

# 介護予防・日常生活圏域ニーズに関する調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和4年10月1日現在、65歳以上の方です（要介護1～5の方を除く）。
2. 回答は宛名ラベルのご本人についてご記入をお願いします。もし、ご本人がご記入などに不都合があるときは、ご家族の方等が代わりにご記入をお願いします。
3. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
4. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
5. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 今回の調査は、高齢福祉課、地域包括ケア推進課、介護保険課が共同で実施しますので、返信用封筒のあて名は「介護保険課」となっています。

\* この調査票は、無記名式となっています。お名前をご記入いただく必要はありません。返信用封筒にも、ご住所、お名前をご記入いただく必要はありません。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

## [お問い合わせ先]

お問い合わせコール あだち

03-3880-0039（受付時間：午前8時～午後8時/1月1日から1月3日を除く毎日）

## [調査主体]

足立区 高齢者施策推進室 高齢福祉課

足立区 高齢者施策推進室 地域包括ケア推進課



**(1) で「5」とお答えの方にお聞きします。**

**(1-1) あなたと一緒に住まいのご家族はどなたですか (いくつでも○)。**

- |                |      |          |
|----------------|------|----------|
| 1. 配偶者 (夫または妻) | 4. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 2. 子           | 5. 親 | 7. その他   |
| 3. 子の配偶者       |      |          |

**(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか (1つに○)。**

1. 介護・介助は必要ない	↓ (3) へ
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)	

**(2) で「2」、「3」とお答えの方にお聞きします。**

**(2-1) 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか (いくつでも○)。**

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| 1. 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)   | 9. 腎疾患 (透析) |
| 2. 心臓病              | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 3. がん (悪性新生物)       | 11. 骨折・転倒   |
| 4. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等) | 12. 脊椎損傷    |
| 5. 関節の病気 (リウマチ等)    | 13. 高齢による衰弱 |
| 6. 認知症 (アルツハイマー病等)  | 14. その他 ( ) |
| 7. パーキンソン病          | 15. 不明      |
| 8. 糖尿病              |             |

**(2) で「3」とお答えの方にお聞きします。**

**(2-2) 主にどなたから介護、介助を受けていますか (いくつでも○)。**

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

**(3) あなたの現在の年間の収入はどの程度ですか (1つに○)。**

- |                |                |                  |
|----------------|----------------|------------------|
| 1. 50万円未満      | 4. 150～200万円未満 | 7. 700～1,000万円未満 |
| 2. 50～100万円未満  | 5. 200～400万円未満 | 8. 1,000万円以上     |
| 3. 100～150万円未満 | 6. 400～700万円未満 |                  |

**(4) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか (1つに○)。**

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

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

(6) 3年前の2019年と比べて、あなたの生活状況におきた変化としてあてはまるものをお答えください（あてはまるものすべてに○）。

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1. 気分が落ち込むことが多くなった     | 5. 友人・知人が少なくなった |
| 2. 体力や筋力が落ちた           | 6. 引っ越しをした      |
| 3. 病院に入院した             | 7. あてはまるものはない   |
| 4. ケガや病気のために通院するようになった |                 |

問6 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つに○）。

- |              |                |         |
|--------------|----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけれどしていない | 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つに○）。

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

(3) 15分位続けて歩いていますか（1つに○）。

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

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つに○）。

- |          |         |       |
|----------|---------|-------|
| 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つに○）。

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

(6) 週に1回以上は外出していますか（1つに○）。

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1. ほとんど外出しない | 3. 週2～4回 |
| 2. 週1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つに○）。

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

(8) 外出を控えていますか (1つに○)。

1. はい	2. いいえ	(9) へ
-------	--------	-------

(8) で「1」回答された方にお聞きします。

(8-1) 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも○)。

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 1. 病気             | 6. 目の障害      |
| 2. 障害(脳卒中の後遺症など)  | 7. 外での楽しみがない |
| 3. 足腰などの痛み        | 8. 経済的に出られない |
| 4. トイレの心配(失禁など)   | 9. 交通手段がない   |
| 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 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	8. 病院や施設のバス
2. 自転車	9. 車いす
3. バイク	10. 電動車いす (カート)
4. 自動車 (自分で運転)	11. 歩行器・シルバーカー
5. 自動車 (人に乗せてもらう)	12. タクシー
6. 電車	13. はるかぜ (コミュニティバス)
7. 路線バス (はるかぜは除く)	14. その他

問7 食べることについて

(1) 身長・体重をご記入ください (数字 (整数) を記入)。

身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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つに○)。

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つに○)。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) 口の渴きが気になりますか (1つに○)。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(5) 歯磨き (人にしてもらおう場合も含む) を毎日していますか (1つに○)。

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(1つに○)。

(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 |

(6-1) 噛み合わせは良いですか(1つに○)。

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

(6)で「1」、「3」とお答えの入れ歯を利用している方にお聞きします。

(6-2) 毎日入れ歯の手入れをしていますか(1つに○)。

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

(7) あなたは1年前から今日の間で歯科医師による歯科健診(検診)や治療を受けましたか(1つに○)。

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. 受診し現在も治療中  | 4. 受診していない |
| 2. 受診し治療は終了   | 5. わからない   |
| 3. 受診し問題はなかった |            |

(8) 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか(1つに○)。

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

(9) どなたかと食事をとにもする機会がありますか(1つに○)。

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

(10) 食事は1日何回食べますか(1つに○)。

- |       |       |       |         |
|-------|-------|-------|---------|
| 1. 1回 | 2. 2回 | 3. 3回 | 4. 4回以上 |
|-------|-------|-------|---------|

(11)へ

(10)で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。

(10-1) 食事を1日3回食べない理由は何ですか(いくつでも○)。

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 空腹にならない    | 5. ダイエットをしている  |
| 2. 経済的に苦しい    | 6. 食べる必要性を感じない |
| 3. 食事の準備ができない | 7. その他( )      |
| 4. 食べる時間がない   | 8. 特に理由はない     |

(11) たんぱく質を多く含む食品(肉・魚・卵・大豆製品の1種類以上)をどのくらいの頻度で食べていますか(1つに○)。

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| 1. 1日3回以上 | 4. 週に数回           |
| 2. 1日2回   | 5. ほとんど食べていない     |
| 3. 1日1回   | 6. 意識していないのでわからない |

※ 筋力や認知機能などを含む生活機能が低下し、将来要介護状態となる危険性が高い状態(フレイル)になる要因の一つにたんぱく質不足があげられます。

#### 問8 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか(1つに○)。

- |       |        |
|-------|--------|
| 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ていますか(1つに○)。

- |       |        |
|-------|--------|
| 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つに○)。

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

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)(1つに○)。

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

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか(1つに○)。

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

(6) 自分で食事の用意をしていますか(1つに○)。

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

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか(1つに○)。

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

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか(1つに○)。

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

(9) 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つに○)。

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

(10) 新聞を読んでいますか(1つに○)。

1. はい

2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか(1つに○)。

1. はい

2. いいえ

(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか(1つに○)。

1. はい

2. いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか(1つに○)。

1. はい

2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか(1つに○)。

1. はい

2. いいえ

(15) 趣味はありますか(1つに○)。

1. 趣味あり

2. 思いつかない

(16)へ

(15)で「1」と回答された方にお聞きします。

(15-1) どのようなことを趣味にしていますか(いくつでも○)。

- |               |                 |               |
|---------------|-----------------|---------------|
| 1. テレビ・ラジオの視聴 | 7. スポーツ観戦       | 13. 手芸等文化的な取組 |
| 2. 読書         | 8. ウォーキング(山登り等) | 14. 園芸        |
| 3. 映画鑑賞       | 9. 体力づくり        | 15. カメラ       |
| 4. 美術鑑賞       | 10. スポーツ        | 16. 旅行        |
| 5. 音楽鑑賞       | 11. カラオケ        | 17. その他       |
| 6. 演劇鑑賞       | 12. ゲーム(将棋、麻雀等) | ( )           |

(16) 生きがいがありますか(1つに○)。

1. 生きがいあり

2. 思いつかない

問9へ

(16)で「1」と回答された方にお聞きします。

(16-1) どのようなことに生きがいを感じますか(いくつでも○)。

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. 家族との日常生活    | 8. 学び・勉学            |
| 2. 友人・知人との交流   | 9. 飲食               |
| 3. 外出          | 10. テレビを見ているとき      |
| 4. 就労          | 11. インターネットを行っているとき |
| 5. 地域貢献活動      | 12. ゲームを行っているとき     |
| 6. NPO法人等の団体活動 | 13. その他             |
| 7. 趣味やスポーツ活動   | ( )                 |

問9 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（それぞれ1つに○）。

会・グループ等	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（ふれあいサロン等）	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つに○）。

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

↓ (3) へ ↓

**(2) で「3」と回答した方のみお聞きします。**

(2-1) 参加したくない理由を教えてください（いくつでも○）。

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| 1. どんな活動をしているか分からない | 5. 健康に不安がある |
| 2. 興味が合う活動がない       | 6. 続ける自信がない |
| 3. 他の住民との交流が苦手      | 7. その他      |
| 4. 多忙で時間がない         | ( )         |

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか（1つに○）。

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

## 問10 助け合いについて

あなたとまわりの人の「助け合い」についてお聞きします。

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか（いくつでも○）。

- |           |                |       |                      |
|-----------|----------------|-------|----------------------|
| 1. 配偶者    | 3. 別居の子ども      | 5. 近隣 | 7. その他（            ） |
| 2. 同居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 6. 友人 | 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）を聞いてあげる人はいますか（いくつでも○）。

- |           |                |       |                      |
|-----------|----------------|-------|----------------------|
| 1. 配偶者    | 3. 別居の子ども      | 5. 近隣 | 7. その他（            ） |
| 2. 同居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 6. 友人 | 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はいますか（いくつでも○）。

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

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

- |           |                |       |                      |
|-----------|----------------|-------|----------------------|
| 1. 配偶者    | 3. 別居の子ども      | 5. 近隣 | 7. その他（            ） |
| 2. 同居の子ども | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 6. 友人 | 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 | 5. 地域包括支援センター・役所     |
| 2. 社会福祉協議会・民生委員  | 6. その他（            ） |
| 3. ケアマネジャー       | 7. そのような人はいない        |
| 4. 医師・歯科医師・看護師   |                      |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（1つに○）。

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

(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つに○）。

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

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

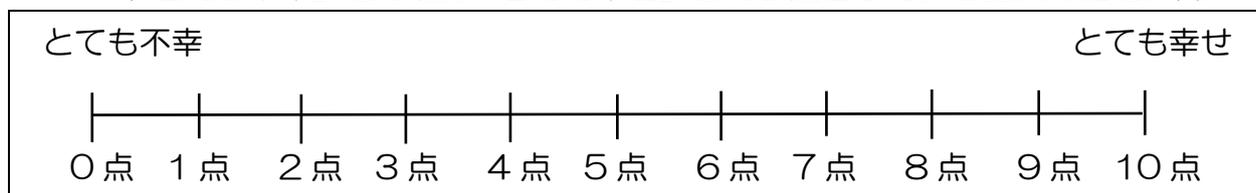
問11 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか (1つに○)。

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

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (当てはまる点数1つに○)

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)。



(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つに○)。

- |       |        |
|-------|--------|
| 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つに○)。

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

(5) お酒は飲みますか (1つに○)。

- |           |             |        |
|-----------|-------------|--------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 3. ほとんど飲まない | → (6)へ |
| 2. 時々飲む   | 4. もともと飲まない |        |

**(5)で「1」、「2」と回答した方にお聞きします。**

(5-1) お酒を飲む日は、1日にどのくらい量を飲みますか (1つに○)。

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 1合未満   | 3. 2～3合未満 |
| 2. 1～2合未満 | 4. 3合以上   |

**【清酒1合 (180ml) の目安】**  
ビール中瓶1本 (約500ml)、焼酎35度 (80ml)、  
ウイスキーダブル一杯 (60ml)、ワイン2杯 (240ml)

(6) タバコは吸っていますか (1つに○)。

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

→ (7) へ

(6) で「1」、「2」と回答した方にお聞きします。

(6-1) タバコは1日にどのくらい吸いますか (1つに○)。

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 15本未満    | 3. 20～35本未満 |
| 2. 15～20本未満 | 4. 35本以上    |

(7) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも○)。

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

### 健康と医療についておたずねします

問12 あなたは、いくつまで健康 (介護を受けない状態) に過ごしたいですか。

( ) 歳 (数字で記入)

問13 高齢期におこりやすい「フレイル」(筋力や心身の機能などが低下し、衰弱した状態)にならないために、「運動」「口の健康・栄養」「社会参加」のそれぞれが大切なことを知っていますか (1つに○)。

1. 知っていて、活動を実践している	2. 知っているが特に何もしていない
↓	3. 知らない (はじめて聞いた)
(下記から実践している活動すべてに○)	→ 問14へ
a. 運動   b. 口の健康   c. 栄養	
d. 社会参加	

問14 あなたは、老いへの備えを考えていますか（1つに○）。

1. 考えている	→ 問15へ
2. 考えているが具体的な行動はしていない	
3. 考えていない	

問14で「1」とお答えの方のみお聞きします。

問14-1 考えている場合、それはどのようなことについてですか（いくつでも○）。

1. 経済的なこと	4. 介護のこと
2. 住まいのこと	5. その他（                      ）
3. 家族のこと	

問15 あなたには、日常の健康について相談するかかりつけの医師、歯科医師、薬局のいずれかはいますか（1つに○）。

1. 近くにいる	3. 今はいないが、必要と思っている
2. 近くではないがいる	4. 必要と思わない

問16 あなたは、医療機関（病院・医院・診療所）にどのくらいの頻度で、通院や往診（訪問診療）を受けていますか（1つに○）。

1. 週2回以上	3. 月2回程度	5. 数か月に1回程度
2. 週1回程度	4. 月1回程度	6. 定期的ではない

**買い物についておたずねします**

問17 日常用品を買物する場合、どのような店を利用しますか（いくつでも○）。

1. 大型商業施設	4. 商店街のお店	7. インターネットショッピング
2. 近隣のスーパーマーケット	5. コンビニエンスストア	8. 宅配サービス
3. ドラッグストア	6. 移動販売車	9. その他（                      ）

問18 日常用品を買物する所（お店）は自宅からどれくらいかかりますか（1つに○）。

1. 自宅から歩いて10分以内	4. 自宅から歩いて30分以上かかる
2. 自宅から歩いて20分以内	5. 自宅に配送される
3. 自宅から歩いて30分以内	6. わからない



## 将来の生活についておたずねします

問22 あなたは、今後の生活についてどのように感じていますか（1つに〇）。

1. とても不安を感じる 2. 少し不安を感じる	3. どちらとも言えない 4. あまり不安は感じない 5. 不安は感じない	問23へ
-----------------------------	---	------

問22で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。

問22-1 不安を感じるのはどのようなことですか（1つに〇）。

1. 自分や配偶者の健康のこと 2. 自分や配偶者が、介護が必要な状態（寝たきりなど）になること 3. 頼れる人や面倒をみてくれる人がいないこと 4. 相談相手や話し相手がないこと 5. 生活費など収入のこと 6. 住まいのこと 7. 金銭管理や財産保全に関すること 8. その他（ )
--

問23 あなたは今後も現在お住まいの住宅に住み続けたいとお考えですか（1つに〇）。

1. 現在の住まいに住み続けたい 2. 他の賃貸等に住み替えたい 3. サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームに住み替えたい 4. その他（ )	問24へ
---	------

問23で「2」、「3」と回答された方にお聞きします。

問23-1 住み替えたいと思う理由は何ですか（いくつでも〇）。

1. 家賃が高いのでもう少し安くしたい 2. 段差等があり住みにくい 3. 狭いためもう少し広いところに住み替えたい 4. 耐震等が心配なため住み替えたい 5. 家族、親戚等の近くに住み替えたい 6. 交通の便や商業施設の近くなど便利な所に住み替えたい 7. その他（ )
--

問23-2 住み替えを検討される場合、選ぶ基準として最も優先していることは何ですか（1つに〇）。

1. 住居の広さ 2. 築年数 3. 賃料等の安さ	4. 交通の便 5. 周辺環境 6. 介護等のサービス	7. 保証人が不要 8. その他 ( )
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

**問24 あなたは、介護が必要になったとき、どのような介護を希望しますか(1つに○)。**

1. 介護サービスを利用しないで、自宅で家族に介護してもらいたい	
2. 介護サービスを利用しながら、自宅で生活したい	
3. 特別養護老人ホームなど介護保険施設等に入りたい	
4. サービス付き高齢者向け住宅で生活したい	
5. その他 ( )	

**問24で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。**

**問24-1 あなたは、どなたに介護してもらいたいですか(いくつでも○)。**

1. 妻または夫	4. ホームヘルパー等
2. 子どもやその家族	5. 近所の人やボランティア
3. 兄弟などの親族	6. その他 ( )

**問24で「3」と回答された方にお聞きします。**

**問24-2 介護を受けられる施設には、次のような施設がありますが、あなたはどのような施設等を望んでいますか(1つに○)。**

施設の種類	サービスの内容	利用したい番号に○ ↓	
		個室	多床室
① 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 月額費用：約9.3万円～13.4万円	常に介護が必要で自宅では介護が困難な人のための施設です。 (要介護3～5が対象)	1	2
② 介護老人保健施設 (老人保健施設) 月額費用：約8.1万円～13.7万円	病状が安定し、治療よりは看護や介護に重点を置いたケアが必要な人のための施設です。 (要介護1～5が対象)	3	
③ 介護療養型医療施設 (療養病床等) 月額費用：約7.8万円～14.2万円	長期の療養を必要とする人のための医療施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)	4	
④ 介護医療院 月額費用：約8.2万円～14.9万円	長期療養を必要とする人のための施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)	5	
⑤ 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 月額費用：約11.3万円～21.6万円	認知症の方が共同で生活しながら、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 (要支援2、要介護1～5が対象)	6	
⑥ 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等) 月額費用：約10.3万円～43.2万円	入浴や食事、介護など日常生活に必要なサービスが受けられます。	7	
⑦ 軽費老人ホーム (ケアハウス) 月額費用：約2.9万円～24.4万円	自立した生活が継続できるように、食事や必要最低限の介助を提供するすまいです。	8	

※ 費用は、自己負担1割の場合の目安です。日常生活費(理美容など)は含みません。  
 ※ オ～カの各費用は、施設ごとに異なります。また、入居時に一時金が必要な場合があります。

問25 あなたは人生の最期をどこで迎えたいですか（1つに○）。

- |              |           |
|--------------|-----------|
| 1. 自宅で迎えたい   | 4. その他（   |
| 2. 介護施設で迎えたい | 5. どこでも良い |
| 3. 医療機関で迎えたい | 6. 考えていない |

問26 あなたは人生の最期について、どなたかに相談したことはありますか（いくつでも○）。

- |            |                    |
|------------|--------------------|
| 1. 家族      | 6. その他医療関係者        |
| 2. ケアマネジャー | 7. 地域包括支援センター等の相談員 |
| 3. 介護職員    | 8. 相談したことはない       |
| 4. 主治医     | 9. 相談相手がいない        |
| 5. 看護師     | 10. その他（           |

問27 あなたの家族等に介護が必要となった場合、どのようにしたいと思いますか（1つに○）。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 介護サービスを利用しないで、自宅で介護したい    |
| 2. 介護サービスを利用しながら、自宅で介護したい    |
| 3. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設に入所させたい |
| 4. サービス付き高齢者向け住宅に入居させたい      |
| 5. 介護の対象となる家族等がいない           |
| 6. その他（                      |

### 介護保険サービスについておたずねします

問28 あなたは、これまでに介護保険の要介護認定を申請したことがありますか（1つに○）。

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 申請したことはないし、申請する予定もない   |
| 2. 現在申請中、または申請する予定である     |
| 3. 申請したが「自立」と判定された        |
| 4. 申請して要支援や要介護と認定されたことがある |
| 5. わからない                  |

問29 あなたは、家族等の介護をした経験はありますか（1つに○）。

- |                        |
|------------------------|
| 1. 現在介護をしている           |
| 2. 以前は介護をしていたが現在はしていない |
| 3. 今まで介護をしたことがない       |

## 高齢者福祉サービスについておたずねします

問30 現在、区内には、高齢者の介護や生活上の相談等を受ける地域包括支援センターがあります。地域包括支援センター（ホウカツ）の業務で、ご存知のものに○を付けてください（いくつでも○）。

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 健康や介護の相談          | 8. 地域貢献やボランティア活動の紹介         |
| 2. 介護予防教室や地域の居場所等の紹介 | 9. 老後の準備、老い支度の相談            |
| 3. 介護保険サービスの相談       | 10. 高齢者宅への訪問調査              |
| 4. もの忘れが心配な方の相談      | 11. 高齢者を主とした地域活動の支援         |
| 5. 認知症の方の見守り支援       | 12. 絆のあんしん協力員による定期的な声かけ、見守り |
| 6. 高齢者虐待の対応          | 13. 地域包括支援センター（ホウカツ）を知らない   |
| 7. 成年後見制度の紹介         |                             |

問31 身近な暮らしの情報をどのように入手しますか（いくつでも○）。

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| 1. 区役所・区民事務所・保健所等の窓口・掲示板、チラシ | 7. 区ホームページ     |
| 2. あだち広報                     | 8. インターネット     |
| 3. A-メール（足立区メール配信サービス）       | 9. 家族          |
| 4. 足立区LINE公式アカウント            | 10. 友人・知人      |
| 5. 新聞・雑誌                     | 11. 民生・児童委員    |
| 6. テレビ・ラジオ                   | 12. 地域包括支援センター |
|                              | 13. その他（ ）     |

問32 成年後見制度（※）についてご存知ですか。また利用を検討したことがありますか（1つに○）。

- |  |
|--|
| 1. 利用したことがある（している）                     |
| 2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった   |
| 3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった |
| 4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない              |
| 5. 聞いたことはあるが、内容は知らない                   |
| 6. 知らない                                |

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な人が、生活をする上で不利益を被らないよう判断能力の不十分な方々を保護し、支援する制度です。

問33 成年後見制度について関心がありますか（1つに○）。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問34 任意後見制度（※）についてご存知ですか。また利用を検討したことがありますか（1つに○）。

1. 利用したことがある（している）
2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった
3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった
4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない
5. 聞いたことはあるが、内容は知らない
6. 知らない

※ 任意後見制度とは、自分の判断能力が十分なうちに、判断能力が低下したときに備えて、「支援してほしいこと」や「支援をお願いする人」をあらかじめ「契約」で決めておく制度です。

問35 任意後見制度について関心がありますか（1つに○）。

1. ある
2. ない

問36 近年、「難聴」のリスクを改善することにより、認知症の発症を遅らせたり予防する効果が期待できると報告されています。そこで、現在のあなたの日常生活において耳の聞こえについてお伺いします（1つに○）。

1. 不自由なく聞こえる
  2. 小さな声が聞きづらい
  3. 普通の会話が聞きづらい
  4. 普通の会話は聞きとれない
  5. 耳元で話されても聞きとれない
  6. その他（ )
- 問36-1へ
- 問37へ

問36で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

- 問36-1 聞こえづらいつ感じようになったのはいつ頃からですか（1つに○）。
1. 64歳以前
  2. 65～74歳
  3. 75～80歳
  4. 80～84歳
  5. 85歳以上

問36で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

- 問36-2 現在、補聴器が必要ですか（1つに○）。
1. 日常生活に困らないので必要ない
  2. いつかは必要になると思うか今は必要ない
  3. 補聴器の購入を考えている
  4. 既に補聴器を使っている
  5. 補聴器は持っているが、使用していない（理由 )
  6. その他（ )
- 問36-3へ
- 問37へ



問42 足立区には次のようなサービスがありますが、あなたは現在利用していますか。  
また利用していない方は、そのサービスをご存知ですか（それぞれ1つに○）。

サービスの種類	利用している (したことがある)	知っているが 利用したことはない	知らない
① 日常生活用具の給付 在宅で虚弱な方に外出の支援としてシルバー カーなどを給付	1	2	3
② 高齢者住宅改修給付 日常の生活動作が低下した方に、手すりや段 差解消等の住宅改修費用を給付	1	2	3
③ あだち配食サービス 食事の支度が困難な方にあだち配食サービス 協力店が自宅まで配達	1	2	3
④ 高齢者緊急通報システムの設置 慢性疾患等があり、常時注意を要する方の緊 急時に本人に代わって警備会社等へ連絡する ためのシステムを設置	1	2	3
⑤ 見守りキーホルダー・シールの支給 認知症等による徘徊の恐れのある高齢者や、 一人での外出に不安のある高齢者に無料で配付	1	2	3
⑥ 訪問理美容サービス 在宅で寝たきり等のため調髪が困難な方に訪 問し調髪を行う	1	2	3
⑦ 見守りサービス助成 慢性疾患等があり、常時注意を要する方にセ ンサー等の設置費用を助成	1	2	3
⑧ あいあいサポート 掃除、買い物、外出の付き添いや電球の取り換 え等ちょっとした困りごとを支援	1	2	3

問42の①から⑧で1つでも「2」と回答された方にお聞きします。

問42-1 利用したことがない理由は何ですか（1つに○）。

1. 今のところ利用する必要がない
2. 対象の要件を満たしていない
3. 詳しい内容が分からない
4. その他 ( )



問45 足立区ではひとり暮らし高齢者や高齢者世帯を対象に、「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)の取り組みを実施していますが、ご存知ですか(1つに○)。

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 取り組み内容を知っている          |
| 2. 聞いたことはあるが、取り組み内容は知らない |
| 3. 知らない                  |

問46 あなたは、足立区の高齢者施策についてどのように感じていますか(1つに○)。

- |              |               |            |
|--------------|---------------|------------|
| 1. とても充実している | 3. どちらとも言えない  | 5. 充実していない |
| 2. 充実している    | 4. あまり充実していない | 6. わからない   |

問47 あなたは、足立区に対してどのような高齢者施策の充実をお望みですか(いくつでも○)。

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 仕事の紹介等の施策の充実          | 11. 介護保険外サービスの充実         |
| 2. 生涯学習・スポーツなどの生きがい施策の充実 | 12. 介護保険施設等の新設           |
| 3. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援  | 13. 在宅生活を続けるための支援        |
| 4. ひとり暮らし高齢者に対する援助       | 14. 家族等の介護者に対する援助        |
| 5. 高齢者向け住宅の整備            | 15. 高齢者が気軽に集まることのできる場の提供 |
| 6. 高齢者虐待防止対策の充実          | 16. 福祉や生活にかかわる相談体制の整備    |
| 7. 健康づくり施策の充実            | 17. スマートフォン教室            |
| 8. 介護予防施策の充実             | 18. その他                  |
| 9. 認知症予防施策の充実            | ( )                      |
| 10. 介護保険サービスの充実          | ( )                      |

問48 高齢者保健・福祉事業や介護保険制度について、区へのご要望、ご意見などがありましたら、お聞かせください。


問49 その他、生活の中での困りごとがありましたら、お聞かせください。


——ご協力ありがとうございました——



# 高齢者単身世帯実態調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和4年10月1日現在、75歳以上の方です。
2. 回答は宛名ラベルのご本人についてご記入をお願いします。もし、ご本人がご記入などに不都合があるときは、どなたかにご記入をお願いします。
3. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
4. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
5. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 今回の調査は、高齢福祉課と介護保険課が共同で実施していますので、返信用封筒のあて名は「介護保険課」となっています。

\* この調査票は、無記名式となっています。お名前をご記入いただく必要はありません。返信用封筒にも、ご住所、お名前をご記入いただく必要はありません。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

## [お問い合わせ先]

お問い合わせコール あだち

03-3880-0039（受付時間：午前8時～午後8時/1月1日から1月3日を除く毎日）

## [調査主体]

足立区 高齢者施策推進室 高齢福祉課

## はじめに、調査の回答者についておたずねします

### ◆ この調査票を記入している方は、どなたですか（1つに○）。

1. あて名のご本人
2. ご家族 （下記から1つに○）
  - a. 配偶者
  - b. 子
  - c. 子の配偶者
  - d. 孫
  - e. 兄弟姉妹
  - f. 親
3. その他（友人・知人、介護支援専門員 等）

※以下の設問について、「あなた」とは調査票の「あて名のご本人」のことを指します。

### ◆ あなたは、普段、どちらにお住まいですか（1つに○）。

1. あて名の住所に、ひとりで住んでいる
2. あて名の住所に、だれかと一緒に住んでいる
3. 親族や知人の家
4. 病院・医院へ入院中
5. 足立区外に転出した
6. 有料老人ホーム・ケアハウス等に入居中

問1へ

**「2」～「6」へ○をつけた方は、これで質問は終了です。ありがとうございました。  
なお、区へのご意見、ご要望がありましたら、問62にご記入の上、投函してください。**

## あなたの基本情報についておたずねします

問1 あなたの性別・年齢をお聞きします。

【性別】（1つに○）

【年齢】 令和4年11月1日現在

- |       |       |            |              |
|-------|-------|------------|--------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 回答したくない | ( ) 歳（数字を記載） |
|-------|-------|------------|--------------|

問2 お住まいの住所を「別紙：住所地一覧」の番号を記載してください。

住所番号 ( )（別紙：住所地一覧から該当の番号を数字で記載）

問3 あなたが最後に卒業（中退を含む）した学校はどれですか（1つに○）。

- |            |                |           |
|------------|----------------|-----------|
| 1. 小学校・中学校 | 3. 専門学校        | 5. 大学・大学院 |
| 2. 高等学校    | 4. 高等専門学校・短期大学 | 6. その他    |

問4 現在の年間の収入はどの程度ですか（1つに○）。

- |                |                |                  |
|----------------|----------------|------------------|
| 1. 50万円未満      | 4. 150～200万円未満 | 7. 700～1,000万円未満 |
| 2. 50～100万円未満  | 5. 200～400万円未満 | 8. 1,000万円以上     |
| 3. 100～150万円未満 | 6. 400～700万円未満 |                  |

問5 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか（1つに○）。

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

問6 あなたの現在の要介護度は、どれですか（1つに○）。

- |         |         |                 |
|---------|---------|-----------------|
| 1. 要支援1 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5         |
| 2. 要支援2 | 5. 要介護3 | 8. 要介護認定を受けていない |
| 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |                 |

問7 あなたのお住まいは次の何に該当しますか（1つに○）。

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

問8 あなたのお住まいの広さはおよそどのくらいですか（1つに○）。

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 25㎡未満（例：1K、1DK）         |
| 2. 25㎡以上～40㎡未満（例：2DK、1LDK） |
| 3. 40㎡以上（例：2LDK）           |

問9 おひとりでお住まいの期間はおよそどのくらいですか（1つに○）。

- |         |           |           |
|---------|-----------|-----------|
| 1. 2年以下 | 3. 5～9年   | 5. 15～19年 |
| 2. 3～4年 | 4. 10～14年 | 6. 20年以上  |

問10 おひとりでお暮らされていることについて、どのようにお感じですか（1つに○）。

- |           |           |               |
|-----------|-----------|---------------|
| 1. 気が楽でよい | 2. 不安を感じる | 3. 特に何も感じていない |
|-----------|-----------|---------------|

問11 あなたは現在、仕事に従事されていますか（1つに○）。

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

問12 あなたが今までに一番長く従事されたお仕事は何ですか（1つに○）。

- |                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| 1. 会社経営者・会社役員・団体役員            | 7. シルバー人材センター      |
| 2. 自営業者・家族従業者                 | 8. 自由業（執筆業・芸術関係など） |
| 3. 臨時職・日雇い・パート・アルバイト          | 9. 農林漁業            |
| 4. 会社員                        | 10. 主夫・主婦          |
| 5. 専門的技術的職業<br>（医者・弁護士・研究者など） | 11. 無職             |
| 6. 公務員                        | 12. その他<br>( )     |

問13 3年前の2019年と比べて、あなたの生活状況におきた変化としてあてはまるものをお答えください（あてはまるものすべてに○）。

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1. 気分が落ち込むことが多くなった     | 5. 友人・知人が少なくなった |
| 2. 体力や筋力が落ちた           | 6. 引っ越しをした      |
| 3. 病院に入院した             | 7. あてはまるものはない   |
| 4. ケガや病気のために通院するようになった |                 |

**健康と医療についておたずねします**

問14 あなたは、自分の健康状態についてどのようにお考えですか（1つに○）。

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 健康だと思う    | 3. あまり健康ではない |
| 2. 比較的健康だと思う | 4. 健康ではない    |

問15 あなたは、いくつまで健康（介護を受けない状態）に過ごしたいですか（1つに○）。

- |           |               |
|-----------|---------------|
| 1. 75～79歳 | 4. 90歳以上      |
| 2. 80～84歳 | 5. 現在介護を受けている |
| 3. 85～90歳 |               |

問16 高齢期におこりやすい「フレイル」（筋力や心身の機能などが低下し、衰弱した状態）にならないために、「運動」「口の健康・栄養」「社会参加」のそれぞれが大切なことを知っていますか（1つに○）。

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. 知っていて、活動を実践している</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>（下記から実践している活動すべてに○）</p> <p>a. 運動   b. 口の健康   c. 栄養</p> <p>d. 社会参加</p> | <p>2. 知っているが特に何もしていない</p> <p>3. 知らない（はじめて聞いた）</p> <p style="text-align: right;">→ 問17へ</p> |
|---|--|

問17 あなたのふだんの生活について、「はい（している又はできる）」、「いいえ（していない又はできない）」のどちらかをお選びください。

バスや電車で1人で外出していますか。	はい	いいえ
日用品の買い物をしていますか。	はい	いいえ
預貯金の出し入れをしていますか。	はい	いいえ
友人の家を訪ねていますか。	はい	いいえ
家族や友人の相談にのっていますか。	はい	いいえ
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	はい	いいえ

問 17 の続き あなたのふだんの生活について、「はい（している又はできる）」、「いいえ（していない又はできない）」のどちらかをお選びください。

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。	はい	いいえ
15分くらい続けて歩いていますか。	はい	いいえ
この1年間に転んだことがありますか。	はい	いいえ
転倒に対する不安は大きいですか。	はい	いいえ
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	はい	いいえ
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	はい	いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい	いいえ
口の渇きが気になりますか。	はい	いいえ
週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ
昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい	いいえ
（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない。	はい	いいえ
（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。	はい	いいえ
（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。	はい	いいえ
（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない。	はい	いいえ
（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする。	はい	いいえ

問18 現在の身長・体重をご記入ください（数字（整数）を記入）。

身長    cm      体重    kg

問19 あなたは、食事をする、衣服を選ぶなど、その日の活動を自分で判断できますか（1つに○）。

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

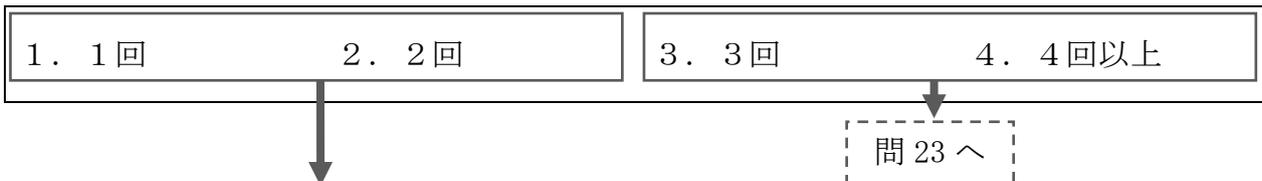
問20 あなたは、人に自分の考えをうまく伝えられますか（1つに○）。

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

問21 あなたは、自分で食事を食べられますか（1つに○）。

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| 1. 自分で食べられる               | 3. 自分では食べられない |
| 2. おかずを切ってもらするなど介助があればできる |               |

問22 食事は1日何回食べますか（1つに○）。



**問22で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。**

問22-1 食事を1日3回食べない理由は何ですか（いくつでも○）。

- |               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 1. 空腹にならない    | 5. ダイエットをしている                |
| 2. 経済的に苦しい    | 6. 食べる必要性を感じない               |
| 3. 食事の準備ができない | 7. その他（                    ） |
| 4. 食べる時間がない   | 8. 特に理由はない                   |

問23 たんぱく質を多く含む食品（肉・魚・卵・大豆製品の1種類以上）をどのくらいの頻度で食べていますか（1つに○）。

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| 1. 1日3回以上 | 4. 週に数回           |
| 2. 1日2回   | 5. ほとんど食べていない     |
| 3. 1日1回   | 6. 意識していないのでわからない |

※ 筋力や認知機能などを含む生活機能が低下し、将来要介護状態となる危険性が高い状態（フレイル）になる要因の一つにたんぱく質不足があげられます。

問24 あなたは1年前から今日の間で歯科医師による歯科健診（検診）や治療を受けましたか（1つに○）。

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. 受診し現在も治療中  | 4. 受診していない |
| 2. 受診し治療は終了   | 5. わからない   |
| 3. 受診し問題はなかった |            |

### 買い物や日常生活についておたずねします

問25 買物に出かける頻度はどのくらいですか（1つに○）。

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

問26 買物に行く際の移動手段は何ですか（いくつでも○）。

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1. 徒歩            | 8. 病院や施設のバス        |
| 2. 自転車           | 9. 車いす             |
| 3. バイク           | 10. 電動車いす（カート）     |
| 4. 自動車（自分で運転）    | 11. 歩行器・シルバーカー     |
| 5. 自動車（人に乗せてもらう） | 12. タクシー           |
| 6. 電車            | 13. はるかぜ（コミュニティバス） |
| 7. 路線バス（はるかぜは除く） | 14. その他            |

問27 日用品を買物する場合、どのような店を利用しますか（いくつでも○）。

- |                 |               |                  |
|-----------------|---------------|------------------|
| 1. 大型商業施設       | 4. 商店街のお店     | 7. インターネットショッピング |
| 2. 近隣のスーパーマーケット | 5. コンビニエンスストア | 8. 宅配サービス        |
| 3. ドラッグストア      | 6. 移動販売車      | 9. その他（ ）        |

問28 日用品を買物する所（お店）は自宅からどれくらいかかりますか（1つに○）。

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 自宅から歩いて10分以内 | 4. 自宅から歩いて30分以上 |
| 2. 自宅から歩いて20分以内 | 5. 自宅に配送される     |
| 3. 自宅から歩いて30分以内 | 6. わからない        |

問29 日用品の買物について不便を感じていますか（1つに○）。

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. 感じる | 2. 感じない |
|--------|---------|
- 問30へ

問29で「1」と回答された方にお聞きします。

問29-1 不便を感じていることは、特にどのようなことですか（いくつでも○）。

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 歩いて行ける距離に日用品のお店がない     |
| 2. バス等の交通手段がない            |
| 3. 日用品を配達してくれるお店がない       |
| 4. 重い物が持てない               |
| 5. 誰かの協力がないと行きたいときに買物できない |
| 6. 一緒に買物に行ってくれる人がいない      |
| 7. その他（ ）                 |

問30 日常、主にどのようにお過ごしでしょうか（いくつでも○）。

- |           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| 1. 仕事     | 5. 地域活動    | 9. インターネット |
| 2. 家事     | 6. 健康づくり活動 | 10. 買い物    |
| 3. 趣味     | 7. 通院・治療等  | 11. 外出     |
| 4. 友人づきあい | 8. テレビ鑑賞   | 10. その他（ ） |

問31 消費者被害にあったときの相談先として、「足立区消費者センター」がありますが、ご存知ですか（1つに○）。

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

問32 あなたは今、何か生活の上で楽しみがありますか（1つに○）。

- |       |              |
|-------|--------------|
| 1. ある | 2. ない → 問33へ |
|-------|--------------|

問32で「1」と回答された方にお聞きします。

問32-1 それはどのようなことですか（いくつでも○）。

- |               |                 |                          |
|---------------|-----------------|--------------------------|
| 1. テレビ・ラジオの視聴 | 7. スポーツ観戦       | 13. 手芸等文化的な取組            |
| 2. 読書         | 8. ウォーキング（山登り等） | 14. 園芸                   |
| 3. 映画鑑賞       | 9. 体力づくり        | 15. カメラ                  |
| 4. 美術鑑賞       | 10. スポーツ        | 16. 旅行                   |
| 5. 音楽鑑賞       | 11. カラオケ        | 17. その他                  |
| 6. 演劇鑑賞       | 12. ゲーム（将棋、麻雀等） | （                      ） |

**社会参加や地域とのつながりについておたずねします**

問33 あなたは現在、地域活動に参加していますか（1つに○）。

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 参加している             | 3. 参加していない → 問33-2へ |
| 2. 現在は参加していないが今後参加したい | 4. 参加したいとは思わない      |
- 問33-3へ

問33で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。

問33-1 あなたが現在参加されている、または今後参加したいと思う団体や集まりは何ですか（いくつでも○）。

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 1. ボランティアのグループ     | 6. 老人クラブ                 |
| 2. スポーツ関係のグループやクラブ | 7. 町内会・自治会               |
| 3. 趣味関係のグループ       | 8. 収入のある仕事               |
| 4. 学習・教養サークル       | 9. その他                   |
| 5. 介護予防のための通いの場    | （                      ） |

**問 33 で「3」と回答された方にお聞きします。**

**問 33-2 参加していない理由は何ですか（いくつでも○）。**

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. 時間がない          | 7. それらの活動を知らない      |
| 2. 自分の興味をひくものがない  | 8. 一緒に参加する仲間や友人がいない |
| 3. 自分にあった活動や集会がない | 9. 参加のきっかけがない       |
| 4. 体の調子が悪い        | 10. 感染症への不安がある      |
| 5. 費用がかかる         | 11. その他             |
| 6. 近くに活動がない       | ( )                 |

**問 33 で「4」と回答された方にお聞きします。**

**問 33-3 参加したいと思わない理由は何ですか（いくつでも○）。**

- |               |             |
|---------------|-------------|
| 1. 人と付き合うのが苦手 | 5. 費用がかかる   |
| 2. 疲れる        | 6. 知り合いがいない |
| 3. 役を任される     | 7. その他      |
| 4. 楽しそうでない    | ( )         |

**問34 あなたが月に1回以上行っている取り組みや活動はありますか（いくつでも○）。**

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 1. 知識や技能を活かせる活動 | 5. 共通の趣味嗜好を持つ人との交流  |
| 2. 楽しめる活動       | 6. ウォーキング等の軽めの運動    |
| 3. 社会への貢献度の高い活動 | 7. トレーニング等の中程度以上の運動 |
| 4. 近所の住民との交流    | 8. あてはまるものはない       |

問 35 へ

**問 34 で「1」～「7」と回答された方にお聞きします。**

**問 34-1 活動にあてはまる場をお答えください（いくつでも○）。**

- |                         |             |
|-------------------------|-------------|
| 1. 自治体が主催する教室やイベントなどの活動 | 5. 仲間同士の集まり |
| 2. NPO やボランティア団体の活動     | 6. 個人での取り組み |
| 3. 自治会などの住民組織の活動        | 7. その他      |
| 4. 有料の民間サービス            | ( )         |

**問35 ご家族、ご親せきで一番近い方はどのくらいの距離にいらっしゃいますか（普段利用される交通手段でご回答ください）（1つに○）。**

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| 1. 30分以内の場所にいる     | 4. 2時間以上の場所にいる |
| 2. 30分～1時間以内の場所にいる | 5. いない         |
| 3. 1時間～2時間以内の場所にいる |                |

問36 日頃、最も連絡がとれるご家族、またはご親せきはどなたですか（1つに○）。

1. 子ども	6. いとこ
2. 子どもの配偶者	7. 甥・姪
3. 親	8. 孫
4. 兄弟・姉妹	9. その他（ ）
5. おじ・おば	10. いない

問 37 へ

問 36 で「1」～「9」と回答された方にお聞きします。

問 36-1 その人とは、どのくらい会われますか（1つに○）。

1. ほとんど毎日	3. 月に数回	5. ほとんど会っていない
2. 週に数回	4. 年に数回	6. その他（ ）

問 36-2 その人とは、どのくらい電話をかけあっておられますか（1つに○）。

1. ほとんど毎日	4. 年に数回
2. 週に数回	5. ほとんどとりあっていない
3. 月に数回	6. その他（ ）

問37 日頃親しくしているご友人・知人はいらっしゃいますか（1つに○）。

1. いる	2. いない
-------	--------

問 38 へ

問 37 で「1」と回答された方にお聞きします。

問 37-1 最も親しいご友人・知人は次のどなたですか（1つに○）。

1. 近所の人	5. 老人クラブの人
2. もとの（今の）職場の人	6. 病院で知り合った人
3. 学校時代の友人	7. その他
4. 趣味の会の人	（ ）

問 37-2 最も親しいご友人・知人とはどのくらい会われますか（1つに○）。

1. ほとんど毎日	3. 月に数回	5. ほとんど会っていない
2. 週に数回	4. 年に数回	6. その他（ ）

問 37-3 最も親しいご友人・知人とはどのくらい電話をかけあっておられますか（1つに○）。

1. ほとんど毎日	4. 年に数回	7. その他
2. 週に数回	5. ほとんどかけあっていない	（ ）
3. 月に数回	6. 電話をもっていない	

問38 あなたは、自分は他の人たちから孤立していると感じることがありますか  
(1つに○)

- |          |           |         |         |
|----------|-----------|---------|---------|
| 1. 決してない | 2. ほとんどない | 3. 時々ある | 4. 常にある |
|----------|-----------|---------|---------|

問39 あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか (1つに○)。

- |           |          |              |
|-----------|----------|--------------|
| 1. 決してない  | 3. たまにある | 5. しばしば・常にある |
| 2. ほとんどない | 4. 時々ある  |              |

問40 隣近所とどの程度交流を持っていますか (1つに○)。

- |                 |           |
|-----------------|-----------|
| 1. 互いの家をよく行き来する | 4. 挨拶をする  |
| 2. ときどき行き来する    | 5. ほとんどない |
| 3. 会ったときに世間話をする |           |

**今後の生活についておたずねします**

問41 あなたは、今後の生活についてどのように感じていますか (1つに○)。

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. とても不安を感じる | 3. どちらとも言えない  |
| 2. 少し不安を感じる  | 4. あまり不安は感じない |
|              | 5. 不安は感じない    |
- 問 42 へ

**問41で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。**

問41-1 不安を感じるのはどのようなことですか (いくつでも○)。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 自分の健康のこと                    |
| 2. 自分が、介護が必要な状態 (寝たきりなど) になること |
| 3. 孤独死のこと                      |
| 4. 頼れる人や面倒をみってくれる人がいないこと       |
| 5. 相談相手や話し相手がないこと              |
| 6. 生活費など収入のこと                  |
| 7. 住まいのこと                      |
| 8. 金銭管理や財産保全に関すること             |
| 9. ペットの継続飼育が難しく、引き取り先がないこと     |
| 10. その他 ( )                    |

問42 あなたの今後のお住まいの希望を教えてください (1つに○)。

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 現在の住まいに住み続けたい              |
| 2. 他の賃貸等に住み替えたい               |
| 3. サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームに住み替えたい |
| 4. その他 ( )                    |
- 問 42-1 へ
- 問 43 へ



問44で「3」と回答された方にお聞きします。

問44-2 介護を受けられる施設には、次のような施設がありますが、あなたはどのような施設等を望んでいますか（1つに○）。

施設の種類	サービスの内容	利用したい番号に○	
			↓
① 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 月額費用：約9.3万円～13.4万円	常に介護が必要で自宅では介護が困難な人のための施設です。 (要介護3～5が対象)	個室	1
		多床室	2
② 介護老人保健施設 (老人保健施設) 月額費用：約8.1万円～13.7万円	病状が安定し、治療よりは看護や介護に重点を置いたケアが必要な人のための施設です。 (要介護1～5が対象)		3
③ 介護療養型医療施設 (療養病床等) 月額費用：約7.8万円～14.2万円	長期の療養を必要とする人のための医療施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)		4
④ 介護医療院 月額費用：約8.2万円～14.9万円	長期療養を必要とする人のための施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)		5
⑤ 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 月額費用：約11.3万円～21.6万円	認知症の方が共同で生活しながら、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 (要支援2、要介護1～5が対象)		6
⑥ 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等) 月額費用：約10.3万円～43.2万円	入浴や食事、介護など日常生活に必要なサービスが受けられます。		7
⑦ 軽費老人ホーム (ケアハウス) 月額費用：約2.9万円～24.4万円	自立した生活が継続できるように、食事や必要最低限の介助を提供するすまいです。		8

※ 費用は、自己負担1割の場合の目安です。日常生活費（理美容など）は含みません。

※ オ～カの各費用は、施設ごとに異なります。また、入居時に一時金が必要な場合があります。

問45 あなたは人生の最期をどこで迎えたいですか（1つに○）。

1. 自宅で迎えたい	4. その他（
2. 介護施設で迎えたい	5. どこでも良い
3. 医療機関で迎えたい	6. 考えていない

問46 あなたは人生の最期について、どなたかに相談したことはありますか（1つに○）。

1. 家族	6. その他医療関係者
2. ケアマネジャー	7. 地域包括支援センター等の相談員
3. 介護職員	8. 相談したことはない
4. 主治医	9. 相談相手がいない
5. 看護師	10. その他（

## 介護保険サービスや足立区の事業についておたずねします

問47 足立区ではひとり暮らし高齢者や高齢者世帯を対象に、「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)の取り組みを実施していますが、ご存知ですか(1つに○)。

1. 取り組み内容を知っている
2. 聞いたことはあるが、取り組み内容は知らない
3. 知らない

問48 「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)による見守りや声かけを必要と思われるか(1つに○)。

1. 絆のあんしんネットワークは必要だと思う(利用したいも含む)
2. 絆のあんしんネットワークは必要だと考えているが、他の見守りサービスも必要だと思う(利用したいも含む)
3. 親族や知人と日常的なつきあいがあるので、特に必要としない
4. 私生活に関与した見守りはされたくないため、必要としない
5. その他( )

問49 成年後見制度(※)についてご存知ですか。また、利用を検討したことがありますか(1つに○)。

1. 利用したことがある(している)
2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった
3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった
4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない
5. 聞いたことはあるが、内容は知らない
6. 知らない

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な人が、生活をする上で不利益を被らないよう判断能力の不十分な方々を保護し、支援する制度です。

問50 成年後見制度について関心がありますか(1つに○)。

1. ある
2. ない

問51 任意後見制度（※）についてご存知ですか。また利用を検討したことがありますか（1つに○）。

1. 利用したことがある（している）
2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった
3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった
4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない
5. 聞いたことはあるが、内容は知らない
6. 知らない

※ 任意後見制度とは、自分の判断能力が十分うちに、判断能力が低下したときに備えて、「支援してほしいこと」や「支援をお願いする人」をあらかじめ「契約」で決めておく制度です。

問52 任意後見制度について関心がありますか（1つに○）。

1. ある
2. ない

問53 近年、「難聴」のリスクを改善することにより、認知症の発症を遅らせたり予防する効果が期待できると報告されています。そこで、現在のあなたの日常生活において耳の聞こえについてお伺いします（1つに○）。

1. 不自由なく聞こえる → 問54へ
2. 小さな声が聞きづらい → 問53-1へ
3. 普通の会話が聞きづらい
4. 普通の会話は聞きとれない
5. 耳元で話されても聞きとれない
6. その他（ )

問53で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

問53-1 聞こえづらいつ感じようになつたのはいつ頃からですか（1つに○）。

1. 64歳以前
2. 65～74歳
3. 75～80歳
4. 80～84歳
5. 85歳以上

問53で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

問53-2 現在、補聴器が必要ですか（1つに○）。

1. 日常生活に困らないので必要ない
2. いつかは必要になると思うか今は必要ない
3. 補聴器の購入を考えている
4. 既に補聴器を使っている
5. 補聴器は持っているが、使用していない（理由 \_\_\_\_\_）
6. その他（ \_\_\_\_\_ ）

問53-3へ

問54へ

問53-2で「3」～「5」と回答された方にお聞きします。

問53-3 足立区の補聴器購入助成制度を知っていますか（1つに○）。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが、詳しいことはわからない
3. 知らない（聞いたことがない）
4. その他（ \_\_\_\_\_ ）

問54 認知症サポーター（※）をご存知ですか（1つに○）。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが、内容は知らない
3. 知らない

※ 認知症サポーターとは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やそのご家族を支援する人のことをいいます。

問55 認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つに○）。

1. はい
2. いいえ

※ 足立区では地域包括支援センター（ホウカツ）が健康や介護・もの忘れに関する相談窓口です。

問56 将来、あなたが認知症になったら、周囲（家族や友人など）に公表しますか（1つに○）。

1. はい
2. いいえ

問57 将来、あなたが認知症になったら、どこで暮らしたいですか（1つに○）。

1. 自宅や親族の家など
2. 認知症の人が数人で暮らせる、家庭的な施設（グループホーム）
3. 介護保険施設（特別養護老人ホームなど）
4. 高齢者向け住宅（有料老人ホームなど）
5. 病院などの医療機関
6. わからない

問58 足立区には次のようなサービスがありますが、あなたは現在利用していますか。また利用していない方は、そのサービスをご存知ですか（それぞれ1つに○）。

サービスの種類	利用している (したことがある)	知っているが 利用したことはない	知らない
① 日常生活用具の給付 在宅で虚弱な方に外出の支援としてシルバー カーなどを給付	1	2	3
② 高齢者住宅改修給付 日常の生活動作が低下した方に、手すりや段 差解消等の住宅改修費用を給付	1	2	3
③ あだち配食サービス 食事の支度が困難な方にあだち配食サービス 協力店が自宅まで配達	1	2	3
④ 高齢者緊急通報システムの設置 慢性疾患等があり、常時注意を要する方の緊 急時に本人に代わって警備会社等へ連絡する ためのシステムを設置	1	2	3
⑤ 見守りキーホルダー・シールの支給 認知症等による徘徊の恐れのある高齢者や、 一人での外出に不安のある高齢者に無料で配 付	1	2	3
⑥ 訪問理美容サービス 在宅で寝たきり等のため調髪が困難な方に訪 問し調髪を行う	1	2	3
⑦ 見守りサービス助成 慢性疾患等があり、常時注意を要する方にセ ンサー等の設置費用を助成	1	2	3
⑧ あいあいサポート 掃除、買い物、外出の付き添いや電球の取り 換え等ちょっとした困りごとを支援	1	2	3

↓  
問58-1へ

問58の①から⑧で1つでも「2」と回答された方にお聞きします。

問58-1 利用したことがない理由は何ですか（1つに○）。

1. 今のところ利用する必要がない
2. 対象の要件を満たしていない
3. 詳しい内容が分からない
4. その他（

）

問59 介護サービスに関して、国では外国人材の活用が推進されていますが、どのよう  
にお考えですか（1つに○）。

1. 人材不足解消のために、積極的に活用してほしい
2. 意思疎通に問題ない語学レベルであれば、活用してほしい
3. 施設サービスの職員でいるのは問題ないが、訪問サービスには抵抗がある
4. 受け入れには消極的
5. わからない

問60 現在、足立区内には高齢者の介護や生活上の相談などを受ける地域包括支援セ  
ンターがあります。地域包括支援センター（ホウカツ）の業務で、ご存知のもの  
に○を付けてください（いくつでも○）。

1. 健康や介護の相談
2. 介護予防教室や地域の居場所等の紹介
3. 介護保険サービスの相談
4. もの忘れが心配な方の相談
5. 認知症の方の見守り支援
6. 高齢者虐待の対応
7. 成年後見制度の紹介
8. 地域貢献やボランティア活動の紹介
9. 老後の準備、老い支度の相談
10. 高齢者宅への訪問調査
11. 高齢者を主とした地域活動の支援
12. 絆のあんしん協力員による定期的な声かけ、見守り
13. 地域包括支援センター（ホウカツ）を知らない





# 要介護認定者に関する実態調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和4年10月1日現在、要介護1～5の認定を受けている方です。
2. 回答は宛名ラベルのご本人についてご記入をお願いします。もし、ご本人がご記入などに不都合があるときは、ご家族の方が代わりにご記入をお願いします。
3. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
4. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。  
介護・・・介護保険のサービスを受けている場合や、認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態  
介助・・・ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
5. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
6. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* この調査票は、無記名式となっています。お名前をご記入いただく必要はありません。返信用封筒にも、ご住所、お名前をご記入いただく必要はありません。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

## 【お問い合わせ先】

お問い合わせコール あだち

03-3880-0039（受付時間：午前8時～午後8時/1月1日から1月3日を除く毎日）

## 【調査主体】

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課

## はじめに、調査の回答者についておたずねします

① この調査票を記入している方は、どなたですか（1つに○）。

1. あて名のご本人
2. ご家族 （下記から1つに○）
  - a. 配偶者
  - b. 子
  - c. 子の配偶者
  - d. 孫
  - e. 兄弟姉妹
  - f. 親
3. その他（友人・知人、介護支援専門員 等）

※ 以下の設問について、「あなた」とは調査票の「あて名のご本人」のことを指します。

## あなたの基本情報についておたずねします

問1 基本情報についてお答えください

① あなたの性別・年齢をお聞きします。

【性別】（1つに○）

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 回答したくない |
|-------|-------|------------|

【年齢】令和4年11月1日現在

（            ）歳（数字を記入）

② あなたの現在の要介護度はどれですか（1つに○）。

- |         |         |                      |
|---------|---------|----------------------|
| 1. 要介護1 | 3. 要介護3 | 5. 要介護5              |
| 2. 要介護2 | 4. 要介護4 | 6. その他（            ） |

③ あなたが最後に卒業（中退を含む）した学校はどれですか（1つに○）。

- |            |                |           |
|------------|----------------|-----------|
| 1. 小学校・中学校 | 3. 専門学校        | 5. 大学・大学院 |
| 2. 高等学校    | 4. 高等専門学校・短期大学 | 6. その他    |

④ 現在の年間の収入はどの程度ですか（1つに○）。

- |                |                |                  |
|----------------|----------------|------------------|
| 1. 50万円未満      | 4. 150～200万円未満 | 7. 700～1,000万円未満 |
| 2. 50～100万円未満  | 5. 200～400万円未満 | 8. 1,000万円以上     |
| 3. 100～150万円未満 | 6. 400～700万円未満 |                  |

⑤ 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか（1つに○）。

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

⑥ 地域とのつながり（※）はありますか（1つに○）。

※ 「近隣者等による声掛け」、「地域住民との交流会への参加等」

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. 週に1回以上ある  | 4. 年に数える程度はある |
| 2. 月に2～3回はある | 5. ない         |
| 3. 月に1回はある   |               |

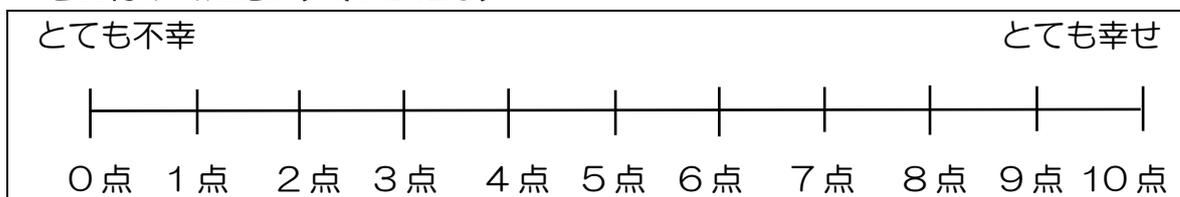
⑦ 地域とのつながりの回数は以前（※）に比べてかわりましたか（1つに○）。

※ 以前とは現在の状況になる前を指します（施設入居者であれば、入居前、介護状況が変わった方は変わる前）

- |        |          |        |
|--------|----------|--------|
| 1. 増えた | 2. 変わらない | 3. 減った |
|--------|----------|--------|

⑧ あなたは、現在どの程度幸せですか。

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる点数に○をお付けください）（1つに○）



⑨ あなた（封筒のあて名の方）は、現在、どちらで生活していますか（1つに○）。

1. 自宅	
2. 有料老人ホーム・ケアハウス・グループホームに入居中	
3. 病院に入院中	
4. 老人保健施設	
5. 特別養護老人ホーム	
6. 介護療養型医療施設	
7. 介護医療院	
8. その他（ ）	

問2へ

問1⑨で「4」～「7」と回答した方にお伺いします。

⑩ 現在の施設に満足していますか（1つに○）。

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. 大いに満足している | 3. 不満がある    |
| 2. 満足している    | 4. 大いに不満がある |

※ ⑩に回答した方はこれで質問は終了です。ありがとうございました。なお、区へのご意見、ご要望がありましたら、問35にご記入の上、投函してください。

問2 お住まいの住所を別紙から数字を記載してください。

住所番号 ( ) (数字で記載)

問3 あなたの家族構成をお答えください(1つに○)。

- 1. ひとり暮らし
- 2. あなたと65歳以上の配偶者のみの二人世帯
- 3. あなたと65歳未満の配偶者のみの二人世帯
- 4. 息子・娘と2世帯
- 5. その他

問4へ

問3で「5」と回答された方にお聞きします。

問3-1 あなたと一緒に住まいのご家族はどなたですか(いくつでも○)。

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1. 配偶者(夫または妻) | 5. 親    |
| 2. 子          | 6. 兄弟姉妹 |
| 3. 子の配偶者      | 7. その他  |
| 4. 孫          | ( )     |

問4 あなたを主に介護している方(ヘルパー等を除く)はどなたですか(1つに○)。

- |               |         |          |
|---------------|---------|----------|
| 1. 配偶者(夫または妻) | 4. 孫    | 6. 特にいない |
| 2. 子          | 5. 兄弟姉妹 | 7. その他   |
| 3. 子の配偶者      | ( )     | ( )      |

### 健康と医療についておたずねします

問5 あなたは3年前と比べて、介護度はどうなりましたか(1つに○)。

- |          |                       |
|----------|-----------------------|
| 1. 軽くなった | 4. 3年前は要介護認定を受けていなかった |
| 2. 変わらない | 5. わからない              |
| 3. 重くなった |                       |

問6 現在の身長・体重をご記入ください(数字(整数)を記入)。

身長    cm      体重    kg

問7 食事は1日何回食べますか(1つに○)。

1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回以上
-------	-------	-------	---------

↓

問8へ

問7で「1」、「2」と回答された方にお聞きします。

問7-1 食事を1日3回食べない理由は何ですか(いくつでも○)。

1. 空腹にならない	5. ダイエットをしている
2. 経済的に苦しい	6. 食べる必要性を感じない
3. 食事の準備ができない	7. その他( )
4. 食べる時間がない	8. 特に理由はない

問8 たんぱく質を多く含む食品(肉・魚・卵・大豆製品の1種類以上)をどのくらいの頻度で食べていますか(1つに○)。

1. 1日3回以上	4. 週に数回
2. 1日2回	5. ほとんど食べていない
3. 1日1回	6. 意識していないのでわからない

※ 身体機能の維持・向上のためには、低栄養(たんぱく質等の栄養不足による体重、筋量の低下)を予防・改善することが重要です。

問9 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか(1つに○)。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

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

問11 あなたは現在、通院や訪問診療などで診療を受けていますか(1つに○)。

1. 通院のみ	3. 訪問診療(往診含む)のみ
2. 通院と訪問診療(往診含む)	4. 通院も往診も利用していない

↓

問11-1~4へ      問11-1~3へ      問12へ      問11-1、4へ

**問 11で「1」、「2」、「3」とお答えの方へお聞きします。**

問 11-1 どのくらいの頻度で、医療機関の通院や訪問診療を受けていますか（1つに○）。

- |            |               |
|------------|---------------|
| 1. 週 2 回以上 | 4. 月 1 回      |
| 2. 週 1 回   | 5. 数か月に 1 回程度 |
| 3. 月 2 回程度 | 6. 定期的ではない    |

**問 11で「1」、「2」とお答えの方へお聞きします。**

問 11-2 通院で受診している診療科目は何ですか（いくつでも○）。

- |         |         |          |         |
|---------|---------|----------|---------|
| 1. 内科   | 4. 整形外科 | 7. 皮膚科   | 10. その他 |
| 2. 外科   | 5. 歯科   | 8. 耳鼻咽喉科 | ( )     |
| 3. 循環器科 | 6. 眼科   | 9. 神経内科  |         |

問 11-3 通院に介助が必要ですか（1つに○）。

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| 1. はい（通院に介助が必要） | 2. いいえ |
|-----------------|--------|

**問 11で「2」、「3」とお答えの方へお聞きします。**

問 11-4 訪問診療（往診含む）で受診しているものは、どのような内容ですか（いくつでも○）。

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| 1. 点滴              | 7. 気管切開の処置            |
| 2. 経管栄養（胃ろう等）      | 8. インスリン注射            |
| 3. 酸素療法            | 9. 痛みに対する管理（注射、湿布、薬等） |
| 4. じょくそう（床ずれ）の処置   | 10. 歯科診療（入れ歯、口腔ケア等）   |
| 5. 人工呼吸器           | 11. その他               |
| 6. 導尿の管理（カテーテル、自己） | ( )                   |

**日常生活等についておたずねします**

問 12 趣味はありますか（1つに○）。

- |         |           |          |
|---------|-----------|----------|
| 1. 趣味あり | 2. 思いつかない | → 問 13 へ |
|---------|-----------|----------|

**問 12で「1」と回答された方にお聞きします。**

問 12-1 どのようなことを趣味にしていますか（いくつでも○）。

- |               |                 |               |
|---------------|-----------------|---------------|
| 1. テレビ・ラジオの視聴 | 7. スポーツ観戦       | 13. 手芸等文化的な取組 |
| 2. 読書         | 8. ウォーキング（山登り等） | 14. 園芸        |
| 3. 映画鑑賞       | 9. 体力づくり        | 15. カメラ       |
| 4. 美術鑑賞       | 10. スポーツ        | 16. 旅行        |
| 5. 音楽鑑賞       | 11. カラオケ        | 17. その他       |
| 6. 演劇鑑賞       | 12. ゲーム（将棋、麻雀等） | ( )           |

問13 生きがいがありますか（1つに○）。

1. 生きがいあり	2. 思いつかない	→	問14へ
-----------	-----------	---	------

問13で「1」と回答された方にお聞きします。

問13-1 どのようなことに生きがいを感じますか（いくつでも○）。

1. 家族との日常生活	8. 学び・勉学
2. 友人・知人との交流	9. 飲食
3. 外出	10. テレビを見ているとき
4. 就労	11. インターネットを行っているとき
5. 地域貢献活動	12. ゲームを行っているとき
6. NPO法人等の団体活動	13. その他
7. 趣味やスポーツ活動	( )

問14 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか（いくつでも○）。

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

問15 消費者被害にあったときの相談先として、「足立区消費者センター」がありますが、ご存知ですか（1つに○）。

1. 知っている	2. 知らない
----------	---------

問16 「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)の取り組みをご存知ですか（1つに○）。

1. 取り組み内容を知っている
2. 聞いたことはあるが、取り組み内容は知らない
3. 知らない

問17 「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)による見守りや声かけを必要と思われますか（1つに○）。

1. 絆のあんしんネットワークは必要だと思う（利用したいも含む）
2. 絆のあんしんネットワークは必要だと考えているが、他の見守りサービスも必要だと思う（利用したいも含む）
3. 親族や知人と日常的なつきあいがあるので、特に必要としない
4. 私生活に関与した見守りはされたくないため、必要としない
5. その他( )



**問 18で「2」と回答された方にお聞きします。**

**問 18-5 現在利用している介護保険サービスは次のうちどれですか  
(いくつでも○)。**

1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導 (医師・歯科医師・薬剤師等による療養上の指導)
6. 通所介護 (デイサービス)
7. 通所リハビリテーション (デイケア)
8. 短期入所生活介護・短期入所療養介護 (ショートステイ)
9. 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等でのサービス)
10. 福祉用具の貸与・購入
11. 住宅改修
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13. 夜間対応型訪問介護
14. 認知症対応型通所介護
15. 小規模多機能型居宅介護
16. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
17. 看護小規模多機能型居宅介護
18. その他 ( )

**問 18-6 あなたは、現在利用しているサービスに満足していますか (1つに○)。**

1. 満足している      2. 満足していない      3. どちらともいえない

**問 18で「1. 利用していない」と回答された方にお聞きします。**

**問 18-7 介護サービスを利用していない理由を、お聞かせください (いくつでも○)。**

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 家族が介護している      | 6. 利用の手続きがわからない       |
| 2. 病院に入院している      | 7. 他人とかかわりたくない        |
| 3. 利用料負担ができない     | 8. 外出したくない            |
| 4. 介護を必要としていない    | 9. 特別養護老人ホームの空きを待っている |
| 5. 事業者が家に入って欲しくない | 10. その他 ( )           |

問19 あなたは、介護サービス対象外の以下のようなサービスを今後利用したいと思いませんか（いくつでも○）。

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 相談・話し相手の訪問サービス          |
| 2. 夜間の訪問看護                 |
| 3. 入浴のみの短時間の通所サービス         |
| 4. 食事のみの短時間の通所サービス         |
| 5. リハビリのみの短時間の通所サービス       |
| 6. 医療対応の必要な人も利用できる通所サービス   |
| 7. 歯科・眼科・神経内科・精神科などの訪問診療   |
| 8. 部屋や庭の掃除等など、ちょっとした家事サービス |
| 9. 訪問理美容                   |
| 10. 通院や買い物などの送迎            |
| 11. その他（具体的に： _____）       |
| 12. 特になし                   |
| 13. 経済的に利用できない             |
| 14. わからない                  |

問20 介護保険制度をはじめとする、色々な高齢者制度の内容やサービスについて、あなたが相談しているところをお教えてください（いくつでも○）。

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. 区役所        | 6. 保健所            |
| 2. ケアマネジャー    | 7. ヘルパーなどのサービス事業所 |
| 3. 地域包括支援センター | 8. その他（ _____）    |
| 4. 民生・児童委員    | 9. 特にない           |
| 5. かかりつけの医師   |                   |

問21 成年後見制度（※）についてご存知ですか。また利用を検討したことがありますか（1つに○）。

- |  |
|--|
| 1. 利用したことがある（している）                     |
| 2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった   |
| 3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった |
| 4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない              |
| 5. 聞いたことはあるが、内容は知らない                   |
| 6. 知らない                                |

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な人が、生活をする上で不利益を被らないよう判断能力の不十分な方々を保護し、支援する制度です。

問22 成年後見制度について関心がありますか（1つに○）。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問23 任意後見制度（※）についてご存知ですか。また利用を検討したことがありますか（1つに○）。

- |  |
|--|
| 1. 利用したことがある（している）                     |
| 2. 内容を知っており、利用を検討したが、費用が高くて利用に至らなかった   |
| 3. 内容を知っており、利用を検討したが、費用以外の理由で利用に至らなかった |
| 4. 内容は知っているが、利用は検討したことがない              |
| 5. 聞いたことはあるが、内容は知らない                   |
| 6. 知らない                                |

※ 任意後見制度とは、自分の判断能力が十分なうちに、判断能力が低下したときに備えて、「支援してほしいこと」や「支援をお願いする人」をあらかじめ「契約」で決めておく制度です。

問24 任意後見制度について関心がありますか（1つに○）。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問25 近年、「難聴」のリスクを改善することにより、認知症の発症を遅らせたり予防する効果が期待できると報告されています。そこで、現在のあなたの日常生活において耳の聞こえについてお伺いします（1つに○）。

- |                   |   |        |
|-------------------|---|--------|
| 1. 不自由なく聞こえる      | → | 問26へ   |
| 2. 小さな声が聞きづらい     | → | 問25-1へ |
| 3. 普通の会話が聞きづらい    |   |        |
| 4. 普通の会話は聞きとれない   |   |        |
| 5. 耳元で話されても聞きとれない |   |        |
| 6. その他（           |   | ）      |

問25で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

問25-1 聞こえづらいと感じるようになったのはいつ頃からですか（1つに○）。

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 64歳以前  | 4. 80～84歳 |
| 2. 65～74歳 | 5. 85歳以上  |
| 3. 75～80歳 |           |

問25で「2」～「5」と回答された方にお聞きします。

問25-2 現在、補聴器が必要ですか（1つに○）。

1. 日常生活に困らないので必要ない
2. いつかは必要になると思うか今は必要ない
3. 補聴器の購入を考えている
4. 既に補聴器を使っている
5. 補聴器は持っているが、使用していない（理由 \_\_\_\_\_）
6. その他（ \_\_\_\_\_ ）

問25-3へ

問26へ

問25-2で「3」～「5」と回答された方にお聞きします。

問25-3 足立区の補聴器購入助成制度を知っていますか（1つに○）。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが、詳しいことはわからない
3. 知らない（聞いたことがない）
4. その他（ \_\_\_\_\_ ）

問26 認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つに○）。

1. はい
2. いいえ

※ 足立区では地域包括支援センター（ホウカツ）が健康や介護・もの忘れに関する相談窓口です。

問27 将来、あなたが認知症になったら、周囲（家族や友人など）に公表しますか（1つに○）。

1. はい
2. いいえ

問28 将来、あなたが認知症になったら、どこで暮らしたいですか（1つに○）。

1. 自宅や親族の家など
2. 認知症の人が数人で暮らせる、家庭的な施設（グループホーム）
3. 介護保険施設（特別養護老人ホームなど）
4. 高齢者向け住宅（有料老人ホームなど）
5. 病院などの医療機関
6. わからない



**問31で「2」と回答された方にお聞きします。**

**問31-1** 今後も安心して在宅生活を続けていくために必要なことは何だと思えますか（いくつでも○）。

1. 24時間対応の訪問介護や緊急時の訪問介護	7. 緊急時など必要な時に泊まれる施設
2. 医師や看護師の訪問	8. 地域での見守り
3. 病院などへの移送の介助	9. ボランティアによる支援
4. 在宅介護のための住宅改修	10. リハビリができる通所サービス
5. 配食サービス等の生活支援サービス	11. 車いす等の福祉用具の貸出
6. 契約や財産管理の手続きの支援	12. その他（ ）

**問31で「2」と回答された方にお聞きします。**

**問31-2** 地域密着型サービスは、高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅または地域で生活を継続できるようにするためのサービスです。あなたは次のようなサービスを利用したいと思えますか（それぞれ1つに○）。

サービス内容	利用したい	利用したくない	わからない
① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 定期巡回と随時対応による訪問介護と訪問看護を24時間いつでも受けることのできるサービス	1	2	3
② 夜間対応型訪問介護 24時間安心して居宅での生活が送れるようにするための、定期的な巡回や通報システムによる夜間専用の訪問介護サービス	1	2	3
③ 認知症対応型通所介護 認知症の人を対象に専門的なケアを提供する通所介護	1	2	3
④ 小規模多機能型居宅介護 通所介護（デイサービス）を中心に、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問介護」や「短期入所（ショートステイ）」を組み合わせた介護サービス	1	2	3
⑤ 看護小規模多機能型居宅介護 訪問看護と小規模多機能型居宅介護との組合せなど、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供されるサービス	1	2	3

**問31で「3」と回答された方にお聞きします。**

**問31-3 介護を受けられる施設には、次のような施設がありますが、あなたはどのような施設等を望んでいますか（1つに○）。**

施設の種類	サービスの内容	利用したい番号に○ 	
① 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 月額費用：約9.3万円～13.4万円	常に介護が必要で自宅では介護が困難な人のための施設です。 (要介護3～5が対象)	個室	1
		多床室	2
② 介護老人保健施設 (老人保健施設) 月額費用：約8.1万円～13.7万円	病状が安定し、治療よりは看護や介護に重点を置いたケアが必要な人のための施設です。 (要介護1～5が対象)		3
③ 介護療養型医療施設 (療養病床等) 月額費用：約7.8万円～14.2万円	長期の療養を必要とする人のための医療施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)		4
④ 介護医療院 月額費用：約8.2万円～14.9万円	長期療養を必要とする人のための施設です。医療や看護、介護等が受けられます。 (要介護1～5が対象)		5
⑤ 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 月額費用：約11.3万円～21.6万円	認知症の方が共同で生活しながら、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 (要支援2、要介護1～5が対象)		6
⑥ 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等) 月額費用：約10.3万円～43.2万円	入浴や食事、介護など日常生活に必要なサービスが受けられます。		7
⑦ 軽費老人ホーム (ケアハウス) 月額費用：約2.9万円～24.4万円	自立した生活が継続できるように、食事や必要最低限の介助を提供するすまいです。		8

※ 費用は、自己負担1割の場合の目安です。日常生活費（理美容など）は含みません。

※ オ～カの各費用は、施設ごとに異なります。また、入居時に一時金が必要な場合があります。

問32 あなたは、今後も在宅生活を続けるために何が必要だと思いますか。

【ご自身について】（いくつでも○）

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. 健康状態や身体の機能を維持・向上させること |   |
| 2. 適切な介護サービスを受けられること     |   |
| 3. 介護事業所と医療機関が連携すること     |   |
| 4. 生活上の心配や不安が少なくなること     |   |
| 5. その他（                  | ） |

【介護している家族の方について】（いくつでも○）

- |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 健康状態を維持・回復できること | 5. 介護方法に関する知識・技術の向上     |
| 2. 医師の訪問が受けられること   | 6. 悩みを語りあえる介護家族の会があること  |
| 3. 精神的な介護負担が軽くなること | 7. 必要なときに介護サービスを受けられること |
| 4. 身体的な介護負担が軽くなること | 8. その他（                 |
|                    | ）                       |

【その他、在宅生活を続けるために必要なこと】（ご自由にお書きください）

----------------------

問33 あなたは人生の最期をどこで迎えたいですか（1つに○）。

- |              |           |
|--------------|-----------|
| 1. 自宅で迎えたい   | 4. その他（   |
| 2. 介護施設で迎えたい | 5. どこでも良い |
| 3. 医療機関で迎えたい | 6. 考えていない |
|              | ）         |

問34 あなたは人生の最期について、どなたかに相談したことはありますか  
（いくつでも○）。

- |            |                    |
|------------|--------------------|
| 1. 家族      | 6. その他医療関係者        |
| 2. ケアマネジャー | 7. 地域包括支援センター等の相談員 |
| 3. 介護職員    | 8. 相談したことはない       |
| 4. 主治医     | 9. 相談相手がいない        |
| 5. 看護師     | 10. その他（           |
|            | ）                  |

問35 ①高齢者保健・福祉事業や介護保険制度について、区へのご要望、ご意見、  
②その他、生活の中での困りごとなどがありましたら、お聞かせください。

----------------------

ここからは、あなた（あて名ご本人）を主に介護している方（以下、「介護者」といいます。）がお答えください。（可能な範囲でお答えください。）

問36 介護者の性別・年齢をおたずねします。

【性別】（1つに○）

【年齢】

1. 男性	2. 女性	3. 回答したくない	( ) 歳 (数字を記載)
-------	-------	------------	---------------

問37 介護者は、あて名ご本人からみて次のうちどの関係ですか（1つに○）。

1. 配偶者（夫または妻）	4. 親	7. 介護サービス従事者
2. 子または子の配偶者	5. 兄弟姉妹	8. その他
3. 孫	6. 知人・友人	( )

問38 介護者の方から見てあて名ご本人は、下記にお示しする状態にあてはまるものはありますか（1つに○）。

1. 多少の物忘れはあるが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している
2. 日常生活に支障を来たすような症状・行動（たびたび道に迷う、買い物や金銭管理など今までできたことにミスが目立つなど）や意思疎通の困難さが多少あっても、ほぼ自立している
3. 日常生活に支障を来たすような症状・行動（徘徊・失禁・火の不始末・不潔行為等）や意思疎通の困難さがときどきあり、介護が必要である
4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動（徘徊・失禁・火の不始末・不潔行為等）や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常に介護が必要である
5. 著しい精神症状（妄想・興奮・自傷など）あるいは重篤な身体疾患があり、専門医療が必要である
6. 上記1～5のいずれもあてはまらない

問39 在宅での介護について、介護者の方が困ったり、負担に感じていることはありますか（いくつでも○）。

<p>本人との意思疎通等について</p>	<p>1. 現在の状況を理解してもらうことが難しい                  2. 本人の言動が理解できないことがある                  3. 受診を勧めても同意してもらえない                  4. 本人が自分の症状を正確に理解していない                  5. 来客者に気を遣う</p>
<p>介護の仕方について</p>	<p>6. 適切な介護方法がわからない                  7. 症状への対応方法がわからない                  8. 徘徊するため目が離せない                  9. 介護を協力してもらえない                  10. 介護について、誰に、どのように相談すればよいか、わからない                  11. 日中、本人だけの時間があることに不安を感じる                  12. 介護を家族の他の人に任せてよいか、悩むことがある                  13. 介護の方針について、家族・親戚との意見が合わない                  14. 介護することに対して、周囲の理解が得られない</p>
<p>サービス利用について</p>	<p>15. サービスを思うように利用できない、サービスが足りない                  16. サービスを利用したら本人の状態が悪化した（ことがある）                  17. サービス事業者との関係がうまくいかない                  18. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない</p>
<p>介護者ご自身のことについて</p>	<p>19. 自分の用事・都合をすませることができない                  20. 身体的につらい（腰痛や肩こりなど）                  21. 精神的なストレスがたまっている                  22. 睡眠時間が不規則になり、健康状態がおもわしくない                  23. 自分の自由になる時間が持てない                  24. 先々のことを考える余裕がない                  25. 経済的につらいと感じるときがある                  26. その他（<span style="float: right;">）</span>                  27. 特に困っていることはない</p>





## 在宅介護の実態に関する調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行うにあたり、「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調査を行うこととなりましたので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

令和4年9月吉日

### 【ご記入にあたってのお願い】

1. この調査の対象者は、要介護認定を更新される方が対象となります。
2. 回答は概況調査等の対象であるご本人についてご記入をお願いします。
3. 回答にあたっては、該当する番号を○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。

※ この調査票は、被保険者番号で紐づける調査となっています。被保険者番号は忘れずに記載をお願いします。

※ 調査結果は、統計的に処理します。お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

[お問い合わせ先・調査主体]

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

被保険者番号[ \_\_\_\_\_ ]

◆ A票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか（いくつでも○）。

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

## A票 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

問1 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）。

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

問1-1 住まいについて、ご回答ください（1つに○）。

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1. 住宅型有料老人ホーム             | 3. (1及び2を除く) 自宅 |
| 2. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設でない) |                 |

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

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

問3～問13へ

問8(P.2)へ

問2で「3. 週に1～2回ある」～「5. ほぼ毎日ある」と回答した方は、以下の問3～13について調査してください。

問3 主な介護者の方は、どなたですか（1つに○）。

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

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つに○）。

- |       |       |            |
|-------|-------|------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 回答したくない |
|-------|-------|------------|

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つに○）。

1. 20歳未満	4. 40代	6. 60歳～64歳	8. 70代
2. 20代	5. 50代	7. 65歳～69歳	9. 80歳以上
3. 30代			10. わからない

問6 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（いくつでも○）。

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

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

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

**ここから、再び全員に調査してください。**

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

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

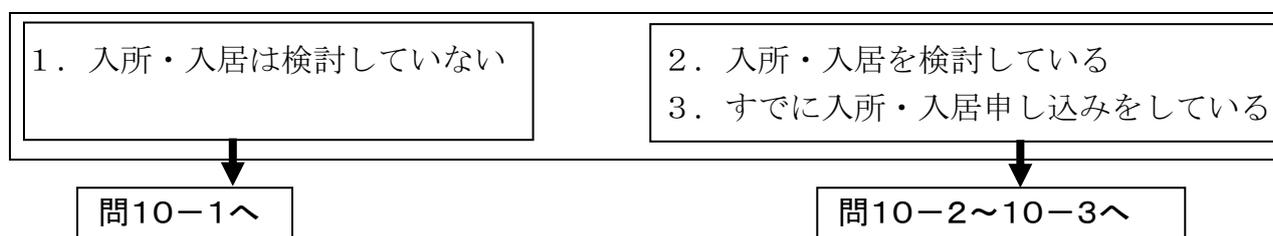
※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

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

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 配食             | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理             | 8. 見守り、声かけ            |
| 3. 掃除・洗濯          | 9. サロンなどの定期的な通いの場     |
| 4. 買い物（宅配は含まない）   | 10. その他               |
| 5. ゴミ出し           | 11. 特になし              |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） |                       |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含まれます。

問10 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つに○）。



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

**問10で「1. 入所・入居は検討していない」と回答した方は、以下の問10-1について調査してください。**

問10-1 入所・入居を検討していない理由は何ですか。（1つに○）。

- |               |                |                 |
|---------------|----------------|-----------------|
| 1. 施設の利用料金が低い | 2. 本人・家族が希望しない | 3. 在宅サービスで介護が可能 |
|---------------|----------------|-----------------|

**問10で「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」と回答した方は、以下の問10-2～10-3について調査してください。**

問10-2 入所・入居を希望する場合、どのような居室を希望しますか（1つに○）。

- |       |                |
|-------|----------------|
| 1. 個室 | 2. 多床室（4人部屋など） |
|-------|----------------|

問10-3 月額利用料はどのくらいを希望していますか（1つに○）。

- |           |              |              |
|-----------|--------------|--------------|
| 1. 10万円未満 | 2. 10～20万円程度 | 3. 20～30万円程度 |
|-----------|--------------|--------------|

ここから、再び全員に調査してください。

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

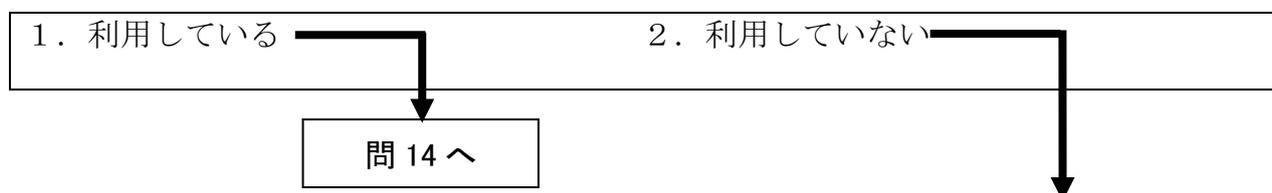
- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中）                 | 9. 認知症                         |
| 2. 心疾患（心臓病）                   | 10. パーキンソン病                    |
| 3. 悪性新生物（がん）                  | 11. 難病（パーキンソン病を除く）             |
| 4. 呼吸器疾患                      | 12. 糖尿病                        |
| 5. 腎疾患（透析）                    | 13. 眼科・耳鼻科疾患<br>（視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 6. 筋骨格系疾患<br>（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） | 14. その他                        |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む）              | 15. なし                         |
| 8. 変形性関節疾患                    | 16. わからない                      |

問12 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（1つに○）。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問13 現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（1つに○）。



問13で「2. 利用していない」を回答した方にお伺いします。

問13-1 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（いくつでも○）。

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

**ここから、再び全員に調査してください。**

問14 ご本人（認定調査対象者）は、認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つに○）。

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

問15 将来、ご本人（認定調査対象者）が認知症になったとしたら、周囲（家族や友人など）に公表しますか（すでに認知症と診断されている方は公表していますか）（1つに○）。

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

問16 将来、ご本人（認定調査対象者）が認知症になったとしたら、どこで暮らしたいですか（すでに認知症と診断されている方は将来どこで暮らしたいですか）（1つに○）。

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 自宅や親族の家など                     |
| 2. 認知症の人が数人で暮らせる、家庭的な施設（グループホーム） |
| 3. 介護保険施設（特別養護老人ホームなど）           |
| 4. 高齢者向け住宅（有料老人ホームなど）            |
| 5. 病院などの医療機関                     |
| 6. わからない                         |

※ 問2で「2.」～「5.」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

※ 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人（調査対象者の方）にご回答・ご記入をお願いしてください（ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です）。

## B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください（1つに○）。

1. フルタイムで働いている
2. パートタイムで働いている

3. 働いていない
4. 主な介護者に確認しないと、わからない

問5(P.7)へ

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

問1で「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と回答した方は以下の問2～問5にお答えください。

問2 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていきますか（いくつでも○）。

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

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

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

問4 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか(1 つに○)。

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

**ここから、再び全員に調査してください。**

問5 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を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○)。

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 1. 日中の排泄          | 10. 認知症状への対応                 |
| 2. 夜間の排泄          | 11. 医療面での対応<br>(経管栄養、ストーマ 等) |
| 3. 食事の介助(食べる時)    | 12. 食事の準備(調理等)               |
| 4. 入浴・洗身          | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等)      |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き         |
| 6. 衣服の着脱          | 15. その他                      |
| 7. 屋内の移乗・移動       | 16. 不安に感じていることは、特にない         |
| 8. 外出の付き添い、送迎等    | 17. 主な介護者に確認しないと、わからない       |
| 9. 服薬             |                              |

——ご協力ありがとうございました——



## 第2号被保険者調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

### 【ご回答にあたってのお願い】

1. この調査の対象者は、令和4年10月1日現在、55～64歳までの方です（要介護1～5の方を除く）。
2. 回答は宛名ラベルのご本人についてインターネット上で入力をお願いします。  
もし、ご本人がインターネットでの回答入力などに不都合があるときは、ご家族の方等が代わりに操作するなど、ご協力をお願いします。
3. 回答する際は、以下のURLにアクセスしていただくか、二次元バーコードを読み取っていただき、12月1日（木）までに入力をお願いします。

WEB サイト	<a href="https://wss3.5star.jp/survey/login/dzhmc60m">https://wss3.5star.jp/survey/login/dzhmc60m</a>
ログイン ID	●●●●●●●●
パスワード	●●●●●●●●



4. 回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する番号を選択してください。  
また、必要に応じて、数字やご意見のご入力をお願いします。
5. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。  
また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

### [お問い合わせ先]

お問い合わせコール あだち

03-3880-0039（受付時間：午前8時～午後8時/1月1日から1月3日を除く毎日）

### [調査主体]

足立区 高齢者施策推進室 地域包括ケア推進課

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課

## 足立区 第2号被保険者調査

問1 あなたの性別・年齢をおたずねします。

【性別】（1つを選択）

【年齢】（1つを選択）※令和4年10月1日現在

性別

- 1. 男性
- 2. 女性

年齢

- 1. 55～59歳
- 2. 60～64歳

問2 (1) あなたのお住まいはどちらですか。

▽

(2) あなたの足立区での居住年数は何年ですか。

※ 一旦区を離れた場合でも通算してお答えください（1つを選択）。

- 1. 1年未満
- 2. 1～5年未満
- 3. 5年～10年未満
- 4. 10年～15年未満
- 5. 15年～20年未満
- 6. 20年以上
- 7. わからない

問3 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つを選択）。

\*

- 1. 1人暮らし
- 2. 夫婦2人暮らし
- 3. 息子・娘との2世帯

○4. その他

---

**(2) あなたは、家族や親族を3か月以上介護したことがありますか（1つを選択）。**

---

- 1. 今まで介護したことはない
  - 2. 複数人を同時に介護したことがある（している）
  - 3. 同時期ではないが複数人を介護したことがある（している）
  - 4. ひとりを介護したことがある（している）
- 

**問4 あなたの現在の就業状況をお聞きします（1つを選択）。**

---

\*

- 1. 常勤の社員・職員
  - 2. 非常勤、嘱託、パート、アルバイト
  - 3. 自営業・自営業手伝い
  - 4. その他の就業 自由記述
  - 5. 求職中
  - 6. 仕事をしていない
- 

**問4で1～4と回答した方にお聞きします。**

**(1) 現在の職種について教えてください（いくつでも選択可）。**

---

- 1. 事務職
  - 2. 営業職
  - 3. 医療・介護・福祉
  - 4. 販売・飲食・サービス
  - 5. 警備・清掃
  - 6. ドライバー・配達
  - 7. 土木・建築
  - 8. 農林水産業
  - 9. IT・エンジニア
  - 10. 製造・工場
  - 11. 軽作業
  - 12. 駐輪場・駐車場管理
  - 13. マンション・アパート管理
  - 14. その他 自由記述
- 

**問4で1～4と回答した方にお聞きします。**

**(2) あなたは何歳まで仕事をしたい（または続けたい）ですか（1つを選択）。**

---

- 1. 定年まで
- 2. 年金を受給できるようになるまで
- 3. 60歳未満まで
- 4. 60歳まで
- 5. 65歳まで

- 6. 70歳まで
- 7. 75歳まで
- 8. 80歳まで
- 9. 働けるうちはいつまでも
- 10. わからない

---

**(3) あなたの退職後の働き方等に関する希望を教えてください（1つを選択）。**

---

- 1. 所属する組織内の継続雇用制度（再雇用制度など）を利用し、働きたい
- 2. 新たに、自分の経験や能力を活かせる仕事を探し、働きたい
- 3. 仕事の内容は問わず、体力に見合った仕事を探し、働きたい
- 4. 起業したい
- 5. 好きなことや得意なことを活かした活動（生きがい活動）をしたい（無償、有償にかかわらず）
- 6. 好きなことや得意なことに関係なく、必要とされる場所で社会貢献したい（無償、有償にかかわらず）
- 7. その他 自由記述
- 8. 特に何もしたくない
- 9. 考えていない

---

**問5 あなたが、月に1回以上行っている取り組みや活動はありますか（いくつでも選択可）。**

---

\*

- 1. 知識や技能を活かせる活動
- 2. 楽しめる活動
- 3. 社会への貢献度の高い活動
- 4. 近所の住民との交流
- 5. 共通の趣味嗜好を持つ人との交流
- 6. 気分転換やストレス解消のための活動
- 7. 健康維持のための活動
- 8. あてはまるものはない

---

**問5 1～7と回答した方にお聞きします。**

**(1) あなたが取り組んでいる活動はどのような場ですか。（いくつでも選択可）**

---

- 1. 有料の民間サービス（フィットネスクラブなど）
- 2. 仲間同士の集まり
- 3. 行政や地域ケアプラザ等が主催する教室やイベントなどの活動
- 4. NPOやボランティア団体の活動
- 5. 自治会などの住民組織の活動
- 6. 個人の活動
- 7. その他 自由記述

---

**問6 (1) かかりつけ医（医院・病院）はいますか（1つを選択）。**

---

- 1. はい

2. いいえ

---

**問6 (2) かかりつけ歯科医 (医院・病院) はいますか (1つを選択)。**

1. はい  
 2. いいえ

---

**問6 (3) かかりつけ薬剤師 (薬局) はいますか (1つを選択)。**

1. はい  
 2. いいえ

---

**問7 (1) あなたは1年前から今日の間で医師による健康診査 (検診) や治療を受けましたか (1つを選択)。**

1. 受診し現在も治療中  
 2. 受診し治療は終了  
 3. 受診し問題はなかった  
 4. 受診していない  
 5. わからない

---

**問7 (2) あなたは1年前から今日の間で歯科医師による歯科健診 (検診) や治療を受けましたか (1つを選択)。**

1. 受診し現在も治療中  
 2. 受診し治療は終了  
 3. 受診し問題はなかった  
 4. 受診していない  
 5. わからない

---

**問8 あなたは隣近所とどの程度交流を持っていますか (1つを選択)。**

1. 互いの家を月に1度以上行き来する  
 2. 互いの家を2～3か月に1度程度行き来する  
 3. 互いの家を半年に1度程度行き来する  
 4. 会ったときに世間話をする  
 5. 挨拶をする  
 6. 交流はしていない

---

**問9 あなたの地域活動への参加状況についてお聞きします (1つを選択)。**

- \*  
 1. 参加している  
 2. 現在はしていないが、今後参加したい  
 3. あまり参加していない  
 4. 参加したいとは思わない
-

問 9 で 1～3 と回答した方にお聞きします。

(1) 参加している、または参加したいと思う活動内容はどのようなものですか。

(いくつでも選択可)

- 
- 1. 自然保護活動
  - 2. 公園や近隣の清掃など美化活動やリサイクル活動
  - 3. 地域（学校、施設、商店街、自治会など）のイベントの支援
  - 4. 福祉施設などでの活動
  - 5. 趣味やスポーツの指導
  - 6. 交通安全や防犯・防災に関する活動
  - 7. 高齢の方、障がいのある方の話し相手や身の周りの世話
  - 8. 子育ての相談や手伝い
  - 9. 青少年の健全育成に関する活動
  - 10. 外国人への支援活動
  - 11. 寄付、募金活動
  - 12. その他 自由記述
- 

問 10 あなたはお住まいの地域で、支援が必要な人に対して何か手助けや活動（ボランティアを含む）をしようと思いませんか。

(1つを選択)

\*

- 1. すでにしている
  - 2. ぜひしたい
  - 3. 機会があればしたい
  - 4. 有償であればしてみたい
  - 5. あまりしたいとは思わない
  - 6. したいとは思わない
  - 7. わからない
- 

問 10 で 1～4 と回答した方にお聞きします。

(1) それはどのような手助けや活動ですか。

(いくつでも選択可)

- 
- 1. ごみ出し
  - 2. 買い物
  - 3. 調理
  - 4. 洗濯や部屋の掃除
  - 5. 玄関前や庭などの家周りの掃除
  - 6. 簡単な力仕事
  - 7. 病院への送迎
  - 8. 病院への付き添いや薬の受け取り
  - 9. 病院以外の外出時の送迎

- 10. 病院以外の外出時の付き添い
- 11. 声かけ・見守り
- 12. 日ごろの話し相手
- 13. ご飯を食べる相手
- 14. 金銭管理・書類の確認
- 15. 区役所などでの手続き
- 16. 家電製品やパソコン等の操作
- 17. その他 自由記述

---

**問11 現在、区内には、高齢者の介護や生活上の相談等を受ける地域包括支援センターがありません。地域包括支援センター（ホウカツ）の業務で、ご存知のものを選択してください（いくつでも選択可）。**

- 
- 1. 健康や介護の相談
  - 2. 介護予防教室や地域の居場所等の紹介
  - 3. 介護保険サービスの相談
  - 4. もの忘れが心配な方の相談
  - 5. 認知症の方の見守り支援
  - 6. 高齢者虐待の対応
  - 7. 成年後見制度の紹介
  - 8. 地域貢献やボランティア活動の紹介
  - 9. 老後の準備、老い支度の相談
  - 10. 高齢者宅への訪問調査
  - 11. 高齢者を主とした地域活動の支援
  - 12. 絆のあんしん協力員による定期的な声かけ、見守り
  - 13. 地域包括支援センター（ホウカツ）を知らない

---

**問12 成年後見制度についてご存知ですか（1つを選択）。**

※成年後見制度とは、認知症，知的障害，精神障害などの理由で判断能力の不十分な人が、生活をする上で不利益を被らないよう判断能力の不十分な方々を保護し，支援する制度です。

- 
- 1. 内容は知っており、家族が利用している
  - 2. 内容を知っており、家族等が利用を検討したことがある
  - 3. 聞いたことはあるが、内容は知らない
  - 4. 知らない

---

**問13 認知症サポーターをご存知ですか。（1つを選択）。**

※認知症サポーターとは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やそのご家族を支援する人のことをいいます。

- 
- 1. 知っている
  - 2. 聞いたことはあるが、内容は知らない
  - 3. 知らない
-

問14 足立区ではひとり暮らし高齢者や高齢者世帯を対象に、「孤立ゼロプロジェクト～絆のあんしんネットワーク～」(近隣同士の見守り活動)の取り組みを実施していますが、ご存知ですか(1つを選択)。

- 1. 取り組み内容を知っている
- 2. 聞いたことはあるが、取り組み内容は知らない
- 3. 知らない

問15 身近な暮らしの情報をどのように入手しますか(いくつでも選択可)。

- 1. 区役所・区民事務所・保健所等の窓口・掲示板、チラシ
- 2. あだち広報
- 3. A-メール(足立区メール配信サービス)
- 4. 足立区LINE公式アカウント
- 5. 新聞・雑誌
- 6. テレビ・ラジオ
- 7. 区ホームページ
- 8. インターネット
- 9. 家族
- 10. 友人・知人
- 11. 民生・児童委員
- 12. 地域包括支援センター
- 13. その他 自由記述

問16 あなたに介護が必要となった場合、どのように生活したいと思いますか(1つを選択)。

- 1. 介護サービスを利用しないで、自宅で家族に介護してもらいたい
- 2. 介護サービスを利用しながら、自宅で生活したい
- 3. 特別養護老人ホームなど介護保険施設等に入りたい
- 4. サービス付き高齢者向け住宅で生活したい
- 5. その他 自由記述

問17 あなたは、足立区に対してどのような高齢者施策の充実をお望みですか(いくつでも選択可)。

- 1. 仕事の紹介等の施策の充実
- 2. 生涯学習・スポーツなどの生きがい施策の充実
- 3. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援
- 4. ひとり暮らし高齢者に対する援助
- 5. 高齢者向け住宅の整備
- 6. 高齢者虐待防止対策の充実
- 7. 健康づくり施策の充実
- 8. 介護予防施策の充実
- 9. 認知症予防施策の充実
- 10. 介護保険サービスの充実

- 11. 介護保険外サービスの充実
- 12. 介護保険施設等の新設
- 13. 在宅生活を続けるための支援
- 14. 家族等の介護者に対する援助
- 15. 高齢者が気軽に集まることのできる場の提供
- 16. 福祉や生活にかかわる相談体制の整備
- 17. スマートフォン教室
- 18. その他 自由記述

---

**問 18** その他、生活の中での困りごとがありましたら、お聞かせください。

---

マークが付いたリンクは、別ウインドウで開きます。



# 在宅サービス事業所調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. 回答は事業者の代表者の方がご記入いただきますようお願いいたします。
2. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
3. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
4. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた事業所や個人のお考えが公表されることはありません。

\* 数字記入の設問で、無回答の場合は「0（ゼロ）」として集計します。

## [調査主体・お問い合わせ先]

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

問1 貴事業所についてお答えください。

① 事業所名をご記入ください。

事業所名	
------	--

② 封筒の宛名に記載のある事業種別は何ですか。③の番号を記載してください。

事業種別	
------	--

③ 貴事業所の併設事業について、あてはるものに○をつけてください（いくつでも○）。

1. 居宅介護支援	24. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2. 介護予防支援	25. 夜間対応型訪問介護
3. 訪問介護	26. 認知症対応型通所介護
4. 訪問入浴介護	27. 介護予防 認知症対応型通所介護
5. 介護予防 訪問入浴介護	28. 小規模多機能型居宅介護
6. 訪問看護	29. 介護予防 小規模多機能型居宅介護
7. 介護予防 訪問看護	30. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
8. 訪問リハビリテーション	31. 介護予防 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
9. 介護予防 訪問リハビリテーション	32. 看護小規模多機能型居宅介護
10. 通所介護	33. 介護老人福祉施設
11. 通所リハビリテーション	34. 介護老人保健施設
12. 介護予防 通所リハビリテーション	35. 介護療養型医療施設
13. 短期入所生活介護	36. 介護医療院
14. 介護予防 短期入所生活介護	37. 居宅療養管理指導
15. 短期入所療養介護	38. 介護予防 居宅療養管理指導
16. 介護予防 短期入所療養介護	39. 総合事業 訪問型サービス
17. 福祉用具貸与	40. 総合事業 通所型サービス
18. 介護予防 福祉用具貸与	41. 病院・診療所
19. 特定福祉用具販売	42. 地域包括支援センター
20. 介護予防 特定福祉用具販売	43. その他 ( )
21. 住宅改修	44. なし
22. 特定施設入居者生活介護	
23. 介護予防 特定施設入居者生活介護	

④ 事業所の経営主体は何ですか（1つに○）。

1. 営利法人	4. NPO法人	6. 個人
2. 医療法人	5. その他法人	7. その他
3. 社会福祉法人	( )	( )

⑤ 経営主体の法人の所在地はどこですか（1つに○）。

1. 足立区内	2. 足立区外
---------	---------

問2 貴事業所の職員体制についてご記入ください（数字を記入）。

※ 令和4年10月1日現在

※ 兼務をしている場合は、主たる業務でカウントしてください。

※ 空白は0人として集計します。

職種別	正規職員	非正規職員*
施設責任者（管理者）	人	人
生活相談員	人	人
事務職員	人	人
看護職員（看護師、准看護師）	人	人
介護職員（介護福祉士、ヘルパー1・2級、初任者研修等）	人	人
機能訓練指導員（PT、OT等）	人	人
介護支援専門員	人	人
栄養士	人	人
その他	人	人
合計	人	人
うち、外国人	人	人

年代別	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人
非正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人

\* 非正規職員：いわゆるパート・アルバイト

**訪問介護、通所介護の事業所の方にお聞きします。**

問3 それぞれのサービス利用者数を介護度別にご記入ください。これらサービスを実施されていない事業所の方は、次の問4へお進みください。

**【訪問介護（訪問型サービス）利用者の要介護度別人数】**

令和4年10月サービス提供分

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
上記利用者のうち、 家事援助のみ利用者数							

**【通所介護（通所型サービス）利用者の要介護度別人数】**

令和4年10月サービス提供分

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計

問4 利用定員のあるサービスを実施されている場合、実施サービスの番号に○を付け、該当する欄に利用定員及びサービス利用者数（延べ人数）、営業日数をご記入ください。なお、半日単位での利用がある場合は、0.5人で計上してください。

令和4年10月サービス提供分

実施しているサービス	利用定員	延べ利用者数	営業日数	稼働率*
1. 通所介護	人	人	日	%
2. 通所リハビリテーション	人	人	日	%
3. 短期入所生活介護	床	人	日	%
4. 短期入所療養介護	床	人	日	%
5. 認知症対応型共同生活介護	人	人	日	%
6. 認知症対応型通所介護	人	人	日	%
7. 夜間対応型訪問介護	人	人	日	%
8. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	人	日	%
9. 小規模多機能型居宅介護	登録定員	通い 人	日	%
	人	宿泊 人	日	%
10. 看護小規模多機能型居宅介護	登録定員	通い 人	日	%
	人	宿泊 人	日	%

\* 稼働率＝延べ利用者数／（利用定員×営業日数）

問5 事業所の休業日はいつですか（いくつでも○）。

1. 月曜日	4. 木曜日	7. 日曜日	10. 無休
2. 火曜日	5. 金曜日	8. 祝祭日	11. その他
3. 水曜日	6. 土曜日	9. 年末年始	( )

問6 提供しているサービスの供給量が利用者の希望に合わせて対応できたかどうか、対応状況についてお答えください（1つに○）。

1. 対応できた
2. 一部対応できなかった
3. 対応できないことが多かった

問7 医療機関との連携について、事業所として取り組んでいることがありますか（いくつでも○）。

1. 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている
2. 訪問診療をしてくれる医師・医療機関がある
3. 急変時の受入を依頼できる病院を確保している
4. 提携病院があり、一般的な入院を受け入れてもらっている
5. 自らもしくは法人として医療機関を経営している
6. その他 ( )
7. 連携していない

問8へ

**問7で「7」と回答された事業所にお聞きします。**

問7-1 医療機関と連携していない理由は何ですか（いくつでも○）。

1. 利用者ごとに主治医が異なるため
2. 連携の方法がわからないため
3. ケアマネジャー等と連携しており、医療機関との連携は不要
4. 必要性がないと考えている
5. 相談できる医療機関がないため
6. 今後、連携を予定している
7. 開設して間もない
8. その他 ( )



**問 10で「1」～「3」と回答した事業所にお聞きします。**

**問 10-1** どのような内容の研修を実施されていますか。もしくはどのような研修に参加させていますか（いくつでも〇）。

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 介護保険制度全般について  | 5. 相談・苦情対応について |
| 2. 運営基準について      | 6. ケアプランについて   |
| 3. 専門技術の向上について   | 7. その他         |
| 4. 利用者に対する待遇について | ( )            |

**問11** サービスの質の確保や向上に向けて、第三者評価を受けていますか(1つに〇)。

1. 受けている

2. 受けていない

問 12 へ

問 11-1 へ

**問 11で「2」と回答した事業所にお聞きします。**

**問 11-1** 第三者評価を受けていない理由は何ですか（いくつでも〇）。

- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| 1. 利用者の評価に影響がない          | 4. 時間がない |
| 2. サービスの質の向上に寄与すると考えられない | 5. 費用がない |
| 3. 事業所の課題が明らかになると思えない    | 6. その他   |
|                          | ( )      |

**問12** サービスの質の向上のために、どのような取り組みを行っていますか（いくつでも〇）。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 相談窓口の設置          | 6. サービス担当者会議への参加     |
| 2. サービス提供マニュアルの作成   | 7. ケア・カンファレンスの定期的な開催 |
| 3. 自己評価の積極的な開示      | 8. その他 ( )           |
| 4. インターネットを利用した情報提供 | 9. 何も行ってない           |
| 5. サービス利用者の満足度調査の実施 |                      |

問13 各種マニュアルの作成状況について、お答えください（それぞれ1つに○）。

	作成 している	現在、 作成中	作成を 検討中	作成予定 なし
① 職員向けの業務マニュアル	1	2	3	4
② 事故発生など緊急時の対応マニュアル	1	2	3	4
③ 身体拘束防止のための対応マニュアル	1	2	3	4
④ 虐待防止のための対応マニュアル	1	2	3	4
その他、作成しているものがあればお書きください。 ( )				

問14 BCP（事業継続計画）の作成状況について、お答えください（1つに○）。

※ 令和3年度の介護報酬改定にともない、令和6年4月1日よりBCPの策定が義務化されます。

1. 感染症、自然災害ともに作成した	→ 問15へ
2. 感染症は作成したが自然災害は作成中	
3. 感染症は作成中だが自然災害は作成した	
4. 感染症、自然災害ともに作成中	
5. 感染症、自然災害ともに今後作成を予定している	

問14で「2」～「5」と回答した事業所にお聞きします。

問14-1 BCPの作成に着手していない又は作成が完了していない理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 作成方法がわからない     | 6. 策定期日（令和6年3月末）まで<br>余裕がある |
| 2. 作成時間がない        | 7. 事業所だけのBCPでは事業継続は困難       |
| 3. 必要性を把握していない    | 8. その他                      |
| 4. 担当職員が決まっていない   | ( )                         |
| 5. 法人（本部）からの指示がない |                             |

問15 貴事業所が行っている有事(感染症や自然災害)を想定した平時の備えについて、お答えください(いくつでも○)。

1. 備蓄対策
2. 非常用電源の準備
3. 施設の耐震対策(ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など)の実施
4. 防災訓練の実施
5. 防災訓練などで近隣の住民組織(町内会、自主防災組織)と連携
6. ハザードマップで事業所の危険度を確認
7. 他組織との連携
8. その他( )
9. 特に取り組んでいない

問16へ

問15で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問15-1 備蓄は定員および職員あわせて何日分準備していますか(数字を記入)。

( )日分程度

問16 有事(感染症や自然災害)が発生した際に貴事業所で取り決められている内容について、お答えください(いくつでも○)。

1. 災害に関する情報の入手方法
2. 災害時の連絡先(自治体、家族、職員等)及び通信手段
3. 利用者の安否確認方法
4. 避難を開始する時期及び判断基準
5. 避難場所(区が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等)
6. 避難経路及び所要時間
7. 利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)
8. 垂直避難の判断
9. 災害時の人員体制・指揮系統(参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)
10. 他事業所からサービス提供を代替する場合の利用者の同意の取り方
11. サービス提供を代替する方法の利用者・利用者家族への周知の仕方
12. 介護サービス事業を継続するための人材確保方法
13. 報酬請求方法、記録の取り方
14. 関係機関との連携体制
15. 関係機関と連携にあたり必要な帳票
16. その他( )
17. 取り決めはない

問17 貴事業所は令和3・4年に水害を含む避難訓練を実施しましたか(1つに○・数字で記載)。

1. 実施した→(年 回数)
2. 実施していない→(実施予定時期 年 月頃)





問22 令和4年2月～9月の介護職員処遇改善支援補助金（令和4年10月～のベースアップ加算）を活用し、介護職員等の賃上げを行いましたか（1つに○）。

- |            |             |               |
|------------|-------------|---------------|
| 1. 賃上げを行った | 2. 賃上げを行う予定 | 3. 賃上げを行っていない |
|------------|-------------|---------------|

問 22-4 へ

問 22 で「1」、「2」と回答した事業所にお聞きします。

問 22-1 令和4年2月～9月の介護職員処遇改善支援補助金（令和4年10月～のベースアップ加算）を活用し、介護職員以外に賃上げを行った（または、賃上げを行う予定の）職種があればお答えください（いくつでも○）。

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 事務職   | 4. 機能訓練指導員 |
| 2. 生活相談員 | 5. その他     |
| 3. 看護師   | ( )        |

問 22-2 介護職員等の賃金改善はどのように行いましたか（いくつでも○）。

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. 基本給のベースアップ | 3. 賞与・一時金  |
| 2. 手当として支給    | 4. その他 ( ) |

問 22-3 職員1人あたりの賃上げ平均額は月額（換算）でいくらですか（1つに○）。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 1円 ～ 5,000円      | 4. 10,001円 ～ 15,000円 |
| 2. 5,001円 ～ 8,000円  | 5. 15,001円以上         |
| 3. 8,001円 ～ 10,000円 |                      |

問 22 で「3」と回答した事業所にお聞きします。

問 22-4 賃上げを行わなかった理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算の要件に該当しなかった     |
| 2. 事業所の負担も増えるため、ベースアップが困難である |
| 3. 制度を知らなかった                 |
| 4. その他 ( )                   |

問23 貴事業所では、介護職員処遇改善加算（現行加算）、介護職員等特定処遇改善加算（特定加算）を届出していますか。（1つに○）

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 現行加算と特定加算を届出している（届出予定を含む） |
| 2. 現行加算のみ届出をしている（届出予定を含む）    |
| 3. いずれも届出をしていない（届出予定はない）     |
| 4. 対象外である                    |

問24 令和3年（1月から12月）の入職率と離職率についてお答えください。  
（それぞれ1つに○）

●正規職員について

【入職率】3年年初の正規職員数に対する3年の入職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

【離職率】3年年初の正規職員数に対する3年の離職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

●非正規職員について

【入職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の入職者（非正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

【離職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の離職者（非正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

問25 利用者へのサービス提供を行う中で、気になる相談を受けたり、対応困難な事例に遭遇したことがありますか（いくつでも○）。

1. 経済的な困窮	7. 介護が必要と思われるが誰にもつながっていない高齢者
2. ヤングケアラー	8. 医療の受診拒否
3. ダブルケア	9. サービスの利用拒否
4. ひきこもり状態の家族がいる	10. 心を開かない高齢者
5. 障がいを疑う家族がいる	11. その他（ ）
6. ごみ屋敷	12. 特にない → 問26へ

問25で「1」～「11」と回答した事業所にお聞きします。

問25-1 気になった相談や困難事例を誰に相談していますか（いくつでも○）。

1. 上司や同僚	5. 区役所の担当課
2. 法人、事業所の相談窓口	6. 地域包括支援センター
3. 利用者や利用者の家族	7. その他（ ）
4. 医療機関	8. 守秘義務があり、誰にも相談できていない

問25-2 気になった相談や困難事例の対応にあたり、誰と連携したいと思いませんか（いくつでも○）。

1. 区役所（障がい担当部署）	9. 医療機関
2. 区役所（子ども担当部署）	10. 教職員、スクールソーシャルワーカー
3. 区役所（生活困窮担当部署）	11. 弁護士
4. 区役所（高齢者担当部署）	12. 税理士、ファイナンシャルプランナー
5. 区役所（教育委員会）	13. 各種保護者会、当事者会
6. 障がい支援機関	14. 民生委員・児童委員
7. 子ども（学習）支援機関	15. 社会福祉協議会
8. 生活困窮者支援機関	16. その他（ ）

問26 貴事業所の今後の事業展開についてお答えください（1つに○）。

1. 事業規模を拡大する予定		4. 事業を同規模で継続する予定
2. 事業規模を縮小する予定		5. その他 ( )
3. 事業を廃止する予定		

問 26 で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問26-1 どのように事業規模を拡大しますか（いくつでも○）。

1. 現在実施しているサービス種別で事業所数を拡大する
2. 新たなサービス種別の事業所を拡大する
3. 介護保険外サービスを拡大する
4. その他 ( )

問 26 で「2」、「3」と回答した事業所にお聞きします。

問 26-2 事業規模を縮小・廃止する予定である理由は何ですか（いくつでも○）。

1. 人材の確保が困難であるため	4. 事業所の確保や維持が困難なため
2. 利用者の確保が困難であるため	5. 他事業所との競争が激しいため
3. 人件費の負担が大きいため	6. その他 ( )

問27 ロボット・IoTについて導入をされていますか（いくつでも○）。

1. 見守り支援	4. カルテ入力等業務支援
2. 要介助者支援	5. その他 ( )
3. コミュニケーションロボット	

問28 ロボット・IoTについて導入を検討していますか（いくつでも○）。

1. 見守り支援	4. カルテ入力等業務支援
2. 要介助者支援	5. その他 ( )
3. コミュニケーションロボット	

問29 現在、事務負担はどの程度ですか（1つに○）。

1. とても重い	2. 少し重い	3. 重たくない
----------	---------	----------

問30 高齢者保健・福祉事業や介護保険制度について、区へのご要望、ご意見などがありましたら、お聞かせください。

——ご協力ありがとうございました——



# 居宅介護支援事業所調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. 回答は事業者の代表者の方がご記入いただきますようお願いいたします。
2. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
3. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
4. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。  
また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた事業所や個人のお考えが公表されることはありません。

\* 数字記入の設問で、無回答の場合は「0（ゼロ）」として集計します。

## [調査主体・お問い合わせ先]

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

問1 貴事業所についてお答えください。

① 事業所名をご記入ください。

事業所名	
------	--

② 貴事業所の併設事業をお答えください（いくつでも○）。

1. 居宅介護支援	24. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2. 介護予防支援	25. 夜間対応型訪問介護
3. 訪問介護	26. 認知症対応型通所介護
4. 訪問入浴介護	27. 介護予防 認知症対応型通所介護
5. 介護予防 訪問入浴介護	28. 小規模多機能型居宅介護
6. 訪問看護	29. 介護予防 小規模多機能型居宅介護
7. 介護予防 訪問看護	30. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
8. 訪問リハビリテーション	31. 介護予防 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
9. 介護予防 訪問リハビリテーション	32. 看護小規模多機能型居宅介護
10. 通所介護	33. 介護老人福祉施設
11. 通所リハビリテーション	34. 介護老人保健施設
12. 介護予防 通所リハビリテーション	35. 介護療養型医療施設
13. 短期入所生活介護	36. 介護医療院
14. 介護予防 短期入所生活介護	37. 居宅療養管理指導
15. 短期入所療養介護	38. 介護予防 居宅療養管理指導
16. 介護予防 短期入所療養介護	39. 総合事業 訪問型サービス
17. 福祉用具貸与	40. 総合事業 通所型サービス
18. 介護予防 福祉用具貸与	41. 病院・診療所
19. 特定福祉用具販売	42. 地域包括支援センター
20. 介護予防 特定福祉用具販売	43. その他 ( )
21. 住宅改修	44. なし
22. 特定施設入居者生活介護	
23. 介護予防 特定施設入居者生活介護	

③ 事業所の経営主体は何ですか（1つに○）。

1. 営利法人	5. その他法人 ( )
2. 医療法人	6. 個人
3. 社会福祉法人	7. その他
4. NPO法人	( )

④ 職員体制についてお答えください。

※ 令和4年10月1日現在

※ 空白は0として集計します。

職種別	正規職員		非正規職員*	
	専任	兼務	専任	兼務
施設責任者（管理者）	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人
事務職員	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	人
うち、主任介護支援専門員	人	人	人	人
その他	人	人	人	人
合計	人	人	人	人

\* 非正規職員：いわゆるパート・アルバイト

⑤ 年齢構成についてお答えください（数字を記入）。

年代別	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人
非正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人

問2 貴事業所の介護支援専門員の人数を、勤務年数別にお答えください。また、主任介護支援専門員の人数をお答えください（数字を記入）。

※ 令和4年10月1日現在

※ 空白は0として集計します。

勤務年数	人数	うち、主任	勤務年数	人数	うち、主任
1. 1年未満	人	人	3. 3年～4年未満	人	人
3. 1年～2年未満	人	人	5. 4年～5年未満	人	人
3. 2年～3年未満	人	人	6. 5年未満以上	人	人

問3 貴事業所では、ケアマネジャーの質の確保・向上を図るために、今後どのような視点を重視した取り組みが必要だと思いますか（3つまで○）。

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1. 基本的な技術や実践的知識の向上                 | 7. ケアマネジャーとしての基本姿勢の徹底 |
| 2. 利用者の状態に応じた応用技術の向上               | 8. 制度に対する最新情報の取得      |
| 3. ケアマネジメント技術やアセスメント能力の向上          | 9. 第三者評価の実施           |
| 4. 利用者への対応の仕方など、マナーやコミュニケーション技術の向上 | 10. 事業所内でのキャリアパスの構築   |
| 5. 苦情や相談への対処能力の向上                  | 11. その他 ( )           |
| 6. 処遇困難者への対処能力の向上                  | 12. 特にない              |

問4 貴事業所では、介護職員等の人材は確保できていますか（1つに○）。

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 1. 確保できている   | 3. 確保が難しいこともある |
| 2. 概ね確保できている | 4. 確保できていない    |
- ↓
- 問5へ

問4で「3」、「4」と回答した事業所にお聞きします。

問4-1 その理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 求人・募集に対し応募が少ない・ない | 6. 介護への理解・関心が低い      |
| 2. 求める人材の応募が少ない・ない   | 7. 施設へ人材が流れてしまう      |
| 3. 給与が労働条件に見合わない     | 8. 福利厚生等の労働環境が整っていない |
| 4. 離職・退職者が多い         | 9. 地域の特性             |
| 5. 重労働である・そのイメージがある  | 10. 感染症への不安がある       |
|                      | 11. その他 ( )          |

問4-2 人材確保支援策として有効だと思うものは何ですか（いくつでも○）。

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 給与・待遇の改善     | 6. 業務内容の見直し        |
| 2. 募集方法の改善      | 7. 足立区介護職員資格取得支援事業 |
| 3. 職場環境・勤務体制の改善 | 8. 足立区介護人材雇用創出事業   |
| 4. 福利厚生の充実      | 9. 足立区介護のしごと相談面接会  |
| 5. 研修・教育等の充実    | 10. その他 ( )        |

問5 貴事業所では、職員の募集（採用）にあたりどのような工夫を行っていますか（いくつでも〇）。

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. ハローワークに求人票を出している                  |
| 2. 大学等に求人票を出している                     |
| 3. 専門学校に求人票を出している                    |
| 4. 高校に求人票を出している                      |
| 5. 新聞の折り込み広告等に求人を掲載している              |
| 6. 職業紹介雑誌等に求人を掲載している                 |
| 7. 就職相談会等の機会にブースを設けている               |
| 8. 関東圏域以外へ求人のため足を運んでいる               |
| 9. インターネット媒体を介して募集している               |
| 10. 友人・知人を介して募集している                  |
| 11. 人材派遣会社に依頼している                    |
| 12. 介護資格や介護経験の有無にこだわらないようにしている       |
| 13. 近隣の事業所と連携し、採用に関し情報交換をしている        |
| 14. 職場体験を実施している                      |
| 15. 子育て支援を行っている（子ども預かり所を設ける、保育費用支援等） |
| 16. 福利厚生を充実している                      |
| 17. くるみん認定、その他国や地方自治体の認定等を取得している     |
| 18. 短時間等柔軟な勤務体制を整えている                |
| 19. 残業なしにしている                        |
| 20. 外国籍を有する方を採用している                  |

問5-1 問5の職員募集で効果のあったものは何ですか（3つまで数字を記入）。

(     )、(     )、(     )
-------------------------

問6 令和3年（1月から12月）の入職率と離職率についてお答えください（それぞれ1つに〇）。

●正規職員について

【入職率】3年年初の正規職員数に対する3年の入職者（正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

【離職率】3年年初の正規職員数に対する3年の離職者（正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

問6の続き 令和3年（1月から12月）の入職率と離職率についてお答えください（それぞれ1つに○）。

●非正規職員について

【入職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の入職者（非正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

【離職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の離職者（非正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

問7 貴事業者では、外国籍を有する方を積極的に採用していますか（1つに○）。

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| 1. 採用している | 2. 採用していない（理由：_____） |
|-----------|----------------------|

問7で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問7-1 外国籍を有する方を積極的に採用している場合、必要な教育はどのようにしていますか（いくつでも○）。

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 教育が必要ない状態の人しか採用していない    |
| 2. 事業所が教育している              |
| 3. 法人（本社）が教育している           |
| 4. 研修会社等（学校含む）に委託している      |
| 5. 特別な教育プログラムはなく、日本国籍の人と同じ |
| 6. その他（_____）              |

問8 貴事業所は今年度に賃上げを実施しましたか（1つに○）。

- |            |             |               |
|------------|-------------|---------------|
| 1. 賃上げを行った | 2. 賃上げを行う予定 | 3. 賃上げを行っていない |
|------------|-------------|---------------|

問9へ

問8で「1」、「2」と回答した事業所にお聞きします。

問8-1 職員1人あたりの賃上げ平均額は月額（換算）でいくらですか（1つに○）。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 1円 ～ 5,000円      | 4. 10,001円 ～ 15,000円 |
| 2. 5,001円 ～ 8,000円  | 5. 15,001円以上         |
| 3. 8,001円 ～ 10,000円 |                      |

問9 BCP（事業継続計画）の作成状況について、お答えください（1つに○）。

※ 令和3年度の介護報酬改定にともない、令和6年4月1日よりBCPの策定が義務化されます。

1. 感染症、自然災害ともに作成した	問10へ
2. 感染症は作成したが自然災害は作成中	
3. 感染症は作成中だが自然災害は作成した	
4. 感染症、自然災害ともに作成中	
5. 感染症、自然災害ともに今後作成を予定している	

問9で「2」～「5」と回答した事業所にお聞きします。

問9-1 BCPの作成に着手していない又は作成が完了していない理由は何ですか（いくつでも○）。

1. 作成方法がわからない	6. 策定期日（令和6年3月末）まで余裕がある
2. 作成時間がない	7. 事業所だけのBCPでは事業継続は困難
3. 必要性を把握していない	8. その他
4. 担当職員が決まっていない	
5. 法人（本部）からの指示がない	( )

問10 貴事業所が行っている有事（感染症や自然災害）を想定した平時の備えについて、お答えください（いくつでも○）。

1. 備蓄対策	問11へ
2. 非常用電源の準備	
3. 施設の耐震対策（ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など）の実施	
4. 防災訓練の実施	
5. 防災訓練などで近隣の住民組織（町内会、自主防災組織）と連携	
6. ハザードマップで事業所の危険度を確認	
7. 他組織との連携	
8. その他 ( )	
9. 特に取り組んでいない	

問10で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問10-1 備蓄は定員および職員あわせて何日分準備していますか（数字を記入）。

( ) 日分程度

問11 有事（感染症や自然災害）が発生した際に貴事業所で取り決められている内容について、お答えください（いくつでも○）。

1. 災害に関する情報の入手方法
2. 災害時の連絡先（自治体、家族、職員等）及び通信手段
3. 利用者の安否確認方法
4. 避難を開始する時期及び判断基準
5. 避難場所（区が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等）
6. 避難経路及び所要時間
7. 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等）
8. 垂直避難の判断
9. 災害時の人員体制・指揮系統（参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）
10. 他事業所からサービス提供を代替する場合の利用者の同意の取り方
11. サービス提供を代替する方法の利用者・利用者家族への周知の仕方
12. 介護サービス事業を継続するための人材確保方法
13. 報酬請求方法、記録の取り方
14. 関係機関との連携体制
15. 関係機関と連携にあたり必要な帳票
16. その他（）
17. 取り決めはない

問12 貴事業所は令和3・4年に水害を含む避難訓練を実施しましたか。  
（1つに○・数字で記載）。

1. 実施した→（年 回程度）
2. 実施していない→（実施予定時期 年 月頃）

問13 貴事業所は10月の1か月間で何名の方のケアプランを作成していますか。令和3年10月分と令和4年10月分についてお答えください（数字を記入）。  
※ 空白は0として集計します。

	令和3年10月	令和4年10月
ケアプラン作成件数	件	件
うち、足立区の利用者へのケアプラン作成数	件	件

問13-1 令和4年10月分について、要支援・要介護度別の件数をお答えください（委託を含む）（数字を記入）。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計

問14 貴事業所は介護予防プランの委託を受けていますか（1つに○）。

1. 受けている	2. 受けていない → 問15へ
----------	------------------

問14で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問14-1 令和4年10月の1か月間で何件の介護予防プランの委託を受けていますか。

( ) 件
-------

問14-2 介護予防プランの作成件数を増やすことはできますか（1つに○）。  
また、その理由は何ですか（いくつでも○）。

1. 増やすことができる	1. 件数に空きがある 2. 地域に貢献したい 3. 増やすことはできるが、包括から依頼がない 4. その他 ( )
2. 増やすことはできない	1. 会社の方針 2. 対応可能な職員不足 3. プラン数の上限 4. 退職予定の補充の見通しがない 5. 予防プランの作成に手間がかかる 6. その他 ( )
3. どちらともいえない	1. これ以上増やしたくないが、断ると次の新規がもらえなくなりそう 2. 収益上、予防プランを増やすことは難しい 3. 頻繁に変動があり、人員不足の可能性はある 4. その他 ( )

問15 ケアプランを立てる際に、区内でサービスの供給量が不足している介護サービスはありますか（いくつでも○）。

1. 訪問介護	12. 介護療養型医療施設
2. 訪問入浴介護	13. 介護医療院
3. 訪問看護	14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
4. 訪問リハビリテーション	15. 夜間対応型訪問介護看護
5. 通所介護	16. 認知症対応型共同生活介護
6. 通所リハビリテーション	17. 小規模多機能型居宅介護
7. 短期入所生活・療養介護	18. 認知症対応型通所介護
8. 居宅療養管理指導	19. 看護小規模多機能型居宅介護
9. 特定施設入居者生活介護	20. その他 ( )
10. 介護老人福祉施設	21. 供給不足とは思わない
11. 介護老人保健施設	

問16 介護予防プランを策定する際に、区内で総合事業のサービスの供給量は不足していますか（それぞれに1つ〇）。

サービス種別	充足している	現在は、充足しているが、今後不足する	不足している	分からない
①訪問サービス	1	2	3	4
②通所サービス	1	2	3	4
③生活支援サービス	1	2	3	4

問17 ケアプランを立てる際に、併設事業所以外の介護サービス提供事業者との連携を図られていますか（1つに〇）。

1. 連携している	3. どちらともいえない
2. 概ね連携している	4. 連携していない

問 18 へ

問 17 で「4」と回答した事業所にお聞きします。

問 17-1 併設事業所以外の介護サービス提供事業者と連携していない理由は何ですか（いくつでも〇）。

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| 1. 利用者ごとに主治医が異なるため | 4. 開設して間もない |
| 2. 必要性がない          | 5. その他      |
| 3. 今後、連携を予定している    | ( )         |

問18 ケアプランを立てる際に、主治医との連携を図られていますか（1つに〇）。

1. 連携している	3. どちらともいえない
2. 概ね連携している	4. 連携していない

問 19 へ

問 18 で「4」と回答した事業所にお聞きします。

問 18-1 主治医と連携していない理由は何ですか（いくつでも〇）。

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| 1. 利用者ごとに主治医が異なるため | 4. 開設して間もない |
| 2. 必要性がない          | 5. その他      |
| 3. 今後、連携を予定している    | ( )         |









**問31 高齢者の健康を維持・向上させていくため、介護予防事業として今後さらに強化が必要な取り組みは何ですか（3つまで○）。**

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1. ウォーキング教室 | 5. 保健師による総合的な指導 |
| 2. リハビリ運動   | 6. 口腔ケアに関する講座   |
| 3. 介護予防体操   | 7. 栄養改善に関する講座   |
| 4. 脳トレ      | 8. その他（ ）       |

**問32 認知症高齢者に関して今後さらに強化が必要な取り組みは何ですか（いくつでも○）。**

- |   |
|---|
| 1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進<br>（講演会や予防教室等による正しい知識の普及啓発、認知症サポーターの養成と活動の支援等）                                |
| 2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供<br>（早期診断・早期対応のための体制整備、医療・介護の連携の推進等）  |
| 3. 若年性認知症施策の強化<br>（若年性認知症の理解の促進、支援ハンドブックの配布等）   |
| 4. 認知症の人の介護者への支援<br>（認知症カフェの設置、家族の交流会や家族相談会などの支援等）  |
| 5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進<br>（徘徊高齢者検索情報ネットワークの充実、見守りキーホルダー、あんしんプリントの普及啓発、認知症グループホームや特別養護老人ホーム等の施設整備等） |
| 6. 認知症の人やその家族の視点の重視（認知症の人が自らの言葉で語る環境づくり）  |
| 7. その他（具体的に： ）  |

**問33 貴事業所は、現在の介護保険サービスは高齢者の自立支援を促進する役割を果たしていると思いますか（いくつでも○）。**

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 果たしている    | 4. 果たしているとは思えない |
| 2. 概ね果たしている  | 5. その他          |
| 3. どちらとも思えない | （ ）             |

問34 貴事業所において、足立区で居宅介護支援事業を行う上での問題点はありますか  
(いくつでも○)。

- 1. サービス内容の変更やキャンセルが多い
- 2. サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催調整が困難である
- 3. 処遇困難者への対応について、負担が大きい
- 4. サービス事業者の情報が不足している
- 5. 区の保健福祉施策に関する情報が不足している
- 6. 介護保険サービス利用の仕組みに関する説明が難しい
- 7. 最新・適切な介護保険制度に関する情報が不足している
- 8. 給付管理や介護報酬請求業務などの事務作業が多い
- 9. その他 ( )
- 10. 問題点はない

問35 サービスの質の確保や向上に向けて、第三者評価を受けていますか(1つに○)。

1. 受けている	2. 受けていない
----------	-----------

↓

問 36 へ

↓

問 35 で「2」と回答した事業所にお聞きします。

問 35-1 第三者評価を受けていない理由を教えてください(いくつでも○)。

- 1. 利用者の評価に影響がない
- 2. サービスの質の向上に寄与すると考えられない
- 3. 事業所の課題が明らかになると思えない
- 4. 時間がない
- 5. 費用がない
- 6. その他 ( )

問36 現在、事務負担はどの程度ですか(1つに○)。

1. とても重い	2. 少し重い	3. 重たくない
----------	---------	----------

問37 高齢者保健・福祉事業や介護保険制度について、区へのご要望、ご意見などがありましたら、お聞かせください。

——ご協力ありがとうございました——



# 介護保険施設調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. 回答は事業者の代表者の方がご記入いただきますようお願いいたします。
2. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
3. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
4. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。  
また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた事業所や個人のお考えが公表されることはありません。

\* 数字記入の設問で、無回答の場合は「0（ゼロ）」として集計します。

## [調査主体・お問い合わせ先]

足立区 福祉部 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

問1 貴事業所についてお答えください。

① 事業所名をご記入ください。

事業所名	
------	--

② 事業種別をお答えください。

1. 特別養護老人ホーム	3. 介護医療院
2. 老人保健施設	4. 介護療養型医療施設

③ 事業所の経営主体は何ですか（1つに○）。

1. 医療法人	2. 社会福祉法人	3. その他（                      ）
---------	-----------	--------------------------------

④ 経営主体の法人の所在地はどこですか（1つに○）。

1. 足立区内	2. 足立区外
---------	---------

⑤ 貴事業所の併設事業について、あてはるものに○をつけてください（いくつでも○）。

1. 居宅介護支援	24. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2. 介護予防支援	25. 夜間対応型訪問介護
3. 訪問介護	26. 認知症対応型通所介護
4. 訪問入浴介護	27. 介護予防 認知症対応型通所介護
5. 介護予防 訪問入浴介護	28. 小規模多機能型居宅介護
6. 訪問看護	29. 介護予防 小規模多機能型居宅介護
7. 介護予防 訪問看護	30. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
8. 訪問リハビリテーション	31. 介護予防 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
9. 介護予防 訪問リハビリテーション	32. 看護小規模多機能型居宅介護
10. 通所介護	33. 介護老人福祉施設
11. 通所リハビリテーション	34. 介護老人保健施設
12. 介護予防 通所リハビリテーション	35. 介護療養型医療施設
13. 短期入所生活介護	36. 介護医療院
14. 介護予防 短期入所生活介護	37. 居宅療養管理指導
15. 短期入所療養介護	38. 介護予防 居宅療養管理指導
16. 介護予防 短期入所療養介護	39. 総合事業 訪問型サービス
17. 福祉用具貸与	40. 総合事業 通所型サービス
18. 介護予防 福祉用具貸与	41. 病院・診療所
19. 特定福祉用具販売	42. 地域包括支援センター
20. 介護予防 特定福祉用具販売	43. その他（                      ）
21. 住宅改修	44. なし
22. 特定施設入居者生活介護	
23. 介護予防 特定施設入居者生活介護	

⑥ 貴事業所の職員体制について記入して下さい（数字を記入）。

また、（ ）内に外国人職員数を記載してください。

※ 令和4年10月1日現在

※ 兼務をしている場合は、主たる業務でカウントしてください。

※ 空白は0として集計します。

職種別	正規職員	非正規職員*
施設責任者（管理者）	（ ）人	（ ）人
生活相談員	（ ）人	（ ）人
事務職員	（ ）人	（ ）人
看護職員（看護師、准看護師）	（ ）人	（ ）人
介護職員 （介護福祉士、ヘルパー1・2級、初任者研修等）	（ ）人	（ ）人
機能訓練指導員（PT、OT等）	（ ）人	（ ）人
介護支援専門員	（ ）人	（ ）人
栄養士	（ ）人	（ ）人
その他	（ ）人	（ ）人
合計	人	人
うち、外国人	人	人

\* 非正規職員：いわゆるパート・アルバイト

⑦ 年齢階級別

年代別	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人
非正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人

問2 貴事業所の定員等につき、以下の質問にお答えください。

① 定員及び入所（院）者数（数字を記入）

※ 令和4年10月1日現在

定員（ ）人

入所（院）者数（ ）人（内訳：男（ ）人 女（ ）人）

② 入所（院）者の平均年齢（数字を記入）

（ ）歳



⑨ 過去3年間の年間稼働率は何パーセントですか（それぞれ1つに○）。

年間稼働率	60%未満	60～70%未 満	70～80%未 満	80～90%未 満	90～100%
令和元年	1	2	3	4	5
令和2年	1	2	3	4	5
令和3年	1	2	3	4	5

⑩ 併設している短期入所生活介護の過去3年間の年間稼働率は何パーセントですか。（それぞれ1つに○）。

年間稼働率	併設して いない	60%未満	60～70% 未満	70～80% 未満	80～90% 未満	90～100%
令和元年	1	2	3	4	5	6
令和2年	1	2	3	4	5	6
令和3年	1	2	3	4	5	6

⑪ 待機者数は何人ですか（数字を記入）。

※ 令和4年10月現在

※ 空白は0として集計します。

要介護度別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
待機者数	人	人	人	人	人	人
うち、足立区民	人	人	人	人	人	人

⑫ 入所（院）までに平均どのくらいかかりますか（1つに○）。

1. 1～3か月	4. 10～12か月
2. 4～6か月	5. 1年以上～3年未満
3. 7～9か月	6. 3年以上

⑬ 貴事業所に入所（院）可能な医療処置を教えてください（いくつでも○）。

1. 喀痰吸引	10. ストーマ（人工肛門）
2. 吸入	11. 留置尿道カテーテル （膀胱カテーテルを含む）
3. 鼻腔経管栄養	12. 中心静脈点滴
4. 瘻孔経管栄養	13. 抹消静脈点滴
5. 中心静脈栄養	14. 褥瘡処置（Ⅲ度以上）
6. モニター測定 （心拍、血圧、酸素、飽和度）	15. がん末期の疼痛管理
7. 酸素療法	16. 腎透析（血液透析及び腹膜透析）
8. 気管切開	17. 自己注射（インスリンを含む）
9. 人工呼吸器	18. その他の投薬管理（服薬介助を含む）



**問6で「3」、「4」と回答した事業所にお聞きします。**

**問6-1 その理由は何ですか（いくつでも○）。**

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 求人・募集に対し応募が少ない・ない | 6. 介護への理解・関心が低い      |
| 2. 求める人材の応募が少ない・ない   | 7. 施設へ人材が流れてしまう      |
| 3. 給与が労働条件に見合わない     | 8. 福利厚生等の労働環境が整っていない |
| 4. 離職・退職者が多い         | 9. 地域の特性             |
| 5. 重労働である・そのイメージがある  | 10. その他 ( )          |

**問6-2 人材確保支援策として有効だと思うものは何ですか（いくつでも○）。**

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 給与・待遇の改善     | 6. 業務内容の見直し        |
| 2. 募集方法の改善      | 7. 足立区介護職員資格取得支援事業 |
| 3. 職場環境・勤務体制の改善 | 8. 足立区介護人材雇用創出事業   |
| 4. 福利厚生の充実      | 9. 足立区介護のしごと相談面接会  |
| 5. 研修・教育等の充実    | 10. その他 ( )        |

**問7 貴事業所では、職員の募集（採用）にあたりどのような工夫を行っていますか（いくつでも○）。**

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. ハローワークに求人票を出している                  |
| 2. 大学等に求人票を出している                     |
| 3. 専門学校に求人票を出している                    |
| 4. 高校に求人票を出している                      |
| 5. 新聞の折り込み広告等に求人を掲載している              |
| 6. 職業紹介雑誌等に求人を掲載している                 |
| 7. 就職相談会等の機会にブースを設けている               |
| 8. 関東圏域以外へ求人のため足を運んでいる               |
| 9. インターネット媒体を介して募集している               |
| 10. 友人・知人を介して募集している                  |
| 11. 人材派遣会社に依頼している                    |
| 12. 介護資格や介護経験の有無にこだわらないようにしている       |
| 13. 近隣の事業所と連携し、採用に関し情報交換をしている        |
| 14. 職場体験を実施している                      |
| 15. 子育て支援を行っている（子ども預かり所を設ける、保育費用支援等） |
| 16. 福利厚生を充実している                      |
| 17. くるみん認定、その他国や地方自治体の認定等を取得している     |
| 18. 短時間等柔軟な勤務体制を整えている                |
| 19. 残業なしにしている                        |
| 20. 外国籍を有する方を採用している                  |





問12 令和4年2月～9月の介護職員処遇改善支援補助金(令和4年10月～のベースアップ加算)を活用し、介護職員等の賃上げを行いましたか(1つに○)。

- |            |             |               |
|------------|-------------|---------------|
| 1. 賃上げを行った | 2. 賃上げを行う予定 | 3. 賃上げを行っていない |
|------------|-------------|---------------|

問12-4へ

**問12で「1」、「2」と回答した事業所にお聞きします。**

問12-1 令和4年2月～9月の介護職員処遇改善支援補助金(令和4年10月～のベースアップ加算)を活用し、介護職員以外に賃上げを行った(または、賃上げを行う予定の)職種があれば教えてください(いくつでも○)。

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 事務職   | 4. 機能訓練指導員 |
| 2. 生活相談員 | 5. その他     |
| 3. 看護師   | ( )        |

問12-2 介護職員等の賃金改善はどのように行いましたか(いくつでも○)。

- |               |           |
|---------------|-----------|
| 1. 基本給のベースアップ | 3. 賞与・一時金 |
| 2. 手当として支給    | 4. その他( ) |

問12-3 職員1人あたりの賃上げ平均額は月額(換算)でいくらですか(1つに○)。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 1円 ～ 5,000円      | 4. 10,001円 ～ 15,000円 |
| 2. 5,001円 ～ 8,000円  | 5. 15,001円以上         |
| 3. 8,001円 ～ 10,000円 |                      |

**問12で「3」と回答した事業所にお聞きします。**

問12-4 賃上げを行わなかった理由は何ですか(いくつでも○)。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算の要件に該当しなかった     |
| 2. 事業所の負担も増えるため、ベースアップが困難である |
| 3. 制度を知らなかった                 |
| 4. その他( )                    |

問13 貴事業所では、介護職員処遇改善加算(現行加算)、介護職員等特定処遇改善加算(特定加算)を届出していますか(1つに○)。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 現行加算と特定加算を届出している(届出予定を含む) |
| 2. 現行加算のみ届出をしている(届出予定を含む)    |
| 3. いずれも届出をしていない(届出予定はない)     |
| 4. 対象外である                    |

**問14 地域のどのような組織と連携をしていますか（いくつでも○）。**

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 自治会・町内会    | 5. 商店街、レストラン |
| 2. ボランティアグループ | 6. その他（ )    |
| 3. 家族会        | 7. 連携をしていない  |
| 4. 学校関係       |              |

**問15 地域とどのような連携をしていますか（いくつでも○）。**

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 地域の行事への参加    | 5. 地元商店街での買い物      |
| 2. 講師として指導してもらう | 6. 認知症サポーター養成講座の開催 |
| 3. 事業所イベントへの招待  | 7. その他（ )          |
| 4. 小学校・中学校の体験学習 |                    |

**問16 事業を実施するうえで、利用者やその家族等との関係でどのような問題点や課題がありますか（いくつでも○）。**

- |  |
|--|
| 1. 利用者と契約をすることについて理解してもらえない              |
| 2. 利用者に利用料について理解してもらえない                  |
| 3. 利用料の未払いがある                            |
| 4. 入所退所時など、居宅介護支援事業所との連携がうまくいかない         |
| 5. サービス計画作成時の要望どおりにサービス提供することが難しい        |
| 6. 利用者本人と家族の意向が合わない                      |
| 7. サービスに関する苦情が多い                         |
| 8. 医療機関との連携がうまくいかない                      |
| 9. 保険給付対象外のサービスを断り切れない                   |
| 10. 入所時の保証人となる人がいない                      |
| 11. 入所者本人から医療同意が得られない場合、他に医療同意してくれる人がいない |
| 12. その他（ )                               |
| 13. 特になし                                 |

**問17 サービスの質の向上にむけて、事業所としての取り組みについてお聞きします。  
具体的な内容について、現在の状況と今後の予定も含めてお答えください  
（いくつでも○）。**

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 外部の研修会・講習会に参加         |
| 2. 事業所内に講師を呼んで研修会・講習会の開催 |
| 3. 事業所スタッフによる研修会・講習会の開催  |
| 4. 事業所内に参考書を準備           |
| 5. サービスマニュアルの作成          |
| 6. サービスに対する事業者自身による評価の実施 |
| 7. 利用者の満足度調査の実施          |
| 8. サービスに対する第三者による評価の実施   |
| 9. 介護ロボットの活用             |
| 10. その他（ )               |

問 17で「8」に○をつけていない事業所にお聞きします。

問 17-1 第三者評価を受けていない理由を教えてください(いくつでも○)。

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1. 利用者の評価に影響がない          | 4. 時間がない   |
| 2. サービスの質の向上に寄与すると考えられない | 5. 費用がない   |
| 3. 事業所の課題が明らかになると思えない    | 6. その他 ( ) |

問18 令和3年度以降、利用者やその家族からどのような要望・苦情がありましたか(いくつでも○)。

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. 制度やサービスに関する説明について | 4. 職員の対応等について |
| 2. サービスの質や内容について     | 5. その他 ( )    |
| 3. 利用料について           | 6. 特になし       |

問19 利用者等から苦情があった場合、どのように対応していますか(いくつでも○)。

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1. 苦情処理担当者をおいている      | 5. 相談窓口である基幹地域包括支援センターに相談している |
| 2. 苦情処理対応マニュアルを作成している | 6. その他 ( )                    |
| 3. 国民健康保険団体連合会に相談している |                               |
| 4. 保険者である区に相談している     |                               |

問20 利用者へのサービス提供を行う中で、気になる相談を受けたり、対応困難な事例に遭遇したことがありますか(いくつでも○)。

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 経済的な困窮        | 7. 介護が必要と思われるが誰にもつな |
| 2. ヤングケアラー       | がっていない高齢者           |
| 3. ダブルケア         | 8. 医療の受診拒否          |
| 4. ひきこもり状態の家族がいる | 9. サービスの利用拒否        |
| 5. 障がいを疑う家族がいる   | 10. 心を開かない高齢者       |
| 6. ごみ屋敷          | 11. その他 ( )         |
|                  | 12. 特にない → 問 21 ~   |

問 20-1、2 ~

問 20 で「1」～「11」と回答した事業所にお聞きします。

問 20-1 気になった相談や困難事例を誰に相談していますか（いくつでも○）。

- |                |                        |
|----------------|------------------------|
| 1. 上司や同僚       | 5. 区役所の担当課             |
| 2. 法人、事業所の相談窓口 | 6. 地域包括支援センター          |
| 3. 利用者や利用者の家族  | 7. その他（ ）              |
| 4. 医療機関        | 8. 守秘義務があり、誰にも相談できていない |

問 20-2 気になった相談や困難事例の対応にあたり、誰と連携したいと思いませんか（いくつでも○）。

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. 区役所（障がい担当部署）  | 9. 医療機関               |
| 2. 区役所（子ども担当部署）  | 10. 教職員、スクールソーシャルワーカー |
| 3. 区役所（生活困窮担当部署） | 11. 弁護士               |
| 4. 区役所（高齢者担当部署）  | 12. 税理士、ファイナンシャルプランナー |
| 5. 区役所（教育委員会）    | 13. 各種保護者会、当事者会       |
| 6. 障がい支援機関       | 14. 民生委員・児童委員         |
| 7. 子ども（学習）支援機関   | 15. 社会福祉協議会           |
| 8. 生活困窮者支援機関     | 16. その他（ ）            |

問21 高齢者虐待防止・身体拘束禁止に対する取り組みについて、特に重点を置いているものは何ですか（いくつでも○）。

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

問22 BCP（事業継続計画）の作成状況について、お答えください（1つに○）。

※ 令和3年度の介護報酬改定にともない、令和6年4月1日よりBCPの策定が義務化されます。

- |                           |          |
|---------------------------|----------|
| 1. 感染症、自然災害ともに作成した        | → 問 23 へ |
| 2. 感染症は作成したが自然災害は作成中      |          |
| 3. 感染症は作成中だが自然災害は作成した     |          |
| 4. 感染症、自然災害ともに作成中         |          |
| 5. 感染症、自然災害ともに今後作成を予定している |          |

↓  
問 22-1 へ

**問 22 で「2」～「5」と回答した事業所にお聞きします。**

問 22-1 BCP の作成に着手していない又は作成が完了していない理由は何ですか  
(いくつでも○)。

- |                     |                                   |
|---------------------|-----------------------------------|
| 1. 作成方法がわからない       | 6. 策定期日 (令和 6 年 3 月末) まで<br>余裕がある |
| 2. 作成時間がない          | 7. 事業所だけの B C P では事業継続は<br>困難     |
| 3. 必要性を把握していない      | 8. その他 ( )                        |
| 4. 担当職員が決まっていない     |                                   |
| 5. 法人 (本部) からの指示がない |                                   |

問 23 貴事業所が行っている有事 (感染症や自然災害) を想定した平時の備えについて、  
お答えください (いくつでも○)。

- |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| 1. 備蓄対策                             | } 問 24 へ |
| 2. 非常用電源の準備                         |          |
| 3. 施設の耐震対策 (ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など) の実施 |          |
| 4. 防災訓練の実施                          |          |
| 5. 防災訓練などで近隣の住民組織 (町内会、自主防災組織) と連携  |          |
| 6. ハザードマップで事業所の危険度を確認               |          |
| 7. 他組織との連携                          |          |
| 8. その他 ( )                          |          |
| 9. 特に取り組んでいない                       |          |

**問 23 で「1」と回答した事業所にお聞きします。**

問 23-1 備蓄は定員および職員あわせて何日分準備していますか (数字を記入)。

( ) 日分程度

問24 有事(感染症や自然災害)が発生した際に貴事業所で行われている内容について、お答えください(いくつでも○)。

- 1. 災害に関する情報の入手方法
- 2. 災害時の連絡先(自治体、家族、職員等)及び通信手段
- 3. 利用者の安否確認方法
- 4. 避難を開始する時期及び判断基準
- 5. 避難場所(区が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等)
- 6. 避難経路及び所要時間
- 7. 利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)
- 8. 垂直避難の判断
- 9. 災害時の人員体制・指揮系統(参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)
- 10. 他事業所からサービス提供を代替する場合の利用者の同意の取り方
- 11. サービス提供を代替する方法の利用者・利用者家族への周知の仕方
- 12. 介護サービス事業を継続するための人材確保方法
- 13. 報酬請求方法、記録の取り方
- 14. 関係機関との連携体制
- 15. 関係機関と連携にあたり必要な帳票
- 16. その他( )
- 17. 取り決めはない

問25 貴事業所は令和3・4年に水害を含む避難訓練を実施しましたか(1つに○・数字を記入) ..

- 1. 実施した → (年 回数程度)
- 2. 実施していない → (実施予定時期 年 月頃)

問25で「1」と回答した事業所にお聞きします。

- 問25-1 実施した避難訓練に介護度の最も重い方は参加しましたか(実際に避難しましたか)(1つに○)。
- 1. 避難した
  - 2. 避難していない

問26 職員の教育に取り組んでいますか(1つに○)。

- 1. 取り組んでいる
- 2. 取り組んでいない → 問27へ

問26-1へ





# 有料老人ホーム・軽費老人ホーム施設調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査では、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. 回答は事業者の代表者の方がご記入いただきますようお願いいたします。
2. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
3. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
4. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。  
また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた事業所や個人のお考えが公表されることはありません。

\* 数字記入の設問で、無回答の場合は「0（ゼロ）」として集計します。

## [調査主体・お問い合わせ先]

足立区 福祉部 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

足立区 福祉部 高齢者施策推進室 高齢福祉課 施設係

03-3880-5498（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

問1 貴事業所についてお答えください。

① 事業所名をご記入ください。

事業所名	
------	--

② 開設年月日をお答えください。

西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
----------------------

③ 事業種別をお答えください。

1. 「介護付き」(介護専用型)	4. 軽費老人ホーム 「介護型」
2. 「介護付き」(混合型)	5. 軽費老人ホーム 「一般型」
3. 「住宅型」	

④ 事業所の経営主体は何ですか(1つに○)。

1. 営利法人	4. NPO法人
2. 医療法人	5. その他法人 ( )
3. 社会福祉法人	6. その他 ( )

⑤ 経営主体の法人の所在地はどこですか(1つに○)。

1. 足立区内	2. 足立区外
---------	---------

⑥ 貴法人は、貴事業所を含め、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅を運営していますか。すべての箇所数をお答えください(1つに○・数字を記載)。

1. 本事業所のみ	2. ( ) 箇所
-----------	-----------

⑦ 貴事業所に併設されている事業について、あてはるものに○をつけてください  
(いくつでも○)。

1. 居宅介護支援	24. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2. 介護予防支援	25. 夜間対応型訪問介護
3. 訪問介護	26. 認知症対応型通所介護
4. 訪問入浴介護	27. 介護予防 認知症対応型通所介護
5. 介護予防 訪問入浴介護	28. 小規模多機能型居宅介護
6. 訪問看護	29. 介護予防 小規模多機能型居宅介護
7. 介護予防 訪問看護	30. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
8. 訪問リハビリテーション	31. 介護予防 認知症対応型共同生活 介護 (グループホーム)
9. 介護予防 訪問リハビリテーション	32. 看護小規模多機能型居宅介護
10. 通所介護	33. 介護老人福祉施設
11. 通所リハビリテーション	34. 介護老人保健施設
12. 介護予防 通所リハビリテーション	35. 介護療養型医療施設
13. 短期入所生活介護	36. 介護医療院
14. 介護予防 短期入所生活介護	37. 居宅療養管理指導
15. 短期入所療養介護	38. 介護予防 居宅療養管理指導
16. 介護予防 短期入所療養介護	39. 総合事業 訪問型サービス
17. 福祉用具貸与	40. 総合事業 通所型サービス
18. 介護予防 福祉用具貸与	41. 病院・診療所
19. 特定福祉用具販売	42. 地域包括支援センター
20. 介護予防 特定福祉用具販売	43. その他 ( )
21. 住宅改修	44. なし
22. 特定施設入居者生活介護	
23. 介護予防 特定施設入居者生活介護	

⑧ 貴事業所の職員体制について記入して下さい（数字を記入）。

また、（ ）内に外国人職員数を記載してください。

※ 令和4年10月1日現在

※ 兼務をしている場合は、主たる業務でカウントしてください。

※ 空白は0として集計します。

職種別	正規職員	非正規職員*
施設責任者（管理者）	人 ( 人)	人 ( 人)
生活相談員	人 ( 人)	人 ( 人)
事務職員	人 ( 人)	人 ( 人)
看護職員（看護師、准看護師）	人 ( 人)	人 ( 人)
介護職員 （介護福祉士、ヘルパー1・2 級、初任者研修等）	人 ( 人)	人 ( 人)
機能訓練指導員（PT、OT等）	人 ( 人)	人 ( 人)
介護支援専門員	人 ( 人)	人 ( 人)
栄養士	人 ( 人)	人 ( 人)
その他	人 ( 人)	人 ( 人)
合計	人	人
うち、外国人	人	人

\* 非正規職員：いわゆるパート・アルバイト

⑨ 年齢階級別

年代別	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人
非正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人

問2 貴事業所の定員等につき、以下の質問にお答えください。

① 定員及び入居者数（数字を記入）

※ 令和4年10月現在

定員（ ）人 入居者数（ ）人（内訳：男（ ）人女（ ）人）

② 入居者の平均年齢（数字を記入）

（ ）歳

③ 1年間の入退居者数（令和3年1月～12月）（数字を記入）

入居者数（ ）人 退居者数（ ）人

④ 入居者のうち住所地特例（保険者が足立区外）の該当者は何人ですか（数字を記入）。

（ ）人 ※ 令和4年10月現在

⑤ 退居の主な理由は何ですか（3つまで○）。

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

⑥ 入居の動機を把握されていますか（1つに○）。

1. 全て把握している      2. 一部把握している      3. 把握していない

⑥で「1」「2」と回答した事業所にお聞きします。

⑥-1 入居を決められた主な理由は何ですか（いくつでも○）。

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 介護が必要になったため       | 6. 自宅の管理が大変になったため  |
| 2. 介護が必要になった時に備えて    | 7. ひとり暮らしが不安になったため |
| 3. 食事の提供があるから        | 8. セキュリティ面の安心から    |
| 4. 家事が負担になったため（外食以外） | (防犯、防災)            |
| 5. バリアフリー化されているから    | 9. その他（ ）          |

⑦ 入居者の要介護度別の人数についてお答えください（数字を記入）。

※ 空白は0として集計します。

要介護度別	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
入居者数	人	人	人	人	人	人	人	人	人
うち医療処置の必要な人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人

⑧ 入居者の平均入居年数は何年ですか（1つに○）。

1. 1年未満	3. 2年～3年未満	5. 4年～5年未満
2. 1年～2年未満	4. 3年～4年未満	6. 5年以上

⑨ 過去3年間の年間稼働率は何パーセントですか（それぞれ1つに○）。

	60%未満	60～70%未満	70～80%未満	80～90%未満	90～100%
令和元年	1	2	3	4	5
令和2年	1	2	3	4	5
令和3年	1	2	3	4	5

⑩ 待機者数は何人ですか（数字を記入）。

※ 令和4年10月現在

( ) 人
-------

⑪ 入居までに平均どのくらいかかりますか（1つに○）。

1. 1～3か月	4. 10～12か月
2. 4～6か月	5. 1年以上～3年未満
3. 7～9か月	6. 3年以上

**⑫は有料老人ホームの事業所のみにお聞きします。**

⑫ 貴事業所に入居可能な医療処置を教えてください（いくつでも○）。

1. 喀痰吸引	10. ストーマ（人工肛門）
2. 吸入	11. 留置尿道カテーテル （膀胱カテーテルを含む）
3. 鼻腔経管栄養	12. 中心静脈点滴
4. 瘻孔経管栄養	13. 抹消静脈点滴
5. 中心静脈栄養	14. 褥瘡処置（Ⅲ度以上）
6. モニター測定 （心拍、血圧、酸素、飽和度）	15. がん末期の疼痛管理
7. 酸素療法	16. 腎透析（血液透析及び腹膜透析）
8. 気管切開	17. 自己注射（インスリンを含む）
9. 人工呼吸器	18. その他の投薬管理（服薬介助を含む）

問3 貴事業所の利用料等につき、以下の質問にお答えください（数字を記入）。

① 敷金（保証金）【代表的なプランでお答えください】

( ) 円
-------

② 前払金（入所一時金）【代表的なプランでお答えください】

( ) 円
-------

③ 月額利用料【代表的なプランでお答えください】

( ) 円
-------

問4 貴事業所では、看取りを実施できますか（1つに○・数字を記入）。

※ 空白は○として集計します。

1. 実施できる （この1年の実績                      件）	2. 実施できない
--	-----------

問5 貴事業所では、どのような方法で入居者の募集を行っていますか（いくつでも○）。

1. チラシ・パンフレット	3. インターネット
2. 新聞・雑誌（広告記事）	4. その他（                      ）

問6 貴事業所では、利用者を含め区民に対してどのような情報提供を行っていますか（いくつでも○）。

1. 実施している介護サービスの種類や特徴
2. 事業所自身による、介護サービス提供内容等に関する自己評価
3. 介護サービス利用者による事業所の評価
4. 専門知識を持つ第三者による事業所の評価
5. 事業所の運営体制（有資格従業員の状況、利用者に対する職員数の割合等）
6. 介護サービスの質の向上への取り組み内容（研修実施、マニュアルの整備状況等）
7. 事業所の経営状況（財務諸表等）
8. その他（ ）
9. 情報提供はしていない

問6で「1」～「8」と回答した事業所にお聞きします。

問6-1 情報提供の手段は何ですか（いくつでも○）。

- |               |            |
|---------------|------------|
| 1. チラシ・パンフレット | 3. 館内での掲示物 |
| 2. インターネット    | 4. その他（ ）  |

問6で「4」に○をつけていない事業所にお聞きします。

問6-2 第三者評価を受けていない理由を教えてください（いくつでも○）。

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 1. 利用者の評価に影響がない          | 4. 時間がない  |
| 2. サービスの質の向上に寄与すると考えられない | 5. 費用がない  |
| 3. 事業所の課題が明らかになると思えない    | 6. その他（ ） |

問7 貴事業所では、介護職員等の人材は確保できていますか（1つに○）。

- |              |
|--------------|
| 1. 確保できている   |
| 2. 概ね確保できている |

- |                |
|----------------|
| 3. 確保が難しいこともある |
| 4. 確保できていない    |

問8へ

問7-1、2へ

**問7で「3」、「4」と回答した事業所にお聞きします。**

**問7-1 その理由は何ですか（いくつでも○）。**

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 求人・募集に対し応募が少ない・ない | 6. 介護への理解・関心が低い      |
| 2. 求める人材の応募が少ない・ない   | 7. 施設へ人材が流れてしまう      |
| 3. 給与が労働条件に見合わない     | 8. 福利厚生等の労働環境が整っていない |
| 4. 離職・退職者が多い         | 9. 地域の特性             |
| 5. 重労働である・そのイメージがある  | 10. その他 ( )          |

**問7-2 人材確保支援策として有効だと思うものは何ですか（いくつでも○）。**

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 給与・待遇の改善     | 6. 業務内容の見直し        |
| 2. 募集方法の改善      | 7. 足立区介護職員資格取得支援事業 |
| 3. 職場環境・勤務体制の改善 | 8. 足立区介護人材雇用創出事業   |
| 4. 福利厚生の充実      | 9. 足立区介護のしごと相談面接会  |
| 5. 研修・教育等の充実    | 10. その他 ( )        |

**問8 貴事業所では、職員の募集（採用）にあたりどのような工夫を行っていますか（いくつでも○）**

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. ハローワークに求人票を出している                  |
| 2. 大学等に求人票を出している                     |
| 3. 専門学校に求人票を出している                    |
| 4. 高校に求人票を出している                      |
| 5. 新聞の折り込み広告等に求人を掲載している              |
| 6. 職業紹介雑誌等に求人を掲載している                 |
| 7. 就職相談会等の機会にブースを設けている               |
| 8. 関東圏域以外へ求人のため足を運んでいる               |
| 9. インターネット媒体を介して募集している               |
| 10. 友人・知人を介して募集している                  |
| 11. 人材派遣会社に依頼している                    |
| 12. 介護資格や介護経験の有無にこだわらないようにしている       |
| 13. 近隣の事業所と連携し、採用に関し情報交換をしている        |
| 14. 職場体験を実施している                      |
| 15. 子育て支援を行っている（子ども預かり所を設ける、保育費用支援等） |
| 16. 福利厚生を充実している                      |
| 17. くるみん認定、その他国や地方自治体の認定等を取得している     |
| 18. 短時間等柔軟な勤務体制を整えている                |
| 19. 残業なしにしている                        |
| 20. 外国籍を有する方を採用している                  |

**問8-1 問8の職員募集で効果のあったものは何ですか（3つまで数字を記入）。**

( )、( )、( )

問9 貴事業者では、外国籍を有する方を積極的に採用していますか（1つに○）。

1. 採用している	2. 採用していない（理由： _____）
-----------	-----------------------

問9で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問9-1 外国籍を有する方を積極的に採用している場合、必要な教育はどのようにしていますか（いくつでも○）。

1. 教育が必要ない状態の人しか採用していない
2. 事業所が教育している
3. 法人（本社）が教育している
4. 研修会社等（学校含む）に委託している
5. 特別な教育プログラムはなく、日本国籍の人と同じ
6. その他（ _____）

問10 貴事業所は今年度に賃上げを実施しましたか（1つに○）。

1. 賃上げを行った	2. 賃上げを行う予定	3. 賃上げを行っていない
------------	-------------	---------------

↓  
問11へ

問10で「1」、「2」と回答した事業所にお聞きします。

問10-1 職員1人あたりの賃上げ平均額は月額（換算）でいくらですか（1つに○）。

1. 1円 ～ 5,000円	4. 10,001円 ～ 15,000円
2. 5,001円 ～ 8,000円	5. 15,001円以上
3. 8,001円 ～ 10,000円	

問11 令和3年（1月～12月）の入職率と離職率についてお答えください（それぞれ1つに○）。

●正規職員について

【入職率】3年年初の正規職員数に対する3年の入職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

【離職率】3年年初の正規職員数に対する3年の離職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

問 11 の続き 令和 3 年（1 月～12 月）の入職率と離職率についてお答えください  
（それぞれ 1 つに〇）。

●非正規職員について

【入職率】 3 年年初の非正規職員数に対する 3 年の入職者（非正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

【離職率】 3 年年初の非正規職員数に対する 3 年の離職者（非正規職員）数の割合

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 0～10%未満  | 4. 30～40%未満 |
| 2. 10～20%未満 | 5. 40～50%未満 |
| 3. 20～30%未満 | 6. 50%以上    |

問12 ボランティアの受け入れはしていますか（1 つに〇）。

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 受け入れている | 2. 受け入れていない |
|------------|-------------|

問 12 - 3 へ

問 12 で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問 12-1 ボランティアの活動内容は何か（いくつでも〇）。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 足立区元気応援ポイント事業に登録している        |
| 2. 定期的な行事・習い事の実施               |
| 3. 介護補助やお手伝い                   |
| 4. その他（ <input type="text"/> ） |

問 12-2 ボランティアを受け入れる際の課題や注意していることがあれば、お書き  
ください（いくつでも〇）。

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. 実費・交通費の有無                               | 4. 個人情報保護                          |
| 2. 認識合わせ<br>（ボランティア、事業所、入居者間）              | 5. より多くの高齢入居者の参加                   |
| 3. ボランティア担当者の人柄・経験<br>（介助経験、レク・傾聴ボランティア可能） | 6. その他<br>（ <input type="text"/> ） |

問 12 で「2」と回答した事業所にお聞きします。

問 12-3 ボランティアを受け入れていない理由は何ですか（いくつでも〇）。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 体制が整っていない、受け入れ体制がない         |
| 2. 医療が中心のためボランティアの役割がない        |
| 3. ボランティアの話題がないため分からない         |
| 4. 安全面を考慮して受け入れていない            |
| 5. その他（ <input type="text"/> ） |

**問13 地域のどのような組織と連携をしていますか（いくつでも○）。**

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 自治会・町内会    | 5. 商店街、レストラン |
| 2. ボランティアグループ | 6. その他（      |
| 3. 家族会        | 7. 連携をしていない  |
| 4. 学校関係       |              |

**問14 地域とどのような連携をしていますか（いくつでも○）。**

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 地域の行事への参加    | 5. 地元商店街での買い物      |
| 2. 講師として指導してもらう | 6. 認知症サポーター養成講座の開催 |
| 3. 事業所イベントへの招待  | 7. その他             |
| 4. 小学校・中学校の体験学習 | （                  |

**問15 事業を実施するうえで、経営面でどのような問題点や課題がありますか（いくつでも○）。**

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 入居者の確保が困難       | 8. 介護報酬に反映されない事務が多い |
| 2. 人材の確保が困難        | 9. 運営・運転資金の確保が困難    |
| 3. 従業員の福利厚生など      | 10. 事務所の確保や維持が困難    |
| 4. 事務等の間接経費に負担が大きい | 11. 他事業所との競争が激しい    |
| 5. 人件費の負担が大きい      | 12. 職員の育成が困難        |
| 6. 介護報酬請求事務の負担が大きい | 13. その他（            |
| 7. 介護報酬が適正でない      | 14. 特になし            |

**問16 利用者や家族の要望を積極的に取り入れるため、どのような取り組みを行っていますか（いくつでも○）。**

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 利用者にサービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている |
| 2. 家族にサービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている  |
| 3. 利用者・家族と話し合いの機会を定期的に設けている    |
| 4. 利用者の生活状況を記録し家族に連絡している       |
| 5. 利用者・家族を対象に相談・苦情窓口を設けている     |
| 6. 家族会を設置している                  |
| 7. その他（                        |





問21 サービスの質の向上にむけて、事業所としての取組についてうかがいます。  
 具体的な内容について、現在の状況と今後の予定も含めてお答えください  
 (いくつでも〇)。

1. 外部の研修会・講習会に参加
2. 事業所内に講師を呼んで研修会・講習会の開催
3. 事業所スタッフによる研修会・講習会の開催
4. 事業所内に参考書を準備
5. サービスマニュアルの作成
6. サービスに対する事業者自身による評価の実施
7. 利用者の満足度調査の実施
8. サービスに対する第三者による評価の実施
9. 介護ロボットの活用
10. その他 ( )

問22 BCP（事業継続計画）の作成状況について、お答えください（1つに〇）。

※ 令和3年度の介護報酬改定にともない、令和6年4月1日よりBCPの策定が義務化されます。

1. 感染症、自然災害ともに作成した 
  2. 感染症は作成したが自然災害は作成中
  3. 感染症は作成中だが自然災害は作成した
  4. 感染症、自然災害ともに作成中
  5. 感染症、自然災害ともに今後作成を予定している
  6. 感染症、自然災害ともに作成する予定はない
- 問 23 へ

**問 22 で「2」～「6」と回答した事業所にお聞きします。**

問 22-1 BCPの作成に着手していない又は作成が完了していない理由は何ですか  
 (いくつでも〇)。

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| 1. 作成方法がわからない   | 5. 法人（本部）からの指示がない   |
| 2. 作成時間がない      | 6. 事業所だけのBCPでは事業継続は |
| 3. 必要性を把握していない  | 困難                  |
| 4. 担当職員が決まっていない | 7. その他 ( )          |

問23 貴事業所が行っている有事(感染症や自然災害)を想定した平時の備えについて、お答えください(いくつでも〇)。

1. 備蓄対策

2. 非常用電源の準備

3. 施設の耐震対策(ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など)の実施

4. 防災訓練の実施

5. 防災訓練などで近隣の住民組織(町内会、自主防災組織)と連携

6. ハザードマップで事業所の危険度を確認

7. 他組織との連携

8. その他( )

9. 特に取り組んでいない

問24へ

問23で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問23-1 備蓄は定員および職員あわせて何日分準備していますか(数字を記入)。

( )日分程度

問24 有事（感染症や自然災害）が発生した際に貴事業所で取り決められている内容について、お答えください（いくつでも○）。

1. 災害に関する情報の入手方法
2. 災害時の連絡先（自治体、家族、職員等）及び通信手段
3. 利用者の安否確認方法
4. 避難を開始する時期及び判断基準
5. 避難場所（区が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等）
6. 避難経路及び所要時間
7. 利用者ごとの避難方法（車いす、徒歩等）
8. 垂直避難の判断
9. 災害時の人員体制・指揮系統（参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等）
10. 他事業所からサービス提供を代替する場合の利用者の同意の取り方
11. サービス提供を代替する方法の利用者・利用者家族への周知の仕方
12. 介護サービス事業を継続するための人材確保方法
13. 記録の取り方
14. 関係機関との連携体制
15. 関係機関と連携にあたり必要な帳票
16. その他（）
17. 取り決めはない

問25 貴事業所は令和3・4年に水害を含む避難訓練を実施しましたか（1つに○・数字を記入）。

1. 実施した → (年  回程度)
2. 実施していない → (実施予定時期  年  月頃)

問25で「1」と回答した事業所にお聞きます。

問25-1 実施した避難訓練に介護度の最も重い方は参加しましたか（実際に避難しましたか）（1つに○）。

1. 避難した
2. 避難していない







# サービス付き高齢者向け住宅調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和5年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行います。

今回の調査は、計画の見直しにあたり、高齢者福祉に関する皆さまのお考えやご意見をお伺いするものです。いただいたお考えやご意見は、高齢者保健福祉計画策定にあたっての貴重な資料とさせていただきます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月吉日

## 【ご記入にあたってのお願い】

1. 回答は事業者の代表者の方がご記入いただきますようお願いいたします。
2. 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○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。
3. ご記入いただいたアンケートは、12月1日（木）までに同封の返信用封筒にてご返送ください（切手は不要です）。
4. この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

\* 本調査で得られた情報については、計画策定等の目的以外には利用いたしません。  
また、当該情報は足立区が適切に管理し、お答えいただいた事業所や個人のお考えが公表されることはありません。

\* 数字記入の設問で、無回答の場合は「0（ゼロ）」として集計します。

## [調査主体・お問い合わせ先]

足立区 福祉部 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887（直通）（受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時）

問1 貴事業所についてお答えください。

① 事業所名をご記入ください。

事業所名	
------	--

② 開設年月日をお答えください。

西暦 (       ) 年 (       ) 月 (       ) 日
--

③ 事業所の経営主体は何ですか (1 つに〇)。

1. 営利法人	4. NPO法人
2. 医療法人	5. その他法人 (       )
3. 社会福祉法人	6. その他 (       )

④ 経営主体の法人の所在地はどこですか (1 つに〇)。

1. 足立区内	2. 足立区外
---------	---------

⑤ 貴法人は、貴事業所を含め、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅を運営していますか。すべての箇所数をお答えください。

1. 本事業所のみ	2. (       ) 箇所
-----------	-----------------

⑥ 貴事業所に併設されている事業について、あてはるものに〇をつけてください (いくつでも〇)。

1. 居宅介護支援	24. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2. 介護予防支援	25. 夜間対応型訪問介護
3. 訪問介護	26. 認知症対応型通所介護
4. 訪問入浴介護	27. 介護予防 認知症対応型通所介護
5. 介護予防 訪問入浴介護	28. 小規模多機能型居宅介護
6. 訪問看護	29. 介護予防 小規模多機能型居宅介護
7. 介護予防 訪問看護	30. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
8. 訪問リハビリテーション	31. 介護予防 認知症対応型共同生活 介護 (グループホーム)
9. 介護予防 訪問リハビリテーション	32. 看護小規模多機能型居宅介護
10. 通所介護	33. 介護老人福祉施設
11. 通所リハビリテーション	34. 介護老人保健施設
12. 介護予防 通所リハビリテーション	35. 介護療養型医療施設
13. 短期入所生活介護	36. 介護医療院
14. 介護予防 短期入所生活介護	37. 居宅療養管理指導
15. 短期入所療養介護	38. 介護予防 居宅療養管理指導
16. 介護予防 短期入所療養介護	39. 総合事業 訪問型サービス
17. 福祉用具貸与	40. 総合事業 通所型サービス
18. 介護予防 福祉用具貸与	41. 病院・診療所
19. 特定福祉用具販売	42. 地域包括支援センター
20. 介護予防 特定福祉用具販売	43. その他 (       )
21. 住宅改修	44. なし
22. 特定施設入居者生活介護	
23. 介護予防 特定施設入居者生活介護	



⑧ 入居者の従前の住所地をお答えください（数字を記入）。

※ 令和4年10月現在

1. 足立区内（ ）人 2. 東京都内（ ）人 3. 他府県（ ）人

⑨ 住所地特例の対象となっている事業所にお聞きします。入居者のうち住所地特例（保険者が足立区外）の該当者は何人ですか（数字を記入）。

※ 令和4年10月現在

（ ）人

問3 貴事業所は医療処置が必要な方の入居を受け入れていますか（1つに○）。

1. 受け入れている

2. 医療処置の対応が可能な方のみ受け入れている

3. 受け入っていない



問4へ

問3で「1」、「2」と回答された事業所にお聞きします。

問3-1 貴事業所で対応が可能な医療処置をお答えください（いくつでも○）。

1. 喀痰吸引

2. 吸入

3. 鼻腔経管栄養

4. 瘻孔経管栄養

5. 中心静脈栄養

6. 酸素療法

7. ストーマ（人工肛門）

8. 中心静脈点滴

9. 抹消静脈点滴

10. 褥瘡処置

11. 自己注射（インスリンを含む）

12. その他の投薬管理（服薬介助を含む）

問4 貴事業所の利用料等につき、以下の質問にお答えください（数字を記入）。

① 敷金（保証金）【代表的なプランでお答えください】

（ ）円（算定の基礎 ）

② 前払金（入所一時金）【代表的なプランでお答えください】

（ ）円（算定の基礎 ）

③ 月額利用料（賃料）【代表的なプランでお答えください】

（ ）円

④ 共益費【代表的なプランでお答えください】

（ ）円

問5 貴事業所のサービス内容についてお答えください。

① 実施しているサービスをお知らせください（それぞれ1つに○・数字を記入）。

状況把握・生活相談	1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない
食事の提供	1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない
入浴・排せつ・食事等の介護 [介護保険外サービス]	1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない
調理・洗濯・掃除等の家事 [介護保険外サービス]	1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない
心身の健康の維持・増進	1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない
その他 ( ) 1. 自ら実施している (月額 円) 2. 委託して実施している (月額 円) 3. 実施していない	

② 状況把握・生活相談の体制をお知らせください。

提供日 (1つに○)	1. 休業日なし 2. 休業日あり (具体的に )
提供時間 (数字を記入)	( ) 時～ ( ) 時
職員配置数 (数字を記入)	日中 ( ) 人 夜間 ( ) 人
職員の資格 (いくつでも○)	1. 看護師 2. 介護福祉士 3. 介護支援専門員 4. 訪問介護員 5. その他 ( )
状況把握の方法 (いくつでも○)	1. 食事の際の安否確認 2. 1日1回以上の訪問・訪室 3. 夜間の定期的な訪問 4. その他 ( )
緊急通報サービスの内容 (いくつでも○)	1. ナースコールにて訪室 2. 医療機関への連絡、通院等手配、受信送迎 3. アイホン使用 4. 職員全員に緊急連絡先 (往診医・家族) 一覧表を携帯 5. その他 ( )

問6 貴事業所では、看取りを実施できますか（1つに○・数字を記入）。

※ 空白は0として集計します。

1. 実施できる (この1年の実績 件)	2. 実施できない
-------------------------	-----------

問7 貴事業所では、どのような方法で入居者の募集を行っていますか(いくつでも○)。

1. チラシ・パンフレット	3. インターネット
2. 新聞・雑誌(広告記事)	4. その他( )

問8 貴事業所では、生活相談員等の人材は確保できていますか（1つに○）。

1. 確保できている	3. 確保が難しいこともある
2. 概ね確保できている	4. 確保できていない

問9へ

**問8で「3」、「4」と回答した事業所にお聞きします。**

問8-1 その理由は何ですか（いくつでも○）。

1. 求人・募集に対し応募が少ない・ない	6. 介護への理解・関心が低い
2. 求める人材の応募が少ない・ない	7. 施設へ人材が流れてしまう
3. 給与が労働条件に見合わない	8. 福利厚生等の労働環境が整っていない
4. 離職・退職者が多い	9. 地域の特性
5. 重労働である・そうイメージがある	10. その他( )

問8-2 人材確保支援策として有効だと思うものは何ですか（いくつでも○）。

1. 給与・待遇の改善	6. 業務内容の見直し
2. 募集方法の改善	7. 足立区介護職員資格取得支援事業
3. 職場環境・勤務体制の改善	8. 足立区介護人材雇用創出事業
4. 福利厚生の充実	9. 足立区介護のしごと相談面接会
5. 研修・教育等の充実	10. その他( )



問11 貴事業所は今年度に賃上げを実施しましたか（1つに○）。

1. 賃上げを行った	2. 賃上げを行う予定	3. 賃上げを行っていない
------------	-------------	---------------

↓

↓

問12へ

問11で「1」、「2」と回答した事業所にお聞きします。

問11-1 職員1人あたりの賃上げ平均額は月額（換算）でいくらですか（1つに○）。

1. 1円 ～ 5,000円	4. 10,001円 ～ 15,000円
2. 5,001円 ～ 8,000円	5. 15,001円以上
3. 8,001円 ～ 10,000円	

問12 令和3年（1月から12月）の入職率と離職率についてお答えください（それぞれ1つに○）。

●正規職員について

【入職率】3年年初の正規職員数に対する3年の入職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

【離職率】3年年初の正規職員数に対する3年の離職者（正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

●非正規職員について

【入職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の入職者（非正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

【離職率】3年年初の非正規職員数に対する3年の離職者（非正規職員）数の割合

1. 0～10%未満	4. 30～40%未満
2. 10～20%未満	5. 40～50%未満
3. 20～30%未満	6. 50%以上

問13 職員の教育に取り組んでいますか（1つに○）。

1. 取り組んでいる

2. 取り組んでいない

問14へ

問13で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問13-1 貴事業所では、職員教育にあたり、どのような点に力を入れていますが（いくつでも○）。

1. 丁寧な言葉遣いや態度など、マナーについての指導

2. 身だしなみに関する指導

3. 技術・知識向上のための研修

4. 資格取得のための支援

5. リスクマネジメントに関する指導

6. その他（ ）

問14 令和3年度以降、利用者やその家族からどのような要望・苦情がありましたか（いくつでも○）。

1. 制度やサービスに関する説明について

4. 職員の対応等について

2. サービスの質や内容について

5. その他（ ）

3. 利用料について

6. 特になし

問15 利用者や家族の要望を積極的に取り入れるため、次の取り組みを行っていますか（いくつでも○）。

1. 利用者にサービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている

2. 家族にサービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている

3. 利用者・家族と話し合いの機会を定期的に設けている

4. 利用者の生活状況を記録し家族に連絡している

5. 利用者・家族を対象に相談・苦情窓口を設けている

6. 家族会を設置している

7. その他（ ）

問16 入居者から多い生活相談をお教えてください（1つに○）。

1. 健康管理・体調不良

3. 経済的相談

2. 介護相談

4. その他（ ）



問18 貴事業所が行っている有事(感染症や自然災害)を想定した平時の備えについて、お答えください(いくつでも○)。

1. 備蓄対策
2. 非常用電源の準備
3. 施設の耐震対策(ガラスの飛散防止・棚類の転倒防止など)の実施
4. 防災訓練の実施
5. 防災訓練などで近隣の住民組織(町内会、自主防災組織)と連携
6. ハザードマップで事業所の危険度を確認
7. 他組織との連携
8. その他( )
9. 特に取り組んでいない

問19へ

問18で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問18-1 備蓄は定員および職員あわせて何日分準備していますか(数字を記入)。

( ) 日分程度

問19 有事(感染症や自然災害)が発生した際に貴事業所で行っている内容について、お答えください(いくつでも○)。

1. 災害に関する情報の入手方法
2. 災害時の連絡先(自治体、家族、職員等)及び通信手段
3. 利用者の安否確認方法
4. 避難を開始する時期及び判断基準
5. 避難場所(区が指定する避難場所、施設内の安全なスペース等)
6. 避難経路及び所要時間
7. 利用者ごとの避難方法(車いす、徒歩等)
8. 垂直避難の判断
9. 災害時の人員体制・指揮系統(参集方法、役割分担、避難に必要な職員数等)
10. 他事業所からサービス提供を代替する場合の利用者の同意の取り方
11. サービス提供を代替する方法の利用者・利用者家族への周知の仕方
12. 介護サービス事業を継続するための人材確保方法
13. 記録の取り方
14. 関係機関との連携体制
15. 関係機関と連携にあたり必要な帳票
16. その他( )
17. 取り決めはない

問20 貴事業所は令和3・4年に水害を含む避難訓練を実施しましたか。

(1つに○・数字を記入)

1. 実施した→(年 回数) → 問20-1へ
2. 実施していない→(実施予定時期 年 月頃)

問20で「1」と回答した事業所にお聞きします。

問20-1 実施した避難訓練に介護度の最も重い方は参加しましたか(実際に避難しましたか) (1つに○)。

- |         |            |
|---------|------------|
| 1. 避難した | 2. 避難していない |
|---------|------------|

問21 地域のどのような組織と連携をしていますか (いくつでも○)。

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 自治会・町内会    | 5. 商店街、レストラン |
| 2. ボランティアグループ | 6. その他 ( )   |
| 3. 家族会        | 7. 連携をしていない  |
| 4. 学校関係       |              |

問22 地域とどのような連携をしていますか (いくつでも○)。

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 地域の行事への参加    | 5. 地元商店街での買い物      |
| 2. 講師として指導してもらう | 6. 認知症サポーター養成講座の開催 |
| 3. 事業所イベントへの招待  | 7. その他             |
| 4. 小学校・中学校の体験学習 | ( )                |

問23 ロボット・IoTについて導入をされていますか (いくつでも○)。

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1. 見守り支援         | 4. カルテ入力等業務支援 |
| 2. 要介助者支援        | 5. その他        |
| 3. コミュニケーションロボット | ( )           |

問24 ロボット・IoTについて導入を検討していますか (いくつでも○)。

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1. 見守り支援         | 4. カルテ入力等業務支援 |
| 2. 要介助者支援        | 5. その他        |
| 3. コミュニケーションロボット | ( )           |

問25 現在、事務負担はどの程度ですか (1つに○)。

- |          |         |          |
|----------|---------|----------|
| 1. とても重い | 2. 少し重い | 3. 重たくない |
|----------|---------|----------|

問26 高齢者保健・福祉事業や介護保険制度について、区へのご要望、ご意見などがありましたら、お聞かせください。

--

——ご協力ありがとうございました——

