おおさかしこうれいしゃじったいちょうさひょう

大阪市高齢者実態調査票

（介護保険サービス利用者調査）

令和４年●月

大阪市福祉局

【調査についてのお問い合わせ先】

大阪市　福祉局　高齢者施策部

介護保険課　　電話：06-6208-8028　ファックス：06-6202-6964

高齢福祉課　　電話：06-6208-8026　ファックス：06-6202-6964

（受付時間：平日　午前９時～１２時１５分・午後１時～５時３０分）

《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します。

　なお、●ページの問●以降については、介護に当たっている家族の方などがお答えください。

◎　この調査の回答は、あてはまる番号に〇をつけていただくものがほとんどです。質問により、１つだけに〇をつけていただくものと、複数〇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」に〇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20分程度、介護されている方への調査に25分程度必要です。）

■　調査の対象となっている方が、現在介護保険サービスを利用していない場合や、何らかの事情により回答できない場合には、次のいずれかに〇をつけて、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ない
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、〇年〇月〇日時点で「●●●●●」により無作為抽出を行い、対象者に送付させていただいてます。

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がご了承よろしくお願いします。

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

問３　あなたの要介護度についておうかがいします。（○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、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や介護・介助が必要になった主な原因について、ご回答ください。（○はいくつでも、17その他を選ぶ方は、カッコに傷病等お書きください）

疾病等	現在、抱えている傷病等	介護・介助が必要になった主な原因
例：心疾患（心臓病）	○	
例：変形性関節疾患	○	○
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　呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）		
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　脊椎損傷		
10　認知症（アルツハイマー病等）		
11　パーキンソン病		
12　難病（パーキンソン病を除く）		
13　糖尿病		
14　眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障がいを伴うもの）		
15　骨折・転倒		
16　高齢による衰弱		
17　その他（右に記載ください。）	（　　）	（　　）
18　なし		
19　わからない		

問５　あなたと同居されている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）	

問６　あなたの介護をする方はいますか。（○はひとつ）

１　いる　　２　いない

→ ア　主に事業者

イ　主に家族など

１「イ　主に家族など」に○をされた場合（介護をされている方）は介護者調査（●ページの問　以降）の記入もお願いします。

問６－１　問６で「１　いる」と答えられた方にお聞きします。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？（同居していない子供や親族等からの介護を含む）（○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

要介護認定についておうかがいします。

問７　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、
　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（　　）

問８　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８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８-1　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（　　）

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９　あなたの現在のお住まいについて、お答えください。（○はひとつ）

１　持ち家・賃貸住宅

２　高齢者向け住宅（介護付き有料老人ホーム除く）

３　その他

→ ○ページの問9－1をお答えください

４　施設等に入所（入居）している

（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）

→ ○、○ページの問13以降をお答えください

問９－1　問９で「１　持ち家・賃貸住宅」「２　高齢者向け住宅」「３　その他」を選んだ方にお聞きします。

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

＊「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）、グループホームなど。

問9-2は、問９で「１　持ち家・賃貸住宅」、「２　高齢者向け住宅（介護付き有料老人ホーム除く）」、「３　その他」と回答された方のみお答えください。

問9 - 2　あなたが現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスについて

あてはまる番号すべてに○をつけてください。（○はいくつでも）

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）
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	（　　）

問10　令和〇年〇月の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。（〇はひとつ）

１．利用した　⇒　問10-1

２．利用していない　⇒　問11

問10-1　問10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、令和〇年〇月の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（０回）」および「１.利用していない」を選択してください。（それぞれ〇はひとつ）。

	１週間あたりの利用回数（それぞれ１つに〇）					
	利用していない	週１回程度	週２回程度	週３回程度	週４回程度	週５回以上
（※回答例）〇〇〇サービス	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
訪問介護（ホームヘルプサービス）	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
訪問入浴介護	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
訪問看護	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
訪問リハビリテーション	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
通所介護（デイサービス）	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
通所リハビリテーション（デイケア）	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上
夜間対応型訪問介護（＊訪問のあった回数を回答）	０回	１回	２回	３回	４回	５回以上

利用の有無（○はひとつ）		
定期巡回・臨時対応型訪問介護看護	１. 利用していない	２. 利用した
小規模多機能型居宅介護	１. 利用していない	２. 利用した
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

	１か月あたりの利用日数（○はひとつ）				
	利用していない	月１～７日程度	月８～14 日程度	月 15 日～21 日程度	月 22 日以上
ショートスティ	０回	１～７日	８～14 日	15～21 日	22 日以上

	１か月あたりの利用日数（○はひとつ）				
	利用していない	月１～７日程度	月８～14 日程度	月 15 日～21 日程度	月 22 日以上
居宅療養管理指導	０回	１～７日	８～14 日	15～21 日	22 日以上

問10-2　問10で「２．利用していない」と回答した方にお伺いします。あなたが（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　本人（あなた）に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分からない

９　その他

問11　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」に含めます。

問12　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（○はいくつでも）

1　配食

2　調理

3　掃除・選択

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13～問13 - 2 は、問９で「４ 施設等に入所（入居）している」と回答された方のみお答えください。

問13　あなたが現在入所（入居）している施設について、あてはまる番号に〇をつけてください。（〇はひとつ）

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】	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。
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などをします。

	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などをします。
4	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。
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】	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。
6	養護老人ホーム	環境上の理由及び経済的理由により自宅での生活が困難な方が利用する施設です。
7	軽費老人ホーム	身体機能の低下等により、自立した日常生活を営むことに不安が認められるとともに、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の方を対象に、無料又は低額な料金で食事の提供、入浴等の準備、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上必要な便宜を提供することにより、安心して生き生きと明るく生活できるようにすることを目的とした施設です。
8	生活支援ハウス	大阪市内に住所を有する60歳以上の方で、かつひとり暮らしの方、夫婦のみの世帯に属する方もしくは、家族による援助を受けられることが困難な方であって、高齢等のため独立して生活することに不安のある方を対象に、介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に提供することにより、高齢者が安心して健康で明るい生活を送れるように支援し、もって高齢者の福祉の増進を図ることを目的とした施設（食事は自炊）です。
9	その他の施設	障がい者施設や救護施設等

問13 - 1　あなたが、施設等の入所（入居）を希望した理由は何ですか。（○はいくつでも）

1	段差があるなど、住まいに問題があったから
2	ひとり暮らしなど、介護する家族がいなかったから
3	家族の介護では負担が重すぎたから
4	日中や夜間に見守りをしてくれる人がいなかったから
5	在宅サービスより施設の方が経済的負担が少ないと思ったから
6	十分な介護が受けられるから
7	その他（　　）

問13 - 2　問13で「６　養護老人ホーム」「７　軽費老人ホーム」「８　生活支援ハウス」を選んだ方にお聞きします。あなたが入所されている施設にこのまま住み続けたいと思いますか。（○はひとつ）

１　このまま住み続けたい

２　違う施設に移りたい

３　その他

（→問14へお進みください）

問14～問15は、ご自宅で介護保険サービスをご利用されている方のみお答えください。

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。（○はひとつ）

１　はい	２　いいえ

【問９14 で「１　はい」と回答された方におうかがいします。】

問14-1　訪問されている方は誰ですか。（○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
5	薬剤師	6	歯科衛生士

7　栄養士、管理栄養士	8　その他 （　　）

問15　現在、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）について、次の(1)～(9)の項目ごとの満足度をお答えください。（それぞれ○はひとつ）

	満足	ほぼ満足	やや不満	不満	わからない
(1) 相談したいときに応じてくれる	1	2	3	4	5
(2) 希望どおりのケアプランを作ってくれる	1	2	3	4	5
(3) ケアプランについて説明してくれる	1	2	3	4	5
(4) サービス事業者と調整をしてくれる	1	2	3	4	5
(5) サービス日時の変更などの希望に応じてくれる	1	2	3	4	5
(6) 希望したサービスを紹介してくれる	1	2	3	4	5
(7) 希望する事業者を紹介してくれる	1	2	3	4	5
(8) 専門知識が多いと感じる	1	2	3	4	5
(9) 介護予防や自立に向けケアプランを作ってくれる	1	2	3	4	5

問15-1　担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）について、ご意見・ご要望等があれば、次の欄に記入してください。

介護保険サービス及び介護予防サービスの満足度についておうかがいします。

問16　あなたが現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスの満足度についてお答えください。（○はひとつ）

1　満足している	2　ほぼ満足している	
3　やや不満である	4　不満である	5　わからない

問16-1　介護保険サービス及び介護予防サービスについて、ご意見・ご要望があれば、次の欄に記入してください。

介護保険サービス及び介護予防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17　あなたが現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスとは別に、１年以内に利用したい介護保険サービス及び介護予防サービスはありますか。

（○はひとつ）

1　自宅で生活しながらサービスを受けたい

（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）

→ ○ページの問○をお答えください

2　施設等に入所（入居）したい

（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）

→ ○ページの問○をお答えください

3　特にない（現在利用しているサービスのみでよい）

→ ○ページの問○をお答えください

この質問は、問17 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17-1　あなたが現在利用している介護保険サービス及び介護予防サービスとは別に、１年以内に利用したい介護保険サービス及び介護予防サービスについて、あてはまる番号すべてに○をつけてください。（○はいくつでも）

（それぞれの介護保険サービスの説明は、○、○ページの問○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（現行相当型）
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（現行相当型）
9	短時間型通所サービス（基準緩和型）
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（　　）

この質問は、問17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17-2　あなたが現在利用している介護保険サービスとは別に、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）

（それぞれの介護保険サービスの説明は、９ページの問8-2をご参照ください。）

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】
２	介護老人保健施設（老人保健施設）
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）
４	介護医療院
５	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
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】

外出についておうかがいします

問18　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19　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20　外出を控えていますか？（○はひとつ）
１　はい　２　いいえ

問20－1　「１　はい」（外出を控えている）の方のみお答えください。
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（　　）

問21　あなたは、外出するときは、どのような目的で外出しますか。（○はいくつでも）
１　仕事
２　買い物など日常生活の用事
３　散歩
４　通院
５　町会などの活動、ボランティア活動
６　体操やカラオケなど趣味や習いごと
７　親族または友人・知人と会うため
８　その他

介護予防・重度化防止についておうかがいします

問22　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

問22-１　あなたが、今取り組んでいること、または、今後取り組んでみたいことは何ですか。（○はいくつでも）

１　体操や運動により体力を維持する

２　栄養バランスの取れた食事をとる

３　歯磨きや入れ歯の手入れを行い、口のなかの健康を保つ

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→次の設問にお答えください

問22-2　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ですか。（○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　その他（　　）

健康状態についておうかがいします

問23　歯の数と入れ歯の利用状況をお教えください。
（成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です）（○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23－1　噛み合わせはよいですか？（○はひとつ）
１　はい　　２　いいえ

問23－2　問20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」に○をされ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？（○はひとつ）
１　はい　　２　いいえ

問24　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25　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26　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

かかりつけ医・かかりつけ薬剤師についておうかがいします

問27　あなたには、かかりつけの医師はおられますか。（○はひとつ）
１　かかりつけの医師がいる
２　かかりつけの医師はいない

問27-1　かかりつけの医師はあなたが通院出来なくなった時に自宅に来てくれますか。（○はひとつ）

１　自宅に来てくれる（来てくれると思う）
２　来てくれない
３　わからない

問28　あなたには、かかりつけの歯科医師はおられますか。（○はひとつ）
１　かかりつけの歯科医師がいる
２　かかりつけの歯科医師はいない

問28-1　かかりつけの歯科医師はあなたが通院出来なくなった時に自宅に来てくれますか。
１　自宅に来てくれる（来てくれると思う）（○はひとつ）
２　来てくれない
３　わからない

問29　あなたには、かかりつけ薬剤師・薬局がありますか。（○はひとつ）
１　かかりつけ薬剤師・薬局がいる（ある）
２　かかりつけ薬剤師・薬局はいない（ない）

問29-1　かかりつけ薬剤師・薬局はあなたが薬局へ行けなくなった時に自宅に来てくれますか。（○はひとつ）
１　自宅に来てくれる（来てくれると思う）
２　来てくれない
３　わからない

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・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか
＊①ー⑧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	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
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（にんちしょう）についておうかがいします。

問31　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（○はひとつ）

１　はい
２　いいえ

問32　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32で「１．はい」の方のみ】

問32-１　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（ブランチ）
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（　　）

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

問33　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（○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や総合相談窓口（ブランチ）
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

全(すべ)ての方(かた)におうかがいします。

問34　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。（○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

問35　あなたにとって、住み慣れた地域での自立した生活とはどのようなものですか。（○はひとつ）
１　介護を受けずに、自分だけの力で生活を続けること
２　介護を受けずに、できないことは地域で支え合い、生活を続けること

３　介護を受けながら、できないことは地域で支え合い、生活を続けること
４　介護を受ける、受けないに関わらず、いきがいを持って自己選択に基づく生活を続けること

問36　介護保険制度について、介護保険サービスの利用者として、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。

ご本人にご記入いただく問は、このページで終わりです。
調査へのご協力ありがとうございました。

※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」に〇をつけた方のみお答えください。
なお、回答については、普段、ご本人を主に<u>介護している方</u>（介護サービス事業者を除く）に記入をお願いします。

このページからは、普段、ご本人を主に介護している方（以下「あなた」といいます）がご回答ください。（主に介護している方が、介護サービス事業者の場合や、介護者がいない場合は回答する必要はありません。）

問37　あなたは、ご本人とはどのような関係ですか。（○はひとつ）

1　配偶者	2　子	3　子の配偶者
4　孫	5　兄弟・姉妹	6　その他

問38　あなたの性別、年齢、居住地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　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

（3）ご本人との同居の有無

1　同居している

2　同居していない

問39　あなたの健康状態はいかがですか。（○はひとつ）

1　健康である	2　まあまあ健康である
3　あまり健康ではない	4　健康ではない

選択肢を選んだ理由（　　）

問40　あなたがよく話をする相手は誰ですか。（○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　友人・知人	5　会社の同僚・元同僚	6　その他（　　）
7　いない		

問41　介護保険サービス提供者以外で、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	

認知症についておうかがいします。

問42　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　全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　日常生活に支障を来すような症状・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　日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする

5　日常生活に支障を来すような症状・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、行っている介護についておうかがいします。

問43　あなたは、ご本人に対し、どのような介護を行っていますか。（○はいくつでも）

＜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
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

＜その他＞

15　その他
16　わからない

問44　あなたが、自宅での介護を行う上で紙おむつや尿とりパッドのほかに、次のうち、毎月もっとも必要とするものに○をつけてください。（○はひとつ）

1　清拭剤（からだふき・おしりふきを含む）
2　ドライシャンプー
3　使い捨て手袋
4　使い捨て防水シーツ
5　口腔ケア用品（歯ブラシ、スポンジ、ウェットティッシュ、ジェルなど）
6　消臭剤（スプレータイプ、シートタイプ、液体タイプなど）
7　とろみ剤
8　その他（　　）

問45　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。（○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　自分の時間がもてない

8　家族や近隣の人等の理解や協力が得られない

9　本人との関係がうまくいっていない

10　本人が介護保険サービスの利用を望まない

11　相談する相手がいない

12　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

13　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

14　介護保険サービスの内容に不満（具体的に：　　）

15　自分自身に持病や障がいがある

16　その他（　　）

17　特に困っていることはない

問46　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。（○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

問46-1　どのような支援があれば、問46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。

問 47　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。

１　知っている　　２　知らない

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（平日 9：00～17：30）
・休日夜間福祉電話相談　06-4392-8181（上記以外の時間帯での受付

問48　ご本人が介護保険サービスを利用することによって、あなたにどのような変化がありましたか。「はい・いいえ」のどちらかに○をつけてください。

(1) 時間に余裕ができた	１　はい　　２　いいえ

(2) 身体的に楽になった	1　はい	2　いいえ
(3) 精神的に楽になった	1　はい	2　いいえ
(4) 体調がよくなった	1　はい	2　いいえ
(5) 経済的に楽になった	1　はい	2　いいえ

問49　ご本人が利用している介護保険サービスについて、主な介護者の方は満足していますか。（○はひとつ）

1　満足している	2　ほぼ満足している	3　普通
4　やや不満である	5　不満である	6　わからない

問49-1　上記を選択した具体的な理由等についてご記入ください。

問50　あなたにとって、自宅での介護にあたって重要なことは何ですか。（○はいくつでも）

1　家族や親族の協力があること

2　近所の人やボランティアに手伝いを頼めること

3　日頃から本人の心身の衰えを防ぐ介護予防に心がけること

4　緊急の場合など安心して介護保険サービスが利用できること

5　緊急の場合など安心して医療サービスが利用できること

6　夜間・休日でも医師等に相談できること

7　介護者の心身のリフレッシュができること

8　介護者同士が交流できる場があること

9　介護保険制度やサービス事業所などについて情報が得やすいこと

10　本人、介護者が希望する介護保険サービスの質、量が確保できること

11　介護についての相談窓口が身近にあること

12　その他（　　）

13　特にない

就業状況等についておうかがいします。

問51　あなたの現在の就業状況についておたずねします。（○はひとつ）

1　就業中（フルタイム）

2　就業中（パートタイム）

3　本人の介護のため離職

4　無職（３を除く全て）

問51-1にお進みください

○ページの問3451へお進みください

問51－1 は、問51 で「1　就業中（フルタイム）」、「2　就業中（パートタイム）」、「3　本人の介護のため離職」と回答された方のみお答えください。

問51-1　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いますか、または、していましたか。（○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（　　）

問50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。

問51-2　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。（○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

全ての方へおうかがいします。

問52　本人（要介護者）のご家族やご親族の中で、本人の介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか（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）（○はいくつでも）

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

＊自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

問53　あなた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われますか？（○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　特にない
11　わからない

問54　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がありますか。
（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　その他（　　）	
16　不安に感じていることは、特にない	17　（確認しないと）わからない

相談窓口の利用等についておうかがいします

問55　次の相談窓口等について、利用したことがありますか。(1)～(5)の相談窓口の利用状況について、あてはまる番号に○をつけてください。（それぞれ○はひとつ）

		利用状況（○はそれぞれひとつ）
(1)	区役所・保健福祉センター	1　相談したことがある
		2　知っているが、相談したことがない
		3　知らない
(2)	地域包括支援センター（総合相談窓口（ブランチ）を含む）	1　相談したことがある
		2　知っているが、相談したことがない
		3　知らない
(3)	おおさか介護サービス相談センター（介護保険サービス等に関する一般相談・専	1　相談したことがある
		2　知っているが、相談したことがない

	門相談・申し立てによるあっせん、調停など） 6766 - 3800	3　知らない
(4)	国民健康保険団体連合会 （介護保険に関する相談・苦情） 6949 - 5418	1　相談したことがある 2　知っているが、相談したことがない 3　知らない
(5)	認知症初期集中支援チーム （通称「オレンジチーム」）	1　相談したことがある 2　知っているが、相談したことがない 3　知らない

問55-1　問55の相談窓口以外で、主な介護者が、自宅での介護を行ううえで困った時はどちらに相談していますか。（○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　友人・知人・近所の人

4　町会・自治会の役員など

5　地域活動協議会や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組織

6　民生委員

7　居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）

8　かかりつけの医師・歯科医師・薬剤師

9　病院等医療機関の職員

10　その他　（　　）

11　特にない

問56　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(きにゅう)してください。

以上(いじょう)で調査(ちょうさ)は終(お)わりです。ご協力(きょうりょく)ありがとうございました。