

おおさかしこうれいしや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
(介護保険サービス未利用者調査)

れいわ ねん がつ
令和4年9月

おおさかしふくしきよく こうれいしやきくぶ 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 【調査についてのお問い合わせ先】

ちようさじむきょく こうれいしやじったいちようさ
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：0120-683-549

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

① 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。

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ございません。

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します。

なお、23ページの問35以降については、介護にあたってのご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30分程度、介護されている方への調査に10分程度必要です。

■ 調査の対象となつてゐる方が、現在介護保険サービスを利用している場合や、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る	
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
ますが、ご了承よろしくお願いいたします。



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

真介護認定についておうかがいします。

問 3 あなたは要介護（要支援）認定を受けていますか。（○はひとつ）

1	いる	2	いない
---	----	---	-----

問3-1をお答えください

問 4へお進みください

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。(○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9-1

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()

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。(○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10-1

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。(○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)

- 350 -

6

7

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	手すりの取付け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	介護職員と看護員などが、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。
(○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12 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13 今後の在宅生活の継続に必要と感ずる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感ずる支援・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。

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。（〇はいとつ）

1	はい	2	いいえ
---	----	---	-----

問14-1 はい」と回答された方におうかがいします。

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	6	歯科衛生士	7	栄養士、管理栄養士
5	薬剤師	8	その他（		

問15 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）

問15 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）

1	自宅で生活しながらサービスを受けたい	2	施設等に入所（入居）したい
3	特になし	4	その他（

この質問は、問15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15-1 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）	13	福祉用具の貸与
12	小規模多機能型居宅介護	15	住宅改修
14	福祉用具の購入	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15-2、問15-3は、問15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15-2 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）

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】	介護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をします。
4 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をします。
5 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。
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】	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。

問15-3 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）

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

問16 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17 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18 外出を控えていますか。（○はひとつ）

1 はい	2 いいえ
------	-------

問18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。

問18-1 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 病氣	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 目の障がい	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（ ）

介護予防・重症化防止についておうかがいします。

問19 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

あなたが、介護予防として、今取り組みでいること、今後取り組みでみたいことに
Oをつけてください。(Oはいくつでも)

④ 取り組みでいること

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する
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と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

⑤ 取り組みでみたいこと

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する
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と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

④または⑤で「13 特になし」と回答された方におうかがいします。

問20-1

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

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

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)(O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21-1

かみ合わせはよいですか。(Oはひとつ)

1	はい
2	いいえ

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21-2

毎日入れ歯の手入れをしていますか。(Oはひとつ)

1	はい
2	いいえ

問22 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23 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24 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 |

問25 新型コロナウイルス感染症に対する感染対策を行っていますか。(○はひとつ)

- | | | | |
|---|-------|---|--------|
| 1 | 行っている | 2 | 行っていない |
|---|-------|---|--------|

問26へお進みください

問25で「1 行っている」と回答された方におかけします。

問25-1 あなたが行っている感染対策はどのようなものですか。(○はいくつでも)

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | 人と話す時は間隔を空けている (2 m 以上) |
| 2 | 会話の際は真正面を避けている |
| 3 | 大人数が集まる場所を避けている |
| 4 | こまめに手洗い・手指消毒をしている |
| 5 | こまめな換気を心掛けている |
| 6 | 外食をする場合は、少人数・短時間を心掛けている |
| 7 | 外食をする場合は、マスク会食をしている |
| 8 | その他 () |

すべての方におかけします。

問26 あなたは、新型コロナウイルス感染症に感染した経験はありますか。
(本調査は個人を特定するものではありません) (○はひとつ)

- | | | | |
|---|-------|---|--------|
| 1 | ある | 2 | ない |
| 3 | わからない | 4 | 答えたくない |

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かけします。

問27 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。
(○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 |

問28 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。
(○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 |

問29 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。(○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 |

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・グループ等にとのくらの頻度で参加していますか。(○はひとつ) ①～⑥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	さんに 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 自戒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、いきいきと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、いきいきと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・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

認知症についておうかがいします。

問31 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、又は家族に認知症の症状がある人いますか。(○はひとつ)

1 はい	2 いいえ
------	-------

問31-1

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31-1で「1. はい」と回答された方におうかがいします。

問31-2 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(フランチ)
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()

問31-3

あなたは、あなた又はあなたの家族が認知症について不安に感じるときは、と
ちらに相談されますか。(Q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（プラント）
- 8 認知症初期集 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 どこに相談すればいいかわからない
- 11 その他（ ）



こうれいしゃむ
高齢者向けのサービス情報

高齢者向けのサービス情報などについておうえします。

32 問 **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（プラランチ）
- 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 特になし

すべてのかた 全の方にお願いします。

問33とい

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 まんぞく
- 2 やや満足 まんぞく
- 3 やや満足でない まんぞく
- 4 満足でない まんぞく

問34

ご本人にご記入いただく間は、このページで終わります。
調査へのご協力ありがとうございます。

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。
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
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
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35 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36 あなたの性別、年齢、ご本人との同居の有無についてお答えをお願いします。
（それぞれ○はひとつ）

(1) 性別

1 男性	2 女性	3 その他、または、答えない
------	------	----------------

(2) 年齢

1 16歳未満	2 16歳から19歳	3 20代	4 30代
5 40代	6 50代	7 60代	8 70代
9 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37 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38

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39

介護を手助けしてくれる方はいいますか。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40

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、行っている介護についておうかがいします。

問41

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(食べるとき)	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)	
<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42

あなたが、自宅で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 使い捨て防水シート
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 ころみ剤
8 その他 ()

問43とい

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。
(⑥はいくつでも)

- 1 介護(対面)方法がわからならない(感染症への対応は除く)
- 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(新型コロナウイルス感染症の影響を除く)
- 4 身体的な負担が大きい(新型コロナウイルス感染症の影響を除く)
- 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 相談する相手がいらない
- 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 新型コロナウイルス感染症の影響で介護負担が増え、精神的な負担が大きい
- 17 新型コロナウイルス感染症の影響で介護負担が増え、身体的な負担が大きい
- 18 感染症への対応がわからない
- 19 その他()
- 20 特に困っていることはない

問44とい

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。(⑥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
しよくじ あた
- 3 つい大声でどなってしまったことがある
おほこえ
- 4 無視してしまったことがある
むし
- 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
ほんにん がいしゆつ へや
- 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
ほんにん ねんきん もろよきん ほんにんがいがい つか
- 7 その他（
た
- 8 特にない
とく

問44-1

どのような支援があれば、**問44**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45

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。(Qはひとつ)

- 1 知っている

上記のようないくつかの点で、お困りごとやご相談は、
ぜひ、お気軽に、お問い合わせください。

- ・お住まいの区の区役所の保徳福祉課（平日9：00～17：30）
 - ・お住まいの地域の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）
 - ・お住まいの地域の担当する総合相談窓口（プランチ）（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46 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
ねんい ない
- 2 いくつか利用してほしい
いく つか
- 3 利用してほしいくない
りよう
- 4 わからない
わ かん ない

問47 とい
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
いりよく、トイレ、しょくじなどのじふぎにしやう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
がいしゅつ、かものしやう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
かいご ひつようせい たかくなったら
- 4 認知症になったら・認知症が進んだら
にんちしづ になつたら・にんちしづがすすんだら
- 5 病気になるたら・病気が悪くなったら
びやうき になつたら・びやうきがわるくなつたら
- 6 ひとりにすることが心配になったら
ひとりに することがしんぱい になつたら
- 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
ほんにん がいごほけん サービスをりようするきもち になつたら
- 8 新型コロナウイルス感染症に対する不安がなくなったら
しんがた コロナウイルス かんせん 症たい たい に対するふあん がなくなつたら
- 9 病院から退院したら
びやういん からたいいん したら
- 10 経済的に余裕ができれば
けいざいてきによゆう ができたら
- 11 その他（
その他（
- 12 わからない
わからない
- 13 介護保険サービスの利用はしたくない
がいごほけん サービスのりようはしたくない

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
しんたいていじき にふたんをかんじたら
- 2 精神的に負担を感じたら
せいしんていじき にふたんをかんじたら
- 3 あなた自身が病気になるなど、健康状態が悪化したら
あなた自身がびょうきになるなど、けんこうじょうたいがあつかわる
- 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
こどもをそだてやほかのかぞえのせわやか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
かじと介護のりょうりつがむずかしくなったら
- 6 仕事と介護の両立が難しくなったら
しごとと介護のりょうりつがむずかしくなったら
- 7 経済的に余裕ができた
けいざいてきによゆうができた
- 8 その他（
その他（
- 9 介護保険サービスの利用はしたくない
かいてんほくさんのりようはしたくない

問49 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。
(⑥はいくつでも)

- 1 家族や親族の協力があること
かぞくやいっせきのかうりやくがあること
- 2 近所の人やボランティアに手伝いを頼めること
きんじょの人やボランティアにてつだいをたのめること
- 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
ひごろから本人のしん身のしやうえをぼうがいくよふにこころがけること
- 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
きんぎうの場合などあんしんしてがいくほけん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
きんぎうの場合などあんしんしていりよう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
よかん・きゅうじつでもいしや等にさうだんできること
- 7 介護者の心身のリフレッシュができること
がいくしやのしん身のりふれっしゅができること
- 8 介護者同士が交流できる場があること
がいくしやどうしがかうりゅうできるばがあること
- 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
がいくほけんせいどやサービスじぎょう所などについてけいほうがえやすいこと
- 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
本人、がいくしやがきぼうするがいくほけんサービスのしつ、りやうがくほくできること
- 11 介護についての相談窓口が身近にあること
がいくについてのさうだんまぐちがみぢかにあること
- 12 その他（
その他（
- 13 持にない
もてない

就業状況等についてお聞きします。

問50 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) 問50-1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) 31ページの問51へお進みください

問50-1は、問50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50-1 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50-2は、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50-2 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

すべての方へお聞きします。

問51

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。(フルタイム・パートタイム等の勤務形態は問いません。また、その後再就職等により現在は働いているという方であってもご回答ください。)(○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52

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支援
- 9 その他 ()
- 10 特にない
- 11 わからない

問53 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ある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、特になし
18	（確認しないと）わからない

問54 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。（それぞれの○はひとつ）

(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（プランチ）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・専門相談・申し立てによるあっせん、調停など） ☎06-6766-3800	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
(4) 国民健康保険団体連合会 （介護保険に関する相談・苦情） ☎06-6949-5418	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54の相談窓口以外で、あなたが、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55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ます。ご協力ありがとうございました。