

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート 御協力のおお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート（高齢者の生活と健康に関する調査）」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、平成30年度から平成32年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。

対象となられる方は、市内にお住まいの65歳以上の方（平成28年11月1日現在）の中から無作為に抽出させていただいた、約14,400人の皆様です。

なお、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年12月
京都市

■ 御返送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月16日（月）**までに御返送くださいますようお願いいたします（切手は不要です）。

■ 御記入いただく方について

この調査票は、原則として、あて名の御本人がお答えいただくことを想定していますが、健康状態などにより御本人によるお答えができない場合は、御本人の状況がわかる方が御本人の意思を確認しながら御記入いただくか、御本人の立場に立って御記入ください。

つきましては、調査票の御回答に先立ち、次のQにお答えください。

Q 調査票を記入された方をお教えください。〈あてはまる方に〇を付けてください。〉

- 1 あて名の御本人が記入
- 2 御本人以外の方が記入

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課（担当：半邊、舟木）
電話：075（251）1106
FAX：075（251）1114

■ 御記入上のおお願い

- 1 回答は、あてはまる番号に〇印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。設問の冒頭に「あなた」と記載しているものについては全ての方に、波線（〇）で記載している設問は該当する方に、それぞれお答えをお願いします。

＜記入例＞

Q2 あなたの性別をお教えください。〈〇は1つ〉

1. 男性 2. 女性 ← 「男性」と回答する場合、「1」に〇印

- 2 一部の質問には、具体的な内容を御記入いただく場合があります。その際、数字等の記入が必要な場合は、できるだけはつきりと御記入ください。

- 3 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。

介護…介護保険の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家族などの援助を受けている状態

介助…御自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることと御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

「京都市民長寿すこやかプラン」

（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定し、両計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」としていきます。

高齢者保健福祉計画は、元気な高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要量を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

この調査は、平成30年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」（平成30年から平成32年度まで）策定の基礎資料とするため、実施するものです。

問1 あなたや御家族の状況について

Q1. あなた（あて名の御本人。以下の間も同じです。）の年齢をお教えてください。
 <○は1つ>

1. 65～69歳 2. 70～74歳 3. 75～79歳
 4. 80～84歳 5. 85歳以上

Q2. あなたの性別をお教えてください。<○は1つ>

1. 男性 2. 女性

Q3. あなたの家族構成をお教えてください。<○は1つ>

1. 一人暮らし 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

Q4. あなたは現在収入になる仕事をしていますか。<○は1つ>

1. はい ⇒Q4-1へ 2. いいえ ⇒Q5へ

Q4-1. Q4で「1. はい」と回答した方にお聞きします。主な就労形態は、次のどれですか。<○は1つ>

1. 自営業（経営、手伝い等を含む） 2. 会社員（役員等を含む）
 3. 臨時・日雇い・パート 4. シルバー人材センターからの紹介
 5. 内職
 6. その他（具体的に： ）

Q5. あなたは生活費をどのようにして得ていますか。<○は3つまで>

1. 自分が働いて得る収入 2. 年金
 3. 預貯金の引き出し 4. 同居家族が働いて得る収入
 5. 不動産などの賃貸収入や利子配当所得
 6. 同居していない子などからの援助・仕送り
 7. 生活保護
 8. その他（具体的に： ）

Q6. あなたの個人の年間総収入（年金収入を含む。税込。）はどのくらいですか。
 <○は1つ>

1. 50万円未満 2. 50万円～100万円未満
 3. 100万円～200万円未満 4. 200万円～300万円未満
 5. 300万円～400万円未満 6. 400万円～500万円未満
 7. 500万円～600万円未満 8. 600万円～700万円未満
 9. 700万円以上

Q7. あなたは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。<○は1つ>

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

Q8. あなたの要介護認定区分は次のどれに当てはまりますか。<○は1つ>

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. 自立（認定なし）

Q9. 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。<○は1つ>

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）

Q9-1. Q9で「2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない。又は、現在何らかの介護を受けている。」と回答した方にお聞きします。介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。<あてはまるものすべてに○>

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

Q9-2. Q9で「2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない。又は、現在何らかの介護を受けている。」と回答した方にお聞きします。主にあなたの介護、介助を受けていますか。<あてはまるものすべてに○>

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. 介護サービスヘルパー 8. その他（ ）

問2 お住まいについて

Q1. あなたの現在のお住まいは、次のどれにあたりますか。〈Oは1つ〉

1. 持家（一戸建て）
 2. 持家（分譲マンション）
 3. 民間賃貸住宅（一戸建て）
 4. 民間賃貸住宅（マンション・アパートなど）
 5. 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど）
 6. 公営住宅
 7. 社宅・官舎
 8. 間借・住み込み
 9. その他（具体的に：）
- ⇒Q1-1へ

Q1-1. Q1で「3. 民間賃貸住宅（一戸建て）」～「9. その他」と回答した方にお聞きします。現在のお住まいに係る住居費（月額、共益費含む。）は、次のどれにあたりますか。〈Oは1つ〉

1. 無料
2. 1万円～2万円未満
3. 2万円～3万円未満
4. 3万円～4万円未満
5. 4万円～5万円未満
6. 5万円～6万円未満
7. 6万円～7万円未満
8. 7万円～8万円未満
9. 8万円～10万円未満
10. 10万円～12万円未満
11. 12万円以上

Q2. あなたの現在のお住まいについてお困りのことは、次のどれですか。〈あてはまるものすべてにO〉

1. 住宅が広すぎる、又は狭い
2. 住宅改修に費用がかかる
3. 住宅ローンや家賃などの費用負担が大変である（マンションなどの修繕積立金を含む）
4. 階段が急、手すりやエレベーターがない、段差が多いなど、家の中や共用部分で不便を感じている
5. トイレや脱衣所など、家の中に寒い場所がある
6. 電球の交換、高い所の荷物や重い荷物の出入、庭の管理など、家の細々したことが大変である
7. 買物や医療などの日常生活を送る上で不便を感じている
8. 親族など、相談に乗ってもらえない人が身近にいない
9. 外出時の交通手段に不便を感じている
10. 立ち退きを求められている、又はその可能性がある
11. 特に関っていることはない
12. その他（具体的に：）

問3 運動・外出について

Q1. あなたは階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか。〈Oは1つ〉

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

Q2. あなたは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。〈Oは1つ〉

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

Q3. あなたは15分続けて歩いて歩いていますか。〈Oは1つ〉

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

Q4. あなたは週に1回以上は外出していますか。〈Oは1つ〉

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

Q5. あなたは昨年と比べて外出の回数が減っていますか。〈Oは1つ〉

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

Q6. あなたは外出を控えていますか。〈Oは1つ〉

1. はい ⇒Q6-1へ
2. いいえ ⇒Q7へ

Q6-1. Q6で「1. はい」と回答した方にお聞きします。外出を控えている理由は、次のどれですか。〈あてはまるものすべてにO〉

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（具体的に：）

Q 7. あなたが外出する際の移動手段は何ですか。＜あてはまるものすべてに○＞

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

問4 転倒について

Q 1. あなたは過去1年間に転んだ経験がありますか。＜○は1つ＞

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 一度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

Q 2. あなたは転倒に対する不安は大きいですか。＜○は1つ＞

- | | |
|-------------|------------|
| 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5 口腔・栄養について

Q 1. あなたは6箇月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。＜○は1つ＞

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

Q 2. 身長 cm 体重 kg

Q 3. あなたは半年前に比べて面倒なものが食べにくくなりましたか。＜○は1つ＞

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

Q 4. あなたはお茶や汁物等でむせることがありますか。＜○は1つ＞

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

Q 5. あなたは口の渾きが気になりますか。＜○は1つ＞

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

Q 6. あなたは歯磨き(人によってもらう場合も含む)を毎日していますか。＜○は1つ＞

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

Q 7. あなたの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。)。＜○は1つ＞

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

Q 7-1. あなたの歯の噛み合わせは良いですか。＜○は1つ＞

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

Q 7-2. Q 7で「1. 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」と回答した方にお聞きします。毎日入れ歯の手入れをしていますか。＜○は1つ＞

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

Q 8. あなたはどなたかと食事をもにずる機会はありますか。＜○は1つ＞

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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6 物忘れについて

Q 1. あなたは物忘れが多いと感じますか。＜○は1つ＞

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

Q 2. あなたは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。＜○は1つ＞

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

Q 3. あなたは今日が何月何日かわからない時がありますか。＜○は1つ＞

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

問7 日常生活について

Q 1. あなたはバスや電車を使って一人で外出していますか。(自家用車でも可)＜○は1つ＞

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. できるし、している | 2. できるだけしていない |
| 3. できない | |

Q 2. あなたは自分で食品・日用品の買物をしていますか。＜○は1つ＞

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. できるし、している | 2. できるだけしていない |
| 3. できない | |

Q 3. あなたは自分で食事の用意をしていますか。＜○は1つ＞

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. できるし、している | 2. できるだけしていない |
| 3. できない | |

Q 4. あなたは自分で請求書の支払いをしていますか。＜Oは1つ＞

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. できるし、している | 2. できるだけしていない |
| 3. できない | |

Q 5. あなたは自分で預貯金の出し入れをしていますか。＜Oは1つ＞

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. できるし、している | 2. できるだけしていない |
| 3. できない | |

Q 6. 現在、あなたが日常生活の中で不自由と感じているのはどんなことですか。
＜Oは5つまで。うち最もそう感じるものに◎＞

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. 食事の準備・後片付けをすること | 2. 掃除・ごみ出し・洗濯などの家事をすること |
| 3. 衣服の着脱・食事・入浴に関すること | |
| 4. 身体機能の維持・向上のための運動教室を受ける場がないこと | |
| 5. 段差や間取り、耐震など住まいの建物構造に関すること | |
| 6. 契約や財産管理の手続きをすること | 7. 相談に乗ってもらえない人が身近にいないこと |
| 8. 外出時の移動が負担であること | 9. 病院に通院すること |
| 10. 近くに話し相手がないこと | 11. 自分を介助する家族などの負担が大きいこと |
| 12. 買い物したり、荷物を持ち運ぶこと | |
| 13. 高齢者どうし、また、高齢者と若者や子供との世代を超えた交流が行えるような居場所がないこと | |
| 14. 住宅の軽微な修繕に関すること | |
| 15. 電球の交換、部屋の機織替え、庭木の手入れ等をすること | |
| 16. その他（具体的に：_____） | |

問8 社会参加について

- | | | |
|---|-------|--------|
| Q 1. あなたは年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 2. あなたは新聞を読んでいますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 3. あなたは本や雑誌を読んでいますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 4. あなたは健康についての記事や番組に関心がありますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 5. あなたは友人の家を訪ねていますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 6. あなたは家族や友人の相談にのっていますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |

- | | | |
|---------------------------------------|-------|--------|
| Q 7. あなたは病人を見舞うことができますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |
| Q 8. あなたは若い人に自分から話しかけることがありますか。＜Oは1つ＞ | 1. はい | 2. いいえ |

Q 9. あなたは趣味がありますか。＜Oは1つ＞

- | |
|------------------|
| 1. 趣味あり（_____） |
| 2. 思いつかない（_____） |

Q 10. あなたは生きがいがありますか。＜Oは1つ＞

- | |
|------------------|
| 1. 生きがいあり（_____） |
| 2. 思いつかない（_____） |

Q 11. あなたは以下のような会・グループ等にとどのくらいの頻度で参加していますか。
＜(1)から(7)までそれぞれOは1つずつ＞

	1. 週4回以上	2. 週2～3回	3. 週1回	4. 月に1～3回	5. 年に数回	6. 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) 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
(6) 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
(7) 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

Q 12. 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、いきいきと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。＜Oは1つ＞

- | | |
|------------|------------|
| 1. 是非参加したい | 2. 参加してもよい |
| 3. 参加したくない | |

Q13. 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、いきいきと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。〈○は1つ〉

1. 是非参加したい	2. 参加してもよい
3. 参加したくない	

Q14. 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)から(4)までそれぞれあてはまるものすべてに○〉

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

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（ぐち）を聞いてあげる人

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

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、あなたが看病や世話をしてあげる人

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	

Q15. あなたが家族や友人・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。〈あてはまるものすべてに○〉

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（高齢サポート）・役所・役場	7. そのような人はいない
6. その他	

Q16. あなたは地域包括支援センター（愛称：高齢サポート）を知っていますか。また、相談したことはありませんか。〈○は1つ〉



 ※高齢サポートのシンボルマーク→

1. よく知り、たびたび相談している
2. 知っており、相談したことがある
3. 知っているが、相談したことはない
4. 名前を聞いたことはあるが、どういうところか知らない
5. 全く知らない

Q17. あなたの友人関係についておうかがいします。

(1) あなたが友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。〈○は1つ〉

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	

(2) あなたはこの1箇月間、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。〈○は1つ〉

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

(3) あなたがよく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。

〈あてはまるものすべてに○〉

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

問9 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。〈○は1つ〉

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

Q2. あなたは現在治療中又は後遺症のある病気はありますか。〈あてはまるものすべてに○〉

1. 高血圧	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
3. 心臓病	4. 糖尿病
5. 高脂血症(脂質異常)	6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	10. 外傷(転倒・骨折等)
11. がん(悪性新生物)	12. 血液・免疫の病気
13. うつ病	14. 認知症(アルツハイマー病等)
15. パーキンソン病	16. 目の病気
17. 耳の病気	
18. その他(具体的に:)	
19. ない	

Q 3. あらかじめ、かかりつけ医等の医師が診療計画を立てて、月1～2回程度定期的に患者さんの居宅に訪問することを訪問診療といいます。
あなたは、現在、訪問診療を利用していますか。<Oは1つ>

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

※この設問には、診療計画によらず緊急時等に医師等が訪問する往診や、歯科医師が訪問する場合や、要介護等の状態にある方に医師等が訪問し、療養上の管理・指導を行う居宅療養管理指導等は含まれません。

Q 4. あなたはお酒を飲みますか。<Oは1つ>

1. ほぼ毎日飲む	2. 時々飲む
3. ほとんど飲まない	4. もともと飲まない

Q 5. あなたはタバコを吸っていますか。<Oは1つ>

1. ほぼ毎日吸っている	2. 時々吸っている
3. 吸っていたがやめた	4. もともと吸っていない

Q 6. 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）。<Oは1つ>

とても不幸	とても幸せ
0点	1点
2	3
4	5
6	7
8	9
10点	

Q 7. あなたの心身の状況についておうかがいします。
<(1)から(2)までそれぞれOは1つ>

(1) この1箇月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになつたりすることがありましたか	1. はい	2. いいえ
(2) この1箇月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1. はい	2. いいえ

問10 介護保険制度等について

Q 1. あなたの介護保険制度への評価として、御自身の考えに近いものは次のどれですか。
<Oは1つ>

1. 大いに評価している	2. 多少は評価している
3. あまり評価していない	4. 全く評価していない
5. 何とも言えない	6. その他（具体的に：）

Q 2. あなたの介護保険料の「段階区分」は次のどれですか。<Oは1つ>

1. 第1段階 [月額 2,736円]	2. 第2段階 [月額 4,134円]
3. 第3段階 [月額 4,560円]	4. 第4段階 [月額 5,472円]
5. 第5段階 [月額 6,080円]	6. 第6段階 [月額 6,688円]
7. 第7段階 [月額 8,208円]	8. 第8段階 [月額 9,728円]
9. 第9段階 [月額11,248円]	10. 第10段階 [月額12,768円]
11. 第11段階 [月額14,288円]	

※介護保険料の「段階区分」とは、京都市から毎年7月に送られている「介護保険料納入（変更）通知書兼特別徴収開始（停止）通知書」中の「所得段階区分」の「決定」欄に記載されている数字です。

Q 3. あなたは、今後も住み慣れた地域で生活を続けるには、どのような支援を充実すべきだと思いますか。<Oは5つまで。うち最もそう感じるものに◎>

1. 配食サービス等食事の提供	6. 自宅近くで「通い」や「訪問」、「宿泊」などの多様なサービスを希望に応じて組み合わせながら利用できること
2. 掃除・ごみ出し・洗濯など	7. 段差や間取り、耐震などが充実した住まいが提供されること
3. 衣服の着脱・食事・入浴時などの介護サービス	8. 契約や財産管理の手続きを手伝ってもらえること
4. 夜間や緊急時等、いつでも訪問サービスが受けられること	9. 相談にいつでも乗ってもらえること
5. 身体機能の維持・向上のための運動教室やリハビリをしてもらえること	10. 外出時にサポートが受けられること
	11. 医師・歯科医師の往診や薬剤師・看護師などに訪問してもらえること
	12. 親しい人に声かけや見守りを行ってもらえること
	13. 高齢者どうし、また、高齢者と若者や子供との世代を超えた交流が行えるような居場所があること
	14. 介護をする家族などの負担を軽減してもらえること
	15. 買い物、荷物の持ち運び等を手伝ってもらえること
	16. 電球の交換、部屋の模様替え、庭木の手入れ等を手伝ってもらえること
	17. その他（具体的に：）

Q 4. あなたはもし、御自身に介護が必要になった場合、どこで介護を受けたいですか。
<Oは1つ>

1. できるかぎり最後まで、自宅で介護を受けたい	} ⇒Q4-1へ
2. できるかぎり自宅で介護を受け、最終的には施設等に入所したい	
3. 早めに自宅以外の介護を受けられる施設や住まいに移り、介護を受けたい	
4. その他（具体的に：）	} ⇒Q5へ

Q4-1. Q4で「1. できるかぎり最後まで、自宅で介護を受けたい」又は「2. できるかぎり自宅で介護を受け、最終的には施設等に入所したい」と回答した方にお聞きします。どのような介護を希望しますか。〈〇は1つ〉

1. 家族中心に介護を受けたい
2. 家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい
3. 外部の介護サービスを中心に介護を受けたい
4. その他（具体的に： _____）

Q5. あなたは、どこで人生の終末を迎えたいですか。〈〇は1つ〉

1. 自宅
2. 子や孫など家族の家
3. 特別養護老人ホームなどの施設等
4. 病院などの医療施設（緩和ケア病棟やホスピス含む）
5. その他（具体的に： _____）

Q6. 介護保険料は、介護サービス等の利用に必要な費用を基に算定されています。一人当たりが使う介護サービスが同じであっても、介護サービスを利用する高齢者数が増加すると、介護保険事業全体の総費用は増加し、保険料が上昇することとなります。あなたは、今後の介護保険料と介護サービスのあり方について、御自身の考え方に近いものは次のどれですか。〈〇は1つ〉

1. 現在の介護保険サービス水準[※]を維持するためには必要な保険料上昇もやむを得ない
2. 現在以上に介護保険サービス水準を充実するために、上記1よりもさらに保険料が上昇してもやむを得ない
3. 保険料を現状程度に維持するために介護サービス水準が縮小してもやむを得ない
4. わからない
5. その他（具体的に： _____）

※介護保険サービス水準：一人当たりが使える介護サービスの量など

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート 御協力をお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート（高齢期の生活と健康に関する意識調査）」を3年に一度実施しています。この度実施する調査は、平成30年度から平成32年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。

対象となられる方は、市内にお住まいの40歳以上65歳未満の方（平成28年11月1日現在）の中から無作為に抽出させていただきます。1,200人の皆様です。

なお、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年12月
京都市

■ 御返送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月16日（月）**までに御返送くださいますようお願いいたします（切手は不要です）。

■ 御記入いただく方について

この調査票は、原則として、あて名の御本人がお答えいただくことを想定していますが、健康状態などにより御本人によるお答えができない場合は、御本人の状況がわかる方が御本人の意思を確認しながら御記入いただくか、御本人の立場に立って御記入ください。

つきましては、調査票の御回答に先立ち、次のQにお答えください。

Q 調査票を記入された方をお教えください。〈あてはまる方に○を付けてください。〉

1. あて名の御本人が記入
2. 御本人以外の方が記入

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課（担当：半邊、舟木）
電話：075（251）1106
FAX：075（251）1114

■ 御記入上のお願い

- 1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。設問の冒頭に「あなた」と記載しているものについては全ての方に、波線（〇）で記載している設問は該当する方に、それぞれお答えをお願いします。

＜記入例＞

Q2 あなたの性別をお教えください。〈○は1つ〉

1. 男性 2. 女性 ◀ 「男性」と回答する場合、「1」に○印

- 2 一部の質問には、具体的な内容を御記入いただく場合があります。その際、数字等の記入が必要な場合は、できるだけはつきりと御記入ください。

- 3 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
介護…介護保険の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家族などの援助を受けている状態
介助…御自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることと御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

「京都市民長寿すこやかプラン」 （京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定し、両計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」としています。

高齢者保健福祉計画は、元来高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要量を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

この調査は、平成30年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」（平成30年度から平成32年度まで）策定の基礎資料とするため、実施するものです。

問1 あなたや御家族の状況について

Q1. あなた（あて名の御本人。以下の問も同じです。）の年齢をお教えてください。
 <Oは1つ>

1. 40～44歳 2. 45～49歳 3. 50～54歳
 4. 55～59歳 5. 60歳以上

Q2. あなたの性別をお教えてください。<Oは1つ>

1. 男性 2. 女性

Q3. あなたがお住まいの区・支所をお教えてください。<Oは1つ>

1. 北区 2. 上京区 3. 左京区 4. 中京区
 5. 東山区 6. 山科区 7. 下京区 8. 南区
 9. 右京区 10. 西京区 11. 西京区(洛西支所) 12. 伏見区
 13. 伏見区(深草支所) 14. 伏見区(醍醐支所)

Q4. あなたの同居者（家族）の構成をお教えてください。<Oは1つ>

1. 単身世帯（ひとり暮らし）
 2. 一世代（夫婦のみ）
 3. 一世代（兄弟姉妹のみ）
 4. 二世代同居（あなた（夫婦）と親）
 5. 二世代同居（あなた（夫婦）と子）
 6. 三世代同居（あなた（夫婦）と子と孫）
 7. 三世代同居（あなた（夫婦）と親と子）
 8. その他（具体的に： ）

Q4-1. 子がおられる方にお聞きます。子と同居したい（し続けたい）ですか。

<Oは1つ>

1. できれば同居したい
 2. できれば近くに住んでほしい
 3. 同居したいと思わない
 4. その他（具体的に： ）

Q4-2. 子がおられる方で、子と同居されていない方にお聞きます。子はどこに住んでおられますか。<最も近くにお住まいの子の居住地1つにO>

1. 同じ区内 2. 京都市内
 3. 京都市を除く京都府下 4. 大阪、兵庫、滋賀、奈良など近畿圏内
 5. 東京、埼玉、千葉、神奈川など首都圏内
 6. その他（具体的に： ）

Q5. あなたは生活費をどのようにして得ていますか。<Oは3つまで>

1. 自分が働いて得る収入 2. 年金
 3. 預貯金の引き出し 4. 同居家族が働いて得る収入
 5. 不動産などの賃貸収入や利子配当所得
 6. 同居していない子どもなどの援助・仕送り
 7. 生活保護
 8. その他（具体的に： ）

Q6. あなたの世帯の年間総収入（年金収入を含む。税込）はどのくらいですか。<Oは1つ>

1. 50万円未満 2. 50万円～100万円未満
 3. 100万円～200万円未満 4. 200万円～300万円未満
 5. 300万円～400万円未満 6. 400万円～500万円未満
 7. 500万円～600万円未満 8. 600万円～700万円未満
 9. 700万円以上

Q7. あなたは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。<Oは1つ>

1. 苦しい 2. やや苦しい 3. ややゆとりがある 4. ゆとりがある

問2 お住まいについて

Q1. あなたの現在のお住まいは、次のどれにあたりますか。<Oは1つ>

1. 持家（一戸建て）
 2. 持家（分譲マンション） ⇒Q2へ
 3. 民間賃貸住宅（一戸建て）
 4. 民間賃貸住宅（マンション・アパートなど）
 5. 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど）
 6. 公営住宅
 7. 社宅・官舎
 8. 間借・住み込み
 9. その他（具体的に： ） ⇒Q1-1へ

Q1-1. Q1で「3. 民間賃貸住宅（一戸建て）」～「9. その他」と回答した方（持家以外にお住まいの方）にお聞きます。現在のお住まいに係る住居費（月額、共益費含む。）は、次のどれにあたりますか。<Oは1つ>

1. 無料 2. 1円～2万円未満 3. 2万円～3万円未満
 4. 3万円～4万円未満 5. 4万円～5万円未満 6. 5万円～6万円未満
 7. 6万円～7万円未満 8. 7万円～8万円未満 9. 8万円～10万円未満
 10. 10万円～12万円未満 11. 12万円以上

Q2. あなたの現在のお住まいについてお困りのことは、次のどれですか。

<あてはまるものすべてにO>

1. 住宅が広すぎる、又は狭い
2. 住宅改修に費用がかかると
3. 住宅ローンや家賃などの費用負担が大変である(マンションなどの修繕積立金を含む)
4. 階段が急、手すりやエレベーターがない、段差が多いなど、家の中や共用部分で不便を感じている
5. トイレや脱衣所など、家の中に寒い場所がある
6. 電球の交換、高い所の荷物や重い荷物の出入、庭の管理など、家の細々したことが大変である
7. 買物や医療などの日常生活を送る上で不便を感じている
8. 親族など、相談に乗ってもらえらる人が身近にいない
9. 外出時の交通手段に不便を感じている
10. 立ち退きを求められている、又はその可能性がある
11. 特に困っていることはない
12. その他(具体的に:)

問3 健康について

Q1. あなたは普段、御自分で健康だと思えますか。<Oは1つ>

1. とても健康
2. まあまあ健康
3. あまり健康でない
4. 健康でない

Q2. あなたは現在治療中又は後遺症のある病気はありますか。<あてはまるものすべてにO>

1. 高血圧
2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
3. 心臓病
4. 糖尿病
5. 高脂血症(脂質異常)
6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)
10. 外傷(転倒・骨折等)
11. がん(悪性新生物)
12. 血液・免疫の病気
13. うつ病
14. 認知症(アルツハイマー病等)
15. パーキンソン病
16. 目の病気
17. 耳の病気
18. その他(具体的に:)
19. ない

Q3. あなたはふだんから健康について相談や指導を受けられる以下のような人はいませんか。<(1)から(3)までそれぞれOは1つ>

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

Q3-1. Q3.(1)でかかりつけ医が「1. いる」と回答した方にお聞きますか。

かかりつけ医はどのような方ですか。<Oは1つ>

1. 気軽に往診してくれる
2. 健康について相談できる
3. 必要な場合に他の医療機関を紹介してくれる
4. その他(具体的に:)

Q4. あなたは定期的に健康診断を受診していますか。<Oは1つ>

1. はい
2. いいえ

Q5. あなたは定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか。<Oは1つ>

1. はい
2. いいえ

Q6. あなたは以下のような病気の予防や健康づくりのための取組を現在行っていますか。また行っていない場合は、今後どのように考えていますか。

<(1)から(5)までそれぞれOは1つずつ>

	1. 現在行っている	2. 今後ぜひ行いたい	3. 特に考えていない
(1) 早寝・早起きなど規則正しい生活を送る	1	2	3
(2) ふだんの生活の中で、意識的に歩いたり運動などをとする	1	2	3
(3) 読み書きや計算などふだんから頭をよく使うようにする	1	2	3
(4) 栄養バランスを考えた食事をとる	1	2	3
(5) 健康に関する情報を集める	1	2	3

Q7. あなたはお酒を飲みますか。<Oは1つ>

1. ほぼ毎日飲む
2. 時々飲む
3. ほとんど飲まない
4. もともと飲まない

Q8. あなたはタバコを吸っていますか。<Oは1つ>

1. ほぼ毎日吸っている
2. 時々吸っている
3. 吸っていたがやめた
4. もともと吸っていない

Q 9. あなたのここ2週間の心身の状況についておうかがいします。
 <(1)から(5)までそれぞれOは1つ>

(1) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	2. いいえ
(2) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	2. いいえ
(3) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	1. はい	2. いいえ
(4) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	2. いいえ
(5) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	2. いいえ

問4 日常生活等について

Q 1. あなたは周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか。<Oは1つ>

Q 2. あなたは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。<Oは1つ>

Q 3. あなたは今日が何月何日かわからない時がありますか。<Oは1つ>

1. はい	2. いいえ
1. はい	2. いいえ
1. はい	2. いいえ

Q 4. あなたは今の生活で何か困っていることがありますか。<Oは3つまで>

1. 自分や家族の健康状態のこと	2. 働く場がないこと
3. 住宅事情や住環境のこと	4. 生きがいや楽しみがないこと
5. 生活費等、経済的なこと	6. 財産・預金などの管理のこと
7. 訪問販売や勧誘販売などの消費者問題のこと	8. 家族関係のこと
9. 友人関係、近所づきあいのこと	10. 災害時などへの対応のこと
11. 身近な相談相手や話し相手がいらないこと	12. 特に困っていることはない
13. その他 (具体的に:)	

Q 5. 介護予防とは、なるべく要介護状態にならないように、また、介護が必要な人もそれ以上状態を悪化させないようにする取組のことです。あなたはこのことについて御存知でしたか。また、介護予防を実践していますか。<Oは1つ>

1. よく知っており、実践している
2. 知っているが、実践していない
3. 名前は聞いたことはあるが、詳しくは知らない
4. 全く知らない

Q 6. あなたは日ごと、御自分の心身の変化(足腰のおとろえなど)に気を配り、早めに改善していますか。<Oは1つ>

1. 日ごろからよく気をつけて、現状を維持できるように取り組んでいる
2. 気をつけているが、適切に対応できているかわからない
3. あまり気をつけていない
4. 全く気をつけていない

問5 介護・介助に対する意識等について

Q 1. あなたは認知症の方を支援する取組について知っていますか。<Oは1つ>

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 2. あなたやあなたの家族が認知症になった場合、どのような支援があればよいと思いますか。<Oは3つまで>

1. 認知症専門の医療機関やかかりつけ医等の医療体制の充実
2. デイサービス・グループホームなど、認知症の方に対する専門の介護サービスの充実
3. 買物や家事援助など、日常生活における支援
4. 地域の中で認知症の方を見守る「認知症サポーター」の養成
5. 認知症の方や家族が気軽に相談できる居場所づくりの充実
6. 介護家族交流会の開催など、介護をする方への支援
7. 最新情報が手に入れやすく、リビング・ウィル(※)等事前の意思表示ができるなど、認知症の方の意思と尊厳が尊重される体制
8. わからない
9. その他 (具体的に:)

※ リビング・ウィル
 意思能力のある間に、予め、延命治療や臓器提供等を含む将来の自分の生き方や自分らしい最期の迎え方など、生前の意思を書き留めたものです。

Q 3. 若年性認知症とは65歳未満で発症する認知症のことです。あなたは若年性認知症の方を支援する取組について知っていますか。<Oは1つ>

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 4. あなたやあなたの家族が若年性認知症になった場合、どのような支援があればよいと思いますか。<Oは3つまで>

1. 認知症専門の医療機関やかかりつけ医等の医療体制の充実
2. デイサービス・グループホームなど、若年性認知症の方に対する専門の介護サービスの充実
3. 買物や家事援助など、日常生活における支援
4. 地域の中で若年性認知症の方を見守る「認知症サポーター」の養成
5. 若年性認知症の方や家族が気軽に相談できる居場所づくりの充実
6. 介護家族交流会の開催など、介護をする方への支援
7. 若年性認知症の方自身や、介護をする方の雇用の継続や就労の支援
8. 最新情報が手に入れやすく、リビング・ウィル等事前の意思表示ができるなど、認知症の方の意思と尊厳が尊重される体制
9. わからない
10. その他 (具体的に:)

Q5. 成年後見制度とは、認知症や障害などの理由で判断能力の不十分な人に代わり、財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に
関する契約を結んだりする支援を行う制度です。
あなたは成年後見制度を知っていますか。<Oは1つ>

1. はい
2. いいえ

Q6. あなたは、現在、家族の介護をしていますか。<Oは1つ>

1. している ⇒Q7へ
2. していない ⇒Q8へ

Q7. Q6で「1. している」と回答した方にお聞きします。現在の勤務形態について、
御回答ください。<Oは1つ>

1. フルタイムで働いている } ⇒Q7-1~Q7-3へ
2. パートタイムで働いている }
3. 働いていない ⇒Q8へ

Q7-1. Q7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
回答した方にお聞きします。介護をするに当たって、何か働き方について
の調整をしていますか。<あてはまるものすべてにO>

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、上記2～4以外の調整をしながら働いている
6. わからない

Q7-2. Q7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
回答した方にお聞きします。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。<あてはまるものすべてにO>

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（フレックスタイトタイム制など）
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支援
9. その他（
10. 特にならない
11. わからない

Q7-3. Q7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
回答した方にお聞きします。今後も働きながら介護を続けていけそう
ですか。<Oは1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. わからない

Q8. あなたが現在の生活を継続していくに当たって、不安に感じる介護等について、
御回答ください（現状で行っているか否かは問いません。）。<Oは3つまで>

1. 屋内の移乗・移動
2. 外出の付き添い、送迎等
3. 入浴・洗身
4. 日中の排泄
5. 夜間の排泄
6. 食事の準備（調理等）
7. 食事の介助（食べる時）
8. 服薬
9. 認知症への対応
10. 衣服の着脱
11. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
12. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）
13. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他
16. 不安に感じていることは、特にならない
17. わからない

Q9. あなたは、介護について誰かに相談していますか。<あてはまるものすべてにO>

1. 家族・親族
2. 友人・知人
3. 近所の人、ボランティアの人等
4. 介護が必要な本人
5. ケアマネジャー
6. 地域包括支援センター
7. 自治体
8. 保健所
9. 介護サービス事業者
10. 医師
11. 病院の医療ソーシャルワーカー
12. 民生委員
13. 勤務先
14. その他
15. 誰にも相談していない
16. わからない

Q10. あなたは、家族等の介護をするうえで、どのような支援があれば良いと思いますか。
<Oは3つまで>

1. 介護をする方の心身の負担を軽減するための支援
2. 介護をする方の経済的負担を軽減するための支援
3. 気軽に相談できる場の確保
4. 地域の中で見守りが行われること
5. 認知症の方への対応を含む介護方法の周知
6. 認知症への知識や理解を深めるための研修会等の開催
7. わからない
8. その他（具体的に：）

Q11. あなたは介護と仕事を両立するためには、企業等にどのような支援策があれば良いと思いますか。＜○は3つまで＞

1. 介護休業制度や介護休暇等に関する制度の整備 2. フレックスや在宅勤務、時間短縮等の柔軟な働き方の取組の充実 3. 介護に関する相談窓口や相談担当者の設置 4. 介護に直面した就労者への仕事と介護の両立に関する情報提供、セミナーの開催 5. 介護に直面しているかを問わず就労者への仕事と介護の両立に関する情報提供 6. 介護に直面した就労者も働きやすい職場環境づくりに向けての企業経営者層、人事担当者、管理職等を対象とした研修やセミナー、情報交換会等の開催 7. 家族や親族と企業等との日常的なコミュニケーション 8. 経済的支援 9. その他（具体的に： ）

問6 社会参加について

Q1. あなたは趣味がありますか。＜○は1つ＞

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q2. あなたは生きがいがありますか。＜○は1つ＞

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q3. あなたは以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

＜(1)から(6)までそれぞれ○は1つずつ＞

	1. 週 4回 以上	2. 週 2～3 回	3. 週 1回	4. 月 1～3 回	5. 年 に 数 回	6. 今 後 参 加 し た い が 、 今 後 参 加 し な い が 、 今 後 も 参 加 し な い 	7. 今 後 参 加 し な い
(1) ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6	7
(2) スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6	7
(3) 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6	7
(4) 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6	7
(5) 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6	7
(6) その他の団体や会	1	2	3	4	5	6	7

Q4. あなたは以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか。＜(1)から(6)までそれぞれ○は1つずつ＞

	1. 週 4回 以上	2. 週 2～3 回	3. 週 1回	4. 月 1～3 回	5. 年 に 数 回	6. 今 後 し な い が 、 今 後 し た い が 、 今 後 も し な い 	7. 今 後 し な い
(1) 見守りが必要な高齢者を支援する活動	1	2	3	4	5	6	7
(2) 介護が必要な高齢者を支援する活動	1	2	3	4	5	6	7
(3) 子どもを育てている親を支援する活動	1	2	3	4	5	6	7
(4) 地域の生活環境の改善（美化）活動	1	2	3	4	5	6	7
(5) 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6	7

Q5. あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいます。

＜(1)から(4)までそれぞれあてはまるものすべてに○＞

(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

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（ぐち）を聞いてあげる人

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入院したときに、看病や世話をしてくれる人

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、あなたが看病や世話をしてあげる人

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	

Q 6. あなたが家族や友人・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。<Oは1つ>

1. 診療所・病院・薬局・薬局 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師)	4. 町内会役員
2. 民生委員・児童委員	5. 区役所・保健センター・福祉事務所
3. 老人福祉員	6. 警察署・交番
7. 消費生活センター	8. 地域包括支援センター (高齢サポート)
8. 地域介護予防推進センター	9. 地域相談窓口
9. その他	10. その他
10. その他	11. その他
11. その他	12. その他

Q 7. あなたは地域包括支援センター (愛称: 高齢サポート) を知っていますか。

<Oは1つ>



※高齢サポートのシンボルマーク→

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q 8. あなたの友人関係についておうかがいします。

(1) あなたが友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。<Oは1つ>

1. 週4回以上	2. 週2~3回	3. 週1回
4. 月1~3回	5. 年に数回	6. 会っていない

(2) あなたはこの1箇月間、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。<Oは1つ>

1. 0人	2. 1~2人	3. 3~5人	4. 6~9人	5. 10人以上
-------	---------	---------	---------	----------

(3) あなたがよく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。

<あてはまるものすべてにO>

1. 近所・同じ地域の人	2. 幼なじみ
3. 学生時代の友人	4. 仕事で知り合った友人
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. いらない

問7 高齢者との関わりについて

Q 1. あなたは高齢の親や祖父母との同居経験がありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 2. あなたは別居している親や祖父母と行き来したことがありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 3. あなたは職場で日常的に高齢者と交流を持ったことがありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 4. あなたは地域で日常的に高齢者と交流を持ったことがありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ

Q 5. あなたはボランティア活動などでの高齢者との交流がありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 6. あなたは介護を必要とする高齢者を世話した経験がありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 7. あなたは人生の先輩として尊敬できる高齢者との交流を経験したことがありますか。<Oは1つ>	1. はい	2. いいえ
Q 8. あなたは本、テレビを通じて高齢者問題を考えたことがありますか。<どちらかにO>	1. はい	2. いいえ
Q 9. あなたは認知症の方と関わった経験がありますか。<どちらかにO>	1. はい	2. いいえ

問8 高齢期について

Q 1. あなたは、老後の生活に不安を感じていますか。<Oは1つ>

1. 不安はない	⇒Q2へ	2. わからない	⇒Q2へ
3. 不安を感じる	⇒Q1-1へ		

Q1-1. Q1で「3. 不安を感じる」と回答した方にお聞きします。

どんなことに不安を感じますか。<Oは3つまで>

1. 生活費など経済的な不安	2. 働く場がなくなるなど就労の不安
3. 介護が必要な状態になることへの不安	4. 近所づきあいがいない
5. 生きがいがない	6. 住まいに関する不安
7. 家族との団らんがない	8. 自分の健康に関する不安
9. 家族の健康に関する不安	10. 死期に対する不安
11. なんとなく不安	12. わからない
13. その他 (具体的に:)	

Q 2. あなたは老後のための準備として必要なものは何だと思えますか。<Oは3つまで>

1. 収入・貯蓄の確保	2. 住宅の確保	3. 趣味を持つ
4. 生活技術の習得	5. 専門的技術の習得	6. 生命保険や医療保険に加入
7. 体力増進・健康維持	8. 友人・仲間づくり	9. 地域でのふれあい
10. 良好な夫婦関係の維持	11. 子等との良好な家族関係	12. 準備の必要はない
13. その他 (具体的に:)		

Q 3. あなたは老後のための準備として、現在ですでにしていることはありますか。

<Oは3つまで>

- | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|
| 1. 収入・貯蓄の確保 | 2. 住宅の確保 | 3. 趣味を持つ |
| 4. 生活技術の習得 | 5. 専門的技術の習得 | 6. 生命保険や医療保険に加入 |
| 7. 体力増進・健康維持 | 8. 友人・仲間づくり | 9. 地域でのふれあい |
| 10. 良好な夫婦関係の維持 | 11. 子等との良好な家族関係 | 12. 特にやっっていない |
| 13. その他 (具体的に:) | | |

Q 4. あなた自身に介護が必要になった時に、あなたはどこで介護を受けたいですか。

<Oは1つ>

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. できるかぎり最後まで、自宅で介護を受けたい | } ⇒Q4-1へ |
| 2. できるかぎり自宅で介護を受け、最終的には施設等に入所したい | |
| 3. 早めに自宅以外の介護を受けられる施設や住まいに移り、介護を受けたい | |
| 4. その他 (具体的に:) | } ⇒Q5へ |

Q 4-1. Q 4で「1」又は「2」と回答した方にお聞きします。

どのような介護を希望しますか。<Oは1つ>

- | |
|----------------------------------|
| 1. 家族中心に介護を受けたい |
| 2. 家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせで介護を受けたい |
| 3. 外部の介護サービスを中心に介護を受けたい |
| 4. その他 (具体的に:) |

Q 5. あなたは、どこで人生の終末を迎えたいですか。<Oは1つ>

- | |
|------------------------------|
| 1. 自宅 |
| 2. 子や孫など家族の家 |
| 3. 特別養護老人ホームなどの施設等 |
| 4. 病院などの医療施設 (緩和ケア病棟やホスピス含む) |
| 5. その他 (具体的に:) |

問9 介護保険制度について

Q 1. あなたの介護保険制度への評価として、御自身の考えに近いものは次のどれですか。

<Oは1つ>

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 大いに評価している | 2. 多少は評価している |
| 3. あまり評価していない | 4. 全く評価していない |
| 5. 何とも言えない | 6. その他 (具体的に:) |

Q 2. あなたは高齢期になって、住み慣れた地域で生活を続けるには、どのような支援を充実すべきだと思いますか。<Oは5つまで>

- | |
|---|
| 1. 配食サービス等食事の提供 |
| 2. 掃除・ごみ出し・洗濯など |
| 3. 衣服の着脱・食事・入浴時などの介護サービス |
| 4. 夜間や緊急時等、いつでも訪問サービスが受けられること |
| 5. 身体機能の維持・向上のための運動教室やリハビリをしてもらえること |
| 6. 自宅近くで「通い」や「宿泊」などの多様なサービスを希望に応じて組み合わせながら利用できること |
| 7. 段差や間取り、耐震などが充実した住まいが提供されること |
| 8. 契約や財産管理の手続きを手伝ってもらえること |
| 9. 相談にいつでも乗ってもらえること |
| 10. 外出時にサポートが受けられること |
| 11. 医師・歯科医師の往診や薬剤師・看護師などに訪問してもらえること |
| 12. 親しい人に声かけや見守りを行ってもらえること |
| 13. 高齢者同士、また、高齢者と若者や子供との世代を超えた交流が行えるような居場所があること |
| 14. 介護をする家族などの負担を軽減してもらえること |
| 15. 買い物、荷物の持ち運び等を手伝ってもらえること |
| 16. 電球の交換、部屋の模様替え、庭木の手入れ等を手伝ってもらえること |
| 17. その他 (具体的に:) |

Q 3. 介護保険料は、介護サービス等の利用に必要な費用を基に算定しています。一人当たりが使う介護サービスが同じであっても、介護サービスを利用する高齢者数が増加すると、介護保険事業全体の総費用は増加し、保険料が上昇することとなります。あなたは、今後の介護保険料と介護サービスのあり方について、御自身の考えに近いものは次のどれですか。<Oは1つ>

- | |
|---|
| 1. 現在の介護保険サービス水準を維持するためには、必要な保険料上昇もやむを得ない |
| 2. 現在以上に介護保険サービス水準を充実するために、上記1よりもさらに保険料が上昇してもやむを得ない |
| 3. 保険料を現状程度に維持するために、介護サービス水準が縮小してもやむを得ない |
| 4. わからない |
| 5. その他 (具体的に:) |

※介護保険サービス水準：一人当たりが使える介護サービスの量など

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート 御協力をお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート（高齢者の生活と健康に関する調査）」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、平成30年度から平成32年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査票の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に則して定めたものです。

対象となられる方は、「在宅介護の実態把握」を主眼として、市内にお住まいの介護保険制度の要介護（要支援）認定を受けておられる65歳以上の方（平成28年11月1日現在）の中から無作為に抽出させていただいた約2,000人の皆様です。

なお、本調査につきましては、御回答いただきましたアンケート結果と皆様の要介護状態や介護サービスの利用状況等を架合のうえ、個人が特定される情報を割愛させていただきます。統計情報として、分析・調査及び今後の施策に反映させていただきます。ご了承ください。

また、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年12月
京都市

■ 御返送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月16日（月）**までに御返送くださいますようお願いいたします（切手は不要です）。

■ 御記入いただく方について

この調査票は、原則として、あて名の御本人がお答えいただくことを想定していますが、健康状態などにより御本人によるお答えができません場合は、御本人の状況がわかる方が御本人の意思を確認しながら御記入いただくか、御本人の立場に立って御記入ください。

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課（担当：半邊、舟木）
電話：075（251）1106
FAX：075（251）1114

■ 御記入上のおお願い

- 1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。設問の冒頭に「あなた」と記載しているものについては全ての方に、波線（〇）で記載している設問は該当する方に、それぞれお答えをお願いします。

<記入例>

Q3 あなたの性別をお教えてください。<○は1つ>

- ① 男性 2 女性 ← 「男性」と回答する場合、「1」に○印

- 2 一部の質問には、具体的な内容を御記入いただく場合があります。その際、数字等の記入が必要な場合は、できるだけはつきりと御記入ください。

- 3 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
介護…介護保険の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家族などの援助を受けている状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることと御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

「京都市民長寿すこやかプラン」

（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定し、両計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」としています。

高齢者保健福祉計画は、元来高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要量を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

この調査は、平成30年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」（平成30年度から平成32年度まで）策定の基礎資料とするため、実施するものです。

あなた（あて名の御本人）の状況について、お伺いします

Q 1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。

＜あてはまるものすべてに○＞

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

Q 2. あなた（あて名の御本人。以下の間も同じです。）の世帯類型について、御回答ください。＜○は1つ＞

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

Q 3. あなたの性別について、御回答ください。＜どちらかに○＞

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

Q 4. あなたの年齢について、御回答ください。＜○は1つ＞

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

Q 5. あなたの要介護度について、御回答ください。＜○は1つ＞

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

Q 6. あなたの現時点での施設等への入所・入居の検討状況について、御回答ください。＜○は1つ＞

- | |
|----------------------|
| 1. 入所・入居を検討していない |
| 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、老人保健施設、介護療養型医療施設、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。

Q 7. あなたが、現在抱えている傷病について、御回答ください。

＜あてはまるものすべてに○＞

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------|
| 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） | 8. 変形性関節疾患 | |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 10. パーキンソン病 | 11. 難病（パーキンソン病を除く） |
| 9. 認知症 | 13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） | |
| 12. 糖尿病 | 15. なし | 16. わからない |

Q 8. あなたが平成28年11月の1箇月の間に、（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。＜○は1つ＞

- | | |
|------------|--------|
| 1. 利用した | ⇒Q8-1へ |
| 2. 利用していない | ⇒Q8-2へ |

Q8-1. Q8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、平成28年11月の1箇月間の利用状況を御回答ください。対象の介護保険サービスを利用していない場合は、「1. 利用していない」を選択してください。<○はそれぞれ1つ>

	1 週間あたりの利用回数 (それぞれ1つに○)					
	1. 利用していない	2. 週1回程度	3. 週2回程度	4. 週3回程度	5. 週4回程度	6. 週5回以上
(1) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	1	2	3	4	5	6
(2) 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
(3) 訪問看護	1	2	3	4	5	6
(4) 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
(5) 通所介護 (デイサービス)	1	2	3	4	5	6
(6) 通所リハビリテーション (デイケア)	1	2	3	4	5	6
(7) 夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数を回答)	1	2	3	4	5	6
	利用の有無について (○は1つ)					
(8) 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				
(9) 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した				
(10) 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				
(11) ショートステイ (1箇月あたりの利用日数) <○は1つ>						
1. 利用していない	2. 月1～7日程度	3. 月8～14日程度				
4. 月15～21日程度	5. 月22日以上					
(12) 居宅療養管理指導 (1箇月あたりの利用回数) <○は1つ>						
1. 利用していない	2. 月1回程度	3. 月2回程度				
4. 月3回程度	5. 月4回程度					

Q8-2. Q8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。<あてはまるものすべてに○>

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や利用方法が分からない
9. その他

Q9. あなたが現在利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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、声掛け
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

Q10. あなたが、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、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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、声掛け
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。

Q11. あらかじめ、かかりつけ医等の医師が診療計画を立てて、月1～2回など定期的に患者さんの居宅に訪問することを訪問診療といいます。

あなたは、現在、訪問診療を利用していますか。〈○は1つ〉

1. 利用している

2. 利用していない

※この設問には、診療計画によらず緊急時等に医師等が訪問する往診や、歯科医師が訪問する場合や、要介護等の状態にある方に医師等が訪問し、療養上の管理・指導を行う居宅療養管理指導等は含まれません。

Q12. あなたに対する御家族や御親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子供や親族等からの介護を含む。）。〈○は1つ〉

1. ない ⇒ 調査は終了です

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

Q12. 「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「5. ほぼ毎日ある」を選択された場合は、同封の「すこやかアンケート（介護者の方）」への御協力をお願いします。

「すこやかアンケート（介護者の方）」については、介護されている方のうち主な介護者の方に御回答・御記入をお願いします。また、「主な介護者」の方の御回答・御記入が難しい場合は、御本人様（調査対象者様）に御回答・御記入をお願いします（御本人様の御回答・御記入が難しい場合は、無回答で結構です。）。

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート(介護者の方)御協力をお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート(高齢者の生活と健康に関する調査)」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、平成30年度から平成32年度までの3年間で計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画)を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に即して定めたものです。

対象となられる方は、「在宅介護の実態把握」を主眼として、同封の「すこやかアンケート」のQ1.2で「2. 家族・親族の介護はありますが、週に1日より少ない」～「5. はほぼ毎日ある」を選択された方の介護者の方に御協力をお願いするものです。

「主な介護者」の方の御回答・御記入が難しい場合は、御本人様(調査対象者様)に御回答・御記入をお願いします(御本人様の御回答・御記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

なお、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

平成28年12月
京都市

■ 御返送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月16日(月)**までに御返送くださいますようお願いいたします(切手は不要です)。

■ 御記入上のお願い

1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。

＜記入例＞

Q4. 主な介護者の方の性別について、御回答ください。＜○は1つ＞

1. 男性 2. 女性 ← 「男性」と回答する場合、「1」に○印

2 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。

介護…介護保険の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家族などの援助を受けている状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることとを御理解いただき、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課 (担当: 半邊, 舟木)
電話 : 075 (251) 1106
FAX : 075 (251) 1114

主な介護者の方にお伺いします

Q1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。＜○は1つ＞

1. あて名の御本人 (本調査のあて名の方で、御家族や御親族から介護を受けている方をいいます。)
2. 主な介護者の方

Q2. 御家族や御親族の中で、御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。)
※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。
＜あてはまるものすべてに○＞

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

Q3. 主な介護者の方は、どなたですか。＜○は1つ＞

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

Q4. 主な介護者の方の性別について御回答ください。＜○は1つ＞

1. 男性
2. 女性

Q5. 主な介護者の方の年齢について御回答ください。＜○は1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

Q6. 現在、主な介護者の方が行っている介護等について御回答ください。
 <あてはまるものすべてにO>

<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. 金銭管理や生活に必要な諸手続き

<その他>

15. その他
16. わからない

Q7. 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御回答ください（現状で行っているか否かは問いません。）。
 <O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、特にならない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

Q8. 主な介護者の方の現在の勤務形態について、御回答ください。<Oは1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

⇒調査は終了です

Q8-1. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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。
 <あてはまるものすべてにO>

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、退出・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

Q8-2. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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。
 <O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. 特にならない
11. 主な介護者に確認しないとわからない

Q8-3. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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。<Oは1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

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

介護サービス事業者に関するアンケート調査

＜調査票の記入について＞

- 1 回答に選択肢がある場合は、当てはまる選択肢の番号を○で囲んでください。「○」は1つ「など」としている場合がありますので、設問中の注意事項を御確認ください。
- 2 設問によっては、回答していただく事業者に限られるものがあります。御注意ください。
- 3 本調査は、市内の全介護サービス事業所（※）を対象としたものです。**併設の事業所に は、それぞれのサービス種別ごとに調査票を送付していますので、封筒の宛名にあるサービス種別について御回答ください。**

※平成28年8月の給付実績のある事業所を対象としています。また、居宅療養管理指導については、対象外としています。

■御返送いただく期日

御記入後、同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月20日(金)**までに御返送くださいますようお願いいたします。(切手は不要です。)

■調査に関するお問合せ及び送付先

京都市 保健福祉局 長寿社会部 介護保険課 (担当：遠山, 伊吹)

電話：075-213-5871

FAX：075-213-5801

貴事業所の概要についてお聞かせします。

事業所番号	2	6					
法人種別	1. 社会福祉法人 4. 有限会社 6. その他 ()		2. 医療法人 5. NPO法人		3. 株式会社		
法人名称							
事業所名称							
事業所の所在地							所在地の圏域番号※1
電話番号			記入者※2		(役職) (氏名)		
メールアドレス							
サービス提供圏域※3、※4							

※1：所在地の圏域番号については、別紙をご参照下さい。「㊦」等丸囲みの数字です。）

※2：本調査は、貴事業所・施設としての見解をお伺いするものですので、貴事業所・施設の総意を御回答いただける方が回答してください。なお、問24からの設問については、回答いただく職種（介護支援専門員）を限定していますので、調査票の注意書きを確認いただき、御回答ください。

※3：サービス提供圏域（通常の事業の実施地域）につきましては、概ね2分の1程度の範囲でサービス提供をしている圏域番号を記載してください。（別紙参照）

※4：サービス提供圏域がわからない場合は、「通常の事業の実施地域」を記入して下さい。（注）全てのサービス種別で回答ください。なお、京都市全域を対象とされている場合は「京都市全域」と御記入ください。

問1 貴事業所における提供サービスについて、番号を○で囲んでください。また、併設事業所がある場合は、番号を△で囲んでください。(平成28年11月1日現在の状況をお答えください)

※ 併設事業所：貴事業所と同一敷地内又は隣接敷地等で運営を行っている事業所
○ 各介護予防サービスを含む。

1. 居宅介護支援	2. 介護予防支援
3. 訪問介護	4. 訪問入浴介護
5. 訪問看護	6. 訪問リハビリテーション
7. 居宅療養管理指導	8. 通所介護
9. 通所リハビリテーション	10. 短期入所生活介護
11. 短期入所療養介護	
12. 特定施設入居者生活介護 (下記のかつこ内から種別を選択してください)	
(A 有料老人ホーム (混合型) B 有料老人ホーム (介護専用型)	
C 軽費老人ホーム・ケアハウス D 養護老人ホーム	
E サービス付き高齢者向け住宅 (混合型)	
F サービス付き高齢者向け住宅 (介護専用型)	
13. 福祉用具貸与	14. 特定福祉用具販売
15. 小規模多機能型居宅介護	16. 夜間対応型訪問介護
17. 認知症対応型通所介護	18. 認知症対応型共同生活介護
19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	20. 看護小規模多機能型居宅介護
21. 地域密着型通所介護	
22. 地域密着型特定施設入居者生活介護 (下記のかつこ内から種別を選択してください)	
(A 有料老人ホーム (介護専用型)	
B 軽費老人ホーム・ケアハウス C 養護老人ホーム	
D サービス付き高齢者向け住宅 (介護専用型)	
23. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
24. 介護老人福祉施設	25. 介護老人保健施設
26. 介護療養病床 (介護療養型医療施設)	
27. その他介護保険以外の施設	
(A 医療機関 B 健康型有料老人ホーム C 住宅型有料老人ホーム	
D サービス付き高齢者向け住宅 E 軽費老人ホーム・ケアハウス	
F その他	

問2 貴事業所における従業者数を御記入ください。(平成28年11月1日現在の状況をお答えください)

- 複数の職種に従事している職種は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して御記入ください。
- 主として従事している職種を決めがたい場合は、1～26の数字の若い順で優先して御記入ください。
- 介護職員(9)の資格について、複数の資格(10～15)を有している場合は、数字の若い資格で計算し、御記入ください。
- 派遣社員で対応している場合は、その数は職員数には含まないでください。

職員配置		常勤 (小数点1位まで)	非常勤 (小数点1位まで)
1. 管理者		人	人
2. 医師		人	人
3. 歯科医師		人	人
4. 薬剤師		人	人
5. 看護師		人	人
6. 准看護師		人	人
7. 介護支援専門員		人	人
8. うち主任介護支援専門員		人	人
9. 介護職員		人	人
10. うち介護福祉士		人	人
11. うち介護職員基礎研修		人	人
12. うち訪問介護員1級		人	人
13. うち訪問介護員2級		人	人
14. うち訪問介護員3級		人	人
15. うち初任者研修		人	人
16. 理学療法士		人	人
17. 作業療法士		人	人
18. 言語聴覚士		人	人
19. 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		人	人
20. 生活相談員・支援相談員		人	人
21. うち社会福祉士		人	人
22. 福祉用具専門相談員		人	人
23. 栄養士		人	人
24. うち管理栄養士		人	人
25. 調理員		人	人
26. 事務職員		人	人
27. その他		人	人
28. 上記1～26(7を除く)のうち介護支援専門員(再掲)		人	人
29. 上記1～26のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)		人	人

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間

<※1箇月に数回の勤務である場合>

職員の1箇月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

※職員の勤務時間は実態に応じて、算出してください。管理栄養士の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出してください。

問3 貴事業所において、サービスを利用されている方について、御記入ください。

○定員は設定があるサービスの場合のみ、平成28年11月1日現在の状況でお答えください。
○利用者数は平成28年10月1日から10月31日までの利用者について、延べ人数ではなく、**実人数**を御記入ください。

① 定員(設定がある場合) 人	② 利用者数 人(実人数)
--------------------	------------------

問3-2 貴事業所における平成27年4月から平成28年3月までの月平均の利用者数について御記入ください。(問3①で定員を御記入頂いた方のみ御回答ください。)

利用者数 人(実人数)

問4 問3②の利用者数について、要介護度別・居住地別の人数を御記入ください。

○施設・居宅系サービス事業所においては、入所前の居住地について御記入ください。
○居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する日常生活圏域内	事業所が位置する行政区内(左記を除く)	市内の他の行政区	他の市町村	合計
要支援1	人	人	人	人	人
要支援2	人	人	人	人	人
要介護1	人	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人

問3②の利用者数と合致させてください

問4-2 問3②の利用者数について、認知症高齢者の日常生活自立度別・居住地別の人数を御記入ください。

○施設・居宅系サービス事業所においては、入所前の居住地について御記入ください。
○居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する日常生活圏域内	事業所が位置する行政区内(左記を除く)	市内の他の行政区	他の市町村	合計
自立	人	人	人	人	人
I	人	人	人	人	人
IIa	人	人	人	人	人
IIb	人	人	人	人	人
IIIa	人	人	人	人	人
IIIb	人	人	人	人	人
IV	人	人	人	人	人
M	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人

問3②の利用者数と合致させてください

問5 貴事業所における利用者の確保状況について、3年前と比較して変化がある場合は、その違いについてお答えください。

<p>1. 容易になった 2. 比較的容易になった 3. 変わらない 4. 比較的困難になった 5. 困難になった 6. 3年前には未開所 7. その他 (具体的に)</p>	
---	--

問5-2 問5の回答を選択した理由をご記入ください。

--	--

問6 貴事業所における3年後の利用者の確保は、現在と比較してどのようになるとお考えですか。

1. 容易になる 2. 変わらない 3. 困難になる
 4. その他
 (具体的に)

問6-2 問6の回答を選択した理由を御記入ください。

[]

施設・居住系サービス事業者(※)の方にお伺いします。(問7～問9)

※施設・居住系サービス事業者とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・ケアハウス、介護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護の各サービス事業者を指します。

問7 入所(入居)期間別の入所(入居)者数について御記入ください。(平成28年11月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

3箇月未満	3箇月以上6箇月未満	6箇月以上1年未満	1年以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上	合計
人	人	人	人	人	人	人

問7-2 入所(入居)申込から入所(入居)までの期間を御記入ください。(平成28年11月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

1箇月未満	1箇月以上3箇月未満	3箇月以上6箇月未満	6箇月以上1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

問8 入所(入居)前の居所について御記入ください。(平成27年11月1日から平成28年10月31日までの入所(入居)者についてお答えください)

居宅(一人暮らし)	人	認知症対応型共同生活介護	人
居宅(家族と同居)	人	介護老人福祉施設	人
介護老人ホーム	人	介護老人保健施設	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	介護療養病床(病院)	人
有料老人ホーム	人	医療療養病床(病院)	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
合計			人

問8-2 退所(退居)後の居所等について御記入ください。(平成27年11月1日から平成28年10月31日までの退所(退居)者についてお答えください)

居宅(一人暮らし)	人	介護老人福祉施設	人
居宅(家族と同居)	人	介護老人保健施設	人
介護老人ホーム	人	介護療養病床(病院)	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	医療療養病床(病院)	人
有料老人ホーム	人	死亡	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
認知症対応型共同生活介護	人	未定	人
合計			人

問9 平成28年11月1日現在で、把握している入所(入居)申込者数について御記入ください。

_____人

事業運営上の課題等についてお聞きします。

問 10 適切な事業運営のために特に必要な情報は何か。(〇は3つまで)

1. 介護保険制度・介護報酬等に係る情報
2. 介護保険以外の保健・福祉・医療サービスに係る情報
3. 介護の担い手の採用や給与等に関する情報
4. 周辺の事業所・医療機関等に係る情報
5. 地域で活動する民生委員・児童委員、老人福祉員等及びボランティアに係る情報
6. 権利擁護・成年後見人制度に係る情報
7. 認知症ケアに係る情報
8. 介護技術・方法に係る情報
9. 研修情報等の質の向上についての情報
10. サービス提供エリアの高齢者についての情報
11. 特になし
12. その他

〔具体的に〕

問 11 介護サービスの質の向上のために具体的な取組はされていますか。(〇は3つまで)

1. 第三者評価の受診
2. 第三者評価委員やオンブズパーソン等の第三者による苦情・相談システムの導入
3. 京都市介護相談員の受入
4. 苦情や事故の事例研究
5. 情報の積極的な公表
6. 外部研修（他施設の見学も含む）への積極的な参加
7. 内部研修の充実
8. 介護サービス事業者間の交流の活性化
9. 多様な福祉用具や器具の開発・導入
10. 施設等内の設備の改善
11. 職員の心身の健康管理や労働環境の整備
12. 職員のモラルの向上の取組
13. 職員の給与引上げ
14. その他

〔具体的に〕

問 12 適切なサービス提供を行ううえで、運営上の課題はありますか。

1. ある ⇒問 12-2へ
2. ない ⇒問 13へ

問 12-2 あると回答された方にお聞きします。具体的に課題は何だとお考えですか。

1. サービス内容の問題

〔具体的に〕

2. 介護報酬等の問題

〔具体的に〕

3. 担い手確保・養成の問題

〔具体的に〕

4. 医療と介護の連携

〔具体的に〕

5. インフォーマルサービスとの連携

〔具体的に〕

6. 介護保険制度に係る事務の簡素化

〔具体的に〕

7. その他

〔具体的に〕

介護従事者の確保・処遇改善についてお聞きします。

問 13 貴事業所の介護保険の指定介護サービス事業に従事する従業員について 1 年間(平成27年11月1日から平成28年10月31日まで)の採用者数、離職者[※]数をお聞きます。

また、貴事業所で1年間に離職した者のうち、勤続年数が「1年未満の者」、「1年以上3年未満の者」、「3年以上5年未満の者」、「5年以上10年未満の者」及び「10年以上の者」の人数は何人でしたか。

※ 「離職者」とは、調査対象期間中に事業所に退職あるいは、解雇された者を指し、他企業への出向者・出向復帰者を含み、同一企業内の他事業所への転出者を除く。

注) 該当がない場合は、0を記入してください。

正規職員	1年間(平成27年11月1日から平成28年10月31日まで)の採用者・離職者			
	採用者	離職者		
常勤労働者	人	人	人	人
短時間労働者	人	人	人	人
	人	人	人	人

	離職者の勤続年数			
	1年未満の者の者	1年以上3年未満の者の者	3年以上5年未満の者の者	5年以上10年未満の者の者
人	人	人	人	人
人	人	人	人	人
人	人	人	人	人

問 14 問 13でお答え頂いた離職者の中に、家族への介護のために退職をされた方はおられますか。

1. いる ⇒人数 () 人
 2. いらない
 3. 把握していない

問 15 家族の介護を行っていないが働いている職員の就労継続のために、職場内においてどのような支援があれば効果があると思いますか。(複数回答可)

1. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
 2. 制度を利用しやすい職場づくり
 3. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
 4. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
 5. 介護をしている従業員への経済的な支援
 6. 特こない
 7. その他
 (具体的に

問 16 貴事業所において、従業員の職種別過不足(※)の状況はどうですか。

(あてはまる番号ひとつに○)

※資格保有者ではなく、その仕事(職種)に就く者について記入して下さい。

	不 大 に 足 り	2	3	4	5	過 剰	当 該 職 種 は い な い
訪問介護員	1						6
サービス提供責任者							
介護職員							
看護職員							
生活相談員							
PT・OT・ST等							
全体でみた場合							

問 16-2 問 16で「全体でみた場合」の1, 2, 3いずれかに○を付けた事業所で、不足している理由は何ですか。(あてはまる番号全てに○)

1. 離職率が高い(定着率が低い)
 2. 採用が困難である
 3. 事業を拡大したいが担い手が確保できない
 4. その他
 (具体的に

問 16-3 問 16-2 で採用が困難であるに○を付けた事業所のみお答え下さい。原因は何にあるとお考えですか。(あてはまる番号全てに○)

1. 労働時間が長い 2. 夜勤が多い 3. 休みが取りにくい 4. 長期に雇用されるか不明確である 5. キャリアアップの機会が不十分 6. 賃金が低い 7. 仕事がつらい (肉体的・精神的) 8. 社会的評価が低いと思われる 9. その他 (具体的に)	
10. 分からない	

問 17 貴事業所において、従業員の募集を行う場合、どのような手段や媒体を用いていますか。採用者数の多いものから2つ選んでください。

正規職員	非正規職員
ハローワーク、福祉人材センター (web 含む) など公的機関の活用	
学校・養成施設等での進路指導	
広告物・広報サイトへの掲載 (求人・就職情報誌、新聞折込チラシ、自社のホームページ等)	
就職セミナー (就職説明会)	
職員・知人を通じて	
ボランティア、実習生、ホームヘルパー等養成講座終了者等を勧誘	
民間の職業紹介	
その他 ()	

問 17-2 貴事業所が実施した従業員採用に向けた取組で、効果のあった事例や取組過程で生じた問題等があれば、その具体的な内容を御記入ください。

問 18 貴事業所では 1 年間(平成27年11月1日から平成28年10月31日まで)に採用した職員の能力についてどのように評価していますか。(○は1つ)

1. 満足している 2. 満足していない 3. その他 (具体的に)	
---	--

問 19 貴事業所において、今後介護ロボットを導入する予定はありますか。

※ 本調査において、介護ロボットとは、次の i から iii の要件の全てを満たすものとする。

i 目的要件 (1) 移乗支援, (2) 移動支援, (3) 排泄支援, (4) 見守り支援, (5) 入浴支援のいずれかの場面において使用され、介護従事者の負担軽減効果のある介護ロボットであること。

ii 技術的要件 次のいずれかの要件を満たす介護ロボットであること。

(1) ロボット技術 (※) を活用して、従来の機器ではできなかった機能を発揮する介護ロボット
 ※(ア) センサー等により外界や自己の状況を認識し、(イ) これによって得られた情報を解析し、(ウ) その結果に応じた動作を行う介護ロボット

(2) 産産業者が行う「ロボット介護機器開発・導入促進事業」において採択された介護ロボット
 ※市場の要件 販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

1. 導入の予定がある (既に導入している) ⇒問 19-2 へ
2. 導入を検討している ⇒問 19-2 へ
3. 導入の予定はない ⇒問 19-3 へ
4. 分からない ⇒問 19-3 へ

調査対象サービスにおける介護職員処遇改善加算についてお伺いします。

※調査対象サービスが 居宅介護支援、訪問看護、訪問リハビリの方はご記入は不要ですので問2にお進みください。

問 20 介護職員処遇改善加算について

(1)調査対象サービスにおける平成28年度の介護職員処遇改善加算の届出状況について、該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. 届出している (届出予定を含む) | 2. 届出していない |
|---------------------|------------|

【問20(1)で「1」と答えた方にお伺いします】

(2)介護職員処遇改善加算について、賃金改善をいずれの項目で行っているか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

- | |
|---|
| 1. 給与表 (賃金表等) を改定して賃金水準を引き上げることで対応 (予定)
2. 定期昇給を実施することで対応 (予定)
3. 毎月支給される手当として対応 (予定)
4. 一時金 (賞与・その他の臨時支給分) として対応 (予定)
一時金として対応している場合、一時金の支給時期を記載してください。〔 月 〕 |
|---|

【問20(1)で「1」と答えた方にお伺いします】

(3)介護職員処遇改善加算について、いずれの加算を届出しているか、該当する番号に○をつけてください。

- | |
|--|
| 1. 介護職員処遇改善加算 (I)
2. 介護職員処遇改善加算 (II)
3. 介護職員処遇改善加算 (III)
4. 介護職員処遇改善加算 (IV) |
|--|

【問20(1)で「1」と答えた方にお伺いします】

(4)特別事情届出書の届出状況について、該当する番号に○をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 現在までに提出していない
2. 現在までにすでに提出をした
あてはまるものすべてに○をしてください。 |
| 1. 給与表を改定して賃金水準を引き下げた
2. 各種手当ての引き下げまたは廃止
3. 賞与等の支給金額の引き下げまたは廃止
4. その他 (具体的に：) |

【問20(3)で「2」または「3」と答えた方にお伺いします】

(5)介護職員処遇改善加算のキャリアパス要件等について、いずれの要件に適合しているか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答あり)

- | |
|---|
| 1. キャリアパス要件 (I)
2. キャリアパス要件 (II)
3. 職場環境等要件 |
|---|

問 19-2 問 19 で 導入の予定がある(既に導入している)又は「導入を検討している」と回答された方にお聞きします。貴事業所において、介護ロボットに特に期待することは何ですか。(複数回答可)

- | |
|--|
| 1. 移動介護
2. 移動支援
3. 排泄支援
4. 見守り
5. 入浴支援
6. 食事支援
7. 余暇支援
8. その他 () |
|--|

問 19-3 問 19 で 導入の予定はない」又は「分からない」と回答された方にお聞きします。貴事業所において、介護ロボット導入を阻害している要因は何だとお考えですか。(複数回答可)

- | |
|--|
| 1. 事故の懸念
2. 利用者が介護ロボットを受け入れてくれるか分からない
3. 導入に伴う費用対効果が不明
4. 機械に頼ることへの抵抗感がある
5. 家族の了解が得られるか分からない
6. その他
(具体的に) |
|--|

【問20(3)で「2」、「3」または「4」と答えた方にお伺いします】

(6)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の取得が困難な理由について、該当する番号に○をつけてください。

(複数回答可)

1. キャリアパス要件(Ⅰ)を満たすことが困難
2. キャリアパス要件(Ⅱ)を満たすことが困難
3. 職場環境等要件を満たす見込みがない
4. その他

具体的に

[]

【問20(6)で「1」と答えた方にお伺いします】

(7)具体的にどのような理由でキャリアパス要件(Ⅰ)を満たすことが困難なのか、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員の任用の際における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む)を定めることが難しいため
2. 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く)を定めることが難しいため(どのようなようにして定めたらよいかわからない場合も含む)
3. 職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系のないようについて就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知することが難しいため
4. 届出に必要な事務を行える職員がいらないため
5. その他

具体的に

[]

【問20(6)で「2」と答えた方にお伺いします】

(8)具体的にどのような理由でキャリアパス要件(Ⅱ)を満たすことが困難なのか、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び具体的な計画を策定して全ての介護職員に周知することが難しいため
2. 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施(OT、OPF-JT等)するとともに介護職員の能力評価を行うことが難しいため
3. 資格取得のための支援(研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用(交通費、受講料等)の援助等)を実施することが難しいため
4. 届出に必要な事務を行える職員がいらないため
5. その他

具体的に

[]

【問20(1)で「2」と答えた方にお伺いします】

(9)介護職員処遇改善加算の届出を行わない理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 対象の制約のため困難
2. 事務作業が煩雑
3. 平成30年度以降の取扱が不明
4. 追加費用負担の発生
5. 利用者負担の発生
6. 非常勤職員等の処遇上の問題
7. 賃金改善の必要性がない
8. 算定要件を達成できない
9. その他

具体的に

[]

【問20(9)で「1」と答えた方にお伺いします】

(10)対象の制約のため困難とする具体的な事情について、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員のみを加算の対象者としているため、職種間の賃金のバランスがとれなくなるため
2. 同一法人内に加算の対象外の事業所があるため、事業所間の賃金のバランスがとれなくなるため
3. 職種間の公平性を保つために、加算の対象外である職種に対しても持ち出しによる賃金の改善を行わざるを得なくなるため
4. その他

具体的に

[]

問 21 調査対象サービスの介護従事者に対する給与等の引き上げ以外の処遇改善に関して、平成28年4月～平成28年11月までに実施した対応状況(今後の予定を含む)についてお伺いします。下表(A)～(U)の項目ごとに、該当する1～5の欄に1つだけ○をつけてください。

(注)
 従来…平成28年3月31日以前
 今回…平成28年4月1日～平成28年9月30日
 今後…1年間を目途

	1 従来から実施しており、 今回更に充実する予定を含む	2 従来から実施しており、 今回内容等変更する予定はない	3 今回新たに実施しようとするが、 今後実施する予定を含む	4 従来及び今回実施する予定はない	5 従来及び今回実施する予定なし
■ 資質の向上					
(A)働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する業務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する専攻吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む）	1	2	3	4	5
(B)研修の受講やキャリアアップ制度と人事考課との連動	1	2	3	4	5
(C)小規模事業者の共同による採用・人事ソリューション・研修のための制度構築	1	2	3	4	5
(D)キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない事業者に限る）	1	2	3	4	5
(E) その資質の向上について（具体的に記載してください）	[]				
■ 労働環境・処遇の改善					
(F)新人介護職員の早期離職防止のためのエンルガー・メンター（新人指導担当者）制度導入	1	2	3	4	5
(G)雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実	1	2	3	4	5
(H)ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴、訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化	1	2	3	4	5
(I)介護職員の研修対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入	1	2	3	4	5
(J)子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設等の整備	1	2	3	4	5
(K)事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化	1	2	3	4	5
(L)健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休暇・分業スペース等の整備	1	2	3	4	5
(N) その他労働環境・処遇の改善について（具体的に記載してください）	[]				

【問20(9)で「2」と答えた方にお伺いします】
 (11) 事務作業が煩雑とする具体的な事情について、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。
 (複数回答可)

- 1. 介護職員処遇改善計画書を作成するための事務作業が煩雑であるため
 (どのよう作成したからかわからない場合も含む)
 - 2. 介護職員処遇改善実績報告書を作成するための事務作業が煩雑であるため
 (どのよう作成したからかわからない場合も含む)
 - 3. 勤務時間や勤務日数等に応じて、処遇改善加算の総額から個々の職員の支給額を算定する事務作業が煩雑であるため
 - 4. 届出に必要となる事務を行える職員がいなかったため
 - 5. その他
 具体的に
- []

■ その他					
(0) 介護サービスの情報公表制度の活用による経営・担い手育成理念の見える化	1	2	3	4	5
(P) 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立	1	2	3	4	5
(Q) 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮	1	2	3	4	5
(R) 地域の自働・生徒や住民との交流による地域包括化の一員としてのモチベーション向上	1	2	3	4	5
(S) 非正規職員から正規職員への転換	1	2	3	4	5
(T) 職員の抱負による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(U) その他（具体的に記載してください）	[]				

上記以外で担い手確保や処遇の改善について、取り組まれている事がございましたら、記載してください。

具体的に []

関係機関との連携についてお聞きします。

問 22 貴事業所では、地域(近隣)の各種団体や組織とどのような関わりをもっておられますか。
(当てはまるものすべてに○、ただし、その他の欄については内容を記入)

連絡先の把握	左記団体等が主催する、事業所外での連携・関わり		事業所内における連携・関わり	その他 (関わりの内容を具体的に記入してください。)
	貴事業所と左記団体等との連絡先等の共有	介護や福祉に係る専門知識や情報の提供		
民生委員・児童委員、老人福祉員				
女性会、すこやかクラブ、ブ京都(老人クラブ)、自治会、商店街など、地縁的繋がり団体				
社会福祉協議会				
幼稚園、保育所、小学校、中学校、高校等				
医療機関				
ボランティア団体、NPOなど、機能的繋がり団体				
その他団体等				

本市の施策や介護保険制度についてお聞きします。

問 23 本市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度などについて、御意見がありましたら、御自由にお書きください。

サービス内容等についてお聞きします。

介護支援専門員の方にお伺いします。(問 24～問 27)

○法的に介護支援専門員が必要とされる、以下の業務所・施設において、実際に利用者のケアプラン作成に携わって要らされる介護支援専門員の職責として、御回答ください。その他の業務所は、回答の必要はありません。

対象事業所・施設	居宅介護支援、介護予防支援、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床（介護療養型医療施設）
----------	--



問 24 利用者の在宅生活を支えていくために、現在は不足していると考えられるなど、今後充実(量的な充実)が必要と思われるサービスはありますか。(〇は3つまで)

- 1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 5. 夜間対応型訪問介護 6. 訪問リハビリテーション 7. 居宅療養管理指導
- 8. 通所介護 9. 認知症対応型通所介護 10. 地域密着型通所介護
- 11. 通所リハビリテーション 12. 小規模多機能型居宅介護
- 13. 看護小規模多機能型居宅介護 14. 短期入所生活介護
- 15. 短期入所療養介護 16. 福祉用具貸与 17. 福祉用具購入 18. 住宅改修
- 19. 介護老人福祉施設 20. 地域密着型介護老人福祉施設 21. 介護老人保健施設
- 22. 介護療養病床（介護療養型医療施設） 23. 特定施設入居者生活介護
- 24. 地域密着型特定施設入居者生活介護 25. 認知症対応型共同生活介護
- 26. 現状で十分

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問 25 中重度の要介護者や、認知症が進行した人が、住み慣れた地域で生活を続けていくうえで、特に充実(量的・質的な充実)が必要と思われるものは何ですか。(〇は3つまで)

- | | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護 | 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 5. 夜間対応型訪問介護 | 6. 訪問リハビリテーション | 7. 居宅療養管理指導 | |
| 8. 通所介護 | 9. 認知症対応型通所介護 | 10. 地域密着型通所介護 | |
| 11. 通所リハビリテーション | 12. 小規模多機能型居宅介護 | | |
| 13. 看護小規模多機能型居宅介護 | 14. 短期入所生活介護 | | |
| 15. 短期入所療養介護 | 16. 福祉用具貸与 | 17. 福祉用具購入 | 18. 住宅改修 |
| 19. 介護老人福祉施設 | 20. 地域密着型介護老人福祉施設 | 21. 介護老人保健施設 | |
| 22. 介護療養病床(介護療養型医療施設) | 23. 特定施設入居者生活介護 | | |
| 24. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 25. 認知症対応型共同生活介護 | | |
| 26. 現状で十分 | | | |

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問 26 住み慣れた地域で生活を続けていくうえで、介護保障のサービス以外に、現状から今後充実(量的・質的な充実)が必要と思われるものは何ですか。(〇は3つまで)

- | |
|--|
| 1. 医療提供体制の充実 |
| 2. 介護と医療の連携体制の構築と推進 |
| 3. 認知症の早期に適切な支援につながる場や仕組みの構築 |
| 4. 予防を目的とした健康づくりの教室やサービスの充実 |
| 5. 高齢者の生きがい支援等につながる居場所づくりの推進 |
| 6. 高齢者向け住宅(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等)、高齢期になっても住み続けることができる住まいの整備 |
| 7. NPOやボランティアによる見守り活動の推進 |
| 8. 様々な形態による配食サービスの推進 |
| 9. 外出時にサポートが受けられる外出支援サービスの推進 |
| 10. 掃除、洗濯等の家事援助サービスの推進 |
| 11. 京都市における、学区単位の「地域力」や「地域の絆」を活かした、地域住民、関係機関、行政が一体となった高齢者支援ネットワークの構築 |
| 12. その他 |
- (具体的に)

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問 27 介護サービス利用者が住み慣れた地域での生活を続けるために、現行の制度において課題に感じることはありますか。またその理由について御記入ください。

質問は以上です。アンケートに御協力いただき、ありがとうございました。