

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」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、令和3年度から令和5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（令和元年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突合のうえ、個人が特定される情報を割愛させていただいたうえで、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たいと考えておりますので、何卒御理解くださいますようお願いいたします。

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。

令和元年11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、令和元年12月25日（水）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。

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課
（担当：〇〇、〇〇）

電話：075（213）5871

FAX：075（213）5801

0001

■ 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(〰)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>

Q 3 あなたの性別について、御回答ください。<○は1つ>

① 男性 2. 女性 3. 答えたくない ← 「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、できるだけはっ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。

「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」(令和3年度から令和5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。以下の問も同じです。）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。＜○は1つ＞

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 答えたくない |
|-------|-------|-----------|

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、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

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） | | |
| 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 |

Q 8. あなたが令和元年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、令和元年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) 介護保険の居宅療養管理指導※（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					

※ 医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などがご家庭を訪問し、療養上の管理、指導などを行うもの。

Q 8－2. Q 8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

Q 9. 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みません。

Q12. あらかじめ、かかりつけ歯科医等の歯科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歯科診療といいます。

あなたは、現在、訪問歯科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、療養上の管理・指導を行う居宅療養管理指導等は含みません。

Q13. 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

⇒

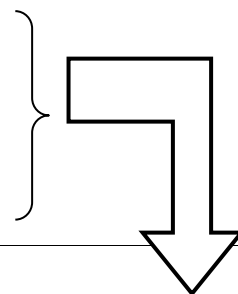
調査は終了です

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



Q13. 「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。

