

介護保険サービス利用についてのおたずね

皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

板橋区では介護保険サービスのより円滑な利用を確保するため、第7期介護保険事業計画の策定準備を進めております。

つきましては、皆様の身体の状況や日常生活について調査をさせていただき、その結果を踏まえ、より良い介護保険事業計画の策定を行いたいと考えています。

なお、この調査は区内在住の65歳以上の方2,000名を対象としております。

皆様からいただいた回答は、本調査の目的以外に使用することはなく、統計的に処理し有効に活用いたします。また、回答については記名の必要がなく、プライバシー保護に関しても万全を期しますので、ご安心ください。

お忙しいところ大変恐縮ですが、趣旨をご理解のうえ本調査にご協力をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

平成29年1月

板橋区長 坂 本 健

《この調査票のご記入に当たって》

- この調査票では、宛名のご本人を「あなた」とします。できるだけご本人がお答えください。ただし、ご本人が答えられないときは、どなたかがご本人の意見を聞いて、又はご本人の立場に立ってお答えください。
- 要介護度については、平成28年8月現在の要介護度に基づき、本調査票をお送りしています。その後、要介護度が変更になった方（要介護→要支援又は非該当 等）は、変更前の状況でお答えください。
- すべての質問に、問1から順番に回答してください。途中、回答内容により、次に答える問をご案内していますので、それに沿ってください。
- ご記入は、黒鉛筆、黒若しくは青のボールペン又はサインペンをお使いください。
- 回答は、当てはまる項目を選び、その番号を○で囲むもの、又は文字若しくは数字等を記入するものがあります。質問文にある（○は1つのみ）（○は3つまで）（○はいくつでも）等の指定に従ってご記入ください。
- 質問の回答が「その他」に当てはまる場合、○をつけたうえで（ ）内に、なるべく具体的にその内容もご記入ください。

ご記入いただいた本調査票は三つ折りにして、**1月25日（水）まで**

に、**同封の返信用封筒（切手不要）**によりポストに投函してください。

※返信用封筒に、住所・氏名の記載は必要ありません。

この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

板橋区役所 健康生きがい部 長寿社会推進課 計画調整係 電話 3 5 7 9 - 2 3 7 1（直通）

問1 この調査票について回答される方はどなたですか。(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. あなた(宛名のご本人)がひとりで回答 | 3. ご家族が回答 |
| 2. 代筆・代読してもらってあなたが回答 | 4. その他の方が回答() |

あなた(宛名のご本人)のことについて

問2 あなた(宛名のご本人)の性別と、平成29年1月1日現在の満年齢は次のうちどれですか。(○はそれぞれ1つずつ)

性 別	1. 男性	2. 女性	
年 齢	1. 65～69 歳	3. 75～79 歳	5. 85～89 歳
	2. 70～74 歳	4. 80～84 歳	6. 90 歳以上

問3 あなた(宛名のご本人)のお住まいはどちらですか。当てはまる地区に○をつけてください。また、丁目がある場合には、当てはまる丁目にも○をつけてください。(○はそれぞれ1つずつ)

1. 相生町	13. 大山金井町	25. 志村	37. 成増	49. 三園
2. 赤塚	14. 大山西町	26. 新河岸	38. 西台	50. 南町
3. 赤塚新町	15. 大山東町	27. 大門	39. 蓮沼町	51. 南常盤台
4. 小豆沢	16. 加賀	28. 高島平	40. 蓮根	52. 宮本町
5. 泉町	17. 上板橋	29. 東新町	41. 東坂下	53. 向原
6. 板橋	18. 熊野町	30. 常盤台	42. 東山町	54. 大和町
7. 稻荷台	19. 小茂根	31. 徳丸	43. 氷川町	55. 弥生町
8. 大原町	20. 幸町	32. 中板橋	44. 富士見町	56. 四葉
9. 大谷口	21. 栄町	33. 仲宿	45. 双葉町	57. 若木
10. 大谷口上町	22. 坂下	34. 中台	46. 舟渡	
11. 大谷口北町	23. 桜川	35. 仲町	47. 本町	
12. 大山町	24. 清水町	36. 中丸町	48. 前野町	

丁目がある場合には、当てはまる丁目にも○をつけてください。



- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1. 一丁目 | 4. 四丁目 | 7. 七丁目 |
| 2. 二丁目 | 5. 五丁目 | 8. 八丁目 |
| 3. 三丁目 | 6. 六丁目 | 9. 九丁目 |

問4 あなた（宛名のご本人）の家族構成は次のうちどれですか。（○は1つのみ）

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. ひとり暮らし | ⇒ 問5へお進みください。 |
| 2. 家族等と同居（二世帯住宅を含む） | ⇒ 問4－1、問4－2へお進みください。 |
| 3. その他（施設入所等） | ⇒ 問5へお進みください。 |

問4－1 **【家族等と同居されている方のみ】** あなた（宛名のご本人）ご自身を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。

- ① あなた（宛名のご本人）ご自身を含めた、同居人数をご記入ください。

⇒ 人

- ② 同居者はどなたですか。（○はいくつでも）

- | | | | |
|-------------|----------|----------|--------------------------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 3. 娘 | 5. 孫 | 7. その他 |
| 2. 息子 | 4. 子の配偶者 | 6. 兄弟・姉妹 | （ ） |

問4－2 **【家族等と同居されている方のみ】** 日中、一人になることがありますか。（○は1つのみ）

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

【すべての方におうかがいします。】

問5 あなた（宛名のご本人）は現在、収入のある仕事をしていますか。（○は1つのみ）

- | | |
|---------------------|--------|
| 1. はい（収入のある仕事をしている） | 2. いいえ |
|---------------------|--------|

お住まいについて

問6 あなた（宛名のご本人）のお住まいは、次のうちのどれですか。（○は1つのみ）

- | | |
|---------|---------|
| 1. 一戸建て | 2. 集合住宅 |
|---------|---------|

問7 あなた（宛名のご本人）のお住まいは、次のうちどれですか。（○は1つのみ）

- | | | |
|-----------|-------------------------|--------------------------|
| 1. 持ち家 | 3. 公的賃貸住宅（区営・都営、UR、公社等） | 5. その他 |
| 2. 民間賃貸住宅 | 4. 有料老人ホーム・ケアハウス | （ ） |

問8 あなた（宛名のご本人）のお住まい（主に生活する部屋）は2階より上にありますか。
（○は1つのみ）

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. はい（2階又は2階より上にある） | ⇒ 問8－1へお進みください。 |
| 2. いいえ | ⇒ 問9へお進みください。 |

問8－1 **【2階又は2階より上にある方のみ】** お住まいの建物にエレベーターは設置されていますか。（○は1つのみ）

- | | |
|----------------|--------|
| 1. はい（設置されている） | 2. いいえ |
|----------------|--------|

【すべての方におうかがいします。】

日常生活について

問9 あなた（宛名のご本人）ご自身のことについて、次の問にお答えください。

(○はそれぞれ1つずつ)	はい (できる)	いいえ (できない)
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1	2
いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1	2
15分くらい続けて歩いていますか	1	2
週に1回以上は外出していますか	1	2
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	2
この1年間に転んだことがありますか	1	2
転倒に対する不安は大きいですか	1	2
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	2
身長（_____cm） 体重（_____kg）※小数点第1位まで記入		
記入例 ：身長155.0cm 体重 45.3kg の方の場合 身長（ <u>155.0</u> cm） 体重（ <u>45.3</u> kg）		
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	2
お茶や汁物等でむせることがありますか	1	2
口の渇きが気になりますか	1	2
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われるか	1	2
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1	2
今日が何月何日か、わからない時がありますか	1	2
バスや電車を使って1人で外出していますか	1	2
日用品の買い物をしていますか	1	2
預貯金の出し入れをしていますか	1	2
友人の家を訪ねていますか	1	2
家族や友人の相談にのっていますか	1	2

(○はそれぞれ1つずつ)	はい (できる)	いいえ (できない)
(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	2
(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	2
(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	2
(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	2
(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	2

問 10 あなた（宛名のご本人）は、外出することについてどのようにお考えですか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

1. 特に負担には感じない
2. なんとなくおっくうである・好きではない
3. 行く場所や用事もないので、外出したいとは思わない
4. 外出するより、家にいて過ごす方が好き
5. 交通が不便なので、外出するのが負担に感じる
6. 自宅の周りに坂や段差が多いので、外出するのが負担に感じる
7. 身体が不自由、あるいは健康面で不安なので、外出しようと思わない・したくてもできない
8. その他（ ）

問 11 その日の活動（食事をする、衣服を選ぶ等）を自分で判断できますか。（○は1つのみ）

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. 困難なくできる | 3. 判断するとき、他人からの合図や見守りが必要 |
| 2. いくらか困難であるが、できる | 4. ほとんど判断できない |

問 12 5分前のことが思い出せますか。（○は1つのみ）

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 思い出せる | 2. 思い出せない |
|----------|-----------|

問 13 人に自分の考えをうまく伝えられますか。（○は1つのみ）

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. 伝えられる | 3. あまり伝えられない |
| 2. いくらか困難であるが、伝えられる | 4. ほとんど伝えられない |

問14 食事は自分で食べられますか。（○は1つのみ）

- | | | |
|--------|--------------------------|---------|
| 1. できる | 2. おかずを切ってもらう等、介助があればできる | 3. できない |
|--------|--------------------------|---------|

問 15 あなた（宛名のご本人）は、半年前に比べて、食事量の変化がありましたか。（○は1つのみ）

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. 変化なし | 4. 食べる量が増えた |
| 2. 食べる量が減った | 5. わからない |
| 3. 体重管理のため食べる量を減らしている | |

問 16 ご自分の歯は何本ありますか。入れ歯、インプラントは含みません。（差し歯は含みます。）（○は1つのみ）

- | | | |
|----------|----------|---------|
| 1. 20本以上 | 2. 20本未満 | 3. 全くない |
|----------|----------|---------|

問 17 あなた（宛名のご本人）の現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください。（○はいくつでも）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 歯ぐきが腫れている | 6. 歯周病といわれ治療している |
| 2. 歯を磨いたときに血が出る | 7. 抜けたままにしている歯がある |
| 3. 歯ぐきが下がって歯の根が出ている | 8. むし歯がある |
| 4. 歯がぐらぐらする | 9. 当てはまるものはない |
| 5. 入れ歯が合わない | |

問 18 噛んで食べる時の状態はいかがですか。（○は1つのみ）

- | |
|------------------------------|
| 1. 何でも、噛んで食べることができる |
| 2. 噛みにくいものもあるが、たいていのものは食べられる |
| 3. あまり噛めないので、食べものが限られている |
| 4. ほとんど噛めない |

問19 自分で食事の用意をしていますか。（○は1つのみ）

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. できる（している） | ⇒ 問19-2へお進みください。 |
| 2. できるが、していない | ⇒ 問19-1へお進みください。 |
| 3. できない | |

問19-1 **【自分で食事の用意をしていない、できない方のみ】** 食事の用意をする人は主にどなたですか。（○は1つのみ）

- | | | |
|----------|-------------|--------|
| 1. 同居の家族 | 3. ホームヘルパー | 5. その他 |
| 2. 別居の家族 | 4. 配食サービス依頼 | |

【すべての方におうかがいします。】

問19-2 1日の食事の回数は次のうちどれですか。（○は1つのみ）

- | | | |
|-----------|----------|--------|
| 1. 朝昼晩の3食 | 3. 朝昼の2食 | 5. 1食 |
| 2. 朝晩の2食 | 4. 昼晩の2食 | 6. その他 |

問19-3 食事を抜くことがありますか。(○は1つのみ)

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. ほとんどない

問19-4 自分一人でなく、どなたかと食事を共にする機会がありますか。(○は1つのみ)

1. 毎日ある
2. 週に何度かある
3. 月に何度かある
4. 年に何度かある
5. ほとんどない
- ⇒ 問19-5へお進みください。
⇒ 問20へお進みください。

問19-5 **【どなたかと食事を共にする機会がある方のみ】**食事を共にする人はどなたですか。
(○はいくつでも)

1. 家族 2. 近所の人や友人 3. デイサービスの仲間 4. その他

健康・医療について

【すべての方におうかがいします。】

問 20 あなた(宛名のご本人)は、ふだん、ご自分で健康だと思いますか。当てはまる番号に○をつけてください。(○は1つのみ)

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

問 21 あなた(宛名のご本人)は、現在治療中又は後遺症のある病気はありますか。当てはまる番号に○をつけてください。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 高血圧 | 11. がん(悪性新生物) |
| 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 12. 血液・免疫の病気 |
| 3. 心臓病 | 13. うつ病 |
| 4. 糖尿病 | 14. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 5. 高脂血症(脂質異常) | 15. パーキンソン病 |
| 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) | 16. 目の病気 |
| 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | 17. 耳の病気 |
| 8. 腎臓・前立腺の病気 | 18. その他() |
| 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) | 19. ない |
| 10. 外傷(転倒・骨折等) | |

問 22 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか。(○は1つのみ)

1. 1種類	3. 3種類	5. 5種類以上
2. 2種類	4. 4種類	6. 飲んでいない

問 23 現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか。(○は1つのみ)

1. はい（通院している）	⇒ 問23-1、問23-2へお進みください。
2. いいえ	⇒ 問23-3へお進みください。

問 23-1 **【通院している方のみ】** その頻度は次のうちどれですか。(○は1つのみ)

1. 週1回以上	3. 月1回程度	5. 3か月に1回程度
2. 月2～3回	4. 2か月に1回程度	

問 23-2 **【通院している方のみ】** 通院に介助が必要ですか。(○は1つのみ)

1. はい（通院に介助が必要）	2. いいえ
-----------------	--------

【すべての方におうかがいします。】

問 23-3 病院・医院（診療所・クリニック）から往診を受けていますか。(○は1つのみ)

1. はい（往診を受けている）	2. いいえ
-----------------	--------

問 24 あなた（宛名のご本人）ご自身のことについて、次の問にお答えください。

	はい (している) (できる)	いいえ (していない) (できない)
(○はそれぞれ1つずつ)		
年金等の書類（役所や病院等に出す書類）が書けますか	1	2
新聞を読んでいますか	1	2
本や雑誌を読んでいますか	1	2
健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
病人を見舞うことができますか	1	2
若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2

問25 あなた（宛名のご本人）ご自身のことについて、次の問にお答えください。

(○はいくつでも)	配偶者	同居の子ども	別居の子ども	親戚・親・兄弟姉妹・孫	近隣	友人	その他	いない
あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人	1	2	3	4	5	6	7 〔 〕	8
反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人	1	2	3	4	5	6	7 〔 〕	8
あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人	1	2	3	4	5	6	7 〔 〕	8
反対に、あなたが看病や世話をしてくれる人	1	2	3	4	5	6	7 〔 〕	8

問26 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手は次のうちどれですか。

(○はいくつでも)

1. 自治会・町会・老人クラブ	5. おとしより相談センター（地域包括支援センター）
2. 社会福祉協議会・民生委員	・役所
3. ケアマネジャー	6. その他
4. 医師・歯科医師・看護師	7. 相談する相手はいない

問27 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(○は1つのみ)

1. 週4回以上	3. 週1回	5. 年に数回
2. 週2～3回	4. 月1～3回	6. 会っていない

問28 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。ただし、同じ人には何度会っても1人として数えることとします。(○は1つのみ)

1. 0人（いない）	3. 3～5人	5. 10人以上
2. 1～2人	4. 6～9人	

問29 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

1. 近所・同じ地域の人	5. 趣味や関心が同じ友人
2. 幼なじみ	6. ボランティア等の活動での友人
3. 学生時代の友人	7. その他
4. 仕事での同僚・元同僚	8. よく会う友人・知人はいない

介護サービスについて

問 30 あなた（宛名のご本人）は、ふだんの生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。
（○は1つのみ）

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、介護・介助を受けている

問 30-1 あなた（宛名のご本人）の要介護度は次のうちどれですか。（○は1つのみ）

1. 要介護1 2. 要介護2 3. わからない

問 30-2 あなた（宛名のご本人）は、以下の在宅サービスを利用していますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| 1. 訪問診療（医師の訪問） | 9. 小規模多機能型居宅介護 |
| 2. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 10. 定期巡回随時対応型訪問看護介護 |
| 3. 夜間対応型訪問介護 | 11. 短期入所（ショートステイ） |
| 4. 訪問入浴介護 | 12. 医師や薬剤師等による療養上の指導
（居宅療養管理指導） |
| 5. 訪問看護 | 13. その他
（ ） |
| 6. 通所介護（デイサービス） | 14. 介護サービスは利用していない |
| 7. 認知症対応型通所介護 | |
| 8. 通所リハビリテーション（デイケア） | |

【問 30-2 で「2. 訪問介護」に回答された方におうかがいします。】

問 30-3 訪問介護サービスを利用されている方におうかがいします。

①利用種類をお答えください。(○は1つのみ)

1. 家事援助のみ 2. 身体介護のみ 3. 家事援助と身体介護

②利用回数をお答えください。(○は1つのみ)

1. 週1回程度 2. 週2回程度 3. 週3回程度 4. 週4回以上

【問30-2で「6. 通所介護」に回答された方におうかがいします。】

問30-4 通所介護サービスを利用されている方におうかがいします。

①利用回数をお答えください。（○は1つのみ）

- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. 月2～3回 | 2. 週1回程度 | 3. 週2回程度 | 4. 週3回以上 |
|----------|----------|----------|----------|

②1回当たりの利用時間（滞在時間）をお答えください。（○は1つのみ）

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 3時間未満 | 4. 7時間以上9時間未満 |
| 2. 3時間以上5時間未満 | 5. 9時間以上 |
| 3. 5時間以上7時間未満 | |

【すべての方におうかがいします。】

問31 あなた（宛名のご本人）ご自身が今後引き続き介護を受けるにあたって、どのような介護を受けたいと思いますか。（○は1つのみ）

- | |
|---|
| 1. 家族の介護を受けながら、自宅で生活したい |
| 2. 介護保険の在宅サービスを利用しながら、自宅で生活したい |
| 3. 高齢者向け施設（有料老人ホーム・ケアハウス・グループホーム・サービス付高齢者向け住宅等）に住み替えて、介護サービスを利用したい ⇒ 問31-1へお進みください。 |
| 4. 介護保険で利用できる特別養護老人ホーム、老人保健施設、高齢者専門の医療施設等に入所・入院して、24時間のサービスを受けたい |
| 5. その他（ ） |
| 6. わからない |

問31-1 **【高齢者向け施設（有料老人ホーム・ケアハウス・グループホーム・サービス付高齢者向け住宅等）に住み替えて、介護サービスを利用したい方のみ】**あなた（宛名のご本人）が今の住まいから住み替えるとなると、どんな支援が必要ですか。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------------------|----------------|
| 1. 引っ越し費用等も含めた、低金利の貸付制度 | 4. 公的な保証人制度の充実 |
| 2. 高齢者向け住宅の種類や入居費用に関する情報 | 5. その他 |
| 3. 高齢者向け住宅に住み替える際の総合的な相談窓口 | （ ） |

板橋区の高齢者施策について

【すべての方におうかがいします。】

問 32 あなた（宛名のご本人）の介護保険料は、おいくらですか。（〇は1つのみ）

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1. 第1段階（年額29,000円） | 9. 第9段階（年額109,700円） |
| 2. 第2段階（年額45,100円） | 10. 第10段階（年額116,200円） |
| 3. 第3段階（年額48,400円） | 11. 第11段階（年額125,800円） |
| 4. 第4段階（年額58,100円） | 12. 第12段階（年額135,500円） |
| 5. 第5段階（年額64,500円） | 13. 第13段階（年額161,400円） |
| 6. 第6段階（年額77,400円） | 14. 第14段階（年額193,600円） |
| 7. 第7段階（年額80,700円） | 15. わからない |
| 8. 第8段階（年額93,600円） | |

問 33 介護保険料は、区全体の介護サービスの利用状況や過去の実績等から、3年ごとに板橋区が決定しています。保険料の額は、介護サービスを充実させるほど高く、逆に保険料を低く抑えれば介護サービスの水準が下がるという関係にあります。介護保険のサービスと保険料の関係について、あなた（宛名のご本人）のお考えに最も近いものは次のうちどれですか。（〇は1つのみ）

- | |
|---|
| 1. 保険料が今より高くなっても、施設や在宅サービスの量を増やす方が良い
⇒ 問 33-1 へお進みください。 |
| 2. 施設や在宅サービスの量は現状程度とし、保険料も現状程度とするのが良い
⇒ 問 33-2 へお進みください。 |
| 3. サービスの量が低下しても、保険料は安い方が良い ⇒ 問 33-2 へお進みください。 |
| 4. わからない ⇒ 問 33-2 へお進みください。 |

問 33-1 【保険料が今より高くなっても、施設や在宅サービスの量を増やす方が良いと答えた方のみ】施設や在宅サービスの量が増えるのであれば、保険料の基準額（現在月5,380円）は、いくらが適当だと思いますか。（〇は1つのみ）

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. 月5,000～6,000円未満 | 4. 月8,000円以上 |
| 2. 月6,000～7,000円未満 | 5. わからない |
| 3. 月7,000～8,000円未満 | |

【すべての方におうかがいします。】

問 33-2 現在の介護保険料は、世帯の課税状況及びご本人の所得額に応じて14段階(段階制)が設定されていますが、あなた(宛名のご本人)の保険料の段階についてのお考えに最も近いものは次のうちどれですか。(○は1つのみ)

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. 現在の14段階制のままで良い | 3. 国民健康保険や税金のように、所得額に応じて一定の割合(料率制)とする |
| 2. 現在よりも段階を増やし、きめ細やかな段階とする | 4. わからない |

問 34 あなた(宛名のご本人)は板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。当てはまる番号に○をつけてください。(○は3つまで)

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 仕事の紹介等の施策 | 9. 高齢者の虐待対策 |
| 2. 生涯学習・スポーツ等の生きがい施策 | 10. 介護保険の在宅サービス |
| 3. ボランティア・地域活動等の社会活動の支援 | 11. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 4. 高齢者が気楽に活動できる場所の提供 | 12. 家族等の介護者に対する支援 |
| 5. 健康づくり・介護予防に関する施策 | 13. 福祉や生活に関わる相談 |
| 6. 高齢者向け住宅の整備 | 14. その他 |
| 7. 見守り等、ひとり暮らし高齢者等への支援 | () |
| 8. 認知症対策 | |

【すべての方におうかがいします。】

問 35 高齢者施策について、板橋区へのご要望・ご意見等がございましたら、ご自由にお書きください。

上記の内容はどなたの意見ですか。(○は1つのみ)		
1. あなた(宛名のご本人)	2. 介護者	3. その他 ()

以降は、主に介護をしている方（おひとり）におたずねします。
介護者がいない方は、ここで調査は終了です。

問 36 あなた（介護者ご自身）の性別・年齢・宛名のご本人との続柄等をお答えください。
（〇はそれぞれ1つずつ）

性 別	1. 男性	2. 女性
年 齢 (平成 29 年 1 月 1 日 現在の満年齢)	1. 40 歳未満 2. 40～45 歳 3. 46～49 歳 4. 50～54 歳	5. 55～59 歳 6. 60～64 歳 7. 65～69 歳 8. 70～74 歳 9. 75～79 歳 10. 80～84 歳 11. 85～89 歳 12. 90 歳以上
続 柄 等 * 宛名のご本人か らみた続柄などで お答えください。	1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者	4. 親 5. 孫 6. 兄弟姉妹 7. 友人・知人 8. その他 ()

※問 36「続柄」で「1. 配偶者」「7. 友人・知人」「8. その他」と回答された方
⇒次ページの問 37 へお進みください。
「2. 子」～「6. 兄弟姉妹」と回答された方⇒問 36-1 へお進みください。

問 36-1 ご本人（宛名のご本人）と同居していますか。（〇は1つのみ）

1. はい（同居している）	2. いいえ（同居していない）
<p>【問 36-1 で「1. はい（同居している）」と回答された方のみ】</p> <p>問 36-1-1 同居を始めた理由は、次のうちどれですか。（〇はいくつでも）</p> <div> 1. 介護が必要ない時から同居 2. 経済的理由（年金生活になったため等） 3. ひとり暮らしはかわいそうと感じたため 4. 介護が必要になったため 5. その他 () </div>	<p>【問 36-1 で「2. いいえ」と回答された方のみ】</p> <p>問 36-2-1 ご本人（宛名のご本人）の所に行くまでには、どのくらいかかりますか。（〇は1つのみ）</p> <div> 1. 10 分未満 2. 10 分～30 分未満 3. 30 分～1 時間未満 4. 1 時間～2 時間未満 5. 2 時間以上 6. その他 () </div>
<p>問 36-1-2 一日のうち、あなた（介護者ご自身）がいなくなる時がありますか。（〇は1つのみ）</p> <div> 1. 一日中、ご本人（宛名のご本人）のそばにいる 2. 日中は仕事でいない 3. 買物・用事等でときどきいない時がある 4. その他 () </div>	<p>問 36-2-2 ご本人（宛名のご本人）の所には、どのくらいの頻度で通っていますか。（〇は1つのみ）</p> <div> 1. 月に1回以下 2. 月に2回 3. 月に3回 4. 週に1回 5. 週に2～4回 6. 週に5～6回 7. ほぼ毎日 8. その他 () </div>

【すべての介護者の方におうかがいします。】

問 37 ご本人（宛名のご本人）の介護を始めて、どのくらいですか。（〇は1つのみ）

1. 1年未満	3. 3～5年未満	5. 8～10年未満
2. 1～3年未満	4. 5～8年未満	6. 10年以上

問 38-1 主な介護者の方（同居、別居を含む）は、ご本人（宛名のご本人）にどのような介護をされていますか。（〇はいくつでも）⇒①欄に

問 38-2 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、お答えください。（現状で行っているか否かを問わず）（〇は3つまで）⇒②欄に

	①現在主な介護者が行っている介護行為	②主な介護者が不安に感じる介護行為
ア. 日中の排泄	1	1
イ. 夜間の排泄	2	2
ウ. 食事の介助（食べる時）	3	3
エ. 入浴・洗身	4	4
オ. 身だしなみ（洗顔・歯磨き 等）	5	5
カ. 衣服の着脱	6	6
キ. 屋内の移乗・移動	7	7
ク. 外出の付き添い、送迎 等	8	8
ケ. 服薬	9	9
コ. 認知症状への対応	10	10
サ. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等）	11	11
シ. 食事の準備（調理 等）	12	12
ス. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）	13	13
セ. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き	14	14
ソ. その他	15 ()	15 ()
タ. 特になし	16	16

問 39 ご本人（宛名のご本人）が介護サービスを利用されているとき、あなた（介護者ご自身）はどのようにお感じですか。当てはまる番号に〇をつけてください。（〇は3つまで）

1. 本人が嬉しそうにしており、満足である
2. サービス利用中は介護者自身もリフレッシュでき、ありがたい
3. サービス利用をもっと増やしたい、と感じるときがある
4. 本人と介護者とで、サービス利用について意見が一致しないときがある
5. サービス利用後、本人が気分を害したり、具合が悪くなったりすることがあり、サービス内容等に不安がある
6. 本人がサービス利用を嫌がることがあり、介護者として辛いときがある
7. 異性のスタッフの対応に不安を感じる時がある
8. その他 ()

問 40 介護をされていて、困ったことや負担に感じたことは次のうちどれですか。

(○は5つまで)

1. 本人に正確な症状を伝えるのが難しい
2. 本人に受診を勧めても同意してもらえない
3. 適切な介護方法がわからない
4. 症状への対応がわからない
5. 本人の言動が理解できないことがある
6. 来客に気を遣う
7. 自分の用事・都合を済ませることができない
8. 自分の予定が立てられない
9. 自分の自由になる時間が持てない
10. 日中、家を空けるのを不安に感じる
11. 家族に現在の状況を理解してもらうのが難しい
12. 介護を家族等他の人に任せてよいか、悩むことがある
13. 他の家族に介護を協力してもらえない
14. 介護の方針等について、家族・親戚との意見が合わない
15. サービスを思うように利用できない、サービスが足りない
16. サービスを利用したら本人の状態が悪化した（ことがある）
17. サービス事業者との関係がうまくいかない
18. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない
19. 地域包括支援センターとの関係がうまくいかない
20. 精神的なストレスがたまり、何をどのように相談すればよいか、わからない
21. 睡眠時間が不規則になり、健康状態が思わしくない
22. 身体的に辛い（腰痛や肩こり等）
23. 介護のことを誰に相談したらよいか、悩むことがある
24. 日々の介護に手いっぱい、先のことを考える余裕がない
25. 経済的に辛い
26. 特に困っていることはない
27. その他（

問41 介護をされていて辛いとき、どこ（誰）に相談しましたか。（〇はいくつでも）

1. 家族・親族
2. 近所の人、知人・友人
3. 民生委員
4. ボランティア
5. 区役所の担当窓口
6. 社会福祉協議会
7. ケアマネジャー
8. おとしより相談センター（地域包括支援センター）
9. 在宅サービスを行っているホームヘルパー・訪問看護師等
10. 医師・医療機関
11. どこにも（誰にも）相談していない
12. 特に辛いことはない
13. その他（ ）

問 42 介護をしているときイライラして、ご本人（宛名のご本人）に当たってしまうことがありますか。（○は1つのみ）

1. よくある	問 42-1、問 42-2へお進みください。
2. ときどきある	
3. あまりない	問 43 へお進みください。
4. 全くない	
5. わからない	

問 42-1 **【よくある又はときどきある方のみ】**ご本人（宛名のご本人）にどのように当たってしまいますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

1. どなってしまうことがある	6. 無視してしまうことがある
2. たたいてしまうことがある	7. 食事を出さないことがある
3. 小言をいってしまうことがある	8. おむつを交換しないことがある
4. つねってしまうことがある	9. 部屋に閉じ込めてしまうことがある
5. プライドを傷つけてしまうことがある	10. その他（ ）

問 42-2 **【よくある又はときどきある方のみ】**ご本人（宛名のご本人）に当たってしまった後、後悔したり悩んだりしますか。（○は1つのみ）

1. よくある	3. あまりない	5. わからない
2. ときどきある	4. 全くない	

【すべての方におうかがいします。】

問 43 介護を受けている方（宛名のご本人）は、次のような症状が見られますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

1. 物忘れ、記憶力の低下	4. 尿便失禁	7. その他
2. 妄想	5. 徘徊	（ ）
3. 不眠（昼夜逆転）	6. 歩行障がい	8. いずれの症状も見られない

問 44 介護を受けている方（宛名のご本人）は、認知症のことで医師の診察を受けましたか。
（○は1つのみ）

1. はい（受けたことがある）	2. いいえ
-----------------	--------

問 45 今後、もしあなた（介護者ご自身）が介護を受けるなら、どのようにしたいと思いますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○は1つのみ）

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 自宅で家族介護のみで暮らしたい | 5. 有料老人ホームに入居したい |
| 2. 自宅で介護保険等の公的サービスを利用しながら暮らしたい | 6. その他
() |
| 3. 特別養護老人ホーム等の施設に入所したい | 7. わからない |
| 4. 介護してくれる病院に入院したい | |

問 46 あなた（介護者ご自身）は板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○は3つまで）

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 高齢者を支えるボランティア・地域活動等の支援 | 7. 高齢者の虐待対策 |
| 2. 高齢者が気楽に集まれる場所の提供 | 8. 介護保険の在宅サービス |
| 3. 健康づくり・介護予防に関する施策 | 9. 介護保険の施設・入居系サービス |
| 4. 高齢者向け住宅の整備 | 10. 家族等の介護者に対する支援 |
| 5. 見守り等、ひとり暮らし高齢者等への支援 | 11. 福祉や生活に関わる相談 |
| 6. 認知症対策 | 12. その他
() |

ここからの設問は、問 36（主な介護者の続柄）のうち、「1. 配偶者」～「6. 兄弟姉妹」のいずれかにお答えの方におうかがいします。その他の方は問 46 で終了です。

問 47 あなた（介護者ご自身）の現在の勤務形態について、お答えください。（○は1つのみ）

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1. フルタイムで働いている | ⇒ 問 47-1～問 47-4をお答えください。 |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | ⇒ ここで調査は終了です。 |

※ 「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。

自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

【問47で「1」「2」と回答した方におうかがいします。】

問47-1 主な介護者の方は、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。（〇はいくつでも）

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、前掲（2～4）以外の調整をしながら、働いている
6. わからない

問47-2 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護のために、過去に仕事を辞めた方はいますか。（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（〇はいくつでも）

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職を除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職を除く）
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

問47-3 主な介護者の方は、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。（〇はいくつでも）

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない | 6. 介護をしている従業員への経済的な支援 |
| 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実 | 7. その他（ ） |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり | 8. 特にない |
| 4. 仕事と介護の両立に関する情報の提供 | |
| 5. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置 | |

問47-4 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。（〇は1つのみ）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 5. わからない |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | |

ご協力ありがとうございました。

1月25日（水）までに同封の返信用封筒（切手不要）でご返送ください。