

## (2) 第8期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に係る調査について

調査種類	対 象	送付数	主な調査項目(案)
①65歳以上(第1号被保険者)調査	65歳以上(要介護認定者でサービス利用者・要支援認定者を除く)市民	2,500	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態、日常生活自立度、生きがい・社会参加、生活上の不安、今後の暮らし方(地域活動への関心・意向等)、認知症対策について</li> <li>今後の生活の場について(在宅、施設等)</li> <li>介護保険制度について(負担と給付のバランスのあり方 等)</li> </ul>
②在宅サービス利用者調査	65歳以上、要介護・要支援認定者で、在宅介護サービス利用者	2,000	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度、サービス利用状況(介護サービス、医療サービス、生活支援サービス等)、利用上の課題、給付外サービス利用状況・利用意向、認知症ケアについて</li> <li>介護者の状況(性別・年齢、職業)、介護負担感、介護離職経験 等</li> <li>介護保険制度について(利用者・介護者からの意向・要望)</li> </ul>
③第2号被保険者調査	55歳～64歳の市民	1,200	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態、生活習慣病対策(実施状況)、働き方(現在と今後)、介護経験・介護の担い手となる見込み、地域活動への参加状況・参加意向</li> <li>介護保険制度について(認知状況、制度変更への考え方 等)</li> </ul>
④介護サービス事業者調査	市内介護サービス(介護予防サービス含む)を提供する事業者	300	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供サービスの現状、事業運営上の課題(収支見込・事業拡大等への条件)、担い手確保や研修体制の取り組み状況</li> <li>医療介護連携の課題、多職種連携について</li> <li>介護保険制度について</li> </ul>





Q 5. 居住地区(圏域)をお教えてください(1つを選択)

<u>あ</u>	<u>か</u>	62. 芝樋ノ爪1～2丁目	92. 大字東内野
1. 青木1～5丁目	30. 金山町	63. 芝富士1～2丁目	93. 大字東貝塚
2. 赤井1～4丁目	31. 上青木1～6丁目	64. 芝宮根町	94. 東川口1～6丁目
3. 大字赤井	32. 上青木西1～5丁目	65. 末広1～3丁目	95. 東本郷1～2丁目
4. 大字赤芝新田	33. 川口1丁目	<u>た</u>	96. 大字東本郷
5. 大字赤山	34. 川口2～6丁目	66. 長蔵1～3丁目	97. 東領家1～5丁目
6. 朝日1～6丁目	35. 河原町	67. 大字長蔵新田	98. 舟戸町
7. 大字新井宿	36. 大字木曾呂	68. 大字辻	99. 本町1～4丁目
8. 新井町	37. 北園町	69. 大字藤兵衛新田	100. 本蓮1～4丁目
9. 荒川町	38. 北原台1～3丁目	70. 戸塚1～6丁目	101. 本前川1～3丁目
10. 大字安行	39. 大字久左衛門新田	71. 戸塚境町	<u>ま</u>
11. 大字安行北谷	40. 大字行衛	72. 戸塚鋏町	102. 前上町
12. 大字安行吉蔵	41. 大字源左衛門新田	73. 戸塚東1～4丁目	103. 前川1～4丁目
13. 大字安行小山	42. 大字神戸	74. 戸塚南1～5丁目	104. 前川町4丁目
14. 大字安行慈林	43. 大字小谷場	<u>な</u>	105. 大字前野宿
15. 大字安行藤八	<u>さ</u>	75. 中青木1～5丁目	106. 大字前田
16. 安行出羽1～5丁目	44. 在家町	76. 仲町	107. 大字道合
17. 大字安行西立野	45. 幸町1～3丁目	77. 並木1～4丁目	108. 三ツ和1～3丁目
18. 大字安行原	46. 栄町1～3丁目	78. 並木元町	109. 緑町
19. 大字安行吉岡	47. 坂下町1～4丁目	79. 大字新堀	110. 南鳩ヶ谷1～8丁目
20. 大字安行領家	48. 桜町1～6丁目	80. 新堀町	目
21. 大字安行領在家	49. 差間1～3丁目	81. 西青木1～5丁目	111. 南町1～2丁目
22. 大字安行領根岸	50. 大字差間	82. 大字西新井宿	112. 南前川1～2丁目
23. 飯塚1～4丁目	51. 大字里	83. 西川口1～6丁目	113. 大字峯
24. 飯原町	52. 芝1～5丁目	84. 大字西立野	114. 宮町
25. 大字伊刈	53. 大字芝	<u>は</u>	115. 元郷1～6丁目
26. 大字石神	54. 芝下1～3丁目	85. 榛松1～3丁目	<u>や</u>
27. 江戸1～3丁目	55. 芝新町	86. 大字榛松	116. 柳崎1～5丁目
28. 江戸袋1～2丁目	56. 芝園町	87. 大字蓮沼	117. 柳根町
29. 大字大竹	57. 芝高木1～2丁目	88. 八幡木1～3丁目	118. 弥平1～4丁目
	58. 芝塚原1～2丁目	89. 鳩ヶ谷本町1～4丁目	<u>ら</u>
	59. 芝中田1～2丁目	目	119. 領家1～5丁目
	60. 芝西1～2丁目	90. 鳩ヶ谷緑町1～2丁目	
	61. 芝東町	目	
		91. 原町	

問1. あなたのご家族や生活状況について

Q 6. 家族構成をお教えてください(1つを選択)



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

Q 7. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか(1つを選択)



- |   |
|---|
| 1. 介護・介助は必要ない                                       |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない                         |
| 3. 現在、何らかの介護を受けている<br>(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) |

【Q7. において「2」または「3」と回答された方のみ】

Q 7-1. 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(複数選択可)



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

【Q7. において「2」または「3」と回答された方のみ】

Q 7-2. 主にどなたの介護、介助を受けていますか(複数選択可)



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

Q 8. 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか(1つを選択)



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

Q 9. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(1つを選択)



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

Q 10. あなた(あて名ご本人)は今後もずっと現在のお住まいで生活したいですか

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 可能な限り今の住まいで生活したい    | 2. 今の住まいを改修して住み続けたい   |
| 3. もっと間取りの少ない住まいに転居したい | 4. もっと間取りの広い住まいに転居したい |
| 5. その他（具体的に )          | 6. わからない              |

## 問2. からだを動かすことについて

Q 11. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか(1つを選択)



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

Q 12. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか(1つを選択)



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

Q 13. 15分位続けて歩いていますか(1つを選択)



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

Q 14. 過去1年間に転んだ経験がありますか(1つを選択)



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

Q 15. 転倒に対する不安は大きいですか(1つを選択)



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

Q 16. 週に1回以上は外出していますか(1つを選択)



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

Q 17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか(1つを選択)



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

Q18. 外出を控えていますか(1つを選択)



1. はい

2. いいえ

【Q18. で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

Q18-1. 外出を控えている理由は、次のどれですか(複数選択可)



1. 病気

2. 障害(脳卒中の後遺症など)

3. 足腰などの痛み

4. トイレの心配(失禁など)

5. 耳の障害(聞こえの問題など)

6. 目の障害

7. 外での楽しみがない

8. 経済的に出られない

9. 交通手段がない

10. その他( )

Q18-2. 外出する際の移動手段は何ですか(複数選択可)



1. 徒歩

2. 自転車

3. バイク

4. 自動車(自分で運転)

5. 自動車(人に乗せてもらう)

6. 電車

7. 路線バス

8. 病院や施設のバス

9. 車いす

10. 電動車いす(カート)

11. 歩行器・シルバーカー

12. タクシー

13. その他( )

Q19. 散歩や買物、通院、仕事などで外出する割合はどのくらいですか(1つに○)

1. ほとんど毎日

2. 2、3日に1回程度

3. 週に1回程度

4. 月に1~2回程度

5. 2、3か月に1回程度

6. ほとんど出かけない

Q20. あなた(あて名ご本人)は現在、次のような活動しているものはどれですか(複数選択可)

1. 運動、スポーツ、健康体操

2. 大学公開講座や市民講座等での学習

3. 趣味や娯楽活動

4. パソコン(メールやインターネット)

5. ボランティア活動

6. 旅行

7. 町会や自治会、地域づくり活動

8. 友人・知人との交流

9. その他( )

10. 特に活動していない

Q21. 普段あなた(あて名ご本人)はどのような運動をしていますか

1. 水泳(水中歩行を含む)

2. ゲートボール

3. ソフトボール・野球

4. 体操

5. ゴルフ

6. ハイキング

7. ジョギング

8. ウォーキング・散歩

9. グラウンドゴルフ

10. その他( )

11. 特に運動はしていない

Q 2 2. あなた(あて名ご本人)は、外出することについてどのようにお考えですか

1. 特に負担には感じない
2. 外出は、なんとなくおっくうである・好きではない
3. 行く場所や用事もないので外出したいとは思わない
4. 外出するより、家にいて過ごす方が好き
5. 交通が不便なので、外出するのが負担に感じる
6. 自宅の周りに坂や段差が多いので、外出するのが負担に感じる
7. 身体が不自由、あるいは健康面で不安なので外出しようと思わない・したくてもできない
8. その他 ( )

Q 2 3. 定期的な運動はしていますか

1. している
2. 時々している
3. していない

### 問3. 食べることについて

Q 2 4. 身長・体重を記入して下さい

1. 身長 \_\_\_\_\_ cm
2. 体重 \_\_\_\_\_ kg

Q 2 5. 歯磨き(人にやってもらう場合も含む)を毎日していますか(1つを選択)



1. はい
2. いいえ

Q 2 6. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください(成人の歯の総本数は親知らずを含めて 32 本です)



(1つを選択)

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

Q 2 6 - 1. 噛み合わせは良いですか(1つを選択)



1. はい
2. いいえ

Q 2 6 - 2. 【Q26で「1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか(1つを選択)



1. はい
2. いいえ

Q 2 7. 歯の健康維持について気を付けていますか

1. 気を付けている
2. 時々気を付けている
3. 気を付けていない



Q 2 8. あなた(あて名ご本人)の現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください(あてはまるものすべてに○)

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

Q 2 9. あなた(あて名ご本人)は、噛んで食べる時の状態はいかがですか(1つに○)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 何でも、噛んで食べることができる          |
| 2. 噛みにくいものもあるが、たいていのものは食べられる |
| 3. あまり噛めないので、食べものが限られている     |
| 4. ほとんど噛めない                  |

Q 3 0. 6か月間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか(1つを選択)



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

Q 3 1. どなたかと食事をともにする機会はありますか(1つを選択)



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

Q 3 2. あなた(あて名ご本人)は、半年前に比べて、食事量の変化がありましたか(1つに○)

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

Q 3 3. 規則的な食事は摂っていますか

- |          |              |           |
|----------|--------------|-----------|
| 1. 摂っている | 2. だいたい摂っている | 3. 摂っていない |
|----------|--------------|-----------|

問4. 毎日の生活について

Q 3 4. 次の各項目について、どちらかをお選びください(1つに○)

物忘れが多いと感じますか	1. はい	2. いいえ	<input checked="" type="radio"/>
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1. はい	2. いいえ	<input type="radio"/>
今日が何月何日かわからないときがありますか	1. はい	2. いいえ	<input type="radio"/>

Q 3 5. 日常の買物に不便を感じていますか

1. 感じている	2. あまり感じていない	3. 感じていない
----------	--------------	-----------

Q 3 6. バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)(1つを選択)



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

Q 3 7. 自分で食品・日用品の買物をしていますか(1つを選択)



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

Q 3 8. 自分で食事の用意をしていますか(1つを選択)



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

Q 3 9. あなた(あて名ご本人)の平日の食事は主にどなたがつくりますか(朝・昼・夕それぞれ1つに○)

	自分で つくる	配偶者 がつくる	子ども・子どもの 配偶者がつくる	買って くる	外食 する	その他	食べない
朝食	1	2	3	4	5	6 ( )	7
昼食	1	2	3	4	5	6 ( )	7
夕食	1	2	3	4	5	6 ( )	7

Q 4 0. 自分で請求書の支払いをしていますか(1つを選択)



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

Q 4 1. 自分で預貯金の出し入れをしていますか(1つを選択)



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

Q 4 2. 次の各項目について、それぞれ「はい(している)」、「いいえ(していない)」のどちらかをお選びください(1つに○)

年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか	1. はい	2. いいえ
新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	2. いいえ
友人の家を訪ねていますか	1. はい	2. いいえ
家族や友人の相談にのっていますか	1. はい	2. いいえ



病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	2. いいえ



趣味はありますか（1つを選択）



1. 趣味あり → それはどのようなことですか ( )
2. 思いつかない

Q 4 3. 生きがいがありますか(1つを選択)



1. 生きがいあり → それはどのようなことですか ( )
2. 思いつかない

Q 4 4. あなた（あて名ご本人）は、平日の日中はご自宅にいますか（1つに○）

1. ひとりでいることが多い	2. 家族または友人などといることが多い
3. 普段の平日は家にいないことが多い	

Q 4 5. あなた（あて名ご本人）は、人に自分の考えをうまく伝えられますか。

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

Q 4 6. 次の各項目について、「ほとんどない」、「時々ある」「頻繁にある」のどれかをお選びください(1つに○)

	1. ほとんど ない	2. 時々 ある	3. 頻繁に ある
同じ話を無意識に繰り返すことがありますか	1	2	3
知っている人の名前が思い出せないことがありますか	1	2	3
物のしまい場所を忘れることがありますか	1	2	3
漢字を忘れることがありますか	1	2	3
今しようとしていることを忘れることがありますか	1	2	3
器具の説明書を読むのを面倒がることがありますか	1	2	3
理由もないのに気がふさぐことがありますか	1	2	3
身だしなみに無関心である	1	2	3
外出がおっくうである	1	2	3
物（財布など）が見当たらないことを他人のせいにする	1	2	3

Q 4 7. あなたは現在、自分の将来について不安を感じることがありますか(複数選択可)

- |       |            |         |
|-------|------------|---------|
| 1. 介護 | 2. 医療      | 3. 葬儀   |
| 4. 納骨 | 5. 遺品整理    | 6. 財産管理 |
| 7. 相続 | 8. その他 ( ) | 9. 特になし |

Q 4 8. 「終活」という言葉を知っていますか

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

Q 4 9. 「終活」を行なっていますか

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. エンディングノートを作成している  | 2. 遺言状を作成している |
| 3. その他のことを行なっている ( ) | 4. 近いうちに始める予定 |
| 5. 予定はないがいずれは行いたい    | 6. 行う予定はない    |
| 7. わからない             |               |

Q 5 0. 「終活」を行う目的について、どのようにお考えですか

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 1. 家族等に迷惑をかけたくない    | 2. 病気や介護が必要になった時に備えるため |
| 3. 葬儀等の希望を伝えるため     | 4. これまでの人生を整理するため      |
| 5. 最後まで自分らしく生きるため   | 6. これからの人生を考えるため       |
| 7. 自身の死後について安心を得るため | 8. その他 ( )             |

## 問5. 認知症に係る相談窓口の把握について

Q 5 1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか(1つを選択)



1. はい

2. いいえ

Q 5 2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか(1つを選択)



1. はい

2. いいえ

※川口市には、認知症に関する相談窓口として、「地域包括支援センター」、「認知症高齢者相談所」があります

川口市では、認知症に対する正しい知識を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して、できる範囲で手助けする「認知症サポーター」を養成し、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに取り組んでいます。

Q〇〇. 認知症サポーター養成講座を知っていますか(一つに〇)

1. はい

2. いいえ

Q〇〇. 認知症サポーター養成講座に参加したいと思いませんか

1. 是非参加したい

2. 参加してもよい

3. 参加したくない

4. 既に受講している

川口市では、認知症の知識や、認知症の進行状況に応じて、どのような支援を利用できるのか、また相談窓口などをまとめた「認知症あんしんガイド」を発行しています。

Q〇〇. 認知症あんしんガイドを知っていますか(一つに〇)

1. はい

2. いいえ



Q 5 7. あなた(あて名ご本人)は、今後、以下のような地域での活動に参加したい、又は、続けたいですか

(あてはまるものすべてに○)

1. 町会、自治会等活動	2. 高齢者や障害者の支援、子どもの育成に関する活動
3. 環境美化や自然保護など環境に関する活動	4. 防犯・防災等活動
5. 地域の産業振興や活性化に関する活動	6. 健康スポーツ等の活動
7. 地域の祭りや文化・芸能の振興や継承等に関する活動	8. 各種学習・研究活動
9. その他 ( )	10. 特に参加したい地域活動はない

問7. たすけあいについて(あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします)

質問について、あてはまる人すべてに○をしてください

あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください

Q 5 8. あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(複数選択可)



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

Q 5 9. 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(複数選択可)



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

Q 6 0. 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(複数選択可)



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

Q 6 1. 反対に、看病や世話をしてあげる人(複数選択可)



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

Q 6 2. 葬儀・納骨など死後の対応を頼むことができる人はいますか

- |            |          |              |
|------------|----------|--------------|
| 1. 家族・親戚   | 2. 友人・知人 | 3. 近所・同じ地域の人 |
| 4. その他 ( ) |          | 5. 頼むことはできない |

Q 6 2 - 1. 「5」と回答された方にお伺いします 理由は何ですか

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 頼む相手がいないから  | 2. 迷惑をかけてしまうから |
| 3. 費用が用意できないから | 4. その他 ( )     |

Q 6 3. 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(複数選択可)

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

Q 6 4. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか(1つを選択)

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

Q 6 5. 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つを選択)

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

Q 6 6. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(複数選択可)

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

Q 6 7. ご家族以外の方との会話をする割合はどのくらいですか(1つに○)

- |             |               |               |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. ほとんど毎日   | 2. 2、3日に1回程度  | 3. 週に1回程度     |
| 4. 月に1~2回程度 | 5. 2、3か月に1回程度 | 6. ほとんど話をしてない |



Q68. あなた(あて名ご本人)は、孤独死(誰にも看取られることなく、亡くなった後に発見される死)について、身近な問題だと感じますか(1つに○)

- |             |            |            |
|-------------|------------|------------|
| 1. 非常に感じる   | 2. まあまあ感じる | 3. あまり感じない |
| 4. まったく感じない | 5. わからない   |            |

Q68-1. 「1」または「2」と回答された方の主な理由は何ですか

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 一人暮らしだから          | 2. ご近所との付き合いが少ないから |
| 3. 家族・親戚との付き合いが少ないから | 4. あまり外出しないから      |
| 5. 経済的に苦しいから         | 6. その他 ( )         |

Q69. あなた(あて名ご本人)は現在、何か悩み事がありますか

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 自分の健康について    | 2. 家族について          |
| 3. 人間関係について     | 4. 年金や相続について       |
| 5. 自分の死後の対応について | 6. 特に悩みごとはない       |
| 7. その他 ( )      | 8. 特に悩み事はない → Q70へ |

Q69-1. 「1」～「5」と回答された方にお伺いします。悩み事について、誰かに相談していますか

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 家族                    | 2. 友人              |
| 3. 民生委員・町会の人             | 4. ケアマネジャー・ホームヘルパー |
| 5. 医師・看護師・保健師・薬剤師・カウンセラー | 6. 弁護士・公認会計士などの専門家 |
| 7. 地域包括支援センター            | 8. その他 ( )         |
| 9. 誰にも相談していない            |                    |

## 問8. 健康について

Q70. 現在のあなたの健康状態はいかがですか(1つを選択)

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

Q71. あなたは、現在どの程度幸せですか(1つを選択)

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点としてご記入ください)

とても不幸

とても幸せ

- |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

Q72. 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つを選択)

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

Q 7 3. 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つを選択)

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

Q 7 4. お酒は飲みますか(1つを選択)

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

Q 7 5. タバコは吸っていますか(1つを選択)

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

Q 7 6. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(複数選択可)

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

Q 7 7. あなた(あて名ご本人)は、次のサービスの中で、健康を維持するために利用したいと思うものがありますか(あてはまるものすべてに○)

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. 定期的な健康診断         | 2. がん検診             |
| 3. 歯の健康に関する相談       | 4. 食事や栄養バランス等に関する相談 |
| 5. 運動できる場や方法等に関する相談 | 6. 禁煙に関する相談         |
| 7. 心の健康に関する相談       | 8. 認知症の予防に関する相談     |
| 9. 全般的な健康づくりに関する相談  | 10. その他             |
| 11. 使ってみたいサービスはない   | (具体的に )             |

Q 7 8. あなた(あて名ご本人)は、ご自身の生活習慣(食事・運動など)についてどのようにお考えですか

(1つに○)

1. 生活習慣に特に問題はない
2. 生活習慣の改善が必要だとは思いますが、変えようとは思わない
3. 生活習慣の改善が必要だとは思いますが、容易には変えられない
4. 生活習慣の改善が必要だと思い、1か月以内に具体的に組みたいと考えている
5. 生活習慣の改善が必要だと思い、すでに取り組み・行動を始めている
6. 生活習慣については関心がない

Q 7 9. 介護認定を受けていない人を対象に、生活機能の低下を予防するために次のようなサービスが考えられます対象になった場合にあなた(あて名ご本人)が利用したいと思うサービスはありますか(あてはまるものすべてに○)

1. 筋力トレーニング、転倒骨折予防
2. 健康体操教室(健康のための軽い運動などを実施)
3. ウォーキング教室
4. プール教室(プールの中で歩行や軽いストレッチ運動を行う)
5. 食事改善、低栄養予防指導
6. 義歯調節や歯磨き指導、口腔ケア
7. 買物の同行や家事をいっしょにする家事援助
8. 閉じこもり予防
9. 認知症予防のための教室
10. その他
11. 特に利用したいと思うものはない

Q 8 0. 普段から健康に気をつけている

1. 気をつけていない
2. あまり気にしていない
3. 気にしていない

Q 8 1. 定期的に健康診断を受けていますか

1. 受けている
2. たまに受けている
3. 受けていない

Q 8 2. かかりつけ医はいますか

1. いる
2. いない

## 問9. 地域包括支援センターについて

Q83. あなた(あて名ご本人)は、ご自身の地域の地域包括支援センターをご存知ですか(1つに○)

- |          |             |            |
|----------|-------------|------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことがある | 3. よくわからない |
|----------|-------------|------------|

### 「1. 知っている」と回答された方にお伺いします

Q83-1. あなた(あて名ご本人)は、地域包括支援センター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 |
|-----------|------------|

### **【すべての方にお伺いします】**

## 問10. 介護保険制度全般について

Q84. あなた(あて名ご本人)に介護が必要な状態になった場合、どのような介護を望めますか(1つに○)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 家族のみによる介護       | 2. 介護保険を利用しながらの在宅介護 |
| 3. 老人ホームなどの介護施設に入所 | 4. よくわからない          |

Q85. 「介護保険制度」についてどのようなことを知っていますか(あてはまるものすべてに○)

- |   |
|---|
| 1. 介護サービスを受けるには、要介護認定を受ける必要がある  |
| 2. 身体の状態が変化した場合は、更新期間前でも要介護認定を受け直すことができる                              |
| 3. 介護状態により要支援1・2、要介護1～5の7段階あり、それぞれサービス利用限度額が決まっている                    |
| 4. 要支援と要介護では、利用できるサービスの種類に違いがある                                       |
| 5. 要支援や要介護状態となる手前の段階で対応する介護予防の取り組みがある                                 |
| 6. ケアプランは、原則として要支援の人に対しては地域包括支援センター、要介護の人に対しては、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する |
| 7. ケアプランは変更することができる   |
| 8. サービス提供事業者は自由に選ぶことができる  |
| 9. 介護事業者の特徴を比較できるように、介護サービス情報の公表制度がある                                 |
| 10. サービスを利用する際には、事業者との契約が必要である  |
| 11. 地域包括支援センターでは、権利擁護等に関する相談も行っている                                    |
| 12. 利用者は、サービスを利用する際に費用の1割を負担する<br>(一定以上所得者は2割または3割)                   |
| 13. 40歳以上の方が介護保険料を負担する  |
| 14. どれも知らない   |

Q 8 6. あなた(あて名ご本人)の介護保険料(年間)はおおよそいくらですか(1つに○)

番号に○	年額保険料	番号に○	年額保険料
1. 第1段階	22,270円	10. 第10段階	100,410円
2. 第2段階	36,080円	11. 第11段階	106,690円
3. 第3段階	45,500円	12. 第12段階	112,960円
4. 第4段階	53,340円	13. 第13段階	119,240円
5. 第5段階	62,760円	14. 第14段階	125,520円
6. 第6段階	69,030円	15. 第15段階	131,790円
7. 第7段階	78,450円	16. 第16段階	138,070円
8. 第8段階	87,860円	17. 第17段階	144,340円
9. 第9段階	94,140円	18. わからない	

Q 8 7. あなた(あて名ご本人)は、介護保険料については妥当だと思いますか(1つに○)

1. どちらかという安い金額だと思う	2. おおむね妥当だと思う
3. どちらかという高い金額だと思う	4. わからない

Q 8 8. 介護保険料の額は、3年に1度見直すことになっています。川口市において、介護保険サービスを利用する人の割合が増えたり、1人当たりのサービス額が増えたりすると、65歳以上の人の保険料額が高くなる仕組みになっていますが、あなた(あて名ご本人)はこうした仕組みについて知っていますか(1つに○)

1. よく理解している	2. だいたい理解している
3. どちらともいえない	4. あまり理解していない
5. ほとんど理解していない	

Q 8 9. 今後の介護保険料と介護サービスの整備のあり方について、あなた(あて名ご本人)の考えに最も近いものは以下のどれですか(1つに○)

1. 介護サービスの量が多少減っても保険料を引き下げるべき
2. 現状の保険料水準を維持し、サービス量も現状のままでよい
3. 保険料が多少高くなっても、サービスの量や内容を充実させるべき
4. わからない

問 1 1. 介護保険以外の高齢者福祉サービスについて

Q 9 0. あなた(あて名ご本人)は、高齢者福祉に関する情報は、主にどこから得ていますか(3つまでに○)

1. 市の窓口・電話	2. 地域包括支援センター	3. 広報かわぐち
------------	---------------	-----------

4. 社会福祉協議会	5. 介護支援専門員(ケアマネ)	6. 介護事業者・施設等
7. 家族	8. 民生委員	9. 町会の人
10. 友人・知人	11. テレビ・ラジオ・新聞	12. インターネット
13. その他 (	)	14. どこからも得ていない

Q91. あなた(あて名ご本人)は、川口市で実施している高齢者福祉サービスのうち、今後3年間くらいの間に利用したいサービスはありますか(あてはまるものすべてに○)

1. 自立支援(ヘルパー派遣)	2. 自立支援(福祉用具貸与)
3. 軽度生活支援(草取り等)	4. 日常生活用具の給付(シルバーカー、杖等)
5. 福祉電話の貸与(固定電話)	6. 緊急通報システム
7. 寝具乾燥消毒	8. 配食サービス
9. ねたきり高齢者等紙おむつ支給	10. 認知症高齢者相談
11. 住宅改善整備費補助	12. 世帯住替家賃助成(家賃助成)
13. 入居保証支援(保証会社の紹介)	14. 利用したいものはない

Q91-1. どんなサービスがあったら、利用したいですか

【自由意見欄】


Q92. あなた(あて名ご本人)は川口市老人福祉センター「たたら荘」を利用していますか(1つに○)

1. 利用している
2. 利用したことがない
3. 以前に利用したことはあるが、今は利用していない

**「2」または「3」と回答された方にお伺いします**

Q92-1. 利用していないのはなぜですか（あてはまるものすべてに○）

- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 1. 場所がわからないから   | 2. 遠くて行くのが難しいから      |
| 3. やりたい活動がないから  | 4. 雰囲気が好きでないから       |
| 5. 体調や体力が続かないから | 6. 「たたら荘」自体をよく知らないから |
| 7. その他（         | ）                    |

Q92-2. 「たたら荘」を利用するとしたら、何をしたいですか（一つに○）

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1. 予防に通じる運動教室   | 2. お風呂に入り1日ゆっくり過ごす |
| 3. 教養や趣味につながる教室 | 4. その他（            |
|                 | ）                  |

## 【すべての方にお伺いします】

高齢化社会が進み、今後も認知症の方が増えると予想されています。認知症を発症しても本人に代わり財産管理をしたり、生活・療養看護にかかわる身上保護(監護)を任せる成年後見制度についてお伺いします

Q 9 3. あなた(あて名ご本人)の判断能力が不十分になったら金銭管理や様々なサービスの手続きをどうされますか(1つに○)

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 配偶者や子どもに願います  | 2. その他の親族に願います |
| 3. 成年後見制度などを利用する | 4. その他(具体的に )  |

Q 9 3-1. 成年後見制度は、成年後見人等(弁護士・司法書士・親族等)が、法律に基づいた支援を行うことをご存じですか(1つに○)

- |            |            |         |
|------------|------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 少し知っている | 3. 知らない |
|------------|------------|---------|

Q 9 3-2. あなた(あて名ご本人)は、成年後見人を選ぶ場合、いつ選びますか(1つに○)

- |                  |                |          |
|------------------|----------------|----------|
| 1. 自分の意思のあるうちに選ぶ | 2. 認知症になってから選ぶ | 3. わからない |
|------------------|----------------|----------|

Q 9 3-3. 川口市成年後見センターが、成年後見制度利用の相談や市民後見人の養成を行っていることをご存知ですか(1つに○)

- |            |            |         |
|------------|------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 少し知っている | 3. 知らない |
|------------|------------|---------|

Q 9 4. あなた(あて名ご本人)は、地震・火災や風水害などが起こった際に、頼れる人はいますか

(あてはまるものすべてに○)

- |               |             |              |
|---------------|-------------|--------------|
| 1. 配偶者        | 2. 子ども      | 3. その他の家族・親族 |
| 4. 友人・知人      | 5. とおり近所の人  | 6. 民生委員      |
| 7. その他(具体的に ) | 8. 頼れる人はいない |              |

Q 9 5. 自然災害等により、高齢者が被害に遭うケースが多くなる中、地域の高齢者等の把握が個人情報保護法との関係で課題となっています。平常時から、地域において行う災害時に備えた準備活動のために、名簿等に登録したら、あなた(あて名ご本人)は登録したいと思いますか(1つに○)

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. 是非登録したい | 2. 登録したくない | 3. わからない |
|------------|------------|----------|



Q96. 今後、川口市が取り組むべきこととして、次のうちどれを優先すべきだと思いますか(3つまでに○)

1. 自宅での介護を支援するサービスの充実
2. 健康診査などの保健医療サービスの充実
3. 常時介護が必要な方のための施設の整備
4. 病院から家庭へ復帰するためのリハビリを行う施設の整備
5. 認知症の方に対する支援
6. 元気な方のための健康増進や教養の向上のための事業
7. 介護予防や認知症予防などの介護を予防するための事業
8. 高齢者のための住宅整備、住宅改造の資金援助等、住宅に関する事業
9. 介護に関する相談等、相談体制の充実
10. 高齢者の就労や社会活動参加の支援
11. 介護する家族に対する支援
12. 段差解消や歩道整備など安全なまちづくり
13. 高齢者の外出に対する支援
14. 高齢者の買い物に対する支援
15. 終活に関する支援
16. その他（具体的に )



# 在宅サービス利用者 アンケート調査

日頃から、皆様には川口市行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

本市では、令和3年4月からの3年間を計画期間とする「川口市第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定作業の準備を進めております。

この計画は、高齢者の皆様が住み慣れた地域において、自分らしく安心して暮らし続けることのできるまちづくりの施策の指針ともなるものであります。

このアンケート調査は、自宅で暮らしながら介護保険サービスを利用されている市民のうち2,000人を対象に、健康や介護に関する状況、介護保険サービスなどについてのご感想、ご意向などをお伺いし、計画見直しの重要な資料とするために実施するものです。

なお、調査結果は統計的に処理し、個人を特定することはいたしませんのでご迷惑をおかけすることはありません。

ご多用のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨を充分ご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年12月

川口市長 奥ノ木 信夫

## ご記入の前に .....

1. この調査は、令和元年12月1日(基準日)現在の状況について、記入又はあてはまるものの番号に○をつけてください。
2. この調査は、自宅で介護保険サービスを利用されている方を対象とします。設問文の「あなた」とは、封筒の宛名の方をさします。できる限りご本人がお答えください。なお、一部、介護者の方にお答えいただく設問があります。
3. あなた(ご本人:封筒のあて名の方)は現在、どちらに住んでいますか。(1つに○)

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. ご自宅(ショートステイ利用者含む)              | } 次ページ以降の質問へお進みください。  |
| 2. 市内の親族等の家                       |   |
| 3. 有料老人ホーム・ケアハウス                  | } アンケートは終了です。次ページ以降の設問にお答えいただく必要はありません。ご協力ありがとうございました。<br>同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに投函してください。 |
| 4. 病院、診療所入院中                      |   |
| 5. 福祉施設等入所中                       |   |
| 6. 市外に転出した                        |   |
| 7. 市内在住で以前は利用していたが、令和元年●月は利用していない |   |
| 8. グループホーム・高齢者アパート                |   |
| 9. その他〔具体的に〕                      |   |

4. 同封の返信用封筒(切手不要)に、ご記入いただいた調査票を入れて、

**令和元年12月27日(金)**までにご返送ください。

5. お問い合わせ先

川口市 介護保険課 電話 048-258-1110 (内線2151)  
長寿支援課 電話 048-258-1110 (内線2617)

.....

Q 1. あなた(あて名ご本人)のお住まいの地区をお選びください(1つに○)

あ	か	62. 芝樋ノ爪1～2丁目	92. 大字東内野
1. 青木1～5丁目	30. 金山町	63. 芝富士1～2丁目	93. 大字東貝塚
2. 赤井1～4丁目	31. 上青木1～6丁目	64. 芝宮根町	94. 東川口1～6丁目
3. 大字赤井	32. 上青木西1～5丁目	65. 末広1～3丁目	95. 東本郷1～2丁目
4. 大字赤芝新田	33. 川口1丁目	た	96. 大字東本郷
5. 大字赤山	34. 川口2～6丁目	66. 長蔵1～3丁目	97. 東領家1～5丁目
6. 朝日1～6丁目	35. 河原町	67. 大字長蔵新田	98. 舟戸町
7. 大字新井宿	36. 大字木曾呂	68. 大字辻	99. 本町1～4丁目
8. 新井町	37. 北園町	69. 大字藤兵衛新田	100. 本蓮1～4丁目
9. 荒川町	38. 北原台1～3丁目	70. 戸塚1～6丁目	101. 本前川1～3丁目
10. 大字安行	39. 大字久左衛門新田	71. 戸塚境町	ま
11. 大字安行北谷	40. 大字行衛	72. 戸塚鋳町	102. 前上町
12. 大字安行吉蔵	41. 大字源左衛門新田	73. 戸塚東1～4丁目	103. 前川1～4丁目
13. 大字安行小山	42. 大字神戸	74. 戸塚南1～5丁目	104. 前川町4丁目
14. 大字安行慈林	43. 大字小谷場	な	105. 大字前野宿
15. 大字安行藤八	さ	75. 中青木1～5丁目	106. 大字前田
16. 安行出羽1～5丁目	44. 在家町	76. 仲町	107. 大字道合
17. 大字安行西立野	45. 幸町1～3丁目	77. 並木1～4丁目	108. 三ツ和1～3丁目
18. 大字安行原	46. 栄町1～3丁目	78. 並木元町	109. 緑町
19. 大字安行吉岡	47. 坂下町1～4丁目	79. 大字新堀	110. 南鳩ヶ谷1～8丁目
20. 大字安行領家	48. 桜町1～6丁目	80. 新堀町	111. 南町1～2丁目
21. 大字安行領在家	49. 差間1～3丁目	81. 西青木1～5丁目	112. 南前川1～2丁目
22. 大字安行領根岸	50. 大字差間	82. 大字西新井宿	113. 大字峯
23. 飯塚1～4丁目	51. 大字里	83. 西川口1～6丁目	114. 宮町
24. 飯原町	52. 芝1～5丁目	84. 大字西立野	115. 元郷1～6丁目
25. 大字伊刈	53. 大字芝	は	や
26. 大字石神	54. 芝下1～3丁目	85. 榛松1～3丁目	116. 柳崎1～5丁目
27. 江戸1～3丁目	55. 芝新町	86. 大字榛松	117. 柳根町
28. 江戸袋1～2丁目	56. 芝園町	87. 大字蓮沼	118. 弥平1～4丁目
29. 大字大竹	57. 芝高木1～2丁目	88. 八幡木1～3丁目	ら
	58. 芝塚原1～2丁目	89. 鳩ヶ谷本町1～4丁目	119. 領家1～5丁目
	59. 芝中田1～2丁目	90. 鳩ヶ谷緑町1～2丁目	
	60. 芝西1～2丁目	91. 原町	
	61. 芝東町		

Q 2. 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（複数回答可）

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人          | 3. 主な介護者以外の家族・親族 |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 4. その他           |

Q 3. 世帯類型について、ご回答ください（1つに〇）

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

Q 4. 本人の性別について、ご回答ください（1つに〇）

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

Q 5. ご本人の年齢について、ご回答ください（1つに〇）

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

Q 6. ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つに〇）

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 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. わからない |
| 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |          |

Q 7. 「身体障害者手帳」に記載された障害の程度をお答えください。（1つに〇）

- |       |       |       |                                  |
|-------|-------|-------|----------------------------------|
| 1. 1級 | 3. 3級 | 5. 5級 | 7. 手帳は持っていない ⇒ Q 8 へ<br>お進みください。 |
| 2. 2級 | 4. 4級 | 6. 6級 |                                  |

Q 7で「1」～「6」にお答えの方にお伺いします。

Q 7-1 身体障害者手帳に記載されている障害は次のどれですか。（あてはまるものすべてに〇）

- |   |
|---|
| 1. 視覚障害                                     |
| 2. 聴覚障害                                     |
| 3. 平衡機能障害                                   |
| 4. 音声機能・言語機能又は、そしゃく機能の障害                    |
| 5. 肢体不自由（上肢、下肢、体幹、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害） |
| 6. 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は、直腸、小腸、肝臓の機能の障害         |
| 7. その他〔 <input type="checkbox"/> 〕          |

Q 8. あなた（あて名ご本人）は、現在の自分の要介護度の判定結果についてどのようにお考えですか。（1つに〇）

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. 低いと思う   | 3. 適正だと思う  | 5. 高いと思う |
| 2. やや低いと思う | 4. やや高いと思う | 6. わからない |

Q9. あなた(あて名ご本人)のお住まいは、次のどれにあてはまりますか。(1つに○)

1. 持ち家の戸建て住宅 (借地に持ち家の場合も含む)	3. 公営住宅 (UR、県営、市営、公社等)	5. その他 〔 _____ 〕
2. 持ち家の集合住宅 (分譲マンション等)	4. 民間賃貸住宅 (アパート、マンション等)	

Q10. 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○)

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

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

Q10で「3」にお答えの方にお伺いします。

Q10-1 すでに入所・入居を申し込まれている施設は、どちらですか。また何か所の施設に申し込んでいますか。(あてはまるものすべてに○、施設数は数字を記入してください)

1. 特別養護老人ホームに申し込みをしている	⇒	Q11へお進みください。
2. 老人保健施設に申し込みをしている	→	〔 _____ 箇所〕
3. 療養型医療施設に申し込みをしている	→	〔 _____ 箇所〕

Q11. 最初に特別養護老人ホームに申し込みをしたのはいつですか。(1つに○)

1. 半年以内	2. 半年～1年前	3. 1年～2年前	4. 2年以上前
---------	-----------	-----------	----------

Q11-1 申し込み時点のご本人の要介護度は、どのような状態でしたか。(1つに○)

1. 要介護3	2. 要介護4	3. 要介護5	4. その他
---------	---------	---------	--------

Q11-2 どちらの場所にある特別養護老人ホームへの入所を希望しますか。(1つに○)

1. 現在の住まいの近くにある施設だけを希望する	3. 埼玉県内の施設であればかまわない
2. 川口市内の施設であればかまわない	4. 埼玉県外の施設も含めて希望する

Q 1 1 - 3 特別養護老人ホームに入所の申し込みをした理由は何ですか。(3つまでに○)

1. 専門的な介護が受けられて、安心して生活ができるため
2. すぐには入所できないので、早めに申し込みをしておく必要があると思うため
3. 今の在宅での生活を続けたいが、先々の心配があるため
4. 在宅では施設より金銭的な負担が大きいいため
5. ご本人が入所を希望しているため
6. 在宅では経済的に生活が続けられないと思うため
7. 他の施設より安いため
8. 同居者の中に他にも要介護者または障害者・病気にかかっている人・乳幼児等があり、介護に負担がかかるため
9. 他の施設に入院・入所中だが、退院・退所の期限があるため
10. 要介護度が重い、認知症、食事・排泄ができないなど、介護の必要性が高くなったため
11. 介護者がいないため
12. 介護者が高齢や病気がちで健康状態が良くないため
13. 介護者の精神的ストレスが大きいため
14. 在宅での生活を続けるには、住まいの環境がよくないため
15. その他〔 〕

Q12. あなた(あて名ご本人)の施設への入所に対する考えは、以下のどれに最も近いですか。(1つに○)

1. 在宅介護サービスを受けながら、できるだけ長く在宅で暮らし続けたい
2. 先々が心配なので、心身がある程度自由になるうちから施設に入所したい
3. 現時点で在宅生活を続けることに不安があるため、できるだけ早く入所したい

Q 1 3. 特別養護老人ホームに入所したい時期はいつ頃ですか。(1つに○)

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| 1. 今すぐに入所したい        | 4. 当面は入所しなくてもよいが必要なときに入所したい |
| 2. 3か月～半年くらい先に入所したい |                             |
| 3. 半年～1年先くらいに入所したい  | 5. その他〔 〕                   |

Q 1 3 - 1 なぜその時期の入所を希望しますか。理由を具体的にお聞かせください。(あてはまるものすべてに○)

1. 現在入院・入所している施設等に退院・退所退院・入所を求められているから  
(退院・退所の時期に合わせて入所したいから)
2. 介護者がいなくて、生活に不安があるから
3. 介護者が病気になった(要介護になった、入院した)から(病気になったら)
4. 介護者・家族への負担が重くなり、限界を超えているから(限界を超えたら)
5. 現在利用している施設もしくは在宅サービスの費用が高くて経済的に続かないから
6. 現在の病院・施設にもう少しいたいから(治療等が終わるまで、状態が安定するまで等)
7. 先々が心配なため、身の回りのことができるうちに入所したいから
8. その他〔 〕

日常生活や身の回りのことについて

Q14. あなた(あて名ご本人)は、散歩や買い物、通院、仕事などで外出する割合はどのくらいですか。(1つに○)

- |              |             |               |
|--------------|-------------|---------------|
| 1. ほとんど毎日    | 3. 週に1回程度   | 5. 2、3か月に1回程度 |
| 2. 2、3日に1回程度 | 4. 月に1~2回程度 | 6. ほとんど出かけない  |

Q15. あなた(あて名ご本人)は、平日の日中はご自宅にいますか。(1つに○)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. ひとりでいることが多い       | 3. 普段の平日は家にいないことが多い |
| 2. 家族または友人などといることが多い |                     |

Q16. あなた(あて名ご本人)は、ご家族以外の方と会話をする割合はどのくらいですか。(1つに○)

- |              |             |               |
|--------------|-------------|---------------|
| 1. ほとんど毎日    | 3. 週に1回程度   | 5. 2、3か月に1回程度 |
| 2. 2、3日に1回程度 | 4. 月に1~2回程度 | 6. ほとんど話をしない  |

Q17. あなた(あて名ご本人)は現在、何か悩み事がありますか(複数回答可)

- |              |                |             |
|--------------|----------------|-------------|
| 1. 自分の健康について | 4. 年金や相続について   |             |
| 2. 家族について    | 5. 自分死後の対応について |             |
| 3. 人間関係について  | 6. その他〔 〕      | 7. 特に悩み事はない |

「1」～「6」と回答された方にお伺いします。

Q17-1 悩み事について、誰かに相談していますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 1. 家族              | 5. 医師・看護師・保健師・薬剤師・カウンセラー |
| 2. 友人              | 6. 弁護士・公認会計士などの専門家       |
| 3. 民生委員・町会の人       | 7. 地域包括支援センター            |
| 4. ケアマネジャー・ホームヘルパー | 8. その他〔 〕                |
|                    | 9. 誰にも相談していない            |



## 介 護 保 険 制 度 全 般 に つ い て

Q 18. あなたの（あて名ご本人）介護保険料（年間）はおおよそいくらですか。（1つに○）

番号に○	年額保険料	番号に○	年額保険料
1. 第1段階	22,270 円	10. 第10段階	100,410 円
2. 第2段階	36,080 円	11. 第11段階	106,690 円
3. 第3段階	45,500 円	12. 第12段階	112,960 円
4. 第4段階	53,340 円	13. 第13段階	119,240 円
5. 第5段階	62,760 円	14. 第14段階	125,520 円
6. 第6段階	69,030 円	15. 第15段階	131,790 円
7. 第7段階	78,450 円	16. 第16段階	138,070 円
8. 第8段階	87,860 円	17. 第17段階	144,340 円
9. 第9段階	94,140 円	18. わからない	

Q 19. 介護保険料については妥当だと思いますか。（1つに○）

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. どちらかという安い金額だと思う | 3. どちらかという高い金額だと思う |
| 2. おおむね妥当だと思う      | 4. わからない           |

Q 20. 介護保険料の額は、3年に1度見直すことになっています。川口市において、介護保険サービスを利用する人の割合が増えたり、1人当たりのサービス額が増えたりすると、65歳以上の人の保険料額が高くなる仕組みになっていますが、あなたはこうした仕組みについて知っていますか。（1つに○）

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. よく理解している   | 4. あまり理解していない  |
| 2. だいたい理解している | 5. ほとんど理解していない |
| 3. どちらともいえない  |                |

Q 21. 今後の介護保険料と介護サービスの整備のあり方について、あなた（あて名ご本人）の考えに最も近いものは以下のどれですか。（1つに○）

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 介護サービスの量が多少減っても保険料を引き下げるべき     |
| 2. 現状の保険料水準を維持し、サービス量も現状のままでよい    |
| 3. 保険料が多少高くなっても、サービスの量や内容を充実させるべき |
| 4. わからない                          |

あなた（あて名ご本人）の身体と健康について

【すべての方にお伺いします。】

Q22. 現在のあなた（あて名ご本人）の、健康状態をどのように感じていますか。（1つに○）

1. 健康                      2. まあ健康                      3. あまり健康でない      4. 健康ではない

Q23. 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（あてはまるものすべてに○）

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 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（視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 6. 筋骨格系疾患（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                  |

Q24. 現在、通院又は往診等で診療を受けていますか。（2つまでに○）

1. 通院している                      2. 往診を受けている                      3. いずれも行っていない

Q24で「1. 通院している」または「2. 往診を受けている」と回答された方のみ

→ Q24-1 医療機関（病院・医院・診療所等）にはどのくらいの頻度で、通院又は往診を受けていますか。（1つに○）

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

Q24で「1. 通院している」と回答された方のみ

Q24-2 通院で受けている診療科目は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- |         |            |                          |
|---------|------------|--------------------------|
| 1. 内科   | 5. 歯科      | 9. 神経内科                  |
| 2. 外科   | 6. 眼科      | 10. その他                  |
| 3. 循環器科 | 7. 皮膚科     | [                      ] |
| 4. 整形外科 | 8. 耳鼻いんこう科 |                          |



Q 29. あなた（あて名ご本人）は、その日の活動（食事をする、衣服を選ぶ等）を自分で判断できますか。（1つに○）

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

Q 30. あなた（あて名ご本人）は、5分前のことが思い出せますか。（1つに○）

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

Q 31. あなた（あて名ご本人）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 |

Q 32. あなた（あて名ご本人）は、食事を自分で食べられますか。（○は1つ）

- |          |                           |           |
|----------|---------------------------|-----------|
| 1. 食べられる | 2. おかずを切ってもらう等介助があれば食べられる | 3. 食べられない |
|----------|---------------------------|-----------|

Q 33. あなた（あて名ご本人）は、外出することについてどのようにお考えですか。  
（あてはまるものすべてに○）

- |  |
|--|
| 1. 特に負担には感じない                                |
| 2. 外出は、なんとなくおっくうである・好きではない                   |
| 3. 行く場所や用事もないので外出したいとは思わない                   |
| 4. 外出するより、家にいて過ごす方が好き                        |
| 5. 交通が不便なので、外出するのが負担に感じる                     |
| 6. 自宅の周りに坂や段差が多いので、外出するのが負担に感じる              |
| 7. 身体が不自由、あるいは健康面で不安なので、外出しようと思わない・したくてもできない |
| 8. その他 [ ]                                   |

## 介護サービスの利用状況について

Q34. 令和元年●月の1か月の間に、介護保険サービスを利用しましたか（1つに○）

1. 利用した ⇒Q35へ

2. 利用していない ⇒Q36へ

Q35. Q34で「1. 利用した」と回答された方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和元年●月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない（0回）」を選択してください（それぞれ1つに○）

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
（※回答例） ●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護（デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション（デイケア）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（1つに○）	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
K. 住宅改修、福祉用具貸与（レンタル）・購入	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数（1つに○）				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
L. ショートステイ	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数（1つに○）				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
M. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

Q36. Q34で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（あてはまるものすべてに○）

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. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
8. その他

Q35で「A. 訪問介護（ホームヘルプ）」を利用されている方にお伺いします。

Q37. 利用種類をお答えください。（1つに○）

1. 生活援助（清掃、調理、洗濯等）のみ
2. 身体介護（入浴、食事、排泄介助等）のみ
3. 生活援助と身体介護

Q38. 訪問介護（ホームヘルプ）を利用した感想はいかがですか。（1つに○）

1. 満足
2. 普通
3. 不満

Q38-1 具体的に改善してほしいことはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 希望の曜日・時間に利用できるようにしてほしい
2. トイレや入浴の介助など、安全面の配慮や介護の質を良くしてほしい
3. 食事の味付けやメニューなどを充実してほしい
4. 掃除や洗濯などを丁寧にしてほしい
5. 生活援助等の利用の幅を拡げてほしい
6. 時間に遅れたり、予定より早く切り上げるので、時間を守ってほしい
7. ヘルパーの言葉遣いを丁寧にしてほしい
8. 話を聞いてくれたり、相談にのってほしい
9. その他〔
10. 特に改善してほしい点はない

**Q35で「E. 通所介護（デイサービス）」を利用されている方にお伺いします。**

Q39. 通所介護（デイサービス）を利用した感想はいかがですか。（1つに○）

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 満足 | 2. 普通 | 3. 不満 |
|-------|-------|-------|

Q39-1 具体的に改善してほしいことはありますか。（あてはまるものすべてに○）

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 希望の曜日・時間に利用できるようにしてほしい          |
| 2. トイレや入浴の介助など、安全面の配慮や介護の質を良くしてほしい |
| 3. 食事の味付けやメニューなどを充実してほしい           |
| 4. レクリエーションの内容を充実してほしい             |
| 5. 機能訓練の内容や身体を動かすことを充実してほしい        |
| 6. スタッフの言葉遣いを丁寧にしてほしい              |
| 7. 話を聞いてくれたり、相談にのってほしい             |
| 8. その他〔 〕                          |
| 9. 特に改善してほしい点はない                   |

**【すべての方にお伺いします。】**

Q40. 現在利用している介護サービス事業者をどのようにして選びましたか。（あてはまるものすべてに○）

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 1. パンフレットなどの情報で        | 4. サービスの利用を勧められた事業者 |
| 2. サービスを利用している友人の話を聞いて | 5. その他〔 〕           |
| 3. ケアマネジャーと相談して        | 6. わからない            |

Q41. 介護サービスを利用するにあたって、内容や費用等の説明を受けましたか。（1つに○）

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. 十分に説明を受けた    | 4. 説明を受けていない |
| 2. ある程度の説明を受けた  | 5. わからない     |
| 3. あまり説明を受けていない |              |

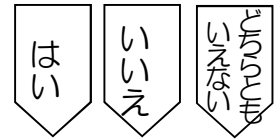
Q42. 介護支援専門員（ケアマネジャー）は、どのようにケアプランを作成していますか。（1つに○）

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. 毎月1回以上、ケアマネジャーの訪問を受け、相談して作成している | 3. サービスは毎月変わらないので、ほとんど相談することはない |
| 2. 数か月に1度訪問を受けるが、電話で話をして作成している     | 4. その他〔 〕                       |
|                                    | 5. よくわからない                      |

Q43. サービス事業者やケアマネジャーに対して、自分の希望や改善してほしいことを、言いやすいですか。（1つに○）

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 誰にでも何でも言いやすい         | 4. その他              |
| 2. 責任者やスタッフのいずれかの人には言える | 〔 〕                 |
| 3. いつも忙しそうなので、言いにくい     | 5. 特に希望や改善してほしい点はない |

Q44. 介護保険サービスを利用したことにより、あなた(あて名ご本人)自身の体や気持ちの変化について感じることをお答えください。それぞれについて、お答えください。(それぞれ1つに○)



- 身体の機能が向上した ----- 1 --- 2 -- 3
- 調理・掃除など、自分でできることが増えた ----- 1 --- 2 -- 3
- 出かけるなど、生活の楽しみが増えた ----- 1 --- 2 -- 3
- 家族や他人と話をすることが多くなった ----- 1 --- 2 -- 3
- 家族や身内の介護負担が減り、ゆとりができた ----- 1 --- 2 -- 3

Q45. 介護保険サービスの月額利用料金(食事代等実費負担分を除く1~3割負担分)は、おおよそいくらですか。直近の請求書等を参考に、具体的に数値で記入してください。

約 \_\_\_\_\_

Q46. あなた(あて名ご本人)は、月額利用料金は妥当だと思いますか。(1つに○)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. どちらかという安い金額だと思う | 3. どちらかという高い金額だと思う |
| 2. おおむね妥当だと思う      | 4. わからない           |

Q47. あなた(あて名ご本人)は、今後1年間、現在と比べて、全体として介護サービスの利用回数や利用時間をどのようにしたいと考えていますか。(1つに○)

- |          |          |         |          |
|----------|----------|---------|----------|
| 1. 増やしたい | 2. 減らしたい | 3. 変えない | 4. わからない |
|----------|----------|---------|----------|

Q48. 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(あてはまるものすべてに○)

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

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。



Q49. 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（あてはまるものすべてに○）

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

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含まれます。

### 介護保険以外の高齢者福祉サービスについて

Q50. 高齢者福祉に関する情報は、主にどこから得ていますか。（3つまでに○）

1. 市の窓口・電話	6. 介護事業者・施設等	11. テレビ・ラジオ・新聞
2. 地域包括支援センター	7. 家族	12. インターネット
3. 広報かわぐち	8. 民生委員	13. その他
4. 社会福祉協議会	9. 町会の人	[ ]
5. 介護支援専門員(ｸﾞｱﾝﾄ)	10. 友人・知人	14. どこからも得ていない

Q51. 川口市で実施している高齢者福祉サービスのうち、今後3年間くらいの間にご利用したいサービスはありますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 軽度生活支援(草取り等)	7. ねたきり高齢者等紙おむつ支給
2. 日常生活用具の給付(シルバーカー、杖等)	8. 認知症高齢者相談
3. 福祉電話の貸与(固定電話)	9. 住宅改善整備費補助
4. 緊急通報システム	10. 世帯住替家賃助成(家賃助成)
5. 寝具乾燥消毒	11. 入居保証支援(保証会社の紹介)
6. 配食サービス	12. 利用したいものはない

Q52. どんなサービスがあったら、利用したいですか。ご自由にお書きください。

--

Q53. 今後川口市が取り組むべきこととして、次のうちどれを優先すべきだと思いますか。(3つまでに○)

1. 自宅での介護を支援するサービスの充実
2. 健康診査などの保健医療サービスの充実
3. 常時介護が必要な方のための施設の整備
4. 病院から家庭へ復帰するためのリハビリを行う施設の整備
5. 認知症の方に対する支援
6. 元気な方のための健康増進や教養の向上のための事業
7. 介護予防や認知症予防などの介護を予防するための事業
8. 高齢者のための住宅整備、住宅改造の資金援助等、住宅に関する事業
9. 介護に関する相談等、相談体制の充実
10. 高齢者の就労や社会活動参加の支援
11. 介護する家族に対する支援
12. 段差解消や歩道整備など安全なまちづくり
13. 高齢者の外出に対する支援
14. 高齢者の買い物に対する支援
15. 終活に関する支援
16. その他〔具体的に

Q54. 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                      | 4. 週に3~4日ある |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | 5. ほぼ毎日ある   |
| 3. 週に1~2日ある                |             |

**Q54で「2.」～「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。**

※ 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)がご回答・ご記入いただきますようお願いいたします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

**B 票****主な介護者の方について、お伺いします**

Q 5 5. ご家族やご親族の中で、A 票の調査対象者ご本人の介護を主な理由として、過去 1 年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（あてはまるものすべてに○）

- |                               |
|-------------------------------|
| 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。

Q 5 6. 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   |

Q 5 7. 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 |
|-------|-------|

Q 5 8. 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 | 7. 70 代   |
| 2. 20 代   | 5. 50 代 | 8. 80 歳以上 |
| 3. 30 代   | 6. 60 代 | 9. わからない  |

Q58-1 主な介護者（おひとり）の方はあなた（あて名ご本人）と同居していますか。（1つに○）

- |                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. 同居している                | 2. 別居しているが、15 分以内で行き来できる範囲である |
| 3. 別居しており、行き来に 15 分以上かかる |                               |

Q 5 8 - 2 主な介護者（おひとり）の方は、あなた（あて名ご本人）の介護を始めて、どのくらいたちますか。（1つに○）

- |            |           |            |          |
|------------|-----------|------------|----------|
| 1. 半年未満    | 3. 1～3年未満 | 5. 5～7年未満  | 7. 10年以上 |
| 2. 半年～1年未満 | 4. 3～5年未満 | 6. 7～10年未満 |          |

Q 5 8 - 3 一日あたりの介護時間は、どのくらいですか。※ 在宅で訪問介護などの介護サービスを受けている時間を除いてお答えください。（1つに○）

- |                 |           |
|-----------------|-----------|
| 1. 必要なときに手を貸す程度 | 3. 半日程度   |
| 2. 2～3時間程度      | 4. ほとんど終日 |

Q59. 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（あてはまるものすべてに○）

〔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）         | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |                      |

〔その他〕

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

Q60. 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（3つまで選択可）

〔身体介護〕

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄          | 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）         | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |                      |

〔その他〕

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

Q61. 在宅での介護について、困ったり、負担に感じていることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

(意思疎通について)	(サービス利用について)
1. 本人に正確な症状を伝えるのが難しい	14. 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
2. 現在の状況を理解してもらうのが難しい	15. 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)
3. 来客にも気を遣う	16. サービス事業者との関係がうまくいかない
4. 本人の言動が理解できないことがある	17. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない
5. 本人に受診を勧めても同意してもらえない	(介護者ご自身のことについて)
(介護の仕方について)	18. 自分の用事・都合をすませることができない
6. 適切な介護方法がわからない	19. 身体的につらい(腰痛や肩こりなど)
7. 症状への対応がわからない	20. 精神的なストレスがたまっている
8. 介護を協力してもらえない	21. 睡眠時間が不規則になり、健康状態がおもわしくない
9. 誰に、何を、どのように相談すればよいか、わからない	22. 自分の自由になる時間が持てない
10. 日中、家を空けるのを不安に感じる	23. 先々のことを考える余裕がない
11. 介護を家族等他の人に任せてよいか、悩むことがある	24. 経済的につらいと感じたときがある
12. 介護の方針などについて、家族・親戚との意見が合わない	25. その他
13. 介護することに対して、周囲の理解が得られない	[ ]
	26. 特に困っていることはない

Q62. 介護をしているときイライラして、ご本人(あて名のご本人)に当たってしまうことがありますか。(1つに○)

1. よくある	3. あまりない	5. わからない
2. ときどきある	4. まったくない	

Q62で「1. よくある」または「2. ときどきある」と回答された方にお伺いします

Q62-1 ご本人にどのように当たってしまいますか。(あてはまるものすべてに○)

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

Q 6 2-2 ご本人に当たってしまった後、後悔したり悩んだりしますか。(1つに○)

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

**【すべての方にお伺いします。】**

Q 6 3. 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  | 3. 働いていない             |
| 2. パートタイムで働いている | 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |

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

Q 6 4. Q 6 3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」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等を行っていますか(あてはまるものすべてに○)

- |  |
|--|
| 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                                |

Q 6 5. Q 6 3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」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか(3つまで選択可)

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない   |
| 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実        |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり          |
| 4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など) |
| 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     |

Q66. Q63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」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか（1つに○）

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

【自由意見欄】

Q67. 最後に、高齢者保健・福祉・介護について、ご意見・要望がありましたら、ご自由にお書きください。なお、記入いただく際、内容の表題を合わせてご記入いただければ幸いです。

【 \_\_\_\_\_ 】について

●上記の内容はどなたの意見ですか。（1つに○）

1. ご本人（封筒のあて名のご本人） 2. 介護者 3. その他 [ \_\_\_\_\_ ]

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。





あて名のご本人（あなた）及びご家族等について

問1. あなた（あて名ご本人）のお住まいの地区をお選びください（1つに○）

あ	か	62. 芝樋ノ爪1～2丁目	92. 大字東大野
1. 青木1～5丁目	30. 金山町	63. 芝富士1～2丁目	93. 大字東貝塚
2. 赤井1～4丁目	31. 上青木1～6丁目	64. 芝宮根町	94. 東川口1～6丁目
3. 大字赤井	32. 上青木西1～5丁目	65. 末広1～3丁目	95. 東本郷1～2丁目
4. 大字赤芝新田	33. 川口1丁目	た	96. 大字東本郷
5. 大字赤山	34. 川口2～6丁目	66. 長蔵1～3丁目	97. 東嶺塚1～5丁目
6. 朝日1～6丁目	35. 河原町	67. 大字長蔵新田	98. 舟戸町
7. 大字新井宿	36. 大字木曾呂	68. 大字辻	99. 本町1～4丁目
8. 新井町	37. 北園町	69. 大字藤兵衛新田	100. 本蓮1～4丁目
9. 荒川町	38. 北原台1～3丁目	70. 戸塚1～6丁目	101. 本前川1～3丁目
10. 大字安行	39. 大字久左衛門新田	71. 戸塚東町	ま
11. 大字安行北谷	40. 大字行衛	72. 戸塚東町	102. 前上町
12. 大字安行吉蔵	41. 大字源左衛門新田	73. 戸塚東1～4丁目	103. 前川1～4丁目
13. 大字安行小山	42. 大字神戸	74. 戸塚南1～5丁目	104. 前川町4丁目
14. 大字安行慈林	43. 大字小谷湯	な	105. 大字前郷宿
15. 大字安行藤八	さ	75. 中青木1～5丁目	106. 大字前田
16. 安行出羽1～5丁目	44. 在家町	76. 仲町	107. 大字道合
17. 大字安行西立野	45. 幸町1～3丁目	77. 並木1～4丁目	108. 三ツ和1～3丁目
18. 大字安行原	46. 栄町1～3丁目	78. 並木元町	109. 緑町
19. 大字安行吉岡	47. 坂下町1～4丁目	79. 大字新堀	110. 南鳩ヶ谷1～8丁目
20. 大字安行嶺塚	48. 桜町1～6丁目	80. 新堀町	111. 南町1～2丁目
21. 大字安行嶺在家	49. 差間1～3丁目	81. 西青木1～5丁目	112. 南前川1～2丁目
22. 大字安行嶺根岸	50. 大字差間	82. 大字西新井宿	113. 大字峯
23. 飯塚1～4丁目	51. 大字里	83. 西川口1～6丁目	114. 宮町
24. 飯塚町	52. 芝1～5丁目	84. 大字西立野	115. 元郷1～6丁目
25. 大字伊刈	53. 大字芝	は	や
26. 大字石神	54. 芝下1～3丁目	85. 榛松1～3丁目	116. 柳崎1～5丁目
27. 江戸1～3丁目	55. 芝新町	86. 大字榛松	117. 柳根町
28. 江戸袋1～2丁目	56. 芝園町	87. 大字蓮沼	118. 弥平1～4丁目
29. 大字大竹	57. 芝高木1～2丁目	88. 八幡木1～3丁目	ら
	58. 芝塚原1～2丁目	89. 鳩ヶ谷本町1～4丁目	119. 嶺家1～5丁目
	59. 芝中田1～2丁目	90. 鳩ヶ谷緑町1～2丁目	
	60. 芝西1～2丁目	91. 原町	
	61. 芝東町		

問2. あなた（あて名ご本人）の性別を教えてください（1つに○）

※戸籍上の性別について質問しています

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3. 令和元年12月1日現在のあなた（あて名ご本人）の年齢はを教えてください（1つに○）

1. 55～59歳	2. 60～64歳
-----------	-----------

問4. 令和元年12月1日現在のあなた（あて名ご本人）の世帯状況を教えてください（1つに○）

1. ひとり暮らし	4. 未婚の子どもと同居
2. 夫婦ふたり暮らし	5. 高齢者のみ（高齢の親や兄弟と同居）
3. 子どもの家族と同居	6. その他〔具体的に 〕

問5. あなた（あて名ご本人）のお住まいは、次のどれにあてはまりますか（1つに○）

1. 持ち家の戸建て住宅 （借地に持ち家の場合も含む）	4. 民間賃貸住宅 （アパート、マンション等）
2. 持ち家の集合住宅 （分譲マンション等）	5. 高齢者向け施設・住宅 （ケアハウス・有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅）
3. 公営住宅 （UR、県営、市営、公社等）	6. その他 〔 〕

## 日常生活や社会活動について

問6. あなた（あて名ご本人）の仕事は次のどれですか（主なもの1つに○）

1. 常勤の勤め人	4. 家業手伝い
2. 非常勤の勤め人	5. その他〔 〕
3. 自営業	6. 無職・家事専業

問6-1 あなた（あて名ご本人）は、何歳まで働き続けたいと思いますか  
（1つに○、下線に数字）

1. _____歳位まで働きたい	⇒ 次ページの間6-2へ
2. 働く予定はない・働こうとは思わない	⇒ 次ページの間7へ

**問6-1で「1」に回答された方にお伺いします**

問6-2 あなた（あて名ご本人）は、働き続ける場合、どのような働き方が望ましいと思いますか

（1つに○）

- |                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. 定年前と同等の時間・内容で働く            | 4. 趣味や好きなことを活かした仕事をする |
| 2. 定年前と同じ職場だが、仕事の内容や時間を軽減して働く | 5. その他                |
| 3. パートやアルバイトで働く               | 〔 〕                   |

**【すべての方にお伺いします】**

問7. あなた（あて名ご本人）は、散歩や買物、通院、仕事などで外出する割合はどのくらいですか

（1つに○）

- |              |             |               |
|--------------|-------------|---------------|
| 1. ほとんど毎日    | 3. 週に1回程度   | 5. 2、3か月に1回程度 |
| 2. 2、3日に1回程度 | 4. 月に1～2回程度 | 6. ほとんど出かけない  |

問8. あなた（あて名ご本人）は、平日の日中はご自宅にいますか（1つに○）

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. ひとりであることが多い       | 3. 普段の平日は家にいないことが多い |
| 2. 家族または友人などといることが多い |                     |

問9. ご家族以外の方との会話をする割合はどのくらいですか（1つに○）

- |              |             |               |
|--------------|-------------|---------------|
| 1. ほとんど毎日    | 3. 週に1回程度   | 5. 2、3か月に1回程度 |
| 2. 2、3日に1回程度 | 4. 月に1～2回程度 | 6. ほとんど話をしない  |

問10. あなた（あて名ご本人）は現在、次のような活動をしていますか

（あてはまるものすべてに○）

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 運動、スポーツ、健康体操      | 6. 旅行             |
| 2. 大学公開講座や市民講座等での学習  | 7. 町会や自治会、地域づくり活動 |
| 3. 趣味や娯楽活動           | 8. 友人・知人との交流      |
| 4. パソコン（メールやインターネット） | 9. その他〔 〕         |
| 5. ボランティア活動          | 10. 特に活動していない     |

問11. 普段あなた（あて名ご本人）はどのような運動をしていますか（3つまでに○）

- |                |              |                |
|----------------|--------------|----------------|
| 1. ゴルフ         | 6. 体操        | 11. グラウンドゴルフ   |
| 2. ソフトボール・野球   | 7. ハイキング     | 12. ゲートボール     |
| 3. サッカー        | 8. ジョギング     | 13. その他        |
| 4. 卓球          | 9. ウォーキング・散歩 | 〔 〕            |
| 5. 水泳(水中歩行を含む) | 10. サイクリング   | 14. 特に運動はしていない |

問12. あなた（あて名ご本人）は今後もずっと現在のお住まいで生活したいですか（1つに○）

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 可能な限り今の住まいで生活したい    | 4. もっと間取りの広い住まいに転居したい |
| 2. 今の住まいを改修して住み続けたい    | 5. その他〔具体的に〕          |
| 3. もっと間取りの少ない住まいに転居したい | 6. わからない              |

問13. 孤独死（誰にも看取られることなく、亡くなった後に発見される死）について、身近な問題だと感じますか（1つに○）

- |            |             |          |
|------------|-------------|----------|
| 1. 非常に感じる  | 3. あまり感じない  | 5. わからない |
| 2. まあまあ感じる | 4. まったく感じない |          |

↓  
「1」または「2」と回答された方にお伺いします

問13-1 主な理由は何ですか（1つに○）

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. 一人暮らしだから          | 4. あまり外出しないから |
| 2. ご近所との付き合いが少ないから   | 5. 経済的に苦しいから  |
| 3. 家族・親戚との付き合いが少ないから | 6. その他〔〕      |

【すべての方にお伺いします

問14. 今後、以下のような地域での活動に参加したい、又は、続けたいですか

（あてはまるものすべてに○）

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 町会、自治会等活動               | 7. 地域の祭りや文化・芸能の振興や継承等 |
| 2. 高齢者や障害者の支援、子どもの育成に関する活動 | 8. 各種学習・研究活動          |
| 3. 環境美化や自然保護など環境に関する活動     | 9. その他                |
| 4. 防犯・防災等活動                | 〔〕                    |
| 5. 地域の産業振興や活性化に関する活動       | 10. 特に参加したい地域活動はない    |
| 6. 健康スポーツ等の活動              |                       |

## あなたの身体や健康について

問15. 現在の自分の健康状態をどのように感じていますか（1つに○）

- |       |         |             |           |
|-------|---------|-------------|-----------|
| 1. 健康 | 2. まあ健康 | 3. あまり健康でない | 4. 健康ではない |
|-------|---------|-------------|-----------|

↓  
次ページの間16へお進みください

↓  
次ページの間15-1へお進みください

**問 15 で「3」または「4」と回答された方にお伺いします**

問 15-1 医療機関で治療中又は服薬中の病気やけがはありますか（1つに〇）

1 ある	2 ない
------	------



**「1」と回答された方にお伺いします**

問 15-2 どのような病気・けがですか（あてはまるものすべてに〇）

1. 高血圧症	9. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞など)	15. 耳や鼻の病気 (美肌など)
2. 脂質異常症 (高コレステロール血症・中性 脂肪など)	10. 狭心症・心筋梗塞	16. 歯の病気(歯周病)
3. 糖尿病	11. 目の病気(白内障など)	17. 骨折・外傷
4. 動脈硬化症	12. 胃腸の病気 (胃炎・肝炎など)	18. 認知症
5. 腰痛症	13. 泌尿器の病気 (腎臓病・前立腺肥大など)	19. その他 [具体的に ]
6. 関節症・リウマチ	14. 呼吸器の病気 (ぜん息など)	
7. 肩こり症		
8. 骨粗しょう症		

**【すべての方にお伺いします】**

問 16. あなた（あて名ご本人）の健康に関する行動についてお尋ねします（それぞれ1つに〇）

たばこは	1. 吸わない	2. 時々、吸っている	3. 吸っている
お酒は	1. 飲まない	2. 時々、飲んでいる	3. 飲んでいる
規則的な食事は	1. している	2. だいたい、している	3. していない
定期的な運動は	1. している	2. だいたい、している	3. していない
歯の健康維持は	1. している	2. だいたい、している	3. していない
普段から健康に	1. 気をつけている	2. まあ、気をつけている	3. 気をつけていない
定期的な健康診断を	1. 受けている	2. 時々受けている	3. 受けていない
かかりつけ医は	1. いる	2. いない	

問 17. あなた（あて名ご本人）は、ここ 1 年間、健康診断や人間ドックなどを受診したことがありますか（1つに〇）

1. 職場が実施している一般健診・日帰り人間ドックを受けた 2. 職場が実施している人間ドック(宿泊)を受けた 3. 市が実施している健康診査を受けた 4. 個人で人間ドックを受けた	⇒ 次ページの問 17-1 へお進みください
5. 受けていない ⇒ 次ページの問 17-4 へお進みください	

**問 17 で「1」～「4」と回答された方にお伺いします**

問 17-1 受診の結果、異常を指摘された点がありますか(1つに○)

- |   |
|---|
| 1. 異常なし                                   |
| 2. 軽度の異常 (僅かに基準範囲を外れるが、日常生活に異常はない)        |
| 3. 要経過観察 (治療の必要はないが、日常生活に注意し、経過観察を必要とする)  |
| 4. 要精密検査 (医療機関にて精密検査を受け治療が必要かどうか検査を必要とする) |
| 5. 要治療 (医療機関を受診し治療を必要とする)                 |
| 6. その他 [ ]                                |

**問 17-1 で「2」～「6」と回答された方にお伺いします**

問 17-2 異常を指摘されたことについて、治療や日常生活に注意をしていますか(1つに○)

- |                        |              |
|------------------------|--------------|
| 1. 治療や服薬をしている          | 3. 特に何もしていない |
| 2. 食事や運動など、日常生活に注意している | 4. その他 [ ]   |

**問 17-2 で「3」と回答された方にお伺いします**

問 17-3 「特に何もしていない」のはなぜですか (あてはまるものにすべてに○)

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 1. 症状が軽いから   | 4. 自分にとって適切な対処方法がないから |
| 2. 時間がとれないから | 5. その他                |
| 3. 費用がかかるから  | [具体的に ]               |

**問 17 で「5」と回答された方にお伺いします。**

問 17-4 受診していない主な理由はどんなことですか(1つに○)

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1. 機会がない     | 5. 時間がとれない       |
| 2. 受け方がわからない | 6. 場所が不便で行くのに疲れる |
| 3. 必要がない     | 7. その他           |
| 4. 費用がかかるため  | [具体的に ]          |

**【すべての方にお伺いします】**

問 18. あなた (あて名ご本人) は、半年前に比べて、食事量の変化がありましたか (1つに○)

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

問19. あなた（あて名ご本人）は、自分の歯は何本ありますか。入れ歯、インプラントは含みません。  
（差し歯は含みます）（1つに○）

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. まったくない | 5. 16～20本 |
| 2. 1～5本   | 6. 21～25本 |
| 3. 6～10本  | 7. 26～28本 |
| 4. 11～15本 | 8. 29本以上  |

問20. あなた（あて名ご本人）の現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください  
（あてはまるものすべてに○）

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

問21. あなた（あて名ご本人）は、噛んで食べる時の状態はいかがですか（1つに○）

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 何でも、噛んで食べることができる           |
| 2. 噛みにくいものもあるが、たいいていのものは食べられる |
| 3. あまり噛めないので、食べものが限られている      |
| 4. ほとんど噛めない                   |

問22. あなた（あて名ご本人）は、ご自身の生活習慣（食事・運動など）についてどのようにお考えですか（1つに○）

- |  |
|--|
| 1. 生活習慣に特に問題はない                          |
| 2. 生活習慣の改善が必要だとは思いますが、変えようとは思わない         |
| 3. 生活習慣の改善が必要だとは思いますが、容易には変えられない         |
| 4. 生活習慣の改善が必要だと思い、1か月以内に具体的に取り組みたいと考えている |
| 5. 生活習慣の改善が必要だと思い、すでに取り組み・行動を始めている       |
| 6. 生活習慣については関心がない                        |

問23. あなた（あて名ご本人）の平日の食事は主にどなたが作りですか  
 （朝・昼・夕それぞれ1つに○）

	自分で つくる	配偶者が つくる	子ども・子 どもの配偶 者がつくる	買って くる	外食 する	その他	食べない
朝食は	1	2	3	4	5	6〔 〕	7
昼食は	1	2	3	4	5	6〔 〕	7
夕食は	1	2	3	4	5	6〔 〕	7

問24. あなた（あて名ご本人）の普段の生活について、お伺いします。

次の各項目について、それぞれ「はい（している）」、「いいえ（していない）」のどちらかをお  
 選びください（1つに○）

	いずれかに○	
	はい (している)	いいえ (していない)
	↓	↓
バスや電車を使って1人で外出していますか・・・・・・・・・・	1	2
日用品の買い物をしていますか・・・・・・・・・・	1	2
預貯金の出し入れをしていますか・・・・・・・・・・	1	2
友人の家を訪ねていますか・・・・・・・・・・	1	2
家族や友人の相談にのっていますか・・・・・・・・・・	1	2
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか・・・・・・・・	1	2
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか・・	1	2
15分くらい続けて歩いて歩いていますか・・・・・・・・・・	1	2
この1年間に転んだことがありますか・・・・・・・・・・	1	2
転倒に対する不安は大きいですか・・・・・・・・・・	1	2
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか・・・・・・・・	1	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	2
お茶や汁物等でむせることがありますか・・・・・・・・・・	1	2
口の渴きが気になりますか・・・・・・・・・・	1	2
週に1回以上は外出していますか・・・・・・・・・・	1	2
昨年と比べて外出の回数が減っていますか・・・・・・・・・・	1	2
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか・・・・・・・・・・	1	2
(次ページに続きます)	いずれかに○	



	はい (している)	いいえ (してない)
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか・・・	1	2
今日が何月何日かわからない時がありますか・・・・・・・・・・	1	2
(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない・・・・・・・・・・	1	2
(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	2
(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	2
(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない・・・・・・・・	1	2
(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする・・・・・・・・	1	2
身長 ( ..... cm) 体重 ( ..... kg) ※小数点第1位まで記入		

問25. あなた(あて名ご本人)は、外出することについてどのようにお考えですか  
(あてはまるものすべてに○)

1. 特に負担には感じない 2. 外出は、なんとなくおっくうである・好きではない 3. 行く場所や用事もないので外出したいとは思わない 4. 外出するより、家こいで過ごす方が好き 5. 交通が不便なので、外出するのが負担に感じる 6. 自宅の周りに坂や段差が多いので、外出するのが負担に感じる 7. 身体が不自由、あるいは健康面で不安なので、外出しようと思わない・したくてもできない 8. その他 [ ]
---

問26. あなた(あて名ご本人)は、健康に関して、普段から情報を入手し生活に取り入れることに関心があるほうですか(1つに○)

1. 大変関心があり、入手に努めている 2. 目にするものの範囲で入手し、参考にしている 3. 関心はない
---

問27. あなた（あて名ご本人）の健康について、特に知りたいことは何ですか  
（あてはまるものすべてに○）

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. がんや高血圧などの病気の予防について | 6. 歯の健康について       |
| 2. 望ましい食生活について        | 7. 認知症の予防について     |
| 3. 運動の方法について          | 8. 骨粗しょう症の予防について  |
| 4. 健康診査の内容や受け方などについて  | 9. 心の健康について       |
| 5. 寝たきりの予防について        | 10. その他〔具体的に<br>〕 |

## 介護保険制度全般について

問28. あなた（あて名ご本人）に介護が必要な状態になった場合、どのような介護を望まれますか  
（1つに○）

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 家族のみによる介護        | 3. 老人ホームなどの介護施設に入所 |
| 2. 介護保険を利用しながらの在宅介護 | 4. よくわからない         |

問29. 「介護保険制度」についてどのようなことを知っていますか（あてはまるものすべてに○）

- |   |
|---|
| 1. 介護サービスを受けるには、要介護認定を受ける必要がある  |
| 2. 身体が状況が変化した場合は、更新期間前でも要介護認定を受け直すことができる                              |
| 3. 介護状態により要支援1・2、要介護1～5の7段階あり、それぞれサービス利用限度額が決まっている                    |
| 4. 要支援と要介護では、利用できるサービスの種類に違いがある                                       |
| 5. 要支援や要介護状態となる手前の段階で対応する介護予防の取り組みがある                                 |
| 6. ケアプランは、原則として要支援の人に対しては地域包括支援センター、要介護の人に対しては、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する |
| 7. ケアプランは変更することができる   |
| 8. サービス提供事業者は自由に選ぶことができる  |
| 9. 介護事業者の特徴を比較できるように、介護サービス情報の公表制度がある                                 |
| 10. サービスを利用する際には、事業者との契約が必要である  |
| 11. 地域包括支援センターでは、権利擁護等に関する相談も行っている                                    |
| 12. 利用者は、サービスを利用する際に費用の1割を負担する（一定以上所得者は2割または3割）                       |
| 13. 40歳以上の方が介護保険料を負担する  |
| 14. どれも知らない   |

問30. みなさんには、ご加入の健康保険の保険料（税）とあわせて、介護保険料を納めていただいています。あなた（あて名ご本人）が納められている介護保険料がいくらであるかご存じですか（1つに○）

1. 知っている

2. 知らない

問31. 1号被保険者（65歳以上）の介護保険料の額は、3年に1度見直すことになっています。川口市において、介護保険サービスを利用する人の割合が増えたり、1人当たりのサービス額が増えたりすると、65歳以上の人の保険料額が高くなる仕組みになっていますが、あなた（あて名ご本人）はこうした仕組みについて知っていますか（1つに○）

1. よく理解している

4. あまり理解していない

2. だいたい理解している

5. ほとんど理解していない

3. どちらともいえない

問32. 現在、川口市における1号被保険者（65歳以上）の介護保険料の基準額は、年額 62,760 円です。（収入等の状況により 22,270 円～144,340 円となっています。）この介護保険料については妥当だと思いますか（1つに○）

1. どちらかという安い金額だと思う

3. どちらかという高い金額だと思う

2. おおむね妥当だと思う

4. わからない

問33. 今後の介護保険料と介護サービスの整備のあり方について、あなた（あて名ご本人）の考えに最も近いものは以下のどれですか（1つに○）

1. 介護サービスの量が多少減っても保険料を引き下げるべき

2. 現状の保険料水準を維持し、サービス量も現状のままでよい

3. 保険料が多少高くなっても、サービスの量や内容を充実させるべき

4. わからない

問34. あなた（あて名ご本人）は、家族等の介護をした経験がありますか（1つに○）

1. 介護をした経験がある

2. 現在介護をしている

3. 介護をした経験はない

問35. あなた（あて名ご本人）は、近いうち（5年くらいの間）に家族等の介護をすることになると思いますか（1つに○）

1. 介護する可能性がかなり高い

3. 介護をすることはないと思う

2. 介護する可能性が少しある



- 14. ほかに介護を分担してくれる家族がいない
- 15. 介護がいつまで続くかわからず、将来の見通しを立てにくい
- 16. 医療や介護に係る費用の見通しがわからず、経済的な不安が解消されない
- 17. 公的介護保険制度の要介護者となった場合、どのような状態になるのか予想がつかないので、漠然とした不安がある
- 18. 家族間での介護の役割分担や在り方について、話し合う機会がない、ほとんどない
- 19. その他〔 〕

問4 1. あなた（あて名ご本人）は、勤務先で介護について相談するとき、どなたに相談しますか。  
 （相談を受けることは除いてお答えください。現在、介護をしていない方は、介護が必要となった場合を想定してお答えください）（あてはまるものすべてに○）

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 同じ職場の上司        | 6. 勤務先の労働組合        |
| 2. 同じ職場の同僚        | 7. 勤務先が提供する外部の相談窓口 |
| 3. 同じ職場の部下        | 8. その他             |
| 4. 同じ勤務先だが別の職場の友人 | 〔 〕                |
| 5. 勤務先の人事担当者      | 9. 勤務先で相談する人はいない   |

問4 2. あなた（あて名ご本人）は、介護をしながら、現在の勤務先で仕事を続けることができますか（1つに○）

- |             |              |          |
|-------------|--------------|----------|
| 1. 続けられると思う | 2. 続けられないと思う | 3. わからない |
|-------------|--------------|----------|

問4 3. あなた（あて名ご本人）は介護することになった場合、どのような働き方が望ましいと思いますか。将来介護することがないと思う方もお答えください（あてはまるものすべてに○）

- 1. 今の仕事を辞めて介護に専念する
- 2. 介護が必要な時期は勤務先の休業制度を利用して自分が介護をし、その後、勤務先に復帰する
- 3. 介護が必要な時期は勤務先の短時間勤務などの支援制度を利用しながら働き続け、仕事と介護を両立する
- 4. 介護のための支援制度を利用せずに、年次有給休暇などで対処する
- 5. 働き方は特に変えない
- 6. その他〔 〕



高齢化社会が進み、今後も認知症の方が増えると予想されています。認知症を発症しても本人に代わり財産管理をしたり、生活・療養看護にかかわる身上保護（監護）を任せる成年後見制度についてお伺いします。

問4 6. あなた（あて名ご本人）の判断能力が不十分になったら金銭管理や様々なサービスの手続きをどうされますか（1つに○）

1. 配偶者や子どもに願います	3. 成年後見制度などを利用する
2. その他の親族に願います	4. その他〔具体的に 〕

問4 6-1 成年後見制度は、成年後見人等（弁護士・司法書士・親族等）が、法律に基づいた支援を行うことをご存じですか（1つに○）

1. よく知っている	2. 少し知っている	3. 知らない
------------	------------	---------

問4 6-2 あなた（あて名ご本人）は、成年後見人を選ぶ場合、いつ選びますか（1つに○）

1. 自分の意思のあるうちに選ぶ	2. 認知症になってから選ぶ	3. わからない
------------------	----------------	----------

問4 6-3 川口市成年後見センターが、成年後見制度利用の相談や市民後見人の養成を行っていることをご存知ですか（1つに○）

1. よく知っている	2. 少し知っている	3. 知らない
------------	------------	---------

問4 7. あなた（あて名ご本人）は、地震・火災や風水害などが起こった際に、頼れる人はいますか（あてはまるものすべてに○）

1. 配偶者	4. 友人・知人	7. その他
2. 子ども	5. とおり近所の人	〔具体的に 〕
3. その他の家族・親族	6. 民生委員	8. 頼れる人はいない

問4 8. 自然災害等により、高齢者が被害に遭うケースが多くなる中、地域の高齢者等の把握が個人情報保護法との関係で課題となっています。平常時から、地域において行う災害時に備えた準備活動の為に、名簿等に登録するとしたら、あなたやご家族を登録したいと思いますか（1つに○）

1. 是非登録したい	2. 登録したくない	3. わからない
------------	------------	----------

問49. 最後に、高齢者保健・福祉・介護について、ご意見・要望がありましたら、ご自由にお書きください。なお、記入いただく際、内容の表題を合わせてご記入いただければ幸いです

【 \_\_\_\_\_ 】について

ご協力ありがとうございました。返信用封筒に入れて  
12月27日（金）までにご返送ください。



# 第8期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定のための アンケート調査にご協力をお願いします

日頃から、皆様には川口市行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

本市では、令和3年4月からの3年間を計画期間とする「川口市第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定作業の準備を進めております。

この計画は、高齢者の皆様がそれぞれの住み慣れた地域において、自分らしく安心して暮らしていただけるためのまちづくりの施策の指針となるものであります。

そこで、この計画の重要な基礎資料とするため、介護サービス事業者の皆様に対するアンケート調査を実施することといたしました。

集計にあたりましては、事業所や個人が特定・類推されないよう配慮し、ご迷惑をかけることはありませんので、率直なご意見を賜りますようお願いいたします。

ご多用のところ、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

令和元年12月

川口市長 奥ノ木 信夫

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象としては、川口市内の介護サービス事業者を抽出させていただいております。
2. このアンケートは、事業所の管理者又はそれに準ずる方がご回答ください。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。  
「その他」にあてはまる場合は、( ) 内に内容を具体的にご記入ください。
4. 事業の運営状況など、事業所単独では回答が難しい質問がありましたら、恐れ入りますが運営主体の法人と調整のうえご回答ください。
5. 調査票記入後は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れて、12月27日（金）までにご返送ください。

### お問い合わせ先

川口市 介護保険課 電話 048-258-1110（内線2151）  
長寿支援課 電話 048-258-1110（内線2617）

他事業所と併設している場合でも、封筒の宛名に記載されている事業所ごとにお答えください。

問1. 経営主体についてお答えください(1つに○)

- |                |                   |           |
|----------------|-------------------|-----------|
| 1. 社会福祉法人      | 3. 株式会社・有限会社      | 5. 組合     |
| 2. 医療法人(社団・財団) | 4. 特定非営利活動法人(NPO) | 6. その他( ) |

問2. 貴事業所における介護サービスに関わる従業員数はどのくらいですか(1つに○)

- |         |           |          |
|---------|-----------|----------|
| 1. 5人未満 | 3. 10~19人 | 5. 50人以上 |
| 2. 5~9人 | 4. 20~49人 |          |

問3. 問2の従業員数のうち、非常勤職員の割合はどのくらいですか(1つに○)

- |             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. 10%未満    | 3. 30%~50%未満 | 5. 70~90%未満 |
| 2. 10~30%未満 | 4. 50~70%未満  | 6. 90%以上    |

問4. 昨年度の事業の採算について、お答えください(1つに○)

- |          |         |          |
|----------|---------|----------|
| 1. 大幅な黒字 | 3. 損益なし | 5. 大幅な赤字 |
| 2. やや黒字  | 4. やや赤字 |          |

問5. 昨年度の事業の採算について、当初の見込みと比較すると、どのような状況ですか(1つに○)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 大幅に上回った ⇒ 問5-1へ | 4. やや下回った ⇒ 問5-2へ  |
| 2. やや上回った ⇒ 問5-1へ  | 5. 大幅に下回った ⇒ 問5-2へ |
| 3. 見込みどおり ⇒ 問6へ    |                    |

**問5で「1. 大幅に上回った」または「2. やや上回った」を選んだ方にお伺いします。**

問5-1. 上回った理由について、どうお考えですか(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 一定以上の利用者数を確保できたため                 |
| 2. 利用者1人当たりについて、一定以上のサービス量を確保できたため   |
| 3. 人件費・事務費・事業費などの経費の支出を低く抑えることができたため |
| 4. 介護報酬収入以外の事業収入が得られたため              |
| 5. 介護報酬が改定されたため                      |
| 6. その他(具体的に: )                       |

**問5で「4. やや下回った」または「5. 大幅に下回った」を選んだ方にお伺いします。**

問5-2. 下回った理由について、どうお考えですか(あてはまるものすべてに○)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 当初見込んだ利用者数を確保できなかったため           |
| 2. 当初見込んだ利用者1人当たりのサービス量を確保できなかったため |
| 3. 人件費・事務費・事業費などの経費が予想より大きかったため    |
| 4. 介護報酬収入以外の事業収入が得られなかったため         |
| 5. 介護報酬が改定されたため                    |
| 6. その他(具体的に: )                     |

**【全員の方へ】**

問6. 円滑な事業運営を進めていく上で、困難を感じることはどのようなことですか  
(あてはまるものすべてに○)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1. 従事者の確保   | 6. 従事者の資質向上  |
| 2. 利用者の確保   | 7. 利用者や家族の理解 |
| 3. 事務作業     | 8. 医療機関との連携  |
| 4. 施設・設備の整備 | 9. その他 ( )   |
| 5. 必要な情報の入手 | 10. 特にない     |

問7. 平成31年4月以降に、利用者本人やその家族から以下のような苦情を受けましたことがありますか(あてはまるものすべてに○)

- |           |                |
|-----------|----------------|
| 1. サービス内容 | 5. 介護保険外の利用負担  |
| 2. 利用手続き  | 6. その他 ( )     |
| 3. 職員の態度  | 7. 苦情を受けたことはない |
| 4. 施設の設備  |                |

**問7で「1」～「6」を選んだ方にお伺いします。**

問8. 苦情について、どのような取り組みをしていますか(あてはまるものすべてに○)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 苦情窓口への相談員の配置    | 5. 苦情・相談対応マニュアルの作成 |
| 2. 利用者等との話し合いの場の設置 | 6. 苦情・相談対応状況の情報公開  |
| 3. ケース検討会等の開催      | 7. その他 ( )         |
| 4. 苦情・相談内容の蓄積や分析   | 8. 特にない            |

**【全員の方へ】**

問9. 貴事業所における介護職員処遇改善加算の届出状況について、該当する番号に○をつけてください(1つに○)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 届出をしている(届出予定を含む) | 2. 届出をしていない⇒ 問9-3へ |
|---------------------|--------------------|

**問9で「1. 届出をしている(届出予定を含む)」を選んだ方にお伺いします。**

問9-1. 貴事業所では、どのように介護職員処遇改善計画書の周知を行っていますか  
該当する番号に○をつけてください(あてはまるものすべてに○)

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. 掲示板等への掲示       | 3. 面談・会議等での説明 |
| 2. メールや回覧形式等による通知 | 4. その他 ( )    |

問9-2. 貴事業所では、介護職員処遇改善加算による賃金改善をどの項目で行っていますか  
該当する番号に○をつけてください(あてはまるものすべてに○)

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. 給与表(賃金表等)の改定による賃金水準の引き上げ | 4. 一時金(賞与・その他の臨時支給分)として支給 |
| 2. 定期昇給の実施                  | 5. その他                    |
| 3. 毎月支給される手当として支給           | ( )                       |

**問9で「2. 届出をしていない」を選んだ方にお伺いします。**

問9-3. 介護職員処遇改善加算の届出を行わない理由について、該当する番号に○をつけてください(あてはまるものすべてに○)

- |                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| 1. 対象の制約のため困難<br>(介護職員以外は加算対象ではない) | 6. 非常勤職員等の処遇上の問題 |
| 2. 事務作業が煩雑                         | 7. 賃金改善の必要性がない   |
| 3. 追加費用負担の発生                       | 8. 算定要件を達成できない   |
| 4. 利用者負担の発生                        | 9. その他<br>( )    |

**【全員の方へ】**

問10. スタッフの研修や資格取得について、事業所としての取り組みはありますか  
ある場合、年間の回数もご記入ください(あてはまるものに○と数字)

- |                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| 1. 事業所として取り組んでいる⇒(年 _____ 回程度) | 3. 事業所としては特にない |
| 2. 個人参加を支援している ⇒(年 _____ 回程度)  |                |

**問10で「2. 個人参加を支援している」を選んだ方にお伺いします。**

問10-1. 個人参加への支援の方法はどのようなものですか(あてはまるものすべてに○)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 全額支援している | 3. 勤務扱いを認める |
| 2. 部分支援している | 4. その他( )   |

**【全員の方へ】**

問11. 職員の採用状況について、事業所として認識しているものについてお選びください  
(あてはまるものすべてに○)

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. 介護支援専門員の採用が困難な状況にある | 4. 機能訓練指導員の採用が困難な状況にある |
| 2. 介護職員の採用が困難な状況にある    | 5. その他の職員の採用が困難な状況にある  |
| 3. 看護職員の採用が困難な状況にある    | 6. その他( )              |

**問11で「1」～「5」の「採用が困難」を選んだ方にお伺いします。**

問11-1. 職員の採用が困難な原因は何にあるとお考えですか(あてはまるものすべてに○)

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 労働時間が長い        | 7. 仕事がきつい(身体的・精神的) |
| 2. 夜勤が多い          | 8. 社会的評価が低い        |
| 3. 休みが取りにくい       | 9. その他<br>( )      |
| 4. 雇用が不安定         |                    |
| 5. キャリアアップの機会が不十分 | 10. わからない          |
| 6. 賃金が低い          |                    |



問14. 貴事業所の実施しているサービスの提供体制についてお答えください

(①宛名の事業種別、②現在実施中の事業、③該当サービスの提供体制について、それぞれに○)

サービスの種類	①宛名の事業種別に○ (○は1つ)	②現在実施中のものに○ (あてはまるものすべてに○)	③川口市内の利用者に対する、今後のサービス提供体制について (どちらかに○)	
			さらに利用者の受け入れが可能	利用者を増やすことは困難
a 居宅介護支援	1	1	1	2
b 訪問介護	2	2	1	2
c 訪問入浴介護	3	3	1	2
d 訪問看護	4	4	1	2
e 訪問リハビリテーション	5	5	1	2
f 居宅療養管理指導	6	6	1	2
g 通所介護	7	7	1	2
h 通所リハビリテーション	8	8	1	2
i 短期入所生活介護	9	9	1	2
j 短期入所療養介護	10	10	1	2
k 福祉用具貸与	11	11	1	2
l 特定福祉用具販売	12	12	1	2
m 認知症対応型通所介護	13	13	1	2
n 小規模多機能型居宅介護 (看護小規模多機能型居宅介護)	14	14	1	2
o 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	15	15	1	2
p 地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護 (小規模特養)	16	16	1	2
q 地域密着型特定施設入居者生活 介護	17	17	1	2
r 定期巡回・随時対応型訪問介 護看護 (夜間対応型訪問介護)	18	18	1	2
s 地域密着型通所介護	19	19	1	2
t 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	20	20	1	2
u 介護老人保健施設	21	21	1	2
v 介護療養型医療施設	22	22	1	2
w 介護医療院	23	23	1	2
x 特定施設入居者生活介護	24	24	1	2
y 介護保険事業以外の高齢者向け 事業	25	25	1	2

**【全員の方へ】**

問15. 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」について、貴事業所での実施の方向性についてお答えください(1つに○)

1. 実施中 2. 実施する予定である 3. 実施に向け検討中 4. 実施する予定はない

**問15で「4. 実施する予定はない」を選んだ方にお伺いします。**

問15-1 実施する予定はないと答えた理由を教えてください(あてはまるものすべてに○)

1. 現在提供しているサービスの種別と全く関係がない 3. コストに合わない  
2. 夜間対応できる職員などのマンパワーの確保ができない 4. 設備投資に費用がかかる  
5. 運営基準を満たすことが困難 6. その他( )

**【全員の方へ】**

問16. 「看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)」について、貴事業所での実施の方向性についてお答えください(1つに○)

1. 実施中 2. 実施する予定である 3. 実施に向け検討中 4. 実施する予定はない

**問16で「4. 実施する予定はない」を選んだ方にお伺いします。**

問16-1. 実施する予定はないと答えた理由を教えてください(あてはまるものすべてに○)

1. 現在提供しているサービスの種別と全く関係がない 3. コストに合わない  
2. 夜間対応できる職員などのマンパワーの確保ができない 4. 設備投資に費用がかかる  
5. 運営基準を満たすことが困難 6. その他( )

**【全員の方へ】**

問17. 「小規模多機能型居宅介護」について、貴事業所での実施の方向性についてお答えください(1つに○)

1. 実施中 2. 実施する予定である 3. 実施に向け検討中 4. 実施する予定はない

**問17で「4. 実施する予定はない」を選んだ方にお伺いします。**

問17-1. 実施する予定はないと答えた理由を教えてください(あてはまるものすべてに○)

1. 現在提供しているサービスの種別と全く関係がない 3. コストに合わない  
2. 夜間対応できる職員などのマンパワーの確保ができない 4. 設備投資に費用がかかる  
5. 運営基準を満たすことが困難 6. その他( )

**【 訪問型事業(問14のサービス種類 b、c、d、e、r)を行っている事業所の方にお伺いします 】**

- |           |                     |
|-----------|---------------------|
| b: 訪問介護   | e: 訪問リハビリテーション      |
| c: 訪問入浴介護 | r: 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| d: 訪問看護   | (夜間対応型訪問介護)         |

問18. 川口市の介護予防・日常生活支援総合事業については、平成29年4月から従前相当サービス、平成30年4月から基準緩和サービスを実施しています。基準緩和サービスについて貴事業所の方向性についてお答えください。(1つに○)

1. 実施している 2. 事業者登録している 3. 事業者登録を検討中 4. 実施予定なし

**問18で「1. 実施している」を選んだ方にお伺いします。**

問18-1. 利用者人数をお答え下さい。

利用者人数 \_\_\_\_\_ 人

**問18で「1. 実施している」または「2. 事業者登録している」を選んだ方にお伺いします。**

問18-2. 生活支援サービスのみ利用している利用者に、川口市認定ヘルパーを活用したいと思いますか(一つに○)

1. はい 2. いいえ

**問18で「4. 実施予定なし」を選んだ方にお伺いします。**

問18-3. その理由をお答え下さい。(一つに○)

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 1. 現在提供しているサービスの種別と全く関連がない | 4. 設備投資に費用がかかる   |
| 2. マンパワーの確保が困難             | 5. 運営基準を満たすことが困難 |
| 3. コストに合わない                | 6. 総合事業がよくわからない  |
|                            | 7. その他( )        |

**【 通所型事業(問14のサービス種類 g、h、i、j、m、n)を行っている事業所の方にお伺いします 】**

問19. 基準緩和サービスについて貴事業所の方向性についてお答えください(一つに○)

1. 実施している 2. 事業者登録している 3. 事業者登録を検討中 4. 実施予定なし

**問19で「1. 実施している」を選んだ方にお伺いします。**

問19-1. 利用者人数をお答え下さい。

利用者人数 \_\_\_\_\_ 人



**問 19 で「4. 実施予定なし」を選んだ方にお伺いします。**

問19-2. その理由をお答え下さい(一つに○)

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 1. 現在提供しているサービスの種別と全く関連がない | 4. 設備投資に費用がかかる   |
| 2. マンパワーの確保が困難             | 5. 運営基準を満たすことが困難 |
| 3. コストに合わない                | 6. 総合事業がよくわからない  |
|                            | 7. その他 ( )       |

**【居宅介護支援事業を行っている事業所の方にお伺いします】**

問20. 川口市の介護予防・日常生活支援総合事業については、平成 29 年 4 月から従前相当サービス、平成 30 年 4 月から基準緩和サービスを実施しています

介護予防ケアプランにおいて基準緩和サービスを含めた計画を作成しているかお答え下さい

(一つに○)

- |           |                          |           |
|-----------|--------------------------|-----------|
| 1. 作成している | 2. 利用者の理解が得られないため作成していない | 3. 作成予定なし |
|-----------|--------------------------|-----------|

**問 20 で「1. 作成している」を選んだ方にお伺いします。**

問20-1. 作成者数をお答え下さい。

作成者数 \_\_\_\_\_ 人

**問 20 で「3. 作成予定なし」を選んだ方にお伺いします。】**

問20-2. その理由をお答え下さい(一つに○)

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. 基準緩和サービスがよくわからない         | 3. 利用者の更新・区分変更申請時にサービス変更となるリスク |
| 2. 基準緩和サービスを行っている事業者が近隣にいない | 4. その他 ( )                     |

**【全員の方へ】**

問21. 貴事業所では、利用者を含め市民に対して、どのような情報を提供していますか  
(あてはまるものすべてに○)

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1. 実施している介護サービスの種類や特徴  | 6. 事業所の運営体制 |
| 2. 介護サービスの質の向上への取り組み内容 | 7. 事業所の経営状況 |
| 3. 介護サービス提供内容等に関する自己評価 | 8. その他      |
| 4. 介護サービス利用者による事業所の評価  | ( )         |
| 5. 専門知識を持つ第三者による事業所の評価 |             |

問22. 貴事業所では、介護報酬や指定基準などの解釈に疑問があった場合、どのように対応していますか(あてはまるものすべてに○)

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1. 関係書籍(『介護報酬の解釈』など)で調べる | 5. 県や市に問い合わせる  |
| 2. 運営会社のスタッフなどに問い合わせる    | 6. 事業所間で情報交換する |
| 3. インターネットで調べる           | 7. その他         |
| 4. 厚生労働省の通知やQ&Aで調べる      | ( )            |

問23. 貴事業所におけるサービス向上のために、どのような情報や支援が必要ですか  
以下から最も必要と考えられる情報・支援を3つまでお選びください(3つまでに○)

1. 介護保険制度・介護報酬等に関する情報	11. 定員の空き状況、空室・空床に関する情報
2. 介護保険以外の保健・福祉サービスに関する情報	12. 緊急時のショートステイや入院などの受け入れ先情報
3. 情報提供・相談等の窓口	13. 事業者連絡会等による運営サポート、バックアップ
4. 介護技術・方法に関する情報	14. ケアカンファレンス等の運営サポート、バックアップ
5. 認知症ケアに関する情報	15. サービス展開のための土地・建物に関する情報
6. 医療処置を必要とする場合のケアに関する情報	16. 職員研修、交流会
7. 困難事例、多問題事例に関するケースの情報提供、助言	17. 医療機関との連携
8. 介護予防に関する情報	18. その他 ( )
9. 研修・講座等に関する情報	19. 特に必要な情報・支援はない
10. 周辺事業所や医療機関に関する情報	

川口市では、団塊の世代が75歳以上になる2025年(令和7年)に向けて、高齢者が住みなれた地域で暮らしていけるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援などのサービスが一体的に提供されるようにするため、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます以下その地域包括ケアシステムの構築について質問します

問23-1. 地域包括ケアシステムの構築に当たり、現在、連携が不足していると思われるところはどこですか(あてはまるものすべてに○)

1. 地域包括支援センターとの連携	5. 事業所間の連携
2. 社会福祉協議会との連携	6. その他 ( )
3. 地域との連携	7. すべてと十分に連携できている
4. 医療機関との連携	8. わからない

**問 25-1 で「1」～「3」を選んだ方にお伺いします**

問23-2. 貴事業所では、選択したところと連携はできていますか(1つに○)

1. 十分にできている	3. あまりできていない
2. ある程度はできている	4. まったくできていない

**問 25-2 で「3」または「4」を選んだ方にお伺いします**

問23-3. 連携をとるためには、具体的に何が必要だと思いますか


問24. 令和元年12月1日時点で、開設から1年以上を経過している施設等にお伺いします  
過去1年間(平成30年12月1日～令和元年12月1日)の介護職員の採用者数と離職者数をご記入ください

採用者数	( ) 人	離職者数	( ) 人
------	-------	------	-------

問25. 貴施設等に所属している介護職員全員（非常勤含む ボランティアの方を除く）について、お答えください

回答方法 設問	※番号1つ記載			※数値を記入		※番号1つ記載		
	(1) 資格の取得、研修の終了の状況	(2) 雇用形態	(3) 性別	(4) 年齢	(5) 過去1週間の勤務時間	(6) 現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(7) 直前の職場について	
選択肢	1.介護福祉士（認定介護福祉士含む） 2.介護職員の実務者研修修了または（旧）介護職員基礎研修修了または（旧）ヘルパー1級 3.介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級 4.上記のいずれも該当しない	1.正規職員（※期限の定めのない契約） 2.非正規職員（※期限の定めのある契約）	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代以上 8.不明	※残業時間を含む。 休憩時間は除く。	1.現在の職場が初めての勤務先⇒【回答終了】 2.介護以外の職場⇒【回答終了】 3.特養、老健、療養型、介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回サービス 6.通所介護、通所リハ、認知症デイ 7.住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8.その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は（7）へ】	1.現在の施設等と、同一の市区町村内 2.現在との施設等と、別の市区町村内	1.現在の施設等と、同一の法人・グループ 2.現在の施設等と、別の法人・グループ
記入例	1	1	1	3	40 時間	2	2	
01					時間			
02					時間			
03					時間			
04					時間			
05					時間			
06					時間			
07					時間			
08					時間			
09					時間			
10					時間			
11					時間			
12					時間			
13					時間			
14					時間			
15					時間			
16					時間			
17					時間			
18					時間			
19					時間			
20					時間			
21					時間			
22					時間			
23					時間			
24					時間			
25					時間			
26					時間			
27					時間			
28					時間			
29					時間			
30					時間			

回答方法 設問	※番号1つ記載			※数値を記入		※番号1つ記載		
	(1) 資格の取得、研修の終了の状況	(2) 雇用形態	(3) 性別	(4) 年齢	(5) 過去1週間の勤務時間	(6) 現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(7) 直前の職場について	
選択肢	1.介護福祉士（認定介護福祉士含む） 2.介護職員の実務者研修修了または（旧）ヘルパー1級 （旧）介護職員基礎研修修了または（旧）ヘルパー2級 3.介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級 4.上記のいずれも該当しない	1.正規職員（※期限の定めのない契約） 2.非正規職員（※期限の定めのある契約）	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代以上 8.不明	※残業時間を含む。 休憩時間は除く。	1.現在の職場が初めての勤務先⇒【回答終了】 2.介護以外の職場⇒【回答終了】 3.特養、老健、療養型、介護医療院、 ショートステイ、グループホーム、特定施設 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回サービス 6.通所介護、通所リハ、認知症デイ 7.住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8.その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は（7）へ】	1.現在の施設等と、同一の市区町村内 2.現在との施設等と、別の市区町村内	1.現在の施設等と、同一の法人・グループ 2.現在の施設等と、別の法人・グループ
31					時間			
32					時間			
33					時間			
34					時間			
35					時間			
36					時間			
37					時間			
38					時間			
39					時間			
40					時間			
41					時間			
42					時間			
43					時間			
44					時間			
45					時間			
46					時間			
47					時間			
48					時間			
49					時間			
50					時間			
51					時間			
52					時間			
53					時間			
54					時間			
55					時間			
56					時間			
57					時間			
58					時間			
59					時間			
60					時間			

