

高齢者等の生活と健康に関する調査

要介護認定者調査

【調査ご協力のお願い】

日頃より、吹田市の高齢者福祉及び介護保険行政にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。来年度、吹田市では、計画期間が令和6年度から令和8年度までの「第9期吹田健やか年輪プラン（吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）」を策定します。

このアンケート調査は、今後の高齢者福祉サービスや健康づくりの方策を検討するために、吹田市内にお住まいの高齢者 2,500 人で要介護認定を受けておられる方に対して、日頃の生活や介護の状況、サービスの利用意向などの実態を調査し、計画策定における基礎的な資料を作成するために実施したいと考えております。なお、調査対象者は 65 歳以上の方で要介護認定を受けておられる方から無作為に抽出しています（令和4年12月31日時点）。

お答えいただいた内容は、統計処理に利用し、吹田市個人情報保護条例に基づき適正な取扱いを行います。つきましては、アンケート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。

令和5年2月

吹田市長 後藤 圭二

【記入に際してのお願い】

○ご回答は、令和5年2月1日現在の状況でお答えください。

○お答えは、あてはまる回答の番号に○をつけてください。

○「その他」など、自由記載欄のある選択肢に○印をつけられた場合は、その後の（ ）内に具体的な内容をご記入ください。

○あて名のご本人が記入できない場合は、ご家族の方などがご本人の意思を尊重して代わってご回答くださるようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

吹田市役所 福祉部 高齢福祉室 計画グループ

TEL 06-6384-1339

FAX 06-6368-7348

メール koufuk_s@city.suita.osaka.jp

ご記入後は、調査票全てを同封の返信用封筒に入れ、

令和5年2月15日（水）までに、切手を貼らずにポストに投函してください

個人情報の取り扱いについて

調査にご回答いただいた場合は、調査票の回答内容とあなたの医療保険情報（健診結果、医療レセプト情報等）、介護保険情報（年齢、性別、お住まいの地域、要介護認定情報、所得情報、給付実績等）とを照らし合わせて分析しますので、これらの個人情報を利用することにご同意いただける方のみご回答ください。

なお、お名前を調査票に記入いただく必要はなく、調査票右上にあらかじめ印字している調査票番号で回答者を特定いたします。調査票の郵送、回答内容の分析作業等は、吹田市が（株）関西計画技術研究所に委託して行いますが、個人情報については吹田市との契約により適切に扱われます。

分析結果を国に情報提供する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理します。また、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。

最初に、個人情報の取扱いについてご回答ください

あなた（宛名のご本人）は、表紙に記載の個人情報の取り扱いについて同意しますか。
（1つだけ）

1. 同意する

2. 同意しない

「1. 同意する」の場合は引き続き次ページ以降の設問にお答えください。

両方に○がない場合は調査票の返送をもって同意とみなさせていただきます。この同意は後日ご連絡いただいても撤回することができます。

「2. 同意しない」の場合はここで調査終了です。

調査票の返送は不要です。

まず、以下の①のご記入をお願いします。

①回答者の方へ

調査票を記入されたのはどなたですか。(1つだけ)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. あて名のご本人 | 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 () |

※以下は、あて名のご本人についてご回答ください。

問1 あなたのご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つだけ)

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 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(いくつでも)

- | | |
|---|--|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
<small>のうそっちゅう のうしゅつけつ のうこうそく</small> | 2. 心臓病
<small>しんそうびょう</small> |
| 3. がん(悪性新生物)
<small>あくせいしんせいぶつ</small> | 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等)
<small>こきゅうき びょうき はいきしゅ はいえん</small> |
| 5. 関節の病気(リウマチ等)
<small>かんせつ びょうき</small> | 6. 認知症(アルツハイマー病等)
<small>にんちしょう びょう</small> |
| 7. パーキンソン病
<small>びょう</small> | 8. 糖尿病
<small>とうりょうびょう</small> |
| 9. 腎疾患(透析)
<small>じんしつかん とうせき</small> | 10. 視覚・聴覚障がい
<small>しかく ちょうかくしょう</small> |
| 11. 骨折・転倒
<small>こっせつ てんとう</small> | 12. 脊椎損傷
<small>せきついそんしょう</small> |
| 13. 高齢による衰弱
<small>こうれい すいじやく</small> | 14. その他 () |
| 15. 不明 | |

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つだけ)

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

4 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つだけ)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 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. 介護付き高齢者住宅* | 7. その他 | |

※上記の介護付き高齢者住宅とは「有料老人ホーム(住宅型)」、「サービス付き高齢者向け住宅」をいいます。

問2 新型コロナウイルス感染症蔓延に伴う生活の変化について

1 以下の①～⑳項目（内容）において、新型コロナウイルス蔓延に伴い、増えたものと減ったものをお答えください。						
	大きく増えた	やや増えた	変わらない	やや減った	大きく減った	元々していない
①家にいる時間	1	2	3	4	5	6
②日常的な運動（散歩含む）、介護予防活動	1	2	3	4	5	6
③体重	1	2	3	4	5	6
④ストレス	1	2	3	4	5	6
⑤睡眠時間	1	2	3	4	5	6
⑥食事の量	1	2	3	4	5	6
⑦食料品、日常生活用品の買い物（外出）	1	2	3	4	5	6
⑧服、趣味用品などの買い物（外出）	1	2	3	4	5	6
⑨外食	1	2	3	4	5	6
⑩インターネットを使った買い物	1	2	3	4	5	6
⑪宅配・配食サービス	1	2	3	4	5	6
⑫自治会活動などの地域活動	1	2	3	4	5	6
⑬スポーツ活動（通いによるもの）	1	2	3	4	5	6
⑭芸術・文化活動（通いによるもの）	1	2	3	4	5	6
⑮サロン活動（地域で集まる機会）	1	2	3	4	5	6
⑯介護保険の訪問系サービス	1	2	3	4	5	6
⑰介護保険の通所系サービス	1	2	3	4	5	6
⑱介護保険のショートステイ（泊り）	1	2	3	4	5	6
⑲旅行	1	2	3	4	5	6
⑳友人・家族等と会うこと（直接）	1	2	3	4	5	6
㉑友人・家族等との連絡（電話、ラインなど）	1	2	3	4	5	6
㉒たばこの量	1	2	3	4	5	6
㉓アルコール量	1	2	3	4	5	6

8	かかりつけ薬局を決めていますか。(1つだけ)
1. 決めている 2. 決めていない	

かかりつけ薬局とは？
 薬を安全・安心に使用できるよう、処方薬や市販薬などの情報をまとめて把握し、自分の体質や病状にあった薬の使用についてアドバイスしたり、相談ののってくれる身近な薬局のことです。
 ＊日本薬剤師会 ホームページより要約

9	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つだけ)
1. はい 2. いいえ	

10	現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(いくつでも)		
1. ない 2. <small>こうけつあつ</small> 高血圧 3. <small>のうそっちゆう のうしゅつけつ のうこうそく</small> 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 4. <small>しんぞうびょう</small> 心臓病 5. <small>とうりょうびょう</small> 糖尿病 6. <small>こうしけっしょう ししつじょう</small> 高脂血症（脂質異常） 7. <small>こきゅうき びょうき はいえん きかんしえん</small> 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 8. <small>いちよう かんぞう たん びょうき</small> 胃腸・肝臓・胆のうの病気 9. <small>じんぞう ぜんりつせん びょうき</small> 腎臓・前立腺の病気 10. <small>きんこっかく びょうき こつそ しょう かんせつしょう</small> 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） 11. <small>がいしょう てんとう こっせつ</small> 外傷（転倒・骨折等） 12. <small>あくせいしんせいぶつ</small> がん（悪性新生物） 13. <small>けつえき めんえき びょうき</small> 血液・免疫の病気 14. <small>びょう</small> うつ病 15. <small>にんちしょう びょう</small> 認知症（アルツハイマー病等） 16. <small>びょう</small> パーキンソン病 17. <small>め びょうき</small> 目の病気 18. <small>みみ びょうき</small> 耳の病気 19. その他（ ）			

問4 介護保険サービス等の利用状況等について

1	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つだけ) ※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、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入居者生活介護、地域密着型特別養護老人ホームを指します。
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	
2	令和2年1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つだけ)
1. 利用した ⇒ <input type="text" value="2-1"/> ～ <input type="text" value="2-3"/> へ 2. 利用していない ⇒ <input type="text" value="2-4"/> へ	

2で「1」と答えた方（1か月の間に介護保険サービスを利用した方）のみ、お答えください。

2-1 以下の介護保険サービスについて、令和5年1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」を選択してください（①～⑪それぞれ1つつ）

①訪問介護（ホームヘルプサービス）	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
②訪問入浴介護	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
③訪問看護	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
④訪問リハビリテーション	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
⑤通所介護（デイサービス）	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
⑥通所リハビリテーション（デイケア）	1. 週1回程度 4. 週4回程度	2. 週2回程度 5. 週5回以上	3. 週3回程度 6. 利用していない
⑦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	
⑧小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した	
⑨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	
⑩短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	1. 月1～7日程度 4. 月22日以上	2. 月8～14日程度 5. 利用していない	3. 月15～21程度
⑪居宅療養管理指導	1. 月1回程度 4. 月4回程度	2. 月2回程度 5. 利用していない	3. 月3回程度

問5 介護予防・健康保持や高齢者保健福祉施策等について

1	健康の保持・増進や介護予防のために、どのようなことを心がけていますか。(いくつでも)
	1. 定期的に歩いたり運動したりするなど足腰をきたえている 2. バランスの良い食事をとっている 3. 地域の行事や活動に積極的に参加している 4. 仕事をしている 5. 歯磨きなど口腔ケアに努めている 6. 趣味を持っている 7. 定期的に健康診断等を受けている 8. その他 () 9. 特になし(理由:)
2	市では、要介護状態になることをできる限り防ぐことを目的に、介護予防事業を実施していますが、知っていますか。(1つだけ)
	1. 参加したことがある 2. 知っているが、参加したことはない 3. 知らない

〔参考〕 市で実施している介護予防事業には以下のものがあります。

- | | | |
|----------------------------------|-------------------|-------------|
| • はつらつ体操教室 | • 今こそ栄養教室 | • お口元気アップ教室 |
| • 脳いきいき教室 | • ひろばde体操(公園体操) | • 街かどデイハウス |
| • 講演会(栄養改善、認知症予防、口腔機能向上、笑いと介護予防) | | • 介護予防推進員 |
| • 出前講座 | • いいきいき百歳体操活動支援講座 | • 介護支援サポーター |

3	「フレイル」について知っていますか。(1つだけ)
	1. 知っている 2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない 3. 知らない
4	「オーラルフレイル」について知っていますか。(1つだけ)
	1. 知っている 2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない 3. 知らない

フレイルとは?

フレイルとは、年齢とともに心身の活力(筋力や認知機能など)が低下して、要介護状態に近づくことです。対策を取れば、健康な状態に戻ることも可能です。

オーラルフレイルとは、口腔機能が衰えた状態を指します。かむ力の低下や舌の動きの悪化が食生活に悪影響を及ぼし、身体機能の低下につながります。

5	身体を動かす運動を習慣的に週1回以上行っていますか。デイサービスで行っている場合も含まれます。(1つだけ)
	1. 行っている ⇒ <input type="text" value="5-1"/> ~ <input type="text" value="5-3"/> へ 2. 行っていない ⇒ <input type="text" value="5-4"/> へ

5で「1」と答えた方（身体を動かす運動を習慣的にしている方）のみ、お答えください。			
5-1	一週間当たりの運動回数は何回ですか。（1つだけ）		
1. 1回	2. 2回	3. 3回以上	
5-2	一回当たりの運動時間は何分ですか。（1つだけ）		
1. 30分未満	2. 30分以上60分未満	3. 60分以上	
5-3	どれくらい継続して運動を行っていますか。（1つだけ）		
1. 3か月未満	2. 3か月以上6か月未満	3. 6か月以上1年未満	4. 1年以上
5で「2」と答えた方（身体を動かす運動を習慣的にしていない方）のみ、お答えください。			
5-4	運動を継続するために必要と考えることや、困っていることはどのようなことですか。（いくつでも）		
1. どのような運動をしたらよいか知りたい 2. 運動するうえで専門的なアドバイスや指導が欲しい 3. 自分の体力や状態に合った運動プログラムが欲しい 4. 定期的に、自分が運動した効果が知りたい 5. 一人で運動を継続することが難しい 6. 運動するうえで健康面の不安がある 7. そもそも、運動が必要だと思っていない 8. その他（) 9. 特にない			
6	吹田市には、介護や高齢者福祉などの総合相談窓口として、15か所の「地域包括支援センター」がありますが、お近くの地域包括支援センターを知っていますか。（1つだけ）		
1. 知っているし、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. 内容は知らないが名前は聞いたことがある 4. 知らない			
7	あなたは、スマートフォンを所有していますか。（1つだけ）		
1. 所有している 2. 所有していない			
8	あなたはパソコンやスマートフォン等、インターネットに接続できる情報端末を使用していますか。（いくつでも）		
1. スマートフォン 2. パソコン 3. タブレット型端末 4. インターネットに接続できるテレビ 5. 家庭用ゲーム機 6. 携帯電話（スマートフォンを除く） 7. その他（) 8. 使用していない			
9	無線LAN（Wi-Fi）を自宅に設置していますか（1つだけ）		
1. 設置している 2. 設置していない 3. わからない			

2 「振り込め詐欺や還付金詐欺などの特殊詐欺」の被害を防ぐために、どのようなことが必要だと思いますか。(いくつでも)

1. 日頃から、家族との連絡を頻繁にとる
2. 友人や知人の連絡先を把握しておく
3. 市、消費生活センター等の行政機関の相談窓口の連絡先を知っておく
4. 不審に思った際の相談先を決めておく
5. A T Mの振込限度額を引き下げておく
6. 詐欺の手口について知っておく
7. 電話機の番号通知機能や留守番電話の機能を活用するなど、知らない相手からの電話には極力出ないようにする
8. その他 ()
9. 特に必要なことはない
10. わからない

3 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つだけ)

1. はい
2. いいえ

4 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(1つだけ)

1. はい
2. いいえ

認知症に関する相談窓口とは？

認知症に関する相談を行う場所としてかかりつけの医療機関や高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」、認知症家族の会、認知症カフェ等があります。

5 認知症サポーターについて知っていますか。(1つだけ)

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない
3. 知らない
4. 認知症サポーターとして活動している ⇒ **5-1**へ

認知症サポーターとは？

地域などで認知症の人やその家族を見守る応援者で、オレンジのリングがサポーターの目印です。市内にはたくさんの認知症サポーターが誕生し活動しています。

5で「4」と答えた方(認知症サポーターとして活動している方)のみ、お答えください。

5-1 あなたはチームオレンジの一員として活動したいと思いますか。(1つだけ)

1. したい
2. どちらとも言えない
3. したくない

チームオレンジとは？

地域において把握している認知症の人本人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みをいいます。

認知症の人本人が地域づくりの一員として、社会参加することを後押しするとともに、認知症サポーターの活躍の場を増やすことをめざしています。

6	吹田市は『認知症になっても、安心して暮らせるまち吹田』をめざして認知症の人やその家族、地域住民を対象とした取組を進めています。あなたは吹田市が認知症になっても暮らしやすいまちだと思いますか。(1つだけ)
1. そう思う 2. どちらかというと思う 3. どちらかというと思わない 4. そう思わない 5. わからない	
7	認知症の人が安心して暮らせるまちにするには、どのような対策が必要だと思いますか。(主なもの3つまで)
1. 認知症に関する正しい知識や理解を広めること 2. 認知症の相談窓口を充実させること 3. 認知症の人に対する介護や医療の質を向上させること 4. 認知症の人をお世話している家族を支援すること 5. 認知症の診療を行っている医療機関を周知すること 6. 認知症の人を支える施設や組織を周知すること 7. 近隣の見守りなど認知症の人を支えるまちづくりを進めること 8. 認知症の人やその家族が気軽に集える場を増やすこと 9. 認知症の本人からの発信の機会が増えるよう取り組むこと 10. その他 () 11. わからない	
8	認知症の人など、判断能力が十分でない人々の権利を守り、援助する制度として、成年後見制度がありますが、この成年後見制度について知っていますか。(1つだけ)
1. 知っている ⇒8-1へ 2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない 3. 知らない	
7で「1」と答えた方(成年後見制度を知っている方)のみ、お答えください。	
8-1 あなたは支援が必要になったときには、成年後見制度を利用したいと思いますか。(1つだけ)	
1. 将来に備えて後見人を選んでおきたい ⇒8-2へ 2. 必要になれば利用したい ⇒8-2へ 3. 利用したいとは思わない 4. その他 () 5. わからない	
8-1で「1」または「2」と答えた方(成年後見制度を利用したい方)のみ、お答えください。	
8-2 成年後見制度について、誰に(どこに)相談しようと思いますか。(いくつでも)	
1. 家族・親族 2. 専門職(弁護士・司法書士など) 3. 市役所 4. 地域包括支援センター 5. 社会福祉協議会 6. 家庭裁判所 7. その他 () 8. わからない	

6 吹田市では、市民の皆様方が安心して高齢期を過ごせるよう、様々な施策・事業に取り組んでいます。次の①から⑧の項目について、あなたのお考えに近いものはどれになりますか（①～⑧それぞれ1つずつ）

	そう思う	どちらかという そう思う	どちらかという そう思わない	そう思わない	わからない
①吹田市に住む高齢者は生きがいを持って健康に暮らしている	1	2	3	4	5
②困ったときに相談できる窓口が身近にある	1	2	3	4	5
③元気なうちから主体的・継続的に介護予防に取り組んでいる市民が増えている	1	2	3	4	5
④地域での支え合いや生活支援サービスで自立した暮らしができる	1	2	3	4	5
⑤認知症に対する正しい理解が深まり、地域で支える体制ができてきている	1	2	3	4	5
⑥医療と介護が両方必要な状態になっても、最期まで自分らしい暮らしができる	1	2	3	4	5
⑦吹田市は安心・安全に暮らすことができる	1	2	3	4	5
⑧介護が必要な状態になっても、必要なサービスを受けながら住み慣れた地域で暮らすことができる	1	2	3	4	5

7 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。（1つだけ）
（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）

1. ない → **ご家族等からの介護がない方はここでアンケート終了です。
返信用封筒にアンケートを入れ、返信をお願いします。**

- 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

**2～5を選ばれた方は
次ページ以降の設問もお答えください。**

介護保険制度や高齢者保健福祉施策について、ご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

5	主な介護者の方が行っている介護等についてお答えください。(いくつでも)
<p>〔身体介護〕</p> <p>1. 日中の排泄 2. 夜間の排泄 3. 食事の介助（食べる時）</p> <p>4. 入浴・洗身 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） 6. 衣服の着脱</p> <p>7. 屋内の移乗・移動 8. 外出の付き添い、送迎等 9. 服薬</p> <p>10. 認知症状への対応</p> <p>11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ※、人工呼吸器、在宅酸素、たん吸引、インシュリン注射、人工透析 等）</p> <p>〔生活援助〕</p> <p>12. 食事の準備（調理等） 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）</p> <p>14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>〔その他〕</p> <p>15. その他 16. わからない</p>	

※ストーマ…人工肛門・人工膀胱のこと

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お答えください。(主なもの3つまで)
<p>〔身体介護〕</p> <p>1. 日中の排泄 2. 夜間の排泄 3. 食事の介助（食べる時）</p> <p>4. 入浴・洗身 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） 6. 衣服の着脱</p> <p>7. 屋内の移乗・移動 8. 外出の付き添い、送迎等 9. 服薬</p> <p>10. 認知症状への対応</p> <p>11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ※、人工呼吸器、在宅酸素、たん吸引、インシュリン注射、人工透析 等）</p> <p>〔生活援助〕</p> <p>12. 食事の準備（調理等） 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）</p> <p>14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>〔その他〕</p> <p>15. その他 16. 不安を感じていることは、特でない</p> <p>17. 主な介護者に確認しないと、わからない</p>	

※ストーマ…人工肛門・人工膀胱のこと

7	主な介護者の方の現在の勤務形態についてお答えください。(1つだけ)
<p>1. フルタイムで働いている ⇒ <input type="text" value="7-1"/> ~ <input type="text" value="7-3"/> へ</p> <p>2. パートタイムで働いている ⇒ <input type="text" value="7-1"/> ~ <input type="text" value="7-3"/> へ</p> <p>3. 働いていない</p> <p>4. 主な介護者に確認しないとわからない</p>	

※「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。

7で「1」または「2」と答えた方（働いている方）のみ、お答えください。

7-1 主な介護者の方は、介護をするに当たって、何か働き方についての調整等をしてい
ますか。（いくつでも）

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

7-2 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。（主なもの3つまで）

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

7-3 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つだけ）

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

8 ポータルサイト「すいた年輪サポートなび」を知っていますか。（1つだけ）

1. 知っており、利用したことがある
2. 利用したことはないが知っている
3. 内容は知らないが名前は聞いたことがある
4. 知らない

すいた年輪サポートなびとは？

吹田市では、住み慣れた地域で暮らし続けるために、吹田市内にある医療機関・歯科診療所・薬局や、吹田市をサービス提供地域にしている介護サービス事業者の他に、高齢者の生活支援に関する情報（生活サポート）を検索できるサイト「すいた年輪サポートなび」を開設しています。

携帯サイト
QRコードは
こちら



9 吹田市では、高齢者やその介護家族等を対象に、夜間や休日いつでも相談できる「高齢者・介護家族電話相談事業（高齢者サポートダイヤル）」を行っています。
主な介護者の方は、利用したいと思いますか。（1つだけ）

1. 知っているし、利用したことがある
2. 知っているが、利用したことはなく、利用したい
3. 知っているが、利用したくない
4. 知らなかったが、利用したい
5. 知らなかったが、利用したくない

高齢者サポートダイヤル TEL 0120-256-594（にっこり、老後のくらし）

介護・健康・医療などに関する相談に、専門の相談員が対応します。

相談時間：平日は午後5時30分～翌朝午前9時まで

土曜日・日曜日・祝日・年末年始は24時間

10 あなたが「高齢者虐待」に当てはまると思う項目は次のうちどれですか。（いくつでも）

1. 高齢者が話しかけてくるのを家族が無視する
2. 高齢者の年金や預金を本人の意思に反して家族が使う
3. 必要な食事、排せつなどの世話・介護をしない
4. 排せつの失敗をした時、家族が罰として裸にして放置する
5. 日常生活に必要な金銭を家族が高齢者に渡さない
6. 上記1～5に高齢者虐待に当てはまると思う項目はない
7. わからない

介護保険制度や高齢者保健福祉施策について、ご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

記入した調査票は全て（表紙も含みます）を同封している返信用封筒に入れ、

令和XX年XX月XX日（XX）までに切手を貼らずに投函してください。