

# 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、皆様の介護保険サービスに関する利用状況やご意向を調査させていただき、その状況を踏まえ、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、この調査は平成28年8月において介護保険の在宅サービスを利用されている要介護度3～5の方、2,400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ちお答えください。
- 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、それに沿ってお進みください。
- ご記入は、黒又は青のボールペンかサインペンをお使いください。
- 回答は、あてはまる項目を選び、その番号を○で囲むものと、文字又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)等の指示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、次のようなことに不安を感じることがありますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○は2つまで）

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 健康面（要介護状態の悪化等）    | 5. 隣近所との関係         |
| 2. 生計面（経済的に苦しくなること等） | 6. 親族との関係（行き来がない等） |
| 3. 防犯・防災（空き巣、火事等）    | 7. その他（ )          |
| 4. 住居（老朽化、高齢者向きでない等） | 8. 特にない            |

問6 あなた（宛名のご本人）が加入されている年金の種類は次のうちどれですか。

（○はいくつでも）

- |                 |                 |        |
|-----------------|-----------------|--------|
| 1. 国民年金         | 3. 厚生年金（企業年金なし） | 5. 無年金 |
| 2. 厚生年金（企業年金あり） | 4. 共済年金         | 6. その他 |

※企業年金とは、企業が公的年金とは別に設けている独自の年金制度のことです。

問6-1 あなた（宛名のご本人）の年金収入は、年間どのくらいですか。（○は1つのみ）

- |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. 100万円未満     | 5. 250～300万円未満 | 9. 450～500万円未満 |
| 2. 100～150万円未満 | 6. 300～350万円未満 | 10. 500万円以上    |
| 3. 150～200万円未満 | 7. 350～400万円未満 |                |
| 4. 200～250万円未満 | 8. 400～450万円未満 |                |

問7 あなた（宛名のご本人）は、現在の暮らしの状況を経済的にみて、どう感じていますか。  
当てはまる番号に○をつけてください。（○は1つのみ）

- |        |          |             |           |
|--------|----------|-------------|-----------|
| 1. 苦しい | 2. やや苦しい | 3. ややゆとりがある | 4. ゆとりがある |
|--------|----------|-------------|-----------|

### お住まいについて

問8 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. 一戸建て | 2. 集合住宅 |
|---------|---------|

問9 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10 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10-1へお進みください。 |
| 2. いいえ              | ⇒ 問11へお進みください。   |

問10-1 **【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。】**

問11 あなた（宛名のご本人）のお住まいの中で、不便なところがありますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○は3つまで）

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. トイレが使いにくい         | 7. 階段が急である       |
| 2. 玄関から道路までに段差がある    | 8. 住宅内の床に段差がある   |
| 3. 浴室が使いにくい          | 9. 廊下・階段等に手すりがない |
| 4. エレベーターがない         | 10. その他（ ）       |
| 5. 台所が使いにくい（流し、コンロ等） | 11. 特になし         |
| 6. 車いすが使えない          |                  |

問 12 あなた（宛名のご本人）は住み替えをご希望ですか。当てはまるものを選んでください。（○は1つのみ）

1. 高齢者向け賃貸住宅	5. エレベーターのあるアパート・マンション等
2. 有料老人ホーム、ケアハウス等	6. 高齢者グループホーム
3. 特別養護老人ホーム等	7. 不便なところを改修し、今のところに住み続けたい
4. 一戸建て	8. その他（ ）
	9. 今のまま、住み続けたい

### 日常生活について

問 13 あなた（宛名のご本人）は毎日3食、食事をとっていますか。（○は1つのみ）

1. 毎日必ず3食とっている	3. 毎日1食である
2. 毎日2食である	4. まちまちである

問 14 あなた（宛名のご本人）は、ふだんの食事についてどのようにしていますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はいくつでも）

1. ホームヘルパーが調理してくれる	4. 外食を利用する
2. 自分はしないが家族が調理してくれる	5. 自分で調理する
3. 配食を利用する	6. お弁当等を買ってくる

### 健康・医療について

問 15 あなた（宛名のご本人）のお口や歯について、次の問にお答えください。

（○はそれぞれ1つずつ）

歯磨き（介助を受ける場合も含む）を毎日していますか	1. はい 2. いいえ
定期的に歯科検診（健診を含む）をしていますか	1. はい 2. いいえ
入れ歯を使用していますか	1. はい 2. いいえ
【入れ歯のある方のみ】噛み合わせは良いですか	1. はい 2. いいえ
【入れ歯のある方のみ】毎日入れ歯の手入れをしていますか	1. はい 2. いいえ

問16 現在、通院又は往診等で診療を受けていますか。（○は2つまで）

- |           |             |           |               |
|-----------|-------------|-----------|---------------|
| 1. 通院している | 2. 往診を受けている | 3. 入院している | 4. いずれも行っていない |
|-----------|-------------|-----------|---------------|

→ 問16-1 【問16で「1. 通院している」「2. 往診を受けている」と回答された方のみ】  
医療機関（病院・医院・診療所等）にはどのくらいの頻度で、通院又は往診を受けていますか。（○は1つのみ）

- |          |          |             |
|----------|----------|-------------|
| 1. 週2回以上 | 3. 月2回程度 | 5. 数か月に1回程度 |
| 2. 週1回   | 4. 月1回   | 6. 定期的ではない  |

問16-2 【問16で「1. 通院している」と回答された方のみ】

通院で受けている診療科目は何ですか。（○はいくつでも）

- |         |            |         |
|---------|------------|---------|
| 1. 内科   | 5. 歯科      | 9. 神経内科 |
| 2. 外科   | 6. 眼科      | 10. その他 |
| 3. 循環器科 | 7. 皮膚科     | （ ）     |
| 4. 整形外科 | 8. 耳鼻いんこう科 |         |

問16-3 【問16で「2. 往診を受けている」と回答された方のみ】往診で受けているものは、どのような内容ですか。当てはまる番号に○をつけてください。

（○はいくつでも）

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. 点滴            | 6. 導尿の管理（カテーテル、自己）    |
| 2. 経管栄養（胃ろう等）    | 7. 気管切開の処置            |
| 3. 酸素療法          | 8. インスリンの自己注射         |
| 4. じょくそう（床ずれ）の処置 | 9. 痛みに対する管理（注射、湿布、薬等） |
| 5. 人工呼吸器         | 10. その他（ ）            |

【すべての方におうかがいします。】

介護サービスについて

問17 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3 | 2. 要介護4 | 3. 要介護5 | 4. わからない |
|---------|---------|---------|----------|

1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	6. 認知症（アルツハイマー病等）	11. 脊椎損傷
2. 心臓病	7. パーキンソン病	12. 高齢による衰弱
3. がん（悪性新生物）	8. 糖尿病	13. その他
4. 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）	9. 視覚・聴覚障がい	（ ）
5. 関節の病気（リウマチ等）	10. 骨折・転倒	14. わからない

問19 あなた（宛名のご本人）が要介護認定を申請した理由は、次のうちどれですか。

(○はいいくつでも)

1. 介護保険サービスを利用するため
2. 介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の申込みをするため
3. 住宅改修費支給を利用するため
4. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売購入費支給を利用するため
5. 医師等から申請するように言われたため
6. 特に理由はないが、とりあえず申請した
7. その他（ ）

問20 あなた（宛名のご本人）は、ケアマネジャーの対応について、どのように感じていますか。当てはまる番号に○をつけてください。（○はそれぞれ1つずつ）

応 対 や 内 容	満足	やや満足	やや不満	不満
ケアプランの内容や利用料等を十分に説明してくれる	1	2	3	4
必要なときに連絡がとれる	1	2	3	4
家族や本人の希望が反映されている	1	2	3	4
要望にすぐに対応してくれる	1	2	3	4
サービス事業者を選べる	1	2	3	4
サービス事業者の違いを十分説明してくれる	1	2	3	4
ケアプランの変更を希望したときに対応してくれる	1	2	3	4
区のサービス（紙おむつの支給や配食サービス等）やその他の団体のサービスを十分説明してくれる	1	2	3	4
ケアマネジャーが所属する事業者のサービスばかり勧めることはなく、他の事業者も勧めてくれる	1	2	3	4
訪問の頻度は適切である	1	2	3	4



問2 1 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） また、それぞれの満足度について、当てはまる番号に○をつけてください。（○はそれぞれ1つずつ）

(利用経験)		(満足度)				
サービスの種類	利用したサービスの番号に○をつけてください		満足	やや満足	やや不満	不満
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	1	⇒	1	2	3	4
訪問入浴介護	2	⇒	1	2	3	4
訪問看護	3	⇒	1	2	3	4
訪問リハビリテーション	4	⇒	1	2	3	4
居宅療養管理指導（医師・歯科医師等の訪問による健康管理等）	5	⇒	1	2	3	4
通所介護 (デイサービス)	6	⇒	1	2	3	4
通所リハビリテーション (デイケア)	7	⇒	1	2	3	4
短期入所生活介護 (ショートステイ)	8	⇒	1	2	3	4
短期入所療養介護 (医療ショートステイ)	9	⇒	1	2	3	4
福祉用具貸与	10	⇒	1	2	3	4
福祉用具販売	11	⇒	1	2	3	4
住宅改修	12	⇒	1	2	3	4
認知症対応型通所介護	13	⇒	1	2	3	4
小規模多機能型居宅介護	14	⇒	1	2	3	4
定期巡回随時対応型訪問看護介護	15	⇒	1	2	3	4
夜間対応型訪問介護	16	⇒	1	2	3	4



問24-1 **【問24で1～5の方におうかがいします。】**これらの施設に申込みをした理由は次のうちどれですか。(〇は3つまで)

1. 介護者がいないため、在宅で家族介護を受けられないから
2. 家族が働いているため、在宅で介護を十分受けられないから
3. 家族の健康状態がよくないため、在宅で介護を十分受けられないから
4. 家族が精神的・身体的に疲れているから
5. リハビリ等が必要であり、医師等に入所（入院）を勧められたから
6. 高齢者世帯のため、生活に不安を感じるから
7. 現在の住居が介護に適していないから
8. 入所（入院）待ちの期間を見込んで、早めに入所（入院）を申し込む必要があるから
9. その他（ ）

問24-2 **【問24で「6. 申込みをしていない」と回答した方におうかがいします。】**施設に申込みをしない主な理由は次のうちどれですか。(〇は2つまで)

- |                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| 1. 自宅が好きだから                  | 6. 家族介護で十分生活できるから   |
| 2. 施設での生活は自由がきかないと思うから       | 7. 健康状態が良好だから       |
| 3. 友人・知人とのつきあいを続けたいから        | 8. 隣近所とのつきあいを続けたいから |
| 4. 入院・入所で費用がかかるから            | 9. 家族とのつながりを保ちたいから  |
| 5. 自分の身の回りのことは、できるだけ自分でしたいから | 10. その他（ ）          |

### 介護者について

**【すべての方におうかがいします。】**

問25 現在、あなた（宛名のご本人）を介護してくれる家族等はいいますか。(〇は1つのみ)

1. (介護してくれる) 家族等がいる ⇒ 問26へお進みください。
2. (介護してくれる) 家族等がない ⇒ 17ページの問39へお進みください。

問26 **【(介護してくれる) 家族等がいる方のみ】**あなた（宛名のご本人）を介護している家族等は何人いますか。

⇒  人

ここからは、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、17 ページの問 39 へお進みください。

問 27 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。  
（○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 27「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 28 へお進みください。  
「2. 子」～「6. 兄弟姉妹」と回答された方⇒問 27-1 へお進みください。

問 27-1 ご本人（宛名のご本人）と同居していますか。（○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 27-1 で「1. はい（同居している）」と回答された方のみ】</p> <p>問 27-1-1 同居を始めた理由は、次のうちどれですか。（○はいくつでも）</p> <p>1. 介護が必要ない時から同居 2. 経済的な理由（年金生活になった為等） 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（ ）</p>	<p>【問 27-1 で「2. いいえ」と回答された方のみ】</p> <p>問 27-2-1 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。（○は1つのみ）</p> <p>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（ ）</p>
↓	↓
<p>問 27-1-2 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。（○は1つのみ）</p> <p>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（ ）</p>	<p>問 27-2-2 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。（○は1つのみ）</p> <p>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（ ）</p>

## 【すべての介護者の方におうかがいします。】

問 28 ご本人（宛名のご本人）の介護を始めて、どのくらいですか。（○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 29-1 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。（○はいくつでも）⇒①欄に

問 29-2 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）（○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 30 あなた（介護者ご自身）には介護保険サービス以外に介護や家事を支援してくれる人はいますか。（○はいくつでも）

1. 同居の家族	6. 自治体の介護担当窓口や民生委員など
2. 別居の家族	7. 社会福祉協議会、NPO・ボランティア団体などの市民活動団体
3. 隣近所	8. その他
4. 知人・友人	(具体的に )
5. 家政婦等の民間サービスなど介護保険以外のサービス	9. 支援は何もない

問31 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）はどのように感じですか。当てはまる番号に○をつけてください。（○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ときがある
8. その他（ ）

問 32 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 33 介護をされていて辛いとき、どこ（誰）に相談しましたか。（○はいくつでも）

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

問 34 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 34-1、問 34-2へお進みください。 |
| 2. ときどきある |                        |
| 3. あまりない  | 問 35へお進みください。          |
| 4. 全くない   |                        |
| 5. わからない  |                        |

問 34-1 **【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 34-2 **【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  |          |

**【すべての介護者の方におうかがいします。】**

問 35 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 36 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 37 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 38 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
2. 高齢者が気楽に集まれる場所の提供
3. 健康づくり・介護予防に関する施策
4. 高齢者向け住宅の整備
5. 見守り等、ひとり暮らし高齢者等への支援
6. 認知症対策
7. 高齢者の虐待対策
8. 介護保険の在宅サービス
9. 介護保険の施設・入居系サービス
10. 家族等の介護者に対する支援
11. 福祉や生活に関わる相談
12. その他

【すべての方におうかがいします。】

問 39 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、ご自由にご記入ください。

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

ここからの設問は、問 27（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 39 で終了です。

問 40 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  
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。
- 問 40-1～問 40-4 についてお答えください。

※ 「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対して短い方」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 40 で「1」「2」と回答した方におうかがいします。】**

問 40-1 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。（○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 40-2 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）（○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 40-3 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。（○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 40-4 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。（○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）までに同封の返送用封筒（切手不要）でご返送ください。**