

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7年●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：0120-〇〇〇-〇〇〇

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

《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、28ページの問35以降については、介護にあ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○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●分程度、介護されている方への調査に●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●年●月●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。ご了承ください。承よろしくお願いいたします。

とい
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。

とい
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 このはなく此花区 |
| 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 |

とい
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。

とい
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。（〇はいくつでも）

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 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 |

とい
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。（〇はひとつ）

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 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） | |

とい
問 6

あなたの介護をする方はいますか。（〇はひとつ）

- | | |
|------|----------------------------|
| 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」に〇をされた場合（介護をされている方）は介護者調査
（28ページの**問35**以降）の記入もお願いします。

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

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(肺気腫・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、主なもののひとつ 主な原因()番

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。

とい
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 ()

とい
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 | 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。

とい
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 ()

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
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をお答え
ください

12ページの
問13へ
お進みください

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。(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)

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。

サービス名	サービスの説明
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、状況に合っ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を行います。
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、よくそう、入浴を介助して、入浴の介護を行います。

サービス名	サービスの説明
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。(〇はひとつ)

- 1 すでに利用している → 問10-5へお進みください
- 2 今後、利用が必要な状態になれば利用したい
- 3 わからない
- 4 利用したくない → 問10-4をお答えください

問10-3で「4 利用したくない」と回答された方におうかがいします。

問10-4

利用したくない理由をお答えください。(〇はいくつでも)

- 1 リハビリテーションを利用する状態ではない
- 2 以前、利用していたサービスに不満があった
- 3 利用者負担が高い
- 4 リハビリテーションサービスが身近にない
- 5 利用したいが手続きや利用方法が分からない
- 6 手続きが面倒だから
- 7 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
- 8 どのようなサービスがあるかわからない
- 9 その他 ()

問10-5

令和●年●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10-6をお答えください
- 2 利用していない ……▶ 問10-7へお進みください

問10-5で「1 利用した」と回答された方におうかがいします。

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●年●月の1か月の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（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
⑪短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）	〇回	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上
⑫居宅療養管理指導	〇回	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うかがいします。

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）

- 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感染症などに感染する可能性が高くなるから
- 10 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・サービスともに含みます。

→問12をお答えいただいた方は、14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	かいごろうじんほけんしせつ 介護老人保健施設	かんご かいご ひつよう かた ざいたくせいかつ ふつき めざ 看護や介護の必要な方に、在宅生活への復帰を目指して いがくてき かんり もと きのおくねん 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 をおこな を行います。
3	かいごりょういん 介護医療院	ちようき りょうよう ひつよう かた りょうようじょう かんり かんご 長期にわたる療養が必要な方に、療養上の管理、看護、 いがくてきかんり もと かいご きのおくねん ひつよう いりょう 医学的管理の下における介護や機能訓練、必要な医療や にちじょうせいかつ せ わ 日常生活のお世話などをします。
4	にんちしょうたいおうがたきょうどうせいかつ 認知症対応型共同生活 かいご 介護 (グループホーム)	にんちしょう かた たいしょう にちじょうせいかつじょう せ わ きのおくねん 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	とくていしせつにゆうきょしゃせいかつかいご 特定施設入居者生活介護 かいごつ ゆうりょうろうじん (介護付き有料老人ホー ム等)【地域密着型を含む】	かいごつ ゆうりょうろうじん とく にゅうきょ かた たい にゅうよく 介護付き有料老人ホーム等に入居する方に対し入浴、 しょくじ た にちじょうせいかつじょう せ わ 食事その他日常生活上のお世話をします。
6	ようごろうじん 養護老人ホーム	かんきょうじょう りゅうおよ けいざいてきりゅう したく せいかつ こんなん 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	けいひろうじん 軽費老人ホーム	しんたいきのう ていかとう じりつ にちじょうせいかつ いとな 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 しょくじ ていきょう にゅうよくとう じゅんぴ そうだんおよ えんじょ しゃかいせいかつじょう で食事の提供、入浴等の準備、相談及び援助、社会生活上 べんぎ きょうよ た にちじょうせいかつじょうひつよう べんぎ ていきょう 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	せいかつしえん 生活支援ハウス	おおさかしな い じゅうしょ ゆう さいいじょう かた 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 どくりつ せいかつ ふあん せたい ぞく かた かぞく 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 きのう きょじゅうきのうおよ こうりゅうきのう そうごうてき ていきょう 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 しえん こうれいしゃ あんしん けんこう あか せいかつ おく 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	た しせつ その他の施設	しょう しゃしせつ きゅうごしせつとう 障がい者施設や救護施設等

とい
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うかがいします。

とい
問13-2

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。（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。

とい
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へお進みください

問14で「1 はい」と回答された方におうかがいします。

とい
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^{かた}の方におうかがいします。

とい
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
(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

とい
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。

とい
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 |

とい
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。

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。

とい
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。(〇はひとつ)

- 1 自宅で生活しながらサービスを受けたい 17ページの問17-1を
 (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)
 17ページのお答えください
- 2 施設等に入所(入居)したい 17ページの問17-2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
 18ページのお進みください
- 3 特になし(現在利用しているサービスのみでよい)

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。

とい
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、7～9ページの問10-2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^{ほうもん}リハビリテーション
- 6 居宅^{きょたく}療^{りょう}養^{よう}管理指導
- 7 通所^{つうしょ}介護（デイサービス）
- 8 介護^{かいご}予防^{よぼう}型通所サービス（^{げんこうそうとうがた}現行相当型）
- 9 短時間^{たんじかん}型通所サービス（^{きじゅんかんわがた}基準緩和型）
- 10 通所^{つうしょ}リハビリテーション（デイケア）
- 11 短期^{たんき}入所^{にゅうしょ}生活介護・療^{りょう}養^{よう}介護（ショートステイ）
- 12 小規模^{しょうきぼ}多機能^{たきのう}型居宅介護
- 13 福祉^{ふくし}用具^{ようぐ}の貸与^{たいよ}
- 14 福祉^{ふくし}用具^{ようぐ}の購入^{こうにゅう}
- 15 住宅^{じゅうたく}改修^{かいしゅう}
- 16 定期^{ていき}巡回^{じゅんかい}・随時^{すいじ}対応^{たいおう}型訪問^{ほうもん}介護看護^{かいごかんご}（24時間サービス）
- 17 訪問^{ほうもん}入浴^{にゅうよく}介護
- 18 夜間^{やかん}対応^{たいおう}型訪問^{ほうもん}介護
- 19 看護^{かんご}小規模^{しょうきぼ}多機能^{たきのう}型居宅介護
- 20 その他（）
- 21 ^{とく}特^{とく}にない

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、12、13ページの問13をご参照ください。）

- 1 介護老人福祉施設（特別^{とくべつ}養護^{ようご}老人ホーム）【地域密着^{ちいきみっちゃくがた}型を含む^{ふく}】
- 2 介護老人保健施設
- 3 介護医療院
- 4 認知症^{にんちしょう}対応^{たいおう}型共同^{きょうどう}生活介護（グループホーム）
- 5 特定^{とくてい}施設入居者^{しせつにゅうきょしや}生活介護（介護^{かいご}付き有^{ゆう}料^{りょう}老人ホーム等^{とう}）【地域密着^{ちいきみっちゃくがた}型を含む^{ふく}】

がいしゅつ

外出についておうかがいします。

とい
問18

しゅう かいらいじょう がいしゅつ

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

とい
問19

さくねん くら がいしゅつ かいすう

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

とい
問20

がいしゅつ ひか

外出を控えていますか。(〇はひとつ)

1 はい

2 いいえ → 問21へお進みください

とい
問20-1

こた

をお答えください

とい
問20

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。

とい
問20-1

がいしゅつ ひか

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

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()

介護予防・重度化防止についておうかがいします。

問21

あなたは、介護予防についてどれほど意識していますか。(〇はひとつ)

- | | |
|--------------|------------|
| 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

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〇をつけてください。(〇はいくつでも)

① 取り組んでいること

- | |
|---|
| 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とる |
| 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 |

② とく 取り組んでみたいこと

- 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

問22 の①または②で「13 とく 特にない」と回答された方におうかがいします。

問22-1

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。（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、今後取り組みようと思っている
- 6 一緒に取り組む人がいないから
- 7 その他（ ）

けんこうじょうたい
健康状態についておうかがいします。

とい
問23

は かす い ば りようじょうきょう こた
歯の数と入れ歯の利用状況をお答えください。
せいじん は そうほんすう おやし ぶく ほん
(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 じぶん は ほんいじょう い ば りよう
自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
- 2 じぶん は ほんいじょう い ば りよう
自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
- 3 じぶん は ほんい か い ば りよう
自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
- 4 じぶん は ほんい か い ば りよう
自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

とい
問23-1

あ
かみ合わせはよいですか。(○はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

とい
問23 で「1 じぶん は ほんいじょう い ば りよう
自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3 じぶん は ほんい か い
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。

とい
問23-2

まいにち い ば て い
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

とい
問24

あなたが かん で 食べる とき の じょうたい 状態は、次のどれにあてはまりますか。(○はひとつ)

- 1 なん た
何でも、かん で 食べる ことができる
- 2 いちぶ た もの
一部、かめない 食べ物 がある
- 3 た もの おお
かめない 食べ物 が多い
- 4 かん で 食べる ことは できない

とい
問25

ちゃ しるものとう
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

とい
問26

げんざい けんこうじょうたい
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^い医・かかりつけ^{しか い し}歯科医師・かかりつけ^{やくざいし}薬剤師についておうかがいします。

とい
問27

かかりつけ^{い し}の医師はあなたが通院^{つういん}できなくなった時に自宅^{とき じたく き}に来てくれますか。
(○はひとつ)

- 1 かかりつけ^{い し}の医師がいて、自宅^{じたく き}に来てくれる(と思う^{おも})
- 2 かかりつけ^{い し}の医師がいるが、自宅^{じたく き}に来てくれない(と思う^{おも})
- 3 かかりつけ^{い し}の医師がいるが、自宅^{じたく き}に来てくれるかはわからない
- 4 かかりつけ^{い し}の医師がない

とい
問28

かかりつけ^{しか い し}の歯科医師はあなたが通院^{つういん}できなくなった時に自宅^{とき じたく き}に来てくれますか。
(○はひとつ)

- 1 かかりつけ^{しか い し}の歯科医師がいて、自宅^{じたく き}に来てくれる(と思う^{おも})
- 2 かかりつけ^{しか い し}の歯科医師がいるが、自宅^{じたく き}に来てくれない(と思う^{おも})
- 3 かかりつけ^{しか い し}の歯科医師がいるが、自宅^{じたく き}に来てくれるかはわからない
- 4 かかりつけ^{しか い し}の歯科医師がない

とい
問29

かかりつけ^{やくざいし}の薬剤師・薬局^{やっきょく}はあなたが通院^{つういん}できなくなった時に自宅^{とき じたく き}に来てくれますか。(○はひとつ)

- 1 かかりつけ^{やくざいし}の薬剤師・薬局^{やっきょく}があり、自宅^{じたく き}に来てくれる(と思う^{おも})
- 2 かかりつけ^{やくざいし}の薬剤師・薬局^{やっきょく}があるが、自宅^{じたく き}に来てくれない(と思う^{おも})
- 3 かかりつけ^{やくざいし}の薬剤師・薬局^{やっきょく}があるが、自宅^{じたく き}に来てくれるかはわからない
- 4 かかりつけ^{やくざいし}の薬剤師・薬局^{やっきょく}がない

ちいき かつどう
地域での活動についておうかがいします。

とい
問30

い か かい とう ひんど さんか
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。(〇はひとつ)
①～⑧それぞれに回答してください。(それぞれ〇はひとつ)

		しゅう かい 週 4回 いじょう 以上	しゅう 2～ かい 3回	しゅう かい 週 1回	つき 月 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	しゅ みかんけい 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④	がくしゅう きょうよう 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 百歳体操やラジオ体操 とう かいごよぼう 等の介護予防のための たいそう うんどう かよ ば 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 上記⑤-1 以外の介護 よぼう かよ ば 予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥	ろうじん 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦	ちやうないかい じち かい 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧	しゅうにゅう しごと 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

とい
問30-1

ちいきじゅうみん ゆうし けんこう かつどう しゅみとう かつどう おこな
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。(〇はひとつ)

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

とい
問30-2

ちいきじゅうみん ゆうし けんこう かつどう しゅみとう かつどう おこな
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。(〇はひとつ)

- | | |
|-----------|-------------|
| 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 |

にんちしょう
認知症についておうかがいします。

とい
問31

にんちしょう しょうじょう わす あっか にんちしょう うたが ふく また かぞく
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 |
|------|-------|

とい
問31-1

にんちしょう かん そうだんまどぐち し
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 | 2 いいえ ……→ とい 問32へお進みください |
|------|--|

とい
問31-1で「1 はい」と回答された方におうかがいします。

とい
問31-2

にんちしょう かん そうだんまどぐち し
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() |

とい
問31-3

あなたは、あなた^{また}又はあなたのご家族^{かぞく}が認知症^{にんちしょう}について不安^{ふあん}に感じるときは、どちらに相談^{そうだん}されますか。（〇はいくつでも）

- 1 かかりつけの医師^{いし}
- 2 地域^{ちいき}の精神科^{せいしんか}・脳神経内科^{のうしんけいないか}などの医療機関^{いりようきかん}
- 3 認知症疾患医療センター^{にんちしょうしっかんいりよう}
- 4 民生委員^{みんせいいいいん}・町会^{ちょうかい}などの地域役員^{ちいきやくいん}
- 5 介護支援専門員^{かいごしえんせんもんいん}（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^{かいごほけんじぎょうしゃ}
- 6 特別養護老人ホーム^{とくべつようごろうじん}、介護老人保健施設^{かいごろうじんほけんしせつ}、グループホームなどの介護保険事業者^{かいごほけんじぎょうしゃ}
- 7 地域包括支援センター^{ちいきほうかつしえん}または総合相談窓口^{そうごうそうだんまどぐち}（ランチ）
- 8 認知症初期集^{にんちしょうしよ}中^{きしゅうちゅうしえん}支援チーム^{つうしやう}（通称「オレンジチーム」）
- 9 区役所^{くやくしよ}・保健福祉センター^{ほけんふくし}
- 10 どこに相談^{そうだん}すればいいかわからない
- 11 その他^た（ ）

こうれいしゃ む **じょうほう**
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32

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または総合相談窓口（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}方におうかがいします。

とい
問33

あなたの^{げんざい}現在の^{せいかつ}生活の^{まんぞくど}満足度は次のどれにあてはまりますか。(○はひとつ)

1 ^{まんぞく}満足

2 やや^{まんぞく}満足

3 やや^{まんぞく}満足でない

4 ^{まんぞく}満足でない

とい
問34

^{かいごほけんせいど}介護保険制度について、^{かいごほけん}介護保険サービスの^{りようしゃ}利用者として、^{いけん}ご意見・^{ようぼうとう}ご要望等がありましたら、次の^{つぎ}欄に^{らん}記入してください。

^{ほんにん}ご本人にご^{きにゆう}記入いただく^{とい}問は、このページで^お終わりです。
^{ちょうさ}調査への^{きょうりよく}ご協力ありがとうございました。

※次のページからは、^{とい}問6【あなたの^{かいご}介護をする方はいますか】で「1 いる」に
○をつけた^{かた}方のみお答えください。

なお、^{かいとう}回答については、^{ふだん}普段、^{ほんにん}ご本人を^{おも}主に^{かいご}介護している^{かた}方（^{かいご}介護サービス
^{じぎょうしゃ}事業者を除く）に^{きにゆう}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。）

とい
問35

あなたは、ご本人とはどのような関係ですか。（〇はひとつ）

- | | | |
|-------|---------|---------|
| 1 配偶者 | 2 子 | 3 子の配偶者 |
| 4 孫 | 5 兄弟・姉妹 | 6 その他 |

とい
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うかがいします。
 （それぞれ〇はひとつ）

（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 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 |
|----------|-----------|

とい
問37

あなたの健康状態はいかがですか。（〇はひとつ）

- | | |
|-------------|-------------|
| 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（ ）

とい
問38

あなたがよく話をする相手は誰ですか。(〇はいくつでも)

- | | | |
|---------|---------------|-----------|
| 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 | | |

とい
問39

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〇をつけてください。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------|---------------|
| 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 | |

にんちしょう
認知症についておうかがいします。

とい
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〇をつけてください。(〇はひとつ)

- 全く認知症の症状がない
- 何らかの認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している
- 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
- 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
- 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
- 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、^{おこな}行っている^{かいご}介護についておうかがいします。

とい
問41

あなたは、ご本人^{ほんにん}に対し、どのような^{かいご}介護^{おこな}を行っていますか。(〇はいくつでも)

<身体介護<^{しんたいかいご}

- | | |
|--|---|
| 1 日中の排泄 ^{にっちゅう はいせつ} | 2 夜間の排泄 ^{やかん はいせつ} |
| 3 食事の介助(食べる時) ^{しょくじ かいじょ た} | 4 入浴・洗身・洗髪 ^{にゅうよく せんしん せんぱつ} |
| 5 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) ^{み せんが ん はみが どう} | 6 衣服の着脱 ^{いふく ちゃくだつ} |
| 7 屋内の移乗・移動 ^{おくない いじょう いどう} | 8 外出の付き添い、送迎等 ^{がいしゅつ つ そ そうげいどう} |
| 9 服薬 ^{ふくやく} | 10 認知症状への対応 ^{にんちしょうじょう たいおう} |
| 11 医療面での対応(経管栄養、ストーマ(人工肛門)等) ^{いりょうめん たいおう けいかんえいよう じんこうこうもん どう} | |

<生活援助<^{せいかつえんじょ}

- | | |
|--|---|
| 12 食事の準備 ^{しょくじ じゅんび} | 13 その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) ^{た か じ そうじ せんたく か もの どう} |
| 14 金銭管理や生活面に必要な諸手続き ^{きんせんか んり せいかつめん ひつよう しょうてつづ} | |

<その他<^た

- | | |
|-----------|----------|
| 15 その他() | 16 わからない |
|-----------|----------|

とい
問42

あなたが、自宅^{じたく}での^{かいご}介護^{おこな}を行う^{うえ}上で紙おむつや尿とりパッドのほかに、次のうち、毎月^{まいつき}もっとも必要とするものに〇をつけてください。(〇はひとつ)

- 1 清拭剤(からだふき・おしりふきを含む)^{せいしきざい ふく}
- 2 ドライシャンプー
- 3 使い捨て手袋^{つか す てぶくろ}
- 4 使い捨て防水シート^{つか す ぼうすい}
- 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)^{こうくう ようひん は}
- 6 消臭剤(スプレータイプ、シートタイプ、液体タイプなど)^{しょうしゅうざい えきたい}
- 7 とろみ剤^{ざい}
- 8 その他()

あなたが、自宅での介護を行おうで困っていることはどのようなことですか。
(〇はいくつでも)

- 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 育児もあり負担が大きい
- 8 自分の時間がもてない
- 9 家族や近隣の人等の理解や協力が得られない
- 10 本人との関係がうまくいっていない
- 11 本人が介護保険サービスの利用を望まない
- 12 相談する相手がない
- 13 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
- 14 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
- 15 介護保険サービスの内容に不満(具体的に:)
- 16 自分自身に持病や障がいがある
- 17 その他()
- 18 特に困っていることはない

とい
問44

あなたが、自宅での介護を行おうと、次のような状態になったことがありますか。(〇はいくつでも)

- 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

とい
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。

とい
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。(〇はひとつ)

- | | |
|---------|--------|
| 1 知っている | 2 知らない |
|---------|--------|

じょうき
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 (ランチ) (平日9:00~17:30)
- ・ 大阪市休日夜間障がい者・高齢者虐待ホットライン ☎06-6206-3725 (上記以外の時間帯での受付)

とい
問46

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。それぞれ「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

とい
問47

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 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

とい
問47-1

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。

とい
問48

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49 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49-1**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） 35ページの**問50**へお進みください

問49-1 は、**問49** 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49-1 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49-2は、問49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49-2 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。（〇はひとつ）

- | | |
|------------------|-------------------|
| 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 | |

すべての方へおうかがいします。

問50 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・パートタイマー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。）（〇はいくつでも）

- 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。

とい
問51

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いますか。(〇は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

不安に感じるについておうかがいします。

とい
問52

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)(〇は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・洗髪
- 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 にんちしょうじょう たいおう 認知症 状 への対応

11 いりようめん たいおう けいかんえいよう 医療面での対応（経管栄養、ストーマ（人工肛門）等）

12 しょくじとう じゅんび ちようりとう 食事等の準備（調理等）

13 た か じ そうじ せんたく か ものとう その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）

14 きんせんかんり せいかつめん ひつよう しょうてつづ 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

15 かんせんしょう たいおう てあら かんき しょうどくとう 感染症への対応（手洗い・うがい、換気、消毒等）

16 た その他（ ）

17 ふあん かん とく 不安に感じていることは、特にな

18 かくにん （確認しないと）わからない

とい
問53

かいごほけんせいど 介護保険制度について、かいごしゃ 介護者として、いけん ご意見・ようぼうとう ご要望等がありましたら次の欄に記入してください。

いじよう ちょうさ お 以上で調査は終わりです。ご協 きようりよく 力 ありがとうございます。