

# 第9章 資料

## I 調査票

### 1 一般高齢者調査

<p style="text-align: center;">高齢者一般</p> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">ご本人（あて名の方）について</p> <p>問2 あなた（あて名のご本人）の性別と、平成25年9月1日現在の満年齢をお答えください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. 男性</td> <td style="width: 20%;">2. 女性</td> <td style="width: 20%;">満 (     ) 歳</td> <td style="width: 40%;">※年齢を記入してください</td> </tr> </table> <p>問3 お住まいはどこですか。記入例を参考に記入してください。丁目がない場合は、町名だけ記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">町 名 (     )</td> <td style="width: 20%;">(     ) 丁目</td> </tr> <tr> <td>記入例 ( 東上野 )</td> <td>( 4 ) 丁目</td> </tr> </table> <p>問4 あなたのご家族の構成は、次のうち、どれにあてはまりますか。(1つに○)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">                 1. ひとり暮らし                  2. 夫婦のみ世帯 (配偶者は65歳以上)                  3. 夫婦のみ世帯 (配偶者は64歳以下)                  4. 世帯全員が65歳以上 (ひとり暮らし・夫婦のみ世帯を除く)                  5. その他 (1～4以外) の世帯             </td> <td style="width: 50%;">                 問5 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○)                  1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い                  2. 昼は一人で過ごすことが多い                  3. 夜は一人で過ごすことが多い                  4. 一人で過ごすことはあまりない             </td> </tr> </table> <p>問6 日常生活で困ったときや相談したいときに、頼れる（手助けしてくれる）家族・知人等がありますか。(1つに○)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">                 1. 同居している・近所に住んでいる                  2. 同居・近所ではないが、行き来できる所にいる                  3. いるが、行き来できる所には住んでいない                  4. いない             </td> <td style="width: 50%;">                 問7 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○)                  1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い                  2. 昼は一人で過ごすことが多い                  3. 夜は一人で過ごすことが多い                  4. 一人で過ごすことはあまりない             </td> </tr> </table>	1. 男性	2. 女性	満 (     ) 歳	※年齢を記入してください	町 名 (     )	(     ) 丁目	記入例 ( 東上野 )	( 4 ) 丁目	1. ひとり暮らし 2. 夫婦のみ世帯 (配偶者は65歳以上) 3. 夫婦のみ世帯 (配偶者は64歳以下) 4. 世帯全員が65歳以上 (ひとり暮らし・夫婦のみ世帯を除く) 5. その他 (1～4以外) の世帯	問5 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○) 1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い 2. 昼は一人で過ごすことが多い 3. 夜は一人で過ごすことが多い 4. 一人で過ごすことはあまりない	1. 同居している・近所に住んでいる 2. 同居・近所ではないが、行き来できる所にいる 3. いるが、行き来できる所には住んでいない 4. いない	問7 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○) 1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い 2. 昼は一人で過ごすことが多い 3. 夜は一人で過ごすことが多い 4. 一人で過ごすことはあまりない	<p style="text-align: center;">高齢者一般</p> <h2 style="text-align: center;">高齢者の生活に関するアンケート調査</h2> <p style="text-align: center;">—ご記入にあたってのお願い—</p> <p>◇この調査は、封筒のあて名の方ご本人について回答をお願いするものです。できるだけだけあて名の方ご本人が回答してください。</p> <p>◇あて名のご本人がご病気等でお答えになれない場合、ご家族の方などがお手伝いするか、ご本人の代わりに回答くださいますようお願いいたします。</p> <p>◇調査票にご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて(切手不要)、10月17日(木)までに、お近くの郵便ポストに投かんしてください。</p> <p>◇調査票や封筒に、差出人のご住所、お名前等を書く必要はありません。</p> <p>●あて名の方（調査対象の高齢者の方）が次の理由で不在の場合は、あてはまる番号に○をした後、調査票を同封の返信用封筒に入れて返送してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">                 1. 病院などの医療施設に入院している (     年     月     日 から入院)                  2. 仕事や旅行などで長期不在                  3. 転居                  4. その他の理由で不在 (     )             </td> <td style="width: 50%;">                 問1 この調査票はどなたが回答されますか。(1つに○)                  1. あて名の方ご本人がご自身で回答                  2. ご本人に確認しながらご家族等代理の方が回答                  3. ご本人の立場に立ってご家族等代理の方が回答                  4. その他 (     )             </td> </tr> </table>	1. 病院などの医療施設に入院している (     年     月     日 から入院) 2. 仕事や旅行などで長期不在 3. 転居 4. その他の理由で不在 (     )	問1 この調査票はどなたが回答されますか。(1つに○) 1. あて名の方ご本人がご自身で回答 2. ご本人に確認しながらご家族等代理の方が回答 3. ご本人の立場に立ってご家族等代理の方が回答 4. その他 (     )
1. 男性	2. 女性	満 (     ) 歳	※年齢を記入してください												
町 名 (     )	(     ) 丁目														
記入例 ( 東上野 )	( 4 ) 丁目														
1. ひとり暮らし 2. 夫婦のみ世帯 (配偶者は65歳以上) 3. 夫婦のみ世帯 (配偶者は64歳以下) 4. 世帯全員が65歳以上 (ひとり暮らし・夫婦のみ世帯を除く) 5. その他 (1～4以外) の世帯	問5 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○) 1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い 2. 昼は一人で過ごすことが多い 3. 夜は一人で過ごすことが多い 4. 一人で過ごすことはあまりない														
1. 同居している・近所に住んでいる 2. 同居・近所ではないが、行き来できる所にいる 3. いるが、行き来できる所には住んでいない 4. いない	問7 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○) 1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い 2. 昼は一人で過ごすことが多い 3. 夜は一人で過ごすことが多い 4. 一人で過ごすことはあまりない														
1. 病院などの医療施設に入院している (     年     月     日 から入院) 2. 仕事や旅行などで長期不在 3. 転居 4. その他の理由で不在 (     )	問1 この調査票はどなたが回答されますか。(1つに○) 1. あて名の方ご本人がご自身で回答 2. ご本人に確認しながらご家族等代理の方が回答 3. ご本人の立場に立ってご家族等代理の方が回答 4. その他 (     )														

問7 お住まいの形態は次のうち、どれにあてはまりますか。(1つに○)

1. 持ち家 (一戸建)
2. 持ち家 (分譲マンション)
3. 借家 (一戸建)
4. 借家 (マンション、鉄筋・鉄骨アパート)
5. 借家 (木造アパート)
6. 公営住宅 (都営住宅)
7. 都市再生機構 (旧公団)・公社などの賃貸住宅
8. 社宅・寮
9. 高齢者向けの集合住宅 (シルバーピアやサービスクラス付き高齢者向け住宅等)
10. その他 ( )

問8 現在、お住まいの住宅でお困りのことはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 住宅の設備などの使い勝手が悪く、暮らしにくい
2. 住み替えたいが保証人がいない
3. 住み替えたいが高齢者に貸してくれる物件が少ない
4. 家賃やローンなど、月々の負担が大きい
5. 立ち退きを迫られている
6. 住宅の老朽化が進んでいる
7. 特にお困っていることはない

問8-1 「1.住宅の設備などの使い勝手が悪く、暮らしにくい」に○をした方におうかがいします。

具体的にどのような設備などに困っていますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 居室や寝室などが2階以上で、階段の昇り降り
2. 玄関、廊下、階段、トイレ、浴室などに手すりが少ない
3. 玄関、居室、廊下、トイレ、浴室などに段差がある、または滑りやすい
4. 玄関、居室などの扉の開閉
5. トイレが和式である
6. 風呂がないまたは 使いにくい
7. その他 ( )

問9 ふだん、1日の中で主に過ごしている部屋は何階ですか。(1つに○)

1. 1階
2. 2階
3. 3階
4. 4階以上

問9-1 「2」から「4」に○をした方におうかがいします。  
お住まいにエレベーターはありますか。(1つに○)

1. ある
2. ない

問10 経済的にみて、現在の暮らしの状況をどう感じていますか。(1つに○)

1. ゆとりがある
2. ややゆとりがある
3. ふつう
4. やや苦しい
5. 苦しい

問11 あなたの世帯(ご家族を含む)の昨年の年間収入総額(税込)はどのくらいですか。(1つに○)

1. 80万円未満
2. 80万円～200万円未満
3. 200万円～300万円未満
4. 300万円～500万円未満
5. 500万円～750万円未満
6. 750万円～1,000万円未満
7. 1,000万円以上

ご本人(あて各の方)の健康や医療について

問12 ふだんの健康状態について、①～④のそれぞれ1つに○をしてください。

- |                                 |       |        |
|---------------------------------|-------|--------|
| ①現在、治療中の病気はありますか                | 1. はい | 2. いいえ |
| ②治療が必要と言われているが、治療をしていない病気はありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ③最近1年以内に入院しましたか                 | 1. はい | 2. いいえ |
| ④身体どこかに麻痺(まひ)部分(脳梗塞後など)はありますか   | 1. はい | 2. いいえ |

- ⑤ものが見えにくいなど、視力に支障はありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑥声が聞こえにくいなど、聴力に支障はありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑦膝（ひざ）・腰（こし）が痛く、立ち歩きに支障がありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑧虚弱で横になっっていることが多いですか 1. はい 2. いいえ

問13 現在、病院や診療所等へ通院していますか。また、通院している方は、通院回数はこのくらいですか。(1つに○)

1. 通院していない
2. 数カ月に1回程度
3. 月1回程度
4. 月2～3回程度
5. 週1回程度以上

問13-1 「2」から「5」に○をした方におうかがいします。通院している病院や診療所等は、何カ所ありますか。(1つに○)

1. 1カ所 2. 2カ所 3. 3カ所以上

問14 ふだんから治療や指導を受けたり、健康について相談できる「かかりつけ医」が、自宅近くにいますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問15 病気の治療や健康については、どこに相談しますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 病院 4. 人間ドック
2. 診療所 5. その他 ( )
3. 保健所 6. 元氣なので必要ない

問16 過去1年間に、歯医者さんにかかったことはありますか。(1つに○)

1. 通院した 3. 歯医者さんにはかかっていない
2. 往診してもらった

問17 ふだんから歯の治療や指導を受けたり、歯の健康について相談できる「かかりつけ歯科医」が、自宅近くにいますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問18 歯の健康や治療については、どこに相談しますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 歯科医院等 4. 三ノ輪口腔ケアセンター
2. 診療所 5. その他 ( )
3. 保健所 6. 歯が丈夫なので必要ない

問19 口の中や歯の状態（入れ歯を入れている状態を含みます）を、どのように感じていますか。(1つに○)

1. ほぼ満足している
2. やや不満だが、日常生活には困らない
3. 不自由や苦痛を感じている
4. その他 ( )

問20 食事などのときに、次のことで気になることはありますか。(それぞれ1つに○)

①お茶や汁物で、むせることがありますか 1. はい 2. いいえ

②口の渇きが気になりますか 1. はい 2. いいえ

問21 ふだんから身近な地域で薬の相談ができる「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ

問22 主治医から処方された薬を、自分で管理して、指示どおりに飲むことができますか。(1つに○)

1. 飲める
2. たまに忘れる
3. よく忘れる
4. 自分一人では飲めない
5. その他 ( )
6. 処方された薬はない

問23 薬の飲み合わせや副作用については、どこに相談しますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 薬局
2. 病院
3. 診療所
4. その他 ( )
5. 特にない

問24 脳卒中の後遺症や末期がんなどで療養が必要になった場合、自宅で住診などの医療や介護サービスを受けながら生活する「在宅療養」を希望しますか。(近いもの1つに○)

1. 希望する
2. 希望しない
3. 現在、在宅療養をしている
4. わからない

日常生活や介護予防について

問25 あなたは、ふだん、どのくらいご家族(同居を含む)・ご親族や知人等と会話をしていますか(電話やメールを含む)。(1つに○)

1. 毎日
2. 2～3日に1回
3. 1週間に1回
4. 月1～2回
5. ほとんど話をしない

問26 1週間でどのくらい外出しますか。(1つに○)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. ほとんど外出しない

問27 どのような用事で外出しますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 買い物
2. 散歩
3. 通院
4. 郵便局や銀行の手続き
5. 仕事や地域活動
6. 趣味やスポーツ
7. 家族や友人との付き合い
8. その他 ( )

問28 日常生活の中で、家族等の助けが受けられないため、支援してほしいと思うことはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 買い物
2. 食事づくり
3. 掃除・洗濯・布団干し
4. ゴミ出し
5. 電球の交換や衣替え
6. 外出の付き添い(通院・散歩など)
7. 定期的な声かけ・訪問などの見守り
8. 話し相手
9. その他 ( )
10. 特にない

問29 介護が必要にならないように、日ごろから心がけていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 栄養の偏りや食べすぎなど、食生活に気をつける
2. 散歩や体操、スポーツなどをする
3. 健康や介護予防のための教室などに参加する
4. 物忘れをしないよう、脳のトレーニングをする
5. 健診や診療を定期的に行うなど、病気を予防・早期発見する
6. 友人と交流したり、地域の活動に参加する
7. その他 ( )
8. 特に心がけていることはない



問30 区では「介護予防教室」を行っています。次のうち、あなたが参加したいと思うものはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 軽い体操やトレーニング器具を使った筋力向上運動教室
2. 栄養バランスの偏りをなくし、健康な生活を送るための栄養改善教室
3. 口の中を清潔にし、いつまでも美味しく食べるための口の機能向上教室
4. 転倒予防のための、足指や爪のお手入れ知識と方法を学ぶフットケア教室
5. 創作活動やゲーム・読み書き・身体を動かすなど、脳を活性化する脳トレーニング教室
6. 尿もれを予防・改善するための知識と体操を学ぶ教室
7. その他 ( )
8. 特にない

問30-1 「8.特にない」に○をした方におうかがいします。  
介護予防教室に参加したいと思わない理由は何ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 健康なので介護予防は必要はない
2. 自分で気をつけて実践している
3. 忙しい
4. 内容にあまり興味がない
5. 通うのが面倒、おっくう
6. 一人では参加しづらい
7. その他 ( )
8. 特に理由はない

社会参加や生きがい、地域とのかわりについて

問31 あなたは現在、収入のある仕事をしていますか。(1つに○)

1. 仕事をしている
2. 仕事をしていない

問32 今後、仕事をしたい、または、続けたいと思いませんか。(1つに○)

1. 会社に勤務したい
2. 家業(自営業)や家業の手伝いをしたい
3. シルバー人材センターを通じた仕事をしたい
4. その他 ( )
5. 仕事をすつつもりはない・する必要がない
6. 仕事はできない

問33 現在、参加している地域活動や講座はありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 趣味や教養活動
2. 健康づくり・スポーツ活動
3. 町会・自治会、老人クラブなどの活動
4. ボランティアやNPO活動
5. その他 ( )
6. 参加していない

問33-1 「6.参加していない」に○をした方におうかがいします。  
地域活動や講座に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、趣味などで忙しく、時間がない
2. 知っている人がいない
3. 情報が入ってこない
4. きっかけがない
5. 健康・体力に自信がない
6. 興味・関心がない
7. わずらわしい
8. その他 ( )
9. 特にない

問34 支援が必要な高齢者のために、地域での福祉の担い手として、あなた自身ができることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. ひとり暮らしなどの高齢者の訪問や見守り・話し相手
2. 談話室など地域での居場所づくり
3. 通院や散歩の付き添いなど、外出の支援
4. 電球の交換や衣替え、大掃除など、日常生活の支援
5. 認知症の高齢者やその家族の地域生活の見守りや支援
6. その他 ( )
7. 特にない

認知症について

問35 あなたやご家族が認知症になった場合、周囲に知られてもよいと思いますか。(1つに○)

1. 知られてもよい、理解してもらいたい
2. 知られたくない
3. わからない

問36 認知症に関して、気になることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症の予防の方法
2. 相談や受診ができる場所
3. 症状や病状の進行のこと
4. 利用できる支援の内容
5. 家族や周囲の人からの、本人への接し方
6. 医療や介護にかかる費用
7. その他 ( )
8. 特にない

問37 あなたやご家族に認知症の不安が生じた場合、どこに相談しますか・しましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. かかりつけ医
2. 認知症専門の医療機関
3. 地域包括支援センター
4. ケアマネジャー
5. 保健所・保健センター
6. 区役所
7. その他 ( )
8. どこに相談したらいかがいかわからない・わからなかった
9. どこにも相談しない・しなかった

問38 認知症などにより判断能力が十分でない人に、本人の権利を守るための援助者を選び、不動産や預貯金などを管理し、施設への入所に関する契約などを支援する「成年後見制度」を知っていますか。(1つに○)

1. 知っている
2. 聞いたことはある
3. 知らない

問39 あなたやご家族が、認知症などにより判断能力が十分でなくなった場合に、「成年後見制度」を利用したいと思いますか。(1つに○)

1. 利用したい
2. 利用したいとは思わない
3. すでに利用している
4. わからない

災害時の避難などについて

問40 災害時(台風や地震等)や火災などの緊急時に、一人で避難することはできますか。(1つに○)

1. できる
2. できないが、安否を確認してくれる人はい
3. できないし、安否を確認してくれる人もいない
4. わからない

～区では、災害発生時に救護・救援活動が迅速かつ円滑に行える体制を整備するため、65歳以上の高齢者で、在宅で生活されている要介護3、4、5の認定を受けた方を対象に、緊急連絡先や避難所、心身の状況などを記載した個別支援プランを作成しています。～

問41 この個別支援プランを作成したいと思いませんか。(1つに○)

1. すでに作成している
2. 必要になったら作成したい
3. 作成したいと思わない
4. わからない

介護保険制度や介護について

問42 現在の生活で不安に感じていることは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 自分の健康のこと
2. 配偶者や家族の健康のこと
3. 自分が寝たきりや認知症になること
4. 配偶者や家族が、寝たきりや認知症になること
5. 頼れる人や面倒を見てくれる人がいなくなること
6. 生活費など生計のこと
7. 住まいのこと
8. 金銭管理や財産保全に関すること
9. 災害など緊急時のこと
10. 困りごとなどを相談する場所がよくわからないこと
11. 気軽な話し相手がいらないこと
12. 友人や地域との交流が減っていくこと
13. その他 ( )
14. 不安に感じることが特にない

～地域包括支援センターは、高齢者の身近な相談機関として、介護保険や介護予防サービス、権利擁護や虐待に関する相談などを行っています。～

問43 あなたは、地域包括支援センターを知っていますか。(1つに○)

1. 存在と、どのようなことをする所かを知っている
2. 名前を聞いたことがある程度で、どのようなことをしているかは知らない
3. 知らない・名前も聞いたことはない

問44 地域包括支援センターをより高齢者の身近な相談機関とするために、どのような取り組みが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. どのようなことをしているのか、PRする
2. なじみやすい・わかりやすい名称に変える
3. 地域に向向いて相談会や講演会などを開く
4. その他 ( )
5. わからない

問45 あなたは、介護保険料の額をどのように感じていますか。(1つに○)

1. かなりの負担である
2. やや負担である
3. 妥当な額である
4. 負担には感じない
5. よくわからない

～介護保険サービスには国が定めた基本的なサービスのほか、区が独自で実施するサービス(台東区では施設入浴サービスを実施)があります。～

問46 区独自のサービスについて、あなたのお考えをおうかがいします。(近いもの1つに○)

1. 区独自のサービスを充実させるなら、保険料が高くなってよい
2. 区独自のサービスよりも、保険料を下げることを優先した方がよい
3. 保険料もサービスも現状のままでよい
4. 何ともいいえない

問47 今後、あなたに介護が必要となった場合、どのような暮らし方を希望しますか。(近いもの1つに○)

1. 主に介護サービスを利用して、自宅で暮らしたい
2. 主に家族の介護を受けながら、自宅で暮らしたい
3. 段差などが無い高齢者向け住宅に住み替えて、介護サービスなどを利用して暮らしたい
4. 有料老人ホームなどの介護つき住宅で暮らしたい
5. グループホームなど数人で暮らせる、家庭的な介護つき住宅で暮らしたい
6. 介護保険施設(特別養護老人ホームや老人保健施設など)に入りたい
7. その他 ( )
8. わからない

問48 もしも介護保険施設（特別養護老人ホームや老人保健施設など）の入所が必要となった場合、区外の施設でも入所を希望しますか。（1つに○）

1. 区外の施設でも入所を希望する
2. 区内の施設でなければ希望しない
3. 区内・区外にかかわらず施設への入所は希望しない
4. わからない

～最近、自分の葬儀や財産、相続についての計画や遺言書の作成などを事前に準備しておく「総活（しゅうかつ）」が報道で取り上げられています。～

問49 この「総活（しゅうかつ）」についてご存じですか。（1つに○）

1. 知っており、実際に行っている
2. 知っているが、行ってはいない
3. 言葉を聞いたことがある程度
4. 知らなかった

区の保健福祉サービスについて

問50 区などが実施している保健福祉サービスで、今後利用したい（続けたい）ものはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 認知症に関する専門相談
2. 健康診断やがん検診
3. 健康づくり教室
4. 介護保険以外の家事援助サービス
5. 介護保険以外の住宅改修費助成（浴槽・流し台・トイレの取替え等）
6. 配食サービス
7. 福祉サービス利用援助事業、財産保安全管理サービス
8. 緊急通報システム  
（専用機器から、看護師の健康相談を受けたり、救急時には救急車両の要請ができる）
9. 介護予防教室（筋力トレーニング教室、頭と体の活性化教室）
10. 介護保険以外の福祉用具支給（シルバーカー、便座、入浴補助、歩行支援用具等）
11. 電球・蛍光灯の交換、季節の衣替え、植木への水やり等日常生活のちよっとした困りごとに対応する身の回り応援サービス
12. その他（ ）
13. 特にない

問51 これからの高齢者福祉施策として、区が力を入れていくべきことは、次のうちどれだと思いますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 介護について、相談しやすい窓口の充実や情報提供
2. 健康づくりや介護が必要にならないための支援
3. 趣味や教養・学習活動への支援
4. 高齢者への就労支援
5. ボランティアやNPO活動への支援
6. 高齢者に配慮した住まいや住環境づくり
7. 在宅での生活を24時間支える介護サービスの整備
8. デイサービスやショートステイなどを実施する施設の充実
9. 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
10. ひとり暮らし高齢者などを見守る地域づくり
11. 介護している家族の負担の軽減
12. 認知症高齢者への支援
13. 高齢者の虐待防止や成年後見制度に対する支援
14. その他（ ）
15. 特にない・わからない

問52 高齢者福祉・介護保険制度・健康などに関して、区への要望や意見がありましたら、下の欄にご記入ください。

（この欄は空欄です）

以上でアンケートは終わります。ご協力ありがとうございました。



## 2 要支援・要介護認定者調査

要支援・要介護

### 高齢者の生活に関するアンケート調査

—ご記入にあたってのお願い—

- ◇この調査は、封筒のあて名の方ご本人について回答をお願いするものです。できるだけあて名の方ご本人が回答してください。
- ◇あて名の方ご本人がご病気等でお答えにできない場合、ご家族の方などがお手伝いするか、ご本人の代わりに回答くださいますようお願いいたします。
- ◇調査票にご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて(切手不要)、10月17日(木)までに、お近くの郵便ポストに投かんしてください。
- ◇調査票や封筒に、差出人のご住所、お名前等を書く必要はありません。

●あて名の方(調査対象の高齢者の方)が次の理由で不在の場合は、あてはまる番号に○をした後、調査票を同封の返信用封筒に入れて返送してください。

1. 病院などの医療施設に入院している ( 年 月 日から入院)
2. 特別介護老人ホームや老人保健施設など介護保険施設に入所している
3. 仕事や旅行などで長期不在
4. 転居
5. その他の理由で不在 ( )

問1 この調査票はどなたが回答されますか。(1つに○)

1. あて名の方ご本人がご自身で回答
2. ご本人に確認しながらご家族等代理の方が回答
3. ご本人の立場に立ってご家族等代理の方が回答
4. その他 ( )

要支援・要介護

### ご本人(あて名の方)について

問2 あなた(あて名のご本人)の性別と、平成25年9月1日現在の満年齢をお答えください。

1. 男性	2. 女性	満 ( ) 歳	※年齢を記入してください
-------	-------	---------	--------------

問3 お住まいはどこですか。記入例を参考に記入してください。丁目がない場合は、町名だけ記入してください。

町名 ( )	( ) 丁目
記入例 ( 東上野 )	( 4 ) 丁目

問4 あなたのご家族の構成は、次のうち、どれにあてはまりますか。(1つに○)

1. ひとり暮らし
2. 夫婦のみ世帯 (配偶者は65歳以上)
3. 夫婦のみ世帯 (配偶者は64歳以下)
4. 世帯全員が65歳以上(ひとり暮らし・夫婦のみ世帯を除く)
5. その他(1~4以外)の世帯

問5 1日の中で、一人になることがありますか。(1つに○)

1. 昼夜とも一人で過ごすことが多い
2. 昼は一人で過ごすことが多い
3. 夜は一人で過ごすことが多い
4. 一人で過ごすことはあまりない

問6 日常生活で困ったときや相談したいときに、頼れる(手助けしてくれる)家族・知人等がいますか。(1つに○)

1. 同居している・近所に住んでいる
2. 同居・近所ではないが、行き来できる所にいる
3. いるが、行き来できる所には住んでいない
4. いない

問7 あなたは、ふだん、どのくらいご家族（同居を含む）・ご親族や知人等と会話をしていますか（電話やメールを含む）。（1つに○）

1. 毎日
2. 2～3日に1回
3. 1週間に1回
4. 月1～2回
5. ほとんど話をしない

問8 お住まいの形態は次のうち、どれにあてはまりますか。（1つに○）

1. 持ち家（一戸建）
2. 持ち家（分譲マンション）
3. 借家（一戸建）
4. 借家（マンション、鉄筋・鉄骨アパート）
5. 借家（木造アパート）
6. 公営住宅（都営住宅）
7. 都市再生機構（旧公団）・公社などの賃貸住宅
8. 社宅・寮
9. 高齢者向けの集合住宅（シルバークラブやサービス付き高齢者向け住宅等）
10. その他（ ）

問9 ふだん、1日の中で主に過ごしている部屋は何階ですか。（1つに○）

1. 1階
2. 2階
3. 3階
4. 4階以上

→問9-1 「2」から「4」に○をした方におうかがいします。  
お住まいにエレベーターはありますか。（1つに○）

1. ある
2. ない

→問9-2 1日に何回、外出や食事・入浴などのために1階に降りることがありますか。（1つに○）

1. 1回
2. 2回
3. 3回以上
4. あまり降りない

問10 現在、お住まいの住宅でお困りのことはありますか。  
（あてはまるものすべてに○）

1. 住宅の設備などの使い勝手が悪く、暮らしにくい
2. 住み替えたいが保証人がいない
3. 住み替えたいが高齢者に貸してくれる物件が少ない
4. 家賃やローンなど、月々の負担が大きい
5. 立ち退きを迫られている
6. 住宅の老朽化が進んでいる
7. 特に困っていることはない

→問10-1 「1.住宅の設備などの使い勝手が悪く、暮らしにくい」に○をした方におうかがいします。  
具体的にどのような設備などに困っていますか。  
（あてはまるものすべてに○）

1. 居室や寝室などが2階以上で、階段の昇り降り
2. 玄関、廊下、階段、トイレ、浴室などに手すりが無い
3. 玄関、居室、廊下、トイレ、浴室などに段差がある、または滑りやすい
4. 玄関、居室などの扉の開閉
5. トイレが和式である
6. 風呂がない または 使いにくい
7. その他（ ）

問11 お住まいの住宅を改修したいと考えていますか。（1つに○）

1. 改修したいと考えている
2. 今は改修するつもりはない
3. すでに改修した
4. わからない

問12 経済的にみて、現在の暮らしの状況をどう感じていますか。（1つに○）

1. ゆとりがある
2. ややゆとりがある
3. ふつう
4. やや苦しい
5. 苦しい

問13 あなたの世帯（ご家族を含む）の昨年の年間収入総額（税込）はどのくらいですか。（1つに○）

- 1. 80万円未満
- 2. 80万円～200万円未満
- 3. 200万円～300万円未満
- 4. 300万円～500万円未満
- 5. 500万円～750万円未満
- 6. 750万円～1,000万円未満
- 7. 1,000万円以上

問14 現在の要介護（要支援）度は、次のうちどれですか。（1つに○）

- 1. 要支援1
- 2. 要支援2
- 3. 要介護1
- 4. 要介護2
- 5. 要介護3
- 6. 要介護4
- 7. 要介護5

ご本人（あて各の方）の健康や医療について

問15 ふだんの健康状態について、①～⑧のそれぞれ1つに○をしてください。

- ①現在、治療中の病気はありますか 1. はい 2. いいえ
- ②治療が必要と言われているが、治療をしていない病気はありますか 1. はい 2. いいえ
- ③最近1年以内に入院しましたか 1. はい 2. いいえ
- ④身体はどこかに麻痺（まひ）の部分（脳梗塞後など）はありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑤ものが見えにくいなど、視力に支障はありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑥声が聞こえにくいなど、聴力に支障はありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑦膝（ひざ）・腰（こし）が痛く、立ち歩きに支障がありますか 1. はい 2. いいえ
- ⑧虚弱で横になっていることが多いですか 1. はい 2. いいえ

問16 現在、通院や住診・訪問診療による診療を受けていますか。（1つに○）

- 1. 通院している
- 2. 住診・訪問診療を受けている
- 3. 受けていない

問16-1 「1」または「2」に○をした方におうかがいします。  
通院や住診・訪問診療を受けている病院は、何科所ありますか。（1つに○）

- 1. 1カ所
- 2. 2カ所
- 3. 3カ所以上

問16-2 通院や住診・訪問診療を受けているのは、何科ですか。  
（あてはまるものすべてに○）

- 1. 内科系（内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、胃腸科など）
- 2. 外科系（外科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科など）
- 3. 眼科・耳鼻いんこう科
- 4. 皮膚科、泌尿器科、肛門科
- 5. 精神科、神経科、心療内科
- 6. その他（ ）

問17 ふだんから治療や指導を受けたり、健康について相談できる「かかりつけ医」が、自宅近くにいますか。（1つに○）

- 1. はい
- 2. いいえ

問18 病気の治療や健康については、どこに相談しますか。  
（あてはまるものすべてに○）

- 1. 病院
- 2. 診療所
- 3. 保健所
- 4. 人間ドック
- 5. その他（ ）
- 6. 元氣なので必要ない

問19 過去1年間に、歯医者さんにかかったことはありますか。(1つに○)

1. 通院した
2. 往診してもらった
3. 歯医者さんにはかかっていない

問20 ふだんから歯の治療や指導を受けたり、歯の健康について相談できる「かかりつけ歯科医」が、自宅近くにいますか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ

問21 歯の健康や治療については、どこに相談しますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 歯科医院等
2. 診療所
3. 保健所
4. 三ノ輪口腔ケアセンター
5. その他 ( )
6. 歯が丈夫なので必要ない

問22 口の中や歯の状態(入れ歯を入れている状態を含みます)を、どのよう  
に感じていますか。(1つに○)

1. ほぼ満足している
2. やや不満だが、日常生活には困らない
3. 不自由や苦痛を感じている
4. その他 ( )

問23 食事などのときに、次のことで気になることはありませんか。  
(それぞれ1つに○)

- |                     |       |        |
|---------------------|-------|--------|
| ①お茶や汁物で、むせることがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ②口の渇きが気になりますか       | 1. はい | 2. いいえ |

問24 ふだんから身近な地域で薬の相談ができる「かかりつけ薬局」がありま  
すか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ

問25 主治医から処方された薬を、自分で管理して、指示どおりに飲むことが  
できますか。(1つに○)

1. 飲める
2. たまに忘れる
3. よく忘れる
4. 自分一人では飲めない
5. その他 ( )
6. 処方された薬はない

問26 薬の飲み合わせや副作用については、どこに相談しますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 薬局
2. 病院
3. 診療所
4. その他 ( )
5. 特にない

問27 脳卒中の後遺症や末期がんなどで療養が必要になった場合、自宅で往診  
などの医療や介護サービスを受けながら生活する「在宅療養」を希望し  
ますか。(近いもの1つに○)

1. 希望する
2. 希望しない
3. 現在、在宅療養をしている
4. わからない

認知症・権利擁護について

問28 あなたやご家族に認知症の不安が生じた場合、どこに相談しますか・し  
ましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. かかりつけ医
2. 認知症専門の医療機関
3. 地域包括支援センター
4. ケアマネジャー
5. 保健所・保健センター
6. 区役所
7. その他 ( )
8. どこに相談したらよいかわからない・わからなかった
9. どこにも相談しない・しなかった



問29 日ごろの金銭や財産の管理、福祉サービスなどの申請や契約の手続き等について、困っていることがありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 通帳・印鑑・現金の管理
2. 預貯金の払い戻し
3. 税金や電気料金などの各種支払い
4. 生活費の管理
5. 不動産・有価証券の管理
6. 福祉サービスの申請や契約手続きの仕方がよくわからないこと
7. 福祉サービスの申請や契約手続きを頼める人がいないこと
8. その他 ( )
9. 特になし

問30 認知症などにより判断能力が十分でない人に、本人の権利を守るための援助者を選び、不動産や預貯金などを管理し、施設への入所に関する契約などを支援する「成年後見制度」を知っていますか。(1つに○)

1. 知っている
2. 聞いたことはある
3. 知らない

問31 あなたやご家族が、認知症などにより判断能力が十分でなくなった場合に、「成年後見制度」を利用したいと思いませんか。(1つに○)

1. 利用したい
2. 利用したいとは思わない
3. すでに利用している
4. わからない

ご本人 (あて名の方) の介護保険サービスについて

問32 あなた (あて名のご本人) は、現在、介護保険サービスを利用していますか。(1つに○)

1. 利用している → 10ページ問33へ
2. 利用していない → 10ページ問32-1へ
3. わからない → 11ページ問34へ

問32-1 問32で「2.利用していない」に○をした方におうかがいします。介護保険サービスを利用していないのはなぜですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 病院などに入院しているため
2. 家族が介護してくれるため
3. 自分で何とか生活できるため
4. 他人が家の中に入ってくるのが嫌なため
5. 介護保険サービスの利用料負担が大きいため
6. 介護保険サービスの手続きがわからないため
7. 介護保険以外のサービスを利用しているため
8. 利用したいと思うサービスがないため
9. その他 ( )

問33は、問32で「1.利用している」に○をした方のみお答えください

問33 希望どおりに介護保険サービスを利用できていますか。(1つに○)

1. ほぼ希望通りに利用できている
2. サービスの種類によっては、利用できなかったものがある
3. 希望どおりに利用できていない

問33-1 「2」または「3」に○をした方におうかがいします。希望どおりに利用できていない理由、満足していない点は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. サービスの回数や時間が少ない
2. サービスの利用時間帯が希望に合っていない
3. サービス内容が、自分の生活や身体の状態に合っていない
4. 身体の状態が良くなっていない
5. ケアプランを作成する際に、自分の意見が取り入れられていない
6. その他 ( )

災害時の避難などについて

問34 災害時（台風や地震等）や火災などの緊急時に、一人で避難することはできますか。（1つに○）

1. できる
2. できないが、安否を確認してくれる人はいる
3. できないし、安否を確認してくれる人もいない
4. わからない

～区では、災害発生時に救護・救援活動が迅速かつ円滑に行える体制を整備するため、65歳以上の高齢者で、在宅で生活されている要介護3、4、5の認定を受けた方を対象に、緊急連絡先や避難所、心身の状況などを記載した個別支援プランを作成しています。～

問35 この個別支援プランを作成したいと思えますか。（1つに○）

1. すでに作成している
2. 必要になったら作成したい
3. 作成したいと思わない
4. わからない

介護保険制度や介護について

問36 あなたは、介護保険料の額をどのように感じていますか。（1つに○）

1. かなりの負担である
2. やや負担である
3. 妥当な額である
4. 負担には感じない
5. よくわからない

～介護保険サービスには国が定めた基本的なサービスのほか、区が独自で実施するサービス（台東区では施設入浴サービスを実施）があります。～

問37 区独自のサービスについて、あなたのお考えをおうかがいします。（近いもの1つに○）

1. 区独自のサービスを充実させるなら保険料が高くなってもよい
2. 区独自のサービスよりも保険料を下げることを優先した方がよい
3. 保険料もサービスも現状のままでよい
4. 何ともいいえない

問38 今後、どのような暮らし方を希望しますか。（近いもの1つに○）

1. 主に介護サービスを利用して、自宅で暮らしたい
2. 主に家族の介護を受けながら、自宅で暮らしたい
3. 段差などが無い高齢者向け住宅に住み替えて、介護サービスなどを利用して暮らしたい
4. 有料老人ホームなどの介護つき住宅で暮らしたい
5. グループホームなど数人で暮らせる、家庭的な介護つき住宅で暮らしたい
6. 介護保険施設（特別養護老人ホームや老人保健施設など）に入りたい
7. その他（ ）
8. わからない

問39 もしも介護保険施設（特別養護老人ホームや老人保健施設など）の入所が必要となった場合、区外の施設でも入所を希望しますか。（1つに○）

1. 区外の施設でも入所を希望する
2. 区内の施設でなければ希望しない
3. 区内・区外にかかわらず施設への入所は希望しない
4. わからない

問40 区などが実施している保健福祉サービスで、今後利用したい(続けたい)ものはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症に関する専門相談
2. 健康診断やがん検診
3. 健康づくり教室
4. 介護保険以外の家事援助サービス
5. 介護保険以外の住宅改修費助成 (浴槽・流し台・トイレの取替え等)
6. 配食サービス
7. 福祉サービス利用援助事業、財産安全管理サービス
8. 緊急通報システム  
(専用機器から、看護師の健康相談を受けたり、救急時には救急車の要請ができる)
9. 介護予防教室 (筋力トレーニング教室、頭と体の活性化教室)
10. 介護保険以外の福祉用具支給 (シルバーカー、便座、入浴補助、歩行支援用具等)
11. 電球・蛍光灯の交換、季節の衣替え、植木への水やり等日常生活のちよつとした困りごとに対処する身の回り応援サービス
12. 紙おむつの支給
13. その他 ( )
14. 特にない

問41 現在、あなたを介護してくれているご家族はいますか。(1つに○)

1. いる  
→14 ページの間 42 ハ
2. 家族はいるが、介護してもらっていない・家族はいない  
→16 ページの間 48 ハ

ここからは、あて名の方を主に介護している方(介護者)に回答をお願いします。  
介護者がいない方は、16 ページの間 48 におすすみください。

問42 あなた(介護者)ご自身についておうかがいします。①～⑥それぞれあてはまる番号1つに○をしてください。

①ご本人(あて名の方)との関係	1. 配偶者 2. 子ども 3. 子どもの配偶者 4. 兄弟・姉妹 5. その他 ( )
②性別	1. 男性 2. 女性
③年齢	( ) 歳 ※年齢を記入
④お仕事	1. あり 2. なし
⑤居住の状況	1. 同居 2. 台東区内に居住 3. 台東区以外に居住
⑥現在の介護に要する時間	1. ほとんど終日 2. 毎日半日程度 3. 毎日2～3時間程度 4. 必要なときに手をかす程度(毎日1時間未満) 5. 週に2～3回程度 6. 1か月に数回程度 7. その他 ( )
⑦介護に携わっている期間	1. 1年未満 4. 5年～10年未満 2. 1年～3年未満 5. 10年以上 3. 3年～5年未満
⑧あなた(介護者)の現在の健康状況など	1. 健康 2. 持病はあるがおおむね健康 3. 病気がち 4. 要支援・要介護認定を受けている 5. その他 ( )

問43 介護保険サービスは、あなた（介護者）の負担を軽くしていますか。（1つに○）

1. 大いに負担減となっている
2. 多少は負担減となっている
3. あまり負担減となっていない
4. まったく負担減となっていない
5. 介護保険サービスは利用していない
6. わからない

問44 介護者の立場として、あなた（介護者）は、今後はどのような形での介護を望みますか。（1つに○）

1. 自宅で家族や親族が介護する
2. 自宅で介護保険サービスと家族等の介護を併用する
3. 自宅で主に介護保険サービスを利用する
4. 高齢者向け住宅などに住み替えて、介護保険サービスを利用する
5. 有料老人ホームを利用する
6. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設を利用する
7. 認知症対応型のグループホームを利用する
8. 病院に入院する
9. その他（ ）
10. わからない

問45 介護保険サービス事業者を選択する場合、どのような情報をもとに決めていきますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 友人や知人の情報
2. ケアマネジャーの紹介
3. 区のお知らせ、事業所一覧など
4. 事業者のパンフレット
5. 区のホームページ
6. 地域包括支援センターに相談して
7. 区役所に相談して
8. その他（ ）

問46 介護しているご家族に対して、どのような支援やサービスがあるか、とよく聞きますか。（あてはまるものすべてに○）

1. リフレクシブへの支援
2. 介護者同士の交流の場の提供
3. 介護のコツなどが学べる介護教室の開催
4. 介護に関する相談支援の充実
5. 介護に関する情報提供の充実
6. 冠婚葬祭・急病時等に預けられる緊急預かりサービス（ショートステイ）
7. 必要に応じて夜間の利用や宿泊ができるサービスや施設
8. 経済的支援の充実
9. その他（ ）
10. 特になし

問47 あなた（介護者）は、介護に関する不安や悩みをどこに（誰に）相談していますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 区役所の相談窓口
2. 地域包括支援センター
3. 民生委員
4. サービス提供事業者
5. ケアマネジャー
6. かかりつけ医
7. 配偶者
8. 子・孫
9. 近所の友人・知人
10. その他（ ）
11. どこに（誰に）相談してよいかかわからない
12. 相談したくない・する必要はない

問48 高齢者福祉・介護保険制度・健康などに関して、区への要望や意見がありましたら、下の欄にご記入ください。

（ここに要望や意見の記入欄が空いている）

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。



## 高齢者の生活に関するアンケート調査

### 一ご記入にあたってのお願いー

- ◇この調査は、封筒のあて名の方ご本人について回答をお願いするものです。できるだけだけあて名のご本人が回答してください。
- ◇あて名のご本人がご病气等でお答えになれない場合、ご家族の方などがお手伝いするか、ご本人の代わりに回答くださいますようお願いいたします。
- ◇調査票にご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて(切手不要)、10月17日(木)までに、お近くの郵便ポストに投かんしてください。
- ◇調査票や封筒に、差出人のご住所、お名前等を書く必要はありません。

問1 調査票を記入されたのはどなたですか。(1つに○)

1. あて名のご本人が記入
2. ご家族が記入
3. その他

問2 あなた(あて名のご本人)の性別と、平成25年9月1日現在の満年齢をお答えください。

- |       |       |       |              |
|-------|-------|-------|--------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 満( )歳 | ※年齢を記入してください |
|-------|-------|-------|--------------|

問3 あなた(あて名のご本人)の身長と体重を記入してください。

身長    cm      体重    kg

### あなた(あて名の方)のご家族や生活状況について

問4 お住まいはどこですか。記入例を参考に記入してください。丁目がない場合は、町名だけ記入してください。

町名 (                      )	(                      ) 丁目
記入例 (                      東上野 )	(                      4                      ) 丁目

問5 家族構成を教えてください。(1つに○)

1. 一人暮らし
2. 家族などと同居 (二世帯住宅を含む)
3. その他

→問5-1 ご自分を含めて何人で暮らしていますか。

(                      ) 人 ※人数を記入してください

→問5-2 同居されている方はどなたですか。(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. その他

→問5-3 日中、一人になることがありますか。(1つに○)

1. よくある
2. たまにある
3. ない

問6 あなたは、ふだんの生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(1つに○)

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6-1 「2」または「3」に○をした方におうかがいします。  
介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。  
(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. 視覚・聴覚障害
10. 骨折・転倒
11. 脊椎損傷
12. 高齢による衰弱
13. その他 ( )
14. 不明

問6-2 「3. 現在、何らかの介護・介助を受けている」方におうかがいします。  
主にどなたの介護・介助を受けていますか。(1つに○)

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 ( )

問6-3 「3. 現在、何らかの介護・介助を受けている」方におうかがいします。  
主に介護・介助をしている方の年齢は、次のどれですか。(1つに○)

1. 65歳未満
2. 65～74歳
3. 75～84歳
4. 85歳以上

問7 年金の種類は次のどれですか。(1つに○)

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

問8 経済的にみて、現在の暮らしの状況をどう感じていますか。(1つに○)

1. 苦しい
2. やや苦しい
3. ややゆとりがある
4. ゆとりがある

問9 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つに○)

1. 一戸建て
2. 集合住宅

問10 お住まいは、次のどれにあたりますか。(1つに○)

1. 持家
2. 民間賃貸住宅
3. 公営賃貸住宅  
(区・都営、都市機構、公社等)
4. 借間
5. その他

問11 お住まい (主に生活する部屋) は2階以上にありますか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ

問11-1 お住まいにエレベーターは設置されていますか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ

運動・関心こもりについて

問12 次の①～⑦について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

- ①階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか 1. はい 2. いいえ
- ②椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか 1. はい 2. いいえ
- ③15分位続けて歩いていきますか 1. はい 2. いいえ
- ④5m以上歩けますか 1. はい 2. いいえ
- ⑤週に1回以上は外出していますか 1. はい 2. いいえ
- ⑥昨年と比べて外出の回数が減っていますか 1. はい 2. いいえ

⑦外出を控えていますか

1. はい 2. いいえ

⑦-1 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. 障害 (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 ( )

問13 買物、散歩で外出する頻度はそれぞれどのくらいですか。

①買物 (1つに○)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. 週1日未満

②散歩 (1つに○)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日
3. 週2～3日
4. 週1日
5. 週1日未満

問14 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 ( )

転倒について

問15 次の①～⑥について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

- ①この1年間に転んだことがありますか 1. はい 2. いいえ
- ②転倒に対する不安は大きいですか 1. はい 2. いいえ
- ③背中が丸くなってきてきましたか 1. はい 2. いいえ
- ④以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか 1. はい 2. いいえ
- ⑤杖を使っていますか 1. はい 2. いいえ

口腔・栄養について

問16 次の①～⑦について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

- ①6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 1. はい 2. いいえ
- ②半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 1. はい 2. いいえ
- ③お茶や汁物等で、むせることがありますか 1. はい 2. いいえ
- ④口の渇きが気になりますか 1. はい 2. いいえ
- ⑤歯磨き (人にやってもらう場合も含む) を毎日していますか 1. はい 2. いいえ
- ⑥定期的に歯科受診 (健診を含む) をしていますか 1. はい 2. いいえ

⑦入れ歯を使用していますか

1. はい 2. いいえ

⑦-1 噛み合わせは良いですか  
1. はい 2. いいえ

⑦-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか  
1. はい 2. いいえ

問17 1日の食事の回数は何回ですか。(1つに○)

- 1. 朝食晩の3食
- 2. 朝晩の2食
- 3. 朝食の2食
- 4. 昼晩の2食
- 5. 1食
- 6. その他

問18 食事を抜くことがありますか。(1つに○)

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

問19 自分一人ではなく、どなたかと食事をともにする機会はありますか。(1つに○)

- 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19-1 食事をとも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. デイサービス仲間
- 4. その他

物忘れについて

問20 次の①～④について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

①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ますか

- 1. はい
- 2. いいえ

②自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしますか

- 1. はい
- 2. いいえ

③今日が何月何日かわからない時がありますか

- 1. はい
- 2. いいえ

④5分前のことが思い出せますか

- 1. はい
- 2. いいえ

問21 その日の活動(食事をする、衣服を選ぶなど)を自分で判断できますか。(1つに○)

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

問22 人に自分の考えをうまく伝えられますか。(1つに○)

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

日常生活について

問23 次の①～⑦について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

①バスや電車で一人で外出していますか(自家用車でも可)

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

②日用品の買物をしていますか

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

②-1 日用品の買物をする人は主にどなたですか

- 1. 同居の家族
- 2. 別居の家族
- 3. ヘルパー
- 4. 配達を依頼
- 5. その他

③自分で食事の用意をしていますか

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

③-1 食事の用意をする人は主にどなたですか

- 1. 同居の家族
- 2. 別居の家族
- 3. ヘルパー
- 4. 配食サービス利用
- 5. その他

④請求書の支払いをしていますか

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



⑤預貯金の出し入れをしていますか

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

⑥食事は自分で食べられますか

1. できる      2. 一部介助（おかずを切ってもらうなど）があればできる      3. できない

⑦寝床に入るとき、何らかの介助を受けられますか

1. 受けない      2. 一部介助があればできる      3. 全体的な介助が必要

⑧座っていることができますか

1. できる      2. 支えが必要      3. できない

⑨自分で洗面や歯磨きができますか

1. できる      2. 一部介助があればできる      3. できない

⑩自分でトイレができますか

1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない

⑪自分で入浴ができますか

1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない

⑫50メートル以上歩けますか

1. できる      2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる      3. できない

⑬階段を昇り降りできますか

1. できる      2. 介助があればできる      3. できない

⑭自分で着替えができますか

1. できる      2. 介助があればできる      3. できない

⑮大便が間に合わなかったことはありませんか

1. ない      2. ときどきある      3. よくある

⑯尿が間に合わなかったことはありませんか

1. ない      2. ときどきある      3. よくある

⑰家事全般ができていますか

1. できている      2. できていない

社会参加について

問24 次の①～⑩について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

- ①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. はい      2. いいえ
- ②新聞を読んでいますか      1. はい      2. いいえ
- ③本や雑誌を読んでいますか      1. はい      2. いいえ
- ④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
- ⑤友人の家を訪ねていますか      1. はい      2. いいえ
- ⑥家族や友人の相談にのっていますか      1. はい      2. いいえ
- ⑦病人を見舞うことができますか      1. はい      2. いいえ
- ⑧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
- ⑨趣味はありませんか      1. はい      2. いいえ
- ⑩生きがいはありますか      1. はい      2. いいえ

問25 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ボランティアのグループ（1つに○）

1. 週4回以上      3. 週1回      5. 年に数回
2. 週2～3回      4. 月1～3回      6. 参加していない

②スポーツ関係のグループやクラブ（1つに○）

1. 週4回以上      3. 週1回      5. 年に数回
2. 週2～3回      4. 月1～3回      6. 参加していない

③趣味関係のグループ（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 参加していない

④老人クラブ（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 参加していない

⑤町内会・自治会（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 参加していない

⑥学習・教養サークル（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 参加していない

⑦その他の団体や会（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 参加していない

問26 以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか。

①見守りが必要な高齢者を支援する活動（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. していない

②介護が必要な高齢者を支援する活動（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. していない

③子どもを育てている親を支援する活動（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. していない

④地域の生活環境の改善（美化）活動（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. していない

⑤収入のある仕事（1つに○）

1. 週4回以上
2. 週2～3回
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. していない

問27 あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお答えをお願いします。

①あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（あてはまるものすべてに○）

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（あてはまるものすべてに○）

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（あてはまるものすべてに○）

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

④反対に、看病や世話をしあける人（あてはまるものすべてに○）

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28 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. 地域包括支援センター・区役所
6. その他（ ）
7. そのような人はいない

問29 友人関係についておうかがいします。

①友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（1つに○）

1. 週4日以上
2. 週2～3日
3. 週1回
4. 月1～3回
5. 年に数回
6. 会っていない

②この1カ月間、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。（1つに○）

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

③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・同じ地域の友人
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

健康について

問30 さいだん、ご自分で健康だと思いますか。（1つに○）

1. とても健康
2. まあまあ健康
3. あまり健康でない
4. 健康でない

問31 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. 高血圧
2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
3. 心臓病
4. 糖尿病
5. 高脂血症（脂質異常）
6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
10. 外傷（転倒・骨折等）
11. がん（悪性新生物）
12. 血液・免疫の病気
13. うつ病
14. 認知症（アルツハイマー病等）
15. パーキンソン病
16. 目の病気
17. 耳の病気
18. その他（ ）
19. ない

問32 現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ

問32-1 その頻度は次のどれですか。（1つに○）

1. 週1回以上
2. 月2～3回
3. 月1回程度
4. 2カ月に1回程度
5. 3カ月に1回程度

問32-2 通院に介助が必要ですか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ

問32-3 通院している病院・医院（診療所、クリニック）は何カ所ありますか。（1つに○）

1. 1カ所
2. 2カ所
3. 3カ所以上

問33 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいきますか。(1つに○)

- 1. 1種類
- 2. 2種類
- 3. 3種類
- 4. 4種類
- 5. 5種類以上
- 6. 飲んでいない

問34 現在、介護保険の要支援・要介護認定を受けていますか。(1つに○)

- 1. 受けている
- 2. 受けていない (非該当と認定された方を含む)

→ 問34-1 要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

- 1. 要支援 1
- 2. 要支援 2
- 3. 要介護 1
- 4. 要介護 2

→ 問34-2 以下の在宅サービス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
- 3. 夜間対応型訪問介護
- 4. 訪問入浴介護
- 5. 訪問看護
- 6. 訪問リハビリテーション
- 7. 通所介護 (デイサービス)
- 8. 認知症対応型通所介護
- 9. 通所リハビリテーション (デイケア)
- 10. 小規模多機能型居宅介護
- 11. 短期入所 (ショートステイ)
- 12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導 (居宅療養管理指導)
- 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 14. 複合型サービス
- 15. その他 ( )
- 16. 利用していない

問35 お酒は飲みますか。(1つに○)

- 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36 タバコは吸っていますか。(1つに○)

- 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37 次の①～⑤について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

- ① (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない
  - 1. はい
  - 2. いいえ
- ② (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
  - 1. はい
  - 2. いいえ
- ③ (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
  - 1. はい
  - 2. いいえ
- ④ (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
  - 1. はい
  - 2. いいえ
- ⑤ (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする
  - 1. はい
  - 2. いいえ

問38 高齢者福祉・介護保険制度・健康などに関して、区への要望や意見がありましたら、下の欄にご記入ください。

以上でアンケートは終わります。ご協力ありがとうございました。



# 4 介護サービス事業者調査

サービス事業者

## 介護サービス事業者に関するアンケート調査

—ご記入にあたってのお願い—

- ◇設問への回答は、指示のあるものを除き、平成25年9月1日現在の状況でお願いいたします。
- ◇指定を受けた事業所ごとに回答してください。
- ◇調査票にご記入いただいたききましたら、同封の返信用封筒に入れて（**切手不要**）、**10月17日（木）まで**に、お近くの郵便ポストに投かんしてください。

### 貴事業所について

●はじめに、貴事業所名とご連絡先を教えてください。

貴事業所名	(事業所番号)		
連絡先	住所		
	電話番号	FAX番号	
	回答者名		

問1 貴事業所の法人の形態は次のどれですか。(1つに○)

1. 社会福祉法人	
2. 特定非営利活動法人（NPO法人）	
3. 医療法人	
4. 生活協同組合	
5. 営利法人（株式会社、有限会社など）	
6. その他（	）

問2 貴事業所の運営年数は、どのくらいですか。(1つに○)

1. 3年未満	
2. 3～7年未満	
3. 7～10年未満	
4. 10年以上	

サービス事業者

問3 貴事業所の概要についてお答えをお願いします。

①提供サービス (1つに○) ※予防給付も含めて回答してください	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. 通所介護 8. 通所リハビリテーション 9. 短期入所生活介護 10. 短期入所療養介護 11. 特定施設入居者生活介護 12. 福祉用具貸与 13. 特定福祉用具販売 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 15. 夜間対応型訪問介護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 20. 介護老人福祉施設 21. 介護老人保健施設																																																			
②従業員数 (それぞれ人数を記入)	従業員数 _____ 名 (常勤 _____ 名、非常勤 _____ 名) ※いない場合は「0」を記入してください																																																			
③従業員数の 職種内訳 (それぞれ人数を記入)	<table border="1"> <tr> <th>管理職</th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> </tr> <tr> <td>介護支援専門員（ケアマネジャー）</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>サービス提供責任者</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>訪問介護員</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>実務者研修修了者 (介護職員基礎研修修了者・1級ヘルパー含む)</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>介護職員初任者研修修了者 (2級ヘルパー含む)</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>介護職員</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>医師・歯科医師</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>看護師・准看護師</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>OT・PT・ST</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>生活相談員</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>栄養士</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>計画作成担当者</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>事務職員</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>その他（</td> <td>）</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>その他（</td> <td>）</td> <td>名</td> </tr> </table>	管理職	常勤	非常勤	介護支援専門員（ケアマネジャー）	名	名	サービス提供責任者	名	名	訪問介護員	名	名	介護福祉士	名	名	実務者研修修了者 (介護職員基礎研修修了者・1級ヘルパー含む)	名	名	介護職員初任者研修修了者 (2級ヘルパー含む)	名	名	介護職員	名	名	医師・歯科医師	名	名	看護師・准看護師	名	名	OT・PT・ST	名	名	生活相談員	名	名	栄養士	名	名	計画作成担当者	名	名	事務職員	名	名	その他（	）	名	その他（	）	名
管理職	常勤	非常勤																																																		
介護支援専門員（ケアマネジャー）	名	名																																																		
サービス提供責任者	名	名																																																		
訪問介護員	名	名																																																		
介護福祉士	名	名																																																		
実務者研修修了者 (介護職員基礎研修修了者・1級ヘルパー含む)	名	名																																																		
介護職員初任者研修修了者 (2級ヘルパー含む)	名	名																																																		
介護職員	名	名																																																		
医師・歯科医師	名	名																																																		
看護師・准看護師	名	名																																																		
OT・PT・ST	名	名																																																		
生活相談員	名	名																																																		
栄養士	名	名																																																		
計画作成担当者	名	名																																																		
事務職員	名	名																																																		
その他（	）	名																																																		
その他（	）	名																																																		

※③は、合計数が従業員数と合致するように記入してください。常勤・非常勤については、指定申請の記載のみ記入して記入してください。兼務している従業員については、主として従事している職種のみの記入してください。

問4 貴事業所の経営状況は、いかがですか。(1つに○)

1. 良い	2. やや良い	3. ふつう	4. やや厳しい	5. 厳しい
-------	---------	--------	----------	--------

問5 貴事業所の介護サービス事業について、今後どのような方向性をお考えですか。(それぞれ1つに○)

	1 増やす (拡大する)	2 減らす (縮小する)	3 変わらない ・変化なし
①介護サービスの種類	1	2	3
②事業所の規模	1	2	3
③人件費総額	1	2	3

問6 貴事業所の平成25年8月の1カ月の収支状況において、介護事業収入に占める人件費の割合はどれくらいですか。(概算の数値を記入)  
※人件費(給与、労働保険・社会保険料を含む)には、委託費(外注費や派遣料など)は含まれません。また、社会保険料など種数月分を支払ったものについては、1カ月分に換算してください。数値は概数で結構です。

介護事業収入に占める人件費の割合 ( ) %

従業員について

問7 貴事業所では、介護職員処遇改善加算を算定していますか。(1つに○)

1. 介護職員処遇改善加算Ⅰを算定している	2. 介護職員処遇改善加算Ⅱを算定している	3. 介護職員処遇改善加算Ⅲを算定している	4. 算定していない・算定の対象外サービスである
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

問8 平成24年4月の介護報酬改定や介護職員処遇改善加算などにより、従業員の処遇改善に關して実施したものはありますか。(あてはまるものすべてに○を、金額等を記入)

1. 基本給の引き上げ	(平均)	円/月)
2. 諸手当(役職手当・精勤手当・資格手当など)の新設 (手当名称: )	(平均)	円/年)
3. 諸手当(役職手当・精勤手当・資格手当など)の引き上げ (手当名称: )	(平均)	円/年)
4. 一時金の新設	(平均)	円/年)
5. 一時金の引き上げ	(平均)	円/年)
6. 従業員の増員による業務負担軽減		
7. 労働時間・労働日数の適正化		
8. 昇進・昇格要件の明確化		
9. 非常勤従業員の常勤への登用		
10. 教育研修の充実		
11. 福利厚生充実		
12. その他 ( )		
13. 特になし		

問9 人材を確保するためにどのように取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 人材派遣の活用	
2. 公共職業安定所(ハローワーク)の活用	
3. 求人誌の活用	
4. 専門学校等への求人票の送付	
5. 専門学校等への訪問	
6. 知人や他の事業所等からの情報の活用	
7. その他 ( )	
8. 特になし	

問10 人材を定着させるためにどのように取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 賃金・労働時間等の労働条件の改善	
2. 資格・能力や仕事ぶりの評価を反映した配置や処遇	
3. キャリアに応じた給与体系等の整備	
4. 従業員の資格取得やスキル向上のための研修参加の推奨	
5. 休憩室や談話室の設置など職場環境の整備	
6. 非常勤従業員の常勤への登用	
7. 希望する労働時間の設定	
8. 職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化(定期的なミーティング、意見交換会、チームケア等)	
9. その他 ( )	
10. 特になし	

問11 従業員のメンタルヘルスについて、実施していることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. メンタルヘルスに関する規程や方針・計画等の整備 2. 専門家によるカウンセリングの実施 3. 事業所内における、メンタルヘルスについてのスクリーニング調査の実施 4. メンタルヘルスを目的とした福利厚生事業の実施 5. その他 ( ) 6. 特になし
---

問12 人材を確保する上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. 募集しても応募が少ない 2. 応募があっても条件が合わない 3. 募集コストの割に採用が少ない 4. 良質な人材が集まらない 5. 採用しても定着しない 6. その他 ( ) 7. 特になし
--

問13 問3③で回答した従業員について、平均勤続年数及び1年間の採用人数と退職人数はどのくらいですか。

※それぞれ数字を記入してください。  
 平成25年9月1日現在の状況でお答えください。  
 採用人数・退職人数は、平成24年9月1日～平成25年8月31日の状況でお答えください。  
 採用者や退職者がいない場合は「0」を記入してください。

	常 勤		非 常 勤	
	平均勤続年数 (小数第1位まで)	1年間の採用人数	平均勤続年数 (小数第1位まで)	1年間の採用人数
管理者				
介護支援専門員 (ケアマネジャー)				
サービス提供責任者				
訪問介護員				
介護職員				
医師・歯科医師				
看護師・准看護師				
OT・PT・ST				
生活相談員				
栄養士				
計画作成担当者				
事務職員				
その他 ( )				
その他 ( )				

問14 従業員の充足状況はどうか。職種ごとにお答えください。(それぞれ1つに○)  
 ※職種は、問13の区分から、従業員数の多い順に転記してください。

職 種	1 質・人数ともに確保できている	2 人数は確保できているが、質に満足していない	3 質には満足だが人数は確保できていない	4 質・人数ともに確保できていない
①	1	2	3	4
②	1	2	3	4
③	1	2	3	4

サービスの質の向上への取り組み

問15 現在課題と感じていることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 提供するサービスの質 2. サービス利用者の需要の少なさ 3. 地域情報収集・顧客ニーズの把握方法 4. 事業所のPR 5. 地域とのネットワーク形成 6. その他 ( ) 7. 特になし
---

問16 サービスの質の向上に関する具体的な取り組みについてお答えください。(それぞれ1つに○)

	1 現在実施している (予定含む)	2 検討中	3 実施する 予定はない
①研修会の実施または参加	1	2	3
②地域包括支援センターへの相談	1	2	3
③主治医との連携	1	2	3
④事業所内に参考書を準備	1	2	3
⑤サービスマニアルの作成	1	2	3
⑥事業者自身によるサービス評価の実施	1	2	3
⑦第三者による評価の実施	1	2	3
⑧介護相談員の受け入れ	1	2	3
⑨利用者の要望や意見の収集	1	2	3
⑩苦情処理委員会の設置	1	2	3
⑪サービス向上委員会などの設置	1	2	3
⑫QC (改善活動) サークルなど従業員の自主的な勉強会の実施	1	2	3

問17 福祉サービス第三者評価を受審しましたか。(1つに○)  
 ※「福祉サービス第三者評価事業」は、公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から事業所の運営管理や提供するサービスを評価する事業です。「介護サービス情報の公表」とは異なりますのでご注意ください。

1. 受審した
2. 受審していないが検討している
3. 受審していない(今後も受審する予定はない)

問17-1 「3」に○をした事業所におうかがいします。  
 受審していない(今後も受審する予定はない)理由をお答えください。  
 (あてはまるものすべてに○)

1. 受審費用が高いから
2. 自治体の助成が少ないから
3. どの評価機関で受審したらよいか判断できないから
4. 受審方法がわからないから
5. 他事業所がまだ受審していないから
6. 受審するメリットがないから
7. 手間や時間がかかるから
8. 受審対象サービスがないから
9. その他( )

危機管理について

問18 サービス提供を通して利用者に取り得る事故(転倒・誤嚥など)を防止するために、どのような対策を実施していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 事故予防マニュアルの作成
2. 事故発生時の対応マニュアルの作成
3. ヒヤリ・ハット報告の徹底
4. 感染症予防マニュアルの作成
5. 感染症発生時の対応マニュアルの作成
6. 虐待防止マニュアルの作成
7. 事故発生(感染症予防・虐待防止)の委員会の設置及び定期開催
8. 事故発生後の再発防止に向けた検証と研修の実施
9. その他( )
10. 特になし

問19 非常災害時(火災や地震など)に備えて、どのような対策を講じていますか。  
 (あてはまるものすべてに○)

1. 災害時対応マニュアルの作成
2. 事業所における、利用者等も含めた避難訓練の実施
3. 事業所の避難訓練等の実施の際、地域住民等が参加
4. 地域の避難訓練への参加
5. 食料品や水等の備蓄
6. 利用者と災害発生時における対応を確認
7. 安否確認の方法を確認
8. その他( )
9. 特になし

従業員教育について

問20 教育・研修の計画を作成していますか。(1つに○)

1. 作成済み
2. 作成予定
3. 作成予定なし

問21 従業員の教育・研修は、どのように実施していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 内部講師による所内研修会の実施
2. 外部講師による所内研修会の実施
3. 区主催の研修会への参加
4. 都主催の研修会への参加
5. 区・都主催以外の外部の研修会への参加
6. 入社時研修の実施
7. 台東区介護サービス事業者連絡会が実施する研修会への参加
8. その他( )
9. 特に実施していない

9ページの問21-1へ



問21-1 問21で「1～8」に○をした事業所におうかがいします。  
この1年間に実施した、教育・研修の内容別の実施（参加）回数と受講者数をお答えください。  
※各項目にそれぞれ数字等を記入してください。  
実施していない場合は、「○」を記入してください。

内 容	実施（参加）回数	のべ受講者数
①言葉遣いなどの接遇やマナー、身だしなみ	回/年	人/年
②介護技術・知識向上のための研修	回/年	人/年
③資格取得のための支援	回/年	人/年
④事故の予防及び事故発生時の対応	回/年	人/年
⑤虐待防止	回/年	人/年
⑥公衆衛生・感染症対策	回/年	人/年
⑦メンタルヘルス	回/年	人/年
⑧認知症の知識	回/年	人/年
⑨情報共有、記録・報告方法	回/年	人/年
⑩コンプライアンス・プライバシー保護	回/年	人/年
⑪医療知識	回/年	人/年
⑫看取り	回/年	人/年
⑬事例検討	回/年	人/年
⑭その他（ ）	回/年	人/年

問22 教育や研修で、今後、力を入れて取り組み（続け）たいものはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 言葉遣いなどの接遇やマナー、身だしなみ
2. 介護技術・知識向上のための研修
3. 資格取得のための支援
4. 事故の予防及び事故発生時の対応
5. 虐待防止
6. 公衆衛生・感染症対策
7. メンタルヘルス
8. 認知症の知識
9. 情報共有、記録・報告方法
10. コンプライアンス・プライバシー保護
11. 医療知識
12. 看取り
13. 事例検討
14. その他（ ）
15. 特になし

問23 従業員を教育する上でどのようなことに困っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 人材育成のための時間がない
2. 人材育成のための費用に余裕がない
3. 採用時期が別々で効率的な育成ができない
4. 育成してもすぐに辞めてしまう
5. 従業員の向上意欲が低い
6. 研修を受講させる人的な余裕がない
7. 指導できる人材が少ない、または、いない
8. 研修カリキュラムが作れない
9. どのように教育すればよいかかわからない
10. その他（ ）
11. 特になし

サービス提供について

問24 他法人等（地域包括支援センター含む）と連携して、実施していることはありますか。  
（あてはまるものすべてに○）

1. 勉強会、ケース検討会の共同開催	
2. 利用者の定員超過が見込まれる場合や空きがある場合の連携	
3. 困難事例等の相談	
4. その他（ ）	
5. 特になし	

問25は、居宅介護支援事業所のみお答えください

問25 介護予防ケアプランの作成を受託していますか。（1つに○）

1. 受託している	
2. 受託していない	

「1.受託している」に○をした事業所  
におうかがいします。

「2.受託していない」に○をした事業所  
におうかがいします。

問25-1 委託元の地域包括支援センターの 数及び1カ月（平成25年8月）の 介護予防ケアプランの作成件数を お答えください。	（ ） カ所
委託元の地域包括支援センター （ ）	（ ） 件/月
介護予防ケアプラン作成件数 （ ）	
問25-2 今後、介護予防ケアプランを受託 する予定はありますか。（1つに○）	
1. 予定はある	
2. 予定はない	

問25-3 「2.予定はない」に○をした事業所におうかがいします。  
受託できない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 介護予防ケアプランの作成に働く人的余裕がない	
2. 報酬が仕事内容にそぐわない	
3. 利用者にあったサービスが選べない	
4. その他（ ）	

サービスへの参入意向について

問26 今後、貴法人として、台東区内で開設する意向のあるサービスはありますか。  
（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. 通所介護	
8. 通所リハビリテーション	
9. 短期入所生活介護	
10. 短期入所療養介護	
11. 特定施設入居者生活介護	
12. 福祉用具貸与	
13. 特定福祉用具販売	
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
15. 夜間対応型訪問介護	
16. 認知症対応型通所介護	
17. 小規模多機能型居宅介護	
18. 認知症対応型共同生活介護	
19. 地域密着型特定施設入居者生活介護	
20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
21. 複合型サービス	
22. 介護老人福祉施設	
23. 介護老人保健施設	
24. 特になし	

自由意見

問27 台東区へのご意見や要望等がありましたらご記入ください。  
例) 高齢者一般施策の充実、区による事業者に対する研修の充実等。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

# 5 介護支援専門員調査

## 介護支援専門員に関するアンケート調査

一ご記入にあたってのお願いー

- ◇設問への回答は、平成25年9月1日現在の状況をお願いします。
- ◇調査票にご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に入れて(切手不要)、10月17日(木)までに、お近くの郵便ポストに投かんしてください。

### ご本人について

●はじめに、あなたのお名前、所属する事業所名とご連絡先を教えてください。

回答者名		
事業所名	(事業所番号)	
事業所の連絡先	電話番号	FAX番号

問1 あなたの事業所に所属しているケアマネジャーは、あなたを含めて何人ですか。

( ) 人 ※人数を記入してください

問2 あなたの性別を教えてください。(1つに○)

1. 男性
2. 女性

問3 現在のあなたの年齢を教えてください。(1つに○)

1. 20歳代
2. 30歳代
3. 40歳代
4. 50歳代
5. 60歳以上

問4 あなたの勤務形態は、次のどれにあてはまりますか。(1つに○)

1. 常勤
2. 非常勤 (パート・アルバイト等を含む)

問5 あなたのケアマネジャー業務の経験年数は、どのくらいですか。(1つに○)

1. 1年未満
2. 1年以上2年未満
3. 2年以上3年未満
4. 3年以上5年未満
5. 5年以上7年未満
6. 7年以上10年未満
7. 10年以上

問6 問5のケアマネジャー業務の経験年数のうち、台東区での経験年数はどのくらいですか。(1つに○)

1. 1年未満
2. 1年以上2年未満
3. 2年以上3年未満
4. 3年以上5年未満
5. 5年以上7年未満
6. 7年以上10年未満
7. 10年以上

問7 現在の事業所で、ケアマネジャー業務の経験年数はどのくらいですか。(1つに○)

1. 1年未満
2. 1年以上2年未満
3. 2年以上3年未満
4. 3年以上5年未満
5. 5年以上7年未満
6. 7年以上10年未満
7. 10年以上

問8 あなたはこれまでに、ケアマネジャーとして他の居宅介護支援事業所から転職した経験がありますか。(1つに○)

1. ある
2. ない

問8-1 「1.ある」に○をした方におうかがいします。他の居宅介護支援事業所から転職した理由は何か。(あてはまるものすべてに○)

1. 職場の人間関係
2. 給料・福利厚生に満足していない
3. 残業が多い
4. 転勤
5. 自己都合
6. その他 ( )

問9 あなたは、介護支援専門員以外にどのような保健医療福祉関係の資格をお持ちですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護福祉士
2. 介護職員基礎研修修了者
3. 1級ヘルパー
4. 2級ヘルパー
5. 社会福祉士
6. 精神保健福祉士
7. 社会福祉主事
8. 看護師、准看護師
9. 保健師
10. 栄養士 (管理栄養士を含む)
11. PT
12. OT
13. ST
14. 医師
15. 歯科医師
16. 薬剤師
17. その他 ( )

問10 業務上で、精神的に負担に思うことはありませんか。(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者本人への対応
2. 家族への対応
3. 業務のスケジュール管理
4. 業務上の人間関係
5. ワークライフバランス (仕事と生活の調和・調整)
6. その他 ( )
7. 特にない

ケアマネジメントの状況について

問11 あなたが担当しているケアプラン数は何件ですか。(それぞれ数字を記入)  
※平成25年9月1日現在の担当件数をお答えください。

要支援者 ( ) 件	要介護者 ( ) 件
------------	------------

問12 あなたが担当しているケアプランについて、アセスメントの見直しはどのタイミングで行っていますか。(1つに○、定期的に行っている場合は数字を記入)

1. サービス担当者会議を開催する前に行う	4. その他 ( )
2. 毎月のモニタリングごとに行う	5. 行っていない
3. 定期的に行う → ( ) か月ごと	

問13 サービス担当者会議を開催するにあたり、日程調整は何日前くらいから行っていますか。(数字を記入)

開催日の ( ) 日前くらいから
------------------

問14 サービス担当者会議の開催にあたって、大変なことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. サービス事業者との日程調整	6. 会議の進め方
2. 利用者・家族との日程調整	7. 出席できない関係者の照会依頼
3. 主治医との日程調整	8. その他 ( )
4. 会場の確保	9. 特になし
5. 資料作成・準備	

問15 サービス担当者会議の開催にあたって工夫していることがありましたら、下記にご記入ください。

--

問16 この1年間に、ケアプランを作成する上でわからなかったことや困ったことがあった時、どこに相談しましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 同一法人のケアマネジャー	7. サービス事業者
2. 他法人のケアマネジャー	8. 主治医
3. 地域包括支援センター	9. その他 ( )
4. 区夜所	10. 相談できる相手がない
5. 東京都	11. 困ったことはない
6. 国民健康保険団体連合会	

4ページの問16-1へ

問16-1 問16で「1」～「9」に○をした方におうかがいします。  
どのようなことを相談しましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. ケアプランの作成	( )
2. 困難事例への対応 (どのようなケースですか)	( )
3. 利用者・家族間の意見調整	( )
4. 居宅サービス等の適否判断の解釈などの給付関連	( )
5. 介護保険外の社会資源の活用	( )
6. 医療知識	( )
7. 介護報酬請求事務	( )
8. その他 ( )	( )

問17 介護保険外サービスの情報をどのように得ていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 地域包括支援センター主催の「ケアマネの集い」	6. ケアマネジャー間の口コミ
2. 区や地域包括支援センターに相談	7. インターネット
3. 都主催の研修に参加	8. 都や区が発行している冊子等
4. 区主催の研修に参加	9. その他 ( )
5. それ以外の研修等	10. 特になし

問18 担当している利用者の中に、利用限度額を超えてサービスを利用している方はいますか。(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人	2. いない
---------------	--------

★「1.いる」に○をした方におうかがいします。

問18-1 利用者の方が利用限度額を超えてサービスを利用している理由は何ですか。  
※複数人いる場合は、主な理由をご記入ください。

--

問18-2 小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの新しいサービスを利用することで、限度額を超えている部分が解消されると思いますか。(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人	2. いない
---------------	--------



問19 担当している利用者の中に、通所介護事業所が宿泊サービスを提供する、いわゆる「お泊りサービス」を利用している方はいますか。(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人      2. いない

問19-1 「1.いる」に○をした方におうかがいします。  
利用者の方がお泊りサービスを利用している理由は何ですか。  
※複数記入の場合は、主な理由をご記入ください。

認知症の状況について

問20 担当している利用者の中に、医師から認知症と診断されている方はいますか。  
(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人      2. いない

問21 担当している利用者の中に、診断は受けていないが、認知症と思われる症状がある方はいますか。(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人      2. いない

問22 担当している第2号被保険者の利用者の中に、若年性認知症の方はいますか。  
(1つに○、いる場合は人数を記入)

1. いる → ( ) 人      2. いない

問23 若年性認知症の方のケアプランを作成する際、こんなサービスがほしいと思うこと、悩んだり困ること、不安に感じることがありましたら、下記にご記入ください。

問24 認知ケアのためにどのようなことが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症という病気や、早期発見・対応の重要性を正しく理解するための普及啓発
2. 認知症予防のための教室や講座の充実
3. 認知症ケアパスの作成・普及
4. かかりつけ医の認知症対応力の向上 (早期診断・早期対応)
5. かかりつけ医と専門医の連携
6. 医療と介護 (多職種間) の連携によるチーム支援
7. 地域生活を支える介護サービスの充実
8. 身近な場所で気軽に相談ができる体制の整備
9. 在宅で対応困難な時、相談ができる体制の整備
10. 認知症サポーターの養成など地域における支援の強化
11. 介護家族への支援の充実
12. 若年性認知症への支援の充実
13. その他 ( )

高齢者虐待の状況について

問25 担当している利用者について、虐待通報を行ったことがありますか。(1つに○)

1. ある  
2. ない

問25-1 「2.ない」に○をした方におうかがいします。  
虐待通報を行ったことはないが、「虐待ではないか」と不安に感じているケースはありますか。(1つに○)

1. ある      2. ない      3. わからない

問25-2 「1.ある」に○をした方におうかがいします。  
「虐待ではないか」と不安に感じているが、通報に至らない理由は何か。

問26 虐待への対応に関して悩んだり困ること、不安に感じることがありましたら、下記にご記入ください。

地域権利擁護事業や成年後見制度の利用について

問27 担当している利用者の中に、地域権利擁護事業や成年後見制度の利用について他機関へ相談したケースはありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない

問27-1 「1.ある」に○をした方におうかがいします。相談はどこに行いましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 社会福祉協議会 (あんしん台東)  
 2. 地域包括支援センター  
 3. 区役所  
 4. その他 ( )

問27-2 「2.ない」に○をした方におうかがいします。地域権利擁護事業や成年後見制度にはつながっていないが、利用が必要ではないかと思われるケースはありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない

問27-3 「1.ある」に○をした方におうかがいします。利用が必要だと思っているが、利用に至らない理由は何ですか。

問28 地域権利擁護事業や成年後見制度の利用について悩んだり困ること、不安に感じることがありましたら、下記にご記入ください。

医療との連携状況について

問29 担当している利用者の中に、在宅で次の医療的ケアを受けている方はいますか。(あてはまるものすべてに○、1～15に○の場合は、それぞれ人数を記入)

1. 点滴 → ( ) 人

2. 経管栄養 (胃ろう等) → ( ) 人

3. 中心静脈栄養 (IVH) → ( ) 人

4. 在宅酸素療法 → ( ) 人

5. 人工呼吸器の管理 → ( ) 人

6. 導尿の処置 (カテーテル、自己) → ( ) 人

7. 人工肛門の処置 → ( ) 人

8. 床ずれの処置 → ( ) 人

9. インスリン注射 → ( ) 人

10. 透析 → ( ) 人

11. 吸引 → ( ) 人

12. 気管切開の処置 → ( ) 人

13. 痛みに対する管理 (がん末期に相当する痛みの管理) → ( ) 人

14. ターミナルケア → ( ) 人

15. その他 ( ) → ( ) 人

16. 医療的ケアを必要としている人はいない

問30 医療依存度の高い利用者には、どのような支援が必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問診療・往診体制の充実

2. 24時間対応できる看護・介護サービスの充実

3. 必要な入院や退院に円滑に対応できる体制の整備

4. 在宅での看取りを可能とする体制づくり

5. 相談できる窓口の充実

6. 療養をしやすいとする居住環境の整備

7. 介護家族の負担軽減への支援

8. その他 ( )

問31 医師との連携について、課題・困難に感じることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 連絡が取りにくい

2. 自分自身の医療的な知識が不足している

3. 医療関係者の介護保険制度に対する理解が少ない

4. 医療関係者には、相談しにくい

5. 個人情報保護の観点から情報が共有されない

6. その他 ( )

7. 特にない

問32 医療との連携を充実するためにどのようなことが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)  
(あてはまるものすべてに○)

1. 在宅療養者の情報を共有するための統一フォーマットの作成
2. 医療と介護の連携マニュアルの作成
3. 地域ケア会議の充実・機能強化
4. 医療関係者と介護関係者の情報交換の確保 (相互の顔の見える関係づくり)
5. その他 ( )

問33 ケアマネタイムを活用していますか。(1つに○)  
※ケアマネタイムとは、要介護高齢者の医療系サービス利用の要否等につき医師がケアマネジャーの相談を受け付ける時間帯のことです。

1. 活用している
2. 活用していない
3. ケアマネタイムを知らなかった

問34 主治医の意見を聞きたい時に、どのような方法で連絡をとっていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話
2. ファックス
3. メール
4. 利用者の受診に同行
5. 直接訪問
6. サービス担当者会議を活用
7. 利用者・家族を通じて聞く
8. その他 ( )

ケアマネジャーの資質の向上について

問35 サービスの質の向上に向けた研修や勉強会に参加していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 法人内の研修や勉強会に参加
2. 外部の研修や勉強会に参加
3. 研修には参加していない

問35-1 「1」または「2」に○をした方におうかがいします。  
研修や勉強会に参加した動機は何ですか。下記にご記入ください。

問36 研修や勉強会で、どのような内容を取り上げてほしいですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護保険制度、介護保険外の社会資源について
2. ケアマネジメント技術・知識について
3. 言葉遣いなどの接遇やマナー、身だしなみについて
4. 認知症への対応について
5. 疾病や医療に対する知識について
6. 医療との連携について
7. 困難事例への対応について
8. 虐待や成年後見などの権利擁護について
9. 生活困難者への対応について
10. その他 ( )

問37 研修や勉強会に参加しやすい時間帯はいつですか。(1つに○)

1. 午前
2. 午後
3. 夜間 (18時以降)

問38 事業所内では、定期的な研修や勉強会がありますか。(1つに○)

1. ある
2. 定例ではないが、研修や勉強会はある
3. ない

問38-1 定期的な研修や勉強会が「1.ある」に○をした方におうかがいします。  
研修や勉強会の内容(主なもの)と頻度をご記入ください。

主な内容	
頻度 (1つに○)	1. 1週間に1回      4. 2、3か月に1回 2. 2週間に1回      5. 半年に1回 3. 1か月に1回      6. 1年に1回

地域包括支援センターとの連携について

問39 あなたが地域包括支援センターに行く頻度は、次のどれにあてはまりますか。(1つに○)

1. 週1回程度
2. 月2～3回程度
3. 月1回程度
4. 半年に1回程度
5. 年2～3回程度
6. 行ったことがない

問39-1 「1」～「5」のいずれかに○をした方におうかがいします。  
地域包括支援センターに行った理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談
2. 申請
3. 情報収集 (研修会等)
4. その他 ( )

問40 今後、地域包括支援センターに期待することは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 区役所などへの要望事項の取りまとめや仲介
2. ケアマネジャーに対する個別指導・相談
3. 困難事例の相談
4. ケアマネジャーのネットワークづくり
5. 多職種協働・連携による包括的・継続的ケアマネジメント支援
6. 地域の総合相談窓口機能の充実
7. 連絡会や勉強会の充実
8. 要支援高齢者の実態把握と対応
9. 高齢者の虐待防止・権利擁護
10. その他 ( )

台東区に期待すること

問41 今後、充実を期待する介護保険サービスは何ですか。(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. 通所介護
8. 通所リハビリテーション
9. 短期入所療養介護
10. 短期入所療養介護
11. 特定施設入居者生活介護
12. 福祉用具貸与
13. 特定福祉用具販売
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 夜間対応型訪問介護
16. 認知症対応型通所介護
17. 小規模多機能型居宅介護
18. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
19. 地域密着型特定施設入居者生活介護
20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
21. 複合型サービス
22. 介護老人福祉施設
23. 介護老人保健施設

問42 問41で○をした介護保険サービスを選んだ理由は何ですか。下記にご記入ください。

問43 今後、介護保険以外のサービスで充実してほしいサービスは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 話し相手・見守り・安否確認の声かけ
2. ごみ出し・買い物の手伝い等
3. 病院等の送迎・院内介助
4. 外出支援サービス
5. 配食サービス
6. 紙おむつの給付
7. 訪問理美容サービス
8. 訪問歯科診療
9. 寝具乾燥消毒サービス
10. 生活環境の整理(サービス導入事前・事後)
11. 服薬管理
12. 福祉サービス利用援助事業
13. 財産保全管理サービス
14. 成年後見制度の相談・情報提供
15. その他 ( )
16. 特になし

問44 在宅で高齢者等を介護しているご家族に対して、どのような支援やサービスがあると良いと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. リフレクシブへの支援
2. 介護者同士の交流の場の提供
3. 介護のコツなどが学べる介護教室の開催
4. 介護に関する相談支援の充実
5. 介護に関する情報提供の充実
6. 冠婚葬祭・急病時等に預けられる緊急ショートステイ
7. 必要に応じて夜間の利用や宿泊ができるサービスや施設
8. 経済的支援の充実
9. その他 ( )
10. 特になし

自由意見

問45 日ごろから考えていることなど、ご意見を自由にご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。



## 台東区高齢者実態調査 報告書

平成 26 年 3 月発行（平成 25 年度登録第 22 号）

発行 台東区福祉部高齢福祉課  
〒110-8615 台東区東上野 4-5-6  
TEL 03 (5246) 1205

協力 株式会社 コモン計画研究所  
〒166-0015 杉並区成田東 5-35-15 THE PLAZA-F 2 階  
TEL 03 (3220) 5415