

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定 業務実施スケジュール(案)

	令和4年度				令和5年度											
	第Ⅳ四半期				第Ⅰ四半期			第Ⅱ四半期			第Ⅲ四半期			第Ⅳ四半期		
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調 査		○調査項目検討	○ニーズ調査 調査票配布 ○在宅介護実態調査 調査票配布 ○事業所アンケート 調査票配布	○調査回収・集計												
計画策定	○指名委員会 ○入札通知送付 ○計画策定委託業者決定			○保険給付に関する 分析・評価				○サービス見込量設定作業				○サービス見込量設定				○計画策定完了
					○病床機能分化連携 協議(大阪府)			○病床機能分化連携 協議(大阪府)				○保険料仮設定 ○大阪府との調整			○保険料最終設定 ○府と法定協議	
				○計画に盛り込む内容の検討			○計画の文章化							○住民から意見聴取		
運営委員会				○運営委員会(2回目)				○運営委員会(1回目)				○運営委員会(2回目)		○運営委員会(3回目)	○運営委員会(4回目)	

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定にあたり予定している調査

調 査 名	介護予防・日常生活圏域二一ス調査 (P.3 ～ P.20)	在宅介護実態調査 (P.21～ P.28)	事業所アンケート (P.29 ～ P.35)
調査目的	要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断、総合事業の運営等の基礎資料として活用する	在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービス供給の分析等の基礎資料として活用する	町内及び近隣の介護保険事業所の事業運営状況、今後の事業の方向性、事業運営上の課題等を把握し、計画策定の資料として活用する
対 象 者	令和〇年〇月〇日時点で 介護保険第 1 号被保険者のうち、非介護認定者及び要支援認定者、総合事業対象者	令和〇年〇月〇日時点で 在宅で生活している要支援・要介護認定者（医療機関入院者、介護保険施設入所者を除く）※介護保険第 2 号被保険者を含む	令和〇年〇月〇日時点で 町内及び近隣の介護保険サービス事業所で、かつ、本町認定者に対しある程度のサービス提供実績のある事業所
調査期間	令和 5 年初頭より実施予定（期間は 2 週間程度）	令和 5 年初頭より実施予定（期間は 2 週間程度）	令和 5 年初頭より実施予定（期間は 2 週間程度）
調査方法	郵送による配布、回収（調査票に連番を付す）	郵送による配布、回収（調査票に連番を付す）	郵送、手渡しによる配布、回収
前回 設問数	81 問（国調査項目 71）（独自項目 10）	19 問（全て国調査項目）	16 問（全て町独自項目）
作成帳票	・ 調査票（A4、15 ページ） ・ 送付用封筒 ・ 返信用封筒（料金受取人払による） ・ 勧奨ハガキ（調査未回答者に対し調査回答の勧奨）	・ 調査票（A4、6 ページ） ・ 送付用封筒 ・ 返信用封筒（料金受取人払による） ・ 勧奨ハガキ（調査未回答者に対し調査回答の勧奨）	・ 調査票（A4、6 ページ） ・ 送付用封筒 ・ 返信用封筒（料金受取人払による）
前回 発送数	3,391 人	372 人	42 事業所（町内 17、町外 25）
前回調査 回答者数	2,620 人（77.3%）	224 人（60.2%）	30 事業所（71.4%）
集計・分析	入力支援エクセルを用い、国が示す「見える化」システムに登録、経年比較や他地域との地域間比較を実施	国が配布する集計・分析ソフトを用いて要介護認定データと関連付けた分析を行い、要介護者の在宅生活の継続、介護者の就労の継続の視点から、サービス提供体制の構築をめざす	町独自アンケートのため、国の支援ソフトなどはない 今回調査結果の集計とともに、前回調査時との比較を行い、事業運営の状況を把握する

町民の皆様へ

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ご協力のお願い（案）

平素は本町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

能勢町では、町民の皆様が高齢期の日々を充実させ、また、安心して過ごすことができるよう、保健福祉サービスをはじめ、介護保険サービスや健康増進の施策などの取組を進めております。

このアンケート調査は、今後の高齢福祉施策の充実を目的に実施するものです。

皆様からお答えいただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用いたしませんので、本調査の趣旨をご理解いただき、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところお手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和 年 月

能勢町

返送期限：令和 年 月 日（ ）

別紙調査票（この用紙以外の全て）を同封の返信封筒にて、
ご返送ください（切手は要りません）。

ご記入についてのお願い

◇できる限り対象のご本人がお答えください。また、ご家族の方などが代わりに記入される場合は、できる限りご本人の意向をお聞きのうえ、ご記入ください。

◇「ご本人」とは宛名の方をさします。

◇筆記用具はボールペンまたは鉛筆をお願いします。

◇この調査は、現在の状況について、記入またはあてはまるものの番号に○をつけてください。ただし、質問により （いくつでも） などと書いている場合は、設問に従いご回答をお願いします。

◇また、○をつけられた選択肢に矢印がついている場合は、その内容を（ ）内に具体的にお書きください。

◇設問中の「その他」を選ばれた場合は、その内容を（ ）内に具体的にお書きください。

◇この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。

介護…介護保険のサービスを利用している場合のほか、介護保険サービスを利用していない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態

介助…ご自分の意志により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

問1

あなたのご家族や生活状況について

問1-1 家族構成をお教えてください。(1つを選択)

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

問1-2 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つを選択)

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

→問1-2に「1.介護・介助は必要ない」と答えた方以外の方におたずねします。

問1-2-1 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(いくつでも)

- | | |
|---|---|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
<small>のうそっちゅう のうしゅつけつ・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>とうにようびょう</small> |
| 9. 腎疾患(透析)
<small>じんしつかん</small> | 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>すいじゃく</small> | 14. その他() |
| 15. 不明 | |

→問 1-2 に「3.現在、何らかの介護を受けている」と答えた方におたずねします

問 1-2-2 主にどなたの介護、介助を受けていますか。(いくつでも)

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

問1-3 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つを選択)

- | | |
|-------------|-------------|
| 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1-4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つを選択)

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

問2

からだを動かすことについて

問2-1 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問2-2 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つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問2-3 15 分位続けて歩いていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問2-4 過去 1 年間に転んだ経験がありますか(1つを選択)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

問2-5 転倒に対する不安は大きいですか。(1つを選択)

- | | |
|-------------|------------|
| 1. とても不安である | 2. やや不安である |
| 3. あまり不安でない | 4. 不安でない |

問2-6 週に 1 回以上は外出していますか。(1つを選択)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. ほとんど外出しない | 2. 週1回 |
| 3. 週 2～4 回 | 4. 週 5 回以上 |

問2-7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つを選択)

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. とても減っている | 2. 減っている |
| 3. あまり減っていない | 4. 減っていない |

問2-8 外出を控えていますか。

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

→問 2-8 に「1.はい」と答えた方におたずねします

問 2-8-1 外出を控えている理由は、次のどれですか。(いくつでも)

- | | |
|---|---|
| 1. 病気 | 2. 障 ^{しょう} がい (脳 ^{のう} 卒 ^{そつ} 中 ^{ちゅう} の後遺症 ^{こういしょう} など) |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳 ^{みみ} の障 ^{しょう} がい(聞こえの問題など) | 6. 目 ^め の障 ^{しょう} がい |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない | 10. その他() |

問2-9 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 | 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 食べることについて

問3-1 身長・体重

身長 c 体重 k

問3-2 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 |
|-------|--------|

問3-3 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 |
|-------|--------|

問3-4 口の渇きが気になりますか。

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

問3-5 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 |
|-------|--------|

問3-6 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つを選択)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 | 2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし |
| 3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 | 4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし |

問 3-6-1 噛み合わせは良いですか。

1. はい

2. いいえ

→問 3-6 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」と答えた方におたずねします。

問 3-6-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか。

1. はい

2. いいえ

問3-7 この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

問3-8 どなたかと食事をとにもする機会がありますか。(1つを選択)

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

問4-1 物忘れが多いと感じますか。

1. はい

2. いいえ

問4-2 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. はい

2. いいえ

問4-3 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

問4-4 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つを選択)

1. できるし、している

2. できるけど、していない

3. できない

問4-5 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問4-6 自分で食事の用意をしていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問4-7 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問4-8 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つを選択)

- | | | |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけど、していない | 3. できない |
|--------------|----------------|---------|

問4-9 年金などの書類(役場や病院などに出す書類)が書けますか。

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

問4-10 新聞を読んでいますか。

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

問4-11 本や雑誌を読んでいますか。

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

問4-12 健康についての記事や番組に関心がありますか。

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

問4-13 友人の家を訪ねていますか。

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

問4-14 家族や友人の相談にのっていますか。

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

問4-15 病人を見舞うことができますか。

1. はい

2. いいえ

問4-16 若い人に自分から話しかけることがありますか。

1. はい

2. いいえ

問4-17 趣味はありますか。

1. 趣味はある → 具体的に()

2. 思いつかない

問4-18 生きがいがありますか。

1. 生きがいはある → 具体的に()

2. 思いつかない

問5 地域での活動について

問5-1 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。
(①～⑧それぞれの問に1つを選択)

	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 いきいき百歳体操など、介護 予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問5-2 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つを選択)

- | | |
|------------|-------------|
| 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. 既に参加している |

問5-3 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つを選択)

- | | |
|------------|-------------|
| 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. 既に参加している |

問6

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

問6-1 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。(いくつでも)

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

問6-2 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。(いくつでも)

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

問6-3 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。(いくつでも)

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

問6-4 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人はいますか。(いくつでも)

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

問6-5 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する人はいますか。(いくつでも)

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・役場 | 6. その他 |
| 7. そのような人はいない | |

問6-6 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(1 つを選択)

- | | |
|------------|------------|
| 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6-7 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人に何度会っても1人と数えてください。(1つを選択)

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

問6-8 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(いくつでも)

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

問7 健康について

問7-1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つを選択)

- | | |
|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい |
| 3. あまりよくない | 4. よくない |

問7-2 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、あてはまるところに○をつけてください)

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

問7-3 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 |
|-------|--------|

問7-4 この 1 か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、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 |
|-------|--------|

問7-5 お酒は飲みますか。(1つを選択)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 2. 時々飲む |
| 3. ほとんど飲まない | 4. もともと飲まない |

問7-6 タバコは吸っていますか。(1つを選択)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている |
| 3. 吸っていたがやめた | 4. もともと吸っていない |

問7-7 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. <small>のうそっちゅう のうしゅつけつ・のうこうそくなど</small>
脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 4. 心臓病 |
| 5. <small>とうようびょう</small>
糖尿病 | 6. <small>こうしけっしょう ししついじょう</small>
高脂血症(脂質異常) |
| 7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 |
| 9. <small>じんぞう ぜんりつせん</small>
腎臓・前立腺の病気 | 10. <small>きんこっかく こつ そ しょう かんせつしょう</small>
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) |
| 11. <small>がいしょう てんとう こっせつなど</small>
外傷(転倒・骨折等) | 12. <small>あくせいしんせいぶつ</small>
がん(悪性新生物) |
| 13. <small>めんえき</small>
血液・免疫の病気 | 14. うつ病 |
| 15. <small>にんちしょう</small>
認知症(アルツハイマー病等) | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他() | |

問8

認知症にかかる相談窓口の把握について

問8-1 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。

1. はい 2. いいえ

問8-2 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

1. はい 2. いいえ

問9

その他

問9-1 地域包括支援センターを知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

問9-2 能勢町に高齢者の入所施設ができた場合、入所を希望されますか。

1. 希望する 2. 希望しない

→問9-2で「2.希望しない」と答えた方におたずねします。

問9-2-1 入所希望されない理由はなんですか。(1つを選択)

1. 家族の近くの別の地域の施設に入所したいから
2. より利便性の高い地域の施設に入所したいから
3. 知り合いがいるかもしれない施設に入所したくないから
4. その他()

問9-3 あなたが認知症になったり、体調が悪くなって医療・介護を長期に受けるようになったとき、どのような医療・介護のサービスを希望しますか。(1つを選択)

1. 自宅で訪問診療・訪問看護等を受けたい 2. 病院・施設に入院・入所したい

→問 9-3 で「2.病院・施設に入院・入所したい」と答えた方におたずねします。

問 9-3-1 入院・入所を希望される理由はなんですか。(1つを選択)

1. 自宅への訪問等のサービス提供体制が十分か不安
2. 家族へ負担をかけたくない
3. 自分の他に頼れる人がいない
4. その他()

問9-4 ご家庭でどの程度の頻度で血圧を測っていますか。(1つを選択)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に3～5回 | 3. 週に1～2回 |
| 4. 月に2～3回 | 5. 月に1回以下 | 6. 体調が悪い時 |
| 7. 測っていない | | |

問9-5 あなたは人生の最期をどこで迎えたいと思っていますか。(1つを選択)

1. 自宅で看取りケアを受けながら最期まで迎えたい
2. 最期まで自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う
3. 病院や介護保険施設で最期まで過ごしたい
4. わからない

→問 9-5 で「2.最期まで自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」と答えた方におたずねします。

問9-5-1 難しいと思う理由は何ですか。(いくつでも)

1. 家族に迷惑をかけるから
2. 介護してくれる家族や地域のサポートがないから
3. 在宅では十分な看取りケア(医療や介護)を期待できないから
4. 在宅では容態が急変した時の対応が不安だから
5. 病院や介護保険施設の方が 24 時間体制のケア(医療や介護)を受けられるから
6. その他()

問9-6 これからの高齢化社会に向けてどんな取組が必要だと思われますか。(3 つまで選択)

1. 高齢者の働く場所の確保
2. 生きがいを持てるような活動機会の拡大
3. 近隣・地域における助け合い・支え合い活動の推進
4. 健康教室や健康診査などの健康づくりの充実
5. 認知症などの専門的な相談窓口の充実
6. 配食・買い物支援などの食を支えるサービスの充実
7. 移送サービス・公共交通などの交通機関の充実
8. サービス付き高齢者向け住宅の充実
9. 訪問介護などの在宅での介護サービスの充実
10. 特別養護老人ホームなどの入所施設の充実
11. 往診や緊急時の対応などの医療体制の充実
12. その他()

問9-7 能勢町の保健福祉サービスや高齢者施策などについてご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

記入内容をご確認後、調査票を三つ折りにして、同封の返信用封筒にお入れいただき、切手を貼らずご返送ください。

町民の皆様へ

在宅介護実態調査 ご協力のお願い（案）

平素は本町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

能勢町では、町民の皆様が高齢期の日々を充実させ、また、安心して過ごすことができるよう、保健福祉サービスをはじめ、介護保険サービスや健康増進の施策などの取組を進めております。

このアンケート調査は、今後の高齢者施策の充実を目的に実施するものです。

皆様からお答えいただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用いたしませんので、本調査の趣旨をご理解いただき、率直なご意見をお聞かせください。

ご多用のところお手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和 年 月

能勢町

返送期限：令和 年 月 日（ ）

別紙調査票（この用紙以外全て）を同封の返信封筒にて、
ご返送ください（切手は要りません）。

ご記入についてのお願い

◇できる限り対象のご本人がお答えください。また、ご家族の方などが代わりに記入される場合は、できる限りご本人の意向をお聞きのうえ、ご記入ください。

◇「ご本人」とは宛名の方をさします。

◇筆記用具はボールペンまたは鉛筆でお願いします。

◇この調査は、現在の状況について、記入またはあてはまるものの番号に○をつけてください。ただし、質問により （複数選択可） などと書いている場合は、設問に従いご回答をお願いします。

◇本アンケートでご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせください。

お問い合わせ先

能勢町福祉部健康づくり課包括支援担当

電話 072-731-2160

Fax 072-731-2151

メール houkatu@town.nose.osaka.jp

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】

- 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、能勢町高齢者保健福祉計画・能勢町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。また当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定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能勢町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。また、能勢町が共同研究を行う予定としている大学等の学術機関においてデータを集計・分析することがあります。この場合、個人が特定されることはありません。

基本調査項目＋オプション項目

在宅介護実態調査 調査票

A票

調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか(複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. その他 |

問2 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3 ご本人の性別について、ご回答ください(1つを選択)

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

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 65 歳未満 | 2. 65～69 歳 | 3. 70～74 歳 |
| 4. 75～79 歳 | 5. 80～84 歳 | 6. 85～89 歳 |
| 7. 90 歳以上 | | |

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | |
| 3. 要介護1 | 4. 要介護2 | 5. 要介護3 |
| 6. 要介護4 | 7. 要介護5 | 8. わからない |

問6 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、介護医療院、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7 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8 令和●●年●月の1か月の間に、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用しましたか（1つを選択）

1. 利用した ⇒問9へ

2. 利用していない ⇒問10へ

問9 問8で「1.」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和●●年●月の1か月の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない（0回、1. 利用していない）」を選択してください（それぞれ1つに○）。

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
（※回答例）●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護（デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション（デイケア）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（1つに○）	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数（1つに○）				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
H. ショートステイ	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数（1つに○）				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
I. 居宅療養管理指導	0回	1回	2日	3回	4回

★ 問 10 問8で「2.」と回答した方にお伺いします。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 |

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

★ 問 11 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 12 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 13 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 14 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
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない
3. 週に1～2日ある
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

調査は終了です

B票へ進んでください

- A票の問 14 で「2. 」～「5. 」を選択された場合は、「主な介護者」の方に B 票へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B票

主な介護者の方について、お伺いします

問1 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。

★ 問2 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3 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4 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5 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6 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に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 | |

問7 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8～問 10 へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } 調査は終了です |
| 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8 問7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9 問7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など） |
| 5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど） | 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 10 問7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 | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

介護サービス事業所の皆様へ

介護保険事業所アンケート ご協力をお願い（案）

平素は本町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

能勢町では、町民の皆様が高齢期の日々を充実させ、安心して過ごすことができるよう、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする第9期能勢町高齢者保健福祉計画・能勢町介護保険事業計画の策定に取り組んでいます。

計画を策定するにあたり、日々、現場において多くの高齢者の方に接し、本町の保健福祉行政を支えていただいている介護保険事業所の皆様の貴重なご意見を伺う必要があると考え、今般、アンケート調査を実施することといたしました。

皆様からお答えいただいた内容につきましては、個人情報保護に十分な注意を払い、本調査の目的以外には使用いたしません。

つきましては、業務ご多忙のところ大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解のうえ、本アンケートにご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

令和 年 月

能勢町

返送期限：令和 年 月 日（ ）

別紙調査票（この用紙以外全て）を同封の返信封筒にて、
ご返送ください（切手は要りません）。

調査にあたってのお願い

◇封筒に記載されている宛名の事業所がこの調査の対象です。同一法人であっても、異なるサービスを提供している場合は、それぞれの事業所宛に送付されることがあります。その場合は、お手数ですがそれぞれの事業所についてお答えください。

◇アンケートは、令和〇年〇月〇日時点の状況をお答えください。

◇アンケートは、原則として事業所全体の状況を把握されている方（管理者等）がご記入ください。

◇筆記用具はボールペンまたは鉛筆をお願いします。

◇本アンケートでご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせください。

お問い合わせ先

能勢町福祉部健康づくり課包括支援担当

電話 072-731-2160

Fax 072-731-2151

メール hokatu@town.nose.osaka.jp

能勢町介護保険事業所アンケート 調査票

問1 貴事業所の経営形態についてお答えください。(あてはまる番号ひとつに○)

- | | | | |
|--------|----------|----------------------|--------|
| 1 株式会社 | 2 有限会社 | 3 合同会社 | 4 合資会社 |
| 5 医療法人 | 6 社会福祉法人 | 7 特定非営利活動法人 (NPO 法人) | |
| 8 財団法人 | 9 社団法人 | 10 その他 () | |

問2 貴事業所が主として実施しているサービスはどれですか。(あてはまる番号ひとつに○)

- | | | |
|------------------------|-------------|------------|
| 1 訪問介護 | 2 訪問入浴介護 | 3 訪問看護 |
| 4 通所介護 (地域密着型含む) | 5 通所リハビリ | 6 短期入所サービス |
| 7 特定施設入居者生活介護 | 8 福祉用具貸与 | 9 居宅介護支援 |
| 10 特別養護老人ホーム (地域密着型含む) | 11 介護老人保健施設 | |

問3 貴事業所の職種ごとの従業員数について、人数をご記入ください。

職 種 (※1)	常 勤		非常勤	
	男	女	男	女
訪問介護員	人	人	人	人
サービス提供責任者	人	人	人	人
介護職員 (※2)	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人
機能訓練指導員 (※3)	人	人	人	人
ケアマネジャー	人	人	人	人
事務職	人	人	人	人
その他 (※4) ()	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人

(※1) 職種は、資格ではなく実際に従事している業務内容に基づいて記入してください。

兼務している場合は、主に従事している職種について記入してください。

サービス提供責任者が他の業務と兼務している場合は、サービス提供責任者として記入してください。

(※2) 介護職員は、訪問介護以外の事業所で働き、直接介護をする人として記入してください。

(※3) 機能訓練指導員は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を含みます。

(※4) その他の職種がある場合は、() 内にその職種名を記入してください。

問4 貴事業所の従業員について、年齢構成をご記入ください。(人数を記入)

年齢区分	常 勤		非常勤	
	男	女	男	女
10代、20代	人	人	人	人
30代	人	人	人	人
40代	人	人	人	人
50代	人	人	人	人
60代	人	人	人	人
70代以上	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人

問5 貴事業所の職種ごとの従業員の過不足の状況について、どのようにお感じですか。

(職種ごとにあてはまる番号ひとつに○)

職 種	過不足の状況				その職種 はいない
	過剰で ある	適当で ある	やや不足 している	不足 している	
訪問介護員	1	2	3	4	5
サービス提供責任者	1	2	3	4	5
介護職員	1	2	3	4	5
看護職員	1	2	3	4	5
生活相談員	1	2	3	4	5
機能訓練指導員	1	2	3	4	5
ケアマネジャー	1	2	3	4	5
事務職	1	2	3	4	5
その他 ()	1	2	3	4	5

問6 貴事業所が従業員を確保するにあたり、どのような取組をされていますか。

(あてはまる番号すべてに○)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1 自社のホームページに求人情報を載せる | |
| 2 ハローワークを活用する | |
| 3 新聞折込の求人情報チラシを活用する | |
| 4 タウン誌などに求人情報を掲載する | |
| 5 民間の求人 web サイトを活用する | |
| 6 人材紹介・派遣会社などを活用する | |
| 7 学校（高校・大学等）に働きかける | |
| 8 介護に関する就職合同イベント・相談会などに参加する | |
| 9 インターンや実習生を受け入れる | |
| 10 職員や関係者から知人を紹介してもらう | |
| 11 その他（ | ） |
| 12 特に何もしていない | |

問7 問6で○をした取組のうち、効果のあった取組はどれですか。

(効果があった順番に3つまでお答えください)

- | | | | |
|--------------|---|--------|-------------------|
| 最も効果があったのは | … | _____番 | (問6の選択肢の番号をひとつ記入) |
| 2番目に効果があったのは | … | _____番 | |
| 3番目に効果があったのは | … | _____番 | |

問8 貴事業所の利用者からの利用申込への対応はどうですか。(あてはまる番号ひとつに○)

- | | | | |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 余裕がある | 2 やや余裕がある | 3 やや余裕がない | 4 余裕がない |
|---------|-----------|-----------|---------|

問 9 貴事業所の経営状況はいかがですか。(あてはまる番号ひとつに○)

- | | | | | |
|------|--------|--------|--------|------|
| 1 黒字 | 2 やや黒字 | 3 概ね均衡 | 4 やや赤字 | 5 赤字 |
|------|--------|--------|--------|------|

(問 9 で「1」または「2」に○をされた事業所様のみお答えください)

問 9 -① その主な理由はなんですか。(あてはまる番号ひとつに○)

- | |
|------------------------|
| 1 利用者を安定して確保できているため |
| 2 介護報酬が改定されたため |
| 3 事業所支出を抑えることができたため |
| 4 利用者一人あたりのサービス量が増えたため |
| 5 介護報酬以外の事業収入が得られたため |
| 6 その他 () |

(問 9 で「4」または「5」に○をされた事業所様のみお答えください)

問 9 -② その主な理由はなんですか。(あてはまる番号ひとつに○)

- | |
|---------------------------|
| 1 利用希望が少なく利用者数が確保できていないため |
| 2 介護報酬が改定されたため |
| 3 事業所支出が大きい |
| 4 利用者一人あたりのサービス量が減ったため |
| 5 その他 () |

問 10 令和 6 年度からの第 9 期介護保険事業計画期間中(令和 6 年度から令和 8 年度)の、貴事業所の事業運営の方向性についてお答えください。(あてはまる番号ひとつに○)

- | |
|--|
| 1 拡充する。現在の事業所所在地以外の場所(能勢町内)に事業所開設を検討している |
| 2 拡充する。現在の事業所所在地以外の場所(能勢町外)に事業所開設を検討している |
| 3 拡充する。現在の事業所の事業を充実させる(定員の増、人員の増など) |
| 4 現状を維持する |
| 5 縮小する |
| 6 休止もしくは廃止する |
| 7 その他 () |

問 11 能勢町で事業を実施する際の課題はなんですか。

(課題と思われる順番に3つまでお答えください)

(町外の事業所様の場合、仮に町内で事業を実施する場合の課題としてお答えください)

最も課題だと思われるのは … 番 (下選択肢の番号をひとつ記入)

2 番目に課題だと思われるのは … 番

3 番目に課題だと思われるのは … 番

(選択肢)

1 利用者の確保が困難である

2 車・燃料費などの経費がかかる

3 他事業所と競合する

4 必要な人材の確保が困難である

5 市街化調整区域の制限があり、事業を行う場所(土地)が確保できない

6 地域区分が低い

7 行政の支援が期待できない

8 医療機関との連携が難しい

9 その他 ()

問 12 能勢町で不足していると感じる介護保険サービスはなんですか。

(課題と思われる順番に3つまでお答えください)

最も不足していると思われるのは … 番 (下選択肢の番号をひとつ記入)

2 番目に不足していると思われるのは … 番

3 番目に不足していると思われるのは … 番

(選択肢)

1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリ

5 居宅療養管理指導 6 通所介護(地域密着型含む) 7 通所リハビリ

8 短期入所サービス 9 特定施設入居者生活介護 10 福祉用具貸与

11 福祉用具販売 12 居宅介護支援 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

14 夜間対応型訪問介護 15 認知症対応型通所介護

16 小規模多機能型居宅介護 17 認知症高齢者グループホーム

18 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

19 特別養護老人ホーム(地域密着型含む) 20 介護老人保健施設

21 訪問型サービス(総合事業) 22 通所型サービス(総合事業)

問 13 これからの高齢化社会に向けてどんな取組が必要だと思われますか。(3つまでお答えください)

- 1 高齢者の働く場所の確保
- 2 生きがいを持てるような活動機会の拡大
- 3 近隣、地域における助け合い、支え合い活動の推進
- 4 健康教室や健康診査などの健康づくりの充実
- 5 認知症などの専門的な相談窓口の充実
- 6 配食・買い物支援などの食を支えるサービスの充実
- 7 移送サービス、公共交通機関の充実
- 8 サービス付き高齢者向け住宅の充実
- 9 訪問介護などの在宅での介護サービスの充実
- 10 特別養護老人ホームなどの入所施設の充実
- 11 往診や緊急時の対応などの医療体制の充実
- 12 その他 ()

問 14 その他、貴事業所が事業を運営していくにあたりご意見、町への要望等がありましたらご記入ください。

(ご記入欄)

調査にご協力いただき、ありがとうございました。