

# おおさかこしうれいしゃじつ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  
(介護保険サービス利用者調査)

れいわ ねん がつ  
令和7年7月

おおさかこしうれいしゃじつたいちようさひよう  
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。

### 大阪市高齢者実態調査

(介護保険サービス利用者調査)

ログインID

パスワード

① 表紙「ID」欄のk+5ケタの番号を入力  
(半角で入力)

② 表紙の「パスワード」を入力  
(半角で入力)

③ 「ID」「パスワード」を入力したら、「ログイン」を押す

ログイン

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。

かいとうれい  
【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  
 〇 ぼや不満である  
 〇 不満である  
 〇 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)

認定結果が思った介護度より軽かった  
 認定結果が思っ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

「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」ボタンで、「次へ」の質問に進むには「次へ」ボタンを押す。

「戻る」ボタンを押す

「登録」ボタンを押す

一時保存

かいとうちゆうほざん  
◇ 回答途中で保存したい場合

かいとう  
① 回答ページの下にある「一時保存」ボタンを押す  
かいめん  
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。

かいとう  
◇ 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。

さいご  
④ 最後の質問への回答が終わりまりましたら、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

「登録」ボタンを押す。

一時保存

つぎ  
⑤ 次の画面が表示されましたら、調査は終了です。

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。

かいとうかめん  
※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。

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》

調査の対象となった方が、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。

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、はつ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ありません。

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。

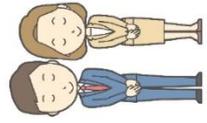
なお、31ページの問35以降については、介護にあたっていらっしゃる家族の方などがお答えください。

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とがほとんどです。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。)

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きます。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あります。また、ご了承よろしくお願いいたします。



**問4** あなたが現在抱えている傷病等(先治したものは除き、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                  |

**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) |   |                 |

**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 **ア** 主に事業者 **イ** 主に家族など

2 いない **問7**

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(31ページの問35以降)の記入もお願いいたします。

**問6-1**

**問1** この調査票をご記入されるのは誰ですか。(〇はひとつ)

- |   |                |   |              |
|---|----------------|---|--------------|
| 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(あて名ご本人:以降の質問も同じ)の性別、年齢、居住区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。(〇はひとつ)

- |   |      |   |       |   |       |
|---|------|---|-------|---|-------|
| 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。



介護保険サービスの利用状況についてお答えいたします。

**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 .....▶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」、「3 その他」と回答された方にお答えください。**

**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答えください。

**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、日帰りでの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                    | 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                     | 介護職員と看護士などが、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)

- 1 すでに利用している ..... 問10-5へ
- 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へ

問10-3で「4 利用したくない」と回答された方にお答えいたします。

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)

- 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)

- 1 利用した ..... 問10-6へ
- 2 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「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 週間の利用回数 (それぞれ〇はひとつ) |           |           |           |           |           |
|--------------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                          | 利用して<br>いない           | 週1回<br>程度 | 週2回<br>程度 | 週3回<br>程度 | 週4回<br>程度 | 週5回<br>以上 |
| (※回答例)<br>〇〇〇サービス        | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ①訪問介護<br>(ホームヘルプサービス)    | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ②訪問入浴介護                  | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ③訪問看護                    | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ④訪問リハビリテーション             | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ⑤通所介護<br>(デイサービス)        | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ⑥通所リハビリテーション<br>(デイケア)   | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |
| ⑦夜間対応型訪問介護<br>(訪問のあった回数) | 〇                     | 1回        | 2回        | 3回        | 4回        | 5回<br>以上  |

|                       | 利用の有無 (それぞれ〇はひとつ) |      |      |
|-----------------------|-------------------|------|------|
|                       | 利用して<br>いない       | 利用した | 利用した |
| ⑧定期巡回・随時対応型訪問<br>介護看護 | 1                 | 2    | 利用した |
| ⑨小規模多機能型居宅介護          | 1                 | 2    | 利用した |
| ⑩看護小規模多機能型居宅<br>介護    | 1                 | 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<br>いない              | 1日～7日<br>程度 | 8日～14日<br>程度 | 15日～<br>21日程度 |
| ⑪短期入所生活介護・<br>療養介護(ショートステイ) | 0回                       | 1～7日        | 8～14日        | 15日～<br>21日程度 |
| ⑫居宅療養管理指導                   | 0回                       | 1～7日        | 8～14日        | 15日～<br>21日程度 |

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あるから
- 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)

- 配食
- 調理
- 掃除・洗濯
- 買い物(宅配は含まない)
- ゴミ出し
- 外出同行(通院、買い物など)
- 移送サービス(介護・福祉タクシー等)
- 見守り、声かけ
- サロンなどの定期的な通いの場
- その他 ( )
- 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・サービスにも含みます。  
→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○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                            | 看護や介護が必要な方に、在宅生活への復帰を旨と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 management 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。 |
| 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、生活上の便宜の供与、その他の日常生活に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 | 大版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 その他の施設  | 障がい者施設や救護施設等  |

**問13-1** あなたが、施設等に入所（入居）を希望した理由は何か。（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いから
- 5 在宅サービスより施設の方が経済的負担が少なかったから
- 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。

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。(○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。(○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うかがいします。

問14-1 訪問されている方は誰ですか。(○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 ( )

すべての方におうかがいします。

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○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     |

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。

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。(○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。



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。

問20-1 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 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( )

問21 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
- 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22-1へ

② 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
- 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22-1へ



問22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。

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う理由は何ですか。(〇はい/×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 ( )

健康状態についておうかがいします。

問23 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) (〇はひとつ)

- 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23-1 かみ合わせはよいですか。(〇はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問23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うかがいします。**

問23-2 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

問24

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。(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

問25

お茶や汁物等でもせることはありますか。(〇はひとつ)

- 1 はい 2 いいえ

問26

現在のあなたの健康状態はいかがですか。(〇はひとつ)

- 1 とてもよい 2 まあよい
- 3 あまりよくない 4 よくない

かかりつけ医・かかりつけ歯科医師・かかりつけ薬剤師についておうかがいします。

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。(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

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。(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