

- ② この調査は、記入日現在の状況でお答えください。また、筆記具は、鉛筆やボールペンなど、はっきりと書けるものをお使いください。
- ③ 回答いただきました調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、9月30日（金）までに郵便ポストに投かんしてください。なお、この調査票及び返信用封筒にお名前を記入いただく必要はございません。
- ④ 回答をご本人が記入できない場合は、家族の方などがご本人の意向をお聞きいただき記入していただくようお願いします。

なお、23ページの問35以降については、介護にあたっているご家族の方などがお答えください。

- ⑤ この調査の回答は、あてはまる番号に○をつけていただくものがほとんどです。質問により、1つだけに○をつけていただくものと、複数○をつけていただくものがありますので、質問に従って回答ください。また、「その他」に○をつけられた場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容を記入してください。

- ⑥ 答えにくい質問、答えたくない質問については、記入する必要はありません。答えられる範囲でお答えください。

- ⑦ 回答に要する時間は（めやすとして）ご本人への調査に30分程度、介護されている方への調査に10分程度必要です。

おおさかしこうれいしやじったいちようさひよう 大阪市高齢者実態調査票

かいごほけん
（介護保険サービス未利用者調査）

れいわ ねん がつ
令和4年9月

おおさかしふくしきよく こうれいしやさくぶ こうれいふくしか かいごほけんか
大阪市福祉局 高齢者施策部 高齢福祉課・介護保険課

【調査についてのお問い合わせ先】

ちようさじむきょく こうれいしやじったいちようさ
調査事務局（高齢者実態調査サポートセンター）

フリーダイヤル：0120-683-549

うけつけじかん げつ きんようび とうよう しゆくじつのぞ
受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

■ 調査の対象となつてゐる方が、現在介護保険サービスを利用している場合や、何らかの事情により回答できない場合には、次のいずれかに○をつけて、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて返送ください。

1	現在介護保険サービスを利用している	
2	病院に入 院 中	
3	本人の意思が確認できない	
4	転居	
5	死亡	
6	その他（	）

《上記以外の場合は、次のページから質問にお答えください。》

本調査は、令和4年4月1日時点で無作為抽出を行い、対象者に送付させていただきます。

そのことにより、本来対象者で無い方も送付されている可能性があります
ますが、ご了承よろしくお願いいたします。



問 1 この調査票をご記入されるのは誰ですか。（○はひとつ）

1	本人	2	家族、親族（主な介護者）
3	家族、親族（主な介護者以外）	4	その他（

あなた（あて名の方：以降の質問も同じ）ご自身のことについておうかがいします。

問 2 あなたの性別、年齢、居住区についておうかがいします。
（それぞれ○はひとつ）

(1) 性別

1	男性	2	女性	3	その他、または、答えたくない
---	----	---	----	---	----------------

(2) 年齢

1	40～64歳	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		

(3) 居住区

1	北区	2	都島区	3	福島区	4	此花区
5	中央区	6	西区	7	港区	8	大正区
9	天王寺区	10	浪速区	11	西淀川区	12	淀川区
13	東淀川区	14	東成区	15	生野区	16	旭区
17	城東区	18	鶴見区	19	阿倍野区	20	住之江区
21	住吉区	22	東住吉区	23	平野区	24	西成区

真介護認定についておうかがいします。

問 3 あなたは要介護（要支援）認定を受けていますか。（○はひとつ）

1	いる	2	いない
---	----	---	-----

問3-1をお答えください

問 4へお進みください

問 8

あなたが、初めて要介護認定を受けた時の目的は何ですか。(○はひとつ)

1

介護保険サービス・総合事業のサービスを受けるため
(住宅改修・福祉用具購入のみの利用を除く)

2

介護保険の住宅改修・福祉用具購入のみのサービスを受けるため

3

最初は介護保険サービス・総合事業のサービスの利用の予定はなかったが、急のため
に要介護(要支援)認定だけ受けた

4

周りに介護してくれる人がいないため、不安を感じたから

5

その他()

問 9

直近の要介護認定において、何かご不満な点はありましたか。(○はひとつ)

1

特にない

2

やや不満である

3

不満である

4

わからない

問9で「2 やや不満である」「3 不満である」と回答された方におうかがいします。

問9-1

その理由についてお答えください。(○はいくつでも)

1

認定結果が思っていた介護度より軽かった

2

認定結果が思っていた介護度より重かった

3

認定されるまでの日数がかかりすぎる

4

認定の有効期間が短い

5

認定調査の際の説明がわかりにくかった

6

その他()

問10

あなたの介護保険サービスの利用状況について、おうかがいします。(○はひとつ)

1

今までまったく利用したことがない……→ 9 ページの問11へお進みください

2

以前は利用していたが、現在は利用していない……→ 問10-1をお答えください

問10で「2 以前は利用していたが、現在は利用していない」と回答された方におうかがいします。

問10-1

以前はどのようなサービスを利用していましたか。(○はいくつでも)

サービス名	サービスの説明
1 訪問介護 (ホームヘルプ)	ホームヘルパーがご自宅を訪問し、食事・入浴・排泄、掃除・洗濯・買い物・調理などのお世話をします。
2 介護予防型訪問サービス (現行相当型)	要支援1、要支援2の方を対象とした「1」のサービスです。
3 生活援助型訪問サービス (基準緩和型)	大阪市の研修を修了した者が「1」に記載している身体介護以外の生活援助についてサービスの提供を行います。
4 訪問看護	看護師など、医療行為を行える者がご自宅を訪問し、病状を診たり、床ずれの予防などを行います。
5 訪問リハビリテーション	理学療法士・作業療法士などがご自宅を訪問し、状況に応じた訓練や精神的サポートなどを行います。
6 居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師などが訪問し、身体の状態と生活環境などを見ながら療養生活を支援します。
7 通所介護 (デイサービス)	デイサービスセンターなどで、入浴や食事の提供、機能訓練などを日帰りで行います。
8 介護予防型通所サービス (現行相当型)	要支援1、要支援2の方を対象とした「7」のサービスです。(3時間以上)
9 短時間型通所サービス (基準緩和型)	要支援1、要支援2の方を対象とした「7」のサービスです。(3時間未満)

- 350 -

6

7

サービス名	サービスの説明
10 通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設や病院・診療所で、日帰りでリハビリテーションを行います。
11 短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ)	短期間施設に入所し、食事、入浴、排泄のお世話及び看護、必要な医療や機能訓練などを行います。
12 小規模多機能型居宅介護	通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを組み合わせて日常生活上のお世話や機能訓練などを行います。
13 福祉用具の貸与	車いすや介護用ベッドなどの福祉用具の貸与を行います。
14 福祉用具の購入	腰掛便座や入浴補助用具などの貸与にならない福祉用具の購入費を支給します。
15 住宅改修	手すりの取付けや段差の解消などの小規模な住宅改修について、その費用を支給します。
16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (24時間サービス)	24時間安心して居宅での生活が送れるよう、介護職員と看護職員が、日中・夜間を通じて、定期的巡回訪問と随時対応を行います。
17 訪問入浴介護	介護職員と看護員などが、移動入浴車などで訪問し、浴槽を提供して、入浴の介護を行います。
18 夜間対応型訪問介護	夜間の巡回や通報システムにより対応する訪問介護を行います。
19 看護小規模多機能型居宅介護	医療的ケアが必要な方に対して、通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを組み合わせて日常生活上のお世話や機能訓練などを行います。
20 その他	()

問11

あなたが介護保険サービスを、現在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	サービス利用の希望がない
3	家族が介護をするため問題ない
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わからない
9	人との接触機会が増えると新型コロナウイルス感染症に感染する可能性が高くなるから
10	その他 ()

問12

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 ()
11	特になし

* 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含まれます。

問13 今後の在宅生活の継続に必要と感ずる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感ずる支援・サービス）について、ご回答ください。
 （〇はいくつでも）

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（
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。

問14 あなたは現在、医療従事者などの訪問を受けていますか。（〇はいとつ）

1	はい	2	いいえ
---	----	---	-----

問14-1 はいと回答された方におうかがいします。

訪問されている方は誰ですか。（〇はいくつでも）

1	医師	2	歯科医師	3	看護師
4	理学療法士、作業療法士などのリハビリテーション専門職	6	歯科衛生士	7	栄養士、管理栄養士
5	薬剤師	8	その他（		

問15 あなたが1年以内に利用したい介護保険サービスについてお答えください。
 （〇はひとつ）

1	自宅で生活しながらサービスを受けたい	2	施設等に入所（入居）したい
3	特になし	12	ページの問15-2へお進みください
		13	ページの問16へお進みください

この質問は、問15で「1 自宅で生活しながらサービスを受けたい」と回答された方のみお答えください。

問15-1 あなたが1年以内に利用したい介護保険サービスについて、あてはまる番号すべてに〇をつけてください。（〇はいくつでも）

（それぞれの介護保険サービスの説明は、7、8ページの問10-1をご参照ください）

1	訪問介護（ホームヘルプ）	2	介護予防型訪問サービス
3	生活援助型訪問サービス	4	訪問看護
5	訪問リハビリテーション	6	居宅療養管理指導
7	通所介護（デイサービス）	8	介護予防型通所サービス
9	短時間型通所サービス	10	通所リハビリテーション（デイケア）
11	短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	13	福祉用具の貸与
12	小規模多機能型居宅介護	15	住宅改修
14	福祉用具の購入	16	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間サービス）
17	訪問入浴介護	17	訪問入浴介護
18	夜間対応型訪問介護	18	夜間対応型訪問介護
19	看護小規模多機能型居宅介護	19	看護小規模多機能型居宅介護
20	その他（	20	その他（

問15-2、問15-3は、問15で「2 施設等に入所（入居）したい」と回答された方のみお答えください。

問15-2 あなたが1年以内に利用したい介護保険サービスについて、あてはまる番号に○をつけてください。(○はひとつ)

1 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 【地域密着型を含む】	介護たきりや認知症のため、ご自宅での介護が困難な方に 介護や機能訓練などのお世話をします。
2 介護老人保健施設 (老人保健施設)	看護や介護の必要な方に、在宅生活への復帰を目指して 医学的な管理に基づいたリハビリテーションなど機能 訓練を行います。
3 介護療養型医療施設 (介護職員が手厚く配置され た病院等)	長期にわたる療養が必要な方に、介護や機能訓練、必要 な医療や日常生活のお世話をします。
4 介護医療院	長期にわたる療養が必要な方に、療養上の管理、 看護、医学的管理の下における介護や機能訓練、必要な 医療や日常生活のお世話をします。
5 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症の方を対象に、日常生活上のお世話や機能 訓練などを共同生活の中で行い、認知症の進行の緩和 などを行います。
6 特定施設入居者生活介護 (介護付き有料老人ホーム等) 【地域密着型を含む】	介護付き有料老人ホーム等に入居する方に対し 入浴、食事その他日常生活上のお世話をします。

問15-3 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。(○はひとつ)

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

問16 週に1回以上は外出していますか。(○はひとつ)

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

問17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○はひとつ)

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

問18 外出を控えていますか。(○はひとつ)

1 はい	2 いいえ
------	-------

問18で「1 はい」(外出を控えている)と回答された方におうかがいします。

問18-1 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 病氣	2 障がい(脳卒中の後遺症など)
3 足腰などの痛み	4 トイレの心配
5 目の障がい	6 目の障がい
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()

介護予防・重症化防止についておうかがいします。

問19 あなたは、介護予防についてどれほど意識していますか。(○はひとつ)

1 意識している	2 やや意識している
3 あまり意識していない	4 意識していない

あなたが、介護予防として、今取り組みでいること、今後取り組みでみたいことに
Oをつけてください。(Oはいくつでも)

④ 取り組みでいること

- 1 体操や運動により体力を維持する
- 2 栄養バランスのとれた食事をする
- 3 歯磨きや入れ歯の手入れを行い、口の中の健康を保つ
- 4 町会、老人クラブなどの地域活動やボランティア活動に参加する
- 5 趣味や学習を楽しむ
- 6 近所の人や友達と交流する
- 7 掃除や洗濯、調理など、自分でできることは自分でする
- 8 健診（検診）や保健指導を受けたり、かかりつけ医の指示とおりに受診したりする
- 9 仕事をする
- 10 介護予防ポイント事業
- 11 百歳体操（いきいき・かみかみ・しゃきしゃき）
- 12 その他（ ）
- 13 特になし

⑤ 取り組みでみたいこと

- 1 体操や運動により体力を維持する
- 2 栄養バランスのとれた食事をする
- 3 歯磨きや入れ歯の手入れを行い、口の中の健康を保つ
- 4 町会、老人クラブなどの地域活動やボランティア活動に参加する
- 5 趣味や学習を楽しむ
- 6 近所の人や友達と交流する
- 7 掃除や洗濯、調理など、自分でできることは自分でする
- 8 健診（検診）や保健指導を受けたり、かかりつけ医の指示とおりに受診したりする
- 9 仕事をする
- 10 介護予防ポイント事業
- 11 百歳体操（いきいき・かみかみ・しゃきしゃき）
- 12 その他（ ）
- 13 特になし

④または⑤で「13 特になし」と回答された方におうかがいします。

あなたが、介護予防について、取り組みでいない、取り組みでみたいと思わない理由は何ですか。(Oはいくつでも)

問20-1

- 1 介護予防に組み込まなくても、日常生活に支障がないから
- 2 どのように取り組みでいいのかわからないから
- 3 外に出るのがおっくうだから
- 4 持病があったり、体調が悪くてできないから
- 5 今は取り組みでいないが、今後取り組みもうと思っている
- 6 一緒に取り組む人がいないから
- 7 その他（ ）

健康状態についておうかがいします。

歯の数と入れ歯の利用状況をお答えください。
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)(Oはひとつ)

- 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

問21-1 かみ合わせはよいですか。(Oはひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問21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」と回答された方におうかがいします。

問21-2

毎日入れ歯の手入れをしていますか。(Oはひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問22 あなたがかんで食べる時の状態は、次のどれにあてはまりますか。(○はひとつ)

- | | | | |
|---|------------------|---|---------------|
| 1 | 何でも、かんで食べることができる | 2 | 一部、かめない食べ物がある |
| 3 | かめない食べ物が多い | 4 | かんで食べることはできない |

問23 お茶や汁物等でむせることはありますか。(○はひとつ)

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

問24 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○はひとつ)

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

問25 新型コロナウイルス感染症に対する感染対策を行っていますか。(○はひとつ)

- | | | | |
|---|-------|---|--------|
| 1 | 行っている | 2 | 行っていない |
|---|-------|---|--------|

問26へお進みください

問25で「1 行っている」と回答された方におかけします。

問25-1 あなたが行っている感染対策はどのようなものですか。(○はいくつでも)

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | 人と話す時は間隔を空けている (2 m 以上) |
| 2 | 会話の際は真正面を避けている |
| 3 | 大人数が集まる場所を避けている |
| 4 | こまめに手洗い・手指消毒をしている |
| 5 | こまめな換気を心掛けている |
| 6 | 外食をする場合は、少人数・短時間を心掛けている |
| 7 | 外食をする場合は、マスク会食をしている |
| 8 | その他 () |

すべての方におかけします。

問26 あなたは、新型コロナウイルス感染症に感染した経験はありますか。
(本調査は個人を特定するものではありません)(○はひとつ)

- | | | | |
|---|-------|---|--------|
| 1 | ある | 2 | ない |
| 3 | わからない | 4 | 答えたくない |

かかりつけ医・かかりつけ歯科医師・かかりつけ薬剤師についておかけします。

問27 かかりつけの医師はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか。
(○はひとつ)

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | かかりつけの医師がいて、自宅に来てくれる (と思う) |
| 2 | かかりつけの医師がいるが、自宅に来てくれない (と思う) |
| 3 | かかりつけの医師がいるが、自宅に来てくれるかはわからない |
| 4 | かかりつけの医師がいない |

問28 かかりつけの歯科医師はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか。
(○はひとつ)

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | かかりつけの歯科医師がいて、自宅に来てくれる (と思う) |
| 2 | かかりつけの歯科医師がいるが、自宅に来てくれない (と思う) |
| 3 | かかりつけの歯科医師がいるが、自宅に来てくれるかはわからない |
| 4 | かかりつけの歯科医師がいない |

問29 かかりつけの薬剤師・薬局はあなたが通院できなくなった時に自宅に来てくれますか。(○はひとつ)

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | かかりつけの薬剤師・薬局があり、自宅に来てくれる (と思う) |
| 2 | かかりつけの薬剤師・薬局があるが、自宅に来てくれない (と思う) |
| 3 | かかりつけの薬剤師・薬局があるが、自宅に来てくれるかはわからない |
| 4 | かかりつけの薬剤師・薬局がない |

地域での活動についておうかがいします。

問30 以下のような会・グループ等にとのくらの頻度で参加していますか。(○はひとつ) ①～⑥それぞれに回答してください。(それぞれ○はひとつ)

	週4回 以上	週2～ 3回	週1回	月1～ 3回	年に 数回	さんに 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
⑤-1 自戒体操やラジオ体操等 の介護予防のための体操・ 運動の通いの場	1	2	3	4	5	6
⑤-2 上記⑤-1 以外の介護予防 のための通いの場	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

問30-1 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。(○はひとつ)

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

問30-2

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。(○はひとつ)

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

認知症についておうかがいします。

問31 認知症の症状(物忘れの悪化など認知症の疑いも含む)がある、又は家族に認知症の症状がある人いますか。(○はひとつ)

1 はい	2 いいえ
------	-------

問31-1

認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○はひとつ)

1 はい	2 いいえ
------	-------

問31-1で「1. はい」と回答された方におうかがいします。

問31-2 あなたが認知症に関する相談窓口として知っているところはどこですか。(○はいくつでも)

1 かかりつけの医師
2 地域の精神科・神経内科などの医療機関
3 認知症疾患医療センター
4 民生委員・町会などの地域役員
5 介護支援専門員(ケアマネジャー)やホームヘルパーなどの介護保険事業者
6 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホームなどの介護保険事業者
7 地域包括支援センターまたは総合相談窓口(フランチ)
8 認知症初期集中支援チーム(通称「オレンジチーム」)
9 区役所・保健福祉センター
10 その他()