

介護予防・日常生活圏域二一才調査

【調査票】

- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに 2 月 日()までに投函してください。

記入日	平成	年	月	日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。				
1. あて名のご本人が記入				
2. ご家族が記入				
(あて名のご本人からみた続柄)				
3. その他				

匝瑳市高齢者支援課
 匝瑳市地域包括支援センター

は じ め に

市民の皆さまには、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日ごろから本市の高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、市では平成30年度から32年度までを計画期間とした「第7期匝瑳市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、その基礎資料とするためのアンケート調査「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を行うこととしました。

この調査は、要介護度の悪化につながるリスクや高齢者の生活支援の充実、介護予防の推進等のために必要な社会資源を把握し、計画に反映するために実施するものです。

匝瑳市の高齢者施策の今後の方向性を決める大切な調査ですので、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださるようお願いいたします。

平成29年1月

匝瑳市長 太 田 安 規

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものとさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、匝瑳市による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、匝瑳市において適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

記入に際してのお願い

- 1 この調査の対象者は、平成28年12月31日現在、65歳以上の方です。
- 2 ご回答にあたっては、あて名ラベルのあて名ご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
- 3 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。

問合せ先 匝瑳市高齢者支援課介護保険班
匝瑳市地域包括支援センター
電話（直通） 73-0033

問1 あなたの家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

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

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

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

【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (いくつでも)

1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
2. 心臓病
3. がん (悪性新生物)
4. 呼吸器の病気 (肺炎等)
5. 関節の病気 (リウマチ等)
6. 認知症 (アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. 糖尿病
9. 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

【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

② 主にどなたの介護・介助を受けていますか (いくつでも)

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

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

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

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

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

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

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

(6) 週に1回以上は外出していますか

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

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

(8) 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも)

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

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長 cm

体重 kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

1. はい

2. いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか

1. はい

2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか

1. はい

2. いいえ

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

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

(6) 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか

1. はい

2. いいえ

(7) どなたかと食事をとめる機会がありますか

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

問 4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい

2. いいえ

(2) 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

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか

1. はい

2. いいえ

(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. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(6) 自分で食事の用意をしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか

1. できるし、している

2. できるけどしていない

3. できない

(9) 友人の家を訪ねていますか

1. はい

2. いいえ

(10) 家族や友人の相談にのっていますか

1. はい

2. いいえ

(11) 趣味はありますか

1. 趣味あり ()
2. 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか
※① - ⑦それぞれに回答してください

	週 4 回 以上	週 2 〜 3 回	週 1 回	月 1 〜 3 回	年 に 数 回	参 加 し て い な い
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループ やクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

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

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

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

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

問 6

たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも）

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

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）

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

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

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

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

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

問7 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. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、○をつけてください)

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

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

1. はい 2. いいえ

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

1. はい 2. いいえ

(5) タバコは吸っていますか

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

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)

1. ない
2. 高血圧
3. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
のうそくちゅう のうしゅつづ・のうこうそくなど
4. 心臓病
5. 糖尿病
とうにょうびょう
6. 高脂血症（脂質異常）
こうしけっしょう ししつじょう
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
じんぞう ぜんりつせん
10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
きんこっかく こつそ しょう
11. 外傷（転倒・骨折等）
がいしょう てんとう こっせつなど
12. がん（悪性新生物）
13. 血液・免疫の病気
めんえき
14. うつ病
15. 認知症（アルツハイマー病等）
にんちしょう
16. パーキンソン病
17. 目の病気
18. 耳の病気
19. その他（ ）

問8 その他

(1) あなたが健康を維持するために必要と思われることは何ですか (3つまで)

1. 腰痛・膝痛予防 2. 転倒・骨折予防 3. ストレッチ・筋力トレーニング
4. 認知症予防 5. 栄養バランス 6. 口腔ケア
7. その他（ ）

(2) あったら利用してみたい高齢者サービスは何ですか (3つまで)

1. 移送・送迎サービス 2. 安否確認・見守りサービス 3. 家事代行サービス
4. 買い物支援（ ・ 宅 配 ・ 移動販売車 ・ 店舗までの移送 ）
5. 配食サービス 6. つどいの場 7. その他（ ）

■■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■

在宅介護実態調査 調査票

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】(複数選択可)

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

A票 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つを選択)

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

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つを選択)

- | | | |
|----------------------------|---|---------|
| 1. ない | } | 問8(裏面)へ |
| 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へ

問3 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

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

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)

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

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問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(複数選択可)

【身体介護】

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

【生活援助】

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

【その他】

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

問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)(複数選択可)

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

● ここから再び、全員に調査してください。

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

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

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問9 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)

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

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

問10 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか(1つを選択)

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

● 問10で「2.」を回答した場合は、問11も調査してください。

問11 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数選択可)

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

● 問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

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願い致します。

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つを選択)

- | | | |
|-----------------------|---|---------|
| 1. フルタイムで働いている | } | 問2へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5(裏面)へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

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

問2 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか(複数選択可)

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

問3 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか(3つまで選択可)

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない | 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実 |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり | 4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など) |
| 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 問1で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけるうですか(1つを選択)

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

⇒ 皆様、裏面へお進みください

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

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に感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません)(3つまで選択可)

〔身体介護〕

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

〔生活援助〕

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

〔その他〕

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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

第7期介護保険事業計画策定のための 介護サービス提供事業者調査

日ごろから、本市の介護保険事業にご理解とご協力をいただきありがとうございます。
うございます。

さて、本市では、平成30年度から始まる第7期介護保険事業計画をよりよいものにしていくため、介護サービスを提供している事業者の状況について調査を実施させていただくことになりました。

なお、ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成29年 2 月
匝瑳市長 太田 安規

～ ご記入に際してのお願い～

- 1 この調査は平成29年 2 月 1 日現在でお答えください。
- 2 お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
- 3 お答えが、「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、() 内になるべく具体的にその内容をご記入ください。

ご記入が済みしましたら、誠に恐縮ですが、同封の返信用封筒に入れて 3 月15日(水)までに、郵便ポストに投函してください。

◎記入方法などについて分からないことがありましたら、下記までお問い合わせください。

【連絡先】匝瑳市 高齢者支援課 介護保険班

電話：0479-73-0033

月～金 午前8時30分～午後5時15分（祝日は除く）

問1 貴事業者についてお答えください。

1 事業者名		
2 所在地		
3 法人種別	1. 社会福祉法人 3. 営利法人（株式会社・有限会社） 5. 農業協同組合・生活協同組合 7. その他（ ）	2. 医療法人 4. 特定非営利活動法人（NPO） 6. 地方公共団体

問2 本市内でのサービスの提供の現状と今後（～平成32年度）の意向について、(1)～(3)の質問にそれぞれお答えください。

(1) 貴事業所が本市内で提供中のサービス 【提供中のサービス番号すべてに○】	(2) 今後（～平成32年度）の意向 【お考えに当てはまる番号1つに○】					(3) 新設や拡充の 予定年度・提供量（定員等）
	新設 したい	拡充 したい	現状 維持	縮小 したい	廃止 したい	
1 居宅介護支援						年度 人程度
2 訪問介護						年度 人程度
3 訪問入浴介護						年度 人程度
4 訪問看護						年度 人程度
5 訪問リハビリテーション						年度 人程度
6 居宅療養管理指導						年度 人程度
7 通所介護						年度 人程度
8 通所リハビリテーション						年度 人程度
9 短期入所生活介護						年度 人程度
10 短期入所療養介護						年度 人程度
11 特定施設入居者生活介護						年度 人程度
12 夜間対応型訪問介護						年度 人程度
13 認知症対応型通所介護						年度 人程度
14 小規模多機能型居宅介護						年度 人程度

(1) 貴事業所が本市内で提供中のサービス 【提供中のサービス番号すべてに○】	(2) 今後(～平成32年度)の意向 【お考えに当てはまる番号1つに○】					(3) 新設や拡充の 予定年度・提供量(定員等)
	新設 したい	拡充 したい	現状 維持	縮小 したい	廃止 したい	
15 認知症対応型共同生活介護						年度 人程度
16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護						年度 人程度
17 地域密着型通所介護						年度 人程度
18 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						年度 人程度
19 地域密着型特定施設入居者生活介護						年度 人程度
20 介護老人福祉施設						年度 人程度
21 介護老人保健施設						年度 人程度
22 介護療養型医療施設						年度 人程度

※次の選択肢から、その理由をすべて選んでください。

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1 需要が見込める | 2 採算が取れる見込みがある |
| 3 現在の人材で対応が可能 | 4 現在の施設で対応が可能 |
| 5 現在の敷地で対応が可能 | 6 需要は見込めない |
| 7 採算が取れる見込みはない | 8 人材の確保が難しい |
| 9 施設の拡充が難しい | 10 用地の確保が難しい |
| 11 地域住民への説明が難しい | 12 現状のサービス提供で問題なし |
| 13 その他 () | |

問3 貴事業所が事業の拡大を考える場合の課題や問題点はどのようなことですか。

- | | |
|------------------|---------------|
| 1 事務作業の簡素化・システム化 | 2 施設・設備の改善 |
| 3 情報の不足 | 4 従事者の確保 |
| 5 利用者の確保 | 6 規則・基準の緩和 |
| 7 事業実施地域の見直し | 8 PRの強化 |
| 9 経費の削減 | 10 特に課題や問題はない |
| 11 その他 () | |

問4 市や事業者、ボランティア、その他企業など、市全体で取り組むべき課題は何ですか。

①市全体で取り組むべきこと 【当てはまる番号すべてに○】	②取り組むべき課題を具体的にお書きください。 【自由記述】
1 医療と介護の連携強化	
2 介護サービスの充実強化	
3 介護予防の推進	
4 見守り、配食、買い物など、多様な高齢者向けの生活支援サービスの確保や権利擁護など	
5 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備	

問5 介護保険制度や高齢者福祉についてご意見・ご要望等がありましたら、ご自由に記入してください。

ご多忙のところご協力いただきありがとうございました。

同封の返信用封筒に入れて 3 月 15 日（水）までに投函してください。