

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	○調査回収・集計											
				○在宅介護実態調査 調査票配布	○調査回収・集計											
				○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												○計画策定完了
					○病床機能分化連携 協議(大阪府)				○サービス見込量設定作業			○サービス見込量設定				○保険料最終設定
								○病床機能分化連携 協議(大阪府)				○大阪府との調整				○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)	

町民の皆様へ

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ご協力をお願い

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、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和5年3月

能勢町

返送期限：令和5年〇月〇日（〇）

本調査票を同封の返信用封筒にて、ご返送ください

切手は要りません

ご記入にあたってのお願い

◇できる限り対象のご本人(宛名の方)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。

◇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

【調査に関するお問い合わせ先】

能勢町 福祉部健康づくり課 包括支援担当(能勢町保健福祉センター)

TEL 072-731-2160

FAX 072-731-2151

E-mail houkatu@town.nose.osaka.jp

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

調査票

- 調査票を記入する際は、現在の状況について、該当する番号に○をつけてください。「その他」を選んだ場合は、その内容を（ ）内にお書きください。
- 調査票記入後は、三つ折りにし、同封の返信用封筒に入れて、
____月 ____日()までに投函してください。

記 入 日	令和 5 年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。あてはまるものに ○ をつけてください。	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄)	
3. その他	

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、効果的な介護予防施策の立案と効果検証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。調査票には番号の記載がありますが、これは氏名を番号化することで、個人名や個人情報を第三者が知ることのないようにするためです。回答を分析する際に、介護保険に関する個人情報を参照させていただきます。その際も、氏名ではなく番号を用いるので、個人名や個人情報が外部に出ることはありません。当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。

調査は強制ではなく、お答えになりたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。そのことで不利益が生じることはありません。

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

ちょっと
一息



1. ごはん

あなたはどっち派？

朝ごはんを食べるのは…

2. パン



→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) |
| <small>こうえいちんたいじゅうたく</small>
3. 公営賃貸住宅(町営住宅) | <small>みんかんちんたいじゅうたく</small>
4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| <small>みんかんちんたいじゅうたく</small>
5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 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

ちょっと
一息



あなたはどっち派？

大阪名物といえば…

1. お好み焼き

2. たこ焼き



→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. 障がい (脳卒中の後遺症など)
<small>しょう のうそっちゅう こういしょう</small> |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題など)
<small>しょう</small> | 6. 目の障がい
<small>しょう</small> |
| 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 cm 体重 kg

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.

3. 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

ちょっと
一息



あなたはどっち派？

どちらかといえば…

1. いぬ派

2. ねこ派



問5

地域での活動について

問5-1-1 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それぞれの間に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5-1-2 ①～⑤で1つでも「6. 参加していない」と答えた方にお聞きします。参加していないのはどのような理由からですか。(いくつでも)

1. 忙しい	2. 関心のある行事や活動がない
3. きっかけがない	4. 参加の方法がわからない
5. どのような活動があるのか知らない	6. 地域に関わりたくない
7. 健康状態に自信がない	8. その他()
9. 特に理由はない	

→問5-1-1⑤に「6.参加していない」と答えた方におたずねします。

問5-1-3 介護予防のための通いの場(いきいき百歳体操、ウォーキンググループ、ミニデイサービス、のびのび健口体操)について知っていますか。

1. だいたいの活動内容を知っている	2. いくつか名称を聞いたことがある
3. ほとんど知らない	

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相手を教えてください。(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 | |

ちょっと
一息



あなたはどっち派？

好きな季節は…

1. 夏

2. 冬



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

問8

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について知っていますか。(1つを選択)

1. どのような相談ができるか知っている
2. 名称や場所のみ知っている
3. 知らない

地域包括支援センターとは、介護や健康、医療など様々な面から、高齢者の皆さんを支えるための拠点です。専門職が関係機関と力を合わせて支援します。
ぜひお気軽にご相談ください。

場所：能勢町保健福祉センター(ささゆりセンター)内 栗栖 82-1

電話：072-731-2160

FAX：072-731-2151



問9-2 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 9-3 あなたの地区の魅力(自慢できるもの)は何ですか。(いくつでも)

- | | |
|------------------|----------------|
| 6. 近所との助け合い・つながり | 7. 自然(景色、空気など) |
| 8. 特産物(栗、米、酒など) | 9. 祭り・イベント |
| 10. なし | 11. その他() |

問9-4-1 生活する動作等のなかで不安や困っていると感じていることはありますか。
(いくつでも)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 食事の準備や片付け | 2. 部屋の掃除や片付け |
| 3. 風呂やトイレの掃除 | 4. 衣服の洗濯や片付け |
| 5. ゴミの分別やゴミ出し | 6. 買い物 |
| 7. 預貯金の出し入れや支払い | 8. 薬の管理 |
| 9. 通院 | 10. 近所への外出 |
| 11. 遠い場所への外出 | 12. 簡単な修理や電球替え |
| 13. 布団干し | 14. 大掃除 |
| 15. 季節の衣服入れ替え | 16. 庭の手入れ |
| 17. 花や木の水やり | 18. 犬の散歩などペットの世話 |
| 19. 話し相手がいない | 20. 趣味や役割がない |
| 21. 特になし | |

問9-4-2 問 9-4-1 で不安や困っていると感ずることがあると答えられた方は、どのように解決されていますか。(いくつでも)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 家族や親戚の手助け | 2. 友人や知人の手助け |
| 3. ボランティアのサポート | 4. 介護保険などのサービス |
| 5. シルバー人材センターのサービス | 6. 他の民間事業者のサービス |
| 7. 自力で何とかしている | 8. その他() |
| 9. 解決できずに困っている | |

問9-5 以下にご自分が近所の方に行っていること、やってみたいことはありますか。
(各項目ごとに○は一つ)

	している	やって みたい
① 気になることがあったとき、「どうされましたか」と声をかける	1	2
② 世間話などゆっくりお話を聞く	1	2
③ おかずを作って近所の方に分ける	1	2
④ 車に乗せてあげるなど、外出の手助け	1	2
⑤ 自分が買い物に行くとき、代わりに買ってくる	1	2
⑥ 病気やけがなどのとき、看病をしたり医者を呼ぶなどの手助け	1	2
⑦ 地域の集まりや催しのお誘いをする	1	2
⑧ 地域の集まりや催しの準備や片付け等を手伝う	1	2
⑨ ゴミの分別やゴミ出しを手伝ったり代わりに行う	1	2
⑩ 犬の散歩などペットの世話を代わりに行う	1	2
⑪ 花や木の水やりを代わりに行う	1	2
⑫ 簡単な家の修理や掃除、庭の草刈りなどを手伝う	1	2
⑬ 囲碁や将棋などのお相手をする	1	2
⑭ 自分にできることは何もない	-	-
他にできそうなことがあればご記入ください		

問9-5-1 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
2. 自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う
3. 病院や施設 ※
4. わからない

※施設とは、介護保険で入所できる特別養護老人ホームや老人保健施設などに加えて、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなどを意味しています。

→問9-5-1 で「2.自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」「3. 病院や施設」と答えた方におたずねします。

問9-5-2 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. 自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. 自宅では容態が急変した時の対応が不安だから
5. 病院や施設の方が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()

※移送サービスとは、町内の乗合タクシーやふれあい号を指します。

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、切手を貼らずにご返送ください。

大阪の
豆知識

大阪府発祥の食べ物

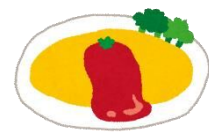
回転寿司

1958年、世界初の回転寿司店となる「廻る元禄寿司 1号店」が大阪府東大阪市の近鉄施駅前オープンしました



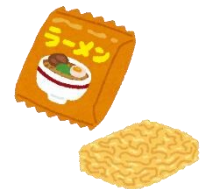
オムライス

大阪市的心斎橋にある洋食店「北極星」で、1925年に胃腸の弱い常連客のために考案されました



インスタントラーメン(即席麺)

大阪発祥の企業「日清食品」で1958年に発売された「チキンラーメン」が世界初のインスタントラーメンとされています



ミックスジュース

大阪市の新世界にある「千成屋珈琲店」で、前身となった果物店の店主によって1948年頃に考案されました



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

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5年3月

能勢町

返送期限：令和5年〇月〇日（〇）

この調査票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5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でお願いします。

◇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

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 貴事業所の所在地を教えてください。

- | | |
|--------|------|
| 1 能勢町内 | 2 町外 |
|--------|------|

問4 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5 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6 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7 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8 問7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7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9 貴事業所の利用者からの利用申込への対応はどうか。(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10 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10で「1」または「2」に○をされた事業所のみお答えください

問10-① その主な理由は何ですか。(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10で「4」または「5」に○をされた事業所のみお答えください

問10-② その主な理由は何ですか。(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ため |
| 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11 介護人材の確保・育成で、どのようなことを町に取り組んでほしいですか。

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1 研修の実施 | 2 資格取得時の費用負担の支援 |
| 3 介護現場で働く魅力の発信 | 4 集団就職相談会などの開催 |
| 5 他事業所の優良事例に関する情報発信 | |
| 6 採用・教育、職員の定着などに関する相談・アドバイス | |
| 7 その他 () | 8 特にない |

問 12 令和 6 年度から令和 8 年度までの第 9 期介護保険事業計画期間中の、貴事業所の事業運営の方向性についてお答えください。(あてはまる番号に○)

事業実施の有無 事業の種類	実施していない		実施している			
	1 能勢町内に事業所を新しく開設することを検討している	2 能勢町外に事業所を新しく開設することを検討している	3 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
1 訪問介護	1	2	3	4	5	6
2 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
3 訪問看護	1	2	3	4	5	6
4 訪問リハビリ	1	2	3	4	5	6
5 居宅療養管理指導	1	2	3	4	5	6
6 通所介護（地域密着型含む）	1	2	3	4	5	6
7 通所リハビリ	1	2	3	4	5	6
8 短期入所サービス	1	2	3	4	5	6
9 特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5	6
10 福祉用具貸与	1	2	3	4	5	6
11 福祉用具販売	1	2	3	4	5	6
12 居宅介護支援	1	2	3	4	5	6
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	4	5	6
14 夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5	6
15 認知症対応型通所介護	1	2	3	4	5	6
16 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5	6
17 認知症高齢者グループホーム	1	2	3	4	5	6
18 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	1	2	3	4	5	6
19 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）	1	2	3	4	5	6
20 介護老人保健施設	1	2	3	4	5	6
21 訪問型サービス（総合事業）	1	2	3	4	5	6
22 通所型サービス（総合事業）	1	2	3	4	5	6

(その他・具体的に)

問 13 能勢町で事業を実施する際の課題は何ですか。

(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番目に課題と思われるのは … _____ 番

3番目に課題と思われるのは … _____ 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 14 能勢町で不足していると感じる介護保険サービスは何ですか。

(不足していると感じる順番に3つまでお答えください)

最も不足していると感じるのは … _____ 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感じるのは … _____ 番

3番目に不足していると感じるのは … _____ 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 15 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 16 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。

町民の皆様へ

在宅介護実態調査 ご協力をお願い

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5年3月

能勢町

返送期限：令和5年〇月〇日（〇）

本調査票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。

ご記入についてお願い

- ◆ 対象のご本人ができる限りお答えください。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上、ご記入ください。
- ◆ 「ご本人」とは宛名の方をいいます。
- ◆ 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(いくつでも・3 つまで選択可)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。
- ◆ この調査票は A 票と B 票とがあります。A 票にご回答をいただいたうえ、設問に該当する場合は B 票へとお進みください。
- ◆ 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。

【調査に関するお問い合わせ先】

能勢町 福祉部健康づくり課 包括支援担当(能勢町保健福祉センター)

TEL 072-731-2160

FAX 072-731-2151

E-mail 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、効果的な介護予防施策の立案と効果検証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。調査票には番号の記載がありますが、これは氏名を番号化することで、個人名や個人情報を第三者が知ることのないようにするためです。回答を分析する際に、介護保険に関する個人情報を参照させていただきます。その際も、氏名ではなく番号を用いるので、個人名や個人情報が外部に出ることはありません。当該情報については、能勢町で適切に管理いたします。

調査は強制ではなく、お答えになりたくない質問にはお答えいただかなくても構いません。そのことで不利益が生じることはありません。

在宅介護実態調査 調査票

【A 票にご回答いただいているのは、どなたですか】（いくつでも）

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

A 票 調査対象者ご本人などにご回答、ご記入いただく項目

問1 世帯類型について、ご回答ください(1つを選択)

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

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

- | | | |
|----------------------------|--------------|--------------|
| 1. ない | → 問8へお進みください | |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | | → 問3へお進みください |
| 3. 週に1~2日ある | | |
| 4. 週に3~4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

→問2で「1」とご回答された方は、問8へお進みください。

→問2で「2」「3」「4」「5」とご回答された方は、問3へお進みください。

問3 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

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

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。

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

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(1つを選択)

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

問6 主な介護者の方が行っている現在の介護等について、ご回答ください。(いくつでも)

身体 介護	1. 日中の排泄	2. 夜間の排泄
	3. 食事の介助(食べる時)	4. 入浴・洗身
	5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)	6. 衣服の着脱
	7. 屋内の移乗・移動	8. 外出の付き添い、送迎等
	9. 服薬	10. 認知症状への対応
	11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等)	
生活 援助	12. 食事の準備(調理等)	13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等)
	14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き	
その他	15. その他	16. わからない

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

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

→ここからは、すべての方にお伺いします。

問8 現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。(いくつでも)

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	

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

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

問10 現在、施設等※への入所・入居を検討しているかについて、ご回答ください。(1つを選択)

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

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

問11 ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。(いくつでも)

- | | |
|---|---|
| 1. <small>のうけっかんしっかん のうそっちゅう</small>
脳血管疾患(脳卒中) | 2. <small>しんしっかん しんぞうびょう</small>
心疾患(心臓病) |
| 3. <small>あくせいしんせいぶつ</small>
(がん)悪性新生物 | 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 とうせき</small>
腎疾患(透析) | 6. <small>きんこつかくけいしっかん こつ そ しょう せきちゅうかんきょうさくしょう</small>
筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) |
| 7. <small>こうげんびょう かんせつ</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. 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>とうようびょう</small>
糖尿病 |
| 13. <small>がんか じ び かしっかん しかく ちょうかくしょうがい</small>
眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) | 14. その他 |
| 15. なし | 16. わからない |

問 12 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか。ただし、訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

1. 利用している

2. 利用していない

問 13 現在、(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ていますか。

1. 利用している

2. 利用していない

→問 13 で「1」と回答された方は、「A 票」の質問は終わりです。

→問 13 で「2」と回答された方は、問 14 へお進みください。

問 14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(いくつでも)

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

- 次ページからの「B 票」は主な介護者についての質問です。
- 問 2 で「1」(ご家族やご親族の方からの介護は「ない」と、ご回答された方は「B 票」にご回答いただく必要はありません。
- 問 2 で「2」～「5」(ご家族やご親族の方からの介護は「ある」と、ご回答された方は、「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」の方が不在などで、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。ただし、ご本人様(調査対象者様)のご回答・ご記入も難しい場合は、ご回答・ご記入いただく必要はありません。

B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

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

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。(1つを選択)

- | | | |
|-----------------------|---|------------|
| 1. フルタイムで働いている | } | 問2へお進みください |
| 2. パートタイム※で働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5へお進みください |
| 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1で「1」「2」と回答された方は、問2にお進みください。

→問1で「3」「4」と回答された方は、問5にお進みください。

問2 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。
(いくつでも)

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

問3 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環境づくり | 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4 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(1つを選択)

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

→ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安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 3. 食事の介助(食べる時) 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) 7. 屋内の移乗・移動 9. 服薬 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等)	2. 夜間の排泄 4. 入浴・洗身 6. 衣服の着脱 8. 外出の付き添い、送迎等 10. 認知症状への対応
生活 援助	12. 食事の準備(調理等) 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き	13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等)
その他	15. その他 17. 主な介護者に確認しないと、わからない	16. 不安に感じていることは、特にない

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

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。