

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

かいごほけん りようしゃちょうさ
(介護保険サービス利用者調査)

れいわ ねん がつ
令和4年9月

おおさかしふくしきょく 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

ちょうさ と あ さき 【調査についてのお問い合わせ先】

ちょうさじむきょく こうれいしゃじったいちょうさ
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 どうよう にちよう しゅくじつのぞ 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

きにゅう ねが 《記入にあたってのお願い》

① この調査は、記入日現在の状況でお願いします。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。

② 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ありません。

③ 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、28ページの問38以降については、介護にあっている家族の方などがお答えください。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ (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○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、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が、ご了承ください。



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、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 → 問7 へお進みください |
|------|----------------------------|

- **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（28ページの**問38**以降）の記入をお願いします。

問6-1 をお答えください

問6 で「1 いる」と回答された方におうかがいします。

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 |

問7 あなたが介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。（◎はいくつでも）

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 2 心臓病 |
| 3 がん（悪性新生物） | 4 呼吸器の病気（肺炎・肺がん等） |
| 5 関節の病気（リウマチ等） | 6 認知症（アルツハイマー病等） |
| 7 パーキンソン病 | 8 糖尿病 |
| 9 腎疾患（透析） | 10 視覚・聴覚障がい |
| 11 骨折・転倒 | 12 脊椎損傷 |
| 13 高齢による衰弱 | 14 その他（ ） |
| 15 わからない | |

ようかいごにんてい
要介護認定についておうかがいします。

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 ()

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 ()
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

問10-1をお答え
ください

13ページの
問14へ
お進みください

問10-1～問13 は、問10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10で「1 持ち家・賃貸住宅」「2 高齢者向け住宅」「3 その他」と回答された方におうかがいします。

問10-1 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。(○はひとつ)

- 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、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホームなど。

問10-2 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10-3 令和4年8月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービス及び介護予防サービスを利用しましたか。(〇はひとつ)

1	利用した	→ 問10-4 をお答えください
2	利用していない	→ 問10-5 へお進みください

問10-3で「1 利用した」と回答された方におかがいします。

問10-4 以下の介護保険サービス及び介護予防サービスについて、令和4年8月の1か月の利用状況をご回答ください。
対象の介護保険サービス及び介護予防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(それぞれ〇はひとつ)					
	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
①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
②訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
③訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
④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
⑤通所介護 (デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
⑥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
⑦夜間対応型訪問介護 (訪問のあった回数)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

利用の有無(〇はひとつ)		
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

	1 か月あたりの利用日数（〇はひとつ）				
	利用して いない	1日～7日 程度	8日～14日 程度	15日～ 21日程度	22日以上
⑩ ショートステイ	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（〇はひとつ）				
	利用して いない	1日～7日 程度	8日～14日 程度	15日～ 21日程度	22日以上
⑫ 居宅療養管理指導	0回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

問10-3で「2 利用していない」と回答された方におかがいします。

問10-5 あなたが（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービス及び介護予防サービスを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 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わからない
- 9 人との接触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11 新型コロナウイルス感染症拡大の影響で介護サービスの利用に変化はありましたか。（〇はひとつ）

- 1 介護サービスの利用をやめたり、種類の変更や回数を減らすなどした
- 2 事業者や施設等の事情により、介護サービスが利用できなくなったり、利用できる回数が減った
- 3 特に介護サービスの利用に影響はなかった ……→ 12ページの問12へお進みください

問11で「1 介護サービスの利用をやめたり、種類の変更や回数を減らすなどした」「2 事業者や施設等の事情により、介護サービスが利用できなくなったり、利用できる回数が減った」と回答された方におかがいします。

問11-1 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により利用をやめた、もしくは、回数を減らした介護サービスの種類をお答えください。

	新型コロナウイルス感染症の影響による 利用回数の減について（それぞれどちらかに〇）	
利用していたサービス または、回数を減らしたサービス （※回答例） 〇〇〇サービス	利用をやめた	回数を減らした
① 訪問介護（ホームヘルプサービス）	1 利用をやめた	② 回数を減らした
② 訪問入浴介護	1 利用をやめた	2 回数を減らした
③ 訪問看護	1 利用をやめた	2 回数を減らした
④ 訪問リハビリテーション	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑤ 通所介護（デイサービス）	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑥ 通所リハビリテーション（デイケア）	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑦ 夜間対応型訪問介護	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑧ ショートステイ	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑨ 居宅療養管理指導	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑩ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑪ 小規模多機能型居宅介護	1 利用をやめた	2 回数を減らした
⑫ 看護小規模多機能型居宅介護	1 利用をやめた	2 回数を減らした