

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 みりようしゃちょうさ
(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●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： 0120-0000-0000

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、22ページの問34以降については、介護にあたっている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●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●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。ですが、ご了承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。(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。

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 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 |

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 3

あなたは要介護 (要支援) 認定を受けていますか。(〇はひとつ)

- | | |
|------|--------------------------|
| 1 いる | 2 いない ……→ とい問 4 へお進みください |
|------|--------------------------|

とい問 3-1 をお答えください

問3で「1 いる」と回答された方におうかがいします。

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うかがいします。(○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) | |

とい
問 6

あなたの^{かいご}介護をする方はいますか。(○はひとつ)

1 いる

2 いない …→^{とい}問 7へお進みください

→ ア ^{おも}主に^{じぎょうしゅ}事業者

→ イ ^{おも}主に^{かぞく}家族など

1 「イ ^{おも}主に^{かぞく}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
(22ページの^{とい}問34以降)の記入もお願いします。

^{とい}問 6で「1 いる」と回答された方におうかがいします。

とい
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^{かいご}介護を含む)(○はひとつ)

1 ない

2 ^{かぞく}家族・^{しんぞく}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

とい
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 ^{のうそっちゅう}脳卒中(脳出血・^{のうしゅっけつ}脳梗塞等)

2 ^{しんぞうびょう}心臓病

3 ^{あくせいしんせいぶつ}がん(悪性新生物)

4 ^{こきゅうき}呼吸器の病気(肺気腫・^{はいえん}肺炎等)

5 ^{かんせつ}関節の病気(リウマチ等)

6 ^{にんちしょう}認知症(アルツハイマー病等)

7 ^{びょう}パーキンソン病

8 ^{とうようびょう}糖尿病

9 ^{じんしかん}腎疾患(透析)

10 ^{しかく}視覚・^{ちょうかくしょう}聴覚障がい

11 ^{こっせつ}骨折・^{てんとう}転倒

12 ^{せきついそんしょう}脊椎損傷

13 ^{こうれい}高齢による衰弱

14 その他()

15 わからない

とい
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、主なものひとつ 主な原因()番

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。（〇はひとつ）

- 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。（〇はひとつ）

- 1 特にな
- 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。（〇はいくつでも）

- 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。(〇はひとつ)

- 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で「2 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。(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。
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)

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、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。
(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 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12

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 以前利用していた 問13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12-1をお答えください

問12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12-1

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わからない
- 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 ()

とい
問13

げんざい りよう かいごほけん いがい しえん かいとう
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（〇はいくつでも）

- | | |
|---|---|
| 1 はいしょく
配食 | 2 ちょうり
調理 |
| 3 そうじ せんたく
掃除・洗濯 | 4 か もの たくはい ふく
買い物（宅配は含まない） |
| 5 だ
ゴミ出し | 6 がいしゅつどうこう つういん か もの
外出同行（通院、買い物など） |
| 7 いそう サービス（かいご ふくし どう
移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8 みまも こえ
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 とく
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。

とい
問14

こんご ざいたくせいかつ けいぞく ひつよう かん しえん げんざいりよう
今後の在宅生活の継続に必要とを感じる支援・サービス（現在利用しているが、さら
なる充実が必要とを感じる支援・サービス）について、ご回答ください。
（〇はいくつでも）

- | | |
|---|---|
| 1 はいしょく
配食 | 2 ちょうり
調理 |
| 3 そうじ せんたく
掃除・洗濯 | 4 か もの たくはい ふく
買い物（宅配は含まない） |
| 5 だ
ゴミ出し | 6 がいしゅつどうこう つういん か もの
外出同行（通院、買い物など） |
| 7 いそう サービス（かいご ふくし どう
移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8 みまも こえ
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 とく
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。

とい
問15

げんざい いりようじゅうじしゃ ほうもん う
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→ とい 問16へお進みください |
|------|---|

とい 問15で「1 はい」と回答された方におうかがいします。

とい
問15-1

ほうもん かた だれ
訪問されている方は誰ですか。（〇はいくつでも）

- | | | |
|---|----------------------|-------------------------------|
| 1 い し
医師 | 2 し か い し
歯科医師 | 3 かんごし
看護師 |
| 4 り がくりょうほうし さぎょうりょうほうし せんもんしよく
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 やくざいし
薬剤師 | 6 し か えいせいし
歯科衛生士 | 7 えいようし かんりえいようし
栄養士、管理栄養士 |
| 8 その他（ ） | | |

介護保険サービスの今後の利用意向についておうかがいします。

問16

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。
(○はひとつ)

1 自宅で生活しながらサービスを受けたい

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

問16-1を
お答えください

2 施設等に入所(入居)したい

特別養護老人ホーム・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

12ページの問16-2へ
お進みください

3 特になし

13ページの問17へ
お進みください

この質問は、問16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16-1

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○をつけてください。(○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)

12 小規模多機能型居宅介護

13 福祉用具の貸与

14 福祉用具の購入

15 住宅改修

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16-2、問16-3は、問16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16-2 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】	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 (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などをします。
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。

問16-3 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

がいしゅつ
外 出 についておうかがいします。

とい
問17 しゅう かいいじょう がいしゅつ
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 しゅう かい
週 1 回

3 しゅう かい
週 2～4 回

4 しゅう かいいじょう
週 5 回以上

とい
問18 さくねん くら がいしゅつ かいすう へ
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

とい
問19 がいしゅつ ひか
外出を控えていますか。(○はひとつ)

1 はい

2 いいえ

とい
問19で「1 はい」(がいしゅつ ひか
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19-1 がいしゅつ ひか りゆう つぎ
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 びょうき
病気

2 しょう のうそっちゅう こういしょう
障がい(脳卒中の後遺症など)

3 あしこし いた
足腰などの痛み

4 トイレのしんぱい
心配

5 みみ しょう き もんだい
耳の障がい(聞こえの問題)

6 め しょう
目の障がい

7 そと たの
外での楽しみがない

8 けいざいてき で
経済的に出られない

9 こうつうしゅだん
交通手段がない

10 その他 ()

かいごよぼう じゅうどかぼうし
介護予防・重度化防止についておうかがいします。

とい
問20 あなたは、かいごよぼう いしき
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 いしき
意識している

2 やや いしき
やや意識している

3 あまり いしき
あまり意識していない

4 いしき
意識していない

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。（○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 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21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21-1

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22

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22-1

かみ合わせはよいですか。(〇はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問22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22-2

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

とい
問23

あなたが^たかんで^た食べる^{とき}時の^{じょうたい}状態は、次の^{つぎ}どれにあてはまりますか。(○はひとつ)

- | | |
|--|---|
| 1 ^{なん} 何でも、 ^た かんで ^た 食べることができる | 2 ^{いちぶ} 一部、 ^た かめない ^{もの} 食べ物がある |
| 3 ^た かめない ^{もの} 食べ物が多い | 4 ^た かんで ^た 食べることはできない |

とい
問24

^{ちゃ}お茶や^{しるものなど}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25

^{げんざい}現在のあなたの^{けんこうじょうたい}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26

かかりつけの^{いし}医師はあなたが^{つういん}通院できなくなった時に^{とき}自宅に^{したく}来てくれますか。
(○はひとつ)

- | |
|---|
| 1 かかりつけの ^{いし} 医師がいて、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれる(と思う) |
| 2 かかりつけの ^{いし} 医師がいるが、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれない(と思う) |
| 3 かかりつけの ^{いし} 医師がいるが、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれるかはわからない |
| 4 かかりつけの ^{いし} 医師がいない |

とい
問27

かかりつけの^{しかいし}歯科医師はあなたが^{つういん}通院できなくなった時に^{とき}自宅に^{したく}来てくれますか。
(○はひとつ)

- | |
|---|
| 1 かかりつけの ^{しかいし} 歯科医師がいて、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれる(と思う) |
| 2 かかりつけの ^{しかいし} 歯科医師がいるが、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれない(と思う) |
| 3 かかりつけの ^{しかいし} 歯科医師がいるが、 ^{したく} 自宅に ^き 来てくれるかはわからない |
| 4 かかりつけの ^{しかいし} 歯科医師がいない |

とい
問28

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

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29

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 かい 週 2～ 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 たいそうなど 百歳体操やラジオ体操等 かいごよぼう たいそう の介護予防のための体操・ うんどう かよ ば 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	ろうじん 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦	ちょうないかい じち かい 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧	しゅうにゅう 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

とい
問29-1

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
きいきしたちい きすす
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 <small>さんか</small> 参加したい | 2 <small>さんか</small> 参加してもよい |
| 3 <small>さんか</small> 参加したくない | 4 <small>さんか</small> すでに参加している |

とい
問29-2

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
きいきしたちい きすす
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 さんか おも
参加してみたいと思いますか。(○はひとつ)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 ぜひ <small>さんか</small> 参加したい | 2 <small>さんか</small> 参加してもよい |
| 3 <small>さんか</small> 参加したくない | 4 <small>さんか</small> 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30

にんちしょう しょうじょう ものわす あっか にんちしょう うたが ふく また かぞく にんちしょう
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 しょうじょう ひと
症 状 がある人がいますか。(○はひとつ)

- | | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

とい
問30-1

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31**へおすすすすみください

とい 問30-1で「1. はい」と回答された方におうかがいします。

とい
問30-2

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 ちいき せいしんか しんけいないか いりょうきかん
地域の精神科・神経内科などの医療機関
- 3 にんちしょうしつかんいりょう
認知症疾患医療センター
- 4 みんせいいいん ちょうかい ちいきやくいん
民生委員・町会などの地域役員
- 5 かいごしえんせんちんいん (ケアマネジャー) やホームヘルパーなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 とくべつようごろうじん かいごろうじんほけんしせつ かいごほけんじぎょうしゃ
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 ちいきほうかつしえん そうごうそうだんまどぐち
地域包括支援センターまたは総合相談窓口 (ランチ)
- 8 にんちしょうしよきしゅうちゅうしえん つうしやう
認知症初期 集中支援チーム (通称「オレンジチーム」)
- 9 くやくしょ ほけんふくし
区役所・保健福祉センター
- 10 その他 ()

とい
問30-3

あなた、あなた またはあなたのご家族がにんちしょう 不安 かん
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 ちいき せいしんか しんけいないか いりょうきかん
地域の精神科・神経内科などの医療機関
- 3 にんちしょうしつかんいりょう
認知症疾患医療センター
- 4 みんせいいいん ちょうかい ちいきやくいん
民生委員・町会などの地域役員
- 5 かいごしえんせんちんいん (ケアマネジャー) やホームヘルパーなどのかいごほけんじぎょうしゃ
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 とくべつようごろうじん かいごろうじんほけんしせつ かいごほけんじぎょうしゃ
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 ちいきほうかつしえん そうごうそうだんまどぐち
地域包括支援センターまたは総合相談窓口 (ランチ)
- 8 にんちしょうしよきしゅうちゅうしえん つうしやう
認知症初期 集中支援チーム (通称「オレンジチーム」)
- 9 くやくしょ ほけんふくし
区役所・保健福祉センター
- 10 どこにそうだん
相談すればいいかわからない
- 11 その他 ()

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。

とい
問31

あなたは、^{こうれいしゃ む}高齢者向けのお知らせや^{けんこう}健康・^{かいご じょうほう}介護予防に関する情報をどこから^え得ていますか。（〇はいくつでも）

- 1 ^{かぞく ゆうじん ちじん}ご家族・友人・知人
- 2 ^{かいご しえんせんもんいん}介護支援専門員（ケアマネジャー）や^{かいご ほけん じぎょうしゃ}ホームヘルパーなどの介護保険事業者
- 3 ^{みんせい いいん}民生委員
- 4 ^{ちょうかい}町会・^{じち かい}自治会・^{ちいき かつどうきょうぎかい}地域活動協議会、^{ちいきしゃかいふくしきょうぎかい}地域社会福祉協議会など、^{ちいき みまも かつどう おこな}地域で見守り活動を行っている^{だんたい}団体
- 5 ^{ちいき}地域ネットワーク委員・^{いいん}推進員や^{すいしんいん ふくし}福祉のコーディネーター（^{ちいきふくしかつどう}地域福祉活動などの^{ちょうせいやく}調整役）
- 6 ^{くしゃかいふくしきょうぎかい}区社会福祉協議会
- 7 ^{ろうじんふくし}老人福祉センター
- 8 ^{くやくしょ ほけんふくし}区役所・保健福祉センター
- 9 ^{ちいきほうかつしえん}地域包括支援センターまたは^{そうごうそうだんまどぐち}総合相談窓口（ランチ）
- 10 「^{くせい}区政だより」や「^{べんりちよう}くらしの便利帳」など^{こうほうし}広報誌
- 11 ^し市のホームページ（インターネット）、メールマガジンなど
- 12 ^{しんぶん}新聞・テレビ・ラジオなど
- 13 その他（ ）
- 14 ^{とく}特にない

すべ かた
全ての方におうかがいします。

とい
問32

あなたの^{げんざい}現在の生活の^{せいかつ}満足度は次のどれにあてはまりますか。（〇はひとつ）

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 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33

かいごほけんせいど
介護保険制度について、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。

ほんにん きにゆう
ご本人にご記入いただくとい
お
このページで終わりです。

ちょうさ
調査へのご協力
きょうりょく
ありがとうございました。

つぎ
※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。

かいとう
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
じぎょうしゃ のぞ
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）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34

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35

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36

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37

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○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 | |

にんちしょう
認知症についておうかがいします。

とい
問38

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)

- まった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39

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)

^{しんたいかいご}
<身体介護>

- | | |
|---|---|
| 1 ^{にっちゅう はいせつ}
日中の排泄 | 2 ^{やかん はいせつ}
夜間の排泄 |
| 3 ^{しょくじ かいじょ た}
食事の介助(食べる時) | 4 ^{にゅうよく せんしん}
入浴・洗身 |
| 5 ^{み せんがん はみが どう}
身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6 ^{いふく ちゃくだつ}
衣服の着脱 |
| 7 ^{おくない いじょう いどう}
屋内の移乗・移動 | 8 ^{がいしゅつ つき そ そうげいどう}
外出の付き添い、送迎等 |
| 9 ^{ふくやく}
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}
医療面での対応(経管栄養、ストーマ(人工肛門)等) | |

^{せいかつえんじょ}
<生活援助>

- | | |
|--|--|
| 12 ^{しょくじ じゅんび}
食事の準備 | 13 ^{た か し そうじ せんたく か もの どう}
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 | |

^た
<その他>

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

とい
問40

あなたが、自宅^{じたく}での^{かいご}介護^{おこな}を行う^{うへ}上で紙おむつや尿とりパッド^{かみ}のほかに、次のうち、^{によう}毎月^{つぎ}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 ^{せいしきざい}
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 ^{つか す てぶくろ}
使い捨て手袋
- 4 ^{つか す ぼうすい}
使い捨て防水シート
- 5 ^{こうくう ようひん は}
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 ^{しょうしゅうざい}
消臭剤(スプレータイプ、シートタイプ、^{えきだい}液体タイプなど)
- 7 ^{ざい}
とろみ剤
- 8 その他()

とい
問41

あなたが、自宅での介護^{じたく かいご}を行う^{おこな}うえで困^{こま}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^{かいご}(対応^{たいおう})方法^{ほうほう}がわからない
- 2 介護^{かいご}の手助け^{てだす}をしてくれる人^{ひと}がいない
- 3 ストレスなどの精神的^{せいしんてき}な負担^{ふたん}が大きい^{おお}
- 4 身体的^{しんたいてき}な負担^{ふたん}が大きい^{おお}
- 5 経済的^{けいざいてき}な負担^{ふたん}が大きい^{おお}
- 6 仕事^{しごと}との両立^{りょうりつ}が難^{むずか}しい
- 7 育児^{いくじ}もあり負担^{ふたん}が大きい^{おお}
- 8 自分^{じぶん}の時間^{じかん}がもてない
- 9 家族^{かぞく}や近隣^{きんりん}の人等^{ひととう}の理解^{りかい}や協^{きょうりょく}力^えが得^えられない
- 10 本人^{ほんにん}との関係^{かんけい}がうまくいっていない
- 11 本人^{ほんにん}が介護保険^{かいごほけん}サービス^{りよう}の利用^{のぞ}を望^ぞまない
- 12 相談^{そうだん}する相手^{あいて}がいない
- 13 介護^{かいご}している家族^{かぞく}が交^{こう}流^{りゅう}したり、情^{じょう}報^{ほう}交^{こう}換^{かん}する場^ば所^{しょ}がない
- 14 介護保険^{かいごほけん}サービス^{じょうほう}などの情^{じょう}報^{ほう}をどこで入^{にゅう}手^{しゅ}すればいいのかわからない
- 15 介護保険^{かいごほけん}サービス^{ないよう}の内容^{ふまん}に不^ぐ満^{たいてき}(具体的^{くたいてき}に：)
- 16 自分^{じぶん}自身^{じしん}に持病^{じびょう}や障^{しょう}が^いがある
- 17 その他^た()
- 18 特^{とく}に困^{こま}っていることはない

とい
問42

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42-1

どのような支援があれば、問42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43

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)

とい
問44

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。（○はひとつ）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 1年以内には利用してほしい | 2 いつか利用してほしい |
| 3 利用してほしくない | 4 わからない |

とい
問45

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。（○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
- 2 外出、買い物などに支障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
- 4 認知症になったら・認知症が進んだら
- 5 病気になったら・病気が悪くなったら
- 6 ひとりにすることが心配になったら
- 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
- 8 感染症に対する不安がなくなったら
- 9 病院から退院したら
- 10 経済的に余裕ができたなら
- 11 その他（ ）
- 12 わからない
- 13 介護保険サービスの利用はしたくない

とい
問46

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
- 2 精神的に負担を感じたら
- 3 あなた自身が病気になるなど、健康状態が悪化したら
- 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
- 5 家事と介護の両立が難しくなったら
- 6 仕事と介護の両立が難しくなったら
- 7 経済的に余裕ができたなら
- 8 その他()
- 9 介護保険サービスの利用はしたくない

就業状況等についておたずねします。

とい
問47

あなたの現在の就業状況についておたずねします。(〇はひとつ)

- 1 就業中(フルタイム) 問47-1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 問47-1をお答えください
- 4 無職(3を除く全て) 30ページの問48へお進みください

とい とい しゅうぎょうちゅう しゅうぎょうちゅう
 問47-1 は、問47で「1 就 業 中 (フルタイム)」、「2 就 業 中 (パートタイム)」、
 「3 本人の介護のため退職」と回答された方のみお答えください。

とい
 問47-1

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。(〇はいくつでも)

- 1 とく おこな おこな
 特に行っていない、行わなかった
- 2 かいご ろうどうじかん ちょうせい ざんぎょうめんじょ たんじかんきんむ はやで なかぬ どう
 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 かいご ゆうきゅうきゅうか かいごきゅうかとう と
 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 かいご ざいたくきんむ りよう りよう
 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 かいご いがい ちょうせい ちょうせい
 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（ ）

とい とい しゅうぎょうちゅう しゅうぎょうちゅう
 問47-2 は、問47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。

とい
 問47-2

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 もんだい つづ
問題なく続けていける | 2 もんだい なん つづ
問題はあるが何とか続けていける |
| 3 つづ むずか
続けていくのはやや 難 しい | 4 つづ むずか
続けていくのはかなり 難 しい |
| 5 わからない | |

すべて かた
全ての方へおうかがいします。

とい
問48

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49

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50

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）（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
- 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

とい
問51

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。