

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 サービス利用者調査
(介護保険サービス利用者調査)

れいわ ねん がつ
令和7年7月

おおさかしふくしきょく 高齢者施策部 かいごほけんか
大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課

この調査は、次のいずれかの方法で回答できます。

- ① パソコンやスマートフォン・タブレット端末を使って、回答専用サイトから回答できます。回答専用サイトへのアクセスやログインから回答方法などについては、1ページでご確認ください。専用サイトから回答いただいた場合は、本調査票（紙ベース）への記入と返送（ポスト投かん）は不要です。
- ② この調査票に直接記入・回答される場合は、4ページをお読みいただき、質問順にご回答ください。

※専用の回答ページにログインする際は、次のID・パスワードを入力してください。

◇ID ◇パスワード

* ID・パスワードは、回答専用画面に入るための認証キーです。
どの方へのID・パスワードを送付したのかは一切記録していませんので、回答者個人を特定することはできません。

【調査についてのお問い合わせ先】

調査事務局（大阪市高齢者実態調査サポートセンター）

フリーダイヤル：0120-782-964（通話料無料）

受付時間：月～金曜日（土曜日・日曜日・祝日除く）午前9時～午後5時

■WEB(インターネット)で回答する場合



- ① スマートフォン・タブレット端末の場合は、右の二次元バーコードをカメラで読み取ってください(携帯電話端末(いわゆるガラケー)は利用できません)。

※パソコンの場合は、次のURL（「https…」から始まるアドレス）を手入力し、エンターキーを押してください。

[URL] <https://src.webcas.net/form/pub/src2/k271004r>

- ② 次の画面が表示されたら、この調査票の表紙に印字されているIDとパスワードを入力し、「ログイン」ボタンを押し、回答ページに入ってください。

- ③ 回答ページに入ったら、質問の番号順に沿って回答してください。
(8月8日(金)までにご回答ください。)

※2ページの回答例を参照してください。

かいどうれい
【回答例】

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。(ひとつだけ)

特にない
 ぶや不満である
 不満である
 わからない

問9-1 その理由についてお答えください。(いくつでも)

認定結果が思っていた介護度より軽かった
 認定結果が思っていた介護度より重かった
 認定されるまでの日数がかかりすぎる
 認定の有効期間が短い
 認定調査の際の説明がわかりにくかった
 その他

あてはまる項目にチェックを入れてください。

つぎのページの質問に進むには「次へ」ボタンを押す。

「戻る」ボタンで、1つ前のページに戻り回答を修正できます。

戻る 次へ 一時保存

◇回答途中で保存したい場合

- ① 回答ページの下にある「一時保存」ボタンを押す
 - ② 画面に表示されているページをすべて閉じる(画面右上の図を押す)
- ※これで回答途中まで保存されています。
 ※保存期間は1週間です。その期間を過ぎると回答は消去されます。

◇回答を再開する場合

- ① この冊子1ページの①②の手順で専用の回答ページに入ってください。
- ② 画面に表示される「つづきから」ボタンを押してください。
- ③ 回答途中のページが表示されますので、回答を続けてください。

- ④ 最後の質問への回答が終わりましたら、画面下に表示されている「登録」ボタンを押してください。

戻る 登録 一時保存

「登録」ボタンを押す。

- ⑤ 次の画面が表示されましたら、調査は終了です。



※1～3ページのWEB回答画面はイメージです。実際の表示とは異なる場合があります。

ちょうさひょう ちよくせつきにゆう かいとう ばあい
■ 調査票に直接記入・回答する場合

《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、**8月8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。
- ◎ 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、31ページの問35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。
- ◎ 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 ()

じょうきがい ばあい つぎ しつもん こと
 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。

ほんちょうさ れいわ ねん がつ にちじてん かいご ほけん ひほけんしやしかく かた たい
 本調査は、令和7年4月1日時点で介護保険被保険者資格がある方を対象に、無作為抽出を行い、対象者に送付させていただいております。

そのことにより、本来対象で無い方にも送付されている可能性がございますが、ご了承よろしく願いたします。



問6で「1 いる」(介護をする方がいる)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。(同居している子ども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原因は何ですか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。(○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(肺炎腫・肺炎等) |
| 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 | |

問7-1 問7で○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○をつけた中で、主なものひとつ 主な原因 番号



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、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9 直近の要介護認定において、何かご不満な点がありましたか。(○はひとつ)

- 1 特にない▶ 問10へ
- 2 やや不満である
- 3 不満である
- 4 わからない▶ 問10へ

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。(〇はひとつ)

- 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▶16ページの問13へ
 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、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～問12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。(〇はひとつ)

- 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、介護老人保健施設、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〇をつけてください。(〇はいくつでも)

該当する番号にすべて〇をしてください。

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)
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。

該当する番号にすべて○をしてください。

サービス名	サービスの説明
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 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。(○はひとつ)

- すでに利用している 問10-5へ
- 今後、利用が必要な状態になれば利用したい
- わからない
- 利用したくない 問10-4へ

問10-3で「4 利用したくない」と回答された方におかがいします。

問10-4 利用したくない理由をお答えください。(○はいくつでも)

- リハビリテーションを利用する状態ではない
- 以前、利用していたサービスに不満があった
- 利用者負担が高い
- リハビリテーションサービスが身近にない
- 利用したいが手続きや利用方法が分からない
- 手続きが面倒だから
- 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
- どのようなサービスがあるかわからない
- その他 ()

問10-5 令和7年6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。(○はひとつ)

- 利用した 問10-6へ
- 利用していない ... 15ページの問10-7へ



問10-5で「1 利用した」と回答された方におかがいします。

問10-6 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7年6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 (それぞれ〇はひとつ)	
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 (それぞれ〇はひとつ)

	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
⑪短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ)	0回	1~7日	8~14日	15~21日	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10-5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10-7 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)

- 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
- 本人(あなた)にサービス利用の希望がない
- 家族が介護をするため問題ない
- 以前、利用していたサービスに不満があった
- 利用料を支払うのが難しい
- 利用したいサービスが利用できない、身近にない
- 住宅改修、福祉用具貸与、購入のみを利用するため
- サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからない
- 人との接触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
- その他()

問11 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、「介護保険サービス及び介護予防サービス」に含めます。

問12 今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・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・サービスともを含みます。
→問12をお答えいただいた方は、18ページの問14へお進みください。

問13～問13-2は、問10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	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より、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	しょう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。（〇はいくつでも）

- 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」と回答された方におかがいします。

問13-2 あなたが入所されている施設にそのまま住み続けたいと思いますか。(〇はひとつ)

- 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は、ご自宅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。(〇はひとつ)

- 1 はい 2 いいえ → 問15へ

問14で「1 はい」と回答された方におかがいします。

問14-1 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 ()

すべての方におかがいします。

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。(それぞれ〇はひとつ)

	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

	満足	ほぼ満足	やや不満	不満	わからない
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。(〇はひとつ)

- 1 満足している 2 やや満足している
3 やや満足していない 4 満足していない 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・ご要望等があれば、次の欄に記入してください。