

令和4年度第2回龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会

日 時：令和4年11月22日(火)
午後1時30分から

場 所：龍ヶ崎市役所 5階 全員協議会室

会 議 次 第

1 開 会

2 会長あいさつ

3 議 事

(1) 龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について（諮問）

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案）について

(3) 在宅介護実態調査（案）について

(4) 令和5年度地域包括支援センター業務委託法人選考結果について

(5) その他

4 閉 会

【 会 議 資 料 】

- (1) 龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業
計画について（諮問）

令和4年11月22日（火）

龍ヶ崎市 福祉部 介護福祉課

龍介第 661 号

令和4年10月18日

龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会会長 様

龍ヶ崎市長 萩原 勇

龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について(諮問)

みだしのことについて、龍ヶ崎市高齢者福祉・介護保険事業運営協議会条例(平成26年3月28日龍ヶ崎市条例第12号)第2条第1項第1号の規定により、龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の策定について、貴協議会の意見を求めます。

【 会 議 資 料 】

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（案） について

令和4年11月22日（火）

龍ヶ崎市 福祉部 介護福祉課

資料 (2)-1

アンケート調査について

本計画を策定するにあたり、高齢者の健康状態や日常生活の状況及び福祉サービス等の利用状況、利用意向等を把握し、これからの施策の改善及び展開、充実に努めることを目的としています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査と在宅介護実態調査の2種類を行います。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査の目的

日常生活圏域ごとの高齢者の意識、生活実態、健康状態、介護環境等を調査するとともに、介護している家族の生活実態や抱える問題等を調査し、日常生活や地域における課題、サービスの利用状況、ニーズ等の把握を行う。

調査結果を介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料とする。

調査対象・区域・配布数

- ・要介護認定を受けていない65歳以上の方（要支援1・2の方は含む）
- ・龍ヶ崎市内を東西南北4つの日常生活圏域（資料(2)-2 参照）に分け、それぞれの高齢者割合に応じた数量を配布
- ・2, 100部

調査方法・時期

- ・郵送にて行う（返信封筒を同封）
- ・令和5年1月12日発送予定で、令和5年2月末締め切り

調査内容（資料(2)-4）

問1～問4 基本情報及びリスク発生状況等の把握

- ・運動機能に関すること
- ・口腔機能の低下
- ・閉じこもり傾向
- ・認知機能の低下 等

問5～問8 社会資源等の把握

- ・ボランティア等への参加頻度
- ・たすけあいの状況
- ・相談窓口 等

問9 市独自質問

- 現在不安に感じていること（補聴器購入の意思を含む）
- 地域包括支援センターのこと
- 介護予防事業に関すること
- 高齢者福祉サービス（介護保険のサービス以外）に関すること

調査結果の集計・分析

集計業務を業者に依頼し、結果報告書の作成及び、様々な集計方法を用いて、介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料とする。（地域包括ケア「見える化」システムの活用）

資料(2)-2 日常生活圏域の設定

介護保険法第117条第2項第1号の規定により、市全域を市民が日常生活を営む地域として、地理的条件、人口、交通事情等の社会的要因と、介護保険給付対象サービスを提供するための施設の整備状況等を総合的に勘案して、次の4つの日常生活圏域を設定し、介護保険サービスの利用等に地域格差が生じることがないように留意しながら、きめ細やかなサービスの提供に努めます。

なお、第7期計画において、今後の市全体の将来都市構造における生活圏域の位置付けを踏まえた日常生活圏域の見直しを行い、「西部地域」に含まれていた北文間地区を「南部地域」に含めた日常生活圏域を設定しており、第8期計画でも同じ区分としています。

【日常生活圏域 区分図】



【日常生活圏域ごとの現状（令和2年10月1日現在）】

（単位：人、％）

区分	西部地域	北部地域	東部地域	南部地域	合計
総人口	18,305	19,461	19,706	19,245	76,717
第1号被保険者（65歳以上）	5,807	5,534	3,726	7,186	22,253
前期高齢者（65～74歳）	2,931	3,466	1,943	3,766	12,106
後期高齢者（75歳以上）	2,876	2,068	1,783	3,420	10,147
高齢化率	31.7	28.4	18.9	37.3	29.0

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ご協力をお願い

はじめに

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から、龍ヶ崎市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。

龍ヶ崎市では、高齢者の方の自立支援を基本理念として、いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域の高齢者の皆様の課題を的確に把握し、今後の高齢者福祉行政に反映させるため、本調査「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施いたします。

また、令和6年度から令和8年度までを計画年度とした「龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定するにあたり、この調査の結果は、介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料となります。質問項目が多く、ご面倒をおかけしますが、これからの福祉サービスの充実を図るため、ご理解とご協力をお願いいたします。

令和5年1月

龍ヶ崎市長 萩原 勇

調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、令和5年1月31日(火)までに投函（切手不要）してください。

龍ヶ崎市
福祉部 介護福祉課

個人情報取り扱いについて

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見な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】

1. この調査は、効果的な介護予防施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、龍ケ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画策定と効果評価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、市の個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。
2. ただし、上記計画策定時および効果評価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龍ケ崎市役所外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用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、令和4年12月1日現在、龍ケ崎市にお住まいの要介護認定（要介護1～5）を受けていない65歳以上の方から、無作為に抽出しています。
2. ご回答にあたっては、あて名の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、一緒に回答いただいても構いません。
3. ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、該当する答えにシ点（）をつけてください。また、数字を記入する欄は右詰め（例

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

 kg）でご記入ください。
4. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
「介護」・・・介護保険サービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも常時ご家族などの援助を受けている状態
「介助」・・・ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
5. ご回答は、アンケートを記入する日の状態で記入してください。
6. この調査についてのお問合せは下記までお願いいたします。

【問い合わせ先】龍ケ崎市 福祉部 介護福祉課

〒301-8611 茨城県龍ケ崎市3710番地

電話：0297-64-1111（内線281）

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票

質問の該当する答えにレ点(☑)をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

調査票を記入されたのはどなたですか。(1つのみ)

- あて名のご本人が記入
- ご家族が記入(あて名のご本人からみた続柄 _____)
- その他

問1 あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えてください(1つのみ)

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

Q2. 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つのみ)

- 介護・介助は必要ない
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- 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)

Q 9. 外出する際の移動手段は何ですか（いくつでも）

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩 | <input type="checkbox"/> 自転車 | <input type="checkbox"/> バイク |
| <input type="checkbox"/> 自動車（自分で運転） | <input type="checkbox"/> 自動車（人に乗せてもらう） | <input type="checkbox"/> 電車 |
| <input type="checkbox"/> 路線バス | <input type="checkbox"/> 病院や施設のバス | <input type="checkbox"/> 車いす |
| <input type="checkbox"/> 電動車いす（カート） | <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー | <input type="checkbox"/> タクシー |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

問 3 食べることについて

Q 1. 身長・体重

身長

--	--	--

 cm 体重

--	--	--

 kg

Q 2. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（1つのみ）

- はい いいえ

Q 3. お茶や汁物等でむせることがありますか（1つのみ）

- はい いいえ

Q 4. 口の渇きが気になりますか（1つのみ）

- はい いいえ

Q 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つのみ）

- はい いいえ

Q 6. 噛み合わせは良いですか（1つのみ）

- はい いいえ

**Q 7. 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つのみ）**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし |
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし |

【Q7で「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

①. 毎日入れ歯の手入れをしていますか（1つのみ）

はい いいえ

Q8. 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（1つのみ）

はい いいえ

Q9. どなたかと食事をとにもする機会がありますか（1つのみ）

毎日ある 週に何度かある 月に何度かある
 年に何度かある ほとんどない

問4 毎日の生活について

Q1. 物忘れが多いと感じますか（1つのみ）

はい いいえ

Q2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（1つのみ）

はい いいえ

Q3. 今日が何月何日かわからないときがありますか（1つのみ）

はい いいえ

Q4. 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つのみ）

できるし、している できるけどしていない できない

Q5. 自分で食品・日用品の買い物をしていますか（1つのみ）

できるし、している できるけどしていない できない

Q6. 自分で食事の用意をしていますか（1つのみ）

できるし、している できるけどしていない できない

Q7. 自分で請求書の支払いをしていますか（1つのみ）

できるし、している できるけどしていない できない

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

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 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）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 4. 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同居の子ども | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣 | <input type="checkbox"/> 友人 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

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

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師 |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・役所 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> そのような人はいない | |

Q 6. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（1つのみ）

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 毎日ある | <input type="checkbox"/> 週に何度かある | <input type="checkbox"/> 月に何度かある |
| <input type="checkbox"/> 年に何度かある | <input type="checkbox"/> ほとんどない | |

**Q7. 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つのみ）**

0人（いない） 1～2人 3～5人

6～9人 10人以上

Q8. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか（いくつでも）

近所・同じ地域の人 幼なじみ

学生時代の友人 仕事での同僚・元同僚

趣味や関心が同じ友人 ボランティア等の活動での友人

その他 いない

問7 健康について

Q1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つのみ）

とてもよい まあよい あまりよくない よくない

**Q2. 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、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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. 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つのみ）

はい いいえ

Q4. 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つのみ）

はい いいえ

Q5. お酒は飲みますか（1つのみ）

ほぼ毎日飲む 時々飲む ほとんど飲まない

もともと飲まない

問 9**その他について****Q 1. あなたは現在、不安に思っていることがありますか（いくつでも）**

- 健康や病気に関すること
- 耳の障がい（聞こえの問題など）に関すること
- 目の障がいに関すること
- もの忘れに関すること
- 介護に関すること
- 人（近所、親戚、友人、仲間等）との付き合いに関すること
- 生きがいや将来に関すること
- 子どもや孫などの将来に関すること
- 親や兄弟姉妹などの世話に関すること
- 仕事に関すること
- 収入や家計に関すること
- 住まいや生活環境に関すること
- 災害や防犯に関すること
- その他（具体的に： _____)
- 特になし

【Q 1で「耳の障がい（聞こえの問題など）に関すること」の方のみ】**①. 今後、補聴器を買いたいと思いますか（1つのみ）**

- はい
- いいえ

Q 2. 地域包括支援センターを知っていますか（1つのみ）

- どのような活動をしているか知っている
- 聞いたことはあるが、どのような活動をしているかは知らない
- まったく知らない

Q 3. 地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口ですが、相談したいこと（現在相談中のものも含む）、又は相談するとすればどのようなことが考えられますか（いくつでも）

- 介護に関する事
- 生活に関する事
- 家族に関する事
- 介護予防に関する事
- 健康・福祉に関する事
- 医療に関する事
- 認知症に関する事
- 成年後見制度（認知症等で判断能力が不十分な方を法律的に支援する制度）に関する事
- 消費者被害や虐待に関する事
- その他（具体的に： _____)
- 特になし

Q 4. 介護保険サービス以外で、今後利用したい（現在利用中のものも含む）、又は今後のからだのことは見据え、サービスの充実を図っていくべきと考えるものは、次のうちどれですか（いくつでも）

- 緊急時にボタンひとつで消防本部へ通報できる機器を貸出しするサービス
- 救急時に備え、必要な医療情報を自宅に保管しておくキットを配付するサービス
- 火災等の防止のため、火災警報器や電磁調理器を給付するサービス
- 食生活の改善や安否確認のため、定期的に夕食を自宅まで配達するサービス
- NPO法人等の移送サービスを利用し、通院や買い物等に出かけた際の費用の一部を助成するサービス
- 理容師が自宅を訪問し、整髪及び顔そり等の出張理容を行うサービス
- ごみ出しが困難な方の自宅を訪問し、安否確認を兼ねたごみ収集を行うサービス
- 紙おむつなど介護用品の購入費用の一部を助成するサービス
- 情報の事前登録を行い、警察署との情報共有により、徘徊のため行方の分からなくなった認知症高齢者を早期発見・保護し、早く家族のもとへ帰れるようにする制度
- 災害が起きたときに手助けを必要とする方に対し、地域が連携して安否確認や避難の支援をする制度
- その他（具体的に： _____)
- 特になし

Q5. 以下の介護予防事業や講座等で、今後参加してみたい（過去に参加したものや現在参加中のものも含む）、又は興味のあるものは、次のうちどれですか（いくつでも）

- いきいきヘルス体操（シルバーリハビリ体操）
- 元気アップ体操（介護予防・健康づくり体操）
- 健幸ウォーキング講座（ポールウォーキング講座）
- いきいき運動講座（スポーツクラブ利用の複合型介護予防講座）
- 思い出を語ろうかい（回想法講座）
- 音楽フィットネス講座（通信カラオケシステムによる認知機能低下予防講座）
- 認知症サポーター養成講座（認知症に関する講座）
- 上手な年の重ね方講座（介護・健康・権利擁護に関するライフプランセミナー）
- 認知症講演会（専門家による講演）
- 睡眠講演会（専門家による講演）
- タップくん健幸マイレージ（ウォーキングと健診で貯めて・使えるポイント制度）
- まいん「健幸」サポートセンター運動プログラム
- その他（具体的に： _____ ）
- 特になし

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、
令和5年1月31日（火）までに投函（切手不要）してください。

【 会 議 資 料 】

(3) 在宅介護実態調査（案）について

令和4年11月22日（火）

龍ヶ崎市 福祉部 介護福祉課

資料 (3)-1

在宅介護実態調査

調査の目的

「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ことを目的とする。

調査結果を介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料とする。

調査対象・区域・配布数

- ・要介護認定（1～5）を受けており、在宅で生活している方
- ・龍ヶ崎市内全域
- ・700部

調査方法・時期

- ・介護支援専門員に依頼し、調査対象者との面接にて実施
- ・令和4年12月から令和5年2月末までの3か月間

調査内容（国で示されたものになります）

- ・調査対象者の状況の把握
- ・サービスの利用形態、ニーズの把握
- ・主な介護者の状況（介護者の属性、就労の状況）

調査結果の集計・分析

集計業務を業者に依頼し、結果報告書の作成及び、様々な集計方法を用いて、介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料とする。（地域包括ケア「見える化」システムの活用）

在宅介護実態調査 ご協力のお願い

はじめに

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から、龍ヶ崎市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。

龍ヶ崎市では、「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ことを目的に、地域の高齢者の皆様の課題を的確に把握し、今後の高齢者福祉行政に反映させるため、本調査「在宅介護実態調査」を実施いたします。

また、令和6年度から令和8年度までを計画年度とした「龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定するにあたり、この調査の結果は、介護保険サービスや高齢者福祉サービスの種類や量を計画するための基礎資料となります。質問項目が多く、ご面倒をおかけしますが、これからの福祉サービスの充実を図るため、ご理解とご協力をお願いいたします。

令和4年12月

龍ヶ崎市長 萩原 勇

龍ヶ崎市
福祉部 介護福祉課

基本調査項目+オプション項目

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

調査対象者様ご本人についてお伺いします。

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日より少ない | | | |
| 3. 週に1～2日ある | | } | 問3～問13へ |
| 4. 週に3～4日ある | | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | | |

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

- | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 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. 利用していない | |

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

★ 問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(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10 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)

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

★ 問 11 ご本人(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(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 12 ご本人(調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)

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

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

★ 問 13 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外)の介護保険サービスを利用していますか(1つを選択)

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

● 問 13 で「2. 」を回答した場合は、問 14 も調査してください。

★ 問 14 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)。

主な介護者様、もしくはご本人様にお伺いします。

※主な介護者様のご回答が難しい場合は、ご本人様にご回答(調査票の該当する番号に○)をお願いします。

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～問5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そうですか(1つを選択)

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

⇒ 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。

【 会 議 資 料 】

- (4) 令和5年度地域包括支援センター
業務委託法人選考結果について

令和4年11月22日(火)

龍ヶ崎市 福祉部 介護福祉課

資料(4)

龍ヶ崎市地域包括支援センター運営事業業務委託に係る
公募における選定過程並びに選定結果について

今般、龍ヶ崎市地域包括支援センター業務委託法人選考委員会では、令和4年9月6日までに提出された応募書類の審査、及び令和4年10月7日に実施された面接審査の内容により慎重審議の結果、以下のとおり受託候補者を選定した。

【選定案件】

地域包括支援センター運営事業業務受託候補者の選定

名称	設置数	設置場所	担当生活圏域	担当地区
龍ヶ崎市西部地域包括支援センター	1	担当地域内に設置	北部地域	長山, 松葉, 久保台, 馴馬台
			西部地域	馴柴, 川原代
龍ヶ崎市東部地域包括支援センター	1	担当地域内に設置	東部地域	八原, 長戸, 城ノ内
			南部地域	龍ヶ崎, 龍ヶ崎西, 大宮, 北文間

【応募状況】

応募期限までに申し込みがあった事業所に関しては、西部東部共に一事業所のみ

名称	応募法人名
龍ヶ崎市西部地域包括支援センター	医療法人 竜仁会
龍ヶ崎市東部地域包括支援センター	医療法人社団 八峰会

【選定された受託候補者】

龍ヶ崎市西部地域包括支援センター						
受託候補者：所在地 龍ヶ崎市馴柴町1-15-1 法人名 医療法人竜仁会 代表者名 理事長 牛尾 浩樹						
合計	A委員	B委員	C委員	D委員	E委員	F委員
1,340	225	200	235	205	255	220
得点率：82.7%						
満点 1,620点 (270×6) 最低基準点 (6割) 972点 (162×6)						
※ 総合得点満点の6割を最低基準点と定め、最低基準点に満たない場合は優先交渉権者としなないこととする。また、提案者が1者であっても、最低基準点を超えたときは、優先交渉権者として選定する。						

資料(4)

龍ヶ崎市東部地域包括支援センター						
受託候補者：所在地 龍ヶ崎市貝原塚町3689 法人名 医療法人社団八峰会 代表者名 理事長 池田 八郎						
合計	A委員	B委員	C委員	D委員	E委員	F委員
1,245	215	180	220	175	250	205
得点率：76.9% 満点 1,620点 (270×6) 最低基準点 (6割) 972点 (162×6) ※ 総合得点満点の6割を最低基準点と定め、最低基準点に満たない場合は優先交渉権者とし、最低基準点を超えたときは、優先交渉権者として選定する。						

評価・採点

- ・評価・採点にあたっては、龍ヶ崎市地域包括支援センター運営事業業務委託法人評価基準を募集要項の中で示した。項目については守谷市で実施した例を参考に作成した。評価項目は計22項目とし、270点満点、総合得点満点の6割(162点)を最低基準点とした。
- ・採点の結果、いずれの法人も最低基準点を超えており、この結果について当報告書を作成、選考委員会委員持ち回りで確認し了承を得た。

【選定までの過程】

項目	日程
1 公募開始・募集要項配布	令和4年 7月11日～ 令和4年 7月22日
2 公募説明会参加申込期限	令和4年 7月29日
3 公募説明会	令和4年 8月 3日 市役所附属棟1階第1会議室 2法人参加
4 質問票受付開始	令和4年 8月 3日
5 質問票提出期限	令和4年 8月12日
6 質問回答日	令和4年 8月18日
7 応募書類提出期限	令和4年 9月 6日 西部、東部各1法人応募
8 龍ヶ崎市地域包括支援センター業務委託法人選考委員会 審査(書類) プレゼンテーション	令和4年10月 7日 市役所5階第1委員会室 西部、東部各1法人参加
9 龍ヶ崎市地域包括支援センター業務委託法人選考委員会(持ち回り・受託者候補者の決定)	令和4年10月17日
10 契約審査会へ報告	令和4年10月25日
11 受託候補者へ通知	令和4年10月27・28日