

介護保険サービスの利用状況についておながいします。

問10 あなたの介護保険サービスの利用状況についておながいします。
(○はひとつ)

- 1 今までまったく利用したことがない・・・▶12ページの問11へ
- 2 以前は利用していたが、現在は利用していない

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ながいします。

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)

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
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)

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
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	()

11 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 ()

12 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
- 2 今後、利用が必要なら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。

12-1 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 ()

13 問13

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 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」に含まれます。

14 問14

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・サービスともに含まれます。

15 問15

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で「1 はい」と回答された方におうかがいします。

15-1 問15-1

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 ()

介護保険サービスの今後の利用意向についてお答えいただけます。

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・住改修 など〕
- 2 施設等に入所(入居)したい ……▶ **問16-2**へ
〔特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護付き有料老人ホーム・グループホーム など〕
- 3 特になし ……▶ 16ページの**問17**へ

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、10、11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年以内に入所(入居)したい施設等について、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	看護や介護が必要な方に、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

かいいん

外出についておうかがいします。

問17

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18

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19

外出を控えていますか。(○はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問19-1

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 病气
- 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(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20

介護予防・重度化防止についておうかがいします。

問20

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

問21

あなたが、介護予防として、今後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「3 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か。○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、精知らずを含めて32本です) ○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。○はひとつ

- 1 はい
- 2 いいえ

問22-2 「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。○はひとつ

- 1 はい
- 2 いいえ

問23

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 かんで食べることができない

問24

お茶や汁物等でむせることはありませんか。(○はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

問25

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26 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27

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。(○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29 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 自衛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29-1 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29-2 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30 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30-1 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30-2と問30-3は、問30-1で「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30-2 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30-3 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（ ）

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31 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

すべての方へおうかがいします。

問32 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。（〇はひとつ）

- 1 満足
- 2 やや満足
- 3 やや満足でない
- 4 満足でない

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。

問33



ご本人にご記入いただく問は、このページで終わりです。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）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34 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35 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ください。（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36 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（ ）

とくい
問37

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

とくい
問38

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

にんじん
認知症についておうかがいします。

とくい
問39

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、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。

とくい
問40

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

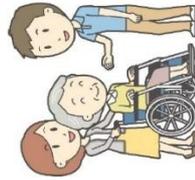
とくい
問41

あなたが、自宅での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 とうろ剤
- 8 その他 ()

問42 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。(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 自分自身に持柄や障がいがある
- 17 その他()
- 18 特に困っていることはない



問43 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。(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 つい大声でなだ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43-1 どのような支援があれば、問43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44 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(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))

とくい
問45

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 いくつか利用してほしい
- 3 利用してほしいくない
- 4 わからない

とくい
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、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
- 4 認知症になったら・認知症が進んだら
- 5 病気になるたら・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
- 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

とくい
問47

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。(○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
- 8 その他 ()
- 9 介護保険サービスの利用はしたくない

とくい
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

不安に感じるかどうかがいいます。

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はどのようなことでか。(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・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、特にない
- 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。



以上で調査は終わりです。
ご協力ありがとうございました。