

**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り自宅に来にくくなりますか。(○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・グループ等にとどのくらいの頻度で参加していますか。(○はひとつ)

①～⑧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	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 百歳体操やラジオ体操 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者として参加してみたいと思いますか。(○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企画・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 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

**認知症についておうかがいします。**

**問31** 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。(○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31-2**

問31-2と問31-3は、問31-1で「1 はい」(認知症に関する相談窓口を知っている)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。(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(プランチ)
- 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( )

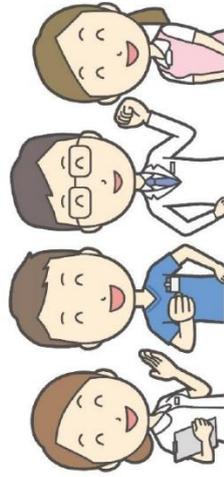
問31-3 あなたは、あなた又はあなたのご家族が認知症について不安に感じるときは、どちらに相談されますか。(〇はいくつでも)

- 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(プランチ)
- 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 どこに相談すればいいかわからない
- 11 その他( )

問32 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。(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 特にない



すべての方におうかがいします。

**問33** 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

**問34** 介護保険制度について、介護保険サービスの利用者として、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。



ご本人にご記入いただく問は、  
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した。

※次のページからは、問6【あなたの介護をする方はいいますか】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」といいます）にご回答ください。  
(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 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いますか。あればまるまるのすべてに○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

問40 認知症についておうかがいします。

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、でも、誰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

問41 あなたが、行っている介護についておうかがいします。

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・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 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

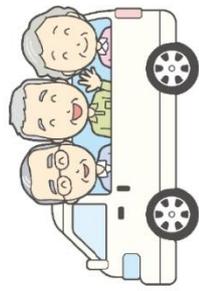
問42 あなたが、自宅で介護を行う上で紙おむつや尿とりパットのほかに、次のうち、毎月もつとも必要とするものに○をつけてください。(○はひとつ)

- 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、ウエットティッシュ、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 ころも剤
- 8 その他 ( )

問43

あなたが、自宅で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。(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 自分の時間もでない
- 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 相談する相手がいない
- 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ある
- 17 その他 ( )
- 18 特に困っていることはない



問44

あなたが、自宅で介護を行ううえで、次のような状態になったことがありますか。(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

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。(〇はひとつ)

- 1 知っている
- 2 知らない

上記のようなことでの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:00~17:00)
- ・お住まいの地域を担当する総合相談窓口(プランチ) (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)



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きますか、または、していませんか。(○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。(○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



すべての方におうかがいします。

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。)(○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な支援
- 9 その他 ( )
- 10 特になし
- 11 わからない

不安に感じることについてお答えいたします。

問52

現在の生活を継続していくにあたって、あなたか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 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53

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。



以上で調査は終了です。  
ご協力ありがとうございました。

# おおさか こうれいしゃ じつたい ちようさ びよう 大阪市高齢者実態調査票

かいご ぼけん  
(介護保険サービス未利用者調査)

れいわ ねん がつ  
令和7年7月

おおさか しやくし きやう  
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/k271004m>

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票

(介護保険サービス未利用者調査)

ログインID ※必須

k00123

パスワード ※必須

Ab12

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。

【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  
 やや不満である  
 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りすぎます  
 認定の審査期間が短い  
 その他

あてはまる項目にチェックを入れてください。

「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。

「次へ」ボタンを押すと、次のページの質問に進むには「次へ」ボタンを押す。

戻る 一時保存 次へ

◇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)  
 ※これにて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

「登録」ボタンを押す。

一時保存

- 5 次の画面が表示されましたら、調査は終了です。

以上で調査は終了です。  
 ご協力ありがとうございました。

※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》

- ◎ 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、25ページの問34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。

- ◎ 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。

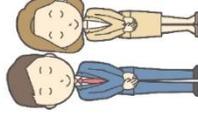
- 調査の対象となっている方が、現在介護保険サービスを利用している場合や、何らかの事情により回答できない場合には、次のいずれかに○をつけて、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて返送ください。

- 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答えをお願いします。**

**問2** あなた (あて名) 本人: 以降の質問も同じ) の性別、年齢、居住区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  |

**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 受けている
- 2 受けていない → **問4**

**問3-1**

**問3** で「1 受けている」(要介護 (要支援) 認定を受けている) と回答された方にお答えをお願いします。

**問3-1** 要介護度に○をつけてください。(○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。

**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。(○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ご家族の状況についてお答えをお願いします。(○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いますか。(○はひとつ)

1 いる 2 いない **→問7**

ア 主に事業者  
イ 主に家族など

1 「イ 主に家族など」に○をされた場合(介護をされている方は介護者調査(25ページの問34以降)の記入もお願いします。)

**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。(○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、主なものとつ 主な原因  番

**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、何かご不満な点はありましたか。(○はひとつ)

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

**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 認定調査の説明がわかりにくかった
- 6 その他( )