

令和4年度堺市高齢者等実態調査ご協力のお願い

日頃から、堺市の福祉施策の推進にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。このたび、市内在住の要支援1～要介護5の認定を受けている在宅の65歳以上の方1,300名を無作為に抽出し、「アンケート調査」を実施することになりました。

この調査は、今後の高齢者保健福祉行政の計画的かつ効果的な推進と次期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のために役立たせていただくものです

ご多忙の折、誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただきまして、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

回答に当たってのお願い

- 1 このアンケートは、**【A票】のA-問1～24**まではご本人が、**【B票】のB-問1～19**までは**主な介護者の方が**記入してください。ご本人が記入できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って記入していただいても結構です。
- 2 アンケートの記入はお答えいただける範囲で結構です。途中まででも結構ですので、ご返送くださいますようお願い申し上げます。
- 3 アンケートは、**令和5年1月12日(木)**までにご回答ください。
- 4 次のいずれかの方法で、回答をお願いします。
 - (1)紙での回答:この調査票に記入し、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに無記名でご投函ください。封筒のあて先へ直接お持ちいただいても結構です。
 - (2)インターネットでの回答:パソコン、スマートフォン等を使って、インターネット上で入力してください。

https://www15.webcas.net/form/pub/websurvey/sakaishi_kaigo_zai

回答ID:●●●●●●●●

回答パスワード:○○○○○○○

※インターネット接続に係る通信料が発生する場合は、
ご負担をお願いします。

アンケートは
こちらから



【アンケートについてのお問い合わせ先】

堺市 健康福祉局 長寿社会部 長寿支援課

電話072-228-8347、FAX 072-228-8918

※お問い合わせ時間：平日の午前9時から午後5時30分まで

※ アンケートに記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。設問によって、「○はひとつ」「○は3つまで」「○はいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。なお、「その他」を選択された場合は、()内に具体的な内容を記入してください。

※ ご回答は、令和4年12月1日現在の状況を記入してください。

■まずはじめに、記入日などについてお教えください。

記 入 日	令 和 年 月 日
調査対象となる方（あて名に記載されている方）の氏名をご記入ください。	
対 象 者 氏 名	

※【A票】のA-問1～24まではご本人が、【B票】のB-問1～19までは主な介護者の方が記入してください。ご本人が記入できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って記入していただいても結構です。

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について】

○この調査は、今後の高齢者保健福祉行政の計画的かつ効果的な推進と次期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のために行うものです。この調査で得られた個人情報については、堺市個人情報保護条例に基づき適切に管理し、これらの目的以外には利用いたしません。

○この調査で得られたデータについては、個人が識別されないよう加工した上で、大学等の研究機関や厚生労働省等に提供することがあります。

A票 調査対象者様ご本人について、おうかがいします。

※「ご本人」が記入してください。「ご本人」のご回答・ご記入が難しい場合は、ご家族等がご本人の立場に立って記入していただいて結構です。

この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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-問1 世帯類型について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | | |
|-----------|---|-----------------|
| 1. 単身世帯 | } | ⇒ 1の方は【A-問3】へ |
| 2. 夫婦のみ世帯 | | |
| 3. その他 | } | ⇒ 2、3の方は【A-問2】へ |

問1で「2.夫婦のみ世帯」「3.その他」と回答した方(ご家族など同居されている方)におうかがいします。

A-問2 日中、あなた(ご本人)は一人になることがありますか。(○はひとつ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週に4~5日 | 3. 週に2~3日 |
| 4. 週に1日 | 5. ほとんどない | |

※ここから再び、全員におうかがいします。

A-問3 現在のお住まいをお教えてください。(○はひとつ)

- | |
|---------------------|
| 1. 持ち家(一戸建て) |
| 2. 持ち家(マンションなど) |
| 3. 借家(一戸建て) |
| 4. 借家(マンション・アパートなど) |
| 5. その他 () |

A-問4 初めて要介護認定を申請した際、どなたから申請を勧められましたか。(○はひとつ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. ご本人の家族や親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 近所の人 | 4. 医療機関 |
| 5. 地域包括支援センター | 6. 民生委員などの地域の方 |
| 7. 介護サービス事業者 | 8. ご本人の意向 |
| 9. その他 () | |

A-問5 あなた（ご本人）が初めて要介護認定が必要になった主な原因は何ですか。
（○はひとつ）

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳こうそく等) | 2. 心臓病 |
| 3. がん(悪性新生物) | 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) |
| 5. 関節の病気(リウマチ、変形性膝関節症等) | 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. 泌尿器の病気(膀胱炎、前立腺肥大症等) | 10. 視覚・聴覚障害(白内障、難聴等) |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊髄(せきずい)損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() |

A-問6 あなた（ご本人）が、現在抱えている傷病についてお教えてください。
（○はいくつでも）

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

あなた（ご本人）の生活状況や健康についておうかがいします。

A-問7 あなた（ご本人）は普段どのような食事をとっていますか。（○はいくつでも）

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 自宅で本人または家族が調理した食事 |
| 2. 家族が持ってきてくれる食事(家族が調理したかどうかは問いません) |
| 3. 店で売っている弁当、調理済食品 |
| 4. 配食サービス |
| 5. ホームヘルパーが調理した食事 |
| 6. その他() |

A-問8 医療や介護、健康について相談でき、必要なときには専門機関などを紹介してくれる「かかりつけ」があると安心です。
定期的に通っていたり、必要な時に診療や相談しようと思う、かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師はいますか。（○はいくつでも）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. かかりつけ医師 | 2. かかりつけ歯科医師 |
| 3. かかりつけ薬局(薬剤師) | 4. いない |

ケアマネジャーについておうかがいします。

A-問9 (1) 担当のケアマネジャーの事業所を知ったきっかけは何ですか。(○はひとつ)

1. 紹介された	}	⇒ 1の方は【A-問9 (2)】へ	
2. ご本人または家族がさがして見つけた			
3. 以前から知っていた		}	⇒ 2~4の方は【A-問10】へ
4. その他 ()			

A-問9 (1) で「1. 紹介された」と回答した方におうかがいします。

A-問9 (2) だれに紹介されましたか。(○はひとつ)

1. 近所の人	2. 友人・知人	3. 医療機関
4. 地域包括支援センター	5. 介護サービス事業者	
6. その他 ()		

※ここから再び、全員におうかがいします。

A-問10 担当のケアマネジャーの事業所を選んだ理由は何ですか。(○はひとつ)

1. 地元（近所）の事業所だから
2. よい評判を聞いたから
3. 受けたい介護サービスを提供している事業所だから
4. 紹介されたから
5. その他 ()

A-問11 担当のケアマネジャーにどのくらい満足していますか。
(①~⑥の項目について、それぞれ○はひとつ)

	1 満足して いる	2 どちらか といえば 満足して いる	3 どちらか といえば 不満で ある	4 不満で ある	5 わから ない
① 介護や医療などの幅広い知識があり、 ケアプラン作成のときに、専門的なアド バイスをしてくれるか →	1	2	3	4	5
② いろいろなサービスや事業所の情報 を提供してくれるか →	1	2	3	4	5
③ ケアプランの説明のわかりやすさ →	1	2	3	4	5
④ 事業所に直接言いにくいことを聞いて くれ、かけあってくれるか →	1	2	3	4	5
⑤ 相談したいときや急な対応が必要な ときに応じてくれるか →	1	2	3	4	5
⑥ 態度やマナー（時間を守るなど） →	1	2	3	4	5
その他ケアマネジャーへの要望はありますか。 ()					

サービスの利用状況についておうかがいします。

A-問 12 令和4年12月1日現在、(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。(○はひとつ)

1. 利用している

⇒A-問 14 (1) へ

2. 利用していない

⇒A-問 13 へ

A-問 12 で「2. 利用していない」と回答した方におうかがいします。

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

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

※ここから再び、全員におうかがいします。

A-問 14 (1) あなた(ご本人)が現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスとは別に、1年以内に利用したい介護保険サービス及び介護予防サービスはありますか。(○はひとつ)

1. 自宅で生活しながらサービスを受けたい

2. 施設等に入所(入居)したい

3. 特にない(現在利用しているサービスのみで良い。もしくはサービスを利用していない。)

⇒1の方は【A-問 14 (2)】へ
⇒2の方は【A-問 14 (3)】へ
⇒3の方は【A-問 15】へ

A問 14 (1) で「1. 自宅で生活しながらサービスを受けたい」と回答した方におうかがいします。

A-問 14 (2) あなた（ご本人）が利用したいと思う居宅サービスについて教えてください。（○はいくつでも）

【自宅を中心に利用するサービス】	
1. 訪問介護（ホームヘルプ）	2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護	4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導	6. 夜間対応型訪問介護
7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間サービス）	
【施設に通って利用するサービス】	
8. 通所介護（デイサービス）	9. 通所リハビリテーション（デイケア）
【短期間施設に泊まるサービス】	
10. 短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	
11. 小規模多機能型居宅介護 ^{※1}	12. 看護小規模多機能型居宅介護 ^{※2}
【生活する環境を整えるサービス】	
13. 福祉用具の貸与	14. 福祉用具の購入
15. 住宅改修	
【その他】 16. その他（ ）	

※1 小規模多機能型居宅介護：小規模な住居型の施設への「通い」を中心に、自宅にきてもらう「訪問」、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。

※2 看護小規模多機能型居宅介護：利用者の状況に応じて、小規模な住居型の施設への「通い」、自宅に来てもらう「訪問」（介護と看護）、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。

A-問 14 (1) で「2. 施設等に入所（入居）したい」と回答した方におうかがいします。

A-問 14 (3) あなた（ご本人）が現在利用している介護保険サービスとは別に、1年以内に利用したいものについて、あてはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

1. 介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	要介護者のための生活施設
2. 介護老人保健施設	在宅復帰をめざす要介護者に対し、リハビリ等を提供する施設
3. 介護医療院	長期療養が必要な要介護者のための施設
4. 認知症対応型共同生活 介護（グループホーム）	認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービス施設
5. ケアハウス （軽費老人ホーム）	家庭環境、住宅事情などの理由で、自宅における生活が困難であったり、身体機能の低下等により自立して生活するのに不安がある方が、所得に応じた負担（概ね月9～15万円程度）で入居する高齢者向けの住居
6. 有料老人ホーム	「①食事の提供、②介護の提供、③家事の供与、④健康管理の供与」のいずれかのサービス（複数も可）を提供している高齢者向けの住居
7. サービス付き高齢者 向け住宅	見守りサービス（安否確認や生活相談など）があり、バリアフリーなどの設備等を備えた高齢者向けの住居
8. その他（ ）	

A-問 19 現行の介護保険制度は、サービスを利用する人が増えたり、一人ひとりの利用するサービスの量が増えることによって介護保険料が上昇する仕組みとなっています。堺市の今後の介護保険料について、あなた（ご本人）のお考えに近いのは次のどれですか。（○はひとつ）

1. 高齢化が進み、介護保険サービスを利用する人や利用量は増えていくだろうから、介護保険料が上昇するのは仕方がない
2. 介護予防対策に力を入れ、介護保険サービスを必要とする人の増加を抑制することが重要であるが、それでも利用量等が増え、介護保険料が上昇するのならば仕方がない
3. 現状以上に介護保険料が上昇するのは避けるべきであり、そのためには介護保険サービスが必要な人であっても、ある程度、介護保険サービスの利用が制限されても仕方がない
4. わからない

A-問 20 あなた（ご本人）は人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。（○はひとつ）

- | | | |
|---------|-------|----------|
| 1. 自宅 | 2. 病院 | 3. 介護施設 |
| 4. その他（ | ） | 5. わからない |

A-問 21 人生の最終段階における医療・療養について、あなた（ご本人）自身の希望を、家族等や医療介護関係者と話し合っていますか。（○はひとつ）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 話し合ったことはある | 4. 話し合ったことはない |

住み慣れた地域で暮らし続けることについておうかがいします。

A-問 22 高齢者ができる限り自宅や住み慣れた地域で暮らし続けるために、どのようなことが必要だと思いますか。（○はいくつでも）

1. 気軽に相談できるかかりつけ医を持つこと
2. 入院しても、退院後すぐに介護サービスを受けられること
3. 介護予防のための教室（筋力トレーニング・転倒予防・認知症予防）
4. 24時間対応してもらえる訪問介護サービス
5. 普段介護している人が介護できない時などに利用できる介護サービス
6. 日頃から健康づくりや生活習慣病予防に取り組むこと
7. 何でも相談できる高齢者の相談窓口
8. 地域の人々の見守りや助け合い
9. 生きがいづくりや地域貢献のための社会参加の機会
10. ボランティアやNPOなどによるさまざまな生活の支援
11. 体の状態に合わせた住宅への改修
12. 高齢者に配慮された多様な住まいや施設
13. 自分の将来について、家族などと話し合っておくこと
14. その他（

A-問 23 災害発生時に、誰かの助けを借りたりしながら避難できるよう、普段から話し合っていますか。(○はひとつ)

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 関係する話をしたことはある | 4. 話し合ったことはない |

A-問 24 ご家族やご親族の方からあなた（ご本人）への介護は、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）。(○はひとつ)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. ない | ⇒ 1の方は最終ページ「自由記入欄」へ |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | ⇒ 2~5の方は【B票】へ |
| 3. 週に1~2日ある | |
| 4. 週に3~4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |

【B票】 主な介護者の方について、おうかがいします。

※「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人がご回答・ご記入をお願いします（ご本人のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B-問1 ご家族やご親族の中で、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）。
（○はいくつでも）

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

B-問2 主な介護者の方は、どなたですか。（○はひとつ）

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

B-問3 主な介護者の方の性別について、お教えてください。（○はひとつ）

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

B-問4 主な介護者の方の年齢について、お教えてください。（○はひとつ）

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

B-問5 主な介護者の方と要介護者との同居状況について、お教えてください。（○はひとつ）

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

B-問 10 主な介護者の方の現在の勤務形態について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 | } ⇒1、2の方は【B-問 11~13】へ |
| 3. 働いていない
4. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

※ 「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。

B-問 10 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」と回答した方におうかがいします。

B-問 11 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていきますか。(○はいくつでも)

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

B-問 10 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」と回答した方におうかがいします。

B-問 12 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。(○は3つまで)

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

B-問 10 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」と回答した方におうかがいします。

B-問 13 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。(○はひとつ)

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

※ここから再び、介護者の方全員におうかがいします。

B - 問 14 介護に対して負担に感じることは何ですか。(○はいくつでも)

1. いつまで介護が続くかわからない
2. 家族が介護に非協力的
3. 相談できる人がいない
4. 仕事と両立することの負担
5. 育児も含めて世話や介護が必要な人が他にもいる
6. (介護を必要とする人が) 介護サービスの利用を嫌がる
7. 介護に関する制度がわからない
8. 介護に関する情報が入手しづらい
9. 体力的な負担
10. 自由な時間が減る
11. 孤独を感じる
12. 介護にお金がかかる
13. 特に負担はない
14. その他 ()

B-問 15 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、お教えてください(現状で行っているか否かは問いません)。(○は3つまで)

【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

B-問 16 介護に困ったときだれに相談していますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. 家族・親類 | 2. 友人・知人 |
| 3. とり近所の人 | 4. ホームヘルパー |
| 5. 市や府の相談窓口(介護・福祉担当職員、保健師など) | |
| 6. 地域包括支援センターや在宅介護支援センターの職員 | |
| 7. ケアマネジャー(介護支援専門員) | 8. 介護サービスを利用する施設の職員 |
| 9. 民生委員 | 10. かかりつけ医・かかりつけ歯科医 |
| 11. 薬局(薬剤師)や介護用品店(店員) | 12. 職場の同僚 |
| 13. 家族会 | 14. インターネット上のコミュニティ・サイト |
| 15. その他() | |
| 16. 相談したいが、相談する相手がいない 17. だれにも相談しない | |

B-問 17(1) ご本人が現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスとは別に、ご本人に1年以内に利用してほしい介護保険サービス及び介護予防サービスはありますか。(○はひとつ)

- | | |
|--|--|
| 1. 自宅で生活しながらサービスを受けてほしい | ⇒1の方は【B-問 17 (2)】へ
⇒2の方は【B-問 17 (3)】へ
⇒3の方は【B-問 18】へ |
| 2. 施設等に入所(入居)してほしい | |
| 3. 特になし(現在利用しているサービスのみで良い。もしくはサービスを利用していない。) | |

B-問 17 (1) で「1. 自宅で生活しながらサービスを受けてほしい」と回答した方におうかがいします。

B-問 17(2) ご本人に利用してほしいと思う居宅サービスについて教えてください。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 【自宅を中心に利用するサービス】 | |
| 1. 訪問介護(ホームヘルプ) | 2. 訪問入浴介護 |
| 3. 訪問看護 | 4. 訪問リハビリテーション |
| 5. 居宅療養管理指導 | 6. 夜間対応型訪問介護 |
| 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(24時間サービス) | |
| 【施設に通って利用するサービス】 | |
| 8. 通所介護(デイサービス) | 9. 通所リハビリテーション(デイケア) |
| 【短期間施設に泊まるサービス】 | |
| 10. 短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ) | |
| 11. 小規模多機能型居宅介護 ^{※1} | 12. 看護小規模多機能型居宅介護 ^{※2} |
| 【生活する環境を整えるサービス】 | |
| 13. 福祉用具の貸与 | 14. 福祉用具の購入 |
| 15. 住宅改修 | |
| 【その他】 16. その他() | |

※1 小規模多機能型居宅介護：小規模な住居型の施設への「通い」を中心に、自宅にきてもらう「訪問」、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。

※2 看護小規模多機能型居宅介護：利用者の状況に応じて、小規模な住居型の施設への「通い」、自宅に来てもらう「訪問(介護と看護)、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。

B-問 17 (1) で「2. 施設等に入所（入居）してほしい」と回答した方におうかがいします。

B-問 17(3) ご本人が現在利用している介護保険サービスとは別に、1年以内に利用してほしいものについて、あてはまる番号に○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護者のための生活施設
2. 介護老人保健施設	在宅復帰をめざす要介護者に対し、リハビリ等を提供する施設
3. 介護医療院	長期療養が必要な要介護者のための施設
4. 認知症対応型共同生活 介護 (グループホーム)	認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービス施設
5. ケアハウス (軽費老人ホーム)	家庭環境、住宅事情などの理由で、自宅における生活が困難であったり、身体機能の低下等により自立して生活するのに不安がある方が、所得に応じた負担(概ね月9～15万円程度)で入居する高齢者向けの住居
6. 有料老人ホーム	「①食事の提供、②介護の提供、③家事の供与、④健康管理の供与」のいずれかのサービス(複数も可)を提供している高齢者向けの住居
7. サービス付き高齢者 向け住宅	見守りサービス(安否確認や生活相談など)があり、バリアフリーなどの設備等を備えた高齢者向けの住居
8. その他 ()	

※ここから再び、介護者の方全員におうかがいします。

B-問 18 地域包括支援センターは、高齢者の方々が住みなれた地域で安心して暮らしていけるよう、介護・福祉・健康など、さまざまな面から総合的に相談や支援を行う役割を担っていますが、この役割を知っていましたか。(○はひとつ)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 知っていた 2. 名前は聞いたことがあるが、役割までは知らなかった 3. 地域包括支援センターの存在を知らなかった |
|--|

B-問 19 家族を介護する人の介護疲れやストレスのケアをするためには、何が必要だと思いますか。(○は3つまで)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 周りの人の理解や協力 2. 介護生活に必要な情報の提供 3. 介護者同士が気兼ねなく話し合いや相談をする場 4. 介護者が息抜きできるイベント 5. ボランティアによる手助け 6. 専門職員による相談窓口 7. 介護に必要な技術を習得する機会 8. ショートステイ※などの介護保険サービスの活用 9. その他 () |
|---|

※ ショートステイ：介護を必要とする方が介護老人福祉施設などに短期間入所して、日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス



毎月 **¥3,000** 相当の
電子マネー等が当たるチャンス!

おおさか健活マイレージ

アスマイル

STEP 1
1 アプリをダウンロード!

歩く 300 pt
体重を記録 50 pt
朝食をとる 50 pt
健康コラムを読む 50 pt
歯を磨く 50 pt
人間ドックや健康診断を受ける 1,000 pt
アンケートに答える 200 pt

STEP 2
2 毎日の健康活動を記録!

STEP 3
3 毎週・毎月の抽選で当たる!

毎週の抽選
コーヒー など

毎月の抽選
¥3,000 相当の電子マネー等

アスマイルは、日々の健康活動で〈抽選ポイント〉が貯まります!

貯まったポイントを使って、毎週・毎月の抽選でプレゼントが当たる!
毎日が楽しくなるアプリです。

詳しくはこちら▶



さらに! **40歳以上の**
市町村国民健康保険に加入の方限定

特定健診・
人間ドックの
受診で **¥3,000**
相当の電子マネー等を必ずプレゼント!

「健康予測AI」で、
将来の
生活習慣病の
発症確率を
予測できます!

※初回のみ¥3,000相当。2回目以降は¥1,000相当の電子マネー等のプレゼントとなります。

さらにさらに! **60歳以上の堺市民限定**

令和4年7月1日~令和5年3月10日の期間中、
新規登録された方を対象に抽選で1,300名に、
¥2,000 相当のQUOカードPayが当たる!

お問い合わせ

おおさか健活マイレージ アスマイル事務局

Tel. 06-6131-5804 Fax. 06-6452-5266

受付時間
9:00~17:00(土・日・祝日・12/29~1/3を除く)

詳しくは▶ おおさかアスマイル 🔍

<https://www.asmile.pref.osaka.jp/>