

堺市高齢者等実態調査 ご協力をお願い

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
2,000名を無作為に抽出させていただき、「実態調査」を実施することになりました。

この調査は、高齢者の方々の生活状況や保健・福祉に関する率直なご意見、ご要望
などをおうかがいして、今後の高齢者保健福祉行政のより一層の計画的かつ効果的な
推進と次期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画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、問1から問 25 まではご本人が、問 26 から問 44 までは主な介護者の方が記入してください。もし、ご本人が記入できない場合は、ご家族等が本人の立場に立って記入していただいても構いません。
- 2 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。
- 3 ご回答は、令和元年12月1日現在の状況を記入してください。
- 4 アンケートの記入はお答えできる範囲で結構です。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。
- 5 ご回答いただきましたアンケートは、1月6日(月)までに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。
- 6 アンケートの記入等にあたって、ご支援が必要であったり、お困りごとがあったりする場合は、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

【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

※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

■まずはじめに、記入日と調査対象者の方についてお教えてください。

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	

※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。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、次期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のため、また、効果的な政策立案と効果評価のために行うものです。
- この調査で得られた統計データについては、必要に応じて、個人情報が特定できない形で厚生労働省等に提供することがあります。
- 当該調査により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、適切に利用、保存、廃棄いたします。

調査対象者様ご本人について、お伺いします。

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。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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. その他 |

問2 (1) ご本人の世帯類型について、お教えてください。(〇はひとつ)

- | | | |
|------------------------|---|-------|
| 1. 単身世帯 | } | ※ 問3へ |
| 2. 夫婦のみ世帯 (配偶者 65 歳以上) | | } |
| 3. 夫婦のみ世帯 (配偶者 64 歳以下) | | |
| 4. その他 | | |

問2 (1) で「2.」～「4.」と回答した方 (ご家族など同居されている方) にお伺いします。

問2 (2) 日中、ご本人は一人になることがありますか。(〇はひとつ)

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 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、全員の方にお伺いします。

問3 ご本人の現在のお住まいをお教えてください。(〇はひとつ)

- | |
|------------------------------|
| 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. グループホーム (認知症対応型共同生活介護) ※1 |
| 6. 軽費老人ホーム (ケアハウス) ※2 |
| 7. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 ※3 |
| 8. その他 () |

※1 グループホーム: 認知症で介護を必要とする方が共同生活をする住居で、日常生活の世話や機能訓練などを行う、介護保険のサービス

※2 軽費老人ホーム(ケアハウス): 家庭環境、住宅事情などの理由で、自宅において生活することが困難であったり、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ったりする高齢者が、所得に応じた負担で入居できる施設

※3 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅: 危険や不便が少ない構造で、食事などの日常生活に必要なサービスを受けることができる入居施設

問4 初めてご本人の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. 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. だれからも勧められていない |
| 9. その他 () | |

問5 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() |

問6 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() |

ご本人の生活状況や健康についてお伺いします。

問7 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 () |

問 8 ご本人のことで日頃から診療や相談ができるかかりつけの医師・歯科医師・薬剤師はいますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 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伺いします。

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。(〇はひとつ)

- | | | |
|---------------------|---|-------------|
| 1. 紹介された | } | ※ 問 9 (2) へ |
| 2. 自分または家族がさがして見つけた | | } |
| 3. 以前から知っていた | | |
| 4. その他 () | | |

問 9 (1) で「1. 紹介された」と回答した方にお伺いします。

問 9 (2) だれに紹介されましたか。(〇はひとつ)

- | | | |
|---------------|--------------|---------|
| 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、全員の方にお伺いします。

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。(〇はひとつ)

- | |
|----------------------------|
| 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 () |

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	2	3	4	5
	満足して いる	どちらか といえば 満足して いる	どちらか といえば 不満で ある	不満で ある	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伺いします。

問 12 令和元年11月の1か月の間に、ご本人は（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ましたか。（○はひとつ）

1. 利用した ⇒ ※ 問 14 へ

2. 利用していない ⇒ ※ 問 13 へ

問 12 で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

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、全員の方にお伺いします。

問 14 次の介護保険サービスを知っていますか。また、利用したいと思いませんか。
 (①～③の項目について、それぞれ○はひとつ)

	認知度			利用意向	
	1 知っている	2 知らない		1 利用したい	2 利用したくない
① 小規模多機能型居宅介護 小規模な施設への「通い」を中心に、自宅に来てもらう「訪問」(介護)、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。	1	2	→	1	2
② 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) 小規模な施設への「通い」を中心に、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。	1	2	→	1	2
③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 日中・夜間を通じて介護職員と看護師の定期的な訪問を受けられます。また、通報や電話をすることで、随時対応も受けられます。	1	2	→	1	2

問 15 現在、ご本人が利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、お教えてください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 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. 情報通信機器による見守りなどのサービス | 10. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 11. 宿泊サービス(お泊りデイサービス) | 12. その他() |
| 13. 利用していない | |

問 16 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、お教えてください。
 (○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 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. 情報通信機器による見守りなどのサービス | 10. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 11. 宿泊サービス(お泊りデイサービス) | 12. その他() |
| 13. 利用していない | |

※ 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 25 で「2.」～「5.」を選択された場合は、以下の設問にご回答・ご記入をお願いします。
※「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人がご回答・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）。

主な介護者の方について、お伺いします。

問 26 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。

問 27 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 |

問 28 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 |
|-------|-------|

問 29 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 |

問 30 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 |

問 31 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、お教えてください。
(○はいくつでも)

【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 32 主な介護者の方の介護に要する時間について、お教えてください。

問 32 (1) 介護の日数 (○はひとつ)

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に4～5日程度 | 3. 週に2～3日程度 |
| 4. 週に1日程度 | 5. 週に1日未満 | |

問 32 (2) 1日あたりの介護の時間 (○はひとつ)

- | | |
|------------|----------|
| 1. 1～2時間程度 | 2. 4時間程度 |
| 3. 8時間程度 | 4. ほぼ1日中 |

問 33 主な介護者の方の介護期間について、お教えてください。(○はひとつ)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 6か月未満 | 2. 6か月～1年未満 |
| 3. 1年～2年未満 | 4. 2年～3年未満 |
| 5. 3年～5年未満 | 6. 5年～10年未満 |
| 7. 10年～20年未満 | 8. 20年以上 |

問 34 主な介護者の方の育児状況について、お教えてください。(○はひとつ)

※「1. 育児をしている」を選んだ方は子どもの人数・末子の年齢を()内に数字で記入してください。

1. 育児をしている

…子どもの人数()人 末子年齢()歳

2. 育児はしていない

※ 18歳以下の自分の子ども(養子等を含む)および孫を対象とします。なお、育児には見守り、認定こども園・幼稚園等・学校・塾・習い事等の送迎、付き添い、保護者会等への出席なども含みます。また、同居の有無は問いません。

問 35 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

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

※ 問 36~38 へ

※ 問 39 へ

※ 「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 35 で「1.」「2.」と回答した方(働いている方)にお伺いします。

問 36 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。(○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

問 35 で「1.」「2.」と回答した方（働いている方）にお伺いします。

問 37 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

問 35 で「1.」「2.」と回答した方（働いている方）にお伺いします。

問 38 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、全員の方にお伺いします。

問 39 介護に対して負担に感じることは何ですか。(〇はいくつでも)

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

問 40 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)。(〇は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

問 41 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. となり近所の人
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

問 42 今後ご本人に対してどのように介護したいと思いますか。(○はひとつ)

1. なるべく家族のみで、自宅で介護したい
2. 介護保険サービス(ホームヘルパーやデイサービスなど)や保健福祉サービス(緊急通報サービスなど)を使いながら自宅で介護したい
3. 介護保険サービスの付いた高齢者向けの住宅に入居させたい
4. 特別養護老人ホームや介護老人保健施設などに入所させたい
5. 比較的小規模な特別養護老人ホームや認知症の人向けのグループホーム※などに入所させたい
6. その他()
7. わからない

※ グループホーム：認知症で介護を必要とする方が共同生活をする住居で、日常生活の世話や機能訓練などを行う、介護保険のサービス

問 43 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機関です。地域包括支援センターの役割を知っていますか。(○はひとつ)

1. 知っている
2. 名前は聞いたことがあるが、役割までは知らない
3. 地域包括支援センターの存在を知らない

