

板橋区介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のお願い

日頃から、板橋区政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

区では、年齢を重ねても住み慣れた地域に安心して住み続けられる仕組みづくりを目指して、新たな「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定準備を進めています。

このたび、より良い計画の策定に向けて、高齢者のみなさまの日頃の生活状況や区の高齢者施策に対するご意見をお伺いする調査を実施することとなりました。

この調査は、令和元年11月1日時点で、区内にお住まいの65歳以上の方（要介護1～5の認定を受けている方を除く）から無作為に5,000名を選ばせていただき、ご回答をお願いするものです。

皆様からいただいたご回答は区で適切に管理して統計的に処理し、個人が特定される形での公表はいたしません。また、計画策定と効果的な介護予防施策の立案・評価という本調査の目的以外に利用することはありません。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データベースに情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。設問数が多く、誠に恐縮ですがご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月 板橋区

調査票のご記入にあたってのお願い

- 1 この調査票では、封筒の宛名ご本人を「あなた」とします。
- 2 回答はできる限り、調査対象者ご本人がご記入ください。
なお、対象者ご本人一人でのご回答が難しい場合は、ご家族や介護されている方などが対象者ご本人の意見を聞いた上でご記入ください。
- 3 回答はあてはまる番号に○をつけてください。該当する方のみお答えいただく質問もありますので、質問文にある「矢印」や「ひとつだけに○」「あてはまるものすべてに○」などの指示にしたがってご回答ください。
- 4 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は○をつけたうえで、（ ）内になるべく具体的な内容をご記入ください。
- 5 令和元年11月1日現在の要介護度に基づき、この調査票をお送りしています。その後、要介護度に変更になった場合（要支援→要介護など）は、変更前の状況でご回答ください。
- 6 ご記入いただいた調査票は12月10日(火)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。切手は不要ですのでそのままご投函ください。
- 7 調査票及び返信用封筒にお名前・ご住所のご記入は不要です。

この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

板橋区役所 介護保険課 管理相談係 電話03(3579)2357

この調査票を記入されるのはどなたですか。○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（具体的に： | ） |

1 あなた(封筒のあて名のご本人)について

問1 あなたは板橋区のどこの地区にお住まいですか。あてはまる番号に○をつけてください。

| | | |
|----|------|--|
| 1 | 仲町 | 大山町、幸町(7番～66番)、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町(20番、56番～60番) |
| 2 | 板橋 | 加賀1丁目、2丁目(1番～5番、12番～18番)、板橋1丁目、2丁目(1番～17番、22番～53番、56番～69番)、3・4丁目、大山東町(17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番) |
| 3 | 熊野 | 板橋2丁目(18番～21番、54番、55番)、大山金井町、大山東町(1番～16番、18番、26番、27番、29番)、熊野町、中丸町、幸町(1番～6番)、南町 |
| 4 | 仲宿 | 加賀2丁目(6番～11番、19番～21番)、稲荷台、仲宿、氷川町、栄町 |
| 5 | 富士見 | 本町、大和町、双葉町、富士見町 |
| 6 | 大谷口 | 大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目 |
| 7 | 常盤台 | 上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目 |
| 8 | 清水 | 清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町 |
| 9 | 志村坂上 | 志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目(1番～26番、28番)、東坂下1丁目、相生町(1番～12番11号、13番～16番) |
| 10 | 中台 | 若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目(1番～30番4号、41番、42番)、3丁目(1番～46番、48番～54番)、4丁目 |
| 11 | 蓮根 | 蓮根1～3丁目、坂下1丁目(27番、29番～41番)、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町(12番12号と13号、17番～26番) |
| 12 | 舟渡 | 舟渡1～4丁目 |
| 13 | 前野 | 前野町1～6丁目 |
| 14 | 桜川 | 小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目 |
| 15 | 下赤塚 | 赤塚1丁目、2丁目、5丁目(1番～17番)、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目(3番10号、4番～31番)、2丁目 |
| 16 | 成増 | 赤塚3～5丁目(18番～36番)、成増1～5丁目、三園1丁目 |
| 17 | 徳丸 | 西台2丁目(30番5号～17号、31番～40番)・3丁目(47番、55番～57番)、徳丸1～8丁目、四葉1丁目(1番～3番(3番10号を除く)) |
| 18 | 高島平 | 高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目 |

問2 あなたの性別と年齢を教えてください。(令和元年11月1日現在)
(それぞれ、ひとつだけに○)

| | | | |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 【性別】 | 1. 男性 | 2. 女性 | |
| 【年齢】 | 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 |
| | 4. 80～84歳 | 5. 85～89歳 | 6. 90歳以上 |

問3 家族構成を教えてください。(ひとつだけに○)

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



問3で「2」から「5」に○を付けた方(1人暮らし以外の方)にお尋ねします。

問3-1 日中、自宅に自分ひとりだけで過ごすことはありますか。(ひとつだけに○)

| | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問4 あなたの収入(年金含む)は年間どのくらいですか。

配偶者がいる場合はご夫婦合わせての収入をお答えください。(ひとつだけに○)

| | | |
|------------------|----------------|----------------|
| 1. 100万円未満 | 2. 100～200万円未満 | 3. 200～300万円未満 |
| 4. 300～400万円未満 | 5. 400～500万円未満 | 6. 500～700万円未満 |
| 7. 700～1,000万円未満 | 8. 1,000万円以上 | |

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。(ひとつだけに○)

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

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。(ひとつだけに○)

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

問7 あなたのお住まいの中で、不便な所はありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. エレベーターがない | 2. 玄関から道路までに段差がある |
| 3. 浴室が使いにくい | 4. トイレが使いにくい |
| 5. 台所が使いにくい(流し、コンロ等) | 6. 車いすが使えない |
| 7. 階段が急である | 8. 住宅内の床に段差がある |
| 9. 廊下、階段等に手すりがない | 10. 特になし |
| 11. その他(具体的に |) |

問8 あなたは住み替えをご希望ですか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. 高齢者向け賃貸住宅 | 2. 有料老人ホーム、都市型軽費老人ホーム等 |
| 3. 特別養護老人ホーム等 | 4. サービス付き高齢者住宅 |
| 5. 一戸建て | 6. エレベーターのあるアパート・マンション等 |
| 7. 高齢者グループホーム | 8. 不便な所を改修し、今のところに住み続けたい |
| 9. 今のまま、住み続けたい | 10. その他(具体的に |
| |) |

| 施設の名称 | 概要 |
|-------------------|---|
| 高齢者向け賃貸住宅 | バリアフリー化され、緊急通報システムなどが備わっている単身または高齢者のみの世帯を対象とした賃貸住宅です。 |
| 有料老人ホーム(住宅型) | 食事などの日常生活上のサービスは付きますが、介護保険サービスは別契約となり、外部の事業所を使用する有料老人ホームです。 |
| 有料老人ホーム(介護付き) | 介護保険サービスの付いた有料老人ホームです。介護が必要になっても、施設が提供する介護サービスを利用することができます。 |
| 都市型軽費老人ホーム(ケアハウス) | 身体機能の低下等により自立した生活に不安がある低所得の高齢者を対象とした施設で、食事や安否確認サービスなどが付いています。 |
| 特別養護老人ホーム | 常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |
| サービス付き高齢者住宅 | バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応システム、生活相談システムなどが付いた高齢者向け賃貸住宅です。 |
| 高齢者グループホーム | 認知症高齢者が少人数で、家庭的な雰囲気のもと、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |

2 外出や買い物について

問1 過去1年間に転んだ経験がありますか。(ひとつだけに○)

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

問2 転倒に対する不安は大きいですか。(ひとつだけに○)

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

問3 週に1回以上は外出していますか。(ひとつだけに○)

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

問4 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(ひとつだけに○)

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

問5 外出を控えていますか。(ひとつだけに○)

1. はい

2. いいえ

問5-1 問5「1.はい」に○を付けた方(外出を控えている方のみ)にお尋ねします。
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○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 病気 | 2. 障がい(脳卒中の後遺症など) |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 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(具体的に |) |

問6 外出する際の移動手段は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

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

問7 食品や日用品の買い物の際に不便を感じることはありますか。(ひとつだけに○)

1. 大変不便である

2. すこし不便である

3. 全く不便を感じない

問7-1 問7で「1」「2」と回答された方(不便があると回答された方)にお尋ねします。
不便を感じることはどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 店までの距離が遠い(自宅から歩いて_____分) | |
| 2. 歩いて行ける所に、買い物したいお店がない | |
| 3. 歩いて(または自転車で)買い物に行くのが体力的にきつい | |
| 4. 重いものが持てないため、一度に少量しか購入できない | |
| 5. 車や自転車の運転に不安がある | |
| 6. バス等の公共交通機関がない | |
| 7. 公共交通機関の運賃が高い | |
| 8. 日用品などを配達してくれるお店がない | |
| 9. 買物を手伝ってくれる人がいない | |
| 10. その他(具体的に |) |

3 食べることについて

問1 あなたの身長・体重

身長 () cm 体重 () kg

問2 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問3 お茶や汁物等でむせることがありますか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問4 口の渴きが気になりますか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問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。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問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)。(ひとつだけに○)

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

問6-1 噛み合わせは良いですか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問6-2 問6で「1」「3」に○を付けた方(入れ歯を利用している方)にお尋ねします。
毎日入れ歯の手入れをしていますか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問7 あなたの現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 歯ぐきが腫れている 2. 歯を磨いたときに血が出る
- 3. 歯ぐきが下がって歯の根が出ている 4. 歯がぐらぐらする
- 5. 入れ歯が合わない 6. 歯周病といわれ、治療している
- 7. 抜けたままにしている歯がある 8. 虫歯がある
- 9. 当てはまるものはない

4 毎日の生活について

問1 日常生活の動作や行動について、項目ごとに1(できるし、している)、2(できるけど、していない)、3(できない)のいずれかに○を付けてください。

| | できるし、 している | できるけど していない | できない |
|--------------------------------------|---------------|----------------|------|
| ① 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ② 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ③ 15分位続けて歩いていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| 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 | 2 | 3 |
| ⑤ 自分で食品・日用品の買物をしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑥ 自分で食事の用意をしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑦ 自分で請求書の支払いをしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑧ 自分で預貯金の出し入れをしていますか。 | 1 | 2 | 3 |

項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

| | はい | いいえ |
|---------------------------------------|----|-----|
| ⑨ 物忘れが多いと感じますか。 | 1 | 2 |
| ⑩ 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるますか。 | 1 | 2 |
| ⑪ 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 | 1 | 2 |
| ⑫ 今日が何月何日かわからない時がありますか。 | 1 | 2 |
| ⑬ 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。 | 1 | 2 |
| ⑭ 新聞を読んでいますか。 | 1 | 2 |
| ⑮ 本や雑誌を読んでいますか。 | 1 | 2 |
| ⑯ 健康についての記事や番組に関心がありますか。 | 1 | 2 |
| ⑰ 友人の家を訪ねていますか。 | 1 | 2 |
| ⑱ 家族や友人の相談にのっていますか。 | 1 | 2 |
| ⑲ 病人を見舞うことができますか。 | 1 | 2 |
| ⑳ 若い人に自分から話しかけることがありますか。 | 1 | 2 |

問2 5分前のことが思い出せますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 思い出せる | 2. 思い出せない |
|----------|-----------|

問3 その日の活動(食事をする、衣服を選ぶ等)を自分で判断できますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. 困難なくできる | 2. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 |
| 3. いくらか困難であるが、できる | 4. ほとんど判断できない |

問4 人に自分の考えをうまく伝えられますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. 伝えられる | 2. あまり伝えられない |
| 3. いくらか困難であるが、伝えられる | 4. ほとんど伝えられない |

問5 食事は自分で食べられますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|--------|--------------------------|---------|
| 1. できる | 2. おかずを切ってもらう等、介助があればできる | 3. できない |
|--------|--------------------------|---------|

問6 日常生活の中で困っていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 食事の準備 | 2. 掃除や洗濯 |
| 3. ごみの分別やごみ出し | 4. 庭の掃除や手入れ |
| 5. 買い物(荷物を持って帰ることも含む) | 6. バスや電車、車を使っての外出 |
| 7. 通院や薬を取りに行くこと | 8. 銀行や郵便局での手続き |
| 9. 区役所などでの手続き | 10. 生活に必要な情報を得ること |
| 11. 隣近所との付き合い | 12. 話し相手がいないこと |
| 13. 特に困っていることはない | 14. その他(具体的に) |

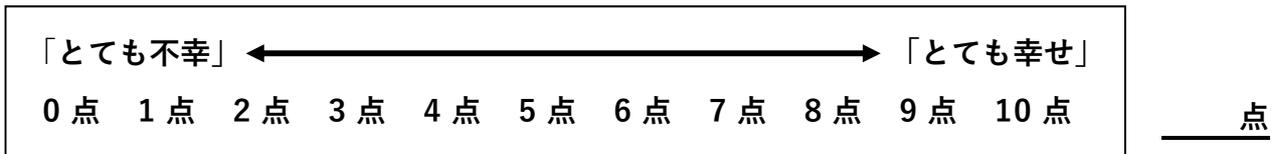
5 健康について

問1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(ひとつだけに○)

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

問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、ご記入ください。



問3 下記の健康に関する問いについて、項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

| | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| ① 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 | 2 |
| ② 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 | 2 |
| ③ ここ2 週間、毎日の生活に充実感がないと感じることがありましたか。 | 1 | 2 |
| ④ ここ2 週間、これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったと感じることがありましたか。 | 1 | 2 |
| ⑤ ここ2 週間、以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられることがありましたか。 | 1 | 2 |
| ⑥ ここ2 週間、自分が役に立つ人間だと思えないことがありましたか。 | 1 | 2 |
| ⑦ ここ2 週間、わけもなく疲れたような感じがすることがありましたか。 | 1 | 2 |

問4 お酒は飲みますか。(ひとつだけに○)

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

問5 タバコは吸っていますか。(ひとつだけに○)

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

問6 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(あてはまるものすべてに○)

| | |
|---|---|
| 1. ない | 2. 高血圧 |
| 3. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <small>のうそちゅう 　 のうしゅつけつ・のうこうそくとう</small> | 4. 心臓病 |
| 5. 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small> | 6. 高脂血症 (脂質異常) <small>こうしけっしょう ししついじょう</small> |
| 7. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) | 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 |
| 9. 腎臓・前立腺の病気 <small>じんぞう ぜんりつせん</small> | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) <small>きんこつかく 　 こつそ しょう しょう</small> |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等) <small>がいしょう てんとう こっせつなど</small> | 12. がん (悪性新生物) |
| 13. 血液・免疫の病気 <small>めんえき</small> | 14. うつ病 |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等) <small>にんちしょう</small> | 16. パーキンソン病 |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 |
| 19. その他 (具体的に |) |

6 医療について

問1 あなたはご自身の体調や服薬、口腔ケアなどについて相談できる「かかりつけ医」がいますか。(それぞれひとつだけに○)

| | | | |
|-----------|-------|--------|----------|
| ①かかりつけ医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ②かかりつけ歯科医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ③かかりつけ薬局 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |

問2 現在、病院や医院(診療所・クリニック)への受診はどうされていますか。(ひとつだけに○)

| | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 通院している | 2. 往診(訪問診療)を受けている |
| 3. 通院と往診(訪問診療)を両方利用している | 4. 入院している |
| | 5. 受診していない |

問2-1 問2で「1」「3」に○を付けた方(通院している方)にお尋ねします。

(1) どれくらいの頻度で通院していますか。(ひとつだけに○)

| | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1. 週2回以上 | 2. 週1回程度 | 3. 月2~3回 |
| 4. 月1回程度 | 5. 2カ月に1回程度 | 6. 3カ月に1回程度 |
| 7. 定期的には受診していない | | |

(2) どのような方法で通院していますか。(あてはまるものすべてに○)

| |
|--|
| 1. 自分ひとりで、歩いて通院している |
| 2. 自分ひとりで、自転車や車を運転して通院している |
| 3. 自分ひとりで、公共交通機関(バス・電車)を使って、通院している |
| 4. 家族などに付き添いをしてもらい、歩いて通院している |
| 5. 家族などに付き添いをしてもらい、家族の運転する車で通院している |
| 6. 家族などに付き添いをしてもらい、公共交通機関(バス・電車)を使って通院している |
| 7. 自分ひとりでは通院できないので、医療機関の送迎サービスを利用している |
| 8. その他(具体的に) |

問3 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか。(ひとつだけに○)

| | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 1~2種類 | 2. 3~4種類 | 3. 5~6種類 |
| 4. 7~8種類 | 5. 9種類以上 | 6. 飲んでいない |

7 地域での活動や趣味について

問1 趣味はありますか。(ひとつだけに○)

1. 趣味あり(具体的に) 2. 思いつかない

問2 生きがいがありますか。(ひとつだけに○)

1. 生きがいあり(具体的に) 2. 思いつかない

問3 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それぞれに回答してください。(それぞれ、ひとつだけに○)

| | 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 介護予防のための通いの場 (福祉の森サロンや10の筋トレ、 住民主体の通所型サービスなど) | 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4 問3で1つでも「6. 参加していない」とお答えの方にお尋ねします。

(1) 参加していない理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 仕事や家事で忙しくて時間がない 2. 何をしたらいいのかわからない
3. あまり関わりをもちたくない 4. やりたい活動がない
5. 自分が健康ではない 6. 家族の介護や世話がある
7. 気の合う人がいない 8. 通いやすい場所の活動を知らない
9. その他(具体的に)

(2) どんなきっかけがあれば、参加しようと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 友人や知人からの勧め、誘い 2. 自分のやりたいことを見つけること
3. 町会・自治会からの誘い 4. 家族の勧め
5. 活動団体からの呼びかけ、誘い 6. 区報やホームページからの情報
7. きっかけはない 8. 通いやすい場所での活動
9. その他(具体的に)

問5 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。(ひとつだけに○)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

問6 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。(ひとつだけに○)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない 4. 既に参加している

問7 あなたは、お住いの地域の人から何らかの役割を期待されたり、頼りにされたりしていると思いますか。(自分なりにできること、会・グループでの役割、隣近所のちょっとしたこと、お手伝いやお願い事など)。(ひとつだけに○)

1. とてもそう思う 2. そう思う 3. ややそう思う
4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない

8 たすけあいについて

問1 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。(それぞれ、いくつでも)

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

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

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

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、あなたが看病や世話をしてあげる人

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・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. おとしより相談センター（地域包括支援センター）・役所・役場 | |
| 6. その他（具体的に | ） 7. そのような人はいない |

問3 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（ひとつだけに○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に4回以上 | 2. 週に2～3回 | 3. 週に1回 |
| 4. 月に1～3回 | 5. 年に数回 | 6. ほとんどない |

問4 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。（ひとつだけに○）

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

問5 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（あてはまるものすべてに○）

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

問6 ご近所に手助けを必要とする方がいる場合に、あなたはどんな手助けができますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 安否確認の声掛け | 2. 簡単な買い物やごみ出し |
| 3. 電球交換や簡単な大工仕事 | 4. 話し相手や相談相手 |
| 5. 食事作りや掃除・洗濯の手伝い | 6. 通いの場の手伝い |
| 7. 通院や外出の手助け | 8. その他（具体的に |
| 9. 心身の状態によりできない | 10. なかなか手助けをする気にならない |

9 認知症にかかる相談窓口の把握について

問1 項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

| | はい | いいえ |
|----------------------------------|----|-----|
| 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 | 2 |
| ② 認知症に関する相談窓口を知っていますか。 | 1 | 2 |

問2 問1②で「1. はい」と回答した方（相談窓口を知っている方）にお尋ねします。

相談窓口を以下のどの方法で知りましたか。（あてはまるものすべてに○）

- | | | | |
|------------|-------------|-------------|-----------|
| 1. 認知症ケアパス | 2. 認知症カフェ | 3. 広報いたばし | 4. 民生児童委員 |
| 5. 知人・友人 | 6. 区のホームページ | 7. その他（具体的に | ） |

10 介護について

問1 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。(ひとつだけに○)

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

問1-1 「2」「3」に○を付けた方(「介護・介助は必要ない」以外の方のみ)にお尋ねします。
介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
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)
5. 関節の病気(リウマチ等)
6. 認知症(アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. 糖尿病
9. 腎疾患(透析)
10. 視覚・聴覚障害
11. 骨折・転倒
12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱
14. その他(具体的に)
15. 不明

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

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

問2 あなたは要支援認定を受けていますか。(ひとつだけに○)

※この調査票は令和元年11月1日現在の要介護度に基づき、お送りしています。
11月1日以降、要介護度が変更になった方は、変更前の介護度をご回答ください。

1. 要支援1
2. 要支援2
3. 要支援認定は受けていない
4. 事業対象者(元気力チェックシートで機能低下がみられた方)
5. わからない

問3 問2で「1」「2」と回答された方(要支援認定を受けている方のみ)にお尋ねします。
あなたは以下の在宅サービスなどを利用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問診療(医師の訪問)
2. 訪問介護(ホームヘルプサービス)
3. 訪問入浴介護
4. 訪問看護
5. 通所介護(デイサービス)
6. 認知症対応型通所介護
7. 通所リハビリテーション(デイケア)
8. 小規模多機能型居宅介護
9. 短期入所(ショートステイ)
10. 医師や薬剤師等による療養上の指導(居宅療養管理指導)
11. 区が実施する介護予防事業(元気力向上事業など)
12. その他(具体的に)
13. 介護(介護予防)サービスは利用していない

問4 要支援認定を受けていない方におたずねします。

要支援認定を受けていなくても、元気力チェックシートで機能低下がみられた方（事業対象者の方）は以下の介護予防サービスを利用できます。

利用したいと思うサービスはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. ヘルパーが自宅を訪問して行う、訪問型の家事援助サービス（週1回のみ/60分以内）
2. 運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上を専門家が支援する短期間の通所サービス（元気力向上教室/2~6か月間・1回2時間程度）
3. 地域住民や団体等が自主的に実施する運動や会食のプログラム（住民主体の通所型サービス/1回2時間程度）
4. 使いたいと思うサービスはない
5. 現在のところ、使う予定はない

問5 ご自身が今後、介護を必要とする状態になった時 または 介護度が上がったと仮定した場合、どのような暮らし方を希望しますか。（ひとつだけに○）

1. 家族の介護を受けながら、自宅で生活したい
2. 介護保険の在宅サービスを利用しながら、自宅で生活したい
3. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム・ケアハウス・サービス付き高齢者住宅等）に住み替えて、介護サービスを利用したい
4. 介護保険で利用できる特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、高齢者専門の医療施設等に入所・入院して、24時間のサービスを受けたい
5. その他（具体的に)
6. わからない

→ 問5-1 問5で「3.高齢者向け住宅に住み替えたい」と回答された方にお尋ねします。

今の住まいから住み替えるとなると、どのような支援が必要ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 高齢者向け住宅の種類や入居費用に関する情報
2. 高齢者向け住宅に住み替える際の総合的な相談窓口
3. 公的な保証人制度の充実
4. 引っ越し費用等も含めた、低金利の貸付制度
5. その他（具体的に)
6. 特にない

問6 あなたは介護保険に関する相談や苦情があるときに、どこ(誰)に伝えていきますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 区の介護保険課
2. 福祉事務所・健康福祉センター
3. 介護保険苦情・相談室
4. ケアマネジャー
5. ホームヘルパー等介助する人
6. 医師・看護師・ケースワーカー
7. おとしより保健福祉センター
8. 保健福祉オンブズマン
9. おとしより相談センター(地域包括支援センター)
10. サービス事業者
11. 東京都国民健康保険団体連合会
12. 友人・知人・家族
13. どこにしていかわからない
14. 相談したい事や苦情があっても我慢している
15. 相談・苦情は特にない
16. その他（具体的に)

11 板橋区の実施について

問1 板橋区では、年を重ねても安心して住み慣れたまち（地域）に住み続けることができるよう、「板橋区版AIP（Aging in Place）」と銘打ち、7つの重点事業（①総合事業／生活支援体制整備事業②医療・介護連携③認知症施策④住まいと住まい方⑤基盤整備⑥シニア活動支援⑦啓発・広報）に取り組んでいることをご存知ですか？（ひとつだけに○）

1. 「板橋区版AIP」の名称も、どのような取り組みを行っているか知っている
2. 名称は聞いたことがあるが、どのような取り組みを行っているかは知らない
3. 全く知らない

問1-1 問1で「1. 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。
「板橋区版AIP」で行っている取り組みに満足していますか。
また、そのように思う理由はどのようなことですか。（ひとつだけに○）

1. 満足している（理由）
2. 概ね満足している（理由）
3. 少し不満である（理由）
4. 不満である（理由）

問2 介護が必要な状態になっても住み慣れたまち（地域）に安心して住み続けるには、どのようなサービスや条件が必要だと思いますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 声かけや見守りなど、地域の理解や支え合いがある
2. 配食やゴミ出し、買い物などの生活支援サービスが充実している
3. 訪問診療の充実など、在宅で十分な医療を受けられる体制が整っている
4. 認知症への理解があり、症状に対応した介護サービスや医療が受けられる
5. 緊急時も含め、必要な時に必要な介護サービスが受けられる
6. ショートステイやデイサービスが充実し、利用したいときに利用できる
7. 住まいの構造や設備がバリアフリーになっている
8. 自宅が住みにくくなった際には、地域内の介護施設に入居できる
9. 介護予防や生きがいづくりなど地域の活動に参加できる環境が整っている
10. 介護や医療、地域での支援・サービスに関する情報提供が行き届いている
11. いつでも気軽に相談できる体制が整っている
12. その他（具体的に）

問3 あなたは以下の、区の高齢者向け事業等を知っていますか。(それぞれひとつだけに○)

| 事業名 | 知っている | 知らない |
|---|-------|------|
| ① ステップ (高齢者向けセカンドライフ情報誌) | 1 | 2 |
| ② 高齢者・シニア世代 生活ガイドブック | 1 | 2 |
| ③ 板橋グリーンカレッジ (60歳以上の方向け高齢者大学校) | 1 | 2 |
| ④ 敬老入浴事業 (70歳以上の方への公衆浴場入浴券の配布) | 1 | 2 |
| ⑤ 高齢者見守りキーホルダー (緊急時等に身元確認可能なキーホルダーを配布) | 1 | 2 |
| ⑥ 緊急通報システム事業 (発作などの緊急時に通報できる装置を貸与) | 1 | 2 |
| ⑦ ひとりぐらし高齢者見守りネットワーク (70歳以上のひとりぐらしの方への見守り・緊急時の安否確認) | 1 | 2 |
| ⑧ 元気力測定会 (元気力チェックシート、体力・口腔機能の測定等) | 1 | 2 |

問4 あなたはおとしより相談センター(地域包括支援センター)を利用したことがありますか。(ケアプランの作成含む) (ひとつだけに○)

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 利用したことがある(相談したことがある) | 2. 知っているが利用したことはない |
| | 3. 知らない |

問4-1 問4で「1.利用したことがある」に○を付けた方にお尋ねします。
おとしより相談センター(地域包括支援センター)に最初に相談をしたのはどなたですか。(ケアプランの作成含む) (ひとつだけに○)

| | | |
|----------------|-------|----------------|
| 1. 本人 (宛名のご本人) | 2. 家族 | 3. その他 (具体的に) |
|----------------|-------|----------------|

問5 おとしより相談センター(地域包括支援センター)の場所に不便を感じたことはありますか。(ひとつだけに○)

| | |
|---------------------|--------|
| 1. はい (不便を感じたことがある) | 2. いいえ |
|---------------------|--------|

問6 おとしより相談センター (地域包括支援センター) の対応に満足できましたか。(ひとつだけに○)

| | | | |
|-------|---------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|---------|---------|-------|

問7 今後、おとしより相談センター (地域包括支援センター) で重点的に取り組んでほしいことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

| | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 介護予防の普及啓発 | 2. 要支援 1・2 のケアプランの質の向上 |
| 3. 高齢者の権利擁護 | 4. 高齢者福祉や介護保険についての相談 |
| 5. ひとり暮らし高齢者等の見守りや安否確認 | |
| 6. その他 (具体的に) | |

問 8 あなたは成年後見制度を知っていますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 内容まで大体知っている | 2. 聞いたことはあるが内容までは知らない |
| 3. 知らない | |

※**成年後見制度**：認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをする制度です。

問 9 あなたは認知症などで判断能力が低下した場合、成年後見制度を利用したいと思いますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. すでに利用している | 2. 利用してもよい | 3. 一部なら任せてもよい |
| 4. 利用したくない | 5. わからない | |

問 10 あなたは成年後見制度の相談の窓口を知っていますか。(ひとつだけに○)

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

**問 10-1 問 10 で「1. 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。
知っている窓口に○をつけてください。(あてはまるものすべてに○)**

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 1. おとしより相談センター（地域包括支援センター） | |
| 2. 権利擁護いたばしサポートセンター（社会福祉協議会） | |
| 3. 家庭裁判所（後見センター） | 4. 法テラス |
| 5. 専門職（弁護士・司法書士等） | 6. その他（具体的に) |

問 11 あなたは区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 見守りなど、ひとり暮らし高齢者等への支援 | 2. 福祉や生活に関わる相談 |
| 3. 高齢者が気楽に活動できる場所の提供 | 4. 健康づくり・介護予防に関する施策 |
| 5. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援 | 6. 生涯学習・スポーツ等の生きがい施策 |
| 7. 仕事の紹介等の就労に関する施策 | 8. 認知症対策 |
| 9. 介護保険の在宅サービス | 10. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 11. 高齢者向け住宅の整備 | 12. 高齢者の虐待対策 |
| 13. 家族等の介護者に対する支援 | 14. その他（具体的に) |

問 12 介護保険事業や高齢者施策についてご要望・ご意見がありましたらお書きください。

板橋区 介護保険ニーズ調査のお願い

日頃から、板橋区政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

区では、年齢を重ねても住み慣れた地域に安心して住み続けられる仕組みづくりを目指して、新たな「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定準備を進めています。

このたび、より良い計画の策定に向けて、高齢者のみなさまの日頃の生活状況や介護保険サービスの利用意向、区の施策に対するご意見をお伺いする調査を実施することとなりました。

この調査は、令和元年11月1日時点で、区内にお住まいで要介護認定を受けている65歳以上の方から無作為に2,000名を選ばせていただき、ご回答をお願いするものです。

皆様からいただいたご回答は区で適切に管理して統計的に処理し、個人が特定される形での公表はいたしません。また、計画策定と介護保険事業・高齢者施策の検討という本調査の目的以外に利用することはありません。

設問数が多く、誠に恐縮ですが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月 板橋区

調査票のご記入にあたってのお願い

- 1 この調査票では、封筒の宛名ご本人を「あなた」とします。
- 2 回答はできる限り、調査対象者ご本人がご記入ください。
なお、対象者ご本人一人でのご回答が難しい場合は、ご家族や介護されている方などが対象者ご本人の意見を聞いた上でご記入ください。
- 3 P.17 下部～P.20 の設問はあなたを主に介護されている方がご回答ください。
- 4 回答はあてはまる番号に○をつけてください。該当する方のみお答えいただく質問もありますので、質問文にある「矢印」や「ひとつだけに○」「あてはまるものすべてに○」などの指示にしたがってご回答ください。
- 5 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は○をつけたうえで、()内になるべく具体的な内容をご記入ください。
- 6 令和元年11月1日現在の要介護度に基づき、この調査票をお送りしています。その後、要介護度が変更になった場合は、変更前の状況でご回答ください。
- 7 ご記入いただいた調査票は12月10日(火)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。切手は不要ですのでそのままご投函ください。
- 8 調査票及び返信用封筒にお名前・ご住所のご記入は不要です。

この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

板橋区役所 介護保険課 管理相談係 電話03(3579)2357

この調査票を記入されるのはどなたですか。○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（具体的に： | ） |

1 あなた(封筒のあて名のご本人)について

問1 あなたは板橋区どこの地区にお住まいですか。あてはまる番号に○をつけてください。

| | | |
|----|------|--|
| 1 | 仲町 | 大山町、幸町(7番～66番)、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町(20番、56番～60番) |
| 2 | 板橋 | 加賀1丁目、2丁目(1番～5番、12番～18番)、板橋1丁目、2丁目(1番～17番、22番～53番、56番～69番)、3・4丁目、大山東町(17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番) |
| 3 | 熊野 | 板橋2丁目(18番～21番、54番、55番)、大山金井町、大山東町(1番～16番、18番、26番、27番、29番)、熊野町、中丸町、幸町(1番～6番)、南町 |
| 4 | 仲宿 | 加賀2丁目(6番～11番、19番～21番)、稻荷台、仲宿、氷川町、栄町 |
| 5 | 富士見 | 本町、大和町、双葉町、富士見町 |
| 6 | 大谷口 | 大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目 |
| 7 | 常盤台 | 上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目 |
| 8 | 清水 | 清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町 |
| 9 | 志村坂上 | 志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目(1番～26番、28番)、東坂下1丁目、相生町(1番～12番11号、13番～16番) |
| 10 | 中台 | 若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目(1番～30番4号、41番、42番)、3丁目(1番～46番、48番～54番)、4丁目 |
| 11 | 蓮根 | 蓮根1～3丁目、坂下1丁目(27番、29番～41番)、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町(12番12号と13号、17番～26番) |
| 12 | 舟渡 | 舟渡1～4丁目 |
| 13 | 前野 | 前野町1～6丁目 |
| 14 | 桜川 | 小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目 |
| 15 | 下赤塚 | 赤塚1丁目、2丁目、5丁目(1番～17番)、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目(3番10号、4番～31番)、2丁目 |
| 16 | 成増 | 赤塚3～5丁目(18番～36番)、成増1～5丁目、三園1丁目 |
| 17 | 徳丸 | 西台2丁目(30番5号～17号、31番～40番)・3丁目(47番、55番～57番)、徳丸1～8丁目、四葉1丁目(1番～3番(3番10号を除く)) |
| 18 | 高島平 | 高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目 |

問2 あなたの性別と年齢（令和元年11月1日現在）を教えてください。
（それぞれ、ひとつだけに○）

| | | | |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 【性別】 | 1. 男性 | 2. 女性 | |
| 【年齢】 | 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 |
| | 4. 80～84歳 | 5. 85～89歳 | 6. 90歳以上 |

問3 家族構成を教えてください。（ひとつだけに○）

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

問3-1 問3で「2」から「5」に○を付けた方（1人暮らし以外の方）にお尋ねします。
日中、自宅に自分ひとりだけで過ごすことはありますか。（ひとつだけに○）

| | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問4 あなたは現在、収入のある仕事をしていますか。（ひとつだけに○）

| | |
|-----------------|----------|
| 1. 収入のある仕事をしている | 2. していない |
|-----------------|----------|

問5 あなたの収入（年金含む）は年間どのくらいですか。

配偶者がいる場合はご夫婦合わせての収入をお答えください。（ひとつだけに○）

| | | |
|------------------|----------------|----------------|
| 1. 100万円未満 | 2. 100～200万円未満 | 3. 200～300万円未満 |
| 4. 300～400万円未満 | 5. 400～500万円未満 | 6. 500～700万円未満 |
| 7. 700～1,000万円未満 | 8. 1,000万円以上 | |

問6 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。（ひとつだけに○）

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

問7 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。（ひとつだけに○）

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） | 3. 公営賃貸住宅 |
| 4. 民間賃貸住宅（一戸建て） | 5. 民間賃貸住宅（集合住宅） | 6. 借家 |
| 7. その他（具体的に | | ） |

問8 あなたのお住まいの中で、不便な所はありますか。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|----------------------|-------------------|---|
| 1. エレベーターがない | 2. 玄関から道路までに段差がある | |
| 3. 浴室が使いにくい | 4. トイレが使いにくい | |
| 5. 台所が使いにくい（流し、コンロ等） | 6. 車いすが使えない | |
| 7. 階段が急である | 8. 住宅内の床に段差がある | |
| 9. 廊下、階段等に手すりがない | 10. 特にない | |
| 11. その他（具体的に | | ） |

問9 あなたは住み替えをご希望ですか。(ひとつだけに○)

| | |
|----------------|--------------------------|
| 1. 高齢者向け賃貸住宅 | 2. 有料老人ホーム、都市型軽費老人ホーム等 |
| 3. 特別養護老人ホーム等 | 4. サービス付き高齢者住宅 |
| 5. 一戸建て | 6. エレベーターのあるアパート・マンション等 |
| 7. 高齢者グループホーム | 8. 不便な所を改修し、今のところに住み続けたい |
| 9. 今のまま、住み続けたい | 10. その他(具体的に) |

| 施設の名称 | 概要 |
|-------------------|---|
| 高齢者向け賃貸住宅 | バリアフリー化され、緊急通報システムなどが備わっている単身または高齢者のみの世帯を対象とした賃貸住宅です。 |
| 有料老人ホーム(住宅型) | 食事などの日常生活上のサービスは付きますが、介護保険サービスは別契約となり、外部の事業所を使用する有料老人ホームです。 |
| 有料老人ホーム(介護付き) | 介護保険サービスの付いた有料老人ホームです。介護が必要になっても、施設が提供する介護サービスを利用することができます。 |
| 都市型軽費老人ホーム(ケアハウス) | 身体機能の低下等により自立した生活に不安がある低所得の高齢者を対象とした施設で、食事や安否確認サービスなどが付いています。 |
| 特別養護老人ホーム | 常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |
| サービス付き高齢者住宅 | バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応システム、生活相談システムなどが付いた高齢者向け賃貸住宅です。 |
| 高齢者グループホーム | 認知症高齢者が少人数で、家庭的な雰囲気のもと、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |

2 外出や買い物について

問1 過去1年間に転んだ経験がありますか。(ひとつだけに○)

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

問2 転倒に対する不安は大きいですか。(ひとつだけに○)

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

問3 週に1回以上は外出していますか。(ひとつだけに○)

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

問4 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(ひとつだけに○)

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

問5 外出を控えていますか。(ひとつだけに○)

1. はい 2. いいえ

問5-1 問5で「1.はい」に○を付けた方（外出を控えている方）にお尋ねします。
 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○）

- | | |
|-------------------|--|
| 1. 病気 | 2. 障がい（ <small>しょうがい</small> 脳卒中の <small>のうそつちゅう</small> 後遺症 <small>こういしょう</small> など） |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配（失禁など） |
| 5. 耳の障害（聞こえの問題など） | 6. 目の障害 |
| 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（具体的に |

問6 外出する際の移動手段は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

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

問7 食品や日用品の買い物の際に不便を感じることはありますか。（ひとつだけに○）

- | | | |
|------------|-------------|--------------|
| 1. 大変不便である | 2. すこし不便である | 3. 全く不便を感じない |
|------------|-------------|--------------|



問7-1 問7で「1」「2」と回答された方（不便があると回答された方）にお尋ねします。
 不便を感じることはどのようなことですか。（あてはまるものすべてに○）

- | |
|--------------------------------|
| 1. 店までの距離が遠い（自宅から歩いて 分） |
| 2. 歩いて行ける所に、買い物したいお店がない |
| 3. 歩いて（または自転車で）買い物に行くのが体力的にきつい |
| 4. 重いものが持てないため、一度に少量しか購入できない |
| 5. 車や自転車の運転に不安がある |
| 6. バス等の公共交通機関がない |
| 7. 公共交通機関の運賃が高い |
| 8. 日用品などを配達してくれるお店がない |
| 9. 買物を手伝ってくれる人がいない |
| 10. その他（具体的に |

3 食べることについて

問1 あなたの身長・体重

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| 身長（ ）cm | 体重（ ）kg |
|------------------------------|------------------------------|

問2 項目ごとに、1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

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

問3 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)。(ひとつだけに○)

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

問3-1 噛み合わせは良いですか。(ひとつだけに○)

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

問3-2 問3で「1」「3」に○を付けた方(入れ歯を利用している方)にお尋ねします。
毎日入れ歯の手入れをしていますか。(ひとつだけに○)

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

問4 あなたの現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 歯ぐきが腫れている | 2. 歯を磨いたときに血が出る |
| 3. 歯ぐきが下がって歯の根が出ている | 4. 歯がぐらぐらする |
| 5. 入れ歯が合わない | 6. 歯周病といわれ、治療している |
| 7. 抜けたままにしている歯がある | 8. 虫歯がある |
| 9. 当てはまるものはない | |

問5 定期的に歯科検診(健診を含む)をしていますか。(ひとつだけに○)

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

問6 1日の食事回数は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-----------|----------|---------------|
| 1. 朝昼晩の3食 | 2. 朝晩の2食 | 3. 朝昼の2食 |
| 4. 昼晩の2食 | 5. 1食 | 6. その他(具体的に) |

問7 あなたは半年前に比べて、食事量の変化がありましたか。(ひとつだけに○)

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. 変化なし | 2. 食べる量が減った |
| 3. 体調管理のために食べる量を減らしている | 4. 食べる量が増えた |
| 5. わからない | |

問8 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(ひとつだけに○)

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

問9 どなたかと食事をともにする機会がありますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない |
| 3. 月に何度かある | 4. 年に何度かある | |

問9-1 「1～4」に○を付けた方(どなたかと食事をともにする機会のある方)にお尋ねします。
食事を共にする人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | | |
|-------|------------|--------------|--------|
| 1. 家族 | 2. 近所の人や友人 | 3. デイサービスの仲間 | 4. その他 |
|-------|------------|--------------|--------|

4 毎日の生活について

問1 日常生活の動作や行動について、項目ごとに1(できるし、している)、2(できるけど、していない)、3(できない)のいずれかに○を付けてください。

| | できるし、 している | できるけど していない | できない |
|--------------------------------------|---------------|----------------|------|
| ① 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ② 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ③ 15分位続けて歩いていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| 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 | 2 | 3 |
| ⑤ 自分で食品・日用品の買物をしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑥ 自分で食事の用意をしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑦ 自分で請求書の支払いをしていますか。 | 1 | 2 | 3 |
| ⑧ 自分で預貯金の出し入れをしていますか。 | 1 | 2 | 3 |

問2 5分前のことが思い出せますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 思い出せる | 2. 思い出せない |
|----------|-----------|

問3 その日の活動(食事をする、衣服を選ぶ等)を自分で判断できますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. 困難なくできる | 2. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 |
| 3. いくらか困難であるが、できる | 4. ほとんど判断できない |

問4 人に自分の考えをうまく伝えられますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. 伝えられる | 2. あまり伝えられない |
| 3. いくらか困難であるが、伝えられる | 4. ほとんど伝えられない |

問5 食事は自分で食べられますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|--------|--------------------------|---------|
| 1. できる | 2. おかずを切ってもらう等、介助があればできる | 3. できない |
|--------|--------------------------|---------|

問6 項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

| | はい | いいえ |
|--------------------------------|----|-----|
| ① 物忘れが多いと感じますか。 | 1 | 2 |
| ② 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 | 1 | 2 |
| ③ 今日が何月何日かわからない時がありますか。 | 1 | 2 |
| ④ 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。 | 1 | 2 |
| ⑤ 新聞を読んでいますか。 | 1 | 2 |
| ⑥ 本や雑誌を読んでいますか。 | 1 | 2 |
| ⑦ 健康についての記事や番組に関心がありますか。 | 1 | 2 |
| ⑧ 友人の家を訪ねていますか。 | 1 | 2 |
| ⑨ 家族や友人の相談にのっていますか。 | 1 | 2 |
| ⑩ 病人を見舞うことができますか。 | 1 | 2 |
| ⑪ 若い人に自分から話しかけることがありますか。 | 1 | 2 |

問7 日常生活の中で困っていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 食事の準備 | 2. 掃除や洗濯 |
| 3. ごみの分別やごみ出し | 4. 庭の掃除や手入れ |
| 5. 買い物(荷物を持って帰ることも含む) | 6. バスや電車、車を使っての外出 |
| 7. 通院や薬を取りに行くこと | 8. 銀行や郵便局での手続き |
| 9. 区役所などでの手続き | 10. 生活に必要な情報を得ること |
| 11. 隣近所との付き合い | 12. 話し相手がないこと |
| 13. 特に困っていることはない | 14. その他(具体的に) |

問8 趣味はありますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------|-----------|
| 1. 趣味あり(具体的に) | 2. 思いつかない |
|----------------|-----------|

問9 生きがいがありますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|------------------|-----------|
| 1. 生きがいあり(具体的に) | 2. 思いつかない |
|------------------|-----------|

5 健康について

問1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(ひとつだけに○)

1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

問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、ご記入ください。

「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

_____点

問3 項目ごとに1(はい)、2(いいえ)のいずれかに○を付けてください。

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

問4 お酒は飲みますか。(ひとつだけに○)

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

問5 タバコは吸っていますか。(ひとつだけに○)

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

問6 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(あてはまるものすべてに○)

| | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. ない | 2. 高血圧 | 3. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) |
| 4. 心臓病 | 5. 糖尿病 | 6. 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. 腎臓・前立腺の病気 | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) | |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等) | 12. がん (悪性新生物) | |
| 13. 血液・免疫の病気 | 14. うつ病 | |
| 15. 認知症 (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 (具体的 | |) |

6 医療について

問1 あなたはご自身の体調や服薬、口腔ケアなどについて相談できる「かかりつけ医」がいますか。(それぞれひとつだけに○)

| | | | |
|------------|-------|--------|----------|
| ① かかりつけ医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ② かかりつけ歯科医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ③ かかりつけ薬局 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |

問2 現在、病院や医院(診療所・クリニック)への受診はどうされていますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 通院している | 2. 往診(訪問診療)を受けている |
| 3. 通院と往診(訪問診療)を両方利用している | 4. 入院している |
| | 5. 受診していない |

問2-1 問2で「1」「3」に○を付けた方(通院している方)にお尋ねします。

(1) どれくらいの頻度で通院していますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1. 週2回以上 | 2. 週1回程度 | 3. 月2~3回 |
| 4. 月1回程度 | 5. 2カ月に1回程度 | 6. 3カ月に1回程度 |
| 7. 定期的には受診していない | | |

(2) どのような方法で通院していますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--|
| 1. 自分ひとりで、歩いて通院している |
| 2. 自分ひとりで、自転車や車を運転して通院している |
| 3. 自分ひとりで、公共交通機関(バス・電車)を使って、通院している |
| 4. 家族などに付き添いをしてもらい、歩いて通院している |
| 5. 家族などに付き添いをしてもらい、家族の運転する車で通院している |
| 6. 家族などに付き添いをしてもらい、公共交通機関(バス・電車)を使って通院している |
| 7. 自分ひとりで行けないので、医療機関の送迎サービスを利用している |
| 8. その他(具体的に) |

問4 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 1~2種類 | 2. 3~4種類 | 3. 5~6種類 |
| 4. 7~8種類 | 5. 9種類以上 | 6. 飲んでいない |

7 たすけあいについて

問1 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。(それぞれ、いくつでも)

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人

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

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 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時に、看病や世話をしてくれる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 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) 反対にあなたが看病や世話をしてあげる人

- | | | | |
|--------|-----------|-----------|----------------|
| 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2 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・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. おとしより相談センター（地域包括支援センター）・役所 | |
| 6. その他（具体的に) | 7. そのような人はいない |

問3 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（ひとつだけに○）

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 週に4回以上 | 2. 週に2~3回 | 3. 週に1回 |
| 4. 月に1~3回 | 5. 年に数回 | 6. ほとんどない |

問4 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。（ひとつだけに○）

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

問5 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（あてはまるものすべてに○）

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

8 介護について

問1 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。（ひとつだけに○）

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



問1-1 「2」「3」に○を付けた方（「介護・介助は必要ない」以外の方のみ）にお尋ねします。
介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。（あてはまるものすべてに○）

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

問 1-2 問 1 で「2」「3」に○を付けた方(「介護・介助は必要ない」以外の方のみ)にお尋ねします。主にどなたの介護、介助を受けていますか。(あてはまるものすべてに○)

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

問 2 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

※この調査票は令和元年 11 月 1 日現在の要介護度に基づき、お送りしています。

11 月 1 日以降、要介護度が変更になった方は、変更前の介護度をご回答ください。

| | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 要介護 1 | 2. 要介護 2 | 3. わからない |
|----------|----------|----------|

問 3 あなたが要介護認定を申請した理由は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

| |
|--|
| 1. 介護保険サービスを利用するため |
| 2. 介護保険の住宅改修、福祉用具貸与・購入を利用するため |
| 3. 介護保険施設(特別養護老人ホーム等)の入所申込をするため |
| 4. 介護保険サービス以外の高齢者福祉サービス(おむつ助成等)を利用するため |
| 5. 医師や家族などから認定を受けるようにすすめられたから |
| 6. 周りに介護してくれる人がいないため、不安を感じたから |
| 7. 特に理由はないがとりあえず申請した |
| 8. その他(具体的に |

問 4 あなたにはケアマネジャー(介護支援専門員)がいますか。(ひとつだけに○)

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

問 4-1 ケアマネジャーがいる方にお尋ねします。

ケアマネジャーの対応についてどのように感じていますか。(それぞれひとつに○)

| | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 |
|--|----|------|------|----|
| ① ケアプランの内容や利用料について分かりやすく説明してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② 月に 1 回程度、定期的に訪問して様子を確認してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ 必要な時に連絡が取れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④ 家族や本人の希望を聞いてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤ 要望にすぐに対応してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑥ ケアマネジャーが所属する事業者だけでなく、サービス事業者やサービスを選択させてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑦ サービス事業者の違いを説明してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑧ 介護保険以外の板橋区のサービス(紙おむつの支給など)の情報も提供してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑨ ケアプラン以外の介護や生活全般の相談にのってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |

問5 あなたは次の在宅介護サービスを利用していますか。利用しているすべてのサービスの番号に○をつけてください。
また、その満足度についても該当する番号に○をつけてください。

| | | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 |
|------------------------------|-------|----|------|------|----|
| 利用しているサービスすべてに○ | | | | | |
| ③ 訪問看護 | 【記入例】 | 1 | ② | 3 | 4 |
| ① 訪問介護（ホームヘルプサービス） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② 訪問入浴介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ 訪問看護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④ 訪問リハビリテーション | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤ 医師や薬剤師等による療養上の指導（居宅療養管理指導） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑥ 通所介護（定員19人以上のデイサービス） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑦ 通所リハビリテーション（デイケア） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑨ 短期入所療養介護（医療ショートステイ） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑩ 福祉用具貸与 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑪ 福祉用具販売 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑫ 住宅改修 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑬ 認知症対応型通所介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑭ 小規模多機能型居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑮ 看護小規模多機能型居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑯ 地域密着型通所介護（定員18人以下のデイサービス） | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑰ 定期巡回・随時対応型訪問看護介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑱ 夜間対応型訪問介護 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑲ 利用しているサービスはない（←番号に○） | | — | — | — | — |

問6 あなたは以下の地域密着型サービスを利用したことがありますか。（それぞれひとつに○）
また、利用したいのに利用できないサービスはありますか。利用できなかったことがあるサービスの欄に○をつけてください。

| サービスの種類 | 利用の有無 | | | 利用したいのに利用できないサービス（↓該当に○） |
|--------------------|--------|-----------------|------|--------------------------|
| | 利用している | 知っているが利用したことはない | 知らない | |
| ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 | 2 | 3 | |
| ② 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ③ 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ④ 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑤ 認知症対応型共同生活介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑥ 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑦ 地域密着型通所介護 | 1 | 2 | 3 | |

地域密着型サービスの種類と内容

| 種 類 | 内 容 |
|--------------------|---|
| ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 24 時間安心して自宅で生活できるよう、介護職員と看護職員の定期的な訪問と、必要時の通報や電話連絡による随時対応の訪問を受けられます。 |
| ② 夜間対応型訪問介護 | 夜間の定期的な巡回で介護を受けられる訪問介護と、緊急時など利用者の求めに応じて介護を受けられる随時対応の訪問介護が受けられます。 |
| ③ 認知症対応型通所介護 | 認知症と診断された高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで受けられます。 |
| ④ 小規模多機能型居宅介護 | 小規模な住宅型の施設への通いを中心に、自宅に来てもらう訪問や施設に泊まるサービスを組み合わせた柔軟なサービスが受けられます。 |
| ⑤ 認知症対応型共同生活介護 | 認知症と診断された高齢者が共同で生活できる住宅で、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 |
| ⑥ 看護小規模多機能型居宅介護 | 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスで、 <u>通い</u> 、 <u>訪問</u> （介護・看護）、 <u>泊まる</u> サービスが柔軟に受けられます。 |
| ⑦ 地域密着型通所介護 | 定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や、機能訓練を行います。 |

問 7 ご自身が今後、介護が必要になった時 または 介護度が上がったと仮定した場合、どのような暮らし方を希望しますか。（ひとつだけに○）

1. 家族の介護を受けながら、自宅で生活したい
2. 介護保険の在宅サービスを利用しながら、自宅で生活したい
3. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム・ケアハウス・サービス付き高齢者住宅等）に住み替えて、介護サービスを利用したい
4. 介護保険で利用できる特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、高齢者専門の医療施設等に入所・入院して、24 時間のサービスを受けたい
5. その他（具体的に)
6. わからない

9 認知症にかかる相談窓口の把握について

問 1 認知症の症状がある 又は 家族に認知症の症状がある方がいますか。（ひとつだけに○）

1. はい
2. いいえ

問 2 認知症に関する相談窓口を知っていますか。（ひとつだけに○）

1. はい
2. いいえ

問 2-1 問 2 で「1. はい」と回答した方（相談窓口を知っている方）にお尋ねします。
相談窓口を以下のどの方法で知りましたか。（あてはまるものすべてに○）

1. 認知症ケアパス
2. 認知症カフェ
3. 広報いたばし
4. 民生児童委員
5. 知人・友人
6. 区のホームページ
7. その他（具体的に)

10 板橋区の実施について

問1 板橋区では、年を重ねても安心して住み慣れたまち（地域）に住み続けることができるよう、「板橋区版AIP（Aging in Place）」と銘打ち、7つの重点事業（①総合事業／生活支援体制整備事業 ②医療・介護連携 ③認知症施策 ④住まいと住まい方 ⑤基盤整備 ⑥シニア活動支援 ⑦啓発・広報）に取り組んでいることをご存知ですか？（ひとつだけに○）

1. 「板橋区版AIP」の名称も、どのような取り組みを行っているかも知っている
2. 名称は聞いたことがあるが、どのような取り組みを行っているかは知らない
3. 全く知らない

問1-1 問1で「1.知っている」に○を付けた方にお尋ねします。
「板橋区版AIP」で行っている取り組みに満足していますか。（ひとつだけに○）
また、そのように思う理由はどのようなことですか。

1. 満足している（理由）
2. 概ね満足している（理由）
3. 少し不満である（理由）
4. 不満である（理由）

問2 介護が必要な状態になっても住み慣れたまち（地域）に安心して住み続けるには、どのようなサービスや条件が必要だと思いますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 声かけや見守りなど、地域の理解や支え合いがある
2. 配食やゴミ出し、買い物などの生活支援サービスが充実している
3. 訪問診療の充実など、在宅で十分な医療を受けられる体制が整っている
4. 認知症への理解があり、症状に対応した介護サービスや医療が受けられる
5. 緊急時も含め、必要な時に必要な介護サービスが受けられる
6. ショートステイやデイサービスが充実し、利用したいときに利用できる
7. 住まいの構造や設備がバリアフリーになっている
8. 自宅が住みにくくなった際には、地域内の介護施設に入居できる
9. 介護予防や生きがいづくりなど地域の活動に参加できる環境が整っている
10. 介護や医療、地域での支援・サービスに関する情報提供が行き届いている
11. いつでも気軽に相談できる体制が整っている
12. その他（具体的に）

問3 あなたはおとしより相談センター（地域包括支援センター）を利用したことがありますか。（ケアプランの作成含む）（ひとつだけに○）

1. 利用したことがある（相談したことがある）
2. 知っているが利用したことはない
3. 知らない

問3-1 問3で「1.利用したことがある」に○を付けた方にお尋ねします。
おとしより相談センター（地域包括支援センター）に最初に相談をしたのはどなたですか。
（ケアプランの作成含む）（ひとつだけに○）

1. 本人（宛名のご本人）
2. 家族
3. その他（具体的に）

問4 おとしより相談センター(地域包括支援センター)の場所に不便を感じたことはありますか。
(ひとつだけに○)

1. はい(不便を感じたことがある) 2. いいえ

問5 おとしより相談センター(地域包括支援センター)の対応に満足できましたか。
(ひとつだけに○)

1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満

問6 今後、おとしより相談センター(地域包括支援センター)で重点的に取り組んでほしいことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護予防の普及啓発 2. 要支援1・2のケアプランの質の向上
3. 高齢者の権利擁護 4. 高齢者福祉や介護保険についての相談
5. ひとり暮らし高齢者等の見守りや安否確認
6. その他(具体的に)

問7 あなたは成年後見制度を知っていますか。(ひとつだけに○)

1. 内容まで大体知っている 2. 聞いたことはあるが内容までは知らない 3. 知らない

※成年後見制度：認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをする制度です。

問8 あなたは認知症などで判断能力が低下した場合、成年後見制度を利用したいと思いますか。
(ひとつだけに○)

1. すでに任せている 2. 任せてもよい 3. 一部なら任せてもよい
4. 任せたくない 5. わからない

問9 成年後見制度の相談の窓口を知っていますか。(ひとつだけに○)

1. 知っている 2. 知らない

問9-1 問9で「1. 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。
知っている窓口に○をつけてください。(あてはまるものすべてに○)

1. おとしより相談センター(地域包括支援センター)
2. 権利擁護いたばしサポートセンター(社会福祉協議会)
3. 家庭裁判所(後見センター)
4. 法テラス
5. 専門職(弁護士・司法書士等)
6. その他(具体的に)

問10 あなたは介護保険に関する相談や苦情があるときに、どこ(誰)に伝えていますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. 区の介護保険課 | 2. 福祉事務所・健康福祉センター |
| 3. 介護保険苦情・相談室 | 4. ケアマネジャー |
| 5. ホームヘルパー等介助する人 | 6. 医師・看護師・ケースワーカー |
| 7. おとしより保健福祉センター | 8. 保健福祉オンブズマン |
| 9. おとしより相談センター(地域包括支援センター) | |
| 10. サービス事業者 | 11. 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 12. 友人・知人・家族 | 13. どこにしていいかわからない |
| 14. 相談したい事や苦情があっても我慢している | 15. 相談・苦情は特にない |
| 16. その他(具体的に) | |

問11 あなたは板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 見守りなど、ひとり暮らし高齢者等への支援 | 2. 福祉や生活に関わる相談 |
| 3. 高齢者が気楽に活動できる場所の提供 | 4. 健康づくり・介護予防に関する施策 |
| 5. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援 | 6. 生涯学習・スポーツ等の生きがい施策 |
| 7. 仕事の紹介等の就労に関する施策 | 8. 認知症対策 |
| 9. 介護保険の在宅サービス | 10. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 11. 高齢者向け住宅の整備 | 12. 高齢者の虐待対策 |
| 13. 家族等の介護者に対する支援 | 14. その他(具体的に) |

問12 高齢者施策について、板橋区へのご要望・ご意見がありましたらお書きください。

ここからは主に介護されている方(おひとり)にお尋ねします。

問1 あなた(主な介護者ご自身)の①性別、②年齢、③宛名のご本人との続柄、④健康状態についてお答えください。(それぞれ、ひとつだけに○)

| | | | | |
|--------|---------------|------------|------------|-----------|
| ① 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | | |
| ② 年齢 | 1. 40歳未満 | 2. 40~44歳 | 3. 45~49歳 | 4. 50~54歳 |
| | 5. 55~59歳 | 6. 60~64歳 | 7. 65~69歳 | 8. 70~74歳 |
| | 9. 75~79歳 | 10. 80~84歳 | 11. 85~89歳 | 12. 90歳以上 |
| ③ 続柄 | 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 | 4. 親 |
| | 5. 孫 | 6. 兄弟姉妹 | 7. 友人・知人 | |
| | 8. その他(具体的に) | | | |
| ④ 健康状態 | 1. とても良い | 2. まあ良い | 3. あまり良くない | 4. 良くない |

問2 あなた（主な介護者ご自身）はどこにお住まいですか。（ひとつだけに○）

| | |
|----------|--------------------------------|
| 1 同居している | 2. 別居しているが、徒歩 10 分程度のところに住んでいる |
| | 3. 別居していて、行き来に 10 分以上かかる |
| | 4. その他（具体的に) |

問2-1 ご本人と同居している方にお尋ねします。同居を始めた理由は何ですか。
（あてはまるものすべてに○）

| | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 介護が必要ないときから同居 | 2. 経済的な理由（年金生活になった等） |
| 3. ひとり暮らしは心配だったため | 4. 介護が必要になったため |
| 5. その他（具体的に) | |

問2-2 ご本人と同居していない方にお尋ねします。
ご本人のところにはどれくらいの頻度通っていますか。（ひとつだけに○）

| | | |
|-----------|---------------|-----------|
| 1. 月に1回以下 | 2. 月に2回 | 3. 月に3回 |
| 4. 週に1回 | 5. 週に2～4回 | 6. 週に5～6回 |
| 7. ほぼ毎日 | 8. その他（具体的に) | |

問3 ご本人の介護を始めて、どのくらいですか。（ひとつだけに○）

| | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 1年未満 | 2. 1～3年未満 | 3. 3～5年未満 |
| 4. 5～8年未満 | 5. 8～10年未満 | 6. 10年以上 |

問4 現在の生活を続けていくにあたって、あなた（主な介護者ご自身）が不安に感じる介護についてお答えください。現在、行っているか否かを問いません。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|---------------------|-------------------------|----------------|
| 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. 衣類の着脱 |
| 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） | |
| 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手続き | | |
| 15. 特にない | 16. その他（具体的に) | |

問5 あなた(主な介護者ご自身)には介護保険サービス以外に介護や家事を支援してくれる人はいますか。（あてはまるものすべてに○）

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. 隣近所 |
| 4. 知人・友人 | 5. 家政婦等の民間サービスなど介護保険以外のサービス | |
| 6. 社会福祉協議会、NPO・ボランティア団体など市民活動団体 | | |
| 7. その他（具体的に) | | |
| 8. 支援は何もない | | |

問6 介護をしていて、困ったことや負担に感じることはどのようなことですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 適切な介護方法がわからない
2. 自分の用事・都合を済ませることができない
3. 自分の予定が立てられない
4. 自分の自由になる時間が持てない
5. 日中、家を空けるのを不安に感じる
6. 他の家族に介護への協力をしてもらえない
7. サービス事業者との関係がうまくいかない
8. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない
9. おとしより相談センター（地域包括支援センター）との関係がうまくいかない
10. 介護に精神的なストレスを感じることもある
11. 何をどのように相談すればよいか、わからない
12. 休日夜間など、相談したい時間に相談窓口が開いていない
13. 医療と介護について総合的に相談できる窓口がない
14. 睡眠時間が不規則になり、健康状態が思わしくない
15. 身体的に辛い（腰痛や肩こり等）
16. 日々の介護に手いっぱい先のことを考える余裕がない
17. 経済的不安が大きい
18. 特に困っていることはない
19. その他（具体的に)

問7 介護をしていて辛いとき、どこ（誰）に相談しましたか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 近所の人、知人・友人 |
| 3. 民生委員 | 4. ボランティア |
| 5. 区役所の担当窓口 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. ケアマネジャー | 8. おとしより相談センター（地域包括支援センター） |
| 9. 在宅サービスを行っているホームヘルパー・訪問看護師等 | |
| 10. 医師・医療機関 | 11. どこにも（誰にも）相談していない |
| 12. 特に辛いことはない | 13. その他（具体的に) |

問8 介護をしていてイライラして、ご本人に当たってしまうことがありますか。
(ひとつだけに○)

- | | |
|-----------|----------|
| 1. よくある | 3. あまりない |
| 2. ときどきある | 4. 全くない |

問8-1 問8で「1. よくある」「2. ときどきある」に○を付けた方にお尋ねします。
(1) ご本人にどのように当たってしまいますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. どなってしまうことがある | 2. たたいてしまうことがある |
| 3. 小言をいってしまうことがある | 4. つねってしまうことがある |
| 5. プライドを傷つけてしまうことがある | 6. 無視してしまうことがある |
| 7. 食事を出さないことがある | 8. おむつを交換しないことがある |
| 9. 部屋に閉じ込めてしまうことがある | |
| 10. その他（具体的に) | |

(2) ご本人に当たってしまった後、後悔したり悩んだりしますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|---------|-----------|----------|
| 1. よくある | 2. ときどきある | 3. あまりない |
| 4. 全くない | 5. わからない | |

問9 今後、もしあなた(主な介護者ご自身)が介護を受けるなら、どのようにしたいと思いますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. 自宅で家族介護のみで暮らしたい | |
| 2. 自宅で介護保険サービスを利用しながら暮らしたい | |
| 3. 特別養護老人ホーム等の施設に入所したい | |
| 4. 介護してくれる病院に入院したい | |
| 5. 有料老人ホームに入居したい | |
| 6. その他(具体的に |) |
| 7. わからない | |

問10 あなた(主な介護者ご自身)は板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. 高齢者を支えるボランティア・地域活動等の支援 | |
| 2. 高齢者が気楽に集まれる場所の提供 | 3. 健康づくり・介護予防に関する施策 |
| 4. 高齢者向け住宅の整備 | 5. 見守り等、ひとり暮らし高齢者等への支援 |
| 6. 認知症対策 | 7. 高齢者の虐待対策 |
| 8. 介護保険の在宅サービス | 9. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 10. 家族等の介護者に対する支援 | 11. 福祉や生活に関わる相談 |
| 12. その他(具体的に |) |

問11 あなた(主な介護者ご自身)の勤務形態についてお答えください。(ひとつだけに○)

- | | | |
|----------------|-----------------|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイムで働いている | 3. 働いていない |
|----------------|-----------------|-----------|

問12 問11で「1」「2」働いていると回答された方にお尋ねします。

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。(ひとつだけに○)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. わからない | |

問13 どのような支援やサービス、環境があれば、在宅介護の継続や家族介護者の負担の軽減につながるとお考えがありましたらお書きください。

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

ご協力、誠にありがとうございました。

同封の返信用封筒(切手不要)に入れてポストにご投函ください。

板橋区 介護保険ニーズ調査のお願い

日頃から、板橋区政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

区では、年齢を重ねても住み慣れた地域に安心して住み続けられる仕組みづくりを目指して、新たな「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定準備を進めています。

このたび、より良い計画の策定に向けて、高齢者のみなさまの日頃の生活状況や介護保険サービスの利用意向、区の施策に対するご意見をお伺いする調査を実施することとなりました。

この調査は令和元年9月において介護保険の在宅サービスを利用されている、要介護3～5の認定者の方々から無作為に2,400名を選ばせていただき、ご回答をお願いするものです。

皆様からいただいたご回答は区で適切に管理して統計的に処理し、個人が特定される形での公表はいたしません。また、計画策定と介護保険事業・高齢者施策の検討という本調査の目的以外に利用することはありません。

設問数が多く、誠に恐縮ですが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月 板橋区

調査票のご記入にあたってのお願い

- 1 この調査票では、封筒の宛名ご本人を「あなた」とします。
- 2 回答はできる限り、調査対象者ご本人がご記入ください。
なお、対象者ご本人一人でのご回答が難しい場合は、ご家族や介護されている方などが対象者ご本人の意見を聞いた上でご記入ください。
- 3 P.16～20の設問はあなた（封筒の宛名ご本人）を主に介護している方がご回答ください。
- 4 回答はあてはまる番号に○をつけてください。該当する方のみお答えいただく質問もありますので、質問文にある「矢印」や「ひとつだけに○」「あてはまるものすべてに○」などの指示にしたがってご回答ください。
- 5 質問の回答が「その他」にあてはまる場合は○をつけたうえで、（ ）内になるべく具体的な内容をご記入ください。
- 6 令和元年9月1日現在の要介護度に基づき、この調査票をお送りしています。その後、要介護度が変更になった場合（要支援→要介護など）は、変更前の状況でご回答ください。
- 7 ご記入いただいた調査票は12月10日(火)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。切手は不要ですのでそのままご投函ください。
- 8 調査票及び返信用封筒にお名前・ご住所のご記入は不要です。

この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

板橋区役所 介護保険課 管理相談係 電話03(3579)2357

この調査票を記入されるのはどなたですか。○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（具体的に：_____） | |

1 あなた(封筒のあて名のご本人)について

問1 あなたは板橋区のどこの地区にお住まいですか。あてはまる番号に○をつけてください。

| | | |
|----|------|--|
| 1 | 仲町 | 大山町、幸町(7番～66番)、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町(20番、56番～60番) |
| 2 | 板橋 | 加賀1丁目、2丁目(1番～5番、12番～18番)、板橋1丁目、2丁目(1番～17番、22番～53番、56番～69番)、3・4丁目、大山東町(17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番) |
| 3 | 熊野 | 板橋2丁目(18番～21番、54番、55番)、大山金井町、大山東町(1番～16番、18番、26番、27番、29番)、熊野町、中丸町、幸町(1番～6番)、南町 |
| 4 | 仲宿 | 加賀2丁目(6番～11番、19番～21番)、稲荷台、仲宿、氷川町、栄町 |
| 5 | 富士見 | 本町、大和町、双葉町、富士見町 |
| 6 | 大谷口 | 大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目 |
| 7 | 常盤台 | 上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目 |
| 8 | 清水 | 清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町 |
| 9 | 志村坂上 | 志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目(1番～26番、28番)、東坂下1丁目、相生町(1番～12番11号、13番～16番) |
| 10 | 中台 | 若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目(1番～30番4号、41番、42番)、3丁目(1番～46番、48番～54番)、4丁目 |
| 11 | 蓮根 | 蓮根1～3丁目、坂下1丁目(27番、29番～41番)、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町(12番12号と13号、17番～26番) |
| 12 | 舟渡 | 舟渡1～4丁目 |
| 13 | 前野 | 前野町1～6丁目 |
| 14 | 桜川 | 小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目 |
| 15 | 下赤塚 | 赤塚1丁目、2丁目、5丁目(1番～17番)、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目(3番10号、4番～31番)、2丁目 |
| 16 | 成増 | 赤塚3～5丁目(18番～36番)、成増1～5丁目、三園1丁目 |
| 17 | 徳丸 | 西台2丁目(30番5号～17号、31番～40番)・3丁目(47番、55番～57番)、徳丸1～8丁目、四葉1丁目(1番～3番(3番10号を除く)) |
| 18 | 高島平 | 高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目 |

問2 あなたの性別と年齢を教えてください。(令和元年11月1日現在)
(それぞれ、ひとつだけに○)

| | | | |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 【性別】 | 1. 男性 | 2. 女性 | |
| 【年齢】 | 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 |
| | 4. 80～84歳 | 5. 85～89歳 | 6. 90歳以上 |

問3 家族構成を教えてください。(ひとつだけに○)

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

問3で「2」から「5」に○を付けた方(1人暮らし以外の方)にお尋ねします。

問3-1 日中、自宅に自分ひとりだけで過ごすことはありますか。(ひとつだけに○)

| | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問4 あなたが受給している年金の種類は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

| | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 国民年金 | 2. 厚生年金(企業年金あり) |
| 3. 厚生年金(企業年金なし) | 4. 共済年金 |
| 5. 無年金 | 6. その他(具体的に) |

問5 あなたの収入(年金含む)は年間どのくらいですか。

配偶者がいる場合はご夫婦合わせての収入をお答えください。(ひとつだけに○)

| | | |
|------------------|----------------|----------------|
| 1. 100万円未満 | 2. 100～200万円未満 | 3. 200～300万円未満 |
| 4. 300～400万円未満 | 5. 400～500万円未満 | 6. 500～700万円未満 |
| 7. 700～1,000万円未満 | 8. 1,000万円以上 | |

問6 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。(ひとつだけに○)

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

問7 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(ひとつだけに○)

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 1. 持家(一戸建て) | 2. 持家(集合住宅) | 3. 公営賃貸住宅 |
| 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) | 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6. 借家 |
| 7. その他(具体的に) | | |

問8 あなたのお住まいの中で、不便な所はありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. エレベーターがない | 2. 玄関から道路までに段差がある |
| 3. 浴室が使いにくい | 4. トイレが使いにくい |
| 5. 台所が使いにくい(流し、コンロ等) | 6. 車いすが使えない |
| 7. 階段が急である | 8. 住宅内の床に段差がある |
| 9. 廊下、階段等に手すりがない | 10. 特にない |
| 11. その他(具体的に |) |

問9 あなたは住み替えをご希望ですか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. 高齢者向け賃貸住宅 | 2. 有料老人ホーム、都市型軽費老人ホーム等 |
| 3. 特別養護老人ホーム等 | 4. サービス付き高齢者住宅 |
| 5. 一戸建て | 6. エレベーターのあるアパート・マンション等 |
| 7. 高齢者グループホーム | 8. 不便な所を改修し、今のところに住み続けたい |
| 9. 今のまま、住み続けたい | 10. その他(具体的に |
| |) |

| 施設の名称 | 設備やサービスなど |
|-------------------|---|
| 高齢者向け賃貸住宅 | バリアフリー化され、緊急通報システムなどが備わっている単身または高齢者のみの世帯を対象とした賃貸住宅です。 |
| 有料老人ホーム(住宅型) | 食事などの日常生活上のサービスは付きますが、介護保険サービスは別契約となり、外部の事業所を使用する有料老人ホームです。 |
| 有料老人ホーム(介護付き) | 介護保険サービスの付いた有料老人ホームです。介護が必要になっても、施設が提供する介護サービスを利用することができます。 |
| 都市型軽費老人ホーム(ケアハウス) | 身体機能の低下等により自立した生活に不安がある低所得の高齢者を対象とした施設で、食事や安否確認サービスなどが付いています。 |
| 特別養護老人ホーム | 常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |
| サービス付き高齢者住宅 | バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応システム、生活相談システムなどが付いた高齢者向け賃貸住宅です。 |
| 高齢者グループホーム | 認知症高齢者が少人数で、家庭的な雰囲気のもと、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。 |

問10 あなたは、次のようなことに不安を感じることはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 健康面(要介護状態の悪化等) | 2. 生計面(経済的に苦しくなること等) |
| 3. 防犯・防災(空き巣・火災等) | 4. 住居(老朽化、高齢者向けでない等) |
| 5. 隣近所との関係 | 6. 親族等の関係(行き来がない等) |
| 7. その他(具体的に |) 8. 特にない |

問6 あなたは普段の食事をどのようにしていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. ホームヘルパーが調理してくれる | 2. 自分はしないが、家族が調理してくれる |
| 3. 自分で調理する | 4. 配食を利用する |
| 5. 外食を利用する | 6. お弁当を買ってくる |
| 7. その他(具体的に |) |

3 健康・医療・日常生活について

問1 あなたはご自身の体調や服薬、口腔ケアなどについて相談できる「かかりつけ医」がいますか。(それぞれひとつだけに○)

| | | | |
|------------|-------|--------|----------|
| ① かかりつけ医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ② かかりつけ歯科医 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
| ③ かかりつけ薬局 | 1. いる | 2. いない | 3. わからない |

問2 現在、病院や医院(診療所・クリニック)への受診はどうされていますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1. 通院している | 4. 入院している |
| 2. 往診(訪問診療)を受けている | 5. 受診していない |
| 3. 通院と往診(訪問診療)を両方利用している | |

問2-1 問2で「1」「2」「3」に○を付けた方にお尋ねします。
どれくらいの頻度で受診していますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1. 週2回以上 | 2. 週1回 | 3. 月2~3回 |
| 4. 月1回程度 | 5. 2カ月に1回程度 | 6. 3カ月に1回程度 |
| 7. 定期的には受診していない | | |

問2-2 問2で「1」「3」に○を付けた方(通院している方)にお尋ねします。
通院で受けている診療科目は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. 内科 | 2. 外科 | 3. リハビリテーション科 |
| 4. 整形外科 | 5. 歯科 | 6. 眼科 |
| 7. 皮膚科 | 8. 耳鼻いんこう科 | 9. 精神科 |
| 10. その他(具体的に | |) |

問2-3 問2で「2」「3」に○を付けた方(往診(訪問診療)を受けている方)にお尋ねします。
往診(訪問診療)で受けているものはどのような内容ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|--------------------------------|------------------|---------------|
| 1. 薬の処方 | 2. 点滴 | 3. 経管栄養(胃ろう等) |
| 4. 酸素療法 | 5. じょくそう(床ずれ)の処置 | 6. 人工呼吸器 |
| 7. 導尿の管理(カテーテル、自己) | | 8. 気管切開の処置 |
| 9. がんなどの痛みに対する管理(注射、はり薬、内服、座薬) | | |
| 10. その他(具体的に | |) |

問3 散髪はどのようにしていますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 理容室や美容室へ行き、散髪している | 4. 定期的に散髪する必要がない |
| 2. 出張理容を利用して、散髪している | 5. その他(具体的に) |
| 3. 家族が散髪している | |

問3-1 問3で「1」「2」「3」と回答した方(散髪している方)にお尋ねします。
散髪の頻度はどれくらいですか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-------------|-------------|---------------|
| 1. 2か月に1回程度 | 2. 3か月に1回程度 | 3. その他(具体的に) |
|-------------|-------------|---------------|

4 介護について

問1 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 1. 要介護3 | 2. 要介護4 | 3. 要介護5 | 4. わからない |
|---------|---------|---------|----------|

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

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

問2-1 問2で「1～6」に○を付けた方(家族の介護を受けている方)にお尋ねします。
あなたを介護しているご家族(上記1～6)は何人いますか。

介護してくれる家族等 ()人

問3 あなたが要介護状態になった主なきっかけは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 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) |
| 5. 関節の病気(リウマチ等) | 6. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患(透析) | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他(具体的に) |
| 15. 不明 | |

問4 あなたが要介護認定を申請した理由は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---|---|
| 1. 介護保険サービスを利用するため 2. 介護保険の住宅改修、福祉用具貸与・購入を利用するため 3. 介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の入所申込をするため 4. 介護保険サービス以外の高齢者福祉サービス（おむつ助成等）を利用するため 5. 医師や家族などから認定を受けるようにすすめられたから 6. 周りに介護してくれる人がいないため、不安を感じたから 7. 特に理由はないがとりあえず申請した 8. その他（具体的に |) |
|---|---|

問5 あなたにはケアマネジャー（介護支援専門員）がいますか。（ひとつだけに○）

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



問5-1 ケアマネジャーがいる方にお尋ねします。

ケアマネジャーの対応についてどのように感じていますか。（それぞれひとつに○）

| | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 |
|--|----|------|------|----|
| ① ケアプランの内容や利用料について分かりやすく説明してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② 月に1回程度、定期的に訪問して様子を確認してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ 必要な時に連絡が取れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④ 家族や本人の希望を聞いてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤ 要望にすぐに対応してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑥ ケアマネジャーが所属する事業者だけでなく、サービス事業者やサービスを選択させてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑦ サービス事業者の違いを説明してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑧ 介護保険以外の板橋区のサービス(紙おむつの支給など)の情報も提供してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑨ ケアプラン以外の介護や生活全般の相談にのってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 |

問6 あなたは次の在宅介護サービスを利用していますか。利用しているすべてのサービスの番号に○をつけてください。

また、その満足度についても該当する番号に○をつけてください。

| | | 満足 | やや満足 | やや不満 | 不満 |
|---|---|----|------|------|----|
|  利用しているサービスすべてに○ | | | | | |
| ③ | 訪問看護 【記入例】 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ① | 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② | 訪問入浴介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ | 訪問看護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④ | 訪問リハビリテーション | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤ | 医師や薬剤師等による療養上の指導（居宅療養管理指導） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑥ | 通所介護（定員19人以上のデイサービス） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑦ | 通所リハビリテーション（デイケア） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑧ | 短期入所生活介護（ショートステイ） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑨ | 短期入所療養介護（医療ショートステイ） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑩ | 福祉用具貸与 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑪ | 福祉用具販売 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑫ | 住宅改修 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑬ | 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑭ | 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑮ | 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑯ | 地域密着型通所介護（定員18人以下のデイサービス） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑰ | 定期巡回・随時対応型訪問看護介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑱ | 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑲ | 利用しているサービスはない（←番号に○） | — | — | — | — |

問7 あなたは以下の地域密着型サービスを利用したことがありますか。（それぞれひとつに○）
また、利用したいのに利用できないサービスはありますか。利用できなかったことがあるサービスの欄に○をつけてください。

| サービスの種類 | 利用の有無 | | | 利用したいのに利用できないサービス （↓該当に○） |
|--------------------|--------|-----------------|------|------------------------------|
| | 利用している | 知っているが利用したことはない | 知らない | |
| ① 定期巡回・随時対応型訪問看護介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ② 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ③ 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ④ 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑤ 認知症対応型共同生活介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑥ 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | |
| ⑦ 地域密着型通所介護 | 1 | 2 | 3 | |

地域密着型サービスの種類と内容

| | 種 類 | 内 容 |
|---|----------------------|---|
| ① | 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | 24 時間安心して自宅で生活できるよう、介護職員と看護職員の定期的な訪問と、必要時の通報や電話連絡による随時対応の訪問を受けられます。 |
| ② | 夜間対応型 訪問介護 | 夜間の定期的な巡回で介護を受けられる訪問介護と、緊急時など利用者の求めに応じて介護を受けられる随時対応の訪問介護が受けられます。 |
| ③ | 認知症対応型 通所介護 | 認知症と診断された高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで受けられます。 |
| ④ | 小規模多機能型 居宅介護 | 小規模な住宅型の施設への <u>通い</u> を中心に、自宅に来てもらう <u>訪問</u> や施設に泊まるサービスを組み合わせた柔軟なサービスが受けられます。 |
| ⑤ | 認知症対応型 共同生活介護 | 認知症と診断された高齢者が共同で生活できる住宅で、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 |
| ⑥ | 看護小規模多機能型 居宅介護 | 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスで、 <u>通い</u> 、 <u>訪問</u> （介護・看護）、 <u>泊まる</u> サービスが柔軟に受けられます。 |
| ⑦ | 地域密着型通所介護 | 定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や、機能訓練を行います。 |

問 8 あなたは以下の介護施設に申込みをしていますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 介護療養型医療施設（介護医療院） |
| 3. 介護付き有料老人ホーム | 4. 介護老人保健施設 |
| 5. 認知症高齢者グループホーム | 6. 申込みをしていない |

問 8-1 介護施設への申込みをしている方にお尋ねします。

それらの施設に申込みをした主な理由は次のうちどれですか。（○は3つまで）

- | |
|--|
| 1. 介護者がいないため、在宅で家族介護が受けられないから |
| 2. 家族が働いているため、在宅で介護を十分受けられないから |
| 3. 家族の健康状態が良くないため、在宅で介護を十分受けられないため |
| 4. 家族が精神的・身体的に疲れているから |
| 5. 在宅介護サービスや訪問看護の利用では対応が難しくなってきたため |
| 6. リハビリが必要であり、医師等に入所（入院）を勧められたから |
| 7. 高齢世帯のため、生活に不安を感じるから |
| 8. 現在の住居が介護に適していないから |
| 9. 入所（入居）待ちの期間を見込んで、早めに入所（入居）を申込み必要があるから |
| 10. その他（具体的に |

問 8-2 介護施設への申込みをしている方にお尋ねします。

申込みをした施設にはどれくらいの時期に入所したいとお考えですか。（ひとつだけに○）

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 1年以内 | 2. 2～3年以内 |
| 3. 5年以内 | 4. 今のところ分からない |

問 8-3 介護施設への申込みをしていない方におたずねします。

施設に申込みをしない主な理由は次のうちどうですか。(○は3つまで)

1. 自宅が好きだから
2. 施設での生活は自由がきかないと思うから
3. 友人・知人とのつきあいを続けたいから
4. 入院・入所でお金がかかるから
5. 自分の身の回りのことは、できるだけ自分でしたいから
6. 家族介護で十分生活できるから
7. 在宅介護サービスと訪問看護の利用で十分生活できるから
8. 健康状態が良好だから
9. 隣近所とのつきあいを続けたいから
10. 家族とのつながりを保ちたいから
11. その他(具体的に

)

問 9 あなたは介護保険に関する相談や苦情があるときに、どこ(誰)に伝えていきますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. 区の介護保険課 | 2. 福祉事務所・健康福祉センター |
| 3. 介護保険苦情・相談室 | 4. ケアマネジャー |
| 5. ホームヘルパー等介助する人 | 6. 医師・看護師・ケースワーカー |
| 7. おとしより保健福祉センター | 8. 保健福祉オンブズマン |
| 9. おとしより相談センター(地域包括支援センター) | |
| 10. サービス事業者 | 11. 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 12. 友人・知人・家族 | 13. どこにしていいいかわからない |
| 14. 相談したい事や苦情があっても我慢している | 15. 相談・苦情は特にな |
| 16. その他(具体的に | |

)

5 板橋区の実施について

問1 板橋区では、年を重ねても安心して住み慣れたまち（地域）に住み続けることができるよう、「板橋区版AIP（Aging in Place）」と銘打ち、7つの重点事業（①総合事業／生活支援体制整備事業 ②医療・介護連携 ③認知症施策 ④住まいと住まい方 ⑤基盤整備 ⑥シニア活動支援 ⑦啓発・広報）に取り組んでいることをご存知ですか？（ひとつだけに○）

1. 「板橋区版AIP」の名称も、どのような取り組みを行っているかも知っている
2. 名称は聞いたことがあるが、どのような取り組みを行っているかは知らない
3. 全く知らない

問1-1 「1 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。

「板橋区版AIP」で行っている取り組みに満足していますか。（ひとつだけに○）
また、そのように思う理由はどのようなことですか。

1. 満足している（理由）
2. 概ね満足している（理由）
3. 少し不満である（理由）
4. 不満である（理由）

問2 介護が必要な状態になっても、住み慣れたまち（地域）に安心して住み続けるには、どのようなサービスや条件が必要だと思いますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 声かけや見守りなど、地域の理解や支え合いがある
2. 配食やゴミ出し、買い物などの生活支援サービスが充実している
3. 訪問診療の充実など、在宅で十分な医療を受けられる体制が整っている
4. 認知症への理解があり、症状に対応した介護サービスや医療が受けられる
5. 緊急時も含め、必要な時に必要な介護サービスが受けられる
6. ショートステイやデイサービスが充実し、利用したいときに利用できる
7. 住まいの構造や設備がバリアフリーになっている
8. 自宅が住みにくくなった際には、地域内の介護施設に入居できる
9. 介護予防や生きがいづくりなど地域の活動に参加できる環境が整っている
10. 介護や医療、地域での支援・サービスに関する情報提供が行き届いている
11. いつでも気軽に相談できる体制が整っている
12. その他（具体的に）

問3 あなたはおとしより相談センター(地域包括支援センター)を利用したことがありますか。
(ケアプランの作成含む) (ひとつだけに○)

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 利用したことがある(相談したことがある) | 2. 知っているが利用したことはない |
| | 3. 知らない |

問3-1 問3で「1. 利用したことがある」に○を付けた方にお尋ねします。

おとしより相談センター(地域包括支援センター)に最初に相談をしたのはどなたですか。(ケアプランの作成含む) (ひとつだけに○)

| | | |
|---------------|-------|---------------|
| 1. 本人(宛名のご本人) | 2. 家族 | 3. その他(具体的に) |
|---------------|-------|---------------|

問4 おとしより相談センター(地域包括支援センター)の場所に不便を感じたことはありますか。
(ひとつだけに○)

| | |
|--------------------|--------|
| 1. はい(不便を感じたことがある) | 2. いいえ |
|--------------------|--------|

問5 おとしより相談センター(地域包括支援センター)の対応に満足できましたか。
(ひとつだけに○)

| | | | |
|-------|---------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|---------|---------|-------|

問6 今後、おとしより相談センター(地域包括支援センター)で重点的に取り組んでほしいことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

| |
|------------------------|
| 1. 介護予防の普及啓発 |
| 2. 要支援1・2のケアプランの質の向上 |
| 3. 高齢者の権利擁護 |
| 4. 高齢者福祉や介護保険についての相談 |
| 5. ひとり暮らし高齢者等の見守りや安否確認 |
| 6. その他(具体的に) |

問7 あなたは成年後見制度を知っていますか。(ひとつだけに○)

| | |
|----------------|-----------------------|
| 1. 内容まで大体知っている | 2. 聞いたことはあるが内容までは知らない |
| 3. 知らない | |

※成年後見制度：認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをする制度です。

問8 あなたは今後、認知症などで判断能力が低下した場合、成年後見制度を利用したいと思いませんか。(ひとつだけに○)

| | | |
|-------------|-----------|---------------|
| 1. すでに任せている | 2. 任せてもよい | 3. 一部なら任せてもよい |
| 4. 任せたくない | 5. わからない | |

問9 成年後見制度の相談の窓口を知っていますか。(ひとつだけに○)

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



問9-1 問9で「1. 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。
知っている窓口に○をつけてください。(あてはまるものすべてに○)

| | |
|---|---|
| 1. おとしより相談センター（地域包括支援センター） 2. 権利擁護いたばしサポートセンター（社会福祉協議会） 3. 家庭裁判所（後見センター） 4. 専門職（弁護士・司法書士等） 5. 法テラス 6. その他（具体的に |) |
|---|---|

問10 あなたは板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。
(あてはまるものすべてに○)

| | | |
|---|--|---|
| 1. 見守りなど、ひとり暮らし高齢者等への支援 3. 高齢者が気楽に活動できる場所の提供 5. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援 7. 仕事の紹介等の就労に関する施策 9. 介護保険の在宅サービス 11. 高齢者向け住宅の整備 13. 家族等の介護者に対する支援 14. その他（具体的に | 2. 福祉や生活に関わる相談 4. 健康づくり・介護予防に関する施策 6. 生涯学習・スポーツ等の生きがい施策 8. 認知症対策 10. 介護保険の施設・入居系サービス 12. 高齢者の虐待対策 |) |
|---|--|---|

問11 介護保険事業や高齢者施策について、板橋区へのご要望・ご意見がありましたらお知らせください。

ここからは主に介護されている方（おひとり）にお尋ねします。

問1 あなた(主な介護者ご自身)の①性別、②年齢、③宛名のご本人との続柄、④健康状態についてお答えください。(それぞれひとつだけに○)

| | | | | |
|--------|-------------|------------|------------|-----------|
| ① 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | | |
| ② 年齢 | 1. 40歳未満 | 2. 40～44歳 | 3. 45～49歳 | 4. 50～54歳 |
| | 5. 55～59歳 | 6. 60～64歳 | 7. 65～69歳 | 8. 70～74歳 |
| | 9. 75～79歳 | 10. 80～84歳 | 11. 85～89歳 | 12. 90歳以上 |
| ③ 続柄 | 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 | 4. 親 |
| | 5. 孫 | 6. 兄弟姉妹 | 7. 友人・知人 | |
| | 8. その他（具体的に | | | ） |
| | | | | |
| ④ 健康状態 | 1. とても良い | 2. まあ良い | 3. あまり良くない | 4. 良くない |

問2 あなた（主な介護者ご自身）はどこにお住まいですか。(ひとつだけに○)

| | |
|----------|------------------------------|
| 1 同居している | 2. 別居しているが、徒歩10分程度のところに住んでいる |
| | 3. 別居していて、行き来に10分以上かかる |
| | 4. その他（具体的に |
| | ） |

問2-1 ご本人と同居している方にお尋ねします。

同居を始めた理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

| | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 介護が必要ないときから同居 | 2. 経済的な理由（年金生活になった等） |
| 3. ひとり暮らしは心配だったため | 4. 介護が必要になったため |
| 5. その他（具体的に | ） |

問2-2 ご本人と同居していない方にお尋ねします。

ご本人のところにはどれくらいの頻度で通っていますか。(ひとつだけに○)

| | | |
|-----------|-------------|-----------|
| 1. 月に1回以下 | 2. 月に2回 | 3. 月に3回 |
| 4. 週に1回 | 5. 週に2～4回 | 6. 週に5～6回 |
| 7. ほぼ毎日 | 8. その他（具体的に | ） |

問3 ご本人の介護を始めて、どのくらいですか。(ひとつだけに○)

| | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 1年未満 | 2. 1～3年未満 | 3. 3～5年未満 |
| 4. 5～8年未満 | 5. 8～10年未満 | 6. 10年以上 |

問4 あなた（主な介護者の方）はご本人にどのような介護をされていますか。
（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|---------------------|-------------------------|----------------|
| 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. 衣類の着脱 |
| 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） | |
| 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手続き | 15. その他（具体的に | ） |
| 16. 特になし | | |

問5 現在の生活を続けていくにあたって、あなた（主な介護者の方）が不安を感じる介護についてお答えください。現在、行っているか否かを問いません。（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|---------------------|-------------------------|----------------|
| 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. 衣類の着脱 |
| 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） | |
| 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手続き | 15. その他（具体的に | ） |
| 16. 特になし | | |

問6 あなた（主な介護者ご自身）には介護保険サービス以外に介護や家事を支援してくれる人はいますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------------------|----------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 |
| 3. 隣近所 | 4. 知人・友人 |
| 5. 家政婦等の民間サービスなど介護保険以外のサービス | |
| 6. 社会福祉協議会、NPO・ボランティア団体など市民活動団体 | |
| 7. その他（具体的に | ） |
| 8. 支援は何もない | |

問7 介護を受けている方は、次のような症状がみられますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|-----------------|-------|-------------|
| 1. 物忘れ、記憶力の低下 | 2. 妄想 | 3. 不眠（昼夜逆転） |
| 4. 尿便失禁 | 5. 徘徊 | 6. 歩行障がい |
| 7. その他（具体的に | ） | |
| 8. いずれの症状も見られない | | |

問8 介護を受けている方は、認知症のことで医師の診察を受けましたか。（ひとつだけに○）

- | | |
|-----------------|--------|
| 1. はい（受けたことがある） | 2. いいえ |
|-----------------|--------|

問9 介護をしていて、困ったことや負担に感じることはどのようなことですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 適切な介護方法がわからない
2. 自分の用事・都合を済ませることができない
3. 自分の予定が立てられない
4. 自分の自由になる時間が持てない
5. 日中、家を空けるのを不安に感じる
6. 他の家族に介護への協力をしてもらえない
7. サービス事業者との関係がうまくいかない
8. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない
9. おとしより相談センター（地域包括支援センター）との関係がうまくいかない
10. 介護に精神的なストレスを感じることもある
11. 何をどのように相談すればよいか、わからない
12. 休日夜間など、相談したい時間に相談窓口が開いていない
13. 医療と介護について総合的に相談できる窓口がない
14. 睡眠時間が不規則になり、健康状態が思わしくない
15. 身体的に辛い（腰痛や肩こり等）
16. 日々の介護に手いっぱい先のことを考える余裕がない
17. 経済的不安が大きい
18. 特に困っていることはない
19. その他（具体的に _____)

問10 介護をしていて辛いとき、どこ（誰）に相談しましたか。（あてはまるものすべてに○）

1. 家族・親族
2. 近所の人、知人・友人
3. 民生委員
4. ボランティア
5. 区役所の担当窓口
6. 社会福祉協議会
7. ケアマネジャー
8. おとしより相談センター（地域包括支援センター）
9. 在宅サービスを行っているホームヘルパー・訪問看護師等
10. 医師・医療機関
11. どこにも（誰にも）相談していない
12. 特に辛いことはない
13. その他（具体的に _____)

問 11 介護をしていてイライラして、ご本人に当たってしまうことがありますか。
(ひとつだけに○)

- | | |
|-----------|----------|
| 1. よくある | 3. あまりない |
| 2. ときどきある | 4. 全くない |

問 11-1 「1」「2」に○を付けた方にお尋ねします。

(1) ご本人にどのように当たってしまいますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. どなってしまうことがある | 2. たたいてしまうことがある |
| 3. 小言をいってしまうことがある | 4. つねってしまうことがある |
| 5. プライドを傷つけてしまうことがある | 6. 無視してしまうことがある |
| 7. 食事を出さないことがある | 8. おむつを交換しないことがある |
| 9. 部屋に閉じ込めてしまうことがある | |
| 10. その他(具体的に) | |

(2) ご本人に当たってしまった後、後悔したり悩んだりしますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|---------|-----------|----------|
| 1. よくある | 2. ときどきある | 3. あまりない |
| 4. 全くない | 5. わからない | |

問 12 今後、もしあなた(主な介護者ご自身)が介護を受けるなら、どのようにしたいと思いますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. 自宅で家族介護のみで暮らしたい | |
| 2. 自宅で介護保険サービスを利用しながら暮らしたい | |
| 3. 特別養護老人ホーム等の施設に入所したい | |
| 4. 介護してくれる病院に入院したい | |
| 5. 有料老人ホームに入居したい | |
| 6. その他(具体的に) | |
| 7. わからない | |

問 13 あなた(主な介護者ご自身)の勤務形態についてお答えください。(ひとつだけに○)

- | | | |
|----------------|-----------------|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイムで働いている | 3. 働いていない |
|----------------|-----------------|-----------|

問 14 問 13 で「1」「2」働いていると回答された方にお尋ねします。

あなた(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。(ひとつだけに○)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. わからない | |

問 15 あなた（主な介護者ご自身）は板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。
（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. 高齢者を支えるボランティア・地域活動等の支援 | |
| 2. 高齢者が気楽に集まれる場所の提供 | 3. 健康づくり・介護予防に関する施策 |
| 4. 高齢者向け住宅の整備 | 5. 見守り等、ひとり暮らし高齢者等への支援 |
| 6. 認知症対策 | 7. 高齢者の虐待対策 |
| 8. 介護保険の在宅サービス | 9. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 10. 家族等の介護者に対する支援 | 11. 福祉や生活に関わる相談 |
| 12. その他（具体的に | ） |

問 16 どのような支援やサービス、環境があれば、在宅介護の継続や家族介護者の負担の軽減につながるとお考えですか。お考えがありましたらお書きください。

ご協力、誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒（切手不要）に入れてポストにご投函ください。

板橋区 介護サービス事業所調査のお願い

日頃から、板橋区政にご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

区では、平成30年3月に策定した「板橋区介護保険事業計画2020」に基づき、年齢を重ねても住み慣れた地域に安心して住み続けられる仕組みづくりを目指して、様々な取り組みを進めておりますが、令和2年度には計画の見直しを行います。

本調査は、新たな計画策定にあたって、区内で介護保険サービスを提供されているすべての事業所を対象に、事業所の経営・人材確保の状況、運営における課題、今後の介護保険事業のあり方などに対するご意見・ご要望などをお伺いするために実施するものです。

皆様からいただいたご回答は、今後の介護保険事業の安定的な運営や計画策定という本調査の目的以外に使用することはなく、統計的な数値として取りまとめ、有効に活用させていただきます。また、個々の事業所が特定される形での公表は致しません。

お忙しいところ大変恐縮ですが、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和元年11月 板橋区

調査票のご記入にあたってのお願い

- この調査票は、送付した封筒の宛名に記載されているサービス種別ごとに送付しています。複数の調査票をお届けした事業所においては、お手数ですが、サービス種別ごとに調査票を作成してください。
- 調査票はすべての事業所にご回答いただく共通設問と業種区分ごとの選択設問に分かれています。選択設問は貴事業所の業種区分に合わせて下記の1～3から1つを選択してご回答ください。

| | | | |
|---------------|---|-------|----------------------|
| 共通設問 (P.2～10) | + | 選択設問1 | 居宅介護支援事業所 (P.11～14) |
| | | 選択設問2 | 居宅型サービス事業所 (P.15～17) |
| | | 選択設問3 | 入所・入居型事業所 (P.18～19) |
- 回答は、あてはまる番号に○をつけてください。質問文にある「ひとつだけに○」「あてはまるものすべてに○」などの指示にしたがってご回答ください。
また、ご意見や数字など直接ご記入いただく質問もあります
- ご記入いただいた調査票は12月10日(火)までに、同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

板橋区役所 介護保険課 管理相談係 電話03(3579)2357

I 共通設問

1 貴事業所の運営状況について

問1 貴事業所の所在地はどこにありますか。

板橋区の日常生活圏域でお答えください。(P.20 日常生活圏域一覧 参照)

- | | | | | |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 板橋地域 | 2. 熊野地域 | 3. 仲宿地域 | 4. 仲町地域 | 5. 富士見地域 |
| 6. 大谷口地域 | 7. 常盤台地域 | 8. 清水地域 | 9. 志村坂上地域 | 10. 中台地域 |
| 11. 蓮根地域 | 12. 舟渡地域 | 13. 前野地域 | 14. 桜川地域 | 15. 下赤塚地域 |
| 16. 成増地域 | 17. 徳丸地域 | 18. 高島平地域 | | |

問2 「板橋区医療・介護・障がい福祉連携MAPシステム」に登録していますか。(ひとつだけに○)
登録していない場合はその理由もあわせてお答えください。

1. している
2. していない(その理由)

問3 貴事業所の経営主体・法人の種類をお答えください。(ひとつだけに○)

1. 企業(株式会社・有限会社等)
2. 社会福祉法人
3. 医療法人
4. NPO法人
5. その他(具体的に)

問4 この調査票をお送りした封筒の宛名ラベルに記載してある、貴事業所の事業種別番号をお答えください。

事業種別番号()

問5 貴事業所に併設されている介護サービス等をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------|
| 1. 居宅介護支援 | 2. 訪問介護 | 3. 訪問入浴介護 |
| 4. 訪問看護 | 5. 訪問リハビリテーション | 6. 居宅療養管理指導 |
| 7. 福祉用具貸与・販売 | 8. 通所介護 | 9. 通所リハビリテーション |
| 10. 短期入所生活介護 | 11. 短期入所療養介護 | |
| 12. 特定施設入居者生活介護 | 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. 地域密着型通所介護 | |
| 16. 認知症対応型通所介護 | 17. 小規模多機能型居宅介護 | |
| 18. 看護小規模多機能型居宅介護 | 19. 認知症対応型共同生活介護 | |
| 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 21. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |
| 22. 介護老人福祉施設 | 23. 介護老人保健施設 | |
| 24. 介護療養型医療施設 | 25. 地域包括支援センター | |
| 26. 病院/歯科診療所 | 27. 診療所(有床・無床) | |
| 28. 施術所 | 29. 併設事業はない | |
| 30. その他の高齢福祉サービス(具体的に) | | |

問6 貴事業所の過去3年間の事業の採算について教えてください。(各年度、ひとつだけに○)

| | |
|------|-----------------------------------|
| 28年度 | 1. 黒字 2. 損益なし 3. 赤字 4. その他(具体的に) |
| 29年度 | 1. 黒字 2. 損益なし 3. 赤字 4. その他(具体的に) |
| 30年度 | 1. 黒字 2. 損益なし 3. 赤字 4. その他(具体的に) |

問7 昨年と比べて、貴事業所の経営状態はどうですか。(ひとつだけに○)

1. 良くなっている 2. 変わらない
3. 悪くなっている 4. その他(具体的に)

問8 貴事業所の運営に関する課題はどのようなことですか(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者の確保が困難 2. 人材の確保が困難
3. 従業員の育成 4. 従業員の福利厚生
5. 人件費の負担が大きい 6. 介護報酬請求事務の負担が大きい
7. 介護報酬が低い 8. 運営・運転資金の確保が困難
9. 事務所の確保や維持が困難 10. 他事業所との競争が激しい
11. 事業内容が理解されていない 12. 利用者やその家族への対応
13. その他(具体的に)
14. 特になし

2 人材確保の状況について

問9 貴事務所の従業員充足度についてお答えください。(それぞれひとつだけに○)

| | | | |
|---|-----------|--|-----------------------------|
| 1 | 正規職員 | 1. 充足している 2. まあまあ充足している 3. 過不足なく適当な状態である | 4. あまり充足していない 5. 充足していない |
| 2 | 非常勤職員・パート | 1. 充足している 2. まあまあ充足している 3. 過不足なく適当な状態である | 4. あまり充足していない 5. 充足していない |

問9-1 問9で「4.あまり充足していない」、「5.充足していない」に○を付けた方にお尋ねします。

充足していない理由は、次のどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 採用が困難(理由:)
2. 離職率が高い(定着率が悪い)
3. 事業拡大によって必要人員が増大した
4. その他(具体的に)

問 10 直近 3 年間の離職状況（定年退職は含まない）についてお答えください。

※従業員総数は常勤、非常勤を含めた各年度 4 月 1 日時点の人数（実数）をご記入ください。

※また、各年度の離職者数と離職者のうち採用後 6 か月以内に離職した内数もお答えください。

| | 従業員総数 (常勤・非常勤・離職者含む) | 離職者数 (6 か月以内含む) | 離職者のうち 6 か月以内の離職者数 |
|-------|-------------------------|--------------------|-----------------------|
| 28 年度 | 人 | 人 | 人 |
| 29 年度 | 人 | 人 | 人 |
| 30 年度 | 人 | 人 | 人 |

問 11 離職した方の退職理由はどのようなことですか。把握されている範囲でお答えください。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. 健康上の問題（身体、精神の不調） | 2. 家庭の状況（結婚・出産・配偶者の転勤など） |
| 3. 家庭の状況（家族の介護など） | 4. 職場の人間関係 |
| 5. 勤務時間への不満 | 6. 賃金への不満 |
| 7. その他（ | ） |
| 8. 理由は分からない | |

問 12 貴事業所の従業員の離職防止・定着支援や人材の確保対策についてお尋ねします。

(それぞれ、あてはまるものすべてに○)

(1) 従業員の早期離職防止・定着支援のためにどのような方策をとっていますか。

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. 労働時間（時間帯・総労働時間）の希望に柔軟に対応 | 3. 育児・介護など休暇制度の活用を奨励 |
| 2. 有給休暇の取得を奨励 | 5. 能力や働きぶりを評価し、配置や処遇に反映 |
| 4. キャリアに応じた給与体系の整備 | 7. 研修制度の充実（事業所内） |
| 6. 福利厚生の実施や職場内の交流促進 | |
| 8. 研修制度の充実（複数事業者での合同研修） | |
| 9. 研修制度の充実（自治体や業界団体主催研修への参加） | |
| 10. 資格取得支援・費用補助 | 11. 業務の分業化 |
| 12. その他（具体的に | ） |
| 13. 特に取り組んでいることはない | |

(2) 新規人材の確保に向けて、取り組んでいることはありますか。

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. 無資格者の採用・資格取得支援 | 2. 高齢者の積極的な採用 |
| 3. 定期的な求人 | 4. ボランティアの受入れ |
| 5. インターンシップの受入れ | 6. 外国人人材の活用 |
| 7. 給与体系の見直し | |
| 8. その他（具体的に | ） |
| 9. 特に取り組んでいることはない | |

問 13 人材不足により、新規の利用者の受け入れを断ったことがありますか。（ひとつだけに○）

- | | | | |
|----------|-----------|----------|-------|
| 1. かなりある | 2. いくらかある | 3. あまりない | 4. ない |
|----------|-----------|----------|-------|

問 14 貴事業所の外国人人材の活用状況についておたずねします。(ひとつだけに○)

1. 既に活用している
2. 今後、活用予定である
3. 活用に向けて検討中である
4. 関心はあるが、具体的な検討はしていない
5. 活用の予定はない
6. わからない
7. 受入れ対象のサービス（施設）ではない

問 15 貴事業所の介護ロボットの活用状況についておたずねします。(ひとつだけに○)

1. 既に導入済みである（種類： ）
2. 今後、導入予定である（種類： ）
3. 導入に向けて検討中である（種類： ）
4. 関心はあるが、具体的な検討はしていない（種類： ）
5. 導入の予定はない
6. わからない

問 16 貴事業所のICT機器の導入状況についておたずねします。(ひとつだけに○)

1. 既に導入済みである（記録作成・情報共有・介護報酬請求業務など）
2. 今後、導入予定である
3. 導入に向けて検討中である
4. 関心はあるが、具体的な検討はしていない
5. 導入の予定はない
6. わからない

問 17 人材確保・負担軽減に関して区に求めることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 集団就職説明会等の開催
2. 資格取得時の費用補助の充実
3. 介護職の魅力発信
4. 区内事業者の優良事例の紹介
5. 将来の担い手である小中学生への魅力発信
6. 研修の実施及び事業所とのマッチング事業
7. 外国人人材の受入れに向けた支援
8. 介護ロボット導入支援
9. ICT導入支援
10. 特にない
11. その他（具体的に ）

3 医療機関との連携について

問 18 貴事業所では医療機関とどのように連携を図っていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている
2. 往診をしてくれる医師・医療機関がある
3. 急変時の受入れを依頼できる病院を確保している
4. 提携病院があり、入院を受け入れてもらっている
5. ケースカンファレンスへの出席
6. 利用者の紹介を受けることがある
7. 職員への研修をお願いしている
8. 法人内で医療機関を経営しているため、連携の問題はない
9. 区主催の地域ケア会議・地域ネットワーク会議等への出席
10. その他（具体的に ）
11. 特に連携していない

問 19 医療機関との連携にあたって、課題はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. どこに連絡(連携)したらよいか分からない | 2. 相談・連携しづらい(敷居が高い) |
| 3. 顔の見える関係が築けていない | 4. 医療機関の協力が得られない |
| 5. 情報共有システムが確立されていない | 6. 共有すべき内容が分からない |
| 7. 連携のための事務負担が大きい | 8. 連携の必要性を感じていない |
| 9. 個人情報保護法に基づく情報提供の手続きが難しい | |
| 10. その他(具体的に) | |
| 11. 特になし | |

問 20 貴事業所の板橋区民利用者のうち、平成 30 年度中の入院時情報提供書提出件数、退院時カンファレンスへの参加件数をお答えください。

| | |
|-----------------|---|
| 入院時情報提供書提出件数 | 件 |
| 退院時カンファレンスの参加件数 | 件 |

4 サービス向上の取り組みについて

問 21 貴事業所ではサービスの質の向上を図るために、どのような取り組みをしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 相談窓口の設置 | 2. サービス提供マニュアルの作成 |
| 3. 自己評価の積極的な開示 | 4. 利用者や家族への満足度調査の実施 |
| 5. 福祉サービス第三者評価制度の受審 | 6. サービス担当者会議の開催・参加 |
| 7. 研修等の実施による従業員の質の向上 | 8. 特に何も行ってない |
| 9. 区民に対する情報提供(具体的に) | |
| 10. その他(具体的に) | |

問 22 貴事業所ではどのような従業員研修を行っていますか。

平成 30 年度の実施状況についてお答えください。(ひとつだけに○)

- 内部研修を実施し、外部研修(区の研修を含む)にも参加した
- 内部研修は実施したが、外部研修(区の研修を含む)に参加する機会はなかった
- 内部研修は実施しなかったが、外部研修(区の研修を含む)には参加した
- 内部研修と外部研修(区の研修も含む)のいずれも実施・参加していない
- その他(具体的に)

問 22-1 問 22 で「4.(いずれの研修も)実施・参加していない」と回答した事業所にお尋ねします。
研修等を実施していない理由はどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 時間的余裕がない | 2. 費用が高額である |
| 3. 参加させたい研修がない | 4. 参加させる必要がない |
| 5. その他(具体的に) | |

問 22-2 問 22 で「1～3」に○を付けた事業所(研修を実施・参加した事業所)にお尋ねします。
実施や参加をした研修内容はどのような内容ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 介護保険制度全般・制度改正 | 2. 運営基準 |
| 3. ケアプラン | 4. 介護専門技術の向上に関する事 |
| 5. 医療知識に関する事 | 6. 認知症に関する事 |
| 7. 利用者に対する接遇・マナー | 8. 相談・苦情対応について |
| 9. 事故防止・リスクマネジメント | 10. 権利擁護・高齢者虐待防止 |
| 11. 個人情報保護 | |
| 12. その他(具体的に |) |

問 23 貴事業所ではどのような苦情対応体制をとっていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--|------------------|
| 1. 苦情解決責任者を配置している | 2. 苦情相談窓口を設置している |
| 3. 第三者委員会を設置している | |
| 4. 必要に応じて、国民健康保険団体連合会に相談している | |
| 5. 必要に応じて、東京都社会福祉協議会の福祉サービス運営適正化委員会に相談している | |
| 6. 必要に応じて、保険者である区に相談している | |
| 7. 必要に応じて、地域包括支援センターに相談している | |
| 8. その他(具体的に |) |
| 9. 特に対応していない | |

問 24 平成 30 年度中に利用者から寄せられた苦情はどのようなものですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 制度やサービスに関する説明不足 | 2. ケアプランに関するもの |
| 3. サービスの質・内容に関するもの | 4. 利用手続きに関するもの |
| 5. 職員の態度に関するもの | 6. 施設・設備に関するもの |
| 7. 利用者負担に関するもの | 8. サービス提供が困難になるような過大な要求 |
| 9. その他(具体的に |) |
| 10. 苦情は特にな | |

問 25 貴事業所ではサービスの質の向上や緊急時に向けてどのようなマニュアルを作成して
いますか。(それぞれ、ひとつだけに○)

| 区 分 | | 作成している | 現在 作成中である | 作成していないが 作成を検討している | 作成しておらず 作成の予定もない |
|-----|-----------------------------|--------|--------------|-----------------------|---------------------|
| ① | 職員向けの業務マニュアル | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ② | 事故発生など緊急時の対応マニュアル | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ③ | 感染症対策の対応マニュアル | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ④ | 非常災害発生時等の対応マニュアル(水害対策を含む) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑤ | 非常災害発生時等の対応マニュアル(水害対策を含まない) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑥ | 虐待防止のための対応マニュアル | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑦ | 身体拘束防止のための対応マニュアル | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⑧ | その他(具体的に | 1 | 2 | 3 | 4 |

問 26 貴事務所ではどのような災害対策をとっていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 災害対策マニュアル等の作成
2. 災害時の備蓄対策
3. 施設の耐震対策（ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など）の実施
4. 防災訓練などで近隣の住民組織（町内会、自主防災組織）との連携
5. その他（具体的に)
6. 特に何もしていない

問 27 虐待防止に向けてどのような取り組みが必要だと思えますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談窓口の充実
2. 介護者のレスパイト(息抜き)サービスの充実
3. 地域の声のかけ合い
4. 介護サービスの提供拡大
5. 介護サービス提供者等による早期発見
6. 統一的な対応マニュアルの作成
7. その他（具体的に)

問 28 貴事務所では虐待・身体拘束防止に向けての取り組みをしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 都道府県や団体等が実施している研修に参加
2. 事業所内で勉強会を開催
3. 利用者の環境面での改善取り組み
4. 高齢者虐待防止や身体拘束禁止のためのマニュアル等の作成
5. 事件・事故などの事例収集・分析等
6. その他（具体的に)
7. 特になし

問 29 認知症高齢者に対して、今後区が施策を実施する際、より重要だと考えるのはどのようなことですか。(あてはまるもの3つまで)

1. 早期発見・早期診療の仕組みづくり
2. 講演会や予防教室等による正しい知識の普及啓発
3. 家族の交流会や家族相談会などの支援
4. 家族向け研修会の開催（認知症の介護・コミュニケーション方法など）
5. 徘徊高齢者捜索情報ネットワークの充実
6. 認知症サポーターの養成
7. 学校教育や地域での住民啓発
8. 成年後見制度や虐待防止対策等の充実
9. かかりつけ医との連携に対する支援
10. 介護従事者に対する研修
11. 認知症グループホームや特別養護老人ホームなどの施設整備
12. 社会参加を促すこと（シルバー人材センター登録・ボランティア等）
13. その他（具体的に)

問 30 成年後見制度は、認知症などにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをしたりする制度です。貴事業所では成年後見制度を利用している方、必要と思われる利用者はいますか。

(ひとつだけに○)

1. いる (すでに利用している方 _____ 人・利用が必要だと思う方 _____ 人)
2. いない
3. わからない

問 30-1 問 30 で「1. いる」に○を付けた方にお尋ねします。

その利用者の方はなぜ成年後見制度を利用している、または必要だと思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 身の回りの世話ができない
2. 金銭管理ができない
3. 契約行為ができない
4. 家族からの虐待
5. 高齢で身寄りがいない
6. 認知症状が進んできた
7. その他 (具体的に _____)

問 30-2 問 30 で「1. いる」に○を付けた方にお尋ねします。

成年後見制度に関して相談を受けたり、貴事業所が制度の利用が必要だと判断した場合、どのように対応していますか。(ひとつだけに○)

1. 他の機関を紹介している
2. 自分たちで対応している
3. 親族がいる場合は他機関を紹介し、身寄りがいない場合は自分達で対応している
4. 相談を受けたことがない・制度を必要としている人はいない
5. 対応できず困っていた
6. その他 (具体的に _____)

問 30-3 問 30-2 で「1」「3」他の機関を紹介しているに○を付けた方にお尋ねします。

どこの機関を紹介していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 地域包括支援センター
2. 権利擁護いたばしサポートセンター (社会福祉協議会)
3. 家庭裁判所 (後見センター)
4. 法テラス
5. 専門家 (弁護士・司法書士等)
6. その他 (具体的に _____)

問 31 介護保険事業や高齢者保健・福祉事業について、区への要望、意見があればお書きください。

II 選択設問 1

【居宅介護支援事業所／ケアマネジャー】

問1 貴事業所の介護支援専門員、主任介護支援専門員の方の人数（実数）とケアマネジャー業務への従事年数をお答えください。

※転職などをされている場合は、分かる範囲で前職も含めた経験年数でお答えください。

| | | 介護支援専門員(主任を除く) | 主任介護支援専門員 |
|------------------|---------|----------------|-----------|
| 従 事 年 数 | 1年未満 | 人 | 人 |
| | 1～3年未満 | 人 | 人 |
| | 3～5年未満 | 人 | 人 |
| | 5～10年未満 | 人 | 人 |
| | 10年以上 | 人 | 人 |
| 合計 | | 人 | 人 |

問2 貴事業所において、特に人材の確保が難しい職種・有資格者は次のうちどれですか。
(あてはまるもの2つまで)

1. 施設責任者（管理者） 2. 主任介護支援専門員 3. 介護支援専門員
4. 事務職員 5. その他（具体的に ）

問3 貴事業所が今年と昨年の10月に作成したケアプランの件数(介護報酬を請求した件数)は何件ですか。介護予防プランは含めずにお答えください。

また、板橋区を保険者としている利用者の件数（内数）も教えてください。

| | | |
|----------|------------|----------------------|
| 平成30年10月 | () 件 | うち板橋区の利用者 () 件 |
| 令和元年10月 | () 件 | うち板橋区の利用者 () 件 |

問4 令和元年10月に作成したケアプランの要介護度別の件数をお答えください。

1. 要介護1 () 件 2. 要介護2 () 件 3. 要介護3 () 件
4. 要介護4 () 件 5. 要介護5 () 件

問5 問4で回答いただいた令和元年10月にケアプランを作成した方のうち、1年以上にわたって貴事業所でケアプランを作成している利用者は何人ですか。

また、その利用者の介護度は1年前に比べてどのように変化していますか。

- (1) 1年以上ケアプランを作成している利用者の数 () 人
(2) 利用者の状況
1.改善 () 人 2.維持 () 人 3.悪化 () 人

問6 介護予防プランの委託を受けていますか。委託を受けている場合は令和元年10月の作成件数と介護度別の内訳、受けていない場合は理由も合わせてお答えください。

1. 受けている → 令和元年10月の作成件数 () 件
うち事業対象者 () 件・要支援1 () 件・要支援2 () 件
2. 受けていない → (理由) 1. 介護報酬単価が低い 2. 介護予防サービス計画書が煩雑
3. その他（具体的に ）

問7 ケアプランを作成する際に、不足していると思う介護サービスはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|-----------------|--------------|--------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護 |
| 4. 訪問リハビリテーション | 5. 居宅療養管理指導 | 6. 通所介護 |
| 7. 通所リハビリテーション | 8. 短期入所生活介護 | 9. 短期入所療養介護 |
| 10. 特定施設入居者生活介護 | 11. 福祉用具貸与 | 12. 特定福祉用具貸与 |
| 13. 介護老人福祉施設 | 14. 介護老人保健施設 | 15. 介護医療院 |
| 16. その他(具体的に | |) |
| 17. 特にない | | |

問8 ケアプランを作成する際に不足していると思う地域密着型サービスはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2. 夜間対応型訪問介護 |
| 3. 地域密着型通所介護 | 4. 認知症対応型通所介護 |
| 5. 小規模多機能型居宅介護 | 6. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 7. 認知症対応型共同生活介護 | 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 9. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 10. 特にない |

問9 区内の地域密着型サービスの事業所数についてお尋ねします。(それぞれ、ひとつだけに○)

| | 事業所が不足している | 事業所がやや不足している | 適正な事業所数である | 事業所が多い | その他 具体的にご記入ください |
|--------------------|------------|--------------|------------|--------|--------------------|
| ① 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ③ 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ④ 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ⑤ 地域密着型通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ⑥ 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ⑦ 認知症対応型共同生活介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

問10 貴事業所の利用者に夜間対応型訪問介護が必要な方または、利用を希望する方はいますか。

(ひとつだけに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

問 11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の更なる普及に向けた課題は何だと思えますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者がサービスの内容や利用方法を知らない
2. ホームヘルパーが変わることを利用者が好まない
3. ケアマネジャーがサービスの内容や利用方法を知らない
4. 他のサービスの組合せで対応が可能である
5. 単位数が高く、他のサービスとの兼ね合いで使いにくい
6. 事業所が少ない
7. その他(具体的に)

問 12 小規模多機能型居宅介護の更なる普及に向けた課題は何だと思えますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者がサービスの内容や利用方法を知らない
2. ホームヘルパーが変わることを利用者が好まない
3. ケアマネジャーが変わることを利用者が好まない
4. ケアマネジャーがサービスの内容や利用方法を知らない
5. 他のサービスの組合せで対応が可能である
6. 単位数が高く、他のサービスとの兼ね合いで使いにくい
7. 事業所が少ない
8. その他(具体的に)

問 13 利用者が希望する介護サービスを提供できない場合、どのように対応していますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 提供できない理由を説明し、理解を求める
2. 他のサービスで補う
3. 介護保険対象外のサービス利用を勧める
4. 他区の施設やサービス利用を勧める
5. 家族に現状を説明し、できる限り介護をお願いする
6. そのままにしている
7. その他(具体的に)

問 14 要介護者が在宅生活を続けていくには、どのような支援が最も必要だと思えますか。
(ひとつだけに○)

1. 医療機関と介護事業所の連携強化
2. 家族介護者の身体的・精神的負担の軽減
3. 在宅医療・訪問看護の充実
4. 現在のサービス提供限度額の拡大
5. 生活支援サービスの充実
6. 認知症への理解や地域における見守り機能の強化
7. 自治体等の相談機能の充実
8. その他(具体的に)

問 15 2018年8月の3割負担の導入による影響はありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 既に利用していたサービスを止めたり、減らした方がいる
2. 体調の悪化等があっても、新規サービスの利用を控えた方がいる
3. 影響はない
4. わからない
5. その他(具体的に)

問 16 貴事業所の利用者は、板橋区のどこに住んでいる方が多いですか。(最も多いもの1つに○)
日常生活圏域でお答えください。(必要に応じてP.20の日常生活圏域一覧をご覧ください。)

1. 貴事業所のある日常生活圏域
2. 1に隣接する日常生活圏域
3. 1・2以外の日常生活圏域

問 17 ケアマネジャー業務を行うにあたって、課題と考えていることは何ですか。

1. 介護保険サービスが不足している (あてはまるものすべてに○)
2. 介護保険以外の生活支援サービスが少ない
3. サービス事業者に関する情報が少ない(得にくい)
4. 利用者に介護保険制度が十分理解されていない、理解いただくのが困難
5. 利用者や家族がサービスの必要性を理解していない
6. 忙しくて、利用者や家族の意見・要望を十分聞いてケアプランを調整する時間が十分取れない
7. ケアマネジャー業務以外の相談や頼まれごとが多い
8. 夜間や休日の相談対応が多い
9. 支援困難事例のケアマネジメントの方法が分からない
10. 認知症に対するケアマネジメントの方法が分からない
11. サービス事業所との連携がうまく取れない
12. 医療機関との連携がうまく取れない
13. おとしより相談センター(地域包括支援センター)との連携がうまく取れない
14. 分からないことや困ったことがあったときに相談する人が身近にいない
15. 記録などの書類作成に多くの時間がかかる
16. 介護保険サービスを含まない生活支援サービス等だけのケアプラン作成が報酬に反映されない
17. 所属事業所の関連事業者からのサービスに偏る
18. その他(具体的に)

問 18 ケアマネジャーの質の向上を図るために必要だと思うことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 経験年数やテーマ別の研修
2. 事業所でのOJT(職場内研修)
3. チームワークの向上
4. ベテランケアマネジャーによる指導
5. 事例を使った検討会
6. 第三者によるケアプラン点検
7. 個人の意識の向上
8. 主任ケアマネジャーの質の向上
9. 地域包括支援センターや医療機関との連携
10. 職場環境・忙しさの緩和
11. その他(具体的に)

問 19 貴事業所のケアマネジャーの質の向上における課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 業務が忙しく、研修を受講する時間がない
2. 経験年数や目的に合った魅力的な研修がない
3. 研修費用の負担が大変
4. 事業所でのOJT(職場内研修)の体制が整っていない
5. 地域の課題や介護保険以外のサービスを把握し切れていない
6. 地域包括支援センターや医療機関との連携が進まない
7. 人材確保が難しく、忙しさが解消されない
8. その他(具体的に)

選択設問1は以上です。お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。

問1 貴事業所において、特に人材確保が難しい職種・有資格者は次のうちどれですか。

(あてはまるもの3つまで)

- | | | |
|----------------------|------------|-------------|
| 1. サービス提供責任者 | 2. 介護支援専門員 | 3. ホームヘルパー |
| 4. 介護職（ヘルパー、介護福祉士以外） | 5. 保健師 | 6. 看護師・准看護師 |
| 7. 医師 | 8. 社会福祉士 | 9. 介護福祉士 |
| 10. 理学療法士 | 11. 作業療法士 | 12. 栄養士 |
| 13. 事務職員 | 14. 相談員 | |
| 15. その他（具体的に | |) |

問2 貴事業所の要介護度別の利用者数をお尋ねします。

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 要支援1 ()人 | 2. 要支援2 ()人 |
| 3. 要介護1 ()人 | 4. 要介護2 ()人 |
| 5. 要介護3 ()人 | 6. 要介護4 ()人 |
| 7. 要介護5 ()人 | |

問3 貴事業所の利用申込者の受け入れ状況についてお尋ねします。(ひとつだけに○)

1. 余裕がある
2. 曜日や時間帯により、対応できないことがある
3. あまり余裕がない
4. 余裕がない（利用を断っている）
5. その他（具体的に

)

問4 貴事業所では介護保険外サービスを提供していますか。

1. している
2. 提供を検討している
3. していない

問4-1 問4で「1」「2」と回答された方にお尋ねします。

どのようなサービスを提供、または提供を検討していますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. 介護保険サービスの上乗せ・付加価値サービス | 2. 介護保険外の家事援助サービス |
| 3. 訪問サービス（理美容・マッサージ等） | 4. 配食サービス |
| 5. 物販等サービス（日常生活用品など） | 6. 金銭管理・書類作成サービス |
| 7. 安否確認・緊急通報サービス | 8. 移動支援・付き添いサービス |
| 9. その他（具体的に |) |

問5 混合介護（選択的介護）の実施意向をお尋ねします。

1. 実施したい
2. 実施が可能であれば検討したい
3. 実施しない

ここからは地域密着型サービス事業所の方にお伺いします。
地域密着型サービス事業所以外の方は P.17 の問 13 にお進みください。

【すべての地域密着型サービス事業所がご回答ください】

問 6 板橋区にお住いの利用者はどこに住んでいる方が多いですか。(最も多いもの 1 つに○)
日常生活圏域については P.20 をご覧ください。

1. 貴事業所のある日常生活圏域
2. 1 に隣接する日常生活圏域
3. 1・2 以外の日常生活圏域

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者のみご回答ください】

問 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の更なる普及に向けた課題は何だと思えますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者がサービスの内容や利用方法を知らない
2. ホームヘルパーが変わることを利用者が好まない
3. ケアマネジャーがサービスの内容や利用方法を知らない
4. 他のサービスの組合せで対応が可能である
5. 単位数が高く、他のサービスとの兼ね合いで使いにくい
6. 事業所が少ない
7. その他(具体的に)

【小規模多機能型居宅介護事業所のみご回答ください】

問 8 小規模多機能型居宅介護の更なる普及に向けた課題は何だと思えますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者がサービスの内容や利用方法を知らない
2. ホームヘルパーが変わることを利用者が好まない
3. ケアマネジャーが変わることを利用者、居宅介護支援事業所が望まない
4. ケアマネジャーがサービスの内容や利用方法を知らない
5. 他のサービスの組合せで対応が可能である
6. 単位数が高く、他のサービスとの兼ね合いで使いにくい
7. 事業所が少ない
8. その他(具体的に)

【すべての地域密着型サービス事業所がご回答ください】

問 9 貴事業所が行うサービスに新規参入する場合、どのような支援があるといいと思えますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 人材確保のための支援 | 2. 整備費補助金等の増額 |
| 3. 介護報酬の独自設定 | 4. 指定基準の緩和 |
| 5. 国・都・区有地の活用 | 6. 公募や指定申請の手続き等の簡素化 |
| 7. 利用者ニーズに関する情報 | 8. 特にない |
| 9. その他(具体的に) | |

【すべての地域密着型サービス事業所にご回答ください】

問 10 競合しているサービスはありますか。(ひとつだけに○)

1. ある（具体的に)
2. ない
3. わからない

【認知症対応型通所介護事業所のみご回答ください】

問 11 近年利用者数の減少が続いていますが、課題は何だと思えますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者がサービスの内容や通所介護（地域密着型を含む）との違いを知らない
2. ケアマネジャーがサービスの内容や通所介護（地域密着型を含む）との違いを知らない
3. 認知症に対する利用者やその家族の理解
4. 通所介護（地域密着型を含む）で対応ができる
5. 利用者やケアマネジャーにサービスの内容や事業所の特色がうまく伝わらない
6. 人材の確保
7. 単位数が多い
8. 事業所が少ない
9. ニーズがない
10. その他（具体的に)

【認知症対応型通所介護事業所のみご回答ください】

問 12 退所者の理由をお知らせください。(最も多いものひとつに○)

1. 転居
2. 病院に入院
3. 死亡
4. 特別養護老人ホーム等の入所施設に入所
5. 認知症高齢者グループホームに入居
6. 別の認知症対応型通所介護事業所に移行
7. 通所介護（地域密着型を含む）事業所に移行
8. その他（具体的に)

【すべての事業所にお伺いします】

問 13 同一の日常生活圏域(P.20 参照)における同一サービス事業所の数についてどのように感じていますか。

1. 多い
2. ちょうどいい
3. 少ない

選択設問 2 は以上です。お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。

問1 貴事業所において、特に人材確保が難しい職種・有資格者は次のうちどれですか。

(あてはまるもの3つまで)

- | | | |
|----------------------|------------|-------------|
| 1. サービス提供責任者 | 2. 介護支援専門員 | 3. ホームヘルパー |
| 4. 介護職（ヘルパー、介護福祉士以外） | 5. 保健師 | 6. 看護師・准看護師 |
| 7. 医師 | 8. 社会福祉士 | 9. 介護福祉士 |
| 10. 理学療法士 | 11. 作業療法士 | 12. 栄養士 |
| 13. 事務職員 | 14. 相談員 | |
| 15. その他（具体的に | |) |

問2 令和元年10月1日時点の入所(居)者の平均年齢をお知らせください。

平均()歳

問3 令和元年10月1日時点の入所(入居)者の要介護度別人数をお知らせください。

| 区分 | 総人数 | うち保険者が板橋区 | 区分 | 総人数 | うち保険者が板橋区 |
|------|-----|-----------|------|-----|-----------|
| 自立 | 人 | 人 | 要介護2 | 人 | 人 |
| 要支援1 | 人 | 人 | 要介護3 | 人 | 人 |
| 要支援2 | 人 | 人 | 要介護4 | 人 | 人 |
| 要介護1 | 人 | 人 | 要介護5 | 人 | 人 |

問4 平成30年度中に退所(居)された方の主な退所理由をお答えください。(上位3つまでに○)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 死亡 | 2. 病院に入院 |
| 3. 家族の引き取り | 4. 特別養護老人ホームに入所 |
| 5. 有料老人ホームに入居 | 6. サービス付き高齢者向け住宅に入居 |
| 7. その他の施設に入所（施設の種類： |) |
| 8. その他（具体的に |) |

問5 令和元年10月1日時点の待機者数をお答えください。

| | 総数 | 総数のうち 保険者が板橋区の方 | 総数のうち 要介護3以上の方 | 総数のうち 特定要件の方 |
|------|----|--------------------|-------------------|-----------------|
| 待機者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問6 貴施設を長期間待機されている方はどのような状況の方が多いですか。

- | |
|---------------------|
| 1. 医療ニーズが高い |
| 2. 他施設に入所(居)中 |
| 3. 今すぐの入所(居)を考えていない |
| 4. その他（具体的に |
-)

問7 平成30年度中に入所(居)された方は、入所(居)までに平均どのくらいの待機期間がありましたか。平均月数を教えてください。

平均()年()か月

問8 医療機関との連携についてお答えください。(それぞれひとつだけに○)

(1) 貴施設には嘱託医がいますか。

1. いる 2. いない

(2) 貴施設には協力医療機関がありますか。

1. ある 2. ない

(3) 入所(居)者に咳や発熱などの風邪症状がある場合等(緊急時以外)、どのように対応していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 協力医療機関や嘱託医の定期的な回診にあわせて受診する
2. 協力医療機関や嘱託医が必要に応じて随時、往診に来てくれる
3. 施設職員が協力医療機関に連れていき、外来を受診する
4. 家族が協力医療機関やかかりつけ医に連れていき、外来を受診する
5. その他(具体的に)

問9 看取りを実施していますか。(ひとつだけに○)

1. 実施している
2. 実施していない
3. 実績はないが対応可能

問10 看取りを実施する上での課題をお知らせください。(あてはまるものすべてに○)

1. 看護職員や介護職員等の確保
2. 職員の看取りに関する知識や経験
3. 看取りを行うための施設・設備
4. 家族等との対応
5. 本人の意思確認
6. 外部医師等との連携
7. その他(具体的に)

選択設問3は以上です。お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。

日常生活圏域一覽

| | 名称 | 圏 域 |
|----|------|--|
| 1 | 板橋 | 加賀1丁目、2丁目(1番～5番、12番～18番)、板橋1丁目、2丁目(1番～17番、22番～53番、56番～69番)、3・4丁目、大山東町(17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番) |
| 2 | 熊野 | 板橋2丁目(18番～21番、54番、55番)、大山金井町、大山東町(1番～16番、18番、26番、27番、29番)、熊野町、中丸町、幸町(1番～6番)、南町 |
| 3 | 仲宿 | 加賀2丁目(6番～11番、19番～21番)、稻荷台、仲宿、氷川町、栄町 |
| 4 | 仲町 | 大山町、幸町(7番～66番)、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町(20番、56番～60番) |
| 5 | 富士見 | 本町、大和町、双葉町、富士見町 |
| 6 | 大谷口 | 大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目 |
| 7 | 常盤台 | 上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目 |
| 8 | 清水 | 清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町 |
| 9 | 志村坂上 | 志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目(1番～26番、28番)、東坂下1丁目、相生町(1番～12番11号、13番～16番) |
| 10 | 中台 | 若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目(1番～30番4号、41番、42番)、3丁目(1番～46番、48番～54番)、4丁目 |
| 11 | 蓮根 | 蓮根1～3丁目、坂下1丁目(27番、29番～41番)、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町(12番12号と13号、17番～26番) |
| 12 | 舟渡 | 舟渡1～4丁目 |
| 13 | 前野 | 前野町1～6丁目 |
| 14 | 桜川 | 小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目 |
| 15 | 下赤塚 | 赤塚1丁目、2丁目、5丁目(1番～17番)、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目(3番10号、4番～31番)、2丁目 |
| 16 | 成増 | 赤塚3～5丁目(18番～36番)、成増1～5丁目、三園1丁目 |
| 17 | 徳丸 | 西台2丁目(30番5号～17号、31番～40番)・3丁目(47番、55番～57番)、徳丸1～8丁目、四葉1丁目(1番～3番(3番10号を除く)) |
| 18 | 高島平 | 高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目 |

