

連番

# 大阪市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票

## 「一般高齢者」

このたび、大阪市では「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施することとなりました。

この調査は、今後の大阪市の介護予防施策の検討及び推進のため、市内にお住まいの要介護認定を受けておられない65歳以上の方から52,800人を無作為に抽出し、願っているものです。

個人情報の保持につきましては、みなさまに不利益が生じないよう万全を期しており、ご回答いただいたデータは、統計的に処理し、この調査の目的以外には使用しません。また、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。

何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、是非ともご協力いただけますよう、よろしく願っています。

なお、同封のチラシは、大阪府が提供する健康サポートアプリ「アスマイル」のご案内です。

スマートフォンにアプリをダウンロードのうえ、ご登録いただきますと、ウォーキングをはじめ、日々の健康管理などにご活用いただけます。是非この機会にご利用ください。

**回答期限：令和7年11月25日(火)**

**【ご注意】**この調査にご協力いただくにあたり、市や区役所が口座番号や暗証番号などの提供や現金自動預払機(ATM)の操作を求めることは、絶対ありません。

令和7年11月

大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課

### 【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



### 《ご回答にあたってのお願い》

◎回答（記入）日現在の状況でお答えください。

◎この調査は、次のいずれかの方法で回答できます。

#### ①この調査票に直接記入し、同封の返信用封筒を使って返送する方法

このページの「調査票に直接記入する場合」をお読みいただき、ご回答ください。

#### ②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する方法

- ・大阪市のホームページ経由で回答専用のWEBサイトから回答いただけます。
- ・詳細なWEBサイトへのアクセスやログイン方法などについては、

#### 19ページの「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する場合」

をご確認ください。

- ・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（ポストへの投函）は不要です。

【回答専用サイトへの二次元コード（大阪市ホームページ経由）】



<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000652278.html>

#### 「調査票に直接記入する場合」

◎調査票に記入する際は、各質問で該当する番号に○をつけてください。質問により、1つだけに○をつけていただくものと、複数に○をつけていただくものがあります。

◎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。

◎調査票記入後は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、**11月25日(火)までに**郵便ポストに投函してください。

なお、調査票と返信用封筒にお名前をご記入いただく必要はございません。

下記にご記入・ご回答のうえ、順に質問にお答えください。

記入日	令和7年	月	日
-----	------	---	---

調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。

- あて名のご本人が記入
- ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄：）
- その他（）

問0 はじめに、あなた（あて名のご本人：以降の質問も同じ）についておうかがいします。

(1) あなたの性別をお答えください。（○はひとつ）

- 男性
- 女性
- その他、または、答えたくない

(2) あなたの年齢をお答えください。（○はひとつ）

- 65歳～69歳
- 70歳～74歳
- 75歳～79歳
- 80歳～84歳
- 85歳～89歳
- 90歳～94歳
- 95歳～99歳
- 100歳以上

(3) あなたの介護保険の認定状況をお答えください。（○はひとつ）

- 認定を受けていない
- 事業対象者
- 要支援1
- 要支援2

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください。（○はひとつ）

- 1人暮らし
- 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）
- 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）
- 息子・娘との2世帯
- その他（）

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。（○はひとつ）

- 介護・介助は必要ない → 次のページの(3)へ
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → ①へ
- 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む） → ①へ

問1(2)で「2 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「3 現在、何らかの介護を受けている」を回答された方におうかがいします。

① 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）

- 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
- 心臓病
- がん（悪性新生物）
- 呼吸器の病気（肺炎腫・肺炎等）
- 関節の病気（リウマチ等）
- 認知症（アルツハイマー病等）
- パーキンソン病
- 糖尿病
- 腎疾患（透析）
- 視覚・聴覚障がい
- 骨折・転倒
- 脊椎損傷
- 高齢による衰弱
- その他（）
- 不明

問1(2)で「3 現在、何らかの介護を受けている」と回答された方におうかがいします。

② 主にどなたの介護、介助を受けていますか。（○はいくつでも）

- 配偶者（夫・妻）
- 息子
- 娘
- 子の配偶者
- 孫
- 兄弟・姉妹
- 介護サービスのヘルパー
- その他（）

全員の方におうかがいします。

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。(〇はひとつ)

- |            |            |      |
|------------|------------|------|
| 1 大変苦しい    | 2 やや苦しい    | 3 ふう |
| 4 ややゆとりがある | 5 大変ゆとりがある |      |

(4) お住まいは戸建て、または集合住宅のどちらですか。(〇はひとつ)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1 持家(戸建て)      | 2 持家(集合住宅)    |
| 3 公営賃貸住宅       | 4 民間賃貸住宅(戸建て) |
| 5 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6 借家          |
| 7 その他( )       |               |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(〇はひとつ)

- |             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| 1 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。(〇はひとつ)

- |             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| 1 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

(3) 15分位続けて歩いていますか。(〇はひとつ)

- |             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| 1 できるし、している | 2 できるけどしていない | 3 できない |
|-------------|--------------|--------|

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。(〇はひとつ)

- |         |        |      |
|---------|--------|------|
| 1 何度もある | 2 1度ある | 3 ない |
|---------|--------|------|

(5) 転倒に対する不安は大きいですか。(〇はひとつ)

- |            |           |
|------------|-----------|
| 1 とても不安である | 2 やや不安である |
| 3 あまり不安でない | 4 不安でない   |

(6) 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 |

(7) 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 |

(8) 外出を控えていますか。(〇はひとつ)

- |           |              |
|-----------|--------------|
| 1 はい → ①へ | 2 いいえ → (9)へ |
|-----------|--------------|

問2(8)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。

① 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(失禁など)   |
| 5 耳の障がい(聞こえの問題など) | 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( )        |

全員の方におうかがいします。

(9) 外出する際の移動手段は何ですか。(〇はいくつでも)

- |               |                 |       |
|---------------|-----------------|-------|
| 1 徒歩          | 2 自転車           | 3 バイク |
| 4 自動車(自分で運転)  | 5 自動車(人に乗せてもらう) | 6 電車  |
| 7 路線バス        | 8 病院や施設のバス      | 9 車いす |
| 10 電動車いす(カート) | 11 歩行器・シルバーカー   |       |
| 12 タクシー       | 13 その他( )       |       |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重を教えてください。

身長  cm      体重  kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(5) 歯磨き(人にやらしてもらった場合も含む)を毎日していますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。  
(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 →①へ  
 2 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし →次のページの②へ  
 3 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 →①へ  
 4 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし →次のページの②へ

問3(6)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かがいします。

① 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

全員の方におかがいします。

② 噛み合わせは良いですか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(7) あなたは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 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

(8) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(9) どなたかと食事をもに作る機会がありますか。(〇はひとつ)

- 1 毎日ある      2 週に何度かある      3 月に何度かある  
 4 年に何度かある      5 ほとんどない

問4 毎日の生活について

(1) もの忘れが多いと感じますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか。(自家用車でも可)(〇はひとつ)

- 1 できるし、している      2 できるけどしていない      3 できない

(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(〇はひとつ)

- 1 できるし、している      2 できるけどしていない      3 できない

(6) 自分で食事の用意をしていますか。(〇はひとつ)

- 1 できるし、している      2 できるけどしていない      3 できない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。(〇はひとつ)

- 1 できるし、している      2 できるけどしていない      3 できない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(〇はひとつ)

- 1 できるし、している      2 できるけどしていない      3 できない

(9) 年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(10) 新聞を読んでいますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(15) 病人を見舞うことができますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。(〇はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(17) 趣味はありますか。(〇はひとつ)

- 1 趣味あり → (具体的に: )  
2 思いつかない

(18) 生きがいがありますか。(〇はひとつ)

- 1 生きがいあり → (具体的に: )  
2 思いつかない



**問5** 地域での活動について

(1) 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。

※①～⑧それぞれに回答してください。(それぞれ○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 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 ひゃくさいたいそう たいそうとう 百歳体操やラジオ体操等の かいごよぼう たいそう うんどう 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 じょうき いがい かいごよぼう 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

(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参加者として参加してみたいと思いませんか。(○はひとつ)

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1 ぜひ参加したい | 2 参加してもよい   |
| 3 参加したくない | 4 すでに参加している |

(3) 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せんか。(○はひとつ)

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1 ぜひ参加したい | 2 参加してもよい   |
| 3 参加したくない | 4 すでに参加している |

**問6** 介護予防について

(1) 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  |

(2) 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。

① 今取り組んでいること (○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 特になし

② 今後取り組んでみたいこと (〇はいくつでも)

- 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6(2)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。

(3) あなたが、介護予防について、取り組んでいない、または、取り組んでみたいと思わない理由は何ですか。(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 ( )

問7 就労について

(1) 現在のあなたの就労状態はどれですか。(いくつでも)

- 1 職に就いたことがない
- 2 引退した
- 3 常勤(フルタイム)
- 4 非常勤(パート・アルバイト等)
- 5 自営業
- 6 求職中
- 7 その他 ( )

問7(1)で「2 引退した」と回答された方におうかがいします。

(2) あなたはいつ引退しましたか。

- 1 昭和 [ ] 年
- 2 平成 [ ] 年
- 3 令和 [ ] 年

問8 たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします。

(1) あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人(〇はいくつでも)

- 1 配偶者
- 2 同居の子ども
- 3 別居の子ども
- 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫
- 5 近隣
- 6 友人
- 7 その他 ( )
- 8 そのような人はいない

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人(〇はいくつでも)

- 1 配偶者
- 2 同居の子ども
- 3 別居の子ども
- 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫
- 5 近隣
- 6 友人
- 7 その他 ( )
- 8 そのような人はいない

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人(〇はいくつでも)

- 1 配偶者
- 2 同居の子ども
- 3 別居の子ども
- 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫
- 5 近隣
- 6 友人
- 7 その他 ( )
- 8 そのような人はいない

(4) 反対に、看病や世話をしあける人(○はいくつでも)

- |               |              |          |
|---------------|--------------|----------|
| 1 配偶者         | 2 同居の子ども     | 3 別居の子ども |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5 近隣         | 6 友人     |
| 7 その他 ( )     | 8 そのような人はいない |          |

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。(○はいくつでも)

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1 自治会・町内会・老人クラブ      | 2 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3 ケアマネジャー            | 4 医師・歯科医師・看護師  |
| 5 地域包括支援センター・市役所・区役所 | 6 その他 ( )      |
| 7 そのような人はいない         |                |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(○はひとつ)

- |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 1 毎日ある    | 2 週に何度かある | 3 月に何度かある |
| 4 年に何度かある | 5 ほとんどない  |           |

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。(○はひとつ)

- |           |         |        |
|-----------|---------|--------|
| 1 0人(いない) | 2 1~2人  | 3 3~5人 |
| 4 6~9人    | 5 10人以上 |        |

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1 近所・同じ地域の人  | 2 幼なじみ           |
| 3 学生時代の友人    | 4 仕事での同僚・元同僚     |
| 5 趣味や関心が同じ友人 | 6 ボランティア等の活動での友人 |
| 7 その他 ( )    | 8 いない            |

問9 健康について

(1) 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

(2) あなたは、現在のどの程度幸せですか。(○はひとつ)

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる点数に○印をつけてください)

- |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |       |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|
| とても不幸 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | とても幸せ |
| 0点    | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 |       |

(3) 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 |

(4) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。(○はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(5) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。(○はひとつ)

- 1 はい      2 いいえ

(6) お酒は飲みますか。(○はひとつ)

- |            |            |
|------------|------------|
| 1 ほぼ毎日飲む   | 2 時々飲む     |
| 3 ほとんど飲まない | 4 もともと飲まない |

(7) タバコは吸っていますか。(○はひとつ)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1 ほぼ毎日吸っている | 2 時々吸っている    |
| 3 吸っていたがやめた | 4 もともと吸っていない |

(8) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(〇はいくつでも)

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 1 ない                | 2 高血圧                   |
| 3 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)    | 4 心臓病                   |
| 5 糖尿病               | 6 高脂血症 (脂質異常)           |
| 7 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) | 8 胃腸・肝臓・胆のうの病気          |
| 9 腎臓・前立腺の病気         | 10 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等) |
| 11 外傷 (転倒・骨折等)      | 12 がん (悪性新生物)           |
| 13 血液・免疫の病気         | 14 うつ病                  |
| 15 認知症 (アルツハイマー病等)  | 16 パーキンソン病              |
| 17 目の病気             | 18 耳の病気                 |
| 19 その他 ( )          |                         |

(9) 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

(10) 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

(11) 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

問10 認知症にかかる相談窓口の把握について

(1) 認知症の症状 (もの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がいますか。(〇はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

(2) 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 → (3)へ
- 2 いいえ → 次のページの (4)へ

問10 (2) で「1 はい」と回答された方におかがいします。

(3) 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 地域の精神科・脳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 (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 ( )                             |                       |

(4) 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 地域の精神科・脳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（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（                                | ）                     |
| 11 どこに相談すればいいかわからない                    |                       |

**問11** 高齢者向けのお知らせ等、情報の入手先について

(1) 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 「区政だより」や「くらしの便利帳」など広報誌 |
| 10 市のホームページ（インターネット）、メールマガジンなど                |                          |
| 11 新聞・テレビ・ラジオなど                               |                          |
| 12 その他（                                       | ）                        |
| 13 特になし                                       |                          |

■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■



**■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する場合**

① スマートフォン・タブレット端末のカメラで右の二次元コードを読み取ると、大阪市福祉局ホームページ「高齢者実態調査等の実施について」が表示されます。



↑  
大阪市のホームページ  
より回答専用サイトに  
アクセスできます。

※携帯電話端末（いわゆるガラケー）からは利用できません。

※パソコンの場合は、検索サイトで「大阪市 高齢者実態調査」

と検索いただくと、該当のページをご覧ください。

② 「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の下に表示の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 WEB回答専用サイト」をクリックしてください。

※大阪市ホームページを経由せず、直接アドレスバーにURLを入力する場合

[URL] <https://src.webcas.net/form/pub/src2/k271004n>

③ 次の画面が表示されたら、この調査票の最終ページの下に印字されているIDとパスワードを半角で入力し、「ログイン」ボタンを押してください。

④ 最終ページの下に印字されている「調査番号」を半角で入力し、「次へ」ボタンを押す。

⑤ 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。

(11月25日(火)までに回答ください。) ※次の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】**

◇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19ページの①～④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。

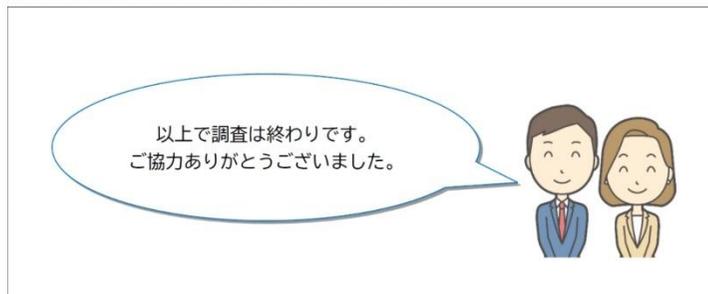
⑥ 最後の質問への回答が完了したら、画面下に表示されている「確認」ボタンを押してください。回答内容の確認画面が表示されますので、回答の修正を行う場合は「戻る」ボタンで、修正を行いたい間まで戻り修正を行ってください。

⑦ 回答内容の確認が完了したら、確認画面下の「登録」ボタンを押してください。

※「登録」ボタンを押さないと回答は送信されません。また「登録」ボタンを押した後に回答の修正はできませんのでご注意ください。



⑧ 次の画面が表示されましたら、調査は終了です。



※19～21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。

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

【ID (半角英数字)】

【パスコード (半角数字)】

【調査番号 (半角数字)】




\* ID・パスコードは、回答専用画面に入るための認証キーです。

\* 調査番号は、受け取られた封筒の色が水色なら1、茶色なら2、灰色なら3になります。