

資料編（調査票）

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	264
在宅介護実態調査・A票.....	280
在宅介護実態調査・B票.....	292
居宅介護支援事業所アンケート調査票	296
地域包括支援センターアンケート調査票	302

ひがしおおさかし かいごよぼう にちじょうせいかつけんいき ちょうさひょう
東大阪市 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票

平素は、東大阪市の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。このたび、本市にお住まいの65歳以上の方（要支援1・2の方、及び、要介護認定を受けていない方）から無作為に選んだ皆様を対象に、高齢者福祉サービスなどに対するご意見をお聞かせいただくため、調査を実施いたします。皆様のご意見は、地域で安心してお暮らしいただけるよう、高齢者福祉事業や介護保険事業の充実を旨とし、令和5年度に策定する「東大阪市第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」の基礎資料として活用させていただきます。本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

ひがしおおさかし ふくしぶ こうれいかいごか
東大阪市 福祉部 高齢介護課

記入に際してのお願い

- ご回答にあたっては封筒の宛名ご本人様にお答えいただきますが、ご家族等が記入される場合は、できる限りご本人様の意向をお聞きの上、記入してください。
- この調査は無記名回答方式ですので、名前を記入いただく必要はありません。
- ご回答にあたっては質問をよく読んでいただき、該当する番号を○で囲んでください。数字を記入する欄は右詰め（例

6	2
---	---

 kg）でご記入ください。
- 選択肢の1つに○をつけてください。「○はいくつでも」等の表記があれば、その内容にしたがって○をつけてください。
- 調査票記入後は同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、4月21日（金）までに投函してください。
- この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします

調査票の記入方法についてのお問い合わせ （平日9:00～17:00）	（フリーダイヤル） 株式会社サーベイリサーチセンター 電話 0120-186-189
調査全般のお問い合わせ（平日9:00～17:30）	東大阪市政府 福祉部 高齢介護課 電話 06-4309-3185

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】

この調査は、上記計画の策定と介護予防事業の効果測定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、この目的以外には利用しません。また当該情報については、東大阪市で適切に管理いたします。上記目的のため、個人を特定できない形で第三者機関に提供し、集計・分析することがあります。また、経年比較のため、同様の調査を再度行うことがあります。

○以下、記入をお願いします

調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください

1. ご本人 2. ご家族が記入（宛名のご本人からみた続柄 _____） 3. その他（ _____ ）

○宛名のご本人様の情報 を記入してください（それぞれ1つに○）

性別	1. 男	2. 女	
年齢	1. 65歳～69歳 4. 80歳～84歳	2. 70歳～74歳 5. 85歳～89歳	3. 75歳～79歳 6. 90歳以上
要介護認定の有無	1. 要支援1	2. 要支援2	3. 認定を受けていない

かぞく せいかつじょうきょう
問1 あなたの家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください (1つに○)

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

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか (1つに○)

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

【(2)において「2.」または「3.」(介護・介助が必要)と回答された方のみ】

(2)-1 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (○はいくつでも)

1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
2. 心臓病
3. がん (悪性新生物)
4. 呼吸器の病気 (肺炎腫・肺炎等)
5. 関節の病気 (リウマチ等)
6. 認知症 (アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. 糖尿病
9. 腎疾患 (透析)
10. 視覚・聴覚障害
11. 骨折・転倒
12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱
14. その他 ()
15. 不明

【(2)において「3. 現在、何らかの介護を受けている」と回答された方のみ】

(2)-2 主にどなたの介護、介助を受けていますか (○はいくつでも)

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

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか (1つに○)

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

からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (1つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか (1つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか (1つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (1つに○)

1. 何度もある
2. 1度ある
3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか (1つに○)

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

(6) 週に1回以上は外出していますか (1つに○)

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (1つに○)

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

(8) 外出を控えていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ ⇒ (9) へ

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)と回答された方のみ】

(8)-1 外出を控えている理由は、次のどれですか (○はいくつでも)

1. 病気 2. 障害 (脳卒中の後遺症など)
3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配 (失禁など)
5. 耳の障害 (聞こえの問題など) 6. 目の障害
7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない 10. その他 ()

(9) 散歩で外出する頻度はどのくらいですか (1つに○)

1. ほぼ毎日 2. 週に4、5日 3. 週に2、3日
4. 週1日 5. 週1日未満

(10) 買い物で外出する頻度はどのくらいですか (1つに○)

1. ほぼ毎日 2. 週に4、5日 3. 週に2、3日
4. 週1日 5. 週1日未満

(11) 外出する際の移動手段は何ですか (○はいくつでも)

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

(12) 買物や散歩以外でどのようなことでよく外出されますか (○はいくつでも)

1. 子どもや孫、親戚に会いに行く 2. 友達や知人に会いに行く
3. 仕事関係 (通勤、農作業等) 4. 地域や老人クラブなどの集まりに行く
5. 趣味やスポーツなどをする 6. ボランティアなどの活動をする
7. 医院、病院等の医療機関に行く 8. 老人センターに行く
9. 街かどデイハウスに行く 10. その他 ()

とい
問3

た
食べることについて

(1) 身長・体重について、ご記入ください ※ 小数点以下は四捨五入

① 身長 cm

② 体重 kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(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つに○)

1. はい 2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (1つに○)

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

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

(6)-1 噛み合わせは良いですか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と回答された方のみ】

(6)-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(7) 定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(8) 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(9) どなたかと食事をとる機会がありますか (1つに○)

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

とい
問4

まいにち せいかつ
毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか (自家用車でも可) (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(6) 自分で食事の用意をしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(9) 年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(10) 新聞を読んでいますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(15) 病人を見舞うことができますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(17) 趣味はありますか (1つに○)

1. 趣味あり → (例) 山登り:) 2. 思いつかない

(18) 生きがいはありますか (1つに○)

1. 生きがいあり → (例) 友達との交流:) 2. 思いつかない

(19) あなたが現在やっていることで、生きがいや楽しさを感じるのとはどんなことですか (○はいくつでも)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. テレビやラジオの視聴 | 2. 孫など子どもたちの成長をみること |
| 3. 友達との交流・会話 | 4. 家族の役に立つこと |
| 5. 人の役に立つこと (ボランティア) | 6. 働くこと |
| 7. 町内会・自治会の活動 | 8. 老人クラブ、老人会の活動 |
| 9. 趣味の活動 | 10. 旅行や買い物、観劇などの外出 |
| 11. 学習や教養を高めるための活動 | 12. スポーツに関する活動 |
| 13. 介護予防のための活動 | 14. その他 () |
| 15. 何もない | |

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

※①～⑧それぞれに回答してください (それぞれ1つに○)

	週4回以上	週2～3回	週1回	つき月1～3回	ねんすうかい 年に数回	さんか 参加して いない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 介護予防のための通いの場 (街かどデイハウス、つどいサービス、 地域でのサロン活動など)	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

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

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい
3. 参加したくない(理由:) 4. 既に参加している

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

- | | |
|------------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 2. 参加してもよい |
| 3. 参加したくない(理由:) | 4. 既に参加している |

(4) あなたは、近所づきあいをどの程度されていますか (1つに○)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 近所の仲の良い人とよく行き来している | 2. 会えば親しく話をする人がいる |
| 3. 挨拶程度がほとんど | 4. 近所づきあいをほとんどしていない |

(5) あなたは、地域の行事等に参加されていますか (○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| 1. ひとり暮らしの高齢者の食事会等 | 2. サロン ※高齢者を対象にした介護予防等を目的とした場 |
| 3. 地域の運動会 | 4. 地域のお祭りや盆踊り |
| 5. 地域の防災訓練 | 6. 地域の清掃等の美化活動 |
| 7. 子どもの見守り、学校との交流等 | 8. 地域の敬老行事 |
| 9. 地域の介護予防活動 | 10. その他 () |
| 11. 参加したことがない | |

とい
問6

たすけあいについて あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人 (○はいくつでも)

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

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人 (○はいくつでも)

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

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

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

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人 (○はいくつでも)

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

(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教えてください (○はいくつでも)

- | | | |
|------------------|-------------------|---------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 | 3. ケアマネジャー |
| 4. 医師・歯科医師・看護師 | 5. 地域包括支援センター・市役所 | |
| 6. その他 () | | 7. そのような人はいない |

(7) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (〇はいくつでも)

- | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. ない | 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 () |

(8) 健康や病気のことについて気軽に相談できる「かかりつけ医」等がいますか (〇はいくつでも)

- | | | |
|--------------|----------------|---------------|
| 1. かかりつけ医がいる | 2. かかりつけ歯科医がいる | 3. かかりつけ薬局がある |
| 4. いずれもない | | |

(9) 自宅で暮らし続けるためには、医療においてどのような支援が必要ですか (〇はいくつでも)

- | | | |
|---------------|-------------|------------|
| 1. 定期的な歯科受診 | 2. 定期的な健康診断 | |
| 3. かかりつけ医との連携 | 4. 訪問診療 | 5. その他 () |

(10) あなたは現在、働いていますか (1つに〇)

- | | |
|----------|----------------------|
| 1. 働いている | 2. 働いていない ⇒ (10)-2 へ |
|----------|----------------------|

【(10) で「1. 働いている」と回答された方のみ】

(10)-1 働いている理由は何ですか (〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 生活費が必要だから | 2. こづかいがほしいから |
| 3. 健康によいから | 4. 友達ができるから |
| 5. 退屈だから | 6. 働くのが楽しいから |
| 7. 自分の能力を活かしたいから | 8. 仕事を通じて社会に貢献したいから |
| 9. 今後の備えのため | 10. その他 () |

【(10) で「2. 働いていない」と回答された方のみ】

(10)-2 今後、働きたいと思いますか (1つに〇)

- | | | |
|---------|----------------------|-------------------|
| 1. 働きたい | 2. 働きたいが身体の都合などで働けない | 3. 働きたくない・働く必要がない |
|---------|----------------------|-------------------|

(11) あなたは、これまでの生活 (仕事、地域活動、家事・育児等) の中で身につけた経験や技術を、これから活かしていきたいと思いませんか。どのような場で活かすことができると思いませんか (〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. 趣味のサークル活動 | 2. スポーツや生涯学習などの集まり |
| 3. 町内会・自治会 | 4. ボランティア |
| 5. 老人クラブ・老人会 | 6. 仕事・職場 |
| 7. シルバー人材センター | 8. NPO団体等 |
| 9. 近所づきあいの中で (若い人の相談にのるなど) | 10. 介護予防のためのサークル |
| 11. その他 () | 12. 活かしたいとは思わない、活かせる経験や技術がない |

とい
問 8

にんちしょう
認知症について

(1) 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つに○)

1. はい 2. いいえ

(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

(3) あなたは認知症に対する不安がありますか (1つに○)

1. ある 2. ない 3. わからない

(4) 最近、以下のような症状や状態を感じることがありますか (○はいくつでも)

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. 1日に1回以上、物忘れや置き忘れがある | 2. 朝食の内容が思い出せないことがある |
| 3. 漢字が書けないことがよくある | 4. 物の名前が出てこない |
| 5. 以前に比べ新聞やテレビを見なくなった | 6. 知り合いの人の名前がでてこない |
| 7. 元気でも働けない、または仕事をやる気がしない | 8. 火の不始末がある |
| 9. この1か月間一度も電話をかけていない | 10. 計算間違いが多い、または勘定をよく間違える |
| 11. いつも孤独感やさびしい気持ちがある | 12. よく知っている道で迷ったことがある |
| 13. 会合や社会奉仕活動にまったく参加していない | 14. その他 () |

(5) あなたご自身や家族が認知症になった場合、安心して生活していくためにはどのようなことに重点をおくべきだと思いますか (3つまでに○)

- 認知症の症状や状態に応じた適切なサービス (認知症の行動・心理症状(外出中道に迷う等)に対する福祉サービス制度の充実等)
- 保健・医療・福祉が連携した早期発見・早期診断・早期対応のしくみづくり
- 認知症に対応した医療サービス体制 (認知症専門外来等の充実)
- 認知症に対応した介護サービス体制 (認知症ケアに特化した地域密着型サービス等の充実)
- 地域での日常生活支援 (認知症を見守るボランティアなどのしくみづくりなど)
- 家族の介護疲れをいやすための一時的な支援 (レスパイトケア)
- 介護者の突発的な事由により在宅生活が困難となった場合の緊急ショートステイ
- 家族の日常的な支援 (家族の交流会や相談会、認知症の介護方法等家族向けの研修会等)
- 若年性認知症 (65歳未満で発症する認知症) に対する支援
- 認知症に対応できる医療・介護サービスを担う人材の育成 (かかりつけ医、介護従事者(ケアマネジャー、ヘルパー等)に対する研修等)
- 認知症に対する家族や地域の理解 (予防教室や講演会等住民に対する啓発)
- 成年後見制度※や虐待防止等の制度の充実
- その他 ()

※ 成年後見制度: 認知症などにより判断能力が十分でない場合、家族や信頼できる方(弁護士など)から家庭裁判所が選んだ「成年後見人」が本人に代わり財産管理等を行う制度

問9

必要となる支援や介護保険サービスについて

(1) 現在、日常生活の中で、手助けしてほしいと思うことがありますか (5つまでに○)

- 1. 外出の際の移動支援 (通院を含む)
- 2. 交流や外出の機会がほしい
- 3. 話し相手がほしい
- 4. 食事の支度や後片付け
- 5. 買い物
- 6. 掃除
- 7. 洗濯
- 8. 布団干し
- 9. ごみ出し
- 10. 電球や蛍光灯等の交換
- 11. 庭木の手入れ
- 12. 草むしり等
- 13. 大型ごみの処理
- 14. 散髪
- 15. 入浴
- 16. 家電やパソコン、携帯電話の使い方
- 17. 預貯金の出し入れ
- 18. 税金の支払いや公共機関の手続き
- 19. 財産・お金の管理
- 20. 定期的な安否確認
- 21. その他 ()
- 22. なし

(2) 以下のサービスのそれぞれについて、現在の状況や今後の利用意向をおたずねします。各項目について、1. 2. 3. 及びA. B. C. のそれぞれ1つに○をつけてください

※各サービスの内容については、この調査票に同封した説明資料をごらんください

	これまでの利用状況			今後の利用意向		
	1. 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	3. 制度を知らない	A. 利用したい	B. 今は決められない	C. 利用したくない
① 日常生活用具の給付	1	2	3	A	B	C
② 緊急通報システム	1	2	3	A	B	C
③ 高齢者配食サービス見守り支援事業	1	2	3	A	B	C
④ 街かどデイハウス	1	2	3	A	B	C
⑤ 健康相談	1	2	3	A	B	C
⑥ 健康診査 (特定健康診査等の健診)	1	2	3	A	B	C
⑦ がん検診	1	2	3	A	B	C
⑧ 訪問指導	1	2	3	A	B	C
⑨ 成人歯科検診	1	2	3	A	B	C
⑩ 骨密度測定	1	2	3	A	B	C
⑪ 介護予防の講座・教室	1	2	3	A	B	C
⑫ 福祉農園	1	2	3	A	B	C
⑬ 認知症高齢者見守りネットワーク	1	2	3	A	B	C
⑭ 地域の住民ボランティアによる訪問型助け合いサービス (玄関先で行うごみ出し等の生活支援)	1	2	3	A	B	C
⑮ 地域の住民ボランティアによる通所型つどいサービス (地域の集いの場で体操等の介護予防を実施)	1	2	3	A	B	C
⑯ 老人センター	1	2	3	A	B	C

【(2) 『老人センター』のこれまでの利用状況で「2. 知っているが利用したことはない」と回答された方のみ】

(2)-1 老人センターを利用したことがない理由は何ですか (〇はいくつでも)

- どこにあるのかわからないから
- どんなことができるのかわからないから
- 出かけるのに不便な場所にあるから
- 魅力のある講座がないから
- 知り合いが利用していないから
- ひとりで行きにくいから
- 利用するのに抵抗感があるから
- その他 ()

(3) あなたは、要介護にならないための運動や健康づくりの取り組みを、やってみたいと思いますか (現在しており、続けるつもりのもも含めてお答えください) (〇はいくつでも)

- 手先を使った手芸やものづくり等の教室
- 専用のトレーニングマシン等を使った運動
- 転倒予防等、事故を避けるための知恵やコツを身につける教室
- 自宅で手軽にできる運動や健康づくり等の指導を受けられる教室
- 食生活の改善等の指導を受けられる教室
- 歯みがきや入れ歯の手入れ方法等の指導を受けられる教室
- 認知症の予防教室
- eスポーツ(コンピュータゲームを用いた競技やスポーツ)教室
- その他 ()
- やってみたいことはない

(4) あなたご自身に介護が必要になった場合、どのようにしたいと思いますか (1つに〇)

- 自宅※1で主に家族からの介護を受けたい
- 自宅で、主に介護サービスを受けながら介護を受けたい
- サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームに住んで介護を受けたい
- グループホーム※2に住んで介護を受けたい
- 特別養護老人ホームなどの施設に入所して介護を受けたい
- 医療的な支援を受けられる施設に入所して介護を受けたい
- その他 ()

※1 自宅：ここでの「自宅」とは、今住んでおられる家だけでなく、お子さんの家に同居する場合等も含めた在宅生活の意味

※2 グループホーム：認知症の方が共同生活住居で日常生活上の支援と機能訓練を行う心身機能の維持回復を図る場

(5) 要介護状態になった場合に利用したい在宅サービスは何ですか (3つまでに〇)

- 医師が自宅を訪問することによる診療 (訪問診療)
- ホームヘルパーが自宅を訪問して行う日常生活上の世話 (訪問介護)
- 夜間でもホームヘルパーが自宅を訪問する介護サービス (夜間対応型訪問介護)
- 自宅を訪問し、持参した浴槽で行う入浴の介護 (訪問入浴介護)
- 看護師が自宅を訪問して行う、療養上の世話や必要な診療の補助 (訪問看護)
- 理学療法士や作業療法士が自宅を訪問して行うリハビリテーション (訪問リハビリテーション)
- デイサービスセンターに通って受ける、入浴や食事の支援、機能訓練 (通所介護 (デイサービス))
- 認知症高齢者を対象に行うデイサービス (認知症対応型通所介護)
- 施設や医療機関に通って行うリハビリテーション (通所リハビリテーション (デイケア))
- 通いを中心に、利用者の状況に応じ、訪問や泊りができるサービス (小規模多機能型居宅介護)
- 介護施設等に短期間入所して受ける日常生活上の世話 (ショートステイ)
- 医師や薬剤師などによる療養上の指導 (居宅療養管理指導)
- 24時間必要に応じて、ホームヘルパーや看護師が自宅を訪問するサービス (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護等を組み合わせて、医療・看護のケアが受けられるサービス (看護小規模多機能型居宅介護)

(6) 自宅で介護を受けられる場合、誰に介護されることを希望しますか (〇はいくつでも)

- 配偶者 (夫または妻)
- 子どもまたは子どもの家族
- その他の親族
- ホームヘルパーなどの介護の専門家
- 近所の人やボランティア
- その他 ()
- 特に希望はない

問10 情報・相談について

(1) あなたは、家族等の介護をした経験がありますか (〇はいくつでも)

- 現在、同居の家族等を介護している
- 現在、別居の家族等を介護している
- 以前、家族等を介護したことがある
- 今まで介護の経験はない

(2) 在宅で介護をする家族には、どのような支援や理解が必要だと思えますか (〇はいくつでも)
(これまで、介護の経験がない方は、想像で構いません)

- 介護方法の情報提供
- 介護に対する地域の理解
- 介護に対する職場の理解
- 介護用品の支給等、経済的負担軽減への支援
- 介護サービス (ショートステイ等) 利用による、身体的負担軽減への支援
- 悩みごとを相談できる場所など、精神的負担軽減への支援
- その他 ()

(3) 介護保険や高齢者福祉サービス、健康に関する情報をどこから入手していますか。または、入手したいと思えますか (3つまでに〇)

- 家族・親族
- 市役所・地域包括支援センターの職員
- 市の広報やパンフレット
- 民生委員児童委員
- 社会福祉協議会の職員
- 福祉施設の職員
- 病院等の職員
- 自治会等の役員
- 知人・友人
- 新聞・テレビ等
- インターネット (ホームページ等)
- その他 ()
- 入手方法が分からない

(4) あなたは高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」について知っていますか (1つに〇)

- 知っておりすでに相談したことがある
- 知ってはいるが場所がわからない
- 知ってはいるが相談したことはない
- 場所はわかるが何をするとところかわからない
- 場所を含め全く知らない

(5) ご自分またはご自宅用でお持ちの通信機器・デジタル機器は何ですか。(〇はいくつでも)

- スマートフォン
- 携帯電話 (1以外)
- 固定電話
- ファックス
- パソコン
- タブレット
- スマートスピーカー (google home 等)
- その他 ()
- いずれも持っていない

とい
問11

かれいせいなんちよう
加齢性難聴について

(1) ご自身の耳の聞こえの状況について教えてください (1つに○)

1. 不自由なく聞こえている 2. 聞こえにくいと感じることがある 3. 聞こえにくい、または聞こえない

【(1)で「2. 聞こえにくいと感じることがある」または「3. 聞こえにくい、または聞こえない」と回答された方のみ】

(1)-1 補聴器の使用・所有状況について教えてください (1つに○)

1. 補聴器を持っており、使用している 2. 補聴器を持っているが、使用していない
3. 補聴器の購入を予定している 4. 補聴器の購入予定はない

【(1)-1で「2. 補聴器を持っているが、使用していない」または「4. 補聴器の購入予定はない」と回答された方のみ】

(1)-2 補聴器を持っていないまたは使用していない理由は何ですか (○はいくつでも)

1. 必要ではないから 2. わずらわしい 3. 補聴器を使用するのが恥ずかしい
4. 医師から勧められていない 5. 片耳は聞こえているから 6. 自分の耳に合わない
7. 価格が高いから 8. その他 ()

(2) 補聴器を購入した、または購入するとすれば、そのきっかけはなんですか (○はいくつでも)

1. 聞こえの悪化 2. 医師からの勧め 3. 家族からの勧め 4. 補聴器を使用している人からの勧め
5. 性能の良さ 6. デザインの良さ 7. 使いごこちの良さ 8. 価格の安さ
9. 補聴器購入費の補助制度 10. その他 ()

難聴は認知症の危険因子の一つとしてあげられています。聞こえにくいと感じたら早めに耳鼻咽喉科に相談し、適切なケアを始めましょう。

とい
問12

お住まいについて

(1) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (1つに○)

1. 持家 (一戸建て) 2. 持家 (集合住宅) 3. 公営賃貸住宅
4. 民間賃貸住宅 (一戸建て) 5. 民間賃貸住宅 (集合住宅) 6. 借家
7. その他 ()

(2) お住まいやその周りの環境のことで、不便を感じたり、困っていることがありますか (○はいくつでも)

1. 狭すぎる 2. 風呂がない 3. 風呂が使いにくい
4. トイレが使いにくい 5. 床に段差があって危ない 6. 玄関に段差があり外出しにくい
7. 階段や廊下に手すりがない 8. 階段が急である 9. エレベーターがない
10. 自分 (夫婦) 専用の部屋がない 11. 住宅が老朽化している
12. 環境が悪い (日当たり、風通し、騒音など) 13. 家賃や住宅ローンが高い
14. 住居や土地の新規契約や更新がしにくい 15. 交通の便が悪い 16. 道路が狭い
17. 住宅が密集している 18. 近くに散歩に出るようなところがない (公園などが近くにない)
19. 近くに気軽に立ち寄れるような施設がない (老人センターなど)
20. ひとりで自宅の外を歩くのが危険である (交通量が多い、坂道がある等)
21. その他 () 22. 特にない

(3) あなたは、今後、介護保険施設に入所することになれば、どのように暮らしたいですか（1つに○）

※一般的には共用部屋（2名～6名）のほうが費用は安いです

1. 費用が高くて個室で暮らしたい
2. できれば個室で暮らしたい
3. 一人であるよりも、共用部屋で暮らしたい
4. 費用が安いので、共用部屋で暮らしたい
5. わからない

問13 新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が社会に影響を与える前と現在を比較して、あなたの日常生活はどのように変化しましたか。①～⑭のそれぞれの場面について、頻度や回数がどう変化したかをお答えください（それぞれ1つだけに○）

	増加した	減少した	変わらない
① 買物の頻度、回数	1	2	3
② 外食の頻度、回数	1	2	3
③ 旅行の頻度、回数	1	2	3
④ 友人等への訪問や来訪	1	2	3
⑤ 通院の頻度、回数	1	2	3
⑥ 体操等の運動習慣	1	2	3
⑦ 趣味のサークル、老人クラブ等の活動への参加頻度、回数	1	2	3
⑧ ボランティア活動への参加頻度、回数	1	2	3
⑨ 収入のある仕事の頻度、回数	1	2	3
⑩ 散歩の頻度、回数	1	2	3
⑪ テレビやインターネットの視聴時間	1	2	3
⑫ 読書の頻度、回数	1	2	3
⑬ 料理の頻度、回数	1	2	3
⑭ その他（ ）	1	2	3

問14 高齢者が暮らしやすいまちづくりについて

(1) あなたは、高齢者の生きがいがづくりや地域に貢献できるようなことで、高齢者自身が取り組んだら良いと思うことはどのようなこととお考えですか（○はいくつでも）

1. 地域での活動に参加する
2. 地域でのボランティア活動に参加する
3. 健康づくりや介護予防についての講座等に参加する
4. 福祉や介護サービス等の情報交換を強化する
5. その他（ ）

(2) 高齢者が暮らしやすいまちをつくるため、あなた自身を含め、地域の人々がどのようなことをすべき
とおもいますか (〇はいくつでも)

1. 良好な近所づきあいや、近所での助け合いに努める
2. 町内会・自治会、老人クラブ等の活動に積極的に参加する
3. ボランティア活動・奉仕活動に参加したり、活動を支援する
4. 福祉や健康づくりの知識や技術を身につける
5. 近所の人が高齢者のことを見守り、何かあったときに手助けできる雰囲気を作る
6. サロンを開く
7. その他

()

(3) 高齢者が暮らしやすいまちをつくるため、市は特にどのようなことに重点的に取り組むべきとお
かんがえますか (〇はいくつでも)

1. 高齢者が地域で活躍できる機会をつくる
2. 地域の助け合い活動の重要性を啓発する
3. 健康づくりや介護予防についての講座等を充実する
4. 福祉や介護サービスなどの情報提供を充実する
5. 身近で受けることができる福祉や介護サービスを充実する
6. わかりやすく、利用しやすい相談窓口を整える
7. 公共施設へのエレベーターの設置や、まちなかの段差解消等を行う
8. 避難行動要支援者名簿制度 (※ 同封資料参照) など、災害発生時の避難支援体制の強化を行う
9. その他 ()

ご意見等がございましたらご自由にお書きください

●●●以上で終了です。ご協力ありがとうございました●●●

・長時間のご協力ありがとうございました。記入もれがないか、再度お確かめください。

・記入した調査票は切り離すことなく、同封した返信用封筒に入れて、

4月21日(金)までにご投函ください。

ひがしおおさかし ざいたくかい ごじつたいちょうさ えーひょう 東大阪市 在宅介護実態調査・A票

平素は、東大阪市の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。このたび、本市にお住まいの在宅で生活をされている要介護認定を受けている方から無作為に選んだ皆様を対象に、介護保険制度や高齢者福祉サービスに対するご意見をお聞かせいただく調査を実施いたします。皆様からいただいたご意見をもとに課題を把握し、地域で安心してお暮らしいただけるよう、介護サービスのあり方を検討する基礎資料として活用させていただきます。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

ひがしおおさかし ふくしふ こうれいかいごか
東大阪市 福祉部 高齢介護課

記入に際してのお願い

- ご回答にあたって本票は、封筒の宛名のご本人様にお答えいただきますが、ご家族等が記入される場合は、できる限りご本人様の意向をお聞きの上、記入してください。
- 同封の「介護者アンケート調査」は、封筒の宛名のご本人を介護・介助されている方が、記入してください。詳しくは、同調査票の冒頭をご覧ください。
- この調査は無記名回答方式ですので、名前を記入いただく必要はありません。また、記入いただいた内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的に使用いたしません。
- ご回答にあたっては質問をよく読んでいただき、該当する番号を○で囲んでください。
- 選択肢の1つに○をつけてください。選択肢の数が指定されている場合は、その内容にしがたってください。「○はいくつでも」の表記があれば、あてはまるものすべてに○をつけてください。
- 2種類の調査票の記入後は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、4月21日（金）までに投函してください。
- この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

ちょうさひょう きにゆうほうほう 調査票の記入方法についての お問い合わせ （平日9:00～17:00）	かぶしきがいしゃ 株式会社サーベイリサーチセンター でんわ 0120-186-189（フリーダイヤル）
ちょうさぜんぱん と あ 調査全般のお問い合わせ （平日9:00～17:30）	ひがしおおさかしやくしよ ふくしふ こうれいかいごか 東大阪市役所 福祉部 高齢介護課 でんわ 06-4309-3185

封筒の宛名のご本人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（1つに○）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 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 世帯類型について、ご回答ください（1つに○）

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

問3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つに○）

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

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つに○）

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つに○）

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 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6 問2で「2. 夫婦のみ世帯」または「3. その他」とご回答された方におたずねします。

同居の家族について、ご回答ください。（1つに○） また、〔 〕内にご記入ください。

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 夫婦ふたり暮らしでともに65歳以上 |
| 2. 夫婦ふたり暮らしで一人だけが65歳以上 |
| 3. 1・2以外の世帯で全員65歳以上 ⇒ (あなたを含めて〔 〕人) |
| 4. 1～3以外の世帯 ⇒ (あなたを含めて〔 〕人) |

【「3.」または「4.」にご回答の方】 問6-1 同居されている方について、ご回答ください（○はいくつでも）

- | | | |
|-------------|----------|------------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 2. 父親 | 3. 母親 |
| 4. 息子 | 5. 娘 | 6. 子どもの配偶者 |
| 7. 孫 | 8. 兄弟・姉妹 | 9. その他（ ） |

問7 介護・介助の必要性について、ご回答ください（1つに○）

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

とい かいご かいじょ ひつよう かつ かいご かいじょ ひつよう おも げんいん なん
問8【介護・介助が必要な方のみ】 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか（〇はいくつでも）

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. がん(悪性新生物) | 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. 骨折・転倒 |
| 15. 高齢による衰弱 | 16. その他() |
| 17. なし | 18. わからない |

とい かいご かいじょ かつ おも かいご かいじょ う
問9【介護・介助者がいる方のみ】 主にどなたの介護・介助を受けていますか（〇はいくつでも）

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

とい かぞく しんぞく かつ かいご しゅう どうきょ こ しんぞく かいご ふく
問10 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つに〇)

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 1. ない | 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない |
| 3. 週に1～2日ある | 4. 週に3～4日ある |
| | 5. ほぼ毎日ある |

とい げんじてん しせつとう にゅうしょ にゅうきょ けんとうじょうきょう かいとう
問11 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つに〇)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)を指します

とい 問11 で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」を選んだ方におたずねします。

もう こ しせつ
 申し込みをしている施設すべてに〇をつけてください

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|----------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 介護老人保健施設 | 3. 介護療養型医療施設 | 4. 介護医療院 |
| 5. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 | 6. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | | |

施設種類	概要
1. 特別養護老人ホーム(特養)	常時の介護が必要な要介護者が入所し、食事、入浴、排せつなどの日常生活上の介護や機能訓練などのサービスを受けられる施設
2. 介護老人保健施設(老健)	症状が安定期にある要介護者が入所し、在宅復帰に向けて医療、看護、医学的な管理のもとで介護や機能訓練などのサービスを受けられる施設
3. 介護療養型医療施設	主に長期にわたって療養を必要とする方が病院等に入所し、医療、看護、医学的な管理のもとで介護や機能訓練などを受けられる施設
4. 介護医療院	長期療養のための医療と日常生活上の介護を一体的に提供する施設
5. 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られる入居施設
6. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	地域の中で、認知症を抱えた高齢者が少人数の家庭的な環境の中で暮らし、食事などの介護を受けられる施設

問12-2 問11で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」を選んだ方におたずねします。

介護保険施設へ入所の緊急度は次のうちどれですか（1つに○）

1. 在宅での生活が困難であり、今すぐにも入所したい
2. 在宅での生活は可能だが、できれば今すぐに入所したい
3. 在宅での生活は可能だが、近い将来（1～3年）に入所したい
4. 当面入所の必要はないが、いざというときに備えて入所申し込みをしている
5. その他（ ）

問12-3 問11で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」を選んだ方におたずねします。

介護保険施設へ入所したい理由としてあなたのお考えに近いものを選んでください（○はいくつでも）

1. ひとり暮らしのため
2. 施設ケアにより自立した生活を送りたいため
3. 重度化し、家族介護及び現行の在宅サービスメニューでは対応できないため
4. 家族の介護が受けられないため
5. 家族の介護負担を軽くするため
6. その他（ ）

※すべての方におたずねします

問13 あなたは、今後、介護保険施設に入所することになれば、どのように暮らしたいですか（1つに○）

※一般的には共用部屋（2名～6名）のほうが費用は安いです

1. 費用が高くて個室で暮らしたい
2. できれば個室で暮らしたい
3. 一人であるよりも、共用部屋で暮らしたい
4. 費用が安いので、共用部屋で暮らしたい
5. わからない

問14 あなたが、現在抱えている傷病について、ご回答ください（○はいくつでも）

- | | | |
|------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中） | 2. 心疾患（心臓病） | 3. がん（悪性新生物） |
| 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15 あなたは、ご自身のからだの状態と比べて、現在の要介護度の認定についてどうお考えですか（1つに○）

1. 現在の要介護度の認定でだいたい合っていると思う
2. 自分が感じるよりも高い（重い）要介護度の認定になっていると思う
3. 自分が感じるよりも低い（軽い）要介護度の認定になっていると思う
4. よくわからない

問16 あなたの要介護度は、1年前と比べて、どのように変化していますか（1つに○）

1. 現在の方が要介護度が上がっている（悪くなっている）
2. 同じ要介護度である
3. 現在の方が要介護度が下がっている（良くなっている）
4. 1年前は認定を受けていない
5. わからない

ひつよう しえん かいごほけん
必要となる支援や介護保険サービスについて

問17 令和4年12月の1か月の間に、(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(1つに○)

1. 利用した ⇒ 問18へ

2. 利用していない ⇒ 問19へ

問18 問17で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和4年12月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない(0回、1. 利用していない)」を選択してください(それぞれ1つに○)

	1週間あたりの利用回数(それぞれ1つに○)					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
(※回答例) ●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護(デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション(デイケア)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護(※訪問のあった回数を回答)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無(それぞれ1つに○)	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数(1つに○)				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
K. ショートステイ	0日	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数(1つに○)				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

◆ 問18 「介護保険サービス」の用語説明 ◆

サービス名	サービス内容
A 訪問介護(ホームヘルプサービス)	○ホームヘルパーによる食事・入浴・排せつ等の介護
B 訪問入浴介護	○浴槽を自宅に持ち込んでの入浴の介助
C 訪問看護	○看護師等による健康チェックや療養上の世話等
D 訪問リハビリテーション	○理学療法士、作業療法士等による自宅での機能訓練
E 通所介護(デイサービス)	○老人デイサービスセンター等での入浴や食事の介助、レクリエーション等
F 通所リハビリテーション(デイケア)	○介護老人保健施設等での機能訓練等
G 夜間対心型訪問介護	○夜間の定期的な巡回訪問や、利用者からの連絡に応じた随時訪問等
H 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○訪問介護と訪問看護が連携し、1日に複数回の「短時間の定期訪問」と「随時対応型」による「随時の対応」を24時間対応で行うサービス
I 小規模多機能型居宅介護	○心身の状態などに応じ、「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を組み合わせた多機能サービス
J 看護小規模多機能型居宅介護	○小規模多機能型居宅介護に訪問看護が追加されたサービス
K ショートステイ(短期入所生活介護)	○短期的に(数日～最大30日)施設へ入所して受ける日常生活の支援や機能訓練などのサービス
L 居宅療養管理指導	○医師、歯科医師、薬剤師等が自宅を訪問しての療養上の管理・指導など

問19 問17で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

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() | |

※すべての方におたずねします

問20 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 (○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. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他() | | |

問21 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 (○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. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他() | | |

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともを含みます

問22 健康や病気のことについて気軽に相談できる「かかりつけ医」等がいますか（〇はいくつでも）

- | | | |
|--------------|----------------|---------------|
| 1. かかりつけ医がいる | 2. かかりつけ歯科医がいる | 3. かかりつけ薬局がある |
| 4. いずれもない | | |

問23 現在、訪問診療を利用していますか（1つに〇）

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

問24 自宅で暮らし続けるためには、医療においてどのような支援が必要ですか（〇はいくつでも）

- | | | |
|-------------|-------------|---------------|
| 1. 定期的な歯科受診 | 2. 定期的な健康診断 | 3. かかりつけ医との連携 |
| 4. 訪問診療 | 5. その他() | |

問25 緊急時など何かあったときに、身近に頼ることのできる人がいますか（〇はいくつでも）

- | | | |
|-------------|---------------------------|----------------------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 子ども・子どもの家族(同居または近くに住む) | 3. 近くに住む親戚等 |
| 4. 近所の人 | 5. 友人 | 6. 民生委員、校区福祉委員、自治会の人 |
| 7. その他() | | 8. いない |

問26 高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」について知っていますか（1つに〇）

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. 知っておりすでに相談したことがある | 2. 知ってはいるが場所がわからない |
| 3. 知ってはいるが相談したことはない | 4. 場所はわかるが何をするとところかわからない |
| 5. 場所を含め全く知らない | |

問27 ご自分またはご自宅用でお持ちの通信機器・デジタル機器は何ですか。（〇はいくつでも）

- | | | | |
|------------|--------------|-----------------------------|---------------|
| 1. スマートフォン | 2. 携帯電話（1以外） | 3. 固定電話 | 4. ファックス |
| 5. パソコン | 6. タブレット | 7. スマートスピーカー（google home 等） | |
| 8. その他() | | | 9. いずれも持っていない |

問28 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つに〇）

- | | | |
|-------------|----------|-------------|
| 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29 現在のお住まいをお教えてください（1つに〇）

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-------------|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（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. 軽費老人ホーム(ケアハウス)*1・養護老人ホーム*2 | |
| 6. 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅*3 | | 7. その他() |

※1 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

※2 養護老人ホーム：環境上の問題があり、かつ経済的に困窮している高齢者で、自宅において生活することが困難な方が入所できる施設

※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30 高齢者ができる限りご自宅や住み慣れた地域で暮らし続けるために、あなたは、特にどのようなことが必要だと思えますか（〇はいくつでも）

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------|
| 1. 24時間対応してもらえる訪問介護サービス | 4. 家族内での介護・介助者の存在 |
| 2. 普段介護している人が急に介護できなくなった時などに対応できる介護サービス | 5. 介護予防サービス(筋力トレーニング、転倒骨折予防等) |
| 3. 介護予防サービス(筋力トレーニング、転倒骨折予防等) | 6. 介護保険料・利用料等の負担の軽減 |
| 5. 介護をしている家族等への支援 | 7. 介護しやすい住宅への改修 |
| 7. 介護しやすい住宅への改修 | 8. 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の充実 |
| 9. 地域の人々の見守りや助けあい | 10. ボランティアやNPOによるさまざまな生活の支援 |
| 11. 気軽に相談できるかかりつけ医を持つこと | 12. 在宅医療の充実 |
| 13. その他() | 14. 特にない |

からだを動かすことについて

問31-1 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（1つに〇）

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

問31-2 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか（1つに〇）

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

問31-3 15分位続けて歩いていますか（1つに〇）

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

問31-4 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つに〇）

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

問31-5 転倒に対する不安は大きいですか（1つに〇）

- | | | | |
|-------------|------------|-------------|----------|
| 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31-6 週に1回以上は外出していますか（1つに〇）

- | | | | |
|--------------|--------|----------|----------|
| 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31-7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（1つに〇）

- | | | | |
|-------------|----------|--------------|-----------|
| 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31-8 外出を控えていますか（1つに〇）

- | | |
|-------|------------------|
| 1. はい | 2. いいえ ⇒ 問31-9 へ |
|-------|------------------|

問31-8-1 【(問31-8で「1.はい」(外出を控えている)の方のみ】外出を控えている理由は、次のどれですか（〇はいくつでも）

- | | | |
|----------------|------------------|------------|
| 1. 病気 | 2. 障害(脳卒中の後遺症等) | 3. 足腰などの痛み |
| 4. トイレの心配(失禁等) | 5. 耳の障害(聞こえの問題等) | 6. 目の障害 |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない | 9. 交通手段がない |
| 10. その他() | | |

問31-9 外出する際の移動手段は何ですか（〇はいくつでも）

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

食べることに ついて

問32-1 身長・体重についてご記入ください ※小数点以下は四捨五入

①身長				cm				②体重				kg
-----	--	--	--	----	--	--	--	-----	--	--	--	----

問32-2 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-3 お茶や汁物等でむせることがありますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-4 口の渇きが気になりますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-5 歯磨き(人にやってもらう場合も含む)を毎日1回以上はしていますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-6 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (1つに○) ※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です

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

①噛み合わせは良いですか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

②【問32-6で「1.自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3.自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

毎日入れ歯の手入れをしていますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-7 定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-8 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問32-9 どなたかと食事をとる機会がありますか (1つに○)

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	

毎日の生活について

問33-1 物忘れが多いと感じますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問33-2 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか (1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問33-3 今日が何月何日かわからない時がありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-4 バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可) (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33-5 自分で食品・日用品の買物をしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33-6 自分で食事の用意をしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33-7 自分で請求書の支払いをしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33-8 自分で預貯金の出し入れをしていますか (1つに○)

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

問33-9 年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-10 新聞を読んでいますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-11 本や雑誌を読んでいますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-12 健康についての記事や番組に関心がありますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-13 友人の家を訪ねていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-14 家族や友人の相談にのっていますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-15 病人を見舞うことができますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-16 若い人に自分から話しかけることができますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ

問33-17 趣味はありますか(1つに○)

1. 趣味あり (具体的に:) 2. 思いつかない

問33-18 生きがいがありますか(1つに○)

1. 生きがいあり (具体的に:) 2. 思いつかない

あなたとまわりの人の「たすけあい」について

問34-1 あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人(いくつでも)

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

問34-2 反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人(いくつでも)

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

問34-3 あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人(いくつでも)

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

問34-4 反対に、看病や世話をしてあげる人(いくつでも)

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

問34-5 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教えてください(いくつでも)

- | | | |
|------------------|-------------------|------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 | 3. ケアマネジャー |
| 4. 医師・歯科医師・看護師 | 5. 地域包括支援センター・市役所 | |
| 6. その他() | 7. そのような人はいない | |

問34-6 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか(1つに○)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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34-7 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか(1つに○) ※同じ人には何度会っても一人と数えることとします

- | | | |
|------------|----------|---------|
| 1. 0人(いない) | 2. 1~2人 | 3. 3~5人 |
| 4. 6~9人 | 5. 10人以上 | |

問34-8 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(いくつでも)

- | | | |
|---------------|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ | 3. 学生時代の友人 |
| 4. 仕事での同僚・元同僚 | 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他() | 8. いない | |

健康について

問35-1 現在のあなたの健康状態はいかがですか(1つに○)

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 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35-2 あなたは、現在の程度 幸せですか

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる点数を○で囲んでください)



問35-3 この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか(1つに○)

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

ひがしおおさかし ざいたくかいごじったいちょうさ ひーひょう 東大阪市 在宅介護実態調査・B票

平素は、東大阪市の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。このたび、要介護認定を受けており、在宅で生活をされている方から無作為にお選びして、日常生活についてお聞かせいただく調査を行っています。介護をされている方にもご意見をいただきたく、本アンケート調査にご協力をお願いいたします。皆様からのご意見は、地域の課題を把握し、介護者の就労継続に向けて、介護サービスのあり方を検討する基礎資料として活用させていただきます。本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

ひがしおおさかし ぶくしぶ こうれいかいごか
東大阪市 福祉部 高齢介護課

記入に際してのお願い

- ご回答にあたっては、主な介護者の方にご回答・ご記入をお願いいたします。主な介護者の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様にご回答・ご記入をお願いいたします。
- この調査は無記名回答方式ですので、名前を記入いただく必要はありません。また、記入いただいた内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的に使用いたしません。
- ご回答にあたっては質問をよく読んでいただき、該当する番号を○で囲んでください。
- 選択肢の1つに○をつけてください。「○はいくつでも」等の表記があれば、その内容にしたがって○をつけてください。
- 調査票記入後は同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、4月21日(金)までに投函してください。
- この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

ちょうさひょう きにゅうほうほう 調査票の記入方法についての とあ へいじつ お問い合わせ（平日9:00～17:00）	かぶしきがいしゃ 株式会社サーベイリサーチセンター でんわ 電話 0120-186-189（フリーダイヤル）
ちょうさぜんぽん とあ 調査全般のお問い合わせ へいじつ （平日9:00～17:30）	ひがしおおさかしやくしよ ぶくしぶ こうれいかいごか 東大阪市役所 福祉部 高齢介護課 でんわ 電話 06-4309-3185

- **宛名のご本人が、「東大阪市 在宅介護実態調査・A票」の問10で「2.」～「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方に本調査票へのご回答・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、宛名のご本人様にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・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、おたずねします

問1 ご家族やご親族の中で、宛名の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2 主な介護者の方は、どなたですか (1つに○)

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

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つに○)

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

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つに○)

- | | | | | |
|----------|--------|----------|----------|--------|
| 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5 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(○はいくつでも)

身体介護 [身体介護]	1. 日中の排せつ	2. 夜間の排せつ	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
生活援助 [生活援助]	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)	
その他 [その他]	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	15. その他()	16. わからない

問6 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を感じる介護等について、ご回答ください (○は3つまで) (※現状で行っているか否かは問いません)

身体介護 [身体介護]	1. 日中の排せつ	2. 夜間の排せつ	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
生活援助 [生活援助]	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)	
その他 [その他]	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	15. その他()	16. 不安を感じていることは、特にな
			17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問7 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つに○)

1. フルタイムで働いている	} 問8～問10へ
2. パートタイムで働いている	
3. 働いていない	} 問11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8 問7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行っていますか(○はい/×いいえ)

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9 問7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(○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等)
5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワーク等)	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10 問7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つに○)

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	

問11 居宅サービスを利用している方におたずねします。

居宅サービスを利用することで、主な介護者の生活にどのような変化がありましたか(○はい/×いいえ)

1. 身体的に楽になった	2. 身体的にきつくなった
3. 精神的に楽になった	4. 精神的にきつくなった
5. 時間に余裕ができた	6. 時間に余裕がなくなった
7. その他()	8. 特にない

とい か き かいごしゃむ かつどう ぞんじ こんごりよう おも
問12 下記の介護者向けサービスや活動についてご存知ですか。また、今後利用してみたいと思いますか
 (あてはまるものそれぞれ1つに○)

	げんざい りようじょうきよう 現在の利用状況			こんご りよういこう 今後の利用意向		
	1. ある 利用したことが	2. 知っているが利用 したことはない	3. 知らない	A. 利用したい	B. 利用したくない	C. 利用できない・ 利用は難しい
かぞくかいごきょうしつ 家族介護教室	1	2	3	A	B	C 理由 []
かいごしゃ 介護者リフレッシュ事業	1	2	3	A	B	C 理由 []
ほけん 保健センターでの相談	1	2	3	A	B	C 理由 []
ちいきほうかつしえん 地域包括支援センターでの相談	1	2	3	A	B	C 理由 []
かいごしゃ かぞく かいかつどう 介護者・家族の会活動	1	2	3	A	B	C 理由 []

- ①内容がよくわからない ②介護が忙しく時間がとれない ③仕事が忙しく時間がとれない
 ④他の人に知られたくない ⑤利用することに周囲の理解が得られない ⑥その他()

とい こんご ぎょうせい かいごしゃ かん しえん かんが
問13 今後、行政が介護者に関してどのような支援をすべきだとお考えですか (○はいくつでも)

- 家族で介護するための方法や助言ができる体制を充実する
- 保健師等による介護している家族の健康管理や健康指導をする
- 認知症に関する相談相手や情報を提供する
- 高齢者虐待に関する相談相手や情報を提供する
- 介護者同士が交流できる場や情報の提供を行う
- 介護者の心身がリフレッシュできるような機会を提供する
- 介護をしている人の苦労や認知症について住民が理解できるよう啓発する
- 介護休暇をとりやすいように啓発を行う
- その他()
- 特にない

とい かぞく かいご ひと かいごづか かんわ なに ひつよう おも
問14 家族を介護する人の介護疲れやストレス緩和のためには、何が必要だと思えますか (○はいくつでも)

- 地域の協力や理解
- 介護者同士が相談し合える場
- 専門職員の相談窓口
- ボランティアなどの協力
- その他()

とい しんがた かんせんしやう えいきよう い か へんか
問15 あなたは新型コロナウイルス感染症の影響により、以下のような変化はありましたか(○はいくつでも)

- 外出を控えるようになった
- 介護の負担が増えた
- 地域活動や社会活動への参加機会が減った
- 明らかに体力が低下した
- 足腰などの筋力が低下した
- 気分が落ち込むことが多くなった
- イライラするなど、ストレスを感じるが多くなった
- 他の人との会話の機会が減った
- その他()

いけんとう じゆう か
■ご意見等がございましたらご自由にお書きください

きにゆう さいど たし どうふう へんしんようふうとう い がつ にち きん とうかん
 記入もれがないか、再度お確かめのうえ、同封した返信用封筒に入れて、**4月21日(金)**までにご投函ください。

東大阪市 高齢者福祉・介護保険に関する調査
居宅介護支援事業所調査 調査票

問1 貴事業所の中学校区をご回答ください。(1つ選択)

※別紙、日常生活圏域別町名一覧表をご確認ください

回答欄

1. 孔舎衛	2. 石切	3. 枚岡	4. 縄手北	5. 縄手
6. くすは縄手南校*	7. 池島学園*	8. 盾津	9. 盾津東	10. 英田
11. 玉川	12. 花園	13. 若江	14. 新喜多	15. 楠根
16. 意岐部	17. 高井田	18. 長栄	19. 布施	20. 上小阪
21. 小阪	22. 金岡	23. 長瀬	24. 弥刀	25. 柏田

*「6.くすは縄手南校」と「7.池島学園」は義務教育学校です。

貴事業所の概要等

問2 貴事業所の運営形態をご回答ください。(1つ選択)

回答欄

1. 社会福祉協議会、福祉公社等	2. 社会福祉法人(1以外)	3. 医療法人
4. 農協、生協等	5. NPO法人	6. 営利法人(株式会社、合同会社、合資会社、有限会社等)
7. その他 →具体的に		

問3 貴事業所の併設事業所はありますか。(1つ選択)

回答欄

1. ある ⇒ 問3-1へ	2. ない(単独事業所) ⇒ 問4へ
---------------	--------------------

問3-1 問3で「1. ある」を回答されたところにお聞きします。併設事業所(おおむね同一敷地内)で実施しているサービスを
をご回答ください。(あてはまるものすべてに○)

	回答欄	回答欄
1. 訪問介護		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. 通所介護
7. 通所リハビリテーション		8. 短期入所生活介護
9. 短期入所療養介護		10. 特定施設入居者生活介護
11. 福祉用具貸与・販売		12. 住宅改修
13. 介護老人福祉施設		14. 介護老人保健施設
15. 介護療養型医療施設		16. 介護医療院
17. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		18. 認知症対応型共同生活介護
19. 小規模多機能型居宅介護		20. 夜間対応型訪問介護
21. 地域密着型通所介護		22. 認知症対応型通所介護
23. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		24. 看護小規模多機能型居宅介護
25. 訪問型介護予防サービス		26. 訪問型生活援助サービス
27. 訪問型助け合いサービス		28. 通所型介護予防サービス
29. 通所型短時間サービス		30. 通所型つどいサービス
31. 短期集中予防サービス		32. 住宅型有料老人ホーム
33. サービス付き高齢者向け住宅		
34. その他(高齢者福祉サービス)		→具体的に
35. 上記以外(医療等)のサービス		→具体的に

※上記の各サービスには介護予防サービスも含まれます。
※「25.訪問型介護予防サービス」～「31.短期集中予防サービス」は介護予防・生活支援サービス事業。

問4 貴事業所の職員構成について、人数をご回答ください。(令和4年12月末日現在)

	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
①主任介護支援専門員				
②介護支援専門員				
③その他(事務職等)				

問5 貴事業所における職員の過不足状況をご回答ください。(1つ選択)

回答欄

回答欄(1または2の場合)

1. かなり不足している	➡	主に不足している職種 不足しているおおよその人数	()	
2. やや不足している				()
3. ちょうどよい				
4. やや多い				
5. かなり多い				

問6 貴事業所の昨年度1年間の収支状況についてご回答ください。(1つ選択)

回答欄

1. 黒字	2. ほぼ収支均衡	3. 若干の赤字	4. かなり赤字	5. 不明(設立から1年未満等)
-------	-----------	----------	----------	------------------

問7 貴事業所におけるケアプラン給付管理件数(令和4年12月分)をご回答ください。

実利用者数	介護予防ケアマネジメント (地域包括支援センターからの委託分)		予防給付 (地域包括支援センターからの委託分)		介護給付					暫定・申請中	
	事業対象者	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4		要介護5

問8 貴事業所では、ケアプランを作成する際に留意していることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

1. 本人や家族等の意向を最重視するよう、担当職員に周知している	
2. 本人や家族等の意向よりも介護予防効果の観点を重視し、本人等の意向と異なる場合は説明し、理解を得るよう担当職員に周知している(⇒具体的な説得事例:)	
3. 介護保険サービスのほか、介護保険外サービスも積極的にプランに盛り込むよう、担当職員に周知している	
4. プランの作成方法は担当職員の判断に委ねており、特に周知等は図っていない	
5. その他(具体的に:)	

問9 貴事業所では、ケアマネジメント向上への取り組みとして、どのようなことを実施していますか。

また、今後どのようなことに取り組みたいと考えていますか。

『A.実施していること』、『B.これから取り組みたいこと』それぞれについて、下の1~12の中からあてはまるものをご回答ください。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

回答欄

	A.実施していること	B.これから取り組みたいこと
1. 新任ケアマネジャーへの研修の実施		
2. 現任ケアマネジャーへの定期的な研修の実施		
3. 資格取得への支援		
4. 外部研修への参加奨励		
5. 事業者連絡会等への積極的な参加		
6. 業務マニュアルなどの作成・運用		
7. ケースカンファレンス等における外部人材(アドバイザー等)の活用、助言体制づくり		
8. 事業所内での情報共有の強化(データベース作成、情報共有のための会議開催等)		
9. ケアマネジメント技術に関する情報の収集、学習機会の充実		
10. 高齢者福祉に関する地域資源、インフォーマルサービス等に関する情報の収集、蓄積		
11. 第三者評価、外部監査等の活用		
12. その他(具体的に:)		

貴事業所立地地域の特色や、介護・介護予防サービスについて

問10 高齢者の生活や介護・介護予防に関連して、地域の特色と感ずるものはありますか。1~12の各項目について、そう思う程度をご回答ください。

	← 思う程度 →					回答入力欄
	5	4	3	2	1	
1. 介護予防の取り組みが活発である	5	4	3	2	1	
2. 地域・事業者・行政の連携が進んでいる	5	4	3	2	1	
3. 高齢者が外出しやすいまちづくりが進んでいる	5	4	3	2	1	
4. 高齢者の生活支援サービスのメニューが多い	5	4	3	2	1	
5. 医療面で高齢者が安心して生活できる	5	4	3	2	1	
6. 高齢者を地域で見守る意識が強い	5	4	3	2	1	
7. 地域住民同士のつながりが強い	5	4	3	2	1	
8. 高齢者を家族で介護する意識が強い	5	4	3	2	1	
9. 介護サービスを利用する意識が強い	5	4	3	2	1	
10. 認定のみ受けてサービス未利用の高齢者が多い	5	4	3	2	1	
11. 独居高齢者が多い	5	4	3	2	1	
12. 認知症の理解を促進する取り組みが活発である	5	4	3	2	1	

(その他、地域の特色と思うことがあればご記入ください)

問11 地域において、供給の不足を感じるサービスはありますか。A・B・Cそれぞれについて、あてはまるものをご回答ください。
(あてはまるものすべてに○)

	回答欄	回答欄	回答欄
	A.供給の絶対量が少ないと感じるもの	B.供給はあるが、質の高いサービスが少ないと感じるもの	C.介護予防に関するサービスが少ないと感じるもの
1. 訪問介護			
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. 通所介護			
7. 通所リハビリテーション			
8. 短期入所生活介護			
9. 短期入所療養介護			
10. 特定施設入居者生活介護			
11. 福祉用具貸与・販売			
12. 住宅改修			
13. 介護老人福祉施設			
14. 介護老人保健施設			
15. 介護医療院			
16. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
17. 認知症対応型共同生活介護			
18. 小規模多機能型居宅介護			
19. 夜間対応型訪問介護			
20. 地域密着型通所介護			
21. 認知症対応型通所介護			
22. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
23. 看護小規模多機能型居宅介護			
24. 訪問型介護予防サービス			
25. 訪問型生活援助サービス			
26. 訪問型助け合いサービス			
27. 通所型介護予防サービス			
28. 通所型短時間サービス			
29. 通所型つどいサービス			
30. 短期集中予防サービス			
31. 住宅型有料老人ホーム			
32. サービス付き高齢者向け住宅			
33. その他の高齢者福祉サービス(具体的に:)			
34. 上記以外(医療等)のサービス(具体的に:)			

※「24.訪問型介護予防サービス」～「30.短期集中予防サービス」は介護予防・生活支援サービス事業。

問12 介護予防・日常生活支援サービス事業のサービス等に関する意見等があればご自由にご回答ください。

A. 訪問型介護予防サービス	
B. 訪問型生活援助サービス	
C. 訪問型助け合いサービス	
D. 通所型介護予防サービス	
E. 通所型短時間サービス	
F. 通所型つどいサービス	
G. 短期集中予防サービス	
H. その他、全体に関すること	

問13 貴事業所が担当しているケースで、医療的ケアが必要なために、利用できるサービスがない、利用しづらいといったことを感じることはありますか。(1つ選択)

回答欄

- | |
|---------------------|
| 1. 利用しづらい、できないことがある |
| 2. 利用できている |
| 3. 医療的ケアが必要なケースがない |

回答欄(1の場合)

(利用しづらいと感じているサービスなどをご記入ください)

地域の関係機関等との連携やケースへの対応について

問14 貴事業所では、かかりつけ医とどのような連携をしていますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. 病状等に関して心配のあるときなどに、かかりつけ医に連絡をしている | |
| 2. 電話やメールなどで定期的に連絡をとる体制をつくっている | |
| 3. ケアカンファレンス等に必要に応じて参加してもらっている | |
| 4. 必要に応じてかかりつけ医を訪問し、話を聞いている | |
| 5. 必要に応じて利用者宅へ同行訪問などを行っている | |
| 6. 退院調整時に参加してもらっている | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |
| 8. あまり連携はしていない 理由(_____) | |

問15 貴事業所では、地域包括支援センターとどのような連携をしていますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

- | | |
|--------------------------------------------------|--|
| 1. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)や地域別会議に参加している | |
| 2. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)や地域別会議以外に事業者連絡会、研修会等に参加している | |
| 3. 電話やメールなどで定期的に連絡をとる体制をつくっている | |
| 4. 対応困難ケース等の過去の事例や対応のポイントなどを整理し、必要に応じ相談している | |
| 5. サービスや地域資源などに関する情報を得ている | |
| 6. 必要に応じて利用者宅へ同行訪問などを依頼している | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |
| 8. あまり連携・相談をしていない 理由(_____) | |

問16 貴事業所が、地域包括支援センターに期待することはどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. 地域住民に対する啓発や介護や介護予防の教育の充実 | |
| 2. ケアマネなどへの研修の機会や研修内容の充実 | |
| 3. 地域の関係団体のネットワーク強化 | |
| 4. 的確な介護予防マネジメントの強化 | |
| 5. 権利擁護に関する適切かつ迅速な対応 | |
| 6. サービスや地域資源の積極的な発掘 | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |
| 8. 特になし | |

問17 貴事業所では、地域の介護保険外サービス(インフォーマルサービス等)の情報を十分に得られていますか。(1つ選択)

回答欄

- | |
|----------------------------------|
| 1. 十分に得られており、必要に応じてケアプランに組み込んでいる |
| 2. 十分に得られているが、ケアプランに組み込むことはしていない |
| 3. 情報があまり得られていない |

問17-1 問17で「2.十分に得られているが、ケアプランに組み込むことはしていない」と回答されたところにお聞きします。ケアプランに組み込むことをしていない理由をご回答ください。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

- | | |
|----------------------------------------------|--|
| 1. 地域に利用できるサービスが少ない | |
| 2. サービスの質などがまちまちであり、安心して勤められるサービスが少ない | |
| 3. 利用料金などが高いサービスが多い | |
| 4. 実際の利用に至るまでの調整や手続きなどに手間がかかる | |
| 5. 要介護者や要支援者に適したサービスが少ない | |
| 6. 既存の介護保険サービスで十分足りており、保険外サービスを利用する必要性があまりない | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |

問18 介護保険外サービス(インフォーマルサービス等)について、ニーズが高いと思われるものは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

回答欄

回答欄

- | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--|
| 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(具体的に: _____) | |

問19 今後、地域で充実が必要だと思う介護保険外サービス(インフォーマルサービス等)の提供体制についてのお考えをご自由に記載ください。(誰が、どこでやるのか、など)。

問20 昨年度、貴事業所では高齢者虐待と思われる、地域包括支援センターに相談したケース(相談するかどうかわからないケースを含む。)がありますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄		回答欄	
1. 昨年度該当ケースがある		2. 昨年度より前に該当ケースがある	
3. 今年度該当ケースがある		4. これまで相談したことがない	

問20-1 問20 で「1.昨年度該当ケースがある」と回答されたところにお聞きします。昨年度のおおよその件数をお答えください。

	件数(計)	[内訳]推測される虐待の種類					
		①身体的:	約	件	②ネグレクト:	約	件
A. 地域包括支援センター等に相談したケース	約 件	③心理的:	約	件	④性的:	約	件
		⑤経済的:	約	件	⑥その他:	約	件
B. 迷ったが相談しなかったケース	約 件	①身体的:	約	件	②ネグレクト:	約	件
		③心理的:	約	件	④性的:	約	件
		⑤経済的:	約	件	⑥その他:	約	件

相談しなかった理由()

問21 昨年度、貴事業所では次のようなケースに対応したことがありますか。それぞれのケースについてご回答ください。対応したことがある場合は、その件数と対応の可否についてご回答ください。

対応したケース	支援の有無	回答欄	支援した件数	支援したことがある場合の対応状況
①認知症があり、適切な施設に入所できなかったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
②認知症があり、家族の負担が大きく虐待などにつながっていたケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
③認知症があり、権利擁護や後見人が必要であったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
④24時間介護が必要であったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑤在宅でターミナルケアが行われたケース(自宅で看取ったケース)	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑥在宅で継続的な医療ケア(胃ろう、経管栄養等)が必要であったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑦病院や施設を退院・退所したが、在宅復帰に困難を要したケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑦-1) そのうち、在宅でのリハビリが確保できないなどの問題で、在宅への移行に困難を要したケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑦-2) そのうち、地域の無理解などにより、在宅への移行に困難を要したケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑧在宅から病院や施設へ入院・入所する際に困難を要したケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑨独居高齢者で介護のキーパーソンが不在であったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑩経済面での困窮や障害などで、生活全般に支援が必要であったケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件
⑪本人や家族から対応困難なサービスを強要されるなど、調整・理解を得るのに困難を要したケース	1. ない 2. ある		件	内) 対応可能 件 対応不可 件

問22 貴事業所では、家族介護者への支援として、どのようなことを実施していますか。
(あてはまるものすべてに○)

回答欄

1. 家族からの相談などを随時受けつけている	
2. 本人の状態に合わせた介護のポイント指導などを行っている	
3. レスバイトサービス(家族介護者の休息等のための短期入所等)などの情報提供を行っている	
4. 行政や地域包括支援センターなどが実施する家族介護者対象事業の情報提供を行っている	
5. 家族介護者の団体などの情報提供を行っている	
6. 事業所主催の家族対象の介護教室などを実施している	
7. 心身の負担が過重な家族介護者に対し、負担軽減のための個別サポートを行っている	
8. その他(具体的に: _____)	

(具体的なサポート内容、サポートにおける連携先などをご記入ください)

問23 高齢者福祉、介護保険に関するご意見、府や市の取り組みに対するご意見などありましたら、自由にご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

調査票は4月21日(金)までに下記のメールアドレスにお送りください。

koreirenaku2@city.higashiosaka.lg.jp

東大阪市 高齢者福祉・介護保険に関する調査
地域包括支援センター調査 調査票

地域包括支援センター名を選択してください。

地域包括支援センター名	
-------------	--

貴地域包括支援センターの概要等

問1 貴センターの職員構成について、人数をご回答ください。(令和4年12月末日現在)

	常勤	非常勤
① 保健師		
② 経験のある看護師		
③ 社会福祉士		
④ 3年以上の相談業務従事経験のある社会福祉士		
⑤ 主任介護支援専門員		
⑥ 介護支援専門員		
⑦ その他(事務職等)		

問2 貴センターにおける職員の過不足状況をご回答ください。(1つ選択)

1. かなり不足している	2. やや不足している	3. ちょうどよい	4. やや多い	5. かなり多い
--------------	-------------	-----------	---------	----------

問2-1 問2で「1.かなり不足している」または「2.やや不足している」を回答したセンターにおたずねします。

特に不足している職種は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 保健師・看護師		2. 社会福祉士	
3. 主任介護支援専門員		4. 介護支援専門員	
5. その他(具体的に: _____)			

問2-2 問2で「1.かなり不足している」または「2.やや不足している」を回答したセンターにおたずねします。

職員が不足している業務は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護予防支援業務		2. 包括的支援業務	
3. 生活支援コーディネーター業務		4. その他(具体的に: _____)	

貴センター担当地域の特色や、介護・介護予防サービスについて

問3 貴センターでは、地域の居宅介護支援事業者等に対し、どのような連携・支援をしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)を開催している	
2. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)以外に事業者連絡会、研修会等を主催している	
3. 電話やメールなどで定期的に連絡をとる体制をつくっている	
4. 対応困難ケース等の過去の事例や対応のポイントなどを整理し、情報を提供している	
5. サービスや地域資源などに関する情報を提供している	
6. 必要に応じて利用者宅へ同行訪問などを行っている	
7. その他(具体的に: _____)	
8. あまり連携・支援をしていない 理由(_____)	

問4 高齢者の生活や介護・介護予防に関連して、地域の特色とを感じるものはありますか。

1~13の各項目について、そう思う程度をご回答ください。

	そう思う		普通			そう思わない		回答 入力欄
	←	→				→		
① 介護予防の取組が活発である	5	4	3	2	1			
② 地域・事業者・行政の連携が進んでいる	5	4	3	2	1			
③ 高齢者が外出しやすいまちづくりが進んでいる	5	4	3	2	1			
④ 高齢者の生活支援サービスのメニューが多い	5	4	3	2	1			
⑤ 医療面で高齢者が安心して生活できる	5	4	3	2	1			
⑥ 高齢者を地域で見守る意識が強い	5	4	3	2	1			
⑦ 地域住民同士のつながりが強い	5	4	3	2	1			
⑧ 高齢者を家族で介護する意識が強い	5	4	3	2	1			
⑨ 介護サービスを利用する意識が強い	5	4	3	2	1			
⑩ 認定のみ受けてサービス未利用の高齢者が多い	5	4	3	2	1			
⑪ 独居高齢者が多い	5	4	3	2	1			
⑫ 24時間または夜間の支援が必要と感じる場合がある	5	4	3	2	1			
⑬ 認知症の理解を促進する取組が活発である	5	4	3	2	1			

(その他、地域の特色と思うことがあればご記入ください)

--

貴センター担当地域の特色や地域包括ケアシステム構築について

問5 地域において、供給の不足を感じるサービスはありますか。A・B・Cそれぞれについて、あてはまるものをご回答ください。
(あてはまるものすべてに○)

	回答欄	回答欄	回答欄
	A.供給の絶対量が少ないと感じるもの	B.供給はあるが、質の高いサービスが少ないと感じるもの	C.介護予防に関するサービスが少ないと感じるもの
1. 訪問介護			
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. 通所介護			
7. 通所リハビリテーション			
8. 短期入所生活介護			
9. 短期入所療養介護			
10. 特定施設入居者生活介護			
11. 福祉用具貸与・販売			
12. 住宅改修			
13. 介護老人福祉施設			
14. 介護老人保健施設			
15. 介護医療院			
16. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
17. 認知症対応型共同生活介護			
18. 小規模多機能型居宅介護			
19. 夜間対応型訪問介護			
20. 地域密着型通所介護			
21. 認知症対応型通所介護			
22. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
23. 看護小規模多機能型居宅介護			
24. 訪問型介護予防サービス			
25. 訪問型生活援助サービス			
26. 訪問型助け合いサービス			
27. 通所型介護予防サービス			
28. 通所型短時間サービス			
29. 通所型つどいサービス			
30. 短期集中予防サービス			
31. 住宅型有料老人ホーム			
32. サービス付き高齢者向け住宅			
33. その他の高齢者福祉サービス(具体的に:)			
34. 上記以外(医療等)のサービス(具体的に:)			

※「24.訪問型介護予防サービス」～「30.短期集中予防サービス」は介護予防・生活支援サービス事業。

問6 介護予防・生活支援サービス事業のサービス等に関する意見等があればご自由にご回答ください。

A. 訪問型介護予防サービス	
B. 訪問型生活援助サービス	
C. 訪問型助け合いサービス	
D. 通所型介護予防サービス	
E. 通所型短時間サービス	
F. 通所型つどいサービス	
G. 短期集中予防サービス	
H. その他、全体に関すること	

問7 貴センターでは、ほかの地域包括支援センターと連携していますか。

(1)【一般の地域包括支援センターのみご回答ください】 対 基幹型地域包括支援センター

① 情報共有や相互協力の必要性を認識していますか(1つ選択)

回答欄

1. 認識している 2. あまり認識していない 3. 認識していない

② 情報共有や相互協力が円滑にできていますか(1つ選択)

回答欄

1. できている 2. あまりできていない

(2)【全ての地域包括支援センターをご回答ください】 対 一般の地域包括支援センター

① 情報共有や相互協力の必要性を認識していますか(1つ選択)

回答欄

1. 認識している 2. あまり認識していない 3. 認識していない

② 情報共有や相互協力が円滑にできていますか(1つ選択)

回答欄

1. できている 2. あまりできていない

問8 貴センターでは下記の地域における団体等とのつながり、関係はついていますか。

(①～⑤それぞれ、1つ選択)

1. 協働で事業を実施するなど、関係は充分にできている 2. 会合に時折参加する程度 3. あまり関わりがない

回答欄

① 民生委員

② 校区福祉委員

③ 自治会

④ 老人クラブ

⑤ その他の地域活動グループ



具体的な活動内容()

問9 貴センター担当地域の、ネットワークの状況についてご回答ください。(A～Fそれぞれ、1～3から1つ選択)

また、いずれかの項目で「2」または「3」を回答したところは、続いて問9-1 または問9-2 についてもご回答ください。

1. 関係機関の間で十分連携ができている 2. おおむね連携ができているが、さらに連携を強化する必要がある
3. あまり連携ができていない

回答欄

A. 要介護者の見守りに関するネットワーク

B. 高齢者虐待防止ネットワーク

C. 認知症ケアに関するネットワーク

D. 地域密着型サービス事業者のネットワーク

E. 障害者関係に関するネットワーク

F. その他の専門機関

問9-1 上記A～Fのいずれかで「2」を回答したセンターにおたずねします。

連携強化が必要と思われる機関や社会資源、連携の内容をご回答ください。

問9-2 上記A～Fのいずれかで「3」を回答したセンターにおたずねします。

連携できていない理由をご回答ください。

問10 貴センターでは家族等の介護者とのつながりはどうですか。(1つ選択)

回答欄

1. 十分連携ができている
2. おおむね連携ができているが、さらに連携を強化する必要がある
3. あまり連携ができていない (理由:)

問11 貴センターでは、担当地域内の医療機関と連携をしていますか。(1つ選択)

回答欄

1. 十分連携ができている
2. おおむね連携ができているが、さらに連携を強化する必要がある
3. あまり連携ができていない (理由:)

問12 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)を開催する際の課題はありますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

1. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)を開催する目的について共通理解が得られない	
2. 地域ケア会議(高齢者生活支援等会議)の効果的な運営方法がわからない	
3. 業務多忙のため、会議の準備を十分に行う余裕がない	
4. 参加が困難な分野の委員がいる(分野: _____)	
5. 他の方法により十分に地域ケア会議の機能を果たしている	
6. その他(具体的に: _____)	

問13 貴センターでは、多職種連携について取り組んでいますか。(1つ選択)

回答欄

1. 取り組んでいる	2. 取り組んでいない
------------	-------------

(研修等、具体的な取組をご記入ください)

問14 貴センターでは、認知症高齢者支援の取組を行っていますか。(1つ選択)

回答欄

1. 取り組んでいる	2. 取り組んでいない
------------	-------------

(具体的な取組をご記入ください)

問15 昨年度、貴センターでは認知症対応の困難ケースへの支援を行ったことがありますか。(1つ選択)

回答欄

1. ある [約 _____ 件]	2. ない
---------------------	-------

(困難であったのはどのような点ですか)

問16 行方不明高齢者の早期発見に向けて必要なこと、資源は何だと思われますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

1. 日常の見守り活動の強化	
2. 探索時の地域のネットワーク参加メンバーの増加	
3. 探索時のネットワークの迅速な対応	
4. 認知症高齢者に対する理解の促進	
5. 認知症高齢者への適切な対応についての啓発	
6. 認知症あんしん声かけ訓練	
7. GPS を活用したSOS オレンジネットワーク事業の充実	
8. その他(具体的に: _____)	

高齢者虐待・権利擁護業務について

問17 貴センターにおける、令和3年度の高齢者虐待・権利擁護相談件数をご回答ください。
(前年度からの継続分も含めます)

	①高齢者虐待相談	②権利擁護相談 (消費者被害含む)
A. 令和3年度新規受理件数	_____ 件	_____ 件
B. 前年度からの継続件数	_____ 件	_____ 件

問18 貴センターでは、昨年度から現在までに、次のようなケースへの支援を行ったことがありますか。それぞれのケースについてご回答ください。

支援したことがある場合は、その件数と対応の可否についてご回答ください。

対応したケース	支援の有無	回答欄
①認知症があり、適切な施設に入所できなかったケース	1. ない 2. ある	
②認知症があり、家族の負担が大きく虐待などにつながっていたケース	1. ない 2. ある	
③認知症があり、権利擁護や後見人が必要であったケース	1. ない 2. ある	
④24時間介護が必要であったケース	1. ない 2. ある	
⑤在宅でターミナルケアが行われたケース(自宅で看取ったケース)	1. ない 2. ある	
⑥在宅で継続的な医療ケア(胃ろう、経管栄養等)が必要であったケース	1. ない 2. ある	
⑦病院や施設を退院・退所したが、在宅復帰に困難を要したケース	1. ない 2. ある	
⑦-1)そのうち、在宅でのリハビリが確保できないなどの問題で、在宅への移行に困難を要したケース	1. ない 2. ある	
⑦-2)そのうち、地域の無理解などにより、在宅への移行に困難を要したケース	1. ない 2. ある	
⑧在宅から病院や施設へ入院・入所する際に困難を要したケース	1. ない 2. ある	
⑨独居高齢者で介護のキーパーソンが不在であったケース	1. ない 2. ある	
⑩経済面での困窮や障害などで、生活全般に支援が必要であったケース	1. ない 2. ある	
⑪本人や家族から対応困難なサービスを強要されるなど、調整・理解を得るのに困難を要したケース	1. ない 2. ある	

支援した件数	支援したことがある場合の対応状況
件	内) 対応可能 件 対応不可 件

問19 認知症施策として必要と思うものは何だと思われますか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

1. 若年性認知症支援専門相談窓口の設置	
2. 認知症本人ミーティングの設置	
3. 認知症カフェに対する補助制度・登録制度	
4. 認知症サポートボランティア養成講座の充実	
5. チームオレンジ設置への補助	
6. 認知症スクリーニング	
7. 認知症当事者と家族が一体的に支援を受けられる場	
8. その他(具体的に: _____)	

問20 貴センターでは、包括的・継続的支援における各ケースに対して、振り返りや評価などをするケース検証を行っていますか。(1つ選択)

回答欄

1. ほとんどのケースについて検証を行っている	
2. 特に支援が難しかったものについて検証を行っている	
3. あまり行っていない	

(検証の手法や、他ケースへの活用方法などをご回答ください)

問21 「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ニーズが高いと思われるものは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

回答欄

回答欄

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(_____)

問22 今後、地域で充実が必要だと思う介護保険外サービス(インフォーマルサービス等)の提供体制についてのお考えを自由にご記載ください(誰が、どこでやるのか、など)。

問23 高齢者福祉、介護保険に関するご意見、府や市の取り組みに対するご意見などありましたら、自由にご記載ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

調査票は4月21日(金)までに下記のメールアドレスにお送りください。

koreirenaku2@city.higashiosaka.lg.jp

発行:東大阪市 福祉部 高齢介護室 高齢介護課

〒557-8521 東大阪市荒本北一丁目1番1号

TEL : 06(4309)3185 / FAX : 06(4309)3814

E-mail : koreikaigo@city.higashiosaka.lg.jp