介護支援専門員
- 8 その他 ()

問5 人材確保のために実施している取り組みについてお答えください。(○はいくつでも)

- 1 ハローワーク登録
- 2 人材サービス会社 (民間の職業紹介機関)
- 3 法人主催講座・研修会開催
- 4 外国人受入れ
- 5 その他 ()

3 ご意見をお聞かせください

問6 介護保険に関して、市にどのようなことを望みますか。(○は3つまで)

- 1 介護保険制度について利用者の理解を促進する
※特に啓発が必要な内容 ()
- 2 事業者への情報提供を充実する
- 3 利用者の苦情・相談体制を充実する
- 4 市独自のサービスメニューを提供する
- 5 保険料や利用料に対する市独自の減免措置を充実する
- 6 医療機関などへの制度の理解、協力を促進する
- 7 事業者間の情報交換、交流の場を設ける
- 8 居宅サービスを増設する(サービス名:)
- 9 入所施設を増設する(施設種別:)
- 10 介護サービスが必要にならないように、健康づくりなどに力を入れる
- 11 その他 ()
- 12 特にない

問7 高齢者が住み慣れた地域でできる限り住み続けていくためには、どのようなことが重要だと考えますか。(○はいくつでも)

- 1 軽度の支援を要する高齢者の生活機能の維持・回復を図る介護予防事業の充実
- 2 買い物やゴミだしなどの生活支援サービスの充実
- 3 高齢者の権利擁護(高齢者虐待防止、成年後見制度)体制の充実
- 4 他職種連携による地域包括ケアの充実
- 5 災害など、緊急時の支え合い体制を充実する
- 6 サロン事業など、地域で気軽に集まれる場を設ける
- 7 高齢者の移動手段を充実させる
- 8 近所同士の交流を促進する
- 9 若い世代との交流を促進する
- 10 老人クラブなど、高齢者同士の交流を促進する
- 11 ボランティアを育成して見守りなどの活動を充実させる
- 12 高齢者を対象とする日常生活支援の担い手の育成を促進する
- 13 認知症対策の充実(具体例:)
- 14 その他 ()
- 15 特にない

4 総合事業の基準緩和型サービスについてうかがいます

問8 市では、基準緩和型サービスの利用を促進したいと考えていますが、事業の実施に向けてどのような課題があると考えますか。(〇はいくつでも)

- 1 更なる基準緩和
- 2 サービス費の引上げ
- 3 介護人材の確保
- 4 その他 ()

問9 市が、基準緩和型サービスの担い手を養成することによって人材の確保が見込めれば、事業が実施できると考えますか。(〇は1つだけ)

- 1 実施できる
- 2 実施できない (理由:)
- 3 わからない
- 4 その他 ()

問10 一定の研修を受けた者(専門的な資格を持たない)を雇用して従事させるうえで、どのような課題があると考えますか。(〇はいくつでも)

- 1 研修修了者のスキルアップ
- 2 研修修了者と事業所のマッチング
- 3 その他 ()

問11 基準緩和型サービスの実施について、事業者の立場から考えられる課題、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたらお聞かせください。

介護保険制度や介護保険サービスについて、ご意見、ご要望、ご提案などがございましたら、お聞かせください。

* ご協力ありがとうございました。

★アンケート回収方法

ご回答いただきましたアンケート用紙は、同時に送付しております他の調査票と合わせ、同封の返信用封筒に入れ、令和元年〇月〇日（〇）までに、郵便ポストへ投函してください。

★本調査についてご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

笠間市役所 高齢福祉課

電話：0296-77-1101 内線170（介護保険担当）