

三条市役所 福祉保健部 高齢介護課

【問合せ先】〒955-8686 三条市旭町二丁目3番1号
電話 0256-34-5472 (直通)

高齢者実態調査
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)
【調査票】(案)

※宛名ラベル貼付箇所

三条市高齢者実態調査(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)のお願い

日頃から、本市の高齢者福祉事業及び介護保険事業にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、将来、介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、様々な高齢者施策を展開しているところです。

それらの施策の基礎となる「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」は、医療、介護、生活支援サービスを持続的に提供できる体制づくりや認知症の方が暮らしやすい環境づくりなどについて、取組の方針や内容、目標などを定めています。

現在、第8期(令和3年度から令和5年度まで)の計画を策定する準備を進めており、皆様の生活の実態を把握し、地域の課題やニーズをこの計画に反映させていくために「高齢者実態調査」を実施いたします。

つきましては、調査票の回答にご協力くださるようお願い申し上げます。

ご記入いただいた内容は、生活習慣病予防や介護予防などの健康づくり施策等にも反映させていくため、市が保有する医療、介護情報及び居住地の位置情報と合わせて、統計的に分析させていただきます。調査の情報は、秘密を厳守し、調査の目的以外に使用することはありません。

なお、調査票の返送をもちまして、調査情報の使用に同意いただいたものとして扱わせていただきますので、ご了承ください。

令和2年4月
三条市長

調査票記入後は、**3つ折り**にし同封の**返信用封筒**に入れて、
4月 日()までに投函してください。(切手はいりません)

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和2年4月1日現在、65歳以上の要介護認定を受けていない方、又は要支援1・2の認定を受けている方の中から無作為に抽出した方です。
2. ご回答に当たっては、ご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答に当たっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲み、数字を記入する欄は右詰め（例、

0	5	3
---	---	---

 kg）でご記入ください。
4. この調査で使う用語の意味は、次のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、要介護認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
5. この調査についてのお問い合わせは、表紙の問合せ先までお願いいたします。
6. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。

個人情報の取扱いについて

利用目的及び個人情報の保護については次のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、次のことにご同意いただいたものとみなさせていただきます。

【利用目的及び個人情報の保護について】

- この調査は、高齢者施策の基礎となる高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の策定及び生活習慣病予防や介護予防などの健康づくり施策等にも反映させていくため、市が保有する医療、介護情報及び居住地の位置情報と合わせて、統計的に分析させていただきます。調査の情報は、秘密を厳守し、調査の目的以外に使用することはありません。
- 本調査で得られたデータは、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、市は必要に応じて集計・分析を行います。

始めに

以下について記入してください

記入日

年 月 日

調査票を記入されたのはどなたですか。番号に○を付けてください。

1. ご本人が記入
2. ご家族が記入（ご本人からみた続柄 _____ ）
3. その他（ _____ ）

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

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

(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. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている
(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

(3) あなたは育児や介護をしていますか(同居に関係なく、ほとんど毎日の頻度)

1. 育児(孫の世話を含む)をしている
2. 介護をしている
3. 育児(孫の世話を含む)と介護を両方している
4. していない

(4) 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. 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

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

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

(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. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか

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) 過去1年間に転んだ経験がありますか

1. 何度もある
2. 1度ある
3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

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

(6) 週に1回以上は外出していますか

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

(7) 楽しみのための外出はどれくらいですか。(趣味、知人・友人の家など)

1. ほとんど外出しない 2. 年に数回 3. 月に1～3回
4. 週1回 5. 週2～4回 6. 週5回以上

(8) どんな内容やきっかけがあれば更に外出頻度が増えると思いますか(いくつでも)

1. 自分の楽しみ 2. 家族が楽しめること 3. ボランティア
4. 家族からの誘い 5. 友人からの誘い 6. 仕事
7. 自治会役員・民生委員等からの誘い 8. 経済的な不安がなくなる
9. 体調の不安がなくなる 10. 交通手段の問題がなくなる
11. 時間の余裕ができる

(9) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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

(10) 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)

1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク(原付含む)
4. 自動車(自分で運転) 5. 自動車(人に乗せてもらう) 6. 路線バス
7. デマンド交通 8. タクシー 9. 病院や施設のバス
10. 電車 11. 電動車いす(カート) 12. 歩行器・シルバーカー
13. その他()

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長 cm

体重 kg

(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. はい	2. いいえ	
(3) お茶や汁物等でむせることがありますか		
1. はい	2. いいえ	
(4) 口の渇きが気になりますか		
1. はい	2. いいえ	
(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. はい	2. いいえ	
(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. 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	
【(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】毎日入れ歯の手入れをしていますか		
1. はい	2. いいえ	
(7) 食事を嚙んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか		
1. 何でも嚙んで食べることができる		
2. 歯や歯ぐき、嚙み合わせなどが気になるところがあり、嚙みにくいことがある		
3. ほとんど嚙めない		
(8) 定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか		
1. 年に 1 回している	2. 6 か月ごとにしている	3. 3 か月ごとにしている
4. 具合の悪い時に受診する	5. 受診しない	
(9) 歯間ブラシやデンタルフロス（糸ようじ）などを使用していますか		
1. 毎日	2. ときどき	3. 使用していない
(10) 6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか		
1. はい	2. いいえ	

(11) どなたかと食事をとにもする機会がありますか		
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	
(12) 1日の食事回数は何回ですか		
1. 1回	2. 2回	3. 3回
4. 4回以上		
(13) 朝食の主食でよく食べるものは何ですか（1つだけ）		
1. ごはん	2. パン	3. 麺
4. その他（ ）	5. 主食は食べない	6. 朝食を食べない

問4	毎日の生活について	
(1) 物忘れが多いと感じますか		
1. はい	2. いいえ	
(2) 周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあると言われるますか		
1. はい	2. いいえ	
(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか		
1. はい	2. いいえ	
(4) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか		
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
(6) 自分で食事の用意をしていますか		
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
(7) 自分で請求書の支払いをしていますか		
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
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか		
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

(9) 市や病院などへ出す書類の手続きができますか			
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	
(10) 日常生活を送る中で困っていることはありますか (いくつでも)			
1. 調理	2. 掃除(大掃除を含まない)	3. 洗濯	
4. 買い物	5. 移動(徒歩で行けない遠方)	6. ごみ出し	
7. 外出時の付き添い	8. その他 ()		
(11) 日常生活を送る中で近所の方が困っているときに、あなたが助けることができることは			
1. ごみ出し	2. 買い物の手伝い	3. 外出時の付き添い	
4. 話し相手	5. 移動(徒歩で行けない遠方)	6. 電球交換	
7. 庭木の水やり・手入れ	8. その他 ()		
(12) 健康についての記事や番組などに関心がありますか			
1. はい	2. いいえ		
【(12) で「1. はい」の方のみ】どこから健康についての情報を得ていますか(いくつでも)			
1. 新聞	2. 雑誌	3. テレビ	4. ラジオ
5. 広報誌	6. インターネット	7. 知人から	
8. 病院・診療所	9. 薬局	10. その他(具体的に)	
(13) たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せていると思いますか			
1. とてもそう思う	2. ややそう思う		
3. どちらともいえない	4. あまりそう思わない		
5. まったくそう思わない			
(14) 健康情報の内容を理解できていると思いますか			
1. とてもそう思う	2. ややそう思う		
3. どちらともいえない	4. あまりそう思わない		
5. まったくそう思わない			

問6 地域での活動について

(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 - ⑨それぞれに回答してください

区 分	週4回 以上	週2 ～3回	週1回	月1 ～3回	年に 数回	参加して いない
①ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事	1	2	3	4	5	6
⑧特技や経験を他者に伝える活動	1	2	3	4	5	6
⑨地域住民の有志による集まり (さんちゃん健康体操※1、ふれ あい・いきいきサロン※2、 地域のお茶の間等)	1	2	3	4	5	6

※1 さんちゃん健康体操とは、介護予防のための三条市独自の体操です

※2 ふれあい・いきいきサロンとは、歩いて行ける地域の集会所などで開催する「地域のお茶の間」です

(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. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

(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・運営者（お世話役）として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

(4) 興味がある、あるいは今後参加してみたいと思う活動は何ですか。

最大3つまで選んでください

- | | |
|---|--------------------|
| 1. ボランティアのグループ | 2. スポーツ関係のグループやクラブ |
| 3. 趣味関係のグループ | 4. 学習・教養サークル |
| 5. 老人クラブ | 6. 町内会・自治会 |
| 7. 収入のある仕事 | 8. 特技や経験を他者に伝える活動 |
| 9. 地域住民の有志による集まり
(さんちゃん健康体操、ふれあい・いきいきサロン、
地域のお茶の間等) | 10. いずれも参加したくない |

(5) 三条市が行っている次の行事や事業を知っていますか。また、参加(活用)したことはありますか

名 称	知っていますか	参加(利用)したことがありますか
さんちゃん健康体操	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
ちょこっと筋トレ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
セカンドライフ応援ステーション	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
公民館のきっかけの1歩の行事	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
ステージえんがわの行事	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
デマンド交通	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

(6) ボランティアに参加するにはどのような条件が必要ですか (いくつでも)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 自身が健康であること | 2. 一緒に活動できる仲間がいること |
| 3. 時間や期間にあまり拘束されないこと | 4. 活動場所が自宅から離れていないこと |
| 5. 作業で肉体的な負担が重くないこと | 6. 実費程度の謝礼金があること |
| 7. その他 () | 8. どんな条件でもしたくない |

問7

たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(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(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他 () | 8. そのような人はいない | |

(5) あなたが医療機関に入院又は施設に入所するときに身元引受人※になる人はいいますか。

※入院(入所)をする時や亡くなった時に必要な手続きを行うものであり、入院費の支払い責任は含みません

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

【(5)で「1. はい」の方のみ】それは誰ですか(優先順の高い順で3つまで)

- | | | |
|----------------|-----------|-----------|
| 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 () | | |

(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. はい

2. いいえ

(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. はい

2. いいえ

(5) タバコは吸っていますか

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

(6) 実際に取り組んでいることについて、その理由を1つ選んで○をつけてください。
(取り組んでいることはすべて)

取り組んでいる理由	1. 健康のため	2. 趣味・嗜好のため	3. 美容・美意識のため	4. 金銭的負担軽減のため	5. その他
取り組んでいること					
1. 食事は満腹まで食べない					(理由)
2. 主食(ごはん・パン等)、主菜(肉・魚・卵等)、副菜(野菜等)をそろえて食事をする					(理由)
3. 日常生活において歩行又は同等の身体活動(仕事・家事・運動)を1日1時間以上実施する					(理由)
4. アルコールは適量※以下とする(禁酒含む)					(理由)
5. 自身にとって十分な睡眠をとる(日中の活動に困らない)					(理由)
6. 自分なりのリラックス法やストレス解消法を実行する					(理由)
7. たばこは吸わない					(理由)
8. 毎食後歯みがきをしている					(理由)

※ アルコールの適量: 次のいずれか1つ

清酒1合(180ml)、ビール中瓶1本(500ml)、焼酎0.6合(同25度・110ml)、
ワイン1/4本(180ml)、ウイスキーダブル1杯(同43度・60ml)、
缶チューハイ1.5缶(同5度・520ml)

(7) 今は取り組んでいないが、これから取り組もうと思うことについて、その理由を1つ選んで○をつけてください。(取り組もうと思うことはすべて)

取り組んでいる理由	1. 健康のため	2. 趣味・嗜好のため	3. 美容・美意識のため	4. 金銭的負担軽減のため	5. その他
取り組んでいること					
1. 食事は満腹まで食べない					(理由)
2. 主食(ごはん・パン等)、主菜(肉・魚・卵等)、副菜(野菜等)をそろえて食事をする					(理由)
3. 日常生活において歩行又は同等の身体活動(仕事・家事・運動)を1日1時間以上実施する					(理由)
4. アルコールは適量以下とする(禁酒含む)					(理由)
5. 自身にとって十分な睡眠をとる(日中の活動に困らない)					(理由)
6. 自分なりのリラックス法やストレッチ解消法を実行する					(理由)
7. たばこは吸わない					(理由)
8. 毎食後歯みがきをしている					(理由)

(8) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも)

1. ない	2. 高血圧	3. 脳卒中 <small>(のうそっちゅう のうしゅつけつ・のうこうそくなど)</small> (脳出血・脳梗塞等)
4. 心臓病	5. 糖尿病 <small>(とうにようびょう)</small>	6. 高脂血症 <small>(こうしけっしょう ししつじょう)</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 <small>(じんぞう ぜんりつせん)</small> の病気	10. 筋骨格 <small>(きんこつかく)</small> の病気(骨粗しょう症 <small>(こつそ しょう)</small> 、関節症等)	
11. 外傷 <small>(がいしょう てんとう こっせつなど)</small> (転倒・骨折等)	12. がん(悪性新生物)	13. 血液・免疫 <small>(めんえき)</small> 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 ()

(9) こころの健康について、次の症状が「うつ病のサイン」であることを知っていますか

1. 知っている

2. 少しは知っている

3. 知らない

次の症状は「うつ病のサイン」です。このような症状が2週間以上続く場合は、うつ病の可能性あります。

自分で感じる症状

- ・憂うつ、気分が重い
- ・何をしても楽しくない、興味がわかない
- ・よく眠れない、一日中眠い、早朝に目が覚める
- ・イライラする、落ち着かない
- ・自分を責める、自分には価値がないと感じる
- ・思考力が落ちる

身体に出る症状

- ・食欲がない
- ・体がだるい、疲れやすい
- ・頭痛や肩こり ・動悸
- ・胃の不快感
- ・便秘がち
- ・めまい ・口が渇く

**周りから見て
わかる症状**

- ・表情が暗い
- ・涙もろくなった
- ・反応が遅い
- ・落ち着かない
- ・飲酒量が増える

(10) こころの健康に関する相談窓口が市役所（健康づくり課）や保健所等にあることを知っていますか

1. はい

2. いいえ

(7) 認知症の人や家族に対する三条市の支援の取組として知っているものはありますか
(いくつでも)

1. 認知症サポーター養成講座
2. 認知症予防講座
3. 認知症カフェ
4. 認知症高齢者等見守り事業(靴ステッカー)
5. 認知症簡易チェックサイト
6. 認知症予防のためのいきいき手帳
7. 認知症ケアパス
(認知症暮らしのガイドブック)
8. 相談窓口(地域包括支援センター、
高齢介護課)
9. 知らない

(8) あなたは認知症の人や家族に対して、どのような支援ができると思いますか
(いくつでも)

1. 地域での見守りや声掛け
2. 徘徊高齢者等を見つけた場合の保護等の協力
3. 認知症の人を支援するボランティア活動への参加
4. その他 ()
5. 支援できない

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

三條市役所 福祉保健部 高齢介護課

【問合せ先】〒955-8686 三條市旭町二丁目3番1号
電話 0256-34-5472 (直通)

高齢者実態調査

(在宅介護実態調査)

【調査票】 (案)

※宛名ラベル貼付箇所

三條市高齢者実態調査(在宅介護実態調査)のお願い

日頃から、本市の高齢者福祉事業及び介護保険事業にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、将来、介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、様々な高齢者施策を展開しているところです。

それらの施策の基礎となる「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」は、医療、介護、生活支援サービスを持続的に提供できる体制づくりや認知症の方が暮らしやすい環境づくりなどについて、取組の方針や内容、目標などを定めています。

現在、第8期(令和3年度から令和5年度まで)の計画を策定する準備を進めており、皆様の生活の実態を把握し、地域の課題やニーズをこの計画に反映させていくために「高齢者実態調査」を実施いたします。

つきましては、調査票の回答にご協力くださるようお願い申し上げます。

ご記入いただいた内容は、要介護認定データと関連付けて分析し、介護離職をなくしていくための介護サービス等を検討してまいります。また、市が保有する医療、介護情報及び居住地の位置情報と合わせて、統計的に分析させていただきます。調査の情報は、秘密を厳守し、調査の目的以外に使用することはありません。

なお、調査票の返送をもちまして、調査情報の使用に同意いただいたものとして扱わせていただきますので、ご了承ください。

令和2年4月
三條市長

調査票記入後は、**3つ折り**にし同封の**返信用封筒**に入れて、
4月 日 ()までに投函してください。(切手はいりません)

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和2年4月1日現在、**要支援・介護認定を受け、在宅で生活をしている方**の中から無作為に抽出した方です。
2. ご回答に当たっては、ご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方や介護をされている方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答に当たっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。
4. この調査で使う用語の意味は、次のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、要介護認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
5. この調査についてのお問い合わせは、表紙の問合せ先までお願いいたします。
6. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。

個人情報の取扱いについて

利用目的及び個人情報の保護については次のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、次のことにご同意いただいたものとみなさせていただきます。

【利用目的及び個人情報の保護について】

- この調査は、高齢者施策の基礎となる高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の策定及び介護離職をなくしていくための介護サービス等を検討していくため、市が保有する医療、介護情報及び居住地の位置情報と合わせて、統計的に分析させていただきます。調査の情報は、秘密を厳守し、調査の目的以外に使用することはありません。
- 本調査で得られたデータは、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、市は必要に応じて集計・分析を行います。

問2 介護の状況などについて

(1) 現在、主な介護者が行っている介護等について、お教えてください
(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. 分からない |
|---------|-----------|

(2) ご家族やご親族の中で、ご本人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）

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます (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. 分からない

(7) ご本人が施設に入所するとき又は医療機関に入院するとき身元引受人※になる人はいますか。

※入院(入所)をする時や亡くなった時に必要な手続きを行うものであり、入院費の支払い責任は含みません

1. はい

2. いいえ

【(7)で「1. はい」と回答した方にお伺いします】

それは誰か、ご本人から見た関係をお答えください(優先順の高い順で3つまで)

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) ご本人が金銭管理や契約などの手続きができなくなったとき、支援してくれる人はいますか。または、手続きができない状態のため、支援している人がいますか

1. はい

2. いいえ

【(8)で「1. はい」と回答した方にお伺いします】

それは誰か、ご本人から見た関係をお答えください(優先順の高い順で3つまで)

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 ()

(9) 主な介護者は、最期まで自宅で見ていきたいと思っていますか
(1つを選択)

1. 思っている

2. 思っていない

3. まだ考えられない

(10) どのような条件がそろえば、自宅で安心して看取れると思いますか
(複数選択可)

1. 本人の看取りに対する意向が確認できている

2. 家族・親族の理解・協力がある

3. 介護者の職場の理解・協力がある

4. 必要なサービスを受けられる経済的な余裕がある

5. 利用したいときに介護サービスが十分に利用できる

6. 看取りをしてくれる医師がいる

7. いつでも相談できる専門職がいる

問3 ご本人の医療について

(1) ご本人が、現在抱えている傷病について、お教えてください

(複数選択可)

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| 1. <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患 (脳卒中) | 2. <small>しんしっかん</small> 心疾患 (心臓病) | |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物 (がん) | 4. <small>こきゅうきしっかん</small> 呼吸器疾患 | 5. <small>じんしっかん</small> 腎疾患 (透析) |
| 6. <small>きんこつかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患 (骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 脊柱管狭窄症等) | | |
| 7. <small>こうげんびょう</small> 膠原病 (関節リウマチ含む) | 8. <small>へんけいせいかんせつしっかん</small> 変形性関節疾患 | |
| 9. <small>にんちしょう</small> 認知症 | 10. <small>びょう</small> パーキンソン病 | |
| 11. <small>なんびょう</small> 難病 (パーキンソン病を除く) | 12. <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病 | |
| 13. <small>がんか</small> 眼科・ <small>じびか</small> 耳鼻科疾患 (視覚・聴覚障害を伴うもの) | | |
| 14. その他 | 15. なし | 16. 分からない |

(2) ご本人の急変時の対応について、家族や支援者で話し合っていますか
(1つを選択)

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 話し合っている | 2. 話し合っていない |
|------------|-------------|

問5 介護者の就労状況や介護等について不安に感じること

【1ページ 問1の(2)で「2.」「3.」「4.」「5.」と回答した方にお伺いします】

(1) 主な介護者の現在の勤務形態についてお教えてください

(1つを選択)

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. フルタイムで働いている | } 下記① へ |
| 2. パートタイム※で働いている | |
| 3. 働いていない | } (2) へ (8ページ) |
| 4. 主な介護者に確認しないと分からない | |

※「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。

【(1)で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします】

①主な介護者は、介護をするに当たって、何か働き方の調整をしていますか(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分からない

【(1)で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします】

②主な介護者は、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分からない

(2) 現在の生活を継続していくに当たって、主な介護者が不安を感じる介護等について、お教えてください（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分からない | |

問6 介護負担軽減の取組について

(1) 主な介護者の負担軽減を図るための取組として知っているものについてお教えてください（複数選択可）

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1. 介護サービス事業所等の家族の集い | 2. 介護者支援の講座 |
| 3. 認知症カフェ（さんじょうオレンジカフェ） | 4. 介護手当の支給 |
| 5. 紙おむつ購入費の助成 | 6. 寝具の乾燥、丸洗い |
| 7. 訪問理美容サービスの助成 | |

<p>(2) 介護負担を軽減するための講座や集まりに参加したいと思いませんか (1つを選択)</p>	
1. 思う	2. 思わない
<p>【(2)で「1. 思う」と回答した方にお伺いします】 参加したいと思う講座や集まりをお聞かせください(複数選択可)</p>	
<p>1. 介護者のリフレッシュや楽しみを目的とした講座や集まり 2. 介護者の健康づくりにつながる講座や集まり 3. 介護の仕方や認知症の人への接し方などを学ぶための講座 4. 介護者同士の情報交換や交流の場</p>	
<p>【(2)で「2. 思わない」と回答した方にお伺いします】 参加したいと思わない理由を教えてください(複数選択可)</p>	
<p>1. 時間がない 2. 参加したいと思うものがない 3. どのような講座や集まりがあるか分からない 4. 参加するための移動手段がない 5. 知っている人と一緒にないと参加しづらい 6. 他でリフレッシュや、相談ができているので必要ない</p>	
<p>(3) 認知症の方(認知症の疑いがある方を含む)を介護するときにどのような情報が必要だと思いますか。(複数選択可)</p>	
<p>1. 認知症の病気について 2. 相談窓口 3. 専門的な検査ができる医療機関 4. 認知症の人への対応方法 5. 利用できる介護・福祉サービス 6. 他の介護者の話が聞ける場 7. 認知症の御本人が参加できる場(介護サービス以外) 8. お金の管理や様々な手続きができなくなったときに利用できる制度</p>	

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

介護保険事業計画策定に向けた介護支援専門員等アンケート調査

※ 恐れ入りますが、お一人が1枚ずつ御記入ください。その際、エクセルデータ1つで一人が御回答いただくようお願いいたします。
 ※ 回答者を特に限定していない質問は全員がお答えください。

I 基本事項・サービス提供体制について

問1 (管理者のみお答えください。)事業所についてお聞きます。

(1) 事業所の種別をお答えください。

--

(2) (1)で「居宅介護支援事業所」と答えた方にお聞きます。事業所に併設する介護サービス等をお答えください。(いくつでも可)

訪問介護	
訪問入浴	
訪問看護・訪問リハビリテーション	
通所介護	
通所リハビリテーション	
短期入所	
福祉用具貸与・販売	
グループホーム	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
地域密着型特別養護老人ホーム	
特別養護老人ホーム	
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
その他	

(3) 兼務の職員がいる場合、その理由に○を付けてください。(いくつでも可)

自事業所の介護支援専門員が不足しているため	
併設する介護サービス事業所の職員が不足しているため	
職員本人の希望	
その他	

(4) 地域包括支援センターからの介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの委託を受けるのが難しい理由に○を付けてください。(いくつでも可)

依頼があれば委託を受けるため、難しいと感じない	
報酬を鑑みて介護支援専門員一人当たりの利用者数に上限があるため	
業務量が多く、利用者を増やすのは困難なため	
居宅介護支援費に比べ介護予防支援等の委託料は低額のため	
要介護者に比べ要支援者等へのケアマネジメントは手間が掛かるため	
法人の方針のため	
その他	

問2 あなたのことについてお聞きます。

(1) 介護支援専門員(又はケアプラン作成者)としての実務経験年数を

	年
--	---

(2) 介護支援専門員の試験を受けた際の受験資格をお答えください。

保健師・看護師	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
社会福祉士	
介護福祉士	
精神保健福祉士	
歯科衛生士	
栄養士	
入居・入所施設の生活相談員・支援相談員	
指定計画相談支援事業等の相談支援専門員	
その他	

(3) あなたの勤務形態をお答えください。

(4) あなたが令和2年1月に担当した利用者数をお答えください。また、そのうち1月中に新規・更新等でケアプランを作成した利用者数をお答えください。

事業対象者	人
要支援1	人
要支援2	人
要介護1	人
要介護2	人
要介護3	人
要介護4	人
要介護5	人
合計	0 人
プラン作成	人

(5) あなたの業務内容に対する報酬には満足していますか。

(6) 介護支援専門員としてのやりがいを感じていますか。

II ケアプランの作成について

問3 本人、家族に介護保険サービスやケアプランを説明する際には、介護保険制度は単なるサービスの提供だけではなく、本人の自立を促すためのサービスであることを説明していますか。

問4 ケアプラン作成時に、本人のやりたいことや実現したい生活を把握するため、「興味関心チェックシート」を活用していますか。

問5 評価時に、本人の状態が改善しなかった場合、サービス提供事業所に改善しなかった理由を確認し、新たなケアプランに生かせるようサービス提供事業所又はサービスを提供する職員と検討していますか。

問6 介護保険外の地域資源や介護予防事業を紹介し、ケアプランに位置付けたことがありますか。また、紹介した主な内容をお答えください。

地域資源	
主な内容	
介護予防事業	
主な内容	

問7 認知症などの利用者への支援において、見守りを依頼するなど民生委員や近隣住民等を支援チームに入れていませんか。

問8 右記の医療系サービスをケアプランに位置付けている利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)

訪問看護	人	
居宅療養管理指導	医科	人
	歯科	人
	薬局	人
	栄養士	人

問9 担当する利用者の検査結果等の医療情報の把握方法について、最も当てはまるもの一つに○を付けてください。

主治医意見書	
本人・家族に聞き取り	
医療機関に聞き取り	
訪問看護に聞き取り	
あまり把握していない	
その他	

問10 担当する利用者の主治医との連携が十分に取れていますか。
「あまり連携できていない」、「連携できていない」と回答した場合、その理由をお答えください。

問11 現在の介護サービスは利用者の自立支援を促進する役割を果たしていると思いますか。

問12	現在の介護サービスは介護者の負担軽減の役割を果たしていると思いますか。							
問13	要介護・要支援認定者等が自宅や地域で暮らし続けるために必要な取組として、次のうち最も当てはまるもの一つに○を付けてください。							
	在宅医療の充実							
	介護サービスの充実(サービスの量・内容、緊急時の利用の拡大等)							
	生活支援サービスの充実							
	高齢者向けの住まいの充実							
	認知症の人や家族への支援の充実							
	権利擁護の取組の充実(身寄りのない人への支援、成年後見制度等)							
	緊急時に対応する取組の充実(緊急通報の仕組み、計画外の緊急サービス利用等)							
問14	市内でのサービス供給量が不足していると感じる介護サービスに○を付けてください。(いくつかでも可)							
	訪問介護	地域密着型通所介護						
	訪問型サービスA	認知症対応型通所介護						
	訪問入浴	グループホーム						
	訪問リハビリテーション	小規模多機能型居宅介護						
	訪問看護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
	通所介護	夜間対応型訪問介護						
	通所型サービスA	地域密着型特定施設入居者生活介護						
	通所リハビリテーション	地域密着型特別養護老人ホーム						
	短期入所生活介護	複合型サービス						
	短期入所療養介護	特別養護老人ホーム						
	福祉用具貸与・販売	介護老人保健施設						
	居宅療養管理指導	介護医療院						
	特定施設入居者生活介護							
問15	ケアマネジメントを行う上で、対応が難しい事例をお答えください。最も難しい事例に二つまで○を付けてください。							
	支援について相談、判断する家族等がない(身寄りがない、家族が疎遠・障がい者等)							
	本人に必要な支援について家族の理解や協力が得られない							
	本人と家族の意向が一致しない							
	認知症等で本人の生活実態や意向が分からない							
	経済的困窮で必要な支援が利用できない							
	本人の要望と専門職が判断するニーズ・支援が一致しない(御用聞きサービスになってしまう)							
	その他							
問16	在宅サービスの利用限度額を超えてしまうケースについて、限度額を超えてしまう理由をお答えください。介護度別に最も当てはまるもの一つに○を付けてください。							
		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
	介護度と本人の状態像が合わないと思われる							
	支援者がおらずサービスを多く使う必要がある							
	認知症によりサービスを多く使う必要がある							
	単価が高いサービスを利用する必要がある							
	利用限度額を超えてしまうケースはない							
Ⅲ 地域包括支援センターとの連携について(地域包括支援センター職員は回答不要)								
問17	地域包括支援センターと連携している内容について○を付けてください。(いくつかでも可)							
	ケアプランへの助言							
	社会資源等に関する情報共有							
	サービス担当者会議の開催支援							
	センター主催の事例検討会に参加							
	困難事例への支援							
	個別ケア会議に参加							
	圏域地域ケア会議に参加							
	その他							

問18 地域包括支援センターが特に果たしていると思う役割に○を付けてください。(3つまで)	医療・介護・生活支援・地域住民等の地域のネットワークづくり	
	地域における高齢者の総合相談窓口	
	支援が必要な高齢者の早期発見と対応	
	介護支援専門員への日常的な指導と相談	
	支援困難事例への指導と相談	
	虐待防止・権利擁護の取組	
	地域での介護予防講座の実施	
	主治医等の医療機関との連携	
	地域住民による生活支援体制の構築の支援	
	認知症に関する啓発や見守り体制の構築	
	その他	

問19 介護支援専門員として地域包括支援センターからの支援を特に充実してほしいと思うものに○を付けてください。(3つまで)	介護保険制度に関する最新情報の提供	
	高齢者福祉施策・サービスに関する情報提供	
	事業所間の連携強化のための支援	
	介護支援専門員やサービス提供者の質の向上のための研修	
	介護支援専門員やサービス提供者の相談窓口	
	処遇困難者への対応	
	利用者や家族の介護保険制度の理解向上に向けた取組	
	その他	

IV 在宅生活改善調査(国調査)

問20 担当する利用者のうち、自宅にお住まいの利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)		人
---	--	---

問21 担当する利用者のうち、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、ケアハウスにお住まいの利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)		人
---	--	---

問22 担当する利用者のうち、過去1年間(平成31年2月～令和2年1月)に自宅から居場所を変更した利用者数を介護度別にお答えください。	事業対象者	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
合計	0	人

※ 自宅には、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、ケアハウスを除く。
 ※ 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。

問23 問22の「自宅から居場所を変更した利用者」について、行き先別の利用者数をお答えください。	(人)	市内	市外
	兄弟・子ども・親戚等の家		
	住宅型有料老人ホーム		
	ケアハウス		
	サービス付き高齢者向け住宅		
	養護老人ホーム		
	グループホーム		
	地域密着型特別養護老人ホーム		
	特別養護老人ホーム		
	介護老人保健施設		
	介護療養型医療施設		
	その他		
	行き先を把握していない		
合計	0		

※ 一時的に入院して自宅以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所を御記入ください。
 ※ 合計が問22の合計と一致することを御確認ください。

問24 担当する利用者のうち、現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者はいますか。	いる	
	いない	

「いる」と回答した方は、別紙「在宅生活改善調査」に御回答ください。

V 生活支援に関する調査

問25 要介護・要支援認定者等が自宅や地域での生活を維持するために役立つ保険外の生活支援サービスに○を付けてください。 また併せて、ボランティアからの手助けがあったらよいと思うものに○を付けてください。(いくつでも可)		保険外サービス	ボランティア
	配食		
	調理		
	掃除		
	大掃除の手伝い		
	洗濯		
	買い物		
	移送サービス		
	受診時の付き添い		
	趣味活動などの外出同行		
	散歩の付き添い		
	服薬確認		
	ごみ出し		
	話し相手		
	見守り・声掛け		
	電球交換		
	ペットの世話		
	緊急時の連絡		
	庭の手入れ		
	趣味の手伝い		
その他			

問26 担当する利用者から生活に張り合いを持ってもらうために効果的なものに○を付けてください。(いくつでも可)	家族や友人とのコミュニケーション	
	サロンなどの定期的な集いの場	
	趣味活動	
	スポーツ活動	
	学習・教養に関する活動	
	自治会活動	
	ボランティア活動	
その他		

VI 在宅医療・介護連携の取組に関する調査

問27 担当する利用者のうち、医療処置・管理が必要な利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)		人
問28 問27の「医療処置・管理が必要な利用者」のうち、訪問診療や往診を受けている利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)		人
問29 問27の「医療処置・管理が必要な利用者」のうち、できれば訪問診療や往診が必要だが、受けることができていない利用者数をお答えください。(令和2年1月末現在)		人
問30 「三条市入退院連携ガイド」についてお聞きます。 (1) 「三条市入退院連携ガイド」を知っていますか。		
(2) (1)で「知っている」と答えた方にお聞きます。「三条市入退院連携ガイド」で活用しているものは何ですか。(いくつでも可)	入退院連携のプロセス	
	入退院連携窓口一覧	
	入院時情報提供書	
	退院・退所情報記録書	

(3) 入院時の備えとして、入院したらケアマネジャーに連絡するよう本人・家族に伝えたり、入院時に病院に「在宅療養手帳」を持参するよう伝えてありますか。

(4) 令和2年1月中に入院した利用者について、入院時の情報提供の状況をお答えください。(入院した全ての利用者についてお答えください。)

	入院した病院	病棟	入院時情報提供加算の有無	情報提供した時期	提供方法	提供した相手	入院時介護度
利用者ア							
利用者イ							
利用者ウ							
利用者エ							
利用者オ							
利用者カ							
利用者キ							
利用者ク							
利用者ケ							
利用者コ							

(5) 担当する利用者が入院した場合、入院中に退院退所情報記録等を活用し、退院に向けた情報収集、共有、アセスメントを行っていますか。

(6) 令和2年1月中に退院した利用者について、退院時の情報共有の状況をお答えください。(入院した全ての利用者についてお答えください。)

	退院した病院	病棟	病院からの引継ぎ	(引継ぎありの場合)		退院・退所加算の有無	退院時介護度
				退院に関する連絡の時期	引継ぎ方法		
利用者A							
利用者B							
利用者C							
利用者D							
利用者E							
利用者F							
利用者G							
利用者H							
利用者I							
利用者J							

(7) 入退院連携において、うまくいった点や困った点をお答えください。

問31 医療処置・管理があることが原因で介護サービスの利用を断られたことがある場合、断られた利用者の状態及び断られたサービスは次のうちどれですか。当てはまるところ全てに○を付けてください。

断られたサービス 断られた 利用者の状態	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハビリ	訪問入浴	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護	小規模多機能型	グループホーム	福祉用具貸与	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
点滴の管理が必要な療養者														
在宅酸素療法中														
人工呼吸療法中														
経管栄養中（経鼻チューブ、胃ろう）														
気管カニューレを利用した状態														
膀胱留置カテーテル留置中														
腎ろう、膀胱ろうを利用した状態														
人工膀胱を利用中														
人工肛門を造設														
中心静脈栄養中														
麻薬を用いた疼痛緩和中														
インスリン注射をしている療養者														
人工透析をしている療養者														
褥瘡の処置が必要な療養者														
痰の吸引が必要な療養者														
ターミナル期で病状不安定な状態														
認知症の療養者														
精神疾患の療養者														
その他（ ）														

問32 終末期支援において医療関係者と情報共有できていますか。

VII 認知症の取組に関する調査

問33 担当する利用者のうち、認知症により行方不明になるおそれがある利用者数をお答えください。

 人

問34 担当する利用者のうち、過去1年間(平成31年2月～令和2年1月)に行方不明になった方について、発見者別に利用者数をお答えください。

家族	人
本人・家族の知人	人
ケアマネジャー等の支援関係者	人
介護サービス事業所	人
警察	人
上記以外の住民	人
本人が自分で帰宅	人

問35 認知症高齢者やその家族に認知症カフェを紹介し、つないだことはありますか。

問36 認知症の人が在宅で暮らし続けるため、本人・家族への支援で必要だと思う又は充実してほしいサービスや取組に○を付けてください。(いくつでも可)	認知症カフェ・介護家族のつどい	
	認知症初期集中支援チーム	
	介護サービス事業所の認知症ケアの向上	
	成年後見制度などの権利擁護の取組	
	認知症高齢者等靴ステッカーの配布	
	GPS機能付機器のレンタル又は購入補助	
	地域の方の見守り・声掛け	
	スーパーや企業等の見守り・声掛け	
	地域ぐるみの認知症高齢者の搜索体制	
	行方不明時の市民への搜索協力体制(メール、防災無線等)	
	集いの場や地域との交流	
	本人の社会参加を促進する取組	
	その他	

VII 介護予防の取組に関する調査

問37 三条市の介護予防事業等のうち、知っているもの、紹介したことがあるものに○を付けてください。また併せて、介護予防としての効果があると思う事業に○を付けてください。(いくつでも可)		知って いる	紹介 した	効果が ある
	通所型サービスC			
	訪問型サービスC			
	さんちゃん健康体操			
	ちょこっと筋トレ			
	きっかけの一步事業			
	サロン等の集いの場			
	セカンドライフ応援ステーション			
	有償ボランティア事業			

問38 問37の介護予防事業について、効果が見込まれる要介護・要支援認定者等の程度はどの程度か○を付けてください。(いくつでも可)	事業対象者	
	要支援1	
	要支援2	
	要介護1	
	要介護2	
	要介護3以上	
	本人の家族等	
	効果が分からない	

問39 不足していると感じる介護予防事業に○を付けてください。(いくつでも可)	運動器の機能向上に関する事業	
	転倒予防に関する事業	
	口腔機能向上に関する事業	
	栄養改善に関する事業	
	認知症予防に関する事業	
	閉じこもり予防に関する事業	
	うつ予防に関する事業	
	フレイル予防に関する事業	
	その他	

VIII 権利擁護の取組に関する調査

問40 現在、成年後見制度の利用促進に向けた様々な取組が行われている中で、あなた自身が業務の中で感じる、成年後見制度の利用を阻害している一番の要因について、最も当てはまるもの一つに○を付けてください。	本人・家族が同意しない	
	制度利用のタイミングが分からない	
	制度利用に関する相談先が分からない	
	後见人へ報酬支払が困難	
	本人の収入(年金等)で家族が生活している	
	制度自体に必要性を感じない	
	制度利用の手続きが煩雑	
	制度利用までに時間が掛かる	
	その他	

問41 介護支援専門員として、担当する利用者の成年後見制度利用に関する実際の支援状況について、最も当てはまるもの一つに○を付けてください。	利用者や家族から制度利用について相談があり、申立て手続きについても支援を行ったことがある。	
	利用者や家族から制度利用について相談があり、弁護士、司法書士などの専門職へつないだことがある。(実際の申立て手続き等の支援は行ったことがない。)	

利用者や家族からの相談ではないが、利用者の状態から必要性を感じて利用者やその家族へ制度の紹介を行ったことがある。	
成年後見制度に関する相談や支援は一切行ったことがない。	

問42 担当する利用者やその家族から成年後見制度の利用の相談があった場合の対応について、最も当てはまるもの一つに○を付けてください。

自身又は所属する事業所内で対応する。(実際に申立てを行うまで相談や支援が可能)	
自身又は所属する事業所内での対応が難しくなったら、地域包括支援センターへ相談する。	
自身又は所属する事業所内での対応が難しくなったら、弁護士や司法書士などの専門職団体へ相談する。	
自身又は所属する事業所内での対応が難しくなったら、市へ相談する。	
その他	

問43 成年後見制度について様々な研修が開催されていますが、あなたが受けてみたいと思う研修に○を付けてください。(いくつでも可)

成年後見制度の概要や申立て手続きに関して学ぶ研修	
事例検討を用いた研修(成年後見制度の利用を開始するまで)	
事例検討を用いた研修(成年後見制度を利用している利用者における関係機関との連携)	
成年後見人が行う業務に関して学ぶ研修	
その他	

アンケートは以上です。2月21日(金)までに事業所内全員分のエクセルデータを高齢介護課にメールで提出してください。御協力ありがとうございました。

介護保険事業計画策定に向けた介護事業所・施設アンケート調査(通所系)(案)

- ※ エクセルデータで回答し、メールで提出してください。
- ※ 回答者を特に限定していない質問は全員がお答えください。

I 基本事項・サービス提供体制について

問1 事業所についてお聞きします。

(1) 事業所の種別について、当てはまるもの全てに○を付けてください。

通所介護	
地域密着型通所介護	
認知症対応型通所介護	
通所リハビリテーション	
通所型サービスA	

(2) 経営主体をお答えください。

社会福祉法人	
医療法人	
営利法人	
NPO法人	
その他	

(3) 事業所が所在する地区をお答えください。

--

問2 サービス提供の状況についてお聞きします。

(1) サービスを提供する地区に○を付けてください。

三条市内全域・三条市外	
三条市内全域のみ	
三条市内のうち一部地区に制限がある	

「一部地区に制限がある」と回答した場合、その地区をお答えください。

--

(2) 通常のサービス提供時間をお答えください。

時 分 ~ 時 分

(3) サービスを提供していない曜日等に○を付けてください。(いくつでも可)

月曜日	
火曜日	
水曜日	
木曜日	
金曜日	
土曜日	
日曜日	
祝祭日	
年末年始	
毎日提供している	

(4) 時間外における対応について○を付けてください。(いくつでも可)

早朝の対応可	
夜間の対応可	
24時間対応可	
休業日の対応可	
時間外の対応はしていない	

(5) 提供しているサービスごとの稼働率をお聞きします。1か月の提供日数、定員、1日当たりの平均利用者数をお答えください。(期間:令和2年2月1日~2月29日)

サービス種別	1か月の提供日数(日)	定員(人)	平均利用者数(人)	稼働率
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!

- (6) 通所介護・地域密着型通所介護の事業所にお聞きします。
介護保険外サービスで宿泊サービスを提供していますか。

- (7) 医療処置を受けている利用者やターミナル期の利用者を受け入れている実人数を記入ください。(令和2年3月1日現在)

処置内容	受入数(人)	処置内容	受入数(人)	処置内容	受入数(人)
点滴の管理		中心静脈栄養		透析	
ストーマの処置		酸素療法		レスピレーター	
気管切開の処置		疼痛の看護		経管栄養	
モニター測定		褥瘡の処置		カテーテル	
喀痰吸引		インスリン注射		ターミナル期	

- (8) 利用回数や利用日など利用者の希望に合わせたサービスの提供ができていますか。

「あまりできていない」、「できていない」と回答した場合、その理由やどんなときにできないのかをお答えください。

問3 通所型サービスA事業についてお聞きします。(通所リハビリテーション事業所は回答不要)

- (1) サービスA事業を実施している事業所にお聞きします。

- ① サービスA事業に従事する専門職以外の職員数をお答えください。

 人

- ② 今後、専門職以外の職員に従事させる意向はありますか。

- ③ 専門職以外の職員に従事させるのが困難な理由に○を付けてください。(いくつでも可)

職員が充足しているため新規雇用が難しい	
専門職以外の職員の人材確保が難しい	
必要な研修の受講が難しい	
雇用に見合う需要があるか不安	
サービスの質の確保が不安	
法人の方針のため	
その他	

- (2) サービスA事業を実施していない事業所にお聞きします。

- ① 今後、サービスA事業を実施する意向はありますか。

- ② サービスA事業を実施しない理由に○を付けてください。(いくつでも可)

人材確保が難しい	
必要な研修の受講が難しい	
雇用に見合う需要があるか不安	
事業所の信用への影響が不安	
法人の方針のため	
その他	

- (3) サービスA事業を実施(又は継続)していくために必要な支援に○を付けてください。(いくつでも可)

市主催の研修の実施	
事業所に出向いた研修の実施	
サービスA利用状況の情報提供	
プログラムの参考事例の情報提供	
研修受講者とのマッチング	
その他	

II 職員体制について

問4 職種ごとの常勤・非常勤別、専従・兼務別の職員数をお答えください。(令和2年3月1日現在)

職種	合計(人)	常勤		非常勤		常勤換算
		専従(人)	兼務(人)	専従(人)	兼務(人)	
介護福祉士	0					
介護職員実務者研修修了者	0					
介護職員初任者研修修了者	0					
介護支援専門員	0					
保健師・看護師	0					
理学療法士	0					
作業療法士	0					
言語聴覚士	0					
柔道整復師・按摩マッサージ指圧師	0					
栄養士	0					
社会福祉士・社会福祉士主事	0					
精神保健福祉士	0					
その他介護職員	0					
無資格の職員(事務職等)	0					

※ 兼務職員、非常勤職員の場合は、常勤換算の人数を「常勤換算」欄に計上

問5 職員の年齢構成を正規職員、非正規職員別にお答えください。
また、過去1年間(平成31年1月から令和元年12月まで)の採用数、離職数を、それぞれ正規職員、非正規職員別にお答えください。

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

問6 離職した職員の離職理由について、当てはまるものに○を付けてください。(3つまで)

結婚・出産	
家族等の介護	
労働時間が長い	
夜勤が多い	
休みが取りにくい	
賃金が安い	
精神的・身体的に仕事がつい	
人間関係の問題	
キャリアアップの機会が不十分	
その他	

問7 この1年間で、人材の確保は十分にできているか。

問8 人材確保のため行っている取組に○を付けてください。(いくつでも可)

新規採用枠の拡大	
中途採用枠の拡大	
就業時間の見直し	
福利厚生の実施	
賃金面の充実	
研修への参加支援	
資格取得の支援	
求人広告掲載	
その他	

Ⅲ 職員の人材育成・サービスの質の向上の取組について

問9 社内研修で実施している内容について○を付けてください。(いくつでも可)

認知症及び認知症ケア		身体拘束の排除のための取組	
プライバシーの保護の取組		非常災害時の対応	
接遇		介護予防及び要介護度進行予防	
倫理及び法令遵守		医療に関する教育	
事故発生又は再発防止		ターミナルケア	
緊急時の対応		精神的ケア	
感染症・食中毒の予防及び蔓延防止		高齢者虐待防止関連法を含む虐待防止	
その他			

問10 社外研修の案内があった場合、職員に周知し、参加するようにしていますか。

問11 サービスの質の向上の取組について、行っているものに○を付けてください。(いくつでも可)

相談窓口の設置	
サービス提供マニュアルの作成	
自己評価の積極的な開示	
インターネットを利用した情報提供	
満足度調査の実施	
ケアカンファレンスの定期的な実施	
サービス担当者会議への出席	
その他	

Ⅳ 利用者・家族、外部の関係機関との連携

問12 利用者、家族から受けたことのある苦情の内容について、○を付けてください。(いくつでも可)

サービス内容	
利用手続き	
職員の態度	
施設・設備に関すること	
保険外の実費負担(生活費等)	
その他	

問13 利用者、家族と十分に連携が取れていますか。

問14 外部の関係機関と十分に連携が取れていますか。それぞれの機関ごとにお答えください。

地域包括支援センター	
居宅介護支援事業所	
他の介護サービス事業所	
医療機関	
介護保険外のサービス提供機関	
三条市	

問15 三条ひめさゆりネットを導入していますか。また、導入の意向はありますか。

問16 三条ひめさゆりネットはどのような場面で活用できそうか、○を付けてください。(いくつでも可)

主治医等に利用時の様子を伝える	
最新の薬剤情報を確認できる	
写真を用いて傷の状態等を正確に共有する	
緊急時に救急隊や病院に情報提供する	
訪問看護と情報共有する	
他のサービス利用時の様子を確認できる	
他のサービスの訪問スケジュールを確認する	
スタッフ間で利用者の状態を共有する	
サービス内容を記録する	
その他	

問17 三条ひめさゆりネットを導入していない事業所にお聞きします。 三条ひめさゆりネットを導入しない理由に○を付けてください。(いくつでも可)	経費的な負担	
	記録に手間が掛かる	
	他の方法で情報共有できている	
	メリットを感じない	
	仕組みが理解できない	
	ICTに対するスタッフの苦手意識	
	法人の方針が異なる	
その他		

V 運営に関する課題・市への要望について

問18 事業の運営に関して課題になっていることに○を付けてください。(いくつでも可)	専門職の確保	
	人材育成	
	経営経費の不足	
	介護報酬が実態にそぐわない	
	利用者の継続的な確保	
	利用者への情報提供	
	特にない	
その他		

問19 三条市に対して事業者として望むことに○を付けてください。(いくつでも可)	介護保険に関する情報提供	
	研修の実施	
	社内研修の実施支援	
	利用者への適切なサービス利用の啓発	
	地域包括支援センター機能の充実	
	市と事業者間の情報交換の実施	
	特にない	
その他		

VI 地域における取組について

問20 事業所・施設が地域の中で行っている取組に○を付けてください。(いくつでも可)	介護保険外の生活支援サービスの提供	
	事業所の建物等を地域に開放	
	祭りなどの地域行事に参加	
	自治会との日常的な関係づくり	
	民生委員等と共に地域の見守りネットワークに参加	
	地域の学校での介護や健康づくりに関する教室等を開催・支援	
	介護者の集いを開催・支援	
	職場見学や職場体験・実習の受入れ	
	ボランティアの受入れ	
	生活支援・介護支援のボランティアの育成	
	特にない	
	その他	

問21 地域住民を対象として今後実施したい取組に○を付けてください。(いくつでも可)	認知症予防	
	フレイル予防	
	転倒予防	
	口腔機能向上の取組	
	運動器の機能向上の取組	
	特にない	
その他		

問22 問21で「特になし」と回答した方以外にお聞きします。 問21の取組を実行するためには必要なことに○を付けてください。(いくつでも可)	事業に係る経費の確保	
	マンパワーの確保	
	必要な知識の習得	
	その他	
「マンパワーの確保」と回答した場合、その職種と人数をお答えください。		

VIII ボランティアの受入れについて(問20で「ボランティアの受入れ」に回答した事業所のみ)

問23 ボランティアの活動内容に○を付けてください。(いくつでも可)	傾聴	
	整容	
	お茶出し	
	シーツ交換	
	洗濯	
	洗濯物たたみ	
	行事手伝い	
	その他	

問24 ボランティアの1月当たりの活動実人数、活動回数 の合計、1日当たりの活動時間をお答えください。	1月当たり活動実人数	人
	1月当たり活動回数合計	回
	1日当たり活動時間	時間

問25 ボランティアに対する謝礼の内容に○を付けてください。	1回当たりの謝礼金	
	1月当たりの謝礼金	
	お菓子・粗品などの提供	
	ポイントでの商品贈呈	
	謝礼等はない	
その他		

「1回当たりの謝礼金」、「1月当たりの謝礼金」と回答した場合、その金額を記入ください。 円

アンケートは以上です。3月23日(月)までにエクセルデータを高齢介護課にメールで提出してください。御協力ありがとうございました。

介護保険事業計画策定のための居所変更調査票 (案)

サービス名：	
事業所名	
事業所住所	〒 三條市
事業者(法人)名	
担当者名	
電話番号	0256-
メールアドレス	

問1 貴施設等の概要について御記入ください。(令和2年2月1日現在の状況)

1) 定員数など	[] [人・戸・室] ※該当する単位に○
2) 入所・入居者数	[] 人
3) (貴施設等の) 待機者数	[] 人
4) 特養ホームへの待機者数(申込者数)	[] 人 ※特養・地域密着型特養は回答不要

※「1) 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」を御回答ください。

※ 3)と4)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2 現在の入所・入居者の要支援・要介護度について御記入ください。(令和2年2月1日現在の状況)

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

※ ここで記入の合計人数と、問1で記入の「2) 入所・入居者数」が一致することを御確認ください。

問3 過去1年間(H31年2月1日～R2年1月31日)に、貴施設等に新規で入所・入居した人数を御記入ください。

新規の入所・入居者数 (合計) [] 人	★
-----------------------	---

※ 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。

問4 問3で記入の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数を御記入ください。

入所・入居前の居場所	市内	市外
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) 特定施設入居者生活介護	[] 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	

※ ここで記入の「14) 合計」と、問3で記入の「新規の入所・入居者数(合計)」(★欄)が一致することを御確認ください。

※ 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御記入ください。

問5 過去1年間（H31年2月1日～R2年1月31日）に、貴施設等を退去した人数を御記入ください。

退去者数(合計) (※死亡・搬送先での死亡を含む) [] 人 ☆
--

※ 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（契約を継続している方）は含めないでください。

問6 問5で記入の過去1年間（H31年2月1日～R2年1月31日）の退去者について、要介護度別の人数を御記入ください。

	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 ☆	

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

※ ここで記入の合計人数と、問5の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することを御確認ください。

問7 問5で記入した過去1年間（H31年2月1日～R2年1月31日）の退居者について、退去先別の人数を御記入ください。

	市 内	市 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) 特定施設入居者生活介護	[] 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
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 ☆

※ ここで記入の「16) 合計」と、問5に記入の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することを御確認ください。

※ 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、退院後の居場所を御記入ください。

問8 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由として多いもの上位3つを選んで、該当する□に✓を付けてください。

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

調査は以上です。御協力ありがとうございました。