

おおさかしこうれいしゃ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 みりようしゃちようさ
(介護保険サービス未利用者調査)

れいわ ねん がつ
令和7年●月

おおさかしふくしきよく こうれいしゃしさくぶ 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

ちようさ と あ さき
【調査についてのお問い合わせ先】

ちようさじむきよく こうれいしゃじったいちようさ
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： 0120-0000-0000

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

《記入にあたってのお願い》

- ◎ 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。
 - ◎ 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、●月●日(●)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。
 - ◎ 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いたします。
- なお、22ページの間34以降については、介護にあまっているご家族の方などがお答えください。
- ◎ 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。
 - ◎ 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。
 - ◎ 回答に要する時間は（めやすとして）ご本人への調査に●分程度、介護されている方への調査に●分程度必要です。

とい問1

この調査票をご記入されるのは誰ですか。(〇はひとつ)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 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。

とい問2

あなたの性別、年齢、居住区についておうかがいします。(それぞれ〇はひとつ)

(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 |

要介護認定についておうかがいします。

とい問3

あなたは要介護 (要支援) 認定を受けていますか。(〇はひとつ)

- | | |
|------|------------------------|
| 1 いる | 2 いない ……→ とい問4へお進みください |
|------|------------------------|

とい問3-1をお答えください

問3で「1 いる」と回答された方におうかがいします。

問3-1 要介護度に○をつけてください。(○はひとつ)

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 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 事業対象者 | 9 わからない |

介護保険被保険者証をお持ちの方は、被保険者証の「要介護状態区分等」の欄に認定状況が記載されています。

問4

あなたが現在抱えている傷病等(完治したものは除き、経過観察中のものを含む)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 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・聴覚障がいを伴うもの) | |
| 14 その他() | |
| 15 なし | 16 わからない |

問5

あなたと同居されているご家族の状況についておうかがいします。(○はひとつ)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1 単身(ひとり暮らし) | 2 夫婦のみで、配偶者が65歳以上 |
| 3 夫婦のみで、配偶者が65歳未満 | 4 息子・娘との2世帯 |
| 5 その他の世帯(1~4以外の世帯) | |

とい
問6

あなたの介護をする方はいますか。(〇はひとつ)

1 いる

2 いない…**とい**問7へお進みください

→ ア おも じぎょうしゆ
主に事業者

→ イ おも かぞく
主に家族など

1 「イ おも かぞく
主に家族など」に〇をされた場合(介護をされている方)は介護者調査
(22ページの**とい**問34以降)の記入もお願いします。

とい問6で「1 いる」と回答された方におうかがいします。

とい
問6-1

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)(〇はひとつ)

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
問7

あなたが介護・介助が必要になった原因は何ですか。(〇はいくつでも)

1 のうそっちゆう のうしゅっけつ のうこうそくなど
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)

2 しんぞうびよう
心臓病

3 がん(悪性新生物)

4 こきゅうき びょうき はいきしゅ はいえんなど
呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等)

5 かんせつ びょうき
関節の病気(リウマチ等)

6 にんちしょう びょうなど
認知症(アルツハイマー病等)

7 パーキンソン病

8 とうようびよう
糖尿病

9 じんしつかん とうせき
腎疾患(透析)

10 しかく ちようかくしよう
視覚・聴覚障がい

11 こっせつ てんとう
骨折・転倒

12 せきついそんしょう
脊椎損傷

13 こうれい すいじやく
高齢による衰弱

14 その他()

15 わからない

とい
問7-1

問7で〇をつけた原因の中で、主な原因である番号を1つ記入してください。

問7で〇をつけた中で、主なものひとつ 主な原因()番

とい
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。(〇はひとつ)

- 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、念のために要介護(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 ()

とい
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。(〇はひとつ)

- 1 特にな
- 2 やや不満である
- 3 不満である
- 4 わからない

とい
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。

とい
問 9-1

その理由についてお答えください。(〇はいくつでも)

- 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 ()

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。

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。(〇はひとつ)

- 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。(〇はいくつでも)

| 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) |

| 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じま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、定期の巡回訪問と随時対応を行います。 |
| 17 訪問入浴介護 | 介護職員と看護師などが、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 | () |

とい
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。
(〇はいくつでも)

- 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感染症などに感染する可能性が高くなるから
- 10 その他 ()

とい
問12

いつまでも地域でいきいきと生活を続けるために、リハビリテーションサービスを利用してみたいですか。(〇はひとつ)

- 1 以前利用していた [問13へお進みください](#)
- 2 今後、利用が必要な状態になれば利用したい
- 3 わからない
- 4 利用したくない [問12-1をお答えください](#)

[問12](#)で「4 利用したくない」と回答された方におうかがいします。

とい
問12-1

利用したくない理由をお答えください。(〇はいくつでも)

- 1 リハビリテーションを利用する状態ではない
- 2 以前、利用していたサービスに不満があった
- 3 利用者負担が高い
- 4 リハビリテーションサービスが身近にない
- 5 利用したいが手続きや利用方法がわからない
- 6 手続きが面倒だから
- 7 介護保険サービス以外のリハビリテーションを利用しているから
- 8 どのようなサービスがあるかわからない
- 9 その他 ()

とい
問13

げんざい りよう かいごほけん いがい しえん かいとう
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（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 | |

* 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

とい
問14

こんご ざいたくせいかつ けいぞく ひつよう かん しえん げんざいりよう
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）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。

とい
問15

げんざい いりようじゅうじしゃ ほうもん う
あなたは現在、医療従事者などの訪問を受けていますか。（〇はひとつ）

- | | |
|------|---|
| 1 はい | 2 いいえ→ とい 問16へお進みください |
|------|---|

とい 問15で「1 はい」と回答された方におうかがいします。

とい
問15-1

ほうもん かつ だれ
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 | | |
| 5 薬剤師 | 6 歯科衛生士 | 7 栄養士、管理栄養士 |
| 8 その他（ ） | | |

介護保険サービスの今後の利用意向についておうかがいします。

問16

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)

| | |
|--|-----------------------------------|
| <p>1 自宅で生活しながらサービスを受けたい</p> <p>〔ホームヘルプ・デイサービス・ショートステイ ・小規模多機能型居宅介護・福祉用具の貸与・ 住宅改修 など〕</p> | <p>→ 問16-1を お答えください</p> |
| <p>2 施設等に入所(入居)したい</p> <p>〔特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院・ 介護付き有料老人ホーム・グループホーム など〕</p> | <p>→ 12ページの問16-2へ お進みください</p> |
| <p>3 特になし</p> | <p>→ 13ページの問17へ お進みください</p> |

この質問は、問16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16-1

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) | |
| 12 小規模多機能型居宅介護 | 13 福祉用具の貸与 |
| 14 福祉用具の購入 | 15 住宅改修 |
| 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 | |
| 18 夜間対応型訪問介護 | |
| 19 看護小規模多機能型居宅介護 | |
| 20 その他() | |

問16-2、問16-3は、問16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16-2 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)

| | |
|--|--|
| <p>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】</p> | <p>寝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。</p> |
| <p>2 介護老人保健施設 (老人保健施設)</p> | <p>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。</p> |
| <p>3 介護医療院</p> | <p>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などをします。</p> |
| <p>4 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)</p> | <p>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。</p> |
| <p>5 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】</p> | <p>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。</p> |

問16-3 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)

- | |
|---|
| <p>1 入所・入居は検討していない</p> <p>2 入所・入居を検討している</p> <p>3 すでに入所・入居申し込みをしている</p> |
|---|

がいしゅつ
外出についておうかがいします。

とい
問17 しゅう かいじょう がいしゅつ
週に1回以上は外出していますか。(〇はひとつ)

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

とい
問18 さくねん くら がいしゅつ かいすう へ
昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(〇はひとつ)

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

とい
問19 がいしゅつ ひか
外出を控えていますか。(〇はひとつ)

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

とい
問19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。

とい
問19-1 がいしゅつ ひか りゆう つぎ
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 耳の障がい(聞こえの問題) | 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() |

かいごよぼう じゅうどかぼうし
介護予防・重度化防止についておうかがいします。

とい
問20 あなたは、介護予防についてどれほど意識していますか。(〇はひとつ)

- | | |
|--------------|------------|
| 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、今取り組んでいること、今後取り組んでみたいことに○をつけてください。(○はいくつでも)

① 取り組んでいること

- 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とる
- 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ど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 特にない

② 取り組んでみたいこと

- 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とる
- 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ど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 特にない

問21の①または②で「13 特にない」と回答された方におうかがいします。

問21-1

あなたが、介護予防について、取り組んでいない、取り組んでみたいと思わない理由は何か。理由は何ですか。(〇はいくつでも)

- 1 介護予防に取り組まなくても、日常生活に支障がないから
- 2 どのように取り組ん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 今は取り組んでいないが、今後取り組もうと思っている
- 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。

問22

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)(〇はひとつ)

- 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22-1

かみ合わせはよいですか。(〇はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問22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22-2

毎日入れ歯の手入れをしていますか。(〇はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

とい
問23

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。(〇はひとつ)

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1 なん 何でも、かんで食べることができる | 2 いちぶ 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 |

とい
問24

お茶や汁物等でむせることはありますか。(〇はひとつ)

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

とい
問25

現在のあなたの健康状態はいかがですか。(〇はひとつ)

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

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うかがいします。

とい
問26

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。(〇はひとつ)

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

とい
問27

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。(〇はひとつ)

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

とい
問28

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。(〇はひとつ)

- 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

ちいき かつどう
地域での活動についておうかがいします。

とい
問29

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。(〇はひとつ)
①～⑧それぞれに回答してください。(それぞれ〇はひとつ)

| | | しゅう かい 週 4回 いじょう 以上 | しゅう かい 週 2～ 3回 | しゅう かい 週 1回 | つき 月1～ かい 3回 | ねん 年に すうかい 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 |
| ⑤-1 | 百歳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 |
| | 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 |

とい
問29-1

ちいきじゅうみん ゆうし けんこう かつどう しゅみとう かつどう おこな
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
きいきしたちいき すす かつどう さんかしゃ さんか
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。(〇はひとつ)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1 ぜひさんか 参加したい | 2 さんか 参加してもよい |
| 3 さんか 参加したくない | 4 すでにさんか 参加している |

とい
問29-2

ちいきじゅうみん ゆうし けんこう かつどう しゅみとう かつどう おこな
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
きいきしたちいき すす かつどう きかく うんえい せわやく
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)
としてさんか おも
参加してみたいと思いますか。(〇はひとつ)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1 ぜひさんか 参加したい | 2 さんか 参加してもよい |
| 3 さんか 参加したくない | 4 すでにさんか 参加している |

にんちしょう
認知症についておうかがいします。

とい
問30

にんちしょう しょうじょう ものわす あっか にんちしょう うたが ふく また かぞく にんちしょう
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
しょうじょう ひと
の症状がある人がいますか。(〇はひとつ)

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

とい
問30-1

にんちしょう かん そうだんまどぐち し
認知症に関する相談窓口を知っていますか。(〇はひとつ)

1 はい

2 いいえ …… → **とい** 問31へお進みください

とい 問30-1で「1. はい」と回答された方におうかがいします。

とい
問30-2

あなたにんちしょう かん そうだんまどぐち し
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。
(〇はいくつでも)

- 1 かかりつけの医師
- 2 ちいき せいしんか しんけいないか いりょうきかん
地域の精神科・神経内科などの医療機関
- 3 にんちしょうしつかんいりょう
認知症疾患医療センター
- 4 みんせいいいん ちょうかい ちいきやくいん
民生委員・町会などの地域役員
- 5 かいごしえんせんちんいん (ケアマネジャー) やホームヘルパーなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 とくべつようごろうじん かいごろうじんほけんしせつ グループホームなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 ちいきほうかつしえん そうごうそうだんまどぐち
地域包括支援センターまたは総合相談窓口 (ランチ)
- 8 にんちしょうしよきしゅうちゅうしえん つうしやう
認知症初期集中支援チーム (通称「オレンジチーム」)
- 9 くやくしょ ほけんふくし
区役所・保健福祉センター
- 10 その他 ()

とい
問30-3

あなたは、あなたまたあなたのご家族がにんちしょう かん
あなたは、あなた又はあなたのご家族が認知症について不安に感じるときは、ど
ちらに相談されますか。(〇はいくつでも)

- 1 かかりつけの医師
- 2 ちいき せいしんか しんけいないか いりょうきかん
地域の精神科・神経内科などの医療機関
- 3 にんちしょうしつかんいりょう
認知症疾患医療センター
- 4 みんせいいいん ちょうかい ちいきやくいん
民生委員・町会などの地域役員
- 5 かいごしえんせんちんいん (ケアマネジャー) やホームヘルパーなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 とくべつようごろうじん かいごろうじんほけんしせつ グループホームなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 ちいきほうかつしえん そうごうそうだんまどぐち
地域包括支援センターまたは総合相談窓口 (ランチ)
- 8 にんちしょうしよきしゅうちゅうしえん つうしやう
認知症初期集中支援チーム (通称「オレンジチーム」)
- 9 くやくしょ ほけんふくし
区役所・保健福祉センター
- 10 どこに相談すればいいかわからない
- 11 その他 ()

高齢者向けのサービス情報などについておうかがいします。

とい
問31

あなたは、高齢者向けのお知らせや健康・介護予防に関する情報をどこから得ていますか。(〇はいくつでも)

- 1 ご家族・友人・知人
- 2 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
- 3 民生委員
- 4 町会・自治会・地域活動協議会、地域社会福祉協議会など、地域で見守り活動を行っている団体
- 5 地域ネットワーク委員・推進員や福祉のコーディネーター(地域福祉活動などの調整役)
- 6 区社会福祉協議会
- 7 老人福祉センター
- 8 区役所・保健福祉センター
- 9 地域包括支援センターまたは総合相談窓口(ランチ)
- 10 「区政だより」や「くらしの便利帳」など広報誌
- 11 市のホームページ(インターネット)、メールマガジンなど
- 12 新聞・テレビ・ラジオなど
- 13 その他()
- 14 特にない

すべての方におうかがいします。

とい
問32

あなたの現在の生活の満足度は次のどれにあてはまりますか。(〇はひとつ)

- | | |
|-----------|---------|
| 1 満足 | 2 やや満足 |
| 3 やや満足でない | 4 満足でない |

とい
問33

かいごほけんせいど 介護保険制度について、ご意見・ご要望等がありましたら、次の欄に記入してください。

ほんにん きにゆう とい お
ご本人にご記入いただく問は、このページで終わりです。

ちょうさ きょうりょく
調査へのご協力ありがとうございました。

つぎ とい かいご かた
※次のページからは、問6【あなたの介護をする方はいますか】で「1 いる」に
○をつけた方のみお答えください。

かいとう ふだんほんにん おも かいご かた かいご
なお、回答については、普段、ご本人を主に介護している方（介護サービス
じぎょうしゃ のぞ きにゆう ねが
事業者を除く）に記入をお願いします。

このページからは、^{ふだん} 普段、^{ほんにん} ご本人を主に^{かた} 介護している方（以下「あなた」といいます）が^{かいとう} ご回答ください。

（^{おも} 主に^{かいご} 介護している方が、^{かいご} 介護サービス事業者の場合や、^{かいごしゃ} 介護者がいない場合は^{かいとう} ^{ひつよう} 回答する必要はありません。）

とい
問34

あなたは、^{ほんにん} ご本人とはどのような^{かんけい} 関係ですか。（〇はひとつ）

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 1 ^{はいぐうしや} 配偶者 | 2 ^こ 子 | 3 ^こ ^{はいぐうしや} 子の配偶者 |
| 4 ^{まご} 孫 | 5 ^{きょうだい} ^{しまい} 兄弟・姉妹 | 6 ^た その他 |

とい
問35

あなたの^{せいべつ} 性別、^{ねんれい} 年齢、^{ほんにん} ご本人との^{どうきよ} 同居の有無についておうかがいします。
（それぞれ〇はひとつ）

(1) ^{せいべつ} 性別

- | | | |
|----------------------|----------------------|--|
| 1 ^{だんせい} 男性 | 2 ^{じよせい} 女性 | 3 ^た その他、または、 ^{こた} 答えたくない |
|----------------------|----------------------|--|

(2) ^{ねんれい} 年齢

- | | | | |
|---------------------------|---|---------------------|---------------------|
| 1 ^{さいみまん} 16歳未満 | 2 ^{さい} 16歳から ^{さい} 19歳 | 3 ^{だい} 20代 | 4 ^{だい} 30代 |
| 5 ^{だい} 40代 | 6 ^{だい} 50代 | 7 ^{だい} 60代 | 8 ^{だい} 70代 |
| 9 ^{さいいじょう} 80歳以上 | | | |

(3) ^{ほんにん} ご本人との^{どうきよ} 同居の有無

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1 ^{どうきよ} 同居している | 2 ^{どうきよ} 同居していない |
|--------------------------|---------------------------|

とい
問36

あなたがよく^{はなし} 話をする相手は誰ですか。（〇はいくつでも）

- | | | |
|--|---|--|
| 1 ^{どうきよ} ^{かそく} 同居の家族 | 2 ^{べつきよ} ^{かそく} ^{しんぞく} 別居している家族や親族 | 3 ^{きんじよ} ^{ひと} 近所の人 |
| 4 ^{ゆうじん} ^{ちじん} 友人・知人 | 5 ^{かいしゃ} ^{どうりよう} ^{もとどうりよう} 会社の同僚・元同僚 | 6 ^た その他（ ） |
| 7 ^{いない} いない | | |

とい
問37

介護を手助けしてくれる方はいますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
(○はいくつでも)

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 同居の家族 | 2 別居している家族や親族 |
| 3 近所の人 | 4 本人の友人・知人 |
| 5 介護者の友人・知人 | |
| 6 その他 () | |
| 7 いない | |

にんちしょう
認知症についておうかがいします。

とい
問38

ご本人の認知症の程度について、もっとも近いものに○をつけてください。
(○はひとつ)

- 1 まったく認知症の症状がない
- 2 何らかの認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している
- 3 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
- 4 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
- 5 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
- 6 激しい精神症状、あるいは重い身体疾患があり、専門医療を必要とする

あなたが、^{おこな}行っている^{かいご}介護についておうかがいします。

とい
問39

あなたは、ご本人^{ほんにん}に対し、どのような^{かいご}介護^{おこな}を行っていますか。(〇はいくつでも)

^{しんたいかいご}
<身体介護>

- | | |
|--|---|
| 1 ^{にっちゅう} 日中の ^{はいせつ} 排泄 | 2 ^{やかん} 夜間の ^{はいせつ} 排泄 |
| 3 ^{しょくじ} 食事の ^{かいじょ} 介助 (食べる ^た とき) | 4 ^{にゅうよく} 入浴・ ^{せんしん} 洗身 |
| 5 ^み 身だしなみ (洗 ^{せん} 顔・ ^{はみが} 歯磨き ^{とう} 等) | 6 ^{いふく} 衣服の ^{ちゃくだつ} 着脱 |
| 7 ^{おくない} 屋内の ^{いじょう} 移乗・ ^{いどう} 移動 | 8 ^{がいしゅつ} 外出の ^{つきそ} 付き添い、 ^{そうげいとう} 送迎等 |
| 9 ^{ふくやく} 服薬 | 10 ^{にんちしょうじょう} 認知症 ^{たいおう} 状への対応 |
| 11 ^{いりょうめん} 医療面での ^{たいおう} 対応 (経管 ^{けいかんえいよう} 栄養、 ^{じんこうこうもん} ストーマ(人工 ^{とう} 肛門) 等) | |

^{せいかつえんじょ}
<生活援助>

- | | |
|--|--|
| 12 ^{しょくじ} 食事の ^{じゅんび} 準備 | 13 ^た その他の ^{かじ} 家事(掃除、 ^{そうじ} 洗濯、 ^{せんたく} 買い物 ^か 物 ^{もの} 等) |
| 14 ^{きんせんかんり} 金銭管理 ^{せいかつめん} や生活面 ^{ひつよう} に必要 ^{しよてつづ} な諸手続き | |

^た
<その他>

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 15 ^た その他 () | 16 ^た わからない |
|-------------------------|-----------------------|

とい
問40

あなたが、自宅^{じたく}での^{かいご}介護^{おこな}を行う^{うえ} 上で紙^{かみ}おむつ^{によう} や尿^{によう} とりパッドのほかに、次^{つぎ}のうち、
毎月^{まいつき}も^{ひつよう} っとも必要とするものに〇をつけてください。(〇はひとつ)

- 1 ^{せいしきざい} 清拭剤 (からだ^{ふき} ふき・おしり^{ふき} ふきを含む)
- 2 ^{ドライシャンプー}
- 3 ^{つかす} 使い捨て^{てぶくろ} 手袋
- 4 ^{つかす} 使い捨て^{ぼうすい} 防水シート
- 5 ^{こうくう} 口腔ケア用品 (歯^{ようひん} ブラシ、スポンジ、ウェットティッシュ、ジェルなど)
- 6 ^{しょうしゅうざい} 消臭剤 (スプレー^{タイプ}、シート^{タイプ}、液体^{えきたい} タイプなど)
- 7 ^{とろみざい} とろみ剤
- 8 ^た その他 ()

とい
問41

あなたが、自宅での介護を行ううえで困っていることはどのようなことですか。
(〇はいくつでも)

- 1 介護(対応)方法がわからない
- 2 介護の手助けをしてくれる人がいない
- 3 ストレスなどの精神的な負担が大きい
- 4 身体的な負担が大きい
- 5 経済的な負担が大きい
- 6 仕事との両立が難しい
- 7 育児もあり負担が大きい
- 8 自分の時間がもてない
- 9 家族や近隣の人等の理解や協力が得られない
- 10 本人との関係がうまくいっていない
- 11 本人が介護保険サービスの利用を望まない
- 12 相談する相手がない
- 13 介護している家族が交流したり、情報交換する場所がない
- 14 介護保険サービスなどの情報をどこで入手すればいいのかわからない
- 15 介護保険サービスの内容に不満(具体的に：)
- 16 自分自身に持病や障がいがある
- 17 その他()
- 18 特に困っていることはない

とい
問42

あなたが、自宅での介護を行ううえで、次のような状態になったことがありますか。(〇はいくつでも)

- 1 イライラして手をあげそうになったことがある
- 2 食事を与えなかったことがある
- 3 つい大声でどなってしまったことがある
- 4 無視してしまったことがある
- 5 本人が外出しないよう、部屋の鍵をかけてしまったことがある
- 6 本人の年金や預貯金を本人以外のために使ってしまうことがある
- 7 その他 ()
- 8 特にない

とい
問42-1

どのような支援があれば、問42のような状態が緩和されますか。ご意見などありましたら、次の欄に記入してください。

とい
問43

あなたは、あなたの周囲の高齢者が身近な人からの暴力や暴言、身体拘束や閉じ込め、介護や世話の放棄、年金の使い込みといった「高齢者虐待」を受けた場合の通報・相談先をご存じですか。(〇はひとつ)

- 1 知っている
- 2 知らない

じょうき
上記のようなことでのお困りごとやご相談は

- ・ お住まいの区の区役所の保健福祉課 (平日9:00~17:30)
- ・ お住まいの地域を担当する地域包括支援センター
(平日9:00~19:00 土曜日9:00~17:00)
- ・ お住まいの地域を担当する総合相談窓口 (ランチ) (平日9:00~17:30)

とい
問44

今後、ご本人に介護保険サービスの利用をしてほしいですか。(〇はひとつ)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 1年以内には利用してほしい | 2 いつか利用してほしい |
| 3 利用してほしくない | 4 わからない |

とい
問45

ご本人は、現在、介護保険サービスを利用していませんが、ご本人がどのような状態になれば介護保険サービスを利用しますか。(〇はいくつでも)

- | |
|----------------------------------|
| 1 入浴、トイレ、食事などの日常生活に支障をきたすようになったら |
| 2 外出、買い物などに支障をきたすようになったら |
| 3 介護の必要性が高くなったら |
| 4 認知症になったら・認知症が進んだら |
| 5 病気になったら・病気が悪くなったら |
| 6 ひとりにすることが心配になったら |
| 7 本人が介護保険サービスを利用する気持ちになったら |
| 8 感染症に対する不安がなくなったら |
| 9 病院から退院したら |
| 10 経済的に余裕ができたら |
| 11 その他 () |
| 12 わからない |
| 13 介護保険サービスの利用はしたくない |

とい
問46

ご本人は、現在、介護保険サービスを利用していませんが、あなたがどのような状態になれば、介護保険サービスを利用しますか。(〇はいくつでも)

- 1 身体的に負担を感じたら
- 2 精神的に負担を感じたら
- 3 あなた自身が病気になるなど、健康状態が悪化したら
- 4 子育てや他の家族の世話や介護などをしなくてはならなくなったら
- 5 家事と介護の両立が難しくなったら
- 6 仕事と介護の両立が難しくなったら
- 7 経済的に余裕ができたなら
- 8 その他 ()
- 9 介護保険サービスの利用はしたくない

就業状況等についておたずねします。

とい
問47

あなたの現在の就業状況についておたずねします。(〇はひとつ)

- 1 就業中 (フルタイム) 問47-1をお答えください
- 2 就業中 (パートタイム).....
- 3 本人の介護のため離職
- 4 無職 (3を除く全て) 30ページの問48へお進みください

とい とい しゅうぎょうちゅう しゅうぎょうちゅう
 問47-1 は、問47で「1 就 業 中 (フルタイム)」、「2 就 業 中 (パートタイム)」、
 「3 本人の介護のため退職」と回答された方のみお答えください。

とい
 問47-1

あなたは、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はいますか、
 または、してはいましたか。(〇はいくつでも)

- 1 特に行っていない、行わなかった
- 2 介護のために「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、早出、中抜け等)」をしている、または、した
- 3 介護のために「有給休暇や介護休暇等」を取っている、または、取った
- 4 介護のために「在宅勤務」を利用している、または、利用した
- 5 介護のために2~4以外の調整をしている、または、調整した
- 6 その他()

とい とい しゅうぎょうちゅう しゅうぎょうちゅう
 問47-2 は、問47で「1 就 業 中 (フルタイム)」、「2 就 業 中 (パートタイム)」、
 と回答された方のみお答えください。

とい
 問47-2

あなたは、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。(〇はひとつ)

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

不安に感じることについておうかがいします。

とい
問50

現在の生活を継続していくにあたって、あなたが不安に感じる介護等はどのような
ことですか。(現状で行っているか否かは問いません)(○は3つまで)

- 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(人工肛門)等)
- 12 食事等の準備(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 感染症への対応(手洗い・うがい、換気、消毒等)
- 16 その他()
- 17 不安に感じていることは、特にない
- 18 (確認しないと)わからない

とい
問51

介護保険制度について、介護者としてご意見・ご要望等がありましたら次の欄に記入
してください。

以上で調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。