

第Ⅴ部 資料編（使用した調査票）

【調査の目的及び活用目的について】

- ◆この調査は、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、所沢市による高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、所沢市で適切に管理いたします。
- ◆ただし、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定時および効果評価時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する所沢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。なお、集計・分析のために登録する本情報は無記名であり、個人を特定するものではありません。
- ◆本調査により得られた結果につきましては、以下の方法で公開することを予定しています。
公開方法：市ホームページ、市政情報センター
公開時期：令和5年5月以降（予定）

あて名のご本人について

問1 以下はあて名のご本人についてお答えください。
(令和4年12月1日現在でお答えください)

年 齢	<input type="checkbox"/> 65～69 歳	<input type="checkbox"/> 75～79 歳	<input type="checkbox"/> 85～89 歳
	<input type="checkbox"/> 70～74 歳	<input type="checkbox"/> 80～84 歳	<input type="checkbox"/> 90 歳以上
性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他

問2 お住まいの地区についてお答えください。

<input type="checkbox"/> 所沢地区	(宮本町、西所沢、金山町、喜多町、有楽町、北有楽町、日吉町、東町、寿町、元町、御幸町、旭町、星の宮、くすのき台1～2丁目)
<input type="checkbox"/> 松井東地区	(下安松、松郷、東所沢和田)
<input type="checkbox"/> 松井西地区	(上安松、牛沼、東新井町、西新井町)
<input type="checkbox"/> 柳瀬地区	(東所沢、本郷、南永井、日比田、亀ヶ谷、城、坂之下、新郷)
<input type="checkbox"/> 富岡地区	(北中、岩岡町、北岩岡、所沢新町、中富、中富南、下富、神米金)
<input type="checkbox"/> 新所沢地区	(緑町、榎町、泉町、青葉台、けやき台、向陽町)
<input type="checkbox"/> 新所沢東地区	(松葉町、弥生町、美原町、北所沢町、花園)
<input type="checkbox"/> 三ヶ島第1地区	(三ヶ島、堀之内、糞谷、林、和ヶ原、西狭山ヶ丘)
<input type="checkbox"/> 三ヶ島第2地区	(東狭山ヶ丘、狭山ヶ丘、若狭)
<input type="checkbox"/> 小手指第1地区	(上新井、北野、北野新町、北野南、小手指南、小手指元町、小手指町5丁目、小手指台)
<input type="checkbox"/> 小手指第2地区	(小手指町1～4丁目)
<input type="checkbox"/> 山口地区	(山口、上山口)
<input type="checkbox"/> 吾妻地区	(東住吉、西住吉、南住吉、久米、北秋津、松が丘、荒幡、くすのき台3丁目)
<input type="checkbox"/> 並木地区	(並木、若松町、こぶし町、北原町、中新井、下新井)

◆あなたのご家族や生活状況について

問3 家族構成を教えてください。(回答は1つ)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1人暮らし | <input type="checkbox"/> 息子・娘との2世帯 |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | |

問4 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。(回答は1つ)

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 介護・介助は必要ない | } 問5 △ |
| <input type="checkbox"/> 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない | |
| <input type="checkbox"/> 現在、何らかの介護を受けている → 問4-1 △
(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4-1 【問4で「現在、何らかの介護を受けている」と回答した方におたずねします。】
主にどなたの介護を受けていますか。(あてはまるものすべてに回答)

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

問5 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。(回答は1つ)

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

問6 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(回答は1つ)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持家(一戸建て) | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(集合住宅) |
| <input type="checkbox"/> 持家(集合住宅) | <input type="checkbox"/> 借家 |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅 | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(一戸建て) | |

※UR賃貸住宅は「民間賃貸住宅(集合住宅)」を選択してください。

問 13 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(回答は1つ)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とても減っている | <input type="checkbox"/> あまり減っていない |
| <input type="checkbox"/> 減っている | <input type="checkbox"/> 減っていない |

問 14 外出を控えていますか。(回答は1つ)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい →問 14-1へ | <input type="checkbox"/> いいえ →問 15へ |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

問 14-1 【問 14で「はい」と回答した方におたずねします。】

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回答)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病気 | <input type="checkbox"/> 目の障害 |
| <input type="checkbox"/> 障害(脳卒中の後遺症など) | <input type="checkbox"/> 外での楽しみがない |
| <input type="checkbox"/> 足腰などの痛み | <input type="checkbox"/> 経済的に出られない |
| <input type="checkbox"/> トイレの心配(失禁など) | <input type="checkbox"/> 交通手段がない |
| <input type="checkbox"/> 耳の障害(聞こえの問題など) | <input type="checkbox"/> その他() |

問 15 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回答)

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

※ところバス・ところワゴンは「路線バス」を選択してください。

◆食べることについて

問 16 身長・体重を記入してください。

身長： _____ cm 体重： _____ kg

問 17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(回答は1つ)

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

問 18 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)(回答は1つ)

- 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

問 19 どなたかと食事をともにする機会がありますか。(回答は1つ)

- 毎日ある 月に何度かある ほとんどない
 週に何度かある 年に何度かある

◆毎日の生活について

問 20 物忘れが多いと感じますか。(回答は1つ)

- はい いいえ

問 21 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)(回答は1つ)

- できるし、している できるけどしていない できない

問 22 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。(回答は1つ)

- できるし、している できるけどしていない できない

問 23 自分で食事の用意をしていますか。(回答は1つ)

- できるし、している できるけどしていない できない

問 24 自分で請求書の支払いをしていますか。(回答は1つ)

- できるし、している できるけどしていない できない

問 25 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(回答は1つ)

- できるし、している できるけどしていない できない

問 26 年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか。(回答は1つ)

- はい いいえ

問 27 新聞を読んでいますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 28 本や雑誌を読んでいますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 29 健康についての記事や番組に関心がありますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 30 友人の家を訪ねていますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 31 家族や友人の相談にのっていますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 32 病人を見舞うことができますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 33 若い人に自分から話しかけることがありますか。(回答は1つ)

はい いいえ

問 34 日常生活の中で困ったことがありますか。(あてはまるものすべてに回答)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 税金の支払いや公共機関の手続き | <input type="checkbox"/> 洗濯 |
| <input type="checkbox"/> 財産やお金の管理 | <input type="checkbox"/> 食事の準備 |
| <input type="checkbox"/> 近くに買い物をする場所がない | <input type="checkbox"/> 外出の際の移動手段 |
| <input type="checkbox"/> 買い物に行くのが困難 (行けない) | <input type="checkbox"/> 電化製品の扱い方 |
| <input type="checkbox"/> 日々のゴミ出し | <input type="checkbox"/> ペットの世話 |
| <input type="checkbox"/> 日常の力仕事 (家具の移動等) | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 庭の手入れ | <input type="checkbox"/> 特に困っていることはない |
| <input type="checkbox"/> 掃除 | |

問 35 今後の生活で心配なことはありますか。(回答は3つまで)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 経済的なこと | <input type="checkbox"/> 近所との付き合い |
| <input type="checkbox"/> お金の管理のこと | <input type="checkbox"/> 将来、一人で生活することになったときのこと |
| <input type="checkbox"/> 自分の健康に関すること | <input type="checkbox"/> 何かあったときにどこへ相談していいかわからない |
| <input type="checkbox"/> 自分が認知症になること | <input type="checkbox"/> 住まいに関すること |
| <input type="checkbox"/> 家族の健康に関すること | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 家族が認知症になること | <input type="checkbox"/> 特に心配していることはない |
| <input type="checkbox"/> 家族との不和 | |

◆地域の活動について**問 36** 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

※①から⑧それぞれに回答してください。

	週4回 以上	週2 ~3回	週1回	月1 ~3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② スポーツ関係のグループや クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 介護予防のための通いの場 (トコロん元気百歳体操、 お達者倶楽部など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 長生クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 37 あなたが、今後、希望する社会参加（すでに参加しているものを除く）をお答えください。
（あてはまるものすべてに回答）

<input type="checkbox"/> ボランティアのグループ	} 問38△	<input type="checkbox"/> 長生クラブ	} 問38△
<input type="checkbox"/> スポーツ関係のグループやクラブ		<input type="checkbox"/> 町内会・自治会	
<input type="checkbox"/> 趣味関係のグループ		<input type="checkbox"/> 収入のある仕事	
<input type="checkbox"/> 学習・教養サークル		<input type="checkbox"/> 特に何もしたくない → 問37-1△	
<input type="checkbox"/> 介護予防のための通いの場			

（トコロん元気百歳体操、お達者倶楽部など）

問 37-1 【問 37 で「特に何もしたくない」と回答した方におたずねします。】←
その理由は何ですか。（あてはまるものすべてに回答）

<input type="checkbox"/> 各活動の情報が無い	<input type="checkbox"/> 個人的な活動が忙しいため
<input type="checkbox"/> 魅力的な活動が無い	<input type="checkbox"/> 自身の身体機能が低下しているため

問 38 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。（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> 是非参加したい	<input type="checkbox"/> 参加してもよい	<input type="checkbox"/> 参加したくない	<input type="checkbox"/> 既に参加している
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

問 39 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。（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> 是非参加したい	<input type="checkbox"/> 参加してもよい	<input type="checkbox"/> 参加したくない	<input type="checkbox"/> 既に参加している
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

問 40 地域との関係について、あなたの考えに最も近いものはどれですか。（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> お互いに緊密なかかわりを持ち、支えあえる関係をもちたい
<input type="checkbox"/> いざというときだけ助け合えるよう、ある程度のかかわりをもっておきたい
<input type="checkbox"/> お互いに干渉しないで、必要最小限のつきあいとしたい
<input type="checkbox"/> かかわりあいをもたないで、自分なりに生活していきたい

◆たすけあいについて (あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお伺いします。)

問 41 あなたの心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてくれる人は、どのような人ですか。
(あてはまるものすべてに回答)

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

問 42 反対に、あなたが心配事や愚痴 (ぐち) を聞いてあげる人は、どのような人ですか。
(あてはまるものすべてに回答)

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

問 43 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、どのような人ですか。
(あてはまるものすべてに回答)

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

問 44 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人は、どのような人ですか。
(あてはまるものすべてに回答)

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

◆健康について

問 45 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(回答は1つ)

とてもよい まあよい あまりよくない よくない

問 46 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、回答してください。

とても不幸										とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 47 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。(回答は1つ)

はい いいえ

問 48 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。(回答は1つ)

はい いいえ

問 49 タバコは吸っていますか。(回答は1つ)

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

問 50 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回答)

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 外傷(転倒・骨折等)
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> がん(悪性新生物)
<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> うつ病
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 認知症(アルツハイマー病等)
<input type="checkbox"/> 高脂血症(脂質異常)	<input type="checkbox"/> パーキンソン病
<input type="checkbox"/> 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	<input type="checkbox"/> 目の病気
<input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気	<input type="checkbox"/> 耳の病気
<input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	

問55 終末期の在宅での生活について、どのようなことに不安を感じますか。
(あてはまるものすべてに回答)

- 自宅で十分な介護サービスを受けられるか心配
- 医師の訪問診療や往診を受けられるか心配
- 急変などがあった場合の対応体制が心配
- 経済的な負担が心配
- 家族の介護等の負担が心配
- その他 ()
- 特に不安は感じない

◆介護予防・認知症施策について

問56 寝たきりや認知症など、介護を必要とする状態にならないよう、介護予防に取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに回答)

- 意識して取り組んでいる →問56-1へ
 - きっかけがあれば取り組みたい (きっかけ:)
 - 体力が落ちてきたら取り組みたい
 - もう少し歳をとってから取り組みたい
 - 興味があるが、具体的な取り組み方がわからない
 - 興味・関心がない
 - その他 ()
- } 問57へ

問56-1 【問56で「意識して取り組んでいる」と回答した方におたずねします。】
介護予防として、どのようなことに取り組んでいますか。また、取り組んでいる項目について、意識して取り組み始めた年齢をご記入ください。

介護予防の取組	取り組んでいる	取り組み始めた年齢
ウォーキングや体操(ストレッチ)など、定期的に体を動かしている	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃から
食事の回数や量、栄養バランスに気をつけている	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃から
口の中の健康を保つように心がけている	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃から
人と話すようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃から
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳頃から

問 57 介護予防や健康づくりに関する活動について、自宅からどの程度の移動時間であれば参加したいと思いますか。(回答は1つ)

- 徒歩・自転車で10分以内
 徒歩・自転車で30分以内
 徒歩・自転車で1時間以内
 交通機関(自家用車・バス・電車等)を利用して10分以内
 交通機関(自家用車・バス・電車等)を利用して30分以内
 交通機関(自家用車・バス・電車等)を利用して1時間以内
 移動時間はどれだけかかっても参加したい
 参加したくない

問 58 認知症について、それぞれの項目においてあてはまる回答にチェックを付けてください。(それぞれ回答は1つ)

項 目	知っている	知らない
①「みんなのカフェ(認知症カフェ)」 認知症の方や家族、地域の方などが集まるカフェ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②「認知症サポーター」 講座を通じて認知症についての正しい知識やつきあい方を理解し、自分でできる範囲で認知症の方や家族を応援する人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③「トコロんおかえりQR」 認知症等により行方不明となった方が身につけているQRコードを読み取ることで、行方不明者の家族に現在の状況や居場所を知らせることができる仕組み ※QRコードは(株)デンソーウェーブの登録商標です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 59 認知症について学ぶ機会があれば参加したいと思いますか。(回答は1つ)

- 参加したい
 特に参加したいと思わない
 自宅の近くであれば参加したい
 わからない
 既に参加したことがある

問 60 あなたは、認知症の症状がありますか。又はご家族に認知症の症状がある人はいますか。(回答は1つ)

- はい
 いいえ

問 61 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(回答は1つ)

- はい いいえ

※認知症に関する相談は、医療機関や地域包括支援センター等へご相談ください。

問 62 あなた自身が寝たきりや認知症など、他者による金銭管理や身元保証を必要とする状態となった場合、それらについて誰に任せたいですか。(回答は1つ)

- 親族に任せたい
 親族以外の知人に任せたい
 成年後見制度（認知症等により判断能力が十分でない方に代わって、法的に権限が与えられた代理人が財産管理や身上保護を行う制度）や民間の身元保証サービスなどを活用したい
 誰も任せられる人がおらず、どうしたらいいかわからない
 まだ考えていない
 その他（ ）

◆市の施策・事業、介護保険制度について

問 63 高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」を知っていますか。(回答は1つ)

- 相談や介護予防教室などでセンターを利用したことがある
 センターを利用したことはないが、事業内容を知っている
 事業内容は知らないが、センターがあることは知っている
 センターがあることを知らない

問 64 あなた自身が特別養護老人ホームに入所する場合、個室と多床室（2～4の方が同室のタイプ）のいずれを希望するか、その主な理由とともにお答えください。(回答は1つ)

- 個室（理由：プライバシーを確保しやすいため）
 個室（理由：その他〔 〕）
 多床室（理由：個室に比べて安価であるため）
 多床室（理由：その他〔 〕）

問 65 あなたの要介護度についてお答えください。(回答は1つ)

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> 要支援認定・要介護認定を受けていない | →問 65-1 へ |
| <input type="checkbox"/> 要支援 1 | } 問65-2 へ |
| <input type="checkbox"/> 要支援 2 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

問 65-1 【問 65 で「要支援認定・要介護認定を受けていない」と回答した方におたずねします。】
あなたが介護の認定申請をしたら、どのような時ですか。(回答は1つ)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 悪化の予防や軽度化のため、念のために早めに申請したい |
| <input type="checkbox"/> 不便を感じてきたら、あまり我慢せずに申請したい |
| <input type="checkbox"/> 自分で限界を感じたり家族の負担が大きくなってから申請したい |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスは受けたくない |

問 65-2 【問 65 で「要支援 1」、「要支援 2」、「その他」と回答した方におたずねします。】
介護の認定申請を初めてした際の理由は何ですか。(回答は1つ)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 介護の必要はなかったが万が一のために申請した |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与・購入を利用するために申請した |
| <input type="checkbox"/> 介護の必要があったため申請した |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

問 66 介護保険料についてどのように感じていますか。(回答は1つ)

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 負担とは感じない | <input type="checkbox"/> 負担とを感じる |
| <input type="checkbox"/> それほど負担とは感じない | <input type="checkbox"/> どちらともいえない |
| <input type="checkbox"/> 多少負担を感じる | <input type="checkbox"/> わからない |

問 67 介護保険料は、市全体の介護保険サービスの利用状況等から、3年ごとに決定されます。
介護保険サービスを拡大・充実させると介護保険料は高くなります。
介護保険サービスと介護保険料について、どのようにお考えですか。(回答は1つ)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 介護保険料が高くても、介護保険サービスが充実している方が良い |
| <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを抑えても、介護保険料の上り幅を抑えた方が良い |
| <input type="checkbox"/> どちらともいえない |

◆介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

【自由記入欄】

質問は以上になります。
お忙しい中、ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒にこの調査票のみを入れて、
令和5年1月5日(木)までに投函してください。

【調査の目的及び活用目的について】

- ◆この調査は、第9期所沢市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のための基礎資料とする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、所沢市による高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、所沢市で適切に管理いたします。
- ◆ただし、高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定時および効果評価時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する所沢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。なお、集計・分析のために登録する本情報は無記名であり、個人を特定するものではありません。
- ◆本調査により得られた結果につきましては、以下の方法で公開することを予定しています。
公開方法：市ホームページ、市政情報センター
公開時期：令和5年5月以降（予定）

あて名のご本人について

問1 以下はあて名のご本人についてお答えください。
(令和4年12月1日現在でお答えください)

年 齢	<input type="checkbox"/> 65～69 歳	<input type="checkbox"/> 75～79 歳	<input type="checkbox"/> 85～89 歳
	<input type="checkbox"/> 70～74 歳	<input type="checkbox"/> 80～84 歳	<input type="checkbox"/> 90 歳以上
性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護5
	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> その他 ()

問2 お住まいの地区についてお答えください。

<input type="checkbox"/> 所沢地区	(宮本町、西所沢、金山町、喜多町、有楽町、北有楽町、日吉町、東町、寿町、元町、御幸町、旭町、星の宮、くすのき台1～2丁目)
<input type="checkbox"/> 松井東地区	(下安松、松郷、東所沢和田)
<input type="checkbox"/> 松井西地区	(上安松、牛沼、東新井町、西新井町)
<input type="checkbox"/> 柳瀬地区	(東所沢、本郷、南永井、日比田、亀ヶ谷、城、坂之下、新郷)
<input type="checkbox"/> 富岡地区	(北中、岩岡町、北岩岡、所沢新町、中富、中富南、下富、神米金)
<input type="checkbox"/> 新所沢地区	(緑町、榎町、泉町、青葉台、けやき台、向陽町)
<input type="checkbox"/> 新所沢東地区	(松葉町、弥生町、美原町、北所沢町、花園)
<input type="checkbox"/> 三ヶ島第1地区	(三ヶ島、堀之内、糞谷、林、和ヶ原、西狭山ヶ丘)
<input type="checkbox"/> 三ヶ島第2地区	(東狭山ヶ丘、狭山ヶ丘、若狭)
<input type="checkbox"/> 小手指第1地区	(上新井、北野、北野新町、北野南、小手指南、小手指元町、小手指町5丁目、小手指台)
<input type="checkbox"/> 小手指第2地区	(小手指町1～4丁目)
<input type="checkbox"/> 山口地区	(山口、上山口)
<input type="checkbox"/> 吾妻地区	(東住吉、西住吉、南住吉、久米、北秋津、松が丘、荒幡、くすのき台3丁目)
<input type="checkbox"/> 並木地区	(並木、若松町、こぶし町、北原町、中新井、下新井)

◆あなたのご家族や生活状況について

問3 家族構成を教えてください。(回答は1つ)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1人暮らし | <input type="checkbox"/> 息子・娘との2世帯 |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下) | |

問4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(回答は1つ)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持家(一戸建て) | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(集合住宅) |
| <input type="checkbox"/> 持家(集合住宅) | <input type="checkbox"/> 借家 |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅 | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅(一戸建て) | |

※UR賃貸住宅は「民間賃貸住宅(集合住宅)」を選択してください。

問5 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。(回答は1つ)

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

◆からだを動かすことについて

問6 週に1回以上は外出していますか。(回答は1つ)

- ほとんど外出しない →問7へ
- 週1回
- 週2～4回
- 週5回以上

問6-1へ

問6-1 【問6で「週1回」、「週2～4回」、「週5回以上」と回答した方におたずねします。】
外出をする際の主な行き先は、次のどれですか。(回答は3つまで)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 買い物をする場所 | <input type="checkbox"/> 行楽地、観光地 |
| <input type="checkbox"/> 会合・サークル活動・学習のための施設 | <input type="checkbox"/> スポーツ施設 |
| <input type="checkbox"/> 体操等、地域の通いの場 | <input type="checkbox"/> 農園 |
| <input type="checkbox"/> 病院、診療所 | <input type="checkbox"/> 職場 |
| <input type="checkbox"/> 飲食店 | <input type="checkbox"/> 入浴施設 |
| <input type="checkbox"/> 公園、遊歩道 | <input type="checkbox"/> デイサービスなどの通所施設 |
| <input type="checkbox"/> 家族・親戚や友人・知人の家 | <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 文化・娯楽施設 | |

問7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(回答は1つ)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とても減っている | <input type="checkbox"/> あまり減っていない |
| <input type="checkbox"/> 減っている | <input type="checkbox"/> 減っていない |

問8 外出を控えていますか。(回答は1つ)

- はい →問8-1へ
- いいえ →問9へ

問8-1 【問8で「はい」と回答した方におたずねします。】
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回答)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病気 | <input type="checkbox"/> 目の障害 |
| <input type="checkbox"/> 障害(脳卒中の後遺症など) | <input type="checkbox"/> 外での楽しみがない |
| <input type="checkbox"/> 足腰などの痛み | <input type="checkbox"/> 経済的に出られない |
| <input type="checkbox"/> トイレの心配(失禁など) | <input type="checkbox"/> 交通手段がない |
| <input type="checkbox"/> 耳の障害(聞こえの問題など) | <input type="checkbox"/> その他() |

問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回答)

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

※ところバス・ところワゴンは「路線バス」を選択してください。

◆毎日の生活について**問10** 日常生活の中で困ったことがありますか。(あてはまるものすべてに回答)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 税金の支払いや公共機関の手続き | <input type="checkbox"/> 洗濯 |
| <input type="checkbox"/> 財産やお金の管理 | <input type="checkbox"/> 食事の準備 |
| <input type="checkbox"/> 近くに買い物をする場所がない | <input type="checkbox"/> 外出の際の移動手段 |
| <input type="checkbox"/> 買い物に行くのが困難 (行けない) | <input type="checkbox"/> 電化製品の扱い方 |
| <input type="checkbox"/> 日々のゴミ出し | <input type="checkbox"/> ペットの世話 |
| <input type="checkbox"/> 日常の力仕事 (家具の移動等) | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 庭の手入れ | <input type="checkbox"/> 特に困っていることはない |
| <input type="checkbox"/> 掃除 | |

問11 今後の生活で心配なことはありますか。(回答は3つまで)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 経済的なこと | <input type="checkbox"/> 近所との付き合い |
| <input type="checkbox"/> お金の管理のこと | <input type="checkbox"/> 将来、一人で生活することになったときのこと |
| <input type="checkbox"/> 自分の健康に関すること | <input type="checkbox"/> 何かあったときにどこへ相談していいかわからない |
| <input type="checkbox"/> 自分が認知症になること | <input type="checkbox"/> 住まいに関すること |
| <input type="checkbox"/> 家族の健康に関すること | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 家族が認知症になること | <input type="checkbox"/> 特に心配していることはない |
| <input type="checkbox"/> 家族との不和 | |

問 16 終末期の在宅での生活について、どのようなことに不安を感じますか。
(あてはまるものすべてに回答)

- 自宅で十分な介護サービスを受けられるか心配
 医師の訪問診療や往診を受けられるか心配
 急変などがあった場合の対応体制が心配
 経済的な負担が心配
 家族の介護等の負担が心配
 その他 ()
 特に不安は感じない

◆認知症施策について

問 17 認知症について、それぞれの項目においてあてはまる回答にチェックを付けてください。
(それぞれ回答は1つ)

項 目	知っている	知らない
①「みんなのカフェ（認知症カフェ）」 認知症の方や家族、地域の方などが集まるカフェ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②「認知症サポーター」 講座を通じて認知症についての正しい知識やつきあい方を理解し、自分でできる範囲で認知症の方や家族を応援する人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③「トコロんおかえりQR」 認知症等により行方不明となった方が身につけているQRコードを読み取ることで、行方不明者の家族に現在の状況や居場所を知らせることができる仕組み ※QRコードは(株)デンソーウェブの登録商標です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 18 あなたは、認知症の症状がありますか。又はご家族に認知症の症状がある人はいですか。
(回答は1つ)

- はい いいえ

◆介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

【自由記入欄】

次ページ以降の質問は、
あなたを「主に介護している同居のご家族の方」に
お答えいただくようお願いします。

「お一人暮らしの方」、「同居のご家族から介護を受けていない方」は、
以上で終了となります。
お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

《あて名の方を、主に介護している同居のご家族の方におたずねします。》

◆調査票を記入されるのはどなたですか。(回答は1つ)

- 主に介護している方
 その他 ()

◆介護をしている方について

問1 以下は主に介護をしている方についてお答えください。
(令和4年12月1日現在でお答えください)

年 齢	() 歳
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他

問2 介護を受けている方からみたあなたの続柄をお答えください。(回答は1つ)

- 妻 息子 子どもの妻 その他
 夫 娘 孫 ()
 兄弟・姉妹 子どもの夫 親

問3 どのくらいの期間、介護をしていますか。(回答は1つ)

- 1年未満 5年以上10年未満
 1年以上3年未満 10年以上
 3年以上5年未満

◆主に介護している方の生活状況について

問4 介護をするうえ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回答)

- 困ったときにどこに相談していいかわからない
- 悩みなどを話し合える仲間や相談先がない
- 身体的な負担や疲れが大きい
- 精神的な負担が大きい(悩みなどを人に話せない、言動が気になり目が離せないなど)
- 自分に対し周囲の理解が得られない
- 自分の自由になる時間がもてない
- 自分の具合が悪いときに手助けがない
- 先の見通しが立たない
- 介護を受けている方が病院の受診に同意しない
- 専門の医療機関が見つからない
- 介護サービスや介護施設の利用に抵抗を感じてしまう
- 経済的な負担が増えた
- その他 ()
- 特に困っていることはない

問5 介護について誰に相談していますか。(あてはまるものすべてに回答)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族・親族 | <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者 |
| <input type="checkbox"/> 友人・知人 | <input type="checkbox"/> 医師 |
| <input type="checkbox"/> 近所の人、ボランティアの人等 | <input type="checkbox"/> 病院のソーシャルワーカー |
| <input type="checkbox"/> 介護が必要な本人 | <input type="checkbox"/> 民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 市役所 | <input type="checkbox"/> 誰にも相談していない |
| <input type="checkbox"/> 保健所 | |

問6 今後の生活で心配なことはありますか。(回答は3つまで)

- 経済的なこと
- お金の管理のこと
- 自分が体の健康を害すること
- 自分が認知症等になること
- 介護を受けている方の状態が悪くなること
- 介護を受けている方以外の家族が健康を害すること
- 家族との不和
- 介護と自身の生活との両立
- その他 ()

問7 あなたが感じている介護の負担感は何の程度ですか。(回答は1つ)

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> かなり負担である | } 問7-1△ |
| <input type="checkbox"/> やや負担である | |
| <input type="checkbox"/> それほど負担ではない | } 問8△ |
| <input type="checkbox"/> 負担ではない | |

問7-1 【問7で「かなり負担である」、「やや負担である」と回答した方におたずねします。】
 介護の負担を軽減するために、普段どのようなことをされていますか。
 (あてはまるものすべてに回答)

- 介護の勉強会などに参加している
- 介護保険サービスを利用している
- 家族会などに参加し、介護者同士で悩み等を共有している
- 家族や友人に相談している
- 地域包括支援センターやケアマネジャー等に相談している
- 自分の趣味などでストレスを解消している
- 負担を軽減する方法がない
- その他 ()

◆介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

【自由記入欄】

質問は以上になります。
お忙しい中、ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒にこの調査票のみを入れて、
令和5年1月5日(木)までに投函してください。

○ケアマネジャー 調査票

所沢市高齢者福祉・介護実態調査 ご協力をお願い 【ケアマネジャーの方】

市民の皆さまには、日ごろより市政発展のため、ご理解とご協力いただき厚くお礼申し上げます。

所沢市では、「第9期所沢市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（令和6年度～令和8年度）※」を策定するにあたり、高齢者の生活実態やケアマネジャーの方の活動実態、ご意見をお聞かせいただくため、アンケート調査を行うことといたしました。

この調査の対象となる方につきましては、所沢市内の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員（ケアマネジャー）の方とし、50事業所を無作為に選ばせていただきました。貴事業所に勤務されるケアマネジャーの内、どなたか1名の方より、ご回答をお願いします。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理し、他の目的に使用することはありません。

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

令和4年12月

所沢市長 藤本 正人

※ この計画は、高齢者に関する福祉施策や認知症施策を定めるとともに、令和6年度からの介護保険料を決めるための介護保険サービス見込量を定める重要なものです。所沢市の実態に合った計画を作成するため、皆さまのご協力をお願いいたします。

【この調査票のご記入にあたって】

- この調査は、無記名です。
- この調査は、令和4年12月1日現在の状況でお答えください。
- 設問は「事業所」としてではなく、「ケアマネジャー個人」としてお答えください。
- ご回答は、あてはまる回答にをつけてください。質問によっては、「回答は1つ」「あてはまるものすべてに回答」など、をつける数が異なりますので、ご注意ください。
- ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒へ封入の上、令和5年1月5日(木)までにご返送いただきますよう、お願い申し上げます。

この調査票についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

所沢市福祉部	介護保険課	電 話	04(2998)9420
		FAX	04(2998)9410
所沢市福祉部	高齢者支援課	電 話	04(2998)9120
		FAX	04(2998)9138

【調査の目的及び活用目的について】

- ◆この調査は、第9期所沢市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のための基礎資料とする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、所沢市による高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、所沢市で適切に管理いたします。
- ◆本調査により得られた結果につきましては、以下の方法で公開することを予定しています。
公開方法：市ホームページ、市政情報センター
公開時期：令和5年5月以降（予定）

◆あなた自身について

問1 令和4年12月1日現在のあなたの年齢をお答えください。(回答は1つ)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20歳代 | <input type="checkbox"/> 50歳代 |
| <input type="checkbox"/> 30歳代 | <input type="checkbox"/> 60歳代 |
| <input type="checkbox"/> 40歳代 | <input type="checkbox"/> 70歳以上 |

問2 ケアマネジャーの仕事をはじめて通算何年(他事業所含む)になりますか。
(回答は1つ)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1年未満 | <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 |
| <input type="checkbox"/> 1年以上3年未満 | <input type="checkbox"/> 10年以上15年未満 |
| <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 | <input type="checkbox"/> 15年以上 |

◆業務の状況について

問3 あなたの勤務形態をお答えください。(回答は1つ)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 常勤・専従(管理者) | <input type="checkbox"/> 常勤・兼務(管理者) |
| <input type="checkbox"/> 常勤・専従 | <input type="checkbox"/> 常勤・兼務 |
| <input type="checkbox"/> 非常勤・専従 | <input type="checkbox"/> 非常勤・兼務 |

問4 現在、所属している事業所に就労した経緯をお答えください。(回答は1つ)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 他の居宅介護支援事業所から独立した |
| <input type="checkbox"/> 他の居宅介護支援事業所から転職した |
| <input type="checkbox"/> 施設で計画作成担当者をしてしたが独立・転職した |
| <input type="checkbox"/> 介護関連の職に就いていたが独立・転職した |
| <input type="checkbox"/> 他業種からの独立・転職 |
| <input type="checkbox"/> その他() |

問5 あなたが担当する居宅のケアプラン作成人数をお答えください。(令和4年11月利用分)
(回答は1つ)

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1~20人 | <input type="checkbox"/> 21~30人 | <input type="checkbox"/> 31~40人 | <input type="checkbox"/> 41~50人 | <input type="checkbox"/> 51人以上 |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

問6 ケアマネジャー業務を行う上で、特に課題に感じることは何ですか。(回答は3つまで)

- 支援困難事例のケアマネジメントの方法がわからない
- 介護保険サービス事業者に関する情報が少ない
- 所属する法人の関連事業者からのサービス提供に偏りがちになる
- 書類の作成・管理が紙を前提にされているため保管や提出時の手間がかかる
- 医療機関との連携がうまくとれない
- サービス事業者との連携がうまくいかない
- 地域包括支援センターとの連携がうまくいかない
- 利用者本人と家族の意向との調整に時間を要する
- 利用者・家族がサービスの必要性を理解してくれない
- 介護保険外サービスに関する情報が少ない
- その他 ()

問7 地域ケア個別会議において、得られていると感じていることをお答えください。
(あてはまるものすべてに回答)

- 多職種の視点があることにより、課題解決能力が向上した
- 様々な情報を入手することができる
- 連携が取りやすい
- 地域の課題やニーズを掴むことができる
- 地域ケア個別会議に出席したことがない
- 何も得られない
- その他 ()

問8 医療関係者との現在の連絡手段をお答えください。(あてはまるものすべてに回答)

- 電話
- F A X
- 電子メール
- 文書
- 直接面会
- MCS (メディカルケアステーション)
- その他 ()

問9 今後、医療関係者との連携を充実させるためには、どのようなことが必要だと思いますか。
(あてはまるものすべてに回答)

- 各機関が把握した細かな情報を共有すること
- 情報を共有するためのルールを定めること (連絡手段、時間帯、書式データ等)
- 情報を共有するためのシステムを構築すること
- 顔と顔を合わせた情報共有の場を適切に設けること
- その他 ()

問10 業務の中でICTをどの程度活用していますか。(あてはまるものすべてに回答)

- 電子メールを活用して利用者や事業者などと連携している
- チャットツール等を活用して利用者や事業者などと連携している
- 契約書や重要事項説明書の同意について電子証明を活用している
- アセスメントやモニタリングの際、スマートフォンやタブレット端末などを活用し、ケアマネジャー業務を行っている
- Web会議サービス (Zoom等) やテレビ電話を活用してサービス担当者会議を開催
- その他 ()
- ICTを活用していない

問11 アドバンス・ケア・プランニング (ACP:愛称「人生会議」) を知っていますか。
(回答は1つ)

- 言葉の意味も含めて知っている
- 知らない
- 言葉は聞いたことがあるが、意味は知らない

※アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは、もしもの時に備えて、人生の最終段階において受たい医療やケアについて、自らの希望や思いを、家族や大切な人、かかりつけ医やケアマネジャーなどの医療・介護従事者等とともに、あらかじめ話し合っ共有する取組のことです (愛称:「人生会議」)。

◆ケアプランについて

問12 業務上で判断に悩んだ場合、誰に相談していますか。(あてはまるものすべてに回答)

- 同一事業所のケアマネジャー
- 地域包括支援センター
- 同一法人のケアマネジャー
- 医療介護連携支援センター
- 他事業所のケアマネジャー
- その他 ()
- 市役所のケアマネジャーや保健師

問 13 ケアプランを作成する際に、介護保険外の公的福祉サービスを活用していますか。
(回答は1つ)

- できるだけ活用している
- たまに活用することがある
- どのようなサービスがあるかは把握しているが、活用していない
- どのようなサービスがあるのか把握していない
- その他 ()

問 14 ケアプランを作成する際に、インフォーマルサービス(住民主体の通いの場や民間の家事援助サービス等)を活用していますか。(回答は1つ)

- はい
【「はい」と回答した方は、活用内容をご記入ください。】
- いいえ →問 14-1 △

問 14-1 【問 14 で「いいえ」と回答した方におたずねします。】
インフォーマルサービスを活用していない理由は何ですか。
(あてはまるものすべてに回答)

- どのようなサービスがあるかわからない(情報が無い)
- 活用したいサービスがない・活用する機会がない
- 活用してみたいが、インフォーマルサービス資源が周囲に見当たらない
- 忙しく、活用を検討する時間がない
- インフォーマルサービスは不要と考えている
- 信頼できないため、安心して紹介できない
- その他 ()

問 15 インフォーマルサービスで必要だと思うサービスがあれば、ご記入ください。
※問 14 で「はい」と回答した方は、その際に記入したものの以外をご記入ください

【自由回答】

◆研修等について

問 18 研修受講状況について、頻度をお答えください。(回答は1つ)

- 月に1回程度
- 2～3か月に1回程度
- 半年に1回程度
- 年に1回程度
- 日常業務に追われ受講できていない(事業所内でのOJTにより代替)

問 19 どのような内容の研修を受講する(選ぶ)機会が多いですか。
(あてはまるものすべてに回答)

- ケアマネジャー特有の知識や情報を得るための研修(座学中心)
- クレーム対応やICT活用など汎用的な知識やスキルを得るための研修
- 事例を使った検討会・勉強会(グループワーク等中心)
- ベテランケアマネジャーの講演
- 行政機関(国・県・市)主催の研修
- サービス事業者連絡協議会主催の研修
- 他事業所と共同で実施する研修会

問 20 研修(形態や内容)に対する要望等について、お答えください。
(あてはまるものすべてに回答)

- 受講計画を立てるため研修の情報はあらかじめ知りたい(年度当初や半期ごとのタイミングで)
- 講義形式による知識や情報の提供よりも具体的な事例による実践的な内容がよい
- ケアマネジャーのみを対象とせず、様々な職種が集まってグループワークを通じた意見交換ができる場がよい
- 効率的に受講するためオンライン形式がよい
- 業務調整がしやすいように、半日～3時間程度の受講時間がよい
- その他()

問 21 主任ケアマネジャーの資格取得予定をお答えください。また、予定していると回答した方は四角内に数字をご記入ください。(回答は1つ)

- 既に取得している
- 予定している (令和 年度中を目途)
- 主任ケアマネジャーの資格取得は考えていない
- 未定

◆利用者について

問 22 リハビリ等により、今後、要支援への移行が期待できる利用者について、お答えください。また、いると回答した方は四角内に数字をご記入ください。(回答は1つ)

- いる (名)
- いない
- わからない

問 23 施設への入所が望ましい利用者について、お答えください。また、いると回答した方は四角内に数字をご記入ください。(回答は1つ)

- いる (名)
- いない
- わからない

問 24 小規模多機能型居宅介護への移行が想定される利用者について、お答えください。また、いると回答した方は四角内に数字をご記入ください。(回答は1つ)

- いる (名)
- いない
- わからない

問 25 看護小規模多機能型居宅介護への移行が想定される利用者についてお答えください。
また、いると回答した方は四角内に数字をご記入ください。(回答は1つ)

- いる (名)
 いない
 わからない

問 26 特別養護老人ホームに入所する利用者について、利用者(本人)は、個室(ユニット型)と多床室(従来型)のどちらを希望することが多いと感じますか。(回答は1つ)

- 個室 } 問26-1 へ
 多床室 }
 わからない → 問 27 へ

問 26-1 【問 26 で「個室」、「多床室」と回答した方におたずねします。】

利用者(本人)が個室(ユニット型)・多床室(従来型)の選択に当たり、どのような点を特に重視していると感じますか。(あてはまるものすべてに回答)

- 他者との関わり方(プライバシー面を重視する場合や同じ部屋に他者がいた方が安心できるといった場合など)
 費用
 早期に入所できること
 家族の意向
 その他 ()
 わからない

◆ケアラーについて

問27 これまで、高齢者虐待が疑われるような事例を経験したことがありますか。
(回答は1つ)

- ある →問27-1へ ない →問28へ

問27-1 【問27で「ある」と回答した方におたずねします。】
虐待が疑われる状態に気づいた後、どうしましたか。
(あてはまるものすべてに回答)

- 地域包括支援センターへ連絡した 特に関係機関へ連絡をせず様子を見守った
 市へ連絡した その他 ()
 警察へ連絡した

問28 これまで、ヤングケアラーへの支援を必要と感じる事例を経験したことがありますか。
(回答は1つ)

- ある →問28-1へ ない →問29へ

問28-1 【問28で「ある」と回答した方におたずねします。】
ヤングケアラーへの支援が必要と気づいた後、どのような対応をしましたか。
(あてはまるものすべてに回答)

- ヤングケアラーの意向確認を実施した 家族内での話し合いに手を貸した
 ケアプランの作成に当たり留意した その他 ()
 市や学校へ連絡した

◆市の施策・事業について

問29 市では、災害が発生した際、自ら避難することが困難な方を対象に、避難を支援する「避難行動要支援者支援事業」を行っています。
あなたは、「避難行動要支援者支援事業」を知っていますか。(回答は1つ)

- 知っている 知らない

※避難行動要支援者支援事業とは、災害時に自ら避難することが困難な方(避難行動要支援者)の名簿の作成や避難行動要支援者の個別の避難計画を作成するなど、避難支援体制の強化を図る取組です。

◆介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

【自由記入欄】

質問は以上になります。
お忙しい中、ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒にこの調査票のみを入れて、
令和5年1月5日(木)までに投函してください。