

# 令和3年度 地域包括支援センター活動報告(4月～3月)

令和4年度  
第1回藤沢市介護保険運営協議会  
資料1

## 1. 相談支援業務

地域包括支援センター	高齢者人口		要支援認定者数	要介護認定者数	配置職員数			
	うち75歳未満	うち75歳以上			計	専門職	その他職員	
片瀬	6,114	2,684	3,430	524	805	4.8	4.8	0
鶴沼南	7,385	3,349	4,036	533	884	5.8	5.3	0.5
鶴沼東	7,177	3,393	3,784	573	838	5.6	4.6	1
辻堂東	5,403	2,574	2,829	375	696	4.6	4.6	0
辻堂西	4,671	2,055	2,616	385	531	5.6	4.6	1
村岡	7,364	3,550	3,814	605	739	5.65	5.65	0
藤沢東部	6,356	3,046	3,310	517	703	4	4	0
藤沢西部	5,133	2,492	2,641	379	643	5	4	1
明治	6,742	3,384	3,358	523	784	5	5	0
善行	9,392	4,179	5,213	685	1,131	8.16	7.68	0.48
湘南大庭	10,494	5,472	5,022	557	984	13	12.2	0.8
遠藤	1,859	895	964	119	237			
六会	8,936	4,505	4,431	612	978	7.175	6	1.175
湘南台	6,797	3,160	3,637	432	785	5.4	4.4	1
長後	8,289	3,812	4,477	494	912	6.2	5.8	0.4
御所見	5,251	2,403	2,848	336	645	4.15	3.15	1
令和3年度合計	107,363	50,953	56,410	7,649	12,295	90.135	81.78	8.355
令和2年度合計	106,649	50,985	55,664	7,213	11,889	93.525	81.74	11.785

包括的支援事業									
相談延べ件数	相談方法						相談実人数	継続支援ケース	
	うち新規	うち継続	訪問	来所	電話	その他		実人数	継続支援終了者
1,792	290	1,502	380	213	1,199	0	634	51	12
1,691	372	1,319	338	532	819	2	613	19	8
1,254	394	860	237	254	747	16	548	3	11
1,215	371	844	212	165	832	6	386	10	16
2,219	499	1,720	269	511	1,417	22	627	11	12
1,004	306	698	175	158	662	9	546	14	21
1,214	343	871	387	332	495	0	795	12	4
823	282	541	86	209	524	4	663	13	6
1,731	342	1,389	451	303	974	3	472	21	11
5,846	879	4,967	648	1,994	3,202	2	702	15	22
3,217	500	2,717	676	400	2,113	28	847	19	13
748	136	612	128	163	451	6	223	13	4
1,785	545	1,240	213	454	1,115	3	840	5	5
1,360	418	942	196	443	718	3	684	24	11
2,000	399	1,601	466	516	1,016	2	805	28	14
1,527	456	1,071	227	627	672	1	676	16	9
29,426	6,532	22,894	5,089	7,274	16,956	107	10,061	274	179
23,518	5,841	17,677	4,405	5,465	13,537	111	9,040	354	208

※高齢者人口、要支援認定者、要介護認定者、配置職員数は、2021年4月1日現在の数値です。

※継続支援ケースは定期的な見守り等で支援をしているものです。実人数は3月末時点の管理件数、支援終了者は4～3月の累計です。

## 2. 相談者内訳(延)

	令和3年度	令和2年度
本人	10,724	8,744
家族・親族	14,308	11,150
民生委員	968	619
ケアマネジャー	2,199	1,842
行政	1,443	1,275
サービス提供事業者	1,852	1,600
医療機関	2,174	1,740
内科	2,099	1,681
歯科	17	19
薬局	58	40
知人・友人・地域住民	746	657
社協	114	97
CSW	317	247
ボランティアセンター	48	28
警察	182	108
他地域包括支援センター	244	213
その他	226	176
<b>合計</b>	<b>35,545</b>	<b>28,496</b>

## 3. 相談内容内訳(延)

	令和3年度	令和2年度		令和3年度	令和2年度
介護・療養に関すること	13,343	10,520			
市行政サービス利用相談	965	1,061			
市以外の行政サービス相談	92	100			
地域のインフォーマルサービス相談	701	736			
福祉用具・介護用品相談	2,581	2,305			
住宅改修	1,132	929			
介護保険関係	22,835	17,677			
介護予防・日常生活支援総合事業	1,013	909	精神疾患に関すること	1,011	
一般介護予防事業(通いの場合含む)	114		ダブルケアに関すること	30	
認知症	2,213	2,067	ボランティア・就労支援について	48	
生活費等経済的なこと	1,137	760	公園体操・サロン・地域のサークル等の活動に関すること	159	
成年後見相談	438	287	近隣住民に関すること(騒音やごみのトラブルなど苦情含む)	324	
権利擁護相談	426	476	ペットのこと	46	
虐待	220	248	住まいに関すること(土地の売却やアパートの退去など)	448	
暴力	132	101	終活に関すること(死後のこと・葬式などの相談含む)	63	
家族関係に関すること	1,257	920	災害に関すること	14	
介護者の離職防止に関すること	31	38	その他	495	876
安否確認等	986	900	<b>合計</b>	<b>52,254</b>	<b>40,910</b>

※令和3年度の追加項目については、令和2年度欄は斜線になっています。

#### 4. 介護予防給付管理件数ほか

包括名	介護予防給付管理件数			基本チェックリスト		
	計	直接 管理 件数	委託 件数	計	該当	非該当
片瀬	174	134	40	2	2	0
鶴沼南	190	85	105	11	11	0
鶴沼東	187	112	75	10	10	0
辻堂東	146	19	127	17	17	0
辻堂西	153	82	71	7	7	0
村岡	165	109	56	30	30	0
藤沢東部	171	76	95	10	10	0
藤沢西部	121	36	85	9	9	0
明治	180	114	66	4	4	0
善行	205	68	137	11	11	0
湘南大庭	270	156	114	17	17	0
遠藤						
六会	196	68	128	5	5	0
湘南台	122	45	77	11	11	0
長後	179	92	87	2	2	0
御所見	189	108	81	6	6	0
令和3年度合計	2,648	1,304	1,344	152	152	0
令和2年度合計	2,641	1,257	1,384	184	182	2

※介護予防給付管理件数は3月末時点の管理件数。

## 【指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務委託可能な居宅介護支援事業所の承認について】

令和4年度  
第1回藤沢市介護保険運営協議会  
資料2

### 1. 現在までの承認を受けた事業所及び承認後の稼働事業所状況一覧

現在の承認事業所数(現在までに運営協議会で承認した事業所数)	今回の承認予定事業所数	今回の承認後の事業所数(累計)
・藤沢市内 指定居宅介護支援事業所数	151事業所	1事業所 152事業所
・市外(県内) 指定居宅介護支援事業所数	254事業所	2事業所 256事業所
・県外 指定居宅介護支援事業所数	95事業所	1事業所 96事業所

### 2. 指定介護予防支援事業者及び地域包括支援センターが、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務を委託できる指定居宅介護支援事業所の承認について

	介護保険事業所番号	法人名	法人代表者	事業所名称	事業所所在地	電話番号	管理者	介護支援専門員数	法人種別	併設サービス	介護保険課確認事項
1	1473602140	株式会社りんどう居宅介護支援	西 光子	株式会社りんどう 居宅介護支援	横浜市泉区新橋町646-9	045-811-4137	西 光子	1	営利法人	なし	1 市町村指定: 2016年11月1日 2 主任介護支援専門員 3 適用期日: 2021年12月1日
2	2070105040	株式会社ながでんウェルネス	小林 章信	ながでんハートネット居宅介護支援長野	長野市東鶴賀町78番地	026-217-7880	宮下 英理	5	営利法人	・通所介護 ・介護予防通所型サービス	1 市町村指定: 2012年4月1日 2 主任介護支援専門員 3 適用期日: 2021年12月1日
3	1472207248	一般社団法人すみれ	平 政江	ケアプラン すみれ	藤沢市藤沢3800	0466-52-5397	武中 美根子	2	非営利法人	なし	1 市町村指定: 2022年4月1日 2 主任介護支援専門員 3 適用期日: 2022年4月1日

#### ●指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(厚生労働省令第37号)●

第12条第1項(介護予防支援の)委託に当たっては、中立性及び公正性の確保を図るため地域包括支援センター運営協議会の議を経なければならないこと。

#### ●指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務委託において、遵守すべき事項●

委託する指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する指定居宅介護支援事業者でなければならない。  
上記事業者は、上記遵守事項を満たしている。

(仮称)いきいき長寿プランふじさわ2026(藤沢市高齢者保健福祉計画・  
第9期藤沢市介護保険事業計画)の策定に向けた各種調査について

来年度(令和5年度)が、『(仮称)いきいき長寿プランふじさわ2026(高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画)』の策定年に当たるため、次のとおり、計画の基礎資料とするための調査を実施します。

1. 高齢者の保健・福祉に関する調査

本市の高齢者の生活実態や意識・意向、ニーズ等を把握し、施策の計画的な推進を図るための基礎資料を得ることを目的とする。

(1) 調査対象

藤沢市内に住民登録をしている65歳以上の方で、介護保険の要介護・要支援認定を受けていない方

(2) 対象者数 約4,000人

(3) 調査期間(予定) 2022年(令和4年)11月頃～

(4) 実施方法 郵送による発送・回収方法は郵送及びオンライン

2. 在宅介護実態調査

「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討するための調査。

(1) 調査対象 主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方

(2) 対象者数 約600人

(3) 調査期間 2022年(令和4年)6月15日～

(4) 実施方法 認定調査員による聞き取り

3. 介護サービス利用者調査

介護サービスの利用者又は未利用者の利用意向等を把握し、今後の目指すべきサービス基盤の方向性を検討するとともに、介護離職の防止や介護予防等に向けた基盤整備のための実態を把握する。

(1) 調査対象 要支援・要介護認定を受けている方

(2) 対象者数 約3,000人

(3) 調査期間(予定) 今年度中に実施

(4) 実施方法 郵送による発送・回収

4. 介護保険サービス事業者調査

介護事業所のサービス提供の状況、介護人材や経営実態を調査するとともに、事業者からの意見や意向を把握する。

(1) 在宅生活改善調査

(自宅等にお住まいの方で)現在のサービス利用では、生活の維持が困難な利用者の実態を把握するための調査。

(2) 居所変更実態調査

過去1年間の施設等への入退去の流れや退去理由などを把握するとともに、住み慣れた地域等で暮らし続けるために必要な機能等を把握するための調査。

(3) 介護人材実態調査

介護人材の①性別・年齢構成、②資格保有状況、③過去1年間の採用・離職の状況、④訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態などを把握するとともに、調査結果や、結果に基づいた関係者間での議論を通じて、地域内の介護人材の確保・サービス提供方法の改善などに繋げていくための調査。

ア 調査対象 介護事業所

イ 調査期間(予定) 今年度中に実施

ウ 実施方法 オンライン調査(予定)

以上

# 藤 沢 市 介護保険サービス 利用状況調査

## ご協力をお願い

令和5年4月に介護保険制度は24年目を迎えます。藤沢市では、制度の運営にあたり、要介護(要支援)認定を受けられた方の介護保険サービスの利用実態を把握し、今後の介護保険制度の運営及び介護保険事業計画の改訂に向け、適切な対応を図ってまいりたいと考えております。

そこで、介護保険サービスについての利用状況調査を実施することにいたしました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきまして、ご協力をお願い申し上げます。

令和〇年〇月

藤沢市長 鈴木恒夫

### ● 注意事項 (アンケートの記入に際して)

- 1 このアンケート調査の対象者は、令和4年〇〇月1日現在、要介護(要支援)認定を受けている方の中から、要介護度別に無作為に選ばせていただいた3,000人の方々です。
  - 2 お答えは、当てはまる回答番号に指定された数だけ〇印をしてください。また、「その他( )」と回答される場合には、( )の中に具体的にその内容をご記入ください。
  - 3 1ページから最後まで、質問順にお答えください。  
また、※の指示に注意してご記入ください。
  - 4 質問中「ケアマネジャー」は、要支援1及び要支援2の方のケアプランを作成しているいきいきサポートセンター(地域包括支援センター)の職員などの方も含まれます。
  - 5 質問中「訪問看護」などの各サービス名称は、要支援1及び要支援2の方については「介護予防訪問看護」、「訪問介護」は「介護予防訪問型サービス」(介護予防・日常生活支援総合事業)など介護予防を目的としたサービス名を含みません。
  - 6 提出期限：〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒に入れてポストにご投函ください。  
なお、本調査の回答は統計的に処理するもので、調査の目的以外の使用や個人にご迷惑をおかけすることはありません。
- ★ この調査について、ご不明な点がございましたら、介護保険課にお問い合わせください。

藤沢市 福祉部 介護保険課 電話 50-8270 (直通)  
FAX 50-8443

※ この調査票は、ご本人様(あなた)の状況をお聞きするものです。

質問中の「あなた本人」とは、要介護(要支援)認定を受けている方を指します。

あなたやご家族の状況について、おたずねします。

問1 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. あなた本人         | 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. その他              |

問2 あなた本人の家族構成についてご回答ください。(1つだけ○印)

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. ひとり暮らし            | 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( )            |                      |

問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つだけ○印)

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

問4 あなた本人は、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか(1つだけ○印)

- |                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 1. 介護・介助は必要ない               | → <u>問6へ</u> |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない | → <u>問6へ</u> |
| 3. 現在、何らかの介護・介助を受けている       |              |

問5 《問4で「3.」に回答した方のみ》

主にどなたの介護・介助を受けていますか。(1つだけ○印)

- |                |           |          |
|----------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者         | 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( ) |          |

⇒ 「1. ～6. 」と回答された場合、問67～問70にもご協力ください。

問6 特定のかかりつけの医師や歯科医師、薬局がありますか。(それぞれ1つに○印)

(1) かかりつけの医師	1. いる	2. いない
(2) かかりつけの歯科医師	1. いる	2. いない
(3) かかりつけの薬剤師・薬局	1. ある	2. ない

※『かかりつけ医』とは、日常的な診療の他にも、健康相談等、日頃からなんでも気軽に相談ができ、いざというときには専門医を紹介してくれる住まいの近くにいる医師のことです。

問7 入れ歯の使用状況について、ご回答ください。

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 入れ歯を使用している | 2. 入れ歯を使用していない |
|---------------|----------------|

問8 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。(1つだけ○印)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 何でもかんで食べることができる                    |
| 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある |
| 3. ほとんどかめない                           |

問9 定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか。

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

問10 あなた本人は、次のような通信機器をお持ちですか。(複数回答可)

- |             |            |         |
|-------------|------------|---------|
| 1. 携帯電話     | 2. スマートフォン | 3. パソコン |
| 4. タブレット型端末 | 5. 持っていない  |         |

問11 あなた本人は、過去1年間にインターネットを利用したことがありますか。(外出先など、利用場所や公私の別、通信機器を所有しているか等を問わず、あらゆる場合を含みます。)

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

問12 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、運動量に変化はありますか。(1つだけ○印)

- |         |          |         |
|---------|----------|---------|
| 1. 減少した | 2. 変わらない | 3. 増加した |
|---------|----------|---------|

問13 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、不調と感じるようになった身体の症状等をご回答ください。(複数回答可)

- |             |             |            |
|-------------|-------------|------------|
| 1. 腰痛       | 2. ひざの痛み    | 3. 目の疲れ    |
| 4. 肩こり      | 5. 体重の増減    | 6. 不眠・睡眠不足 |
| 7. 姿勢が悪くなった | 8. 血圧の上昇    | 9. むくみ・冷え  |
| 10. めまい・しびれ | 11. 動機・息苦しさ | 12. 食欲不振   |
| 13. 不調はない   | 14. その他( )  |            |

問14 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、日常生活の中で減少した行動はありますか。(複数回答可)

- |              |              |            |
|--------------|--------------|------------|
| 1. 外食        | 2. 旅行        | 3. 友人等への訪問 |
| 4. 老人クラブ等の活動 | 5. 日常的な買い物   | 6. 散歩      |
| 7. 通院        | 8. 減少した行動はない | 9. その他( )  |

問15 新型コロナウイルス感染症発生前と現在を比較して、日常生活の中で増加した行動はありますか。(複数回答可)

- |              |              |           |
|--------------|--------------|-----------|
| 1. テレビの視聴時間  | 2. 読書        | 3. 料理     |
| 4. 体操等の運動の時間 | 5. 増加した行動はない | 6. その他( ) |

**介護保険サービスについて、おたずねします。**

**問16** あなた本人が現在認定されている介護度をご回答ください。(1つだけ○印)

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

**問17** 要介護認定を初めて申請したときの目的は何ですか。(1つだけ○印)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 介護保険サービス(住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く)を受けるため |
| 2. 介護保険の住宅改修または福祉用具貸与・購入のサービスを受けるため  |
| 3. 将来に備えるなど、念のために申込みをしたため            |
| 4. 配偶者が要介護認定を受けるので、一緒に受けたほうが良いと思ったため |
| 5. 知り合いが要介護認定を受けているため                |
| 6. 医師や家族などから要介護認定を受けるよう勧められたため       |
| 7. 病気や骨折等で入院し、退院後の見通しが立たなかったため       |
| 8. 特に理由はない                           |
| 9. その他( )                            |
| 10. わからない                            |

**問18** 令和3年12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. 利用した    | → <b>問 20 へ</b> |
| 2. 利用していない |                 |

**問19** 《問18で「2. 利用していない」と回答した方のみ》

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(複数回答可)

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない  |
| 2. 家族などが介護をしてくれるため必要ない      |
| 3. 病院など医療機関に入院している          |
| 4. 病院への通院など、医療やリハビリを受けている   |
| 5. 介護保険外のサービスで足りている         |
| 6. 以前、利用していたサービスに不満があった     |
| 7. 利用したいサービスが利用できない、身近にない   |
| 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. 利用料を支払うのが難しい             |
| 10. 他人(サービス事業者)を自宅に入れたくない   |
| 11. その他( )                  |

➡ **回答後、問 23 へ**

問20 《問18で「1. 利用した」と回答した方のみ》

以下の A～M までの介護保険サービスについて、令和3年12月の1か月間の利用状況をご回答ください。(それぞれ1つに○印)

また、利用したサービスの満足度をご回答ください。(それぞれ1つに○印)

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○印)					利用したサービスの満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	週1～2回	週3～4回	ほぼ毎日	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
(回答例)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
A. 訪問介護(訪問型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
B. 訪問入浴介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
C. 訪問看護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
D. 訪問リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
E. 通所介護(地域密着型・認知症対応型・通所型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
F. 通所リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
G. 夜間対応型訪問介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
H. 居宅療養管理指導	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5

	利用の有無(それぞれ1つに○印)			満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	利用した	わからない(不明)	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
I. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	1	2	3	4	5
J. 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
K. 看護小規模多機能居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
L. 福祉用具貸与	1	2	3	1	2	3	4	5

	1か月あたりの利用日数(いずれか1つに○印)					満足度(いずれか1つに○印)				
	利用していない	月2～7日	月8～14日	月15日以上	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
M. ショートステイ	0日	2～7日	8～14日	15日以上	不明	1	2	3	4	5

**問21 《問18で「1. 利用した」と回答した方のみ》**

介護保険サービスを利用する場合には、サービスの計画(ケアプラン)に基づいてサービスを利用する必要があります。ケアプランを作成するのは、主にケアマネジャーと呼ばれる介護の専門の方ですが、あなたは、現在のケアプランやケアマネジャー等の対応に満足していますか。(1つだけ○印)

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 満足        | → <u>問 23 へ</u> |
| 2. まあ満足      | → <u>問 23 へ</u> |
| 3. どちらともいえない | → <u>問 23 へ</u> |
| 4. やや不満      |                 |
| 5. 不満        |                 |

**問22 《問21で「4. やや不満」「5. 不満」のいずれかに回答した方のみ》**

どのようなことに不満がありますか。(複数回答可)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 専門的な知識や経験が不足している             |
| 2. ケアプラン内容やサービス利用の目的などの説明が十分でない |
| 3. 言葉遣いや態度が適切でない                |
| 4. 本人・家族の希望や悩みなどをあまり聞いてくれない     |
| 5. その他( )                       |

**問23 現在、利用している『介護保険外』のサービスがあれば、その内容をご回答ください。  
(複数回答可)**

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 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(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.利用していない         |                   |

**問24 現在の暮らしの状況からみて、あなた本人が支払っている介護保険料額について、どのように思いますか。(1つだけ○印)**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. 高い   | 2. やや高い | 3. 妥当    |
| 4. やや安い | 5. 安い   | 6. わからない |

〈参考〉 保険料基準月額 藤沢市 5,500 円、神奈川県平均 6,028 円、全国平均 6,014 円

**問25** 介護保険サービスの財源は、その一部が保険料で賄われているため、介護保険施設等の整備によりサービス提供量が増えると保険料が高くなる仕組みになっています。今後の保険とサービスのあり方について、あなたの考えに近いものをご回答ください。  
(1つだけ○印)

1. 保険料額が高くても、介護サービス量が充実している方が良い
2. 保険料額も介護サービス量も、今くらいが妥当である
3. 介護サービス量の充実は無くてもよいので、保険料額は低い方がよい
4. その他( )
5. わからない

介護における相談などについて、おたずねします。

問26 健康や福祉、介護のことなどで困ったときは、どちらに相談していますか。  
(特にあてはまるもの5つまで○印可)

1. 家族や親戚
2. 友人・知人や近所の人
3. 民生委員
4. 市役所・地区福祉窓口・CSW
5. いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)
6. 介護サービス事業所
7. 老人福祉センター
8. 地域の縁側
9. 病院・診療所
10. 薬局・薬剤師
11. どこに相談にいったらよいかわからない
12. その他 ( )
13. 特に困ったことはない

※CSW(コミュニティソーシャルワーカー)とは、地域において生活上の課題を抱える個人や家族に対する個別支援と、それらの人々が暮らす生活圏の環境整備や住民のネットワーク化といった地域支援を行う者です。

問27 市内19カ所に設置している「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」をご存じですか。(1つだけ○印)

1. 知っていて、利用したことがある
2. 知っているが、利用したことはない → [問 29 へ](#)
3. 知らない(今回の調査で知った) → [問 30 へ](#)

問28 《問27で「1. 知っていて、利用したことがある」と回答した方のみ》  
利用した結果に満足しましたか。(1つだけ○印)

1. 満足している
2. まあ満足
3. どちらともいえない
4. やや不満である
5. 不満である

➡ [回答後、問 29 へ](#)

**問29 《問27で「1. 知っていて、利用したことがある」「2. 知っているが、利用したことはない」のいずれかに回答した方のみ》**

「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」を何で知りましたか。(複数回答可)

1. 市役所・地区福祉窓口への相談・問い合わせ
2. 市の広報・ホームページ
3. 市民センター・公民館などの市の施設にあるチラシ・パンフレット
4. 民生委員からの紹介
5. 知人・友人や近所の人からの紹介
6. 介護サービス事業所
7. その他 ( )

**問30 認知症の症状がある、又は家族に認知症の症状がある人がいますか。**

1. はい
2. いいえ

**問31 認知症に関する相談窓口を知っていますか。**

1. はい
2. いいえ

**問32 今後、増加が予想される認知症の方への取り組みとして、市はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。(複数回答可)**

1. 認知症への正しい知識と理解をもってもらうための啓発・情報提供
2. 認知症のことを相談できる窓口・体制の充実
3. できるだけ早い段階から、医療・介護などのサポートを利用できる仕組みづくり
4. 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
5. 家族の仕事と介護の両立支援などを含めた、経済的負担を減らす取組
6. 認知症の人を地域で見守る体制の充実
7. 認知症であっても、地域、社会に関わっていける場づくり
8. 日常生活の中で必要となる財産管理などへの支援の充実
9. 認知症の人が利用できる介護施設の充実
10. その他 ( )
11. わからない



※ ここからは、介護度が「要支援1・2」と「要介護1・2」の方のみ、ご回答ください。

介護予防などの事業の参考とするため、おたずねします。

問36 階段を手すりや壁をつたわずに上れていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問37 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がられていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問38 15分程度を歩くことができますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問39 過去1年間の間に転んだ経験はありますか。(1つだけ○印)

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

問40 転倒に対する不安は大きいですか。(1つだけ○印)

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

問41 週に1回以上は外出していますか。(1つだけ○印)

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

問42 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つだけ○印)

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

問43 身長・体重をご記入ください。

<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> cm				<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> kg			

問44 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 |
|-------|--------|

問45 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 |
|-------|--------|

問46 歯の数と入れ歯の利用状況をご回答ください。(1つだけ○印)

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 20 本以上、かつ入れ歯を利用 | 2. 20 本以上、入れ歯の利用なし |
| 3. 19 本            | 4. 減っていない          |

※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です。

問47 どなたかと食事をとる機会がありますか。(1つだけ○印)

- |            |            |
|------------|------------|
| 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48 物忘れが多いと感じますか。

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

問49 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つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問50 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問51 自分で食事の用意をしていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問52 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問53 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つだけ○印)

- |             |              |         |
|-------------|--------------|---------|
| 1. できる、している | 2. できるがしていない | 3. できない |
|-------------|--------------|---------|

問54 次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。(1つだけ○印)

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

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

問55 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(1つだけ○印)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. ぜひ参加したい | 2. 参加してもよい  |
| 3. 参加したくない | 4. 既に参加している |

問56 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(1つだけ○印)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. ぜひ参加したい | 2. 参加してもよい  |
| 3. 参加したくない | 4. 既に参加している |

問57 あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人がいれば教えてください。(複数回答可)

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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58 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげている人を教えてください。(複数回答可)

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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59 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を教えてください。(複数回答可)

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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60 反対に、看病や世話をしてあげている人を教えてください。(複数回答可)

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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61 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つだけ○印)

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

問62 あなたは、現在どの程度幸せですか。

(1つだけ○印。「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご回答ください。)

不幸											幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

問63 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 |
|-------|--------|

問64 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

問65 タバコは吸っていますか。

1. はい

2. いいえ

問66 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. なし
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( )

**ご本人様(あなた)の「主な介護者」の方について、おたずねします。**

※問5にて「1. ～6.」と回答された場合のみ、ご回答ください。

※「主な介護者」の方がご回答ください。「主な介護者」の方のご記入が難しい場合は、ご本人様(あなた)がわかる範囲で、ご回答・ご記入をお願いいたします。

**問 67 主な介護者の方の年齢をご回答ください。**

- |          |                |            |
|----------|----------------|------------|
| 1. 18歳未満 | 2. 18歳以上～29歳以下 | 3. 30代～60代 |
| 4. 70代   | 5. 80歳以上       | 6. わからない   |

**問 68 主な介護者の方は、「ダブルケア」の状況にありますか。同居・別居は問いません。**

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

※「ダブルケア」とは、未就学の子(孫)などの育児等をしつつ、親(義親)あるいは親族の介護を同時に担う状況にあることをいいます。

**問 69 主な介護者の方が、市へ最も望む支援は何ですか。(1つだけ○印)**

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 介護者の休息が取れるようなサービスの充実   |
| 2. 介護者が相談できる体制の充実         |
| 3. 介護者が悩み等を話せる交流の場の充実     |
| 4. 家族介護教室などの介護技術を学ぶ場の充実   |
| 5. 介護者に対する地域や職場の理解の促進     |
| 6. 介護保険外(配食や見守りなど)サービスの充実 |
| 7. その他 ( )                |
| 8. 特にない                   |

**問 70 主な介護者の方から、本市の介護保険行政に対して、ご意見・ご要望があれば、どのようなことでもかまいませんので、ご自由にご記入ください。**


ありがとうございました。質問は以上で終わりです。  
○月○日(○)までに同封の返信用封筒に入れて、ポストにご投函ください。

新

※ この調査票は、ご本人様(あなた)の状況をお聞きするものです。  
質問中の「あなた本人」とは、要介護(要支援)認定を受けている方を指します。

あなたやご家族の状況について、おたずねします。

問1 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) 問1

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. あなた本人         | 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. その他              |

問2 あなた本人の家族構成についてご回答ください。(1つだけ○印) 問5

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. ひとり暮らし            | 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( )            |                      |

問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つだけ○印) 新

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

問4 あなた本人は、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか(1つだけ○印) 新

- |                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 1. 介護・介助は必要ない               | → 問6へ |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない | → 問6へ |
| 3. 現在、何らかの介護・介助を受けている       |       |

問5 《問4で「3.」に回答した方のみ》

主にどなたの介護・介助を受けていますか。(1つだけ○印) 問15

- |                          |       |          |
|--------------------------|-------|----------|
| 1. 配偶者                   | 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( ) |       |          |

→ 「1. ～6.」と回答された場合、問67～問70にもご協力ください。

問6 特定のかかりつけの医師や歯科医師、薬局がありますか。(それぞれ1つに○印) 問34

(1) かかりつけの医師	1. いる	2. いない
(2) かかりつけの歯科医師	1. いる	2. いない
(3) かかりつけの薬剤師・薬局	1. ある	2. ない

※『かかりつけ医』とは、日常的な診療の他にも、健康相談等、日頃からなんでも気軽に相談ができ、いざというときには専門医を紹介してくれる住まいの近くにいる医師のことです。

旧

令和4年度  
第1回藤沢市介護保険運営協議会  
資料3-3

~~この調査票は、ご本人様(あなた)及び「主な介護者」の状況をお聞きするものです。  
※問20から問26は「主な介護者」の方がご回答ください。「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(あなた)がわかる範囲で、ご回答・ご記入をお願いします。~~

※ 質問中の「あなた」とは、要介護(要支援)認定を受けている方を指します。

あなたやご家族の生活状況について、おたずねします。

問1 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) 問1

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. あなた本人         | 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. その他              |

問2 あなた本人の性別についてご回答ください。

- |      |      |
|------|------|
| 1. 男 | 2. 女 |
|------|------|

問3 あなた本人の年齢についてご回答ください。(1つだけ○印)

- |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満  | 2. 65～69歳 | 3. 70～74歳 |
| 4. 75～79歳 | 5. 80～84歳 | 6. 85～89歳 |
| 7. 90歳以上  |           |           |

問4 あなた本人のお住まいの地区についてご回答ください。(1つだけ○印)

- |        |        |         |           |         |
|--------|--------|---------|-----------|---------|
| 1. 片瀬  | 2. 鶴沼  | 3. 辻堂   | 4. 村岡     | 5. 藤沢   |
| 6. 明治  | 7. 善行  | 8. 湘南大庭 | 9. 六会     | 10. 湘南台 |
| 11. 遠藤 | 12. 長後 | 13. 御所見 | 14. わからない |         |

問5 あなた本人の家族構成についてご回答ください。(1つだけ○印) 問2

- |            |       |
|------------|-------|
| 1. ひとり暮らし  | → 問7へ |
| 2. 夫婦のみの世帯 |       |
| 3. 子と同居    |       |
| 4. その他( )  |       |

問6 《問5で「2.」から「4.」のいずれかに回答した方のみ》

日中、一人になることはありますか。(1つだけ○印)

- |       |             |             |           |
|-------|-------------|-------------|-----------|
| 1. ない | 2. 週に1～2日ある | 3. 週に3～4日ある | 4. ほぼ毎日ある |
|-------|-------------|-------------|-----------|

問7 入れ歯の使用状況について、ご回答ください。 **新**

1. 入れ歯を使用している                      2. 入れ歯を使用していない

問8 食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。(1つだけ○印) **新**

1. 何でもかんで食べることができる  
2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある  
3. ほとんどかめない

問9 定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか。 **新**

1. はい    2. いいえ

問10 あなた本人は、次のような通信機器をお持ちですか。(複数回答可) **新**

1. 携帯電話                      2. スマートフォン                      3. パソコン  
4. タブレット型端末                      5. 持っていない

問11 あなた本人は、過去1年間にインターネットを利用したことがありますか。(外出先など、利用場所や公私の別、通信機器を所有しているか等を問わず、あらゆる場合を含みます。) **新**

1. はい    2. いいえ

問12 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、運動量に変化はありますか。(1つだけ○印) **新**

1. 減少した                      2. 変わらない                      3. 増加した

問13 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、不調と感じるようになった身体の症状等をご回答ください。(複数回答可) **新**

1. 腰痛                      2. ひざの痛み                      3. 目の疲れ  
4. 肩こり                      5. 体重の増減                      6. 不眠・睡眠不足  
7. 姿勢が悪くなった                      8. 血圧の上昇                      9. むくみ・冷え  
10. めまい・しびれ                      11. 動機・息苦しさ                      12. 食欲不振  
13. 不調はない                      14. その他(                      )

問7 あなた本人が現在認定されている介護度をご回答ください。(1つだけ○印) **問16**

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

問8 施設等への入所・入居の申し込み状況について、ご回答ください。また、申し込みをしている方は、何カ所申し込みをしているかもご回答ください。

該当するものに○印(複数選択可)	数字を記入
1. 特別養護老人ホームに申し込みをしている	( )カ所
2. 介護老人保健施設に申し込みをしている	( )カ所
3. 介護療養型医療施設に申し込みをしている	( )カ所
4. 介護医療院に申し込みをしている	( )カ所
5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)に申し込みをしている	( )カ所
6. 介護付き有料老人ホームに申し込みをしている	( )カ所
7. 住宅型有料老人ホームに申し込みをしている	( )カ所
8. サービス付き高齢者向け住宅に申し込みをしている	( )カ所
9. 入所・入居の申込みはしていない	

**問14** 新型コロナウイルス感染症が社会に影響を与える前と現在を比較して、日常生活の中で減少した行動はありますか。(複数回答可) **新**

- |              |              |            |
|--------------|--------------|------------|
| 1. 外食        | 2. 旅行        | 3. 友人等への訪問 |
| 4. 老人クラブ等の活動 | 5. 日常的な買い物   | 6. 散歩      |
| 7. 通院        | 8. 減少した行動はない | 9. その他( )  |

**問15** 新型コロナウイルス感染症発生前と現在を比較して、日常生活の中で増加した行動はありますか。(複数回答可) **新**

- |              |              |           |
|--------------|--------------|-----------|
| 1. テレビの視聴時間  | 2. 読書        | 3. 料理     |
| 4. 体操等の運動の時間 | 5. 増加した行動はない | 6. その他( ) |

**問9** あなた本人が現在抱えている傷病について、ご回答ください。(複数選択可)

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

**問10** 歯の数について、ご回答ください。 **問46**

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 自分の歯は20本以上 | 2. 自分の歯は19本以下 |
|---------------|---------------|

※かぶせている歯も1本と数えます。(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

**問11** 入れ歯の使用状況について、ご回答ください。 **問46**

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 入れ歯を使用している | 2. 入れ歯を使用していない |
|---------------|----------------|

**問12** 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。(1つだけ○印)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 何でもかんで食べることができる                    |
| 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある |
| 3. ほとんどかめない                           |

介護保険サービスについて、おたずねします。

問16 あなた本人が現在認定されている介護度をご回答ください。(1つだけ○印) 問7

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

問17 要介護認定を初めて申請したときの目的は何ですか。(1つだけ○印) 問13

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 介護保険サービス(住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く)を受けるため |
| 2. 介護保険の住宅改修または福祉用具貸与・購入のサービスを受けるため  |
| 3. 将来に備えるなど、念のために申込みをしたため            |
| 4. 配偶者が要介護認定を受けるので、一緒に受けたほうが良いと思ったため |
| 5. 知り合いが要介護認定を受けているため                |
| 6. 医師や家族などから要介護認定を受けるよう勧められたため       |
| 7. 病気や骨折等で入院し、退院後の見通しが立たなかったため       |
| 8. 特に理由はない                           |
| 9. その他( )                            |
| 10. わからない                            |

問18 令和3年12月の1か月の間に、介護保険サービスを利用しましたか。 問27

- |                |
|----------------|
| 1. 利用した → 問20へ |
| 2. 利用していない     |

問19 《問18で「2. 利用していない」と回答した方のみ》

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(複数回答可) 問28

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない  |
| 2. 家族などが介護をしてくれるため必要ない      |
| 3. 病院など医療機関に入院している          |
| 4. 病院への通院など、医療やリハビリを受けている   |
| 5. 介護保険外のサービスで足りている         |
| 6. 以前、利用していたサービスに不満があった     |
| 7. 利用したいサービスが利用できない、身近にない   |
| 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. 利用料を支払うのが難しい             |
| 10. 他人(サービス事業者)を自宅に入れたくない   |
| 11. その他( )                  |

⇒ 回答後、問23へ

問13 要介護認定を初めて申請したときの目的は何ですか。(1つだけ○印) 問17

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 介護保険サービス(住宅改修、福祉用具貸与・購入を除く)を受けるため |
| 2. 介護保険の住宅改修または福祉用具貸与・購入のサービスを受けるため  |
| 3. 将来に備えるなど、念のために申込みをしたため            |
| 4. 配偶者が要介護認定を受けるので、一緒に受けたほうが良いと思ったため |
| 5. 知り合いが要介護認定を受けているため                |
| 6. 医師や家族などから要介護認定を受けるよう勧められたため       |
| 7. 病気や骨折等で入院し、退院後の見通しが立たなかったため       |
| 8. 特に理由はない                           |
| 9. その他( )                            |
| 10. わからない                            |

問14 ご家族やご親族の方からの介護・介助(内容は問18を参照ください)は、どのくらいの頻度でありますか。(同居していない子どもや親族等からの介護・介助を含む)(1つだけ○印)

- |                         |
|-------------------------|
| 1. <del>ない</del> → 問27へ |
| 2. 月に1〜2日程度             |
| 3. <del>週に1〜2日ある</del>  |
| 4. 週に3〜4日ある             |
| 5. <del>ほぼ毎日ある</del>    |

問15から問19は、問14で「2.」から「5.」のいずれかに回答した方におたずねします。

問15 《問14で「2.」から「5.」のいずれかに回答した方のみ》

主にどなたの介護・介助を受けていますか。(1つだけ○印) 問5

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

問16 《問14で「2.」から「5.」のいずれかに回答した方のみ》

主に介護・介助している方(以下「主な介護者の方」と)との同居の有無について、ご回答ください。

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. 主な介護者の方と同居している | 2. 主な介護者の方とは同居していない |
|-------------------|---------------------|

**問20 《問18で「1. 利用した」と回答した方のみ》**

以下の A～M までの介護保険サービスについて、令和3年12月の1か月間の利用状況をご回答ください。(それぞれ1つに○印)

また、利用したサービスの満足度をご回答ください。(それぞれ1つに○印) **問 29**

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○印)					利用したサービスの満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	週1～2回	週3～4回	ほぼ毎日	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
<b>(回答例)</b>	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
A. 訪問介護(訪問型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
B. 訪問入浴介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
C. 訪問看護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
D. 訪問リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
E. 通所介護(地域密着型・認知症対応型・通所型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
F. 通所リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
G. 夜間対応型訪問介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
H. 居宅療養管理指導	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5

	利用の有無(それぞれ1つに○印)			満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	利用した	わからない(不明)	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
I. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	1	2	3	4	5
J. 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
K. 看護小規模多機能居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
L. 福祉用具貸与	1	2	3	1	2	3	4	5

	1か月あたりの利用日数(いずれか1つに○印)					満足度(いずれか1つに○印)				
	利用していない	月2～7日	月8～14日	月15日以上	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
M. ショートステイ	0日	2～7日	8～14日	15日以上	不明	1	2	3	4	5

**問17 《問14で「2. 」から「5. 」のいずれかに回答した方のいずれかに回答した方のみ》**

主な介護者の方の年齢をご回答ください。(1つだけ○印) **問 67**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 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18 《問14で「2. 」から「5. 」のいずれかに回答した方のみ》**

主な介護者の方から受けている介護・介助について、ご回答ください。(複数選択可)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄               | 2. 夜間の排泄                |
| 3. 食事の介助(食べる時)         | 4. 食事の準備(調理等)           |
| 5. 入浴・洗身               | 6. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)       |
| 7. 衣服の着脱               | 8. 屋内の移乗・移動             |
| 9. 外出の付き添い、送迎等         | 10. 服薬                  |
| 11. 認知症状への対応           | 12. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) |
| 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    |
| 15. その他( )             | 16. わからない               |

**問19 《問14で「2. 」から「5. 」のいずれかに回答した方のみ》**

ご家族やご親族の中で、あなたの介護・介助を主な理由として、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勤務形態は問いません。(複数回答可)

- |   |
|---|
| <del>1. 介護・介助のために仕事を辞めた家族・親族はいない</del>      |
| <del>2. 主な介護者の方が仕事を辞めた(転職を除く)</del>         |
| <del>3. 主な介護者の方以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職を除く)</del> |
| <del>4. 主な介護者の方が転職した</del>                  |
| <del>5. 主な介護者の方以外の家族・親族が転職した</del>          |
| 6. わからない                                    |

**問21 《問18で「1. 利用した」と回答した方のみ》**

介護保険サービスを利用する場合には、サービスの計画(ケアプラン)に基づいてサービスを利用する必要があります。ケアプランを作成するのは、主にケアマネジャーと呼ばれる介護の専門の方ですが、あなたは、現在のケアプランやケアマネジャー等の対応に満足していますか。(1つだけ○印) **問30**

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. 満足        | → <b>問23へ</b> |
| 2. まあ満足      | → <b>問23へ</b> |
| 3. どちらともいえない | → <b>問23へ</b> |
| 4. やや不満      |               |
| 5. 不満        |               |

**問22 《問21で「4. やや不満」「5. 不満」のいずれかに回答した方のみ》**

どのようなことに不満がありますか。(複数回答可) **問31**

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 専門的な知識や経験が不足している             |
| 2. ケアプラン内容やサービス利用の目的などの説明が十分でない |
| 3. 言葉遣いや態度が適切でない                |
| 4. 本人・家族の希望や悩みなどをあまり聞いてくれない     |
| 5. その他( )                       |

**問23 現在、利用している『介護保険外』のサービスがあれば、その内容をご回答ください。(複数回答可) 問33**

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 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(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. 利用していない        |                   |

**問24 現在の暮らしの状況からみて、あなた本人が支払っている介護保険料額について、どのように思いますか。(1つだけ○印) 問37**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. 高い   | 2. やや高い | 3. 妥当    |
| 4. やや安い | 5. 安い   | 6. わからない |

〈参考〉 保険料基準月額 藤沢市 5,500 円、 神奈川県平均 6,028 円、 全国平均 6,014 円

**問20から問26は、主な介護者の方におたずねします。**

**※ 主な介護者の方のご回答が難しい場合は、あなたがわかる範囲で、ご回答をお願いします。**

**問20 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○印可)**

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄               | 2. 夜間の排泄                |
| 3. 食事の介助(食べる時)         | 4. 食事の準備(調理等)           |
| 5. 入浴・洗身               | 6. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)       |
| 7. 衣服の着脱               | 8. 屋内の移乗・移動             |
| 9. 外出の付き添い、送迎等         | 10. 服薬                  |
| 11. 認知症状への対応           | 12. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) |
| 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    |
| 15. 介護にかかる費用負担         | 16. 一人にしておくことができない      |
| 17. 状態の悪化              | 18. その他( )              |
| 19. 不安に感じていることは、特にない   | 20. わからない               |

**問21 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つだけ○印)**

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. フルタイムで働いている     |               |
| 2. パートタイム(※)で働いている |               |
| 3. 働いていない          | ⇒ <b>問25へ</b> |
| 4. わからない           | ⇒ <b>問25へ</b> |

※「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22から問24は、問21で「1.」「2.」のいずれかに回答した方におたずねします。**

**問22 《問21で「1.」「2.」のいずれかに回答した方のみ》**

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。(複数回答可)

- |   |
|---|
| 1. 特に行っていない                                   |
| 2. 「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. 「休暇(年休や介護休暇等)」を取りながら、働いている                 |
| 4. 「在宅勤務」を利用しながら、働いている                        |
| 5. 2～4以外の調整をしながら、働いている                        |
| 6. わからない                                      |

**問25** 介護保険サービスの財源は、その一部が保険料で賄われているため、介護保険施設等の整備によりサービス提供量が増えると保険料が高くなる仕組みになっています。今後の保険とサービスのあり方について、あなたの考えに近いものをご回答ください。

(1つだけ○印) **問38**

1. 保険料額が高くても、介護サービス量が充実している方がよい
2. 保険料額も介護サービス量も、今くらいが妥当である
3. 介護サービス量の充実は無くてよいので、保険料額は低い方がよい
4. その他( )
5. わからない

**問23** 《問21で「1.」「2.」のいずれかに回答した方のみ》

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○印可)

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. 介護休業等の制度を利用しやすい風土・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. わからない

**問24** 《問21で「1.」「2.」のいずれかに回答した方のみ》

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つだけ○印)

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. わからない

**問25** 主な介護者の方は、「ダブルケア」の状況にありますか。同居・別居は問いません。 **問68**

1. はい
2. いいえ

※「ダブルケア」とは、未就学の子(孫)などの育児等をしつつ、親(義親)あるいは親族の介護を同時に担う状況にあることをいいます。

**問26** 主な介護者の方が、市へ最も望む支援は何ですか。(1つだけ○印) **問69**

1. 介護者の休息が取れるようなサービスの充実
2. 介護者が相談できる体制の充実
3. 介護者が悩み等を話せる交流の場の充実
4. 家族介護教室などの介護技術を学ぶ場の充実
5. 介護者に対する地域や職場の理解の促進
6. 介護保険外(配食や見守りなど)サービスの充実
7. その他( )
8. 特にない

介護における相談などについて、おたずねします。

問26 健康や福祉、介護のことなどで困ったときは、どちらに相談していますか。  
(特にあてはまるもの5つまで○印可) 問 49

1. 家族や親戚
2. 友人・知人や近所の人
3. 民生委員
4. 市役所・地区福祉窓口・CSW
5. いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)
6. 介護サービス事業所
7. 老人福祉センター
8. 地域の縁側
9. 病院・診療所
10. 薬局・薬剤師
11. どこに相談にいったらよいかわからない
12. その他 ( )
13. 特に困ったことはない

※CSW(コミュニティソーシャルワーカー)とは、地域において生活上の課題を抱える個人や家族に対する個別支援と、それらの人々が暮らす生活圏の環境整備や住民のネットワーク化といった地域支援を行う者です。

問27 市内19カ所に設置している「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」をご存じですか。(1つだけ○印) 問50

1. 知っていて、利用したことがある → 問 29 へ
2. 知っているが、利用したことはない → 問 30 へ
3. 知らない(今回の調査で知った) → 問 30 へ

問28 《問27で「1. 知っていて、利用したことがある」と回答した方のみ》  
利用した結果に満足しましたか。(1つだけ○印) 問 51

1. 満足している
2. まあ満足
3. どちらともいえない
4. やや不満である
5. 不満である

⇒ 回答後、問 29 へ

介護保険サービスについて、おたずねします。

問27 令和元年12月の1か月の間に、介護保険サービスを利用しましたか。 問18

1. 利用した → 問 29 へ
2. 利用していない

問28 《問27で「2. 利用していない」と回答した方のみ》

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(複数回答可) 問 19

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 家族などが介護をしてくれるため必要ない
3. 病院など医療機関に入院している
4. 病院への通院など、医療やリハビリを受けている
5. 介護保険外のサービスで足りている
6. 以前、利用していたサービスに不満があった
7. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
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. 利用料を支払うのが難しい
10. 他人(サービス事業者)を自宅に入れたくない
11. その他 ( )

⇒ 回答後、問 32 へ

**問29 《問27で「1. 知っていて、利用したことがある」「2. 知っているが、利用したことはない」のいずれかに回答した方のみ》 問52**

「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」を何で知りましたか。(複数回答可)

1. 市役所・地区福祉窓口への相談・問い合わせ
2. 市の広報・ホームページ
3. 市民センター・公民館などの市の施設にあるチラシ・パンフレット
4. 民生委員からの紹介
5. 知人・友人や近所の人からの紹介
6. 介護サービス事業所
7. その他 ( )

**問30 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。 新**

1. はい
2. いいえ

**問31 認知症に関する相談窓口を知っていますか。 新**

1. はい
2. いいえ

**問32 今後、増加が予想される認知症の方への取り組みとして、市はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。(複数回答可) 問53**

1. 認知症への正しい知識と理解をもってもらうための啓発・情報提供
2. 認知症のことを相談できる窓口・体制の充実
3. できるだけ早い段階から、医療・介護などのサポートを利用できる仕組みづくり
4. 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
5. 家族の仕事と介護の両立支援などを含めた、経済的負担を減らす取組
6. 認知症の人を地域で見守る体制の充実
7. 認知症であっても、地域、社会に関わっていただける場づくり
8. 日常生活の中で必要となる財産管理などへの支援の充実
9. 認知症の人が利用できる介護施設の充実
10. その他 ( )
11. わからない

**問29 《問27で「1. 利用した」と回答した方のみ》**

以下のA～Mまでの介護保険サービスについて、令和元年12月の1か月間の利用状況をご回答ください。(それぞれ1つに○印)

また、利用したサービスの満足度をご回答ください。(それぞれ1つに○印) 問20

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○印)					利用したサービスの満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	週1～2回	週3～4回	ほぼ毎日	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
<b>(回答例)</b>	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
A. 訪問介護(訪問型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
B. 訪問入浴介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
C. 訪問看護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
D. 訪問リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
E. 通所介護(地域密着型・認知症対応型・通所型サービス)	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
F. 通所リハビリテーション	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
G. 夜間対応型訪問介護	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5
H. 居宅療養管理指導	0回	1～2回	3～4回	5回以上	不明	1	2	3	4	5

	利用の有無(それぞれ1つに○印)			満足度(それぞれ1つに○印)				
	利用していない	利用した	わからない(不明)	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
I. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	1	2	3	4	5
J. 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
K. 看護小規模多機能型居宅介護	1	2	3	1	2	3	4	5
L. 福祉用具貸与	1	2	3	1	2	3	4	5

	1か月あたりの利用日数(いずれか1つに○印)					満足度(いずれか1つに○印)				
	利用していない	月2～7日	月8～14日	月15日以上	わからない	満足	まあ満足	どちらともいえない	やや不満	不満
M. ショートステイ	0日	2～7日	8～14日	15日以上	不明	1	2	3	4	5



※ ここからは、介護度が「要支援1・2」と「要介護1・2」の方のみ、ご回答ください。

介護予防などの事業の参考とするため、おたずねします。

問36 階段を手すりや壁をつたわずに上れていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している      2. できるがしていない      3. できない

問37 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がられていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している      2. できるがしていない      3. できない

問38 15分程度を歩くことができますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している      2. できるがしていない      3. できない

問39 過去1年間の間に転んだ経験はありますか。(1つだけ○印) **新**

1. 何度もある      2. 1度ある      3. ない

問40 転倒に対する不安は大きいですか。(1つだけ○印) **新**

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

問41 週に1回以上は外出していますか。(1つだけ○印) **問42?**

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

問42 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つだけ○印) **新**

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

問43 身長・体重をご記入ください。 **新**

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> cm				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> kg				

ここから再び、全員の方におたずねします。

問92 自宅で生活するうえで、今後利用したい介護サービスはどれですか。1～24の番号に○印をつけてください。(複数回答可)

番号	種別	内容
1	訪問介護(のうち身体介護)	ホームヘルパーに自宅を訪問してもらい、食事や入浴、排せつ等の身体的な介護を受ける
2	訪問介護(のうち生活援助)	ホームヘルパーに自宅を訪問してもらい、清掃、洗濯、調理等の日常生活の援助を受ける
3	夜間対応型訪問介護	夜間帯の定期的な巡回訪問や通報により、ホームヘルパー等に自宅に訪問してもらい、排せつ等の介護や日常生活の援助を受ける
4	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間(24時間)を通じてホームヘルパーや看護職員が連携して、1日複数の定期的な巡回訪問や通報による訪問をしてもらい、介護・看護のサービスを受ける
5	訪問入浴介護	移動入浴車等で家を訪問してもらい、浴槽の持ち込みによる入浴介護を受ける
6	訪問看護	看護師に自宅を訪問してもらい、医師と連携を取りながら療養上の世話や必要な診察の補助を受ける
7	訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士等に自宅に訪問してもらい、医師の指示に基づき、必要なリハビリテーションを受ける
8	居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師等に自宅を訪問してもらい、療養上の管理及び指導を受ける
9	通所介護(地域密着型を含む)	デイサービスセンター(日帰り施設)等に通い、入浴・食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受ける
10	通所リハビリテーション	介護老人保健施設や病院等に通い、理学療法士や作業療法士等によるリハビリテーションを受ける
11	認知症対応型通所介護	認知症専門のデイサービスセンター(日帰り施設)等に通い、入浴・食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受ける
12	小規模多機能型居宅介護	通いサービスを中心として、自宅への訪問や短期間の宿泊サービスを組み合わせたサービスを受ける
13	看護小規模多機能型居宅介護	医療ニーズの高い方に対して、通いサービスを中心として、自宅への訪問看護や介護、短期間の宿泊サービスを組み合わせたサービスを受ける
14	特別養護老人ホーム(地域密着型を含む)	自宅での介護が困難な場合等に入所し、日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を受ける
15	介護老人保健施設	看護、医学的管理下での介護、機能訓練等が必要とする場合に入所し、在宅への復帰を目指して日常生活の世話や機能回復訓練等を受ける
16	介護医療院(介護療養型医療施設)	医学管理、看取り、ターミナルケア等を必要とする場合に入所し、日常生活の世話等を受ける
17	認知症対応型共同生活介護	認知症の方が、共同生活をしながら、入浴・食事の提供と介護、機能訓練、日常生活の世話を受ける
18	介護付き有料老人ホーム	施設に入所し、掃除や洗濯など身の回りの世話や、食事や入浴、排せつなどの介助サービスを受ける
19	住宅型有料老人ホーム	生活援助や緊急時の対応などが受けられ、介護が必要な場合は、外部サービス等を利用しながら生活できる
20	サービス付き高齢者向け住宅	安否確認やささまざまな生活支援サービスをうけることができる賃貸住宅
21	ショートステイ	特別養護法人ホームや介護老人保健施設等に短期入所し、日常生活の世話や機能訓練等を受ける
22	福祉用具貸与	車いすなどの日常生活の自立を助ける福祉用具の貸与を受ける
23	福祉用具購入・住宅改修	入浴援助用具や手すりなどにより住環境を整備する
24	利用したいサービスがない	

問44 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 **新**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問45 お茶や汁物等でむせることがありますか。 **新**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問46 歯の数と入れ歯の利用状況をご回答ください。(1つだけ○印) **問10、11**

1. 20本以上、かつ入れ歯を利用	2. 20本以上、入れ歯の利用なし
3. 19本	4. 減っていない

※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。

問47 どなたかと食事をともにする機会がありますか。(1つだけ○印) **新**

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48 物忘れが多いと感じますか。 **新**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問49 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つだけ○印) **新**

1. できる、している	2. できるがしていない	3. できない
-------------	--------------	---------

問50 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している	2. できるがしていない	3. できない
-------------	--------------	---------

問51 自分で食事の用意をしていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している	2. できるがしていない	3. できない
-------------	--------------	---------

問52 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している	2. できるがしていない	3. できない
-------------	--------------	---------

問33 現在、利用している『介護保険外サービス』の支援・サービスをご回答ください。  
(複数回答可) **問23**

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(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. 利用していない	

問34 特定のかかりつけの医師や歯科医師、薬局がありますか。(それぞれ1つに○印) **問6**

(1) かかりつけの医師	1. いる	2. いない
(2) かかりつけの歯科医師	1. いる	2. いない
(3) かかりつけの薬剤師・薬局	1. ある	2. ない

※『かかりつけ医』とは、日常的な診療の他にも、健康相談等、日頃からなんでも気軽に相談ができ、いざというときには専門医を紹介してくれる住まいの近くにいる医師のことです。

問35 あなたは、令和元年12月の1か月間に、医師や歯科医師、看護師などからの訪問により、診療を受けましたか。(1つだけ○印)

1. 受けた	→ 問37へ
2. 受けていない	
3. わからない	

問36 《問35で「1. 受けた」と回答した方のみ》

ご自宅を訪問しているのはどなたですか。また、訪問回数はどれくらいですか。  
(複数回答可)

1. 医師	(週——回)
2. 看護師	(週——回)
3. 歯科医師	(週——回)
4. 歯科衛生士	(週——回)
5. 薬剤師	(週——回)
6. 理学療法士・作業療法士など	(週——回)
7. その他( )	(週——回)

問53 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つだけ○印) **新**

1. できる、している      2. できるがしていない      3. できない

問54 次のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。(1つだけ○印) **新**

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

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

問55 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(1つだけ○印) **新**

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

問56 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(1つだけ○印) **新**

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

問57 あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人がいれば教えてください。(複数回答可) **新**

1. 配偶者      2. 同居の子  
3. 別居の子      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37 現在の暮らしの状況からみて、あなた本人が支払っている介護保険料額について、どのように思いますか。(1つだけ○印) **問24**

1. 高い      2. やや高い      3. 妥当  
4. やや安い      5. 安い      6. わからない

〈参考〉 保険料基準月額 藤沢市 4,700 円、神奈川県平均 5,737 円、全国平均 5,869 円

問38 介護保険サービスの財源は、その一部が保険料で賄われているため、介護保険施設等の整備によりサービス提供量が増えると保険料が高くなる仕組みになっています。今後の保険とサービスのあり方について、あなたの考えに近いものをご回答ください。

(1つだけ○印) **問25**

1. 保険料額が高くても、介護サービス量が充実している方がよい  
2. 保険料額も介護サービス量も、今くらいが妥当である  
3. 介護サービス量の充実は無くてもよいので、保険料額は低い方がよい  
4. その他 (      )  
5. わからない

~~問39 介護保険サービスを利用した際の自己負担割合についてご回答ください。~~  
(1つだけ○印)

- ~~1. 1割      2. 2割      3. 3割      4. わからない~~

~~問40 介護保険サービスを利用した際の自己負担(サービス費用の1割～3割相当分)について、どのように感じますか。(1つだけ○印)~~

- ~~1. 負担である      2. やや負担である  
3. あまり負担ではない      4. 負担ではない~~

**問58** 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげている人を教えてください。(複数回答可) **新**

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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59** 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を教えてください。(複数回答可) **新**

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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60** 反対に、看病や世話をしてあげている人を教えてください。(複数回答可) **新**

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1. 配偶者     | 2. 同居の子        |
| 3. 別居の子    | 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61** 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(1つだけ○印) **新**

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

**問62** あなたは、現在どの程度幸せですか。

(1つだけ○印。「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご回答ください。) **新**

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

**問63** 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。 **新**

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

**生きがい・楽しみについて、おたずねします。**

**問41** (1) 現在、どのようなことに充実感や生きがいを感じていますか。

また、(2) 今後してみたいことはありますか。(1)(2) それぞれにご回答ください。

(1) 現在、充実感や生きがいを感じていること (複数回答可)	(2) 今後してみたいこと (複数回答可)
1. テレビ・ラジオ・新聞・読書 2. 家庭菜園・園芸 3. 手芸・陶芸等の創作活動 4. 運動・スポーツ・散歩 5. 文化・歴史・芸術などのサークル活動 6. 習い事 7. 学習や教養を高めるための活動 8. 特技や技術を生かした創作活動 9. 仕事・就労 10. ショッピング・買い物 11. 旅行・レジャー 12. 友人・知人・近所とのつきあい 13. 町内会・自治会・子ども会などの地域活動・老人クラブ活動 14. ボランティア活動 15. 子や孫の世話など家族との団らん 16. ペットの世話 17. カラオケ 18. パソコン・スマホ・インターネット 19. その他 [ ]	1. テレビ・ラジオ・新聞・読書 2. 家庭菜園・園芸 3. 手芸・陶芸等の創作活動 4. 運動・スポーツ・散歩 5. 文化・歴史・芸術などのサークル活動 6. 習い事 7. 学習や教養を高めるための活動 8. 特技や技術を生かした創作活動 9. 仕事・就労 10. ショッピング・買い物 11. 旅行・レジャー 12. 友人・知人・近所とのつきあい 13. 町内会・自治会・子ども会などの地域活動・老人クラブ活動 14. ボランティア活動 15. 子や孫の世話など家族との団らん 16. ペットの世話 17. カラオケ 18. パソコン・スマホ・インターネット 19. その他 [ ]
20. 特にない	20. 特にない

**普段の生活の中での不安や心配ごとについて、おたずねします。**

**問42** 外出(散歩や通院も含む)はどのくらいの頻度で行っていますか。(1つだけ○印) **問41?**

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日      | 2. 週に3~4回程度 |
| 3. 週に1~2回程度  | 4. 月に1~2回程度 |
| 5. ほとんど外出しない |             |

問64 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。 **新**

1. はい 2. いいえ

問65 タバコは吸っていますか。 **新**

1. はい 2. いいえ

問66 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) **新**

1. なし
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( )

問43 現在のお住まいで生活を続けていく上で、地域にどのような手助けがあれば助かると思いますか。「1. 家事援助」または「6. 移動支援」と回答した方は、右の具体的な内容にもご回答ください。(複数回答可)

1. 家事援助
2. 配食(弁当)
3. ごみ出し
4. 草取り・庭木の手入れ
5. 自宅でのちょっとした困りごとの支援
6. 移動支援
7. 外出先までの付き添い
8. 交流ができる通いの場
9. 話し相手や相談事のできる相手
10. 見守り・安否確認
11. 急に具合が悪くなった時の手助け
12. 災害時の避難の手助け
13. その他( )
14. 特にない
15. わからない

「1.家事援助」と回答した方のみ

問43-1 具体的な援助内容は

1. 買い物
2. 調理
3. 洗濯
4. 掃除

「6.移動支援」と回答した方のみ

問43-2 具体的な援助内容は

1. 自宅の玄関先から外出先までの送迎
2. 集合場所から外出先までの送迎

介護予防・日常生活支援総合事業の検討のために、おたずねします。

問44 交流できる通いの場として、どのようなものがあれば通いたいと思いますか。現在通っているものも含めてご回答ください。(複数回答可)

1. 交流サロン、コミュニティ・カフェ
2. 食事会
3. 趣味活動・サークル活動の場
4. 習い事
5. 運動・スポーツに関する講座・講演会
6. 文化・教養に関する講座・講演会
7. 健康づくり・介護予防に関する講座・講演会
8. その他( )
9. 特に通いたいとは思わない → 問49へ

問45 《問44で「1.」から「8.」のいずれか1つ以上回答した方のみ》

上記のような通いの場に、自宅からご自身で通うことはできますか。

1. できる → 問46へ 2. できない → 問47へ



ありがとうございました。質問は以上で終わりです。  
〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒に入れて、ポストにご投函ください。

介護保険制度など全体について、おたずねします。

問49 健康や福祉、介護のことなどで困ったときは、どちらに相談していますか。  
(特にあてはまるもの5つまで〇印可) 問 26

1. 家族や親戚
2. 友人・知人や近所の人
3. 民生委員
4. 市役所・地区福祉窓口・CSW
5. いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)
6. 介護サービス事業所
7. 老人福祉センター
8. 地域の縁側
9. 病院・診療所
10. 薬局・薬剤師
11. どこに相談にいったらよいかわからない
12. その他 ( )
13. 特に困ったことはない

※CSW(コミュニティソーシャルワーカー)とは、地域において生活上の課題を抱える個人や家族に対する個別支援と、それらの人々が暮らす生活圏の環境整備や住民のネットワーク化といった地域支援を行う者です。

問50 市内18カ所に設置している「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」をご存じですか。(1つだけ〇印) 問27

1. 知っていて、利用したことがある
2. 知っているが、利用したことはない →問 52 へ
3. 知らない(今回の調査で知った) →問 53 へ

問51 《問50で「1. 知っていて、利用したことがある」と回答した方のみ》  
利用した結果に満足しましたか。(1つだけ〇印) 問 28

1. 満足している
2. まあ満足
3. どちらともいえない
4. やや不満である
5. 不満である

→ 回答後、問 52 へ

**問52 《問50で「1. 知っていて、利用したことがある」「2. 知っているが、利用したことはない」のいずれかに回答した方のみ》 問29**

「いきいきサポートセンター(地域包括支援センター)」を何で知りましたか。(複数回答可)

1. 市役所・地区福祉窓口への相談・問い合わせ
2. 市の広報・ホームページ
3. 市民センター・公民館などの市の施設にあるチラシ・パンフレット
4. 民生委員からの紹介
5. 知人・友人や近所の人からの紹介
6. 介護サービス事業所
7. その他( )

**問53 今後、増加が予想される認知症の方への取り組みとして、市はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。(複数回答可) 問32**

1. 認知症への正しい知識と理解をもってもらうための啓発・情報提供
2. 認知症のことを相談できる窓口・体制の充実
3. できるだけ早い段階から、医療・介護などのサポートを利用できる仕組みづくり
4. 家族の身体的・精神的負担を減らす取組
5. 家族の仕事と介護の両立支援などを含めた、経済的負担を減らす取組
6. 認知症の人を地域で見守る体制の充実
7. 認知症であっても、地域、社会に関わっていける場づくり
8. 日常生活の中で必要となる財産管理などへの支援の充実
9. 認知症の人が利用できる介護施設の充実
10. その他( )
11. わからない

**問54 あなた本人の人生最期のとき(終活)について、次のようなことをご家族と話をしていますか。(複数回答可) 問33**

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 医療や看取りについて | 2. 財産や相続について |
| 3. 葬儀・お墓について  | 4. その他( )    |
| 5. 話をしていない    |              |



## ケアプラン点検事業について

### 1 概要

藤沢市ケアプラン点検事業は、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた自立支援に資する根拠の明らかなケアプランとなっているかをケアマネジャーと藤沢市が共に点検し、気づきを共有するとともに、共にレベルアップを図ることで、ケアマネジメントの質の向上及び被保険者の自立を促進・維持に資することを目的に実施しているものです。

なお、当該事業は、より専門的視点による細やかな点検を実施するため、平成30年度から専門業者への委託により実施しています。

### 2 実施方法

厚生労働省の「ケアプラン点検支援マニュアル」や本市作成のチェックリスト等の共通の指針を使用し、点検従事者による面談及び書類点検により実施しています。

### 3 令和3年度実施結果

#### (1) 件数 全83件

##### 【内訳】

ア 居宅介護支援事業所等	44事業所
イ 介護保険施設等	34事業所
ウ 地域包括支援センター	5箇所

#### (2) 総括

令和3年度藤沢市ケアプラン点検の結果、給付の適正化の観点では、昨年度と同様にほぼ全てのケースにおいて適正かつ妥当であった。

ケアマネジメントの観点からは、特にニーズと抽出（判断）している内容及びニーズに繋がるような状況や日常生活への影響、医療（疾患の後遺症や服薬等）についての詳細把握（記録）と分析については強化していく必要がある。また、居宅サービスで加算（入浴介助加算Ⅰ）を算定しているケースや居宅療養管理指導についてのニーズが明確になっていないケアプランが散見されていたので、ニーズあつてのケアプランであることを改めて共有を強める必要がある。

ケアプランについては、令和2年度より「藤沢市推奨 居宅ケアプランの基本的な考え方と書き方」を示したことにより、特に基本的な内容については昨年・一昨年度と比較し、成果が確認された。一方で、具体性については、引き続き、より利用者に分かりやすく具体的なケアプランを目指し継続していく必要が確認された。

ケアマネジャーの自己チェックの平均においては、すべての項目でプラスの改善がみられた。医療（疾患）については、点検にて改めて情報が不足していることに気が付く介護支援専門員が多くみられた。

#### 4 課題（今後の目標）

##### （1）疾患の状況・医師の所見の把握を強化

疾患について、発症年や治療内容・後遺症や痛み等を詳細に把握（記録）する。  
また、疾患に対する医師の所見についても把握（記録）し、疾患についての理解を深める。

##### （2）疾患に起因する日常生活への影響についての分析を強化

疾患について、医師の所見を踏まえたうえで、日常生活に及ぼす影響についての分析を深める。（例：認知症の症状により服薬管理（飲み忘れ）ができず、疾患（糖尿病の数値）が悪化している等）

##### （3）ニーズとして抽出した根拠となる状況把握の強化

ニーズ（例：入浴支援が必要）として抽出した根拠（例：自宅浴室の状況や支援状況等）を課題分析情報として詳細把握（記録）を行う。

##### （4）居宅サービス利用時の加算及び居宅療養管理指導についての分析を強化

加算（入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算）や居宅療養管理指導の必要性についての理由（課題分析結果）を明確にする。

##### （5）ケアプランの具体的表記の推進

総合的援助方針・目標・ニーズ欄等についてより具体的な表記（表現）を行う。

以上

# 令和3年度藤沢市ケアマネジメント支援事業業務実施報告

令和4年度  
第1回藤沢市介護保険運営協議会  
資料5

受託業務実施内容	詳細
(1)研修の開催 ア 新任者研修 イ 資質向上のための研修等 ウ 市ケアマネジメントリーダー研修	ア 令和3年度介護支援専門員新任者研修 2021年9月10日(金)10時～12時 Zoomにて開催 参加人数:20名 リーダー講師:青木、金子 イ 令和3年度介護支援専門員資質向上研修 (ア)テーマ :介護報酬に伴う(LIFE)について及び今後の動向 2021年10月21日(木)15時～17時 ハイブリット式にて開催 講師 :東洋大学 生活支援学科 高野 龍昭 氏 参加人数 会場: 21名(+リーダー9名) オンライン:58名 (イ)テーマ :「悪質商法について」 2022年2月18日(金)14時～16時 Zoomにて開催 講師 : 市民相談情報課(消費生活専門相談員) 参加人数 : 37名(+リーダー8名) ウ リーダー養成研修 2021年9月17日開催 14時～16時 研修内容 : ホストとしてもZoomの使い方を学ぶ リーダー9名参加
(2)相談業務 ア 相談窓口の開催 イ サロンの開催 ウ 訪問相談	ア セルフケアプラン相談・電話による質問等、意見聞き取り実施 イ ケアマネサロン (ア)2021年12月1日(水) 13:30～16:00 相談者 1名 内容 : 情報交換・困難ケース対応相談 (イ)2022年3月1日(火) 13:30～16:00 相談者 3名 内容 : 情報交換・困難ケース対応相談 ウ 訪問相談該当なし
(3)マニュアル等の作成及び改訂 ア 業務ハンドブックの改訂 イ 自己チェックマニュアルの改訂	ア 2021年8月 370部発行 ケアマネジャー 370部(配布先は、居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、介護予防支援事業所) イ 改訂なし
(4)事例検討会	資質向上研修終了後に2回開催(1回目 2021年10月21日、2回目 2021年2月18日) リーダー:各回9名参加
(5)「介護の日」イベント開催	新型コロナウイルス感染症の影響により中止

令和4年度 介護人材育成支援事業について

1 事業の目的

介護サービス事業所の職員の確保、育成及び定着を図り、高齢者に対する安定した質の高いサービスを提供することを目的として各種施策を実施するものです。

2 事業の概要

(1) 介護職員等研修受講料助成事業

(対 象) 受講修了後、継続して6か月修了するなどの要件を満たした市民  
(内 容) 「介護職員初任者研修」又は「介護支援専門員実務研修」の受講料の一部を補助します。

(補 助 額) 研修受講料の1/2 (上限額20,000円)

(令和3年度) 16件 286,640円

(2) 外国人留学生又は技能実習生への住居・生活必需品費支援事業 【拡 充】

(対 象) 留学生等を介護従事者として雇用する法人

(内 容) 居住費及び生活必需品費の一部を補助します。

(補 助 額) 居住費 : 10,000円/月 (最大6か月)

消耗品費 : 50,000円/人 (1回限り)

(拡充内容) 補助対象となる外国人の範囲を拡大

(令和3年度) 4法人 550,000円

(3) 介護職員等キャリアアップ研修支援事業

(対 象) 市内介護事業所の運営法人

(内 容) 介護職員のキャリアアップを目的に実施する研修等に要した経費の一部を補助します。

(補 助 額) 補助対象経費の1/2 (1法人あたり12万円が上限)

(令和3年度) 11法人 371,000円

(4) 介護のしごと出前授業

(対 象) 市内中学校の生徒

(内 容) 介護・福祉の仕事の内容や魅力、社会的役割等をわかりやすく講義することで、介護・福祉の仕事の重要性の理解促進を図るとともに、将来の進路選択をする際の参考としてもらうことを目的して実施します。

(令和3年度) 高倉中学校3年生 137名

**(5) 介護の職場体験**

(対象) 介護業界に就職を希望する求職者等

(内容) 市が窓口となり、介護現場の見学、体験等の機会を提供することで、介護業界への多様な人材の流入を促進します。

(令和3年度) 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から休止中

**(6) 介護事業所見学&しごと相談会 (バスツアー)**

(対象) 市内介護施設に就職を希望する求職者

(内容) ハローワーク藤沢と協働し、市内介護施設をバスで巡る就職相談会を実施することで、介護業界への多様な人材の流入を促進します。

(令和3年度) 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から休止中

**(7) 介護の入門的研修 【拡 充】**

(対象) 介護業界に就職を予定する介護未経験者等

(内容) 介護業務に携わるうえでの不安を払拭することを目的として、介護に係る基本的知識を身につける研修を実施します。

(拡充内容) オンデマンド配信 (6か月程度) による研修を実施

(令和3年度) 2回実施 10名

**(8) 介護現場の生産性向上プロジェクト**

(対象) 市内介護事業所

(内容) ロボット・ICT等機器の導入を推進すべく、意見交換や情報提供等の各種取組を実施します。

(令和3年度) 介護職員との意見交換会のほか、開発メーカー等との情報交換等を実施

**(9) 先進的介護実証事業 【新 規】**

(対象) 地域密着型介護老人福祉施設 みどりの園鶴沼 (公募により選定)

(内容) 介護の専門的なコンサルティング事業者とともに、プロジェクトチームを立ち上げ、生産性向上に向けたロボット・ICT等の導入及び効果検証を実施します。