

国分寺市高齢者保健福祉計画・第9期国分寺市介護保険事業計画策定に向けた各種基礎調査について

1 各種基礎調査の一覧

	調査名	調査項目	調査対象	配布数
1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	国が調査項目を提示	要介護１～５の認定を受けた方及び施設入所の方を除く市内に住所を有する65歳以上の高齢者の方	3,600件
2	在宅介護実態調査		施設入所の方を除く市内に住所を有する要支援１・２，要介護１～５の認定を受けた方及びその介護者の方	1,200件
3	施設等利用者及び家族状況調査	市が調査項目を作成	要介護１～５の認定を受けている65歳以上の施設入所者（介護保険施設，特定施設入居者生活介護，認知症対応型共同生活介護等の利用者）	300件
4	介護保険事業者調査		市内及び周辺地域に所在し市民にサービスを提供している事業者	320件
5	介護支援専門員調査		市内及び周辺地域の介護支援専門員	100件
6	介護職員等調査		市内及び周辺地域に所在し市民にサービスを提供している事業者の介護職員等	528件
7	住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅調査		市内で開設している住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅	9 件
配布数合計				6,057件

2 各種基礎調査の調査票

次ページ以降に前期計画（第8期計画）策定時の調査票を掲載

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。本調査は、厚生労働省が作成した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の項目に、国分寺市独自のニーズを把握するための質問項目を加えて実施するものです。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

国分寺市長 井澤 邦夫

2月28日(金)までに投函してください。

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、国分寺市内に住所を持つ65歳以上の方です。
ただし、要介護認定を受けている方及び施設に入所している方等は除きます。
対象者から無作為に選んだ3,600人の方に送付させていただいております。
2. ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲み、数字を記入する欄は右詰め（例

0	6	2
---	---	---

）kgでご記入ください。
4. 「あなたの～」と尋ねている質問項目がいくつかあります。
この場合「あなた」とは、宛名のご本人を指しますので、ご本人以外のご家族が回答された場合でも、宛名のご本人に関して回答してください。
5. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
6. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。
7. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。
8. この調査についてのお問合せは以下までお願いいたします。

【お問合せ先】

国分寺市 福祉部 高齢福祉課 計画係

電話 042-321-1301

FAX 042-320-1180

※(土)(日)(祝)除く午前8時30分から午後5時まで

問 1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

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

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

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

①【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(いくつでも)

- | | | |
|--|---|--|
| 1. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅつけつ・のうこうそく</small> 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 (<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. <small>にんちしょう</small> 認知症(アルツハイマー病等) | 7. パーキンソン病 | 8. <small>とうようびょう</small> 糖尿病 |
| 9. <small>じんしっかん</small> 腎疾患(透析) | 10. <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちようかくしょうがい</small> 聴覚障害 | 11. <small>こっせつ</small> 骨折・ <small>てんとう</small> 転倒 |
| 12. <small>せきついそんしょう</small> 脊椎損傷 | 13. <small>すいじゃく</small> 高齢による衰弱 | 14. その他 () |
| 15. 不明 | | |

②【(2)において「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等の介護を受けている場合も含む)」の方のみ】 主にどなたの介護、介助を受けていますか(いくつでも)

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

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか		
1. 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	
(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか		
1. 持家（一戸建て）	2. 持家（集合住宅）	
3. <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> 公営賃貸住宅	4. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅（一戸建て）	
5. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅（集合住宅）	6. 借家	
7. その他		
(5) 【(4)において「2. 持家（集合住宅）」、「3. 公営賃貸住宅」、「5. 民間賃貸住宅（集合住宅）」の方で、2F以上の階にお住まいの方のみ】 お住まいの集合住宅に、エレベーター又はエスカレーターは設置されていますか		
市独自		
1. 設置されている		
2. 設置されていない		

問2 からだを動かすことについて			
(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない	
(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない	
(3) 15分位続けて歩いていますか			
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない	
(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか			
1. 何度もある	2. 1度ある	3. ない	
(5) 転倒に対する不安は大きいですか			
1. とても不安である	2. やや不安である	3. あまり不安でない	4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出していますか

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2～4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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

(8) 外出を控えていますか

1. はい 2. いいえ

① 【(8) で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)

1. 病気 2. 障害(脳卒中^{しょうがい のうそっちゅう}の後遺症^{こういしょう}など)
3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配(失禁など)
5. 耳の障害(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()

(9) 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)

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

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長

--	--	--

cm

体重

--	--	--

kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		
1. はい	2. いいえ	
(3) お茶や汁物等でむせることがありますか		
1. はい	2. いいえ	
(4) 口の渇きが気になりますか		
1. はい	2. いいえ	
(5) 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか		
1. はい	2. いいえ	
(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)		
1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用	2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし	
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用	4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし	
① 噛み合わせは良いですか		
1. はい	2. いいえ	
② 【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか		
1. はい	2. いいえ	
(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		
1. はい	2. いいえ	
(8) どなたかと食事をとる機会がありますか		
1. 毎日ある	2. 週に何度かある	3. 月に何度かある
4. 年に何度かある	5. ほとんどない	

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい

2. いいえ

(2) 周りの人から「いつも同じ事を聞く」等の物忘れがあると言われますか

市独自

1. はい

2. いいえ

(3) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

1. はい

2. いいえ

①【(3)で「1. はい」(自分で電話をかけている)の方のみ】

市独自

携帯電話やスマートフォンを利用していますか

1. 電話のみ利用 2. メール・電話のみ利用 3. メール・電話・ウェブ検索のみ利用 4. 未利用

(4) 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

(5) 5分前のことが思い出せますか

市独自

1. はい

2. いいえ

(6) 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

市独自

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

(7) 人に自分の考えをうまく伝えられますか

市独自

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. 伝えられない

(8) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(9) 自分で食品・日用品の買物をしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(10) 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
(11) 自分で請求書の支払いをしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(12) 自分で預貯金の出し入れをしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(13) 年金などの書類（役所や病院等に出す書類）が書けますか		
1. はい	2. いいえ	
(14) 新聞を読んでいますか		
1. はい	2. いいえ	
(15) 本や雑誌を読んでいますか		
1. はい	2. いいえ	
(16) 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	
(17) 友人の家を訪ねていますか		
1. はい	2. いいえ	
(18) 家族や友人の相談にのっていますか		
1. はい	2. いいえ	
(19) 病人を見舞うことができますか		
1. はい	2. いいえ	
(20) 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	

(21) 趣味はありますか

1. 趣味あり ()

2. 思いつかない

(22) 生きがいがありますか

1. 生きがいあり → ()

2. 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか
※① - ⑧それぞれに回答してください

	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 (集いの場等)	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

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

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

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか

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

問6 たすけあいについて あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも）

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

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）

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

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（いくつでも）

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

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

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

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください（いくつでも）

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

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

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

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか
 同じ人には何度会っても1人と数えることとします

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

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (いくつでも)

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

(9) あなたは、ご近所の方とどのようなお付き合いがありますか

市独自

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. 日ごろから助け合っている | 2. 気のあった人とは親しくしている |
| 3. たまに立ち話をする程度 | 4. 顔を合わせたら挨拶をする程度 |
| 5. ほとんど付き合いはない | 6. 近所にどのような人がいるか知らない |

(10) あなたは、ご近所の方とのお付き合いは必要だと思いますか

市独自

市独自

1. 必要だと思う 2. 多少は必要だと思う 3. あまり必要だとは思わない 4. 必要だとは思わない

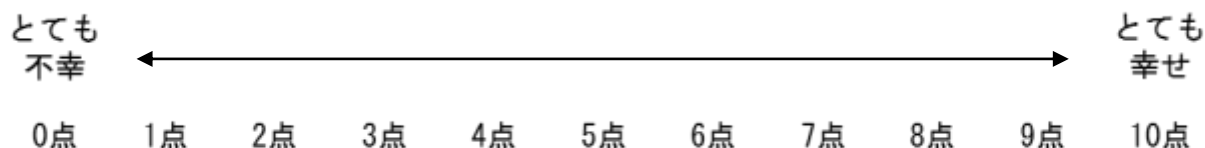
問7 健康等について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

(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、点を○で囲んでください)



(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか

1. はい 2. いいえ

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

1. はい 2. いいえ

(5) 習慣として運動（散歩、体操等を含む）をしていますか

市独自

※運動習慣のある人とは、「1回30分以上の運動を週2回以上1年以上続けている人」とされています

1. している 2. していない

① 【(5)において「2. していない」の方のみ】

習慣として運動していない主な理由はなんですか（いくつでも）

市独自

- | | |
|------------------|---------------------------------------|
| 1. 病気 | 2. 障害（ <small>しょうがい</small> 脳卒中の後遺症等） |
| 3. 足腰等の痛み | 4. トイレの心配（失禁等） |
| 5. 耳の障害（聞こえの問題等） | 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（ ） |

(6) あなたは、運動をしたり、栄養バランスの取れた食事をとっていますか（または、どのくらい関心がありますか）

市独自

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 既にしている（6か月以上） | 2. 既にしている（6か月未満） |
| 3. 今後1か月以内にする予定である | 4. 今後6か月以内にする予定である |
| 5. 関心はあるが、今後6か月にする以内予定はない | 6. 関心がない |

(7) お酒は飲みますか

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

(8) タバコは吸っていますか

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

(9) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（いくつでも）

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

問8 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい 2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい 2. いいえ

①【(2)において「1. はい」の方のみ】

認知症に関する次の相談先を知っていますか (いくつでも)

市独自

- | | | |
|---------------|--------------------------|-------------------------|
| 1. 地域包括支援センター | 2. 市役所 | 3. 認知症疾患医療センター |
| 4. かかりつけ医 | 5. おれんじ Café
(認知症カフェ) | 6. 認知症の家族の会
(きさらぎ会等) |
| 7. その他 () | | |

問9 その他

(1) あなたは、高齢者の相談窓口として、地域包括支援センターを知っていますか

市独自

1. 利用したことがある 2. 利用したことはないが、役割は知っている
3. 名前を聞いたことがある程度 4. 知らない

(2) 認知症について「どの程度」知っていますか

市独自

1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. あまり知らない 4. まったく知らない

(3) 消費者被害等に関して、次のような対策をしていますか (いくつでも)

市独自

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. 日頃から家族で話し合っている | 2. 電話でお金の話をしないと約束している |
| 3. 家族で事前に合言葉を決めておく | 4. 常に留守番電話に設定している |
| 5. 自動通話録音機を設置している | 6. 国分寺市生活安全・安心メールに登録している |
| 7. 対策していない | |

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート

(在宅介護実態調査)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。本調査は、厚生労働省が作成した「在宅介護実態調査」の項目に、国分寺市独自の実態の把握のため質問項目を加えて実施するものです。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただくと同時に、要支援者・要介護者の在宅生活の継続や、介護者の就労継続に有効な介護サービスのあり方を検討するために利用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

なお、ご回答いただきました内容は、個人情報の保護に関する法律及び国分寺市個人情報保護条例を遵守し、適正に取り扱わせていただきます。

国分寺市長 井澤 邦夫

2月28日(金)までに投函してください。

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、国分寺市内に住所を持つ要支援1～2・要介護1～5の認定を受けた方及びその介護者の方です。ただし、施設入所している方等は除きます。対象者から無作為に選んだ1,100人の方に送付させていただいております。
2. ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答に当たっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。
4. 「ご本人の～」と尋ねている質問項目がいくつかあります。
この場合「ご本人」とは、宛名のご本人を指しますので、A票ではご本人以外のご家族等が回答された場合でも、宛名のご本人に関して回答してください。
B票は、ご本人を介護されている介護者の方についてお聞きしていますので、介護者の方に関して回答してください。
5. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
6. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。
7. 調査票記入後は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れてお送りください。
8. この調査についてのお問合せは以下までお願いいたします。

【お問合せ先】

国分寺市 福祉部 高齢福祉課 計画係

電話 042-321-1301

FAX 042-320-1180

※(土)(日)(祝)除く午前8時30分から午後5時まで

個人情報の取扱いについて

この調査は、在宅介護に関する調査・分析を目的とするもので、国分寺市が下記業者に委託し、実施するものです。回答用紙は、個人情報の取扱いについての同意書を兼ねております。下記処理委託先は、個人情報の取扱いにつきまして、厳重な保護管理体制を構築し、業務を推進しております。配送業務等を外部に委託する場合にも、委託先の選定に関する厳格な基準を設け、これに合致した委託先にのみ業務を委託しております。



処理委託先 株式会社サーベイ リサーチセンター 世論・計画部
〒103-0027 東京都中央区日本橋3-13-5 KDX日本橋313ビル 5階
TEL 03-6826-4666

同意書

国分寺市長 殿

国分寺市が実施する本調査内容及び要支援・要介護認定情報を、「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」策定及び介護保険事業に使用することについて同意いたします。

令和 年 月 日

ご本人氏名 _____

主な介護者様氏名 _____

調査票を記入されたのはどなたですか（複数回答可）

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

A票 宛名のご本人様について、お伺いします

1. 本人の基本情報・サービス利用意向等について

問1 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

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

問2 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

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

問3 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください（1つを選択）

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

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

問3-1 【問3で「2.」又は「3.」と回答した方にお伺いします】

市独自

施設で生活される場合、ご本人はどのような部屋を希望しますか（1つを選択）

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1. 個室 | 2. 多床室（大部屋） |
| 3. 個室でも多床室（大部屋）でもどちらでもよい | 4. わからない |

問3-2 個室あるいは多床室（大部屋）を希望される理由があれば、ご自由にご記入ください

市独自

問4 ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください（複数選択可）

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

問5 現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（1つを選択）

1. 利用している ⇒ 問7へ
2. 利用していない ⇒ 問6へ

問6【問5で「2」と回答した方にお伺いします】
介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない | 2. 本人にサービス利用の希望がない |
| 3. 家族が介護をするため必要ない | 4. 以前、利用していたサービスに不満があった |
| 5. 利用料を支払うのが難しい | 6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| 7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため | 8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない |
| 9. その他（ ） | |

問7 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください（複数選択可）

- | | | |
|------------------------|------------|------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物等） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉カー等） | 8. 見守り、声かけ | 9. サロン等の定期的な通いの場 |
| 10. その他（ ） 11. 利用していない | | |

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問8 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください（複数選択可）

1. 配食 2. 調理 3. 掃除・洗濯
4. 買い物（宅配は含まない） 5. ゴミ出し 6. 外出同行（通院、買い物等）
7. 移送サービス（介護・福祉バス等） 8. 見守り，声かけ 9. サロン等の定期的な通いの場
10. その他（ ） 11. 特になし

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問9 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか（1つを選択）

1. 利用している 2. 利用していない

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

2. ご家族やご親族からの介護について

問 10 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（1つを選択）

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

市独自

問 11 【問 10 において「1. ない」以外を選択の方にお伺いします】
ご自身が受けている介護のことで、悩んでいるときに、どこに相談・連絡しますか。
(複数選択可)

1. 地域包括支援センター
2. 市役所
3. 家族
4. ケアマネジャー
5. 医療機関（主治医）
6. 介護事業所（訪問介護サービス事業所、訪問看護ステーション等）
7. その他（

3. その他、成年後見制度について

市独自

問 12 あなたは、成年後見制度を知っていますか

1. どのような制度か知っている⇒問 13 に進んでください
2. どのような制度か知らない⇒A 票の設問は以上です。B 票に進んでください。

問 13【問 12 において「1. どのような制度か知っている」と回答した方にお伺いします】

今後判断能力に不安が生じた場合、成年後見制度を利用したいですか

市独自

1. 利用したい⇒A 票の設問は以上です。B 票に進んでください。
2. 利用したくない⇒問 14 に進んでください

問 14【問 13 において「2. 利用したくない」と回答した方にお伺いします】

市独自

あなたが、成年後見制度を利用したくないと考える理由は何ですか（3つまで選択可）

1. 手続きが複雑である
2. 申立費用・報酬費用等の負担がある
3. 後見人等に金銭管理等をゆだねることが心配
4. 他人に財産状況や生活状況を知られたくない
5. 家族等の介護者が元気なうちは、介護者に金銭管理等をしてもらいたい
6. 利用のタイミングがわからない
7. 誰が後見人等に選任されるか不安である
8. その他（ ）

※「成年後見制度」とは、認知症等によって判断能力に不安がある方が、一方的に不利益な契約を結ぶことがないように、補助人、保佐人、後見人が、本人の判断能力を補い、保護する制度です。

- A票の問10で「2」～「5」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B票		主な介護者の方について、お伺いします（ご家族やご親族の方からの介護を受けている方）	
問1 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（複数選択可）			
1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）		2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	
3. 主な介護者が転職した		4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した	
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない		6. わからない	
※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。			
問2 主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）			
1. 配偶者		2. 子	
		3. 子の配偶者	
4. 孫		5. 兄弟・姉妹	
		6. その他（ ）	
問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つを選択）			
1. 男性		2. 女性	
問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つを選択）			
1. 20歳未満		2. 20代	
		3. 30代	
4. 40代		5. 50代	
		6. 60代	
7. 70代		8. 80歳以上	
		9. わからない	

問5 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください（複数選択可）

〔身体介護〕

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等） | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | | |
|----------|---|-----------|
| 15. その他（ | ） | 16. わからない |
|----------|---|-----------|

問6 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（3つまで選択可）

〔身体介護〕

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等） | |

〔生活援助〕

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

〔その他〕

- | | | |
|------------------------|---|----------------------|
| 15. その他（ | ） | 16. 不安に感じていることは、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

問7【主な介護者の方が記入した場合】次の1から13の項目について、主な介護者の方の状態や気持ちに最も近いものを、それぞれ1つずつ選んで○をつけてください

市独自

	よく あてはまる	どちらか というと あてはまる	あまり あてはまら ない	まったく あてはまら ない
1. 睡眠時間や休息時間がとれない	1	2	3	4
2. 自分の健康が保てない	1	2	3	4
3. ストレスがたまっている	1	2	3	4
4. 精神的・肉体的疲労感が限界である	1	2	3	4
5. 自分ひとりが我慢すれば済むと思うことがある	1	2	3	4
6. 介護を続けていく自信がない	1	2	3	4
7. 共倒れしてしまうのではないかとと思うことがある	1	2	3	4
8. 本人についつらくあたってしまうことがある	1	2	3	4
9. 本人と意思疎通ができない	1	2	3	4
10. 誰も自分の大変さを理解してくれない	1	2	3	4
11. 家族や親族等の理解・協力が得られない	1	2	3	4
12. 適切な介護の方法や、その相談窓口がわからない	1	2	3	4
13. 経済的負担が大きい	1	2	3	4

問8 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください（1つを選択）

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. フルタイムで働いている | } ⇒ 問9～問11へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } ⇒ 調査は終了です。 |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」、「パートタイム」のいずれかを選択してください。

問9【問8で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします】

主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか
(複数選択可)

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

問10【問8で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします】

主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果がある
と思いますか(3つまで選択可)

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため, 勤め先はない | 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実 |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり | 4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制等) |
| 5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワーク等) | 6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供 |
| 7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置 | 8. 介護をしている従業員への経済的な支援 |
| 9. その他() | 10. 特にない |
| 11. 主な介護者に確認しないと, わからない | |

問11【問8で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします】

主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか(1つを選択)

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

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて2月28日(金)までにポストに投函してください(切手は不要です)。

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(施設等利用者及び家族状況)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

なお、調査結果はすべて無記名で統計処理するため、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願い申し上げます。

国分寺市長 井澤 邦夫

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、要介護認定を受けている施設等の入所（入居）者の方です。対象者から無作為に選んだ300人の方に送付させていただいております。
現在、施設等を退所されている場合は、本調査票への回答は不要です。恐れ入りますが、送付物すべてを返信用封筒に封入の上、ご返送いただきますようお願い申し上げます。
2. 質問は、施設等に入所されているご本人が記入してください。
3. ご本人の記入が難しい場合は、本人以外の方（ご家族等）が、ご本人に確認しながらもしくはご本人の立場に立って、記入してください。（施設等の方へ：お手数ですが、ご家族が施設訪問された時に調査票をお渡しください。）
4. ご本人の記入が難しい場合で、ご家族等の記入が難しい場合には、恐れ入りますが担当職員の方がわかる範囲でご記入いただけますよう、お願い申し上げます。
5. お答えは、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその理由を具体的に記入してください。
6. 「1つ」や「3つ以内」等の指定がある時は、その範囲内で○印をつけてください。
7. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。

1～5ページの問7までは、施設等入所者ご本人についての質問です。

6ページのF1～F6は、ご本人のご家族の方にお答えいただく質問です。

※ただし、該当する方がいらっしゃらない場合は、ご記入不要です。

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に封入のうえ、
令和2年2月28日（金）（回答期限）までにご投函ください。

○ご不明な点等がございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

国分寺市福祉部高齢福祉課計画係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※（土）（日）（祝）除く午前8時30分から午後5時まで

1. 施設等入所者ご本人（以下、「ご本人」）の状況について

★この調査票は、どなたがご記入なさいますか。（○は1つ）

- 1. ご本人が記入
- 2. ご本人に回答を確認しながら、ご本人以外の方が記入
- 3. ご本人の立場に立って、ご本人以外の方が記入

★ご記入された方はどなたですか。（○は1つ）

- 1. 配偶者
- 2. 兄弟姉妹、親
- 3. 子ども、孫
- 4. 子どもの配偶者、孫の配偶者
- 5. その他の親族
- 6. 施設等の担当職員
- 7. その他（具体的に

★ ご本人の状況についてお伺いします。

F 1 性別（○は1つ）	1. 男性	2. 女性
F 2 年齢（○は1つ）	1. 40歳～64歳 2. 65歳～69歳	3. 70歳～74歳 4. 75歳～79歳 5. 80歳～84歳 6. 85歳以上
F 3 施設等の種類 現在入所（入居）している施設等はどれですか。 （○は1つ）	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 2. 介護老人保健施設（老人保健施設） 3. 介護医療院（介護療養型医療施設） 4. 有料老人ホーム・ケアハウス（特定施設） 5. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 6. その他（具体的に </div> <p>↓</p> F 3 - 1 居室のタイプはどれですか。（○は1つ） 1. 個室 3. わからない 2. 多床室（大部屋）	
F 4 入所（入居）理由 現在の施設等に入所（入居）した主な理由は何ですか。 （あてはまるものすべてに○）	1. 24時間介護やケアが受けられるから 2. 専門的な介護やケアが受けられるから 3. ケア内容や設備等がいいから 4. 手厚い介護を必要とするから 5. 一人で住むには不安があるから 6. 家族に迷惑をかけたくないから 7. 介護者が高齢等のため、身体介護が困難になったから 8. ご本人が現在の施設等への入所（入居）を希望したから 9. 自宅の構造が介護に適さないから 10. 防犯、防災等の面で安心できるから 11. 医療的な対応を受けられるから 12. 費用負担が安くなるから 13. 自宅から近いから 14. その他（	

2. 施設等での生活について

問1 ご本人の日常的な金銭管理・預貯金通帳等の管理は誰が行っていますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------------|------------|
| 1. 自分で管理している | 4. 成年後見人 |
| 2. 家族や親族が管理している | 5. その他 () |
| 3. 施設等職員が管理している | |

問2 ご本人が、日頃楽しみにしていることは何ですか。(○は3つ以内)

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. 家族や親族との団らん | 8. 散歩 |
| 2. 友人や知人との団らん | 9. 趣味や学習活動 |
| 3. 施設等職員との団らん | 10. リハビリテーション |
| 4. ボランティアや地域の人との交流 | 11. 買い物 |
| 5. 施設等でのイベントや行事 | 12. 散髪や化粧 |
| 6. 施設等での食事 | 13. その他 () |
| 7. 入浴 | |

問3 現在の施設等に入所(入居)してから、ご本人の生活の中で良くなったと感じることはありますか。(○は3つ以内)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 穏やかに毎日を過ごせている | 5. 健康が維持・向上した |
| 2. 生活が維持できている | 6. 筋力等身体機能が維持・向上した |
| 3. 自分でできることが増えた | 7. その他 () |
| 4. 日々の生活に張りが出た | 8. 特に良くなったと感じることはない |

問4 ご本人は、現在の施設等での生活にどの程度満足していますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. おおむね満足している | 3. どちらかといえば満足していない |
| 2. どちらかといえば満足している | 4. 満足していない |

問5 ご本人は最終的に、どのような場所で暮らしたいですか。(○は1つ)

- 1. 現在の施設等で介護や治療を受けながら暮らし続けたい
- 2. 緊急時に治療を受けられる病院で暮らしたい
- 3. 介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅で暮らしたい
- 4. 自宅で医療や介護を受けながら暮らしたい
- 5. その他 ()

▶問5-1 今後も施設等で生活されることをご希望の場合、ご本人はどのような部屋を希望しますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. 個室 | 3. 個室でも多床室（大部屋）でもどちらでもよい |
| 2. 多床室（大部屋） | 4. わからない |

▶問5-2 個室あるいは多床室（大部屋）を希望される理由があれば、ご自由にご記入ください。

3. 施設等サービスで大切なことについて

問6 施設等サービスで、特に大切だと思うものはどれですか。(〇は5つ以内)

1. 特別養護老人ホームや介護老人保健施設等, 介護保険施設の充実
2. 有料老人ホームやグループホーム等, 居住系施設の充実
3. 高齢者向けの賃貸住宅の充実
4. リハビリ機能の充実
5. レクリエーション内容の工夫
6. 事業者情報の充実
7. ボランティアや地域の人との交流
8. 施設等入所時の食費や居住費の補助
9. その他()

4. ご意見・ご要望について

問7 施設等での生活の質を向上させるために必要なこと等, ご意見・ご要望等がありましたらご自由にご記入ください。

<div></div> <div></div> <div></div>

次頁からはご本人の家族の方がお答えください。

ご家族がいない方, ご家族が遠方にお住まいのため回答できない場合はこれで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

返信用封筒に入れて, ご返送ください。

5. ご本人の家族の状況について

ご本人の家族の方にお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。

F 1 性別（○は1つ）	1. 男性	2. 女性
F 2 年齢（○は1つ）	1. 40歳未満 2. 40歳～49歳 3. 50歳～59歳	4. 60歳～64歳 5. 65歳～69歳 6. 70歳～74歳 7. 75歳～79歳 8. 80歳以上
F 3 ご本人との続柄 ご本人からみて、あなたはどのような続柄ですか。（○は1つ）	1. 配偶者 2. 兄弟姉妹、親 3. 子ども、孫	4. 子どもの配偶者、孫の配偶者 5. その他の親族 6. その他（ ）
F 4 職業（○は1つ）	1. 自営業・自由業 2. フルタイム勤務 3. パート・アルバイト	4. 専業主婦（夫） 5. 無職 6. その他（ ）
F 5 介護サービスを利用することで、経済的な負担は怎么样了か。（○は1つ）	1. 負担が軽減した 2. あまり変わらない 3. 負担が増えた 4. 大いに負担が増えた	
F 6 施設等で不適切な介護や虐待を受けた場合、通報（相談・連絡）をしたらどこに連絡をしますか。（あてはまるものすべてに○）	1. 施設等職員 2. 介護相談員 3. 国民健康保険団体連合会 4. 地域包括支援センター 5. 市役所	6. 警察 7. ケアマネジャー 8. 医療機関（主治医） 9. その他（ ）

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて **2月28日（金）** までにポストに投函してください。（**切手は不要です。**）

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(介護保険事業者)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。
調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきま
す。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。
なお、調査結果はすべて無記名で統計処理するため、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願い申し上げます。

国分寺市長 井澤 邦夫

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. ご回答にあたっては、一部の設問を除き令和2年1月1日現在での状況をご記入ください。
2. 表紙の事業種別欄に印字されたサービスについてご記入ください。
3. 設問によっては、職員の人数をご記入頂く場合がありますが、「兼務」「専任」あわせ
た数でご記入ください。
4. 貴事業所単独で判断がつかない設問については、意見調整をお願いいたします。
5. お答えは、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。
6. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
7. 「1つ」や「3つ以内」等の指定がある時は、その範囲内で○印をつけてください。
8. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。

●本調査票は、次の事業についてご記入ください。

事業種別	
------	--

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に封入のうえ、
令和2年2月28日（金）（回答期限）までにご投函ください。

○ご不明な点等がございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

国分寺市福祉部高齢福祉課計画係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※（土）（日）（祝）除く午前8時30分から午後5時まで

★すべての事業種別で共通の様式を使用しておりますので、事業種別によっては設問・選択肢がそぐわない場合がございます。ご記入いただける範囲でご協力をお願いします。

●すべての回答は管理者の方がご記入ください。

1. 貴事業所の概要

問1 次の(1)～(5)について、あてはまるものを1つずつ選んで○をつけてください。

(1)法人格の種類	1. 社会福祉法人 2. 特定非営利活動法人（NPO法人） 3. 株式会社 4. 有限会社 5. 医療法人 6. 生活協同組合 7. その他 （ ）																																		
(2)貴事業所の所在地	1. 国分寺市内 2. 国分寺市外																																		
(3)貴事業所の職員体制 (右表の枠内に、該当する人数を記入してください)	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2"></th><th colspan="3">正 規 職 員</th><th colspan="3">正規職員以外（※4）</th></tr> <tr> <th>男</th><th>女</th><th>計</th><th>男</th><th>女</th><th>計</th></tr> <tr> <td>常 勤 労 働 者（※1）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>短時間労働者（※2）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>登録ヘルパー（※3） （訪問介護事業者のみ）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		正 規 職 員			正規職員以外（※4）			男	女	計	男	女	計	常 勤 労 働 者（※1）							短時間労働者（※2）							登録ヘルパー（※3） （訪問介護事業者のみ）						
			正 規 職 員			正規職員以外（※4）																													
		男	女	計	男	女	計																												
	常 勤 労 働 者（※1）																																		
	短時間労働者（※2）																																		
登録ヘルパー（※3） （訪問介護事業者のみ）																																			
ここでは、以下のとおり分類します。 ・常勤労働者（※1）：事業所の定める所定労働時間をすべて勤務する者 ・短時間労働者（※2）：1日の所定労働時間又は1週間の労働日数が、常勤労働者より少ない者（登録ヘルパーを除く） ・登録ヘルパー（※3）：働くことができる時間を事業所に登録しておき、本人の都合の良い時だけ勤務する者（訪問介護事業所のみ） ・正規職員以外（※4）：「派遣・契約・臨時・パートタイム」職員等の者																																			
(4)上記「正規職員」の勤務年数 (該当する人数を記入してください)	【正規職員の勤務年数別内訳】 1年未満（ 人） 1～3年未満（ 人） 3年以上（ 人） ※（ 人）の数字の合計が、上記表の <u>太枠の合計</u> に合うようにご記入ください。																																		
(5)定期健康診断の実施状況 (労働安全衛生法規定)	常勤労働者	1. している 2. していない																																	
	短時間労働者	1. している 2. していない																																	
	登録ヘルパー（訪問介護事業者のみ）	1. している 2. していない																																	

問2 平成30年度（平成30年4月1日から平成31年3月31日まで）で、貴事業所で採用した人数、離職した人数についてお伺いします。

（1）採用した人数

	正規職員			正規職員以外		
	男	女	計	男	女	計
常勤労働者						
短時間労働者						

（2）離職した人数

	正規職員			正規職員以外		
	男	女	計	男	女	計
常勤労働者						
短時間労働者						

2. 利用者の人権の尊重について

問3 貴事業所において、利用者の意思や尊厳の尊重、施設内での虐待防止等、利用者の人権を擁護するために講じている取組にはどのようなものがありますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 認知症、高齢者虐待防止等に関する研修を実施したり、外部研修へ参加をしている
2. 他施設と情報交換等の交流をしている
3. 人員配置上の工夫をしている（夜勤体制の強化等）
4. 施設内外の多職種（医師やケアマネジャー等）間の連携を高めている
5. 規則等の再検討や、業務内容（一斉介助や流れ作業等）の見直しを行っている
6. トラブルが発生したとき、利用者及び家族が最初に連絡できる職員を明確にしている
7. 虐待防止等に関して施設全体の方針を設定し、管理者の責任を明確にしている
8. 虐待防止委員会等や相談窓口を設置し、担当者等を決めている
9. 苦情対応等の対応状況に関する点検評価を外部から受ける仕組みを導入している
10. 家族等にサービスの内容を知らせている
11. 施設の情報公表を進めている（福祉サービス第三者評価等の利用）
12. その他（
13. 特にない

3. 事故防止，感染予防の取組について

問4 サービス提供を通して利用者の身に起こり得る「事故（例：転倒・誤嚥等）」について，貴事業所で事故防止や，事故を最小限に止めるために講じている取組にはどのようなものがありますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 事故防止マニュアルの作成 | 6. 救急車の呼び方マニュアルの作成 |
| 2. 事故防止研修の実施 | 7. 応急処置技能研修の実施 |
| 3. 事故防止ミーティングの実施 | 8. その他（ ） |
| 4. ヒヤリ・ハット報告の徹底 | 9. 特にない |
| 5. 事故発生時の対応マニュアルの作成 | |

問5 サービス提供を通して利用者の身に起こり得る「感染症の発症」（職員から利用者，利用者から利用者，来訪者等の部外者から利用者）について，貴事業所で講じている予防策にはどのようなものがありますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 感染症予防マニュアルの作成 | 6. 職員への手洗い・うがい・消毒の奨励 |
| 2. 職員への感染症の正しい知識の提供 | 7. 職員への予防接種の実施 |
| 3. 職員への利用者の感染状況に関わる情報提供 | 8. 入浴順を工夫する等の個別対応 |
| 4. 職員への手袋や被服等の貸与 | 9. その他（ ） |
| 5. 安全衛生ミーティング | 10. 特にない |

問6 今後起こり得る「大規模災害（例：地震・台風等）」について，貴事業所で被害を最小限に止めるために講じている取組にはどのようなものがありますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 避難計画・方針の策定 | 5. 自治会等の地域組織との連携 |
| 2. 避難訓練の実施 | 6. その他（ ） |
| 3. 食料品等の備蓄 | 7. 特にない |
| 4. 災害発生時のサービス提供再開に向けたマニュアル等の作成 | |

4. 利用者からの苦情・相談内容とその対応について

問7 利用者やその家族から、どのような「苦情」や「相談」が多いですか。(○は3つ以内)

1. サービスの質	4. 説明・情報の不足	7. 利用者の金銭的な負担
2. 従事者の態度	5. 契約・手続関係	8. その他（ ）
3. 管理者等の対応	6. 具体的な被害・損害	9. 特にない

問8 「苦情」や「相談」の対応体制についてお伺いします。(○はそれぞれ1つずつ)

	ある	ない
ア 苦情相談窓口	1	2
イ 担当者の配置	1	2
ウ 苦情相談マニュアル	1	2
エ 苦情相談記録簿	1	2
オ 職員間で共通認識を持つ機会	1	2

5. サービスの質の向上に向けた課題について

問9 貴事業所で課題となっているものはどれですか。(あてはまるものすべてに○)

【経営面】 1. 事業所の経営理念の明確化 2. 提供するサービスの量的拡大 3. 提供するサービスエリアの拡大 【人材面】 4. 人材の確保 5. 従業員の労働条件の改善 6. 従業員への経営理念の周知徹底 7. OJT（人材育成・教育）の充実 8. 外部研修への積極的な派遣 9. 障害者サービスへの対応・研修 【サービスの質】 10. 各種マニュアルの作成 11. サービスの自己評価の取り組み 12. 利用者にとって有益な情報開示の推進	13. 制度改正に対応した利用者への説明 14. 利用者にわかりやすい契約書の工夫 15. 利用者のプライバシー保護・個人情報管理の徹底 16. サービス担当者会議への積極的な参加 17. 苦情処理対応の充実 【連携】 18. 家族等介護者とのつながり 19. 福祉系事業者との連携 20. 医療系事業者との連携 21. 医療機関との連携 22. 地域包括支援センターとの連携 23. ボランティアの受け入れ、連携 24. その他（ ）
---	---

問10 ボランティアを受け入れる場合、どんなことを担ってもらいたいですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 配膳、下膳、お茶出し	7. 裁縫
2. 散歩、屋内移動の補助	8. 洗濯物の整理
3. 施設内の清掃	9. 庭の手入れ等の補助
4. 施設利用者の話し相手	10. イベントボランティア (落語、マジック、演奏等)
5. 趣味の相手	11. その他（ ）
6. レクリエーション等の補助	

6. 報酬改定や処遇改善等の影響について

職員に対する処遇全般の設問になりますので、訪問看護等人員配置基準上、介護職員のいないサービスを提供されている事業所もご回答ください。

問11 平成30年4月以降の、貴事業所における介護職員の処遇改善の取組状況について、お伺いします。(〇はそれぞれ1つずつ)

	実施済み	実施予定	予定なし
ア 基本給のアップ	1	2	3
イ 基本給以外で、賞与のアップ	1	2	3
ウ 基本給以外で、資格等の手当のアップ	1	2	3
エ 福利厚生（保険・住宅等）の充実	1	2	3
オ 教育・研修の充実	1	2	3
カ 職員配置の拡充	1	2	3
キ その他（ ）	1	2	

問12 貴事業所では、介護職員の処遇改善を行う上で、どのような課題があると考えますか。
(あてはまるものすべてに〇)

1. 介護報酬処遇改善加算はあっても、職員の処遇改善にまでは回らない
2. 事業の安定運営が最優先で、職員の処遇改善にまでは回らない
3. 介護職員の処遇改善をしても、人材確保や定着率向上に結びつかない
4. 今後の制度改正や介護報酬改定を見据えると、給与体系まで手がつけられない
5. その他（ ）
6. 特に課題はない

問13 貴事業所では、平成31年中（平成31年1月～令和元年12月）の収入額は、前年に比べてどうなりましたか。(〇は1つ)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 大きく増えた（2割増以上） | 5. 少し減った（1割減未満） |
| 2. 増えた（1割増以上2割増未満） | 6. 減った（1割減以上2割減未満） |
| 3. 少し増えた（1割増未満） | 7. 大きく減った（2割減以上） |
| 4. ほぼ変わらない | |

問13-1 収入額が増減した理由は何ですか。(あてはまるものすべてに〇)

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. 利用者人数の増減 | 4. 加算の取得 |
| 2. 利用者一人当たりの利用単価の増減 | 5. その他（ ） |
| 3. 提供サービスの拡大・縮小 | |

7. 人材の確保について

問14 貴事業所では、職員の早期離職の防止や定着促進に向けた取組を行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. 賃金・労働時間等の労働条件を改善する | 7. キャリアの見通しを持って安定して働き続けられるようにする |
| 2. 労働時間の希望を聞く | 8. 研修等，人材育成を充実させる |
| 3. 仕事内容の希望を聞く | 9. 福利厚生を充実させる |
| 4. 職場環境を整える | 10. ICTや介護ロボット等の先進的な介護機器の導入による業務改善 |
| 5. 職場内の交流を深め，コミュニケーションの円滑化を図る | 11. その他（ ） |
| 6. ストレスチェックの導入等，職員のストレス対策を取っている | 12. 特に行っていない |

問15 貴事業所では、人材確保に向けた取組を行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 教育機関との連携を深めている |
| 2. 貴事業所（又は法人）で資格取得講座を開講し，修了者から採用している |
| 3. 就職希望者の情報がより早く得られるように職員や知人に声かけをする |
| 4. 貴事業所（又は法人）の存在を周知させるために定期的な広告をしている |
| 5. 採用時に賃金・労働条件を他社に比べよくしている |
| 6. 採用時に労働日数・時間の希望を出来るだけ聞き入れている |
| 7. 無資格者を採用し，採用後に資格取得講座を受講させている |
| 8. 上位資格の取得にあたって受講料補助等の支援をしている |
| 9. 外国人材の登用 |
| 10. その他（ ） |
| 11. 特に行っていない |

8. 第三者評価の受審状況について

★この設問は、居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護の各サービスを提供している事業者がお答えください。

★上記以外のサービス提供事業者は、「9. ご意見・ご要望について」へお進みください。

問16 「東京都福祉サービス評価推進機構」が認証した「第三者評価機関」による「福祉サービス第三者評価」を受けていますか。また、受けるお考えはありますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 年1回受審している | 3. 受審していないが、検討している |
| 2. 定期的ではないが、受審している | 4. 受審していないし、今後受審する予定もない |

問16-1 受審していない理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 受審費用が高いから
2. 自治体の補助が少ないから
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. 受審の手続き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. 介護サービス情報の公表が義務化されたから
7. ISOの認証を受けているから
8. 受審するために必要な諸準備に見合うだけのメリットを感じられないから
9. 評価制度そのものに疑問を持っているから
10. その他（

9. ご意見・ご要望について

問17 介護保険制度や保険者（国分寺市）に対してのご意見・ご要望等、ご自由にご記入ください。

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて2月28日（金）までにポストに投函してください。（切手は不要です。）

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(介護支援専門員)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。

つきましては、介護支援専門員の皆様から、業務の状況や当市の高齢者福祉施策に対するご意見等をできるだけ多くお聞きすることが大変重要と考え、介護支援専門員の方へのアンケートを実施することといたしました。このアンケート調査は、国分寺市介護保険ケアマネジャー連絡会に所属されている居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象にご協力をお願いするものです。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

なお、調査結果はすべて無記名で統計処理するため、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願い申し上げます。

国分寺市長 井澤 邦夫

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. お答えは、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。
2. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
3. 「1つ」や「3つ以内」等の指定がある時は、その範囲内で○印をつけてください。
4. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に封入のうえ、
令和2年2月28日（金）（回答期限）までにご投函ください。

○ご不明な点等がございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

国分寺市福祉部高齢福祉課計画係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※(土)(日)(祝)除く午前8時30分から午後5時まで

1. あなたご自身の状況

問1 次の(1)～(11)についてお伺いします。

(1)性 別	1. 男性 2. 女性
(2)年 齢	1. 30歳未満 2. 30～39歳 3. 40～49歳 4. 50～59歳 5. 60 歳以上
(3)経験年数	介護支援専門員業務経験年数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> か月
(4)介護支援専門員を受験した際の基礎資格 ()には、国家資格等の種類を記入してください。	1. 国家資格等 () 2. 相談援助業務従事者 3. 介護等業務従事者
(5)就業業務形態 ()には、兼務している業務を記入してください。	1. 常勤で専従 2. 常勤で兼務 (兼務業務:) 3. 非常勤で専従 4. 非常勤で兼務 (兼務業務:)
(6)事業所の業務形態	1. 単独 2. 他の事業と併設
(7)健康診断の受診状況 (○は1つ)	1. 職場で定期的に受けている 2. 職場で不定期だが受けている 3. 職場で実施されていないので自費で受けている 4. 受けていない(理由:)
(8)労働災害の経験 (あてはまるものすべてに○)	1. 感染症(インフルエンザ・疥癬・水虫等含む)に感染した 2. 移動中の事故 3. 身体上の自覚症状(骨・腱・関節・筋肉の痛み等)が現れた 4. その他の自覚症状(ストレス・疲労感・不眠等)が現れた 5. その他 () 6. 労働災害の経験はない
(9)労働時間	週の所定労働時間 () 時間
(10)賃金の支払形態 (○は1つ)	1. 時間給(1時間あたり) () 円 2. 日 給(1日あたり) () 円 3. 月 給 4. その他(支払形態:) ※「月給」「その他」を選んだ方は、金額を記入しなくて結構です。

(11) 平成31年中 (平成31年1月 ～令和元年12 月)の収入(賞 与及び残業・諸 手当等を含む)	1. 103万円未満 2. 103万円～130万円未満 3. 130万円～200万円未満 4. 200万円～250万円未満 5. 250万円～300万円未満	6. 300万円～400万円未満 7. 400万円～500万円未満 8. 500万円～600万円未満 9. 600万円以上 10. 昨年は1年を通じて働いていない
---	--	---

問2 介護支援専門員に関する仕事の就労意向についてお伺いします。

(1) 現在働いている事業所での仕事をいつまで続けたいですか。(○は1つ)

1. 半年程度	3. 3～5年未満	5. 続けられるかぎり
2. 1～3年未満	4. 5～10年未満	6. わからない

(2) 現在働いている事業所を問わず、介護支援専門員に関する仕事をいつまで続けたいですか。

(○は1つ)

1. 半年程度	3. 3～5年未満	5. 続けられるかぎり
2. 1～3年未満	4. 5～10年未満	6. わからない

問3 あなたが介護支援専門員として働く上での労働条件・仕事の負担について、悩み、不安、不満等を感じていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 雇用が不安定である
2. 正社員(正規職員)になれない
3. 介護支援専門員としての仕事の内容のわりに賃金が低い
4. 経験年数を積んでも賃金が伸びない
5. 労働時間が不規則である
6. 労働時間が長い
7. 休暇が少ない、休暇が取りにくい
8. 責任が重く精神的にきつい
9. 健康面(感染症・腰痛・怪我)の不安がある
10. 業務に対する社会的評価が低い
11. その他 ()
12. 特に悩み、不安、不満等を感じていない

2. 利用者から望まれる事業者情報について

問4 利用者から「提供してほしい」または「不足している」との声が多い事業者情報は何か。
(○は3つ以内)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. ショートステイ等の空き情報 | 6. 通所施設等の情報 |
| 2. ヘルパー等、従事者の力量 | 7. 特別養護老人ホームの待機期間 |
| 3. 複数の事業者を比較できる情報 | 8. リハビリ内容の情報 |
| 4. 提供しているサービスの質 | 9. その他 () |
| 5. 提供しているサービスの詳細な内容 | 10. 特にない |

3. サービスの供給について

問5 介護支援専門員から見て、供給が不足していると感じられる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 | 10. 特定施設入居者生活介護 | 19. 地域密着型介護老人福祉施設
入所者生活介護 |
| 2. 訪問入浴介護 | 11. 福祉用具貸与 | |
| 3. 訪問リハビリテーション | 12. 福祉用具購入 | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 4. 訪問看護 | 13. 住宅改修 | 21. 地域密着型通所介護 |
| 5. 居宅療養管理指導 | 14. 介護老人福祉施設 | 22. 認知症対応型共同生活介護 |
| 6. 通所介護 | 15. 介護老人保健施設 | 23. 認知症対応型通所介護 |
| 7. 通所リハビリテーション | 16. 介護医療院 | 24. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 8. 短期入所生活介護 | (介護療養型医療施設) | |
| 9. 短期入所療養介護 | 17. 小規模多機能型居宅介護 | 25. 特にない |
| | 18. 夜間対応型訪問介護 | |

→ 問5-1 問5で不足していると回答したサービスについて、代替方法があれば、主なサービス3つについてまでご記入ください。(サービス番号欄には、問5の選択肢の番号を記入してください。)

サービス 番号	代 替 方 法

問6 介護保険サービスのメニュー以外で、在宅生活を送る上で必要と思われるサービスや支援内容はありますか。(○は3つ以内)

- | | | |
|--------------|------------------|------------|
| 1. ごみ出し | 5. 話し相手 | 9. その他 () |
| 2. 外出の付き添い | 6. 電球交換等の簡易なサポート | |
| 3. 買い物の支援 | 7. 庭の雑草取り | 10. 特にない |
| 4. 安否確認等の声かけ | 8. ペットの世話 | |

4. 苦情・相談事例について

問7 利用者やその家族から寄せられる苦情や相談は、どのようなものが多いですか。

(○は3つ以内)

- | | | |
|-----------------|--------------|---------------|
| 1. 提供しているサービスの質 | 4. 説明・情報の不足 | 7. 利用者の金銭的な負担 |
| 2. ヘルパー等従事者の態度 | 5. 契約・手続関係 | 8. その他() |
| 3. サービス提供事業者の対応 | 6. 具体的な被害・損害 | 9. 特にない |

5. 業務内容について

問8 介護支援専門員の業務について、どのようなことに負担を感じていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. ケアプランの説明や承認 | 4. ケアマネジャー業務外の相談対応 |
| 2. 事務量の増加 | 5. 特に負担を感じることはない |
| 3. 利用者や事業者の苦情対応 | 6. その他() |

問9 あなた自身で受け持つ仕事量について、どのように評価しますか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. 十分こなせている | 3. あまりこなせていない |
| 2. どちらかというこなせている | 4. こなせていない |

問10 「ケアプラン」に基づいたサービスが提供されているかどうか、また、「契約」事項が守られているかどうかの確認は、ケアマネジメント業務の一部です。サービスの質(中身)についての履行確認はどのような方法で行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 訪問時に利用者やその家族からの聞き取り | 4. サービス提供記録での確認 |
| 2. サービス提供事業者との連絡 | 5. 電話・FAXでの利用者やその家族からの聞き取り |
| 3. サービス利用時の家庭訪問や施設訪問 | 6. その他() |

問11 介護予防プランの作成を受託していますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 受託している | 2. 受託していない |
|-----------|------------|

→ 問11-1 この設問は、介護予防プランの作成を受託している方のみお答えください。介護予防プランの作成を受託する上で問題になっていることは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 介護予防サービス計画書の作成が煩雑 | 3. 受託件数が多く対応しきれない |
| 2. サービスが組みにくい | 4. その他() |

6. 業務上の悩みや問題点について

問 12 あなたは、業務上の「悩み」や「問題点」を誰に相談していますか。（あてはまるものすべてに○）（※選択肢「7」、「8」については守秘義務を伴うものを除く。）

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. 職場の上司・同僚 | 6. 医療従事者 |
| 2. 職場以外の介護支援専門員 | 7. 友人・知人※ |
| 3. 利用者の担当サービス提供責任者 | 8. 家族・親族※ |
| 4. 保険者（国分寺市） | 9. その他（ |
| 5. 地域包括支援センター | 10. 相談していない |

問 12-1 相談していない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. 忙しくて相談する時間がとれないから | 5. 相談しても無駄だから |
| 2. 職場内外とも相談体制が整っていないから | 6. 自分で解決しているから |
| 3. 信頼できる相談相手がないから | 7. その他（ |
| 4. 相談先がわからないから | |

7. ケアマネジメントの質の向上について

問 13 ケアマネジメントの質の向上に向けて、どのような「知識」が必要だと思いますか。また、更に向上させたい知識は何ですか。

【質の向上に向けて、必要だと思われる知識】（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------|--|
| 1. 自治体毎の施策や担当部署等の知識 | 9. 高齢者虐待防止に関する知識 |
| 2. 成年後見制度に関する知識 | 10. 病気（認知症等）、症状（麻痺・痛み・発作・日内変動等）、障害（高次脳機能障害等）に関する知識 |
| 3. 地域福祉権利擁護事業に関する知識 | 11. 会話（コミュニケーション）技術 |
| 4. 住宅改修に関する知識 | 12. 地域のボランティア情報 |
| 5. 医療・保健に関する知識 | 13. その他（ |
| 6. 障害者福祉制度に関する知識 | |
| 7. リハビリテーションに関する知識 | |
| 8. 福祉用具の利用方法に関する知識 | |

【質の向上に向けて、更に向上させたい知識】（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------|--|
| 1. 自治体毎の施策や担当部署等の知識 | 9. 高齢者虐待防止に関する知識 |
| 2. 成年後見制度に関する知識 | 10. 病気（認知症等）、症状（麻痺・痛み・発作・日内変動等）、障害（高次脳機能障害等）に関する知識 |
| 3. 地域福祉権利擁護事業に関する知識 | 11. 会話（コミュニケーション）技術 |
| 4. 住宅改修に関する知識 | 12. 地域のボランティア情報 |
| 5. 医療・保健に関する知識 | 13. その他（ |
| 6. 障害者福祉制度に関する知識 | |
| 7. リハビリテーションに関する知識 | |
| 8. 福祉用具の利用方法に関する知識 | |

8. サービス担当者会議の開催について

問 14 サービス担当者会議について伺います。利用者の心身の状態や環境の変化、保健・福祉・医療サービスの利用状況及び経過等から、サービス担当者会議を開催する機会を的確に捉えて、適切に開催していますか。(〇は1つ)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. よくできている | 3. あまりできていない |
| 2. どちらかというときできている | 4. まったくできていない |

問 14-1 問 12 で「2」～「4」のいずれかを選んだのはどのようなことが原因ですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 業務多忙につき時間がないため
2. 参加者との調整が難しいため
3. 開催場所がないため
4. 自分の勉強不足のため
5. 職場環境が整っていないため
6. 関連機関や各種専門職との連携がうまく取りづらいため
7. 家族の協力が得られないため
8. その他（ ）

9. 保険者に対する評価について

問 15 保険者（国分寺市）に対して不満に感じることは、どのようなことですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. 受付場所が少ない | 7. 制度に関する広報が少ない |
| 2. 窓口対応が悪い | 8. 制度の経過説明が少ない |
| 3. 書類を郵送で処理できない | 9. 訪問日と利用者宛書類の送付タイミングがずれる |
| 4. 各種手続きが煩雑 | 10. 余計な通知が多い |
| 5. 申請から介護認定までの時間の長さ | 11. その他（ ） |
| 6. 困難事例に対する相談体制や受け止めが不十分 | 12. 特にない |

10. 介護支援専門員への支援について

問 16 保険者（国分寺市）が行う介護支援専門員への支援として、どのようなことが望めますか。
（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 各種研修の充実 | 7. 事業者に対する指導の徹底 |
| 2. 事例検討会の開催 | 8. インターネットによるケアマネ支援情報の発信 |
| 3. 相談体制の強化 | 9. 高齢者虐待事例の相談・助言 |
| 4. 地域の医療機関との連携 | 10. 成年後見制度に関する相談・助言 |
| 5. 認定審査会における付帯意見 | 11. 消費者被害に関する相談・助言 |
| 6. 利用者や家族への介護保険制度の周知徹底 | 12. その他（ ） |

問 17 保険者（国分寺市）に相談したいことがありますか。ご自由にご記入ください。

11. 関係機関との連携について

問18 関係機関との連携について伺います。次にあげる人たちとの連携状況はいかがですか。

(○はそれぞれ1つつ)

	十分に連携が 図れている	どちらか という連携は 図れている	あまり連 携は図れ ていない	まったく連携は 図れていない	連携を図る 必要がない
1. 他の居宅介護支援事業所	1	2	3	4	5
2. 他の介護保険事業所	1	2	3	4	5
3. 地域包括支援センター	1	2	3	4	5
4. ボランティア・NPO	1	2	3	4	5
5. 行政機関	1	2	3	4	5
6. 社会福祉協議会	1	2	3	4	5
7. 民生委員	1	2	3	4	5
8. 障害者基幹相談支援センター	1	2	3	4	5

問19 上記の人たちとどのような連携を取っていますか。(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

12. 医療との連携について

問20 あなたの事業所において、かかりつけ医や歯科医との連携が必要だと思うケースでは、実際に連携が図れていると思いますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 十分に連携が図れていると思う | 3. あまり連携は図れていないと思う |
| 2. どちらかという連携は図れていると思う | 4. まったく連携は図れていないと思う |
| 5. その他 () | |

→問20-2へお進みください

→問20-1 かかりつけ医や歯科医との連携はどのような方法で行っていますか。(○は3つ以内)

1. 事前に時間調整を行い、かかりつけ医や歯科医（病院・診療所）を訪問して面談している
2. ほとんどの場合、質問内容を電話でやりとりし、必要がある場合に面談している
3. 電話で連絡を取り、面談はしていない
4. 診療情報提供書等の書類等で連絡を取っており、面談はしていない
5. サービス担当者会議等に参加して連携をとっている
6. 利用者やその家族を通じて話を聞いている
7. その他 ()

⇒問21へお進みください

問20-2 医療との連携が図れていない理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 日程を調整することが難しい
2. 自分自身の医療的な知識が不足している
3. 医師の介護保険制度に対する理解が少ない
4. 連携の必要性を感じない
5. その他（ ）

13. ご意見・ご要望について

問 21 介護保険制度や保険者（国分寺市）に対してのご意見・ご要望等，ご自由にご記入ください。

This image shows a blank sheet of white paper with four horizontal dashed lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は、同封の返信用封筒に入れて2月28日（金）までにポストに投函してください。（切手は不要です。）

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(介護職員等)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。

このアンケート調査は、国分寺市とその周辺地域に所在し、国分寺市民にサービス提供されている事業者の介護職員等を対象にご協力をお願いするものです。

調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

なお、調査結果はすべて無記名で統計処理するため、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願い申し上げます。

国分寺市長 井澤 邦夫

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. お答えは、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。
2. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
3. 「1つ」や「3つ以内」等の指定がある時は、その範囲内で○印をつけてください。
4. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。

ご記入いただきましたら、同封の返信用封筒に封入のうえ、
令和2年2月28日（金）（回答期限）までにご投函ください。

○ご不明な点等がございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

国分寺市福祉部高齢福祉課計画係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※（土）（日）（祝）除く午前8時30分から午後5時まで

1. 介護職員（以下、「あなた」）の状況について

問1 あなたの現在働いている事業所についてお伺いします。

(1)現在働いている 事業所の経営主体	1. 社会福祉法人 2. 特定非営利活動法人（NPO法人） 3. 株式会社 4. 有限会社 5. 医療法人 6. 生活協同組合 7. その他 （ ）
(2)現在働いている 事業所の従業員規模 （パート含む）	1. 5人未満 2. 5人以上10人未満 3. 10人以上20人未満 4. 20人以上50人未満 5. 50人以上100人未満 6. 100人以上 7. わからない
(3)現在働いている 事業所の主な介護 サービス種類 （○は1つ）	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問リハビリテーション 4. 訪問看護 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. 特定福祉用具販売 13. 住宅改修 14. 介護老人福祉施設 15. 介護老人保健施設 16. 介護医療院（介護療養型医療施設） 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 夜間対応型訪問介護 19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 21. 地域密着型通所介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 認知症対応型通所介護 24. 居宅介護支援 25. 送迎サービス 26. 高齢者緊急ショートステイサービス 27. その他（ ）

問2 あなたご自身についてお伺いします。

(1)性 別	1. 男性 2. 女性
(2)年 齢	1. 30歳未満 2. 30～39歳 3. 40～49歳 4. 50～59歳 5. 60歳以上
(3)現在取得して いる介護に関する 資格 （あてはまるもの すべてに○）	1. 訪問介護員（ホームヘルパー） 2. 社会福祉士 3. 介護福祉士 4. 作業療法士 5. 理学療法士 6. 看護師・准看護師 7. 介護支援専門員（ケアマネジャー） 8. 福祉住環境コーディネーター 9. 栄養士 10. 管理栄養士 11. 福祉用具専門相談員 12. 保健師 13. 保育士 14. 調理師 15. その他（ ）
(4)健康診断の 受診状況	1. 職場で定期的に受けている 2. 職場で不定期だが受けている 3. 職場で実施されていないので自費で受けている 4. 受けていない（理由： ）

(5)労働災害の経験 (あてはまるものすべてに○)	1. 感染症（インフルエンザ・疥癬・水虫等含む）に感染した 2. 移動中の事故 3. 身体上の自覚症状（骨・腱・関節・筋肉の痛み等）が現れた 4. その他の自覚症状（ストレス・疲労感・不眠等）が現れた 5. その他（ 6. 労働災害の経験はない
(6)主たる生計維持者※	1. 自分（本人） 2. 自分（本人）以外 3. 生活費は折半等

※主たる生計維持者……世帯で最も生活費を負担している方のこと

2. 現在の職場の状況について

問3 あなたが現在働いている事業所を知ったきっかけは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 職員や知人を通じて	4. 求人情報サイト	7. その他
2. ハローワーク	5. 事業所や法人のホームページ	(
3. 新聞広告	6. 学校や施設)

問4 現在働いている事業所でのあなたの就労状況についてお伺いします。

(1)現在の主な仕事 (○は1つ)	1. 訪問介護員（ヘルパー） 4. 看護職員 7. 作業療法士 2. サービス提供責任者 5. 生活相談員 8. 機能訓練指導員 3. 介護職員 6. 理学療法士 9. その他（ ）
(2)上記仕事の経験年数	①現在働いている事業所での経験年数 () 年 () か月 ②他事業所での経験も含めた総経験年数 () 年 () か月
(3)就業形態 (○は1つ)	1. 正規職員 3. 正規職員以外で短時間労働者 2. 正規職員以外で常勤労働者 4. 正規職員以外で登録ヘルパー（訪問介護員） ※ここでは、以下のとおり分類します。 「正規職員以外」：「派遣・契約・臨時・パートタイム」職員等の者 「常勤労働者」：事業所の定める所定労働時間をすべて勤務する者 「短時間労働者」：1日の所定労働時間又は1週間の労働日数が常勤労働者より少ない者（登録ヘルパーを除く） 「登録ヘルパー」：働くことができる時間を事業所に登録しておき、本人の都合の良い時だけ勤務する者（訪問介護事業所のみ）
(4)労働時間	週の所定労働時間 () 時間 ※登録ヘルパーの方は、週の平均労働時間をご記入ください。
(5)賃金の支払形態 (○は1つ)	1. 時間給（1時間当たり） () 円 2. 日 給（1日当たり） () 円 3. 月 給 4. その他（支払形態： ） ※「月給」「その他」を選んだ方は、金額を記入しなくて結構です。

(6) 平成31年中 (平成31年1月～ 令和元年12月)の 収入(賞与及び残 業・諸手当等を含 む)	1. 103万円未満 2. 103万円～130万円未満 3. 130万円～200万円未満 4. 200万円～250万円未満 5. 250万円～300万円未満	6. 300万円～400万円未満 7. 400万円～500万円未満 8. 500万円～600万円未満 9. 600万円以上 10. 昨年は1年を通じて働いていない
--	--	---

問5 あなたが現在の仕事を選んだ理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 働きがいのある仕事だと思ったから	8. 介護の知識や技術が身につくから
2. 今後もニーズが高まる仕事だから	9. 給与等の収入が多いから
3. 人や社会の役に立ちたいから	10. 自分や家族の都合の良い時間(日)に働けるから
4. 生きがい・社会参加のため	11. 他によい仕事がないから
5. お年寄りが好きだから	12. その他()
6. 身近な人の介護の経験から	13. 特に理由はない
7. 資格・技能が活かせるから	

問6 現在の仕事について満足していますか。(○は1つ)

1. 満足している	3. やや不満である
2. どちらかというと満足している	4. 不満である

問6-1 (問6で1・2を選択した方にお聞きします)

現在の仕事で最も満足感を感じられたことは何ですか。

問6-2 (問6で3・4を選択した方にお聞きします)

現在の仕事で不満を感じている理由は何ですか。

問7 あなたは、業務上の「悩み」や「問題点」を誰に相談していますか。（あてはまるものすべてに○）（※選択肢「7」、「8」については守秘義務を伴うものを除く。）

1. 職場の上司・同僚	5. 地域包括支援センター	9. その他（ 10. 相談していない
2. 職場の相談窓口	6. 医療従事者	
3. ケアマネジャー	7. 友人・知人※	
4. 保険者（国分寺市）	8. 家族・親族※	

問7-1 相談していない理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 忙しくて相談する時間がとれないから	5. 相談しても無駄だから
2. 職場内外とも相談体制が整っていないから	6. 自分で解決しているから
3. 信頼できる相談相手がいないから	7. その他（
4. 相談先がわからないから	

問8 介護に関する仕事の就労意向についてお伺いします。

（1）現在働いている事業所での仕事をいつまで続けたいですか。（○は1つ）

1. 半年程度	3. 3～5年未満	5. 続けられるかぎり
2. 1～3年未満	4. 5～10年未満	6. わからない

（2）現在働いている事業所を問わず、介護に関する仕事をいつまで続けたいですか。（○は1つ）

1. 半年程度	3. 3～5年未満	5. 続けられるかぎり
2. 1～3年未満	4. 5～10年未満	6. わからない

問9 あなたが現在働く上での不安や悩みについてお伺いします。

（1）労働条件・仕事の負担について、悩み、不安、不満等を感じていることはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 雇用が不安定である
2. 正社員（正規職員）になれない
3. 仕事の内容のわりに賃金が低い
4. 労働時間が不規則である
5. 労働時間が長い
6. 休憩がとりにくい
7. 夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある
8. 休暇が少ない、休暇が取りにくい
9. 身体的負担が大きい（体力に不安がある）
10. 精神的にきつい
11. 健康面（感染症・腰痛・怪我）の不安がある
12. 業務に対する社会的評価が低い
13. 福祉機器の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある
14. 工作中的怪我等への補償がない
15. その他（
16. 特に悩み、不安、不満等を感じていない

(2) 利用者及び利用者の家族について、悩み、不安、不満等を感じていることはありますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者に適切なケアができていないか不安がある
2. 良いと思ってやったことが利用者に理解されない
3. 利用者の行動が理解できずに対処方法がわからない
4. 利用者は何をやらせても当然と思っている
5. 定められたサービス行為以外の仕事を要求される
6. 利用者と家族の希望が一致しない
7. 利用者や、その家族との人間関係がうまくいかない
8. 利用者の家族が、本人に必要なサポートを理解してくれない
9. 介護事故(転倒・誤嚥その他)で利用者に怪我を負わせてしまう不安がある
10. その他 ()
11. 特に悩み、不安、不満等を感じていない

(3) 職場での人間関係等について、悩み、不安、不満等を感じていることはありますか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 経営層の介護の基本方針、理念が不明確である
2. 経営層や管理職等の管理能力が低い、業務の指示が不明確、不十分である
3. 上司や同僚との仕事上の意思疎通がうまくいかない
4. 介護に対する認識について上司と違いがある
5. 自分と合わない上司や同僚がいる
6. ケアの方法等について意見交換が不十分である
7. 悩みの相談相手がいない、相談窓口がない
8. その他 ()
9. 特に悩み、不安、不満等を感じていない

(4) あなたが働く上で感じる不安や悩みに対して、どのようなサポートがあればといったご意見
やご要望はありますか。ご自由にご記入ください。

問 10 利用者やその家族の方から、介護保険以外のサービスでこんなサービスがあればといったご
意見やご要望はありましたか。ご自由にご記入ください。

3. 介護報酬改定や処遇改善の状況について

問11 現在働いている事業所で、平成30年4月以降のあなた自身の処遇改善の状況についてお伺いします。(○はそれぞれ1つずつ)

	実施済み	実施予定	予定なし
ア 基本給のアップ	1	2	3
イ 基本給以外で、賞与のアップ	1	2	3
ウ 基本給以外で、資格等の手当のアップ	1	2	3
エ 福利厚生（保険・住宅等）の充実	1	2	3
オ 教育・研修の充実	1	2	3
カ 職員配置の拡充	1	2	3
キ その他（ ）	1	2	

問12 現在働いている事業所で、平成30年4月以降のあなたの仕事内容や職場環境への影響についてお伺いします。(○はそれぞれ1つずつ)

ア 業務量の変化	1. 業務量が増えた 2. やや業務量が増えた 3. 特に変わりはない	4. やや業務量が減った 5. 業務量は減った 6. わからない
イ 業務負担の変化	1. 負担が増えた 2. やや負担が増えた 3. 特に変わりはない	4. やや負担が減った 5. 負担は減った 6. わからない
ウ 労働条件の変化	1. よくなった 2. ややよくなった 3. 特に変わりはない	4. やや悪くなった 5. 悪くなった 6. わからない

4. 以前に働いていた職場の状況について

問13 現在の仕事に就く前に、収入の伴う仕事をしたことがありますか。(○は1つ)

1. したことはない | 2. したことがある

問13-1 現在の仕事に就く以前の仕事では、介護サービスに関わっていましたか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

▶問13－１－１ 現在の仕事に就く以前に、介護サービスに関わっていた方にお伺いします。その時の就業形態はどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 正規職員
2. 正規職員以外で常勤労働者
3. 正規職員以外で短時間労働者
4. 正規職員以外で登録ヘルパー（訪問介護員）

▶問13－１－２ 現在の仕事に就く以前に、介護サービスに関わっていた方にお伺いします。その仕事をやめた理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 自分、家庭の事情（結婚・出産・転勤等）のため
2. 待遇（賃金・労働時間）に不満があったため
3. 職場の人間関係に不満があったため
4. 利用者との人間関係に不満があったため
5. ケアの考え方が合わなかったため
6. 法人や事業所の経営理念や運営のあり方に不満があったため
7. 正社員（正規職員）になれなかったため
8. 介護の仕事内容が希望にあわなかったため
9. 契約期間が終了したため
10. 定年を迎えたため
11. 健康を害したため
12. その他（

5. ご意見・ご要望について

問 14 介護保険制度や保険者(国分寺市)に対してのご意見・ご要望等, ご自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

回答の終わったアンケート調査票は, 同封の返信用封筒に入れて 2月28日(金) までにポストに投函してください。(切手は不要です。)

国分寺市高齢者保健福祉計画・
第8期国分寺市介護保険事業計画
高齢者福祉に関するアンケート
(住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)

ご あ い さ つ

日頃より国分寺市の高齢者保健福祉事業及び介護保険事業にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび国分寺市では、令和2年度末に策定する「国分寺市高齢者保健福祉計画・第8期国分寺市介護保険事業計画」に活用するため、アンケート調査を実施することといたしました。
調査結果は、地域の課題に対応したサービスの提供や事業の目標設定に活用させていただきます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。
なお、ご回答いただきました内容は、統計的に処理するため、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願い申し上げます。

国分寺市長 井澤 邦夫

ご 記 入 に 際 し て の お 願 い

1. ご回答にあたっては、一部の設問を除き令和2年1月1日時点での状況をご記入ください。
2. 表紙の事業種別欄に印字されたサービスについてご記入ください。
3. 設問によっては、職員の人数をご記入頂く場合がありますが、「兼務」「専任」あわせの数でご記入ください。
4. 貴施設・住宅で判断がつかない設問については、意見調整をお願いいたします。
5. お答えは、あてはまる番号を選んで○印をつけてください。
6. 「その他（ ）」を選んだ方は、カッコ内にその内容を具体的に記入してください。
7. 「1つ」や「3つ以内」等の指定がある時は、その範囲内で○印をつけてください。
8. 鉛筆・ボールペンでご記入ください。

令和2年2月28日（金）（回答期限）までにご記入ください。

回答期限後、当市担当職員が回収に伺います。

その際、ご了解いただいた貴施設・住宅へのヒアリングをさせていただきます。

○ご不明な点等がございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせください。

国分寺市福祉部高齢福祉課計画係

電話：042-321-1301 FAX：042-320-1180

※(土)(日)(祝)除く午前8時30分から午後5時まで

名称等

貴施設・住宅の 名称・種別	1 住宅型有料老人ホーム 2 サービス付き高齢者向け住宅	
所 在 地	国分寺市	
連 絡 先	電話 ()	FAX ()
	メールアドレス	

1. 貴施設・住宅の概要

問1 次の(1)～(4)について、あてはまるものを1つずつ選んで○をつけてください。

(1)法人格の 種類	1. 社会福祉法人 2. 特定非営利活動法人(NPO法人) 3. 株式会社 4. 有限会社 5. 医療法人 6. 生活協同組合 7. その他 ()						
(2)貴施設・住宅 の職員体制 (右表の枠内に、 該当する人数を 記入してください)		正 規 職 員			正 規 職 員 以 外 ※3		
		男	女	計	男	女	計
	常 勤 労 働 者(※1)						
	短 時 間 労 働 者(※2)						
ここでは、以下のとおり分類します。(併設含まない) ・常勤労働者(※1): 事業所の定める所定労働時間をすべて勤務する者 ・短時間労働者(※2): 1日の所定労働時間又は1週間の労働日数が、常勤労働者より少ない者 ・正規職員以外(※3): 「派遣・契約・臨時・パートタイム」職員等の者							
(3)上記「正規職員」の勤務年数 (該当する人数を記入してください)	【正規職員の勤務年数別内訳】 1年未満(人) 1～3年未満(人) 3年以上(人) ※(人)の数字の合計が、上記表の太枠の合計に合うようにご記入ください。						
(4)定期健康診断の実施状況 (労働安全衛生法規定)	常勤労働者	1. している 2. していない					
	短時間労働者	1. している 2. していない					

問2 居室形態をお答えください。

	戸数/室数	広さ	定員
(1)世帯・夫婦向け	戸/室	m ² ～ m ²	人
(2)単身者向け	戸/室	m ² ～ m ²	人
(3)合計	戸/室		人

問3 貴施設・住宅において併設または敷地内にある介護保険サービスについて該当欄に○をしてください。(地域密着型サービス含む)

種別	同一建物内に設置	同一敷地内に設置
訪問介護		
訪問入浴介護		
訪問看護		
居宅療養管理指導		
通所介護		
通所リハビリテーション		
小規模多機能型居宅介護		
認知症対応型共同介護		
居宅介護支援		
その他()		

問4 貴施設・住宅において提供可能なサービスに○をしてください。(該当欄にすべて○)

	自施設・住宅	外部サービス(併設)	外部サービス(併設以外)
(1) 安否確認			
(2) 生活相談			
(3) 緊急対応			
(4) 食事提供			
(5) ショートステイ			
(6) 入浴サービス			
(7) 生活支援			
買い物代行			
外出支援			
通院付き添い			
書類管理			

問5 貴施設・住宅の受入れ可能な医療行為対象者をお答えください。

また、現状の利用者数については、令和2年1月1日現在の状況をお答えください。

(該当欄にすべて○)

医療ニーズ	受入可否 (○)	利用者数 (人)	医療ニーズ	受入可否 (○)	利用者数 (人)	医療ニーズ	受入可否 (○)	利用者数 (人)
インスリン			胃ろう			透析		
気管切開			鼻腔経管栄養			在宅酸素		
中心静脈栄養			たん吸引			ストマ		
バルーンカテーテル			ペースメーカー			看取り		
点滴の管理			レスピレーター			疼痛の看護		
モニター測定			褥瘡の処置					

2. 現在の利用者状況

令和2年1月1日現在の貴施設・住宅の利用者状況についてお答えください。

問1 入居状況や待機状況についてお答えください。

(1)入所者数	男性	女性	合計
			人
(2)入所者数の内、 特別養護老人ホームの 待機者数(申込者数)			人
(3)入所定員数			人
(4)待機者数	人		
(5)待機期間	か月		

問2 入居者の年齢についてお答えください

40～ 64 歳	65～ 69 歳	70～ 74 歳	75～ 79 歳	80～ 84 歳	85～ 89 歳	90～ 94 歳	95～ 99 歳	100 歳 ～	不明
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問3 入居者の認定等についてお答えください。

介護度等	自立	要支援		要介護					不明
		1	2	1	2	3	4	5	
人 数 (※1)	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(うち国分寺 市民) (※2)	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(※1)ここでご記入いただいた「人数」と、問1でご記入いただいた「(1)入所者数」の「合計」が一致することをご確認ください。

(※2)国分寺市民とは国分寺市の介護保険被保険者であり、他市の住所地特例者は含みません。

以下同様。

問4 生活保護受給者についてお答えください。

受給者数	人
(うち国分寺市民)	人
不明	人

3. 事故防止, 感染予防, 虐待予防等の取組について

問1 サービス提供を通して利用者の身に起こり得る「事故(例:転倒・誤嚥等)」について, 貴事業所で事故防止や, 事故を最小限に止めるために講じている取組にはどのようなものがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 事故防止マニュアルの作成 | 6. 救急車の呼び方マニュアルの作成 |
| 2. 事故防止研修の実施 | 7. 応急処置技能研修の実施 |
| 3. 事故防止ミーティングの実施 | 8. その他() |
| 4. ヒヤリ・ハット報告の徹底 | 9. 特にない |
| 5. 事故発生時の対応マニュアルの作成 | |

問2 サービス提供を通して利用者の身に起こり得る「感染症の発症」(職員から利用者, 利用者から利用者, 来訪者等の部外者から利用者)について, 貴施設・住宅で講じている予防策にはどのようなものがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 感染症予防マニュアルの作成 | 6. 職員への手洗い・うがい・消毒の奨励 |
| 2. 職員への感染症の正しい知識の提供 | 7. 職員への予防接種の実施 |
| 3. 職員への利用者の感染状況に関わる情報提供 | 8. 入浴順を工夫する等の個別対応 |
| 4. 職員への手袋や被服等の貸与 | 9. その他() |
| 5. 安全衛生ミーティング | 10. 特にない |

問3 今後起こり得る「大規模災害(例:地震・台風等)」について, 貴事業所で被害を最小限に止めるために講じている取組にはどのようなものがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 避難計画・方針の策定 | 5. 自治会等の地域組織との連携 |
| 2. 避難訓練の実施 | 6. その他() |
| 3. 食料品等の備蓄 | 7. 特にない |
| 4. 災害発生時のサービス提供再開に向けたマニュアル等の作成 | |

問4 貴施設・住宅において, 利用者の意思や尊厳の尊重, 施設内での虐待防止等, 利用者の人権を擁護するために講じている取組にはどのようなものがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--|
| 1. 認知症, 高齢者虐待防止等に関する研修を実施したり, 外部研修へ参加をしている |
| 2. 他施設と情報交換等の交流をしている |
| 3. 人員配置上の工夫をしている(夜勤体制の強化等) |
| 4. 施設内外の多職種(医師やケアマネジャー等)間の連携を高めている |
| 5. 規則等の再検討や, 業務内容(一斉介助や流れ作業等)の見直しを行っている |
| 6. トラブルが発生したとき, 利用者及び家族が最初に連絡できる職員を明確にしている |
| 7. 虐待防止等に関して施設全体の方針を設定し, 管理者の責任を明確化している |
| 8. 虐待防止委員会等や相談窓口を設置し, 担当者等を決めている |
| 9. 苦情対応等の対応状況に関する点検評価を外部から受ける仕組みを導入している |
| 10. 家族等にサービスの内容を知らせている |
| 11. 施設の情報公表を進めている(福祉サービス第三者評価等の利用) |
| 12. その他() |
| 13. 特にない |

4. 利用者からの苦情・相談内容とその対応について

問1 利用者やその家族から、どのような「苦情」や「相談」が多いですか。(○は3つ以内)

1. サービスの質	4. 説明・情報の不足	7. 利用者の金銭的な負担
2. 従事者の態度	5. 契約・手続関係	8. その他()
3. 管理者等の対応	6. 具体的な被害・損害	9. 特にない

問2 「苦情」や「相談」の対応体制についてお伺いします。(○はそれぞれ1つずつ)

	ある	ない
ア 苦情相談窓口	1	2
イ 担当者の配置	1	2
ウ 苦情相談マニュアル	1	2
エ 苦情相談記録簿	1	2
オ 職員間で共通認識を持つ機会	1	2

5. サービスの質の向上に向けた課題について

問1 貴施設・住宅で課題となっているものはどれですか。(あてはまるものすべてに○)

【経営面】 1. 事業所の経営理念の明確化 2. 提供するサービスの量的拡大 3. 提供するサービスエリアの拡大 【人材面】 4. 人材の確保 5. 従業員の労働条件の改善 6. 従業員への経営理念の周知徹底 7. OJT(人材育成・教育)の充実 8. 外部研修への積極的な派遣 9. 障害者サービスの対応・研修 【サービスの質】 10. 各種マニュアルの作成 11. サービスの自己評価の取り組み 12. 利用者にとって有益な情報開示の推進	13. 制度改正に対応した利用者への説明 14. 利用者にわかりやすい契約書の工夫 15. 利用者のプライバシー保護・個人情報管理の徹底 16. サービス担当者会議への積極的な参加 17. 苦情処理対応の充実 【連携】 18. 家族等介護者とのつながり 19. 福祉系事業者との連携 20. 医療系事業者との連携 21. 医療機関との連携 22. 地域包括支援センターとの連携 23. ボランティアの受け入れ、連携 24. その他()
--	---

問2 ボランティアを受け入れる場合、どんなことを担ってもらいたいですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 配膳, 下膳, お茶出し	7. 裁縫
2. 散歩, 屋内移動の補助	8. 洗濯物の整理
3. 施設内の清掃	9. 庭の手入れ等の補助
4. 施設利用者の話し相手	10. イベントボランティア (落語, マジック, 演奏等)
5. 趣味の相手	11. その他()
6. レクリエーション等の補助	

6. 人材の確保について

問1 貴施設・住宅では、職員の早期離職の防止や定着促進に向けた取組を行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. 賃金・労働時間等の労働条件を改善する | 7. キャリアの見通しを持って安定して働き続けられるようにする |
| 2. 労働時間の希望を聞く | 8. 研修等, 人材育成を充実させる |
| 3. 仕事内容の希望を聞く | 9. 福利厚生を充実させる |
| 4. 職場環境を整える | 10. ICTや介護ロボット等の先進的な介護機器の導入による業務改善 |
| 5. 職場内の交流を深め, コミュニケーションの円滑化を図る | 11. その他() |
| 6. ストレスチェックの導入等, 職員のストレス対策を取っている | 12. 特に行っていない |

問2 貴施設・住宅では、人材確保に向けた取組を行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 教育機関との連携を深めている |
| 2. 貴事業所(又は法人)で資格取得講座を開講し, 修了者から採用している |
| 3. 就職希望者の情報がより早く得られるように職員や知人に声かけをする |
| 4. 貴事業所(又は法人)の存在を周知させるために定期的な広告をしている |
| 5. 採用時に賃金・労働条件を他社に比べよくしている |
| 6. 採用時に労働日数・時間の希望を出来るだけ聞き入れている |
| 7. 無資格者を採用し, 採用後に資格取得講座を受講させている |
| 8. 上位資格の取得にあたって受講料補助等の支援をしている |
| 9. 外国人材の登用 |
| 10. その他() |
| 11. 特に行っていない |

7. ご意見・ご要望について

問1 介護保険制度や保険者(国分寺市)に対してのご意見・ご要望等, ご自由にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

アンケートは以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

2月28日(金)以降に, 回収及びヒアリングの日程について, ご連絡いたします。