

## 板橋区 介護保険ニーズ調査票（案） 要介護3～5

この調査票を記入されるのはどなたですか。○をつけてください。

1. あて名のご本人が記入
2. ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄： ）
3. その他（具体的に： ）

### 1 あなた(封筒のあて名のご本人)について

問1 あなたは板橋区どこの地区にお住まいですか。あてはまる番号に○をつけてください。

1	仲町	大山町、幸町(7番～66番)、大山西町、弥生町、仲町、中板橋、大山東町(20番、56番～60番)
2	板橋	加賀1丁目、2丁目(1番～5番、12番～18番)、板橋1丁目、2丁目(1番～17番、22番～53番、56番～69番)、3・4丁目、大山東町(17番、19番、21番～25番、28番、30番～55番)
3	熊野	板橋2丁目(18番～21番、54番、55番)、大山金井町、大山東町(1番～16番、18番、26番、27番、29番)、熊野町、中丸町、幸町(1番～6番)、南町
4	仲宿	加賀2丁目(6番～11番、19番～21番)、稻荷台、仲宿、氷川町、栄町
5	富士見	本町、大和町、双葉町、富士見町
6	大谷口	大谷口1・2丁目、大谷口上町、大谷口北町、向原1～3丁目、小茂根1・2丁目
7	常盤台	上板橋1～3丁目、常盤台1～4丁目、南常盤台1・2丁目、東新町1丁目
8	清水	清水町、蓮沼町、大原町、泉町、宮本町
9	志村坂上	志村1～3丁目、小豆沢1～4丁目、坂下1丁目(1番～26番、28番)、東坂下1丁目、相生町(1番～12番11号、13番～16番)
10	中台	若木1～3丁目、中台1～3丁目、西台1丁目、2丁目(1番～30番4号、41番、42番)、3丁目(1番～46番、48番～54番)、4丁目
11	蓮根	蓮根1～3丁目、坂下1丁目(27番、29番～41番)、2丁目、3丁目、東坂下2丁目、相生町(12番12号と13号、17番～26番)
12	舟渡	舟渡1～4丁目
13	前野	前野町1～6丁目
14	桜川	小茂根3～5丁目、東山町、東新町2丁目、桜川1～3丁目
15	下赤塚	赤塚1丁目、2丁目、5丁目(1番～17番)、6～8丁目、赤塚新町1～3丁目、大門、四葉1丁目(3番10号、4番～31番)、2丁目
16	成増	赤塚3～5丁目(18番～36番)、成増1～5丁目、三園1丁目
17	徳丸	西台2丁目(30番5号～17号、31番～40番)・3丁目(47番、55番～57番)、徳丸1～8丁目、四葉1丁目(1番～3番(3番10号を除く))
18	高島平	高島平1～9丁目、新河岸1～3丁目、三園2丁目

問2 あなたの性別と年齢（令和4年10月1日現在）を教えてください。  
（それぞれ、ひとつだけに○）

【性別】	1. 男性	2. 女性		
【年齢】	1. 65～69歳	2. 70～74歳	3. 75～79歳	4. 80～84歳
	5. 85～89歳	6. 90～94歳	7. 95～99歳	8. 100歳以上

問3 家族構成を教えてください。（ひとつだけに○）

1. 1人暮らし	
2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）	3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）
4. 息子・娘との2世帯	5. その他（具体的に ）

問3で「2」から「5」に○を付けた方（1人暮らし以外の方）にお尋ねします。

問3-1 日中、自宅に自分ひとりだけで過ごすことはありますか。  
（ひとつだけに○）

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

問4 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。（ひとつだけに○）

1. 大変苦しい	2. やや苦しい
3. ふつう	4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある	

問5 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。（ひとつだけに○）

1. 持家（一戸建て）	2. 持家（集合住宅）
3. <small>こうえいちんたいじゅうたく</small> 公営賃貸住宅	4. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅（一戸建て）
5. <small>みんかんちんたいじゅうたく</small> 民間賃貸住宅（集合住宅）	6. 借家
7. その他（具体的に ）	

問6 あなたのお住まいの中で、不便な所はありますか。（あてはまるものすべてに○）

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

**問7 あなたは住み替えをご希望ですか。(ひとつだけに○)**

1. 高齢者向け賃貸住宅	2. 有料老人ホーム、都市型軽費老人ホーム等
3. 特別養護老人ホーム等	4. サービス付き高齢者住宅
5. 一戸建て	6. エレベーターのあるアパート・マンション等
7. 高齢者グループホーム	8. 不便な所を改修し、今のところに住み続けたい
9. 今のまま、住み続けたい	10. その他(具体的に )

施設の名称	設備やサービスなど
高齢者向け賃貸住宅	バリアフリー化され、緊急通報システムなどが備わっている単身または高齢者のみの世帯を対象とした賃貸住宅です。
有料老人ホーム(住宅型)	食事などの日常生活上のサービスは付きますが、介護保険サービスは別契約となり、外部の事業所を使用する有料老人ホームです。
有料老人ホーム(介護付き)	介護保険サービスの付いた有料老人ホームです。介護が必要になっても、施設が提供する介護サービスを利用することができます。
都市型軽費老人ホーム(ケアハウス)	身体機能の低下等により自立した生活に不安がある低所得の高齢者を対象とした施設で、食事や安否確認サービスなどが付いています。
特別養護老人ホーム	常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。
サービス付き高齢者住宅	バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応システム、生活相談システムなどが付いた高齢者向け賃貸住宅です。
高齢者グループホーム	認知症高齢者が少数で、家庭的な雰囲気のもと、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設です。

**2 食べることについて**

**問1 歯磨き(人にやってもらう場合も含む)を毎日していますか。(ひとつだけに○)**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

**問2 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください**

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)。(ひとつだけに○)

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2-1 噛み合わせは良いですか。(ひとつだけに○)**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

**問2-2 問2で「1」「3」に○を付けた方(入れ歯を利用している方)にお尋ねします。毎日入れ歯の手入れをしていますか。(ひとつだけに○)**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問3 あなたの現在の歯ぐき・口の状態についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

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

問4 定期的に歯科検診(健診を含む)をしていますか。(ひとつだけに○)

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

問5 あなたは毎日3食、食事をとっていますか。(ひとつだけに○)

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

### 3 健康・医療・日常生活について

問1 現在、病院や医院(診療所・クリニック)への受診はどうされていますか。(ひとつだけに○)

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 通院している               | 2. 往診(訪問診療)を受けている |
| 3. 通院と往診(訪問診療)を両方利用している | 4. 入院している         |
| 5. 受診していない              |                   |

問2 散髪はどのようにしていますか。(ひとつだけに○)

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. 理容室や美容室へ行き、散髪している | 4. 定期的に散髪する必要がない |
| 2. 出張理容を利用して、散髪している  | 5. その他(具体的に )    |
| 3. 家族が散髪している         |                  |

問2-1 問2で「1」「2」「3」と回答した方(散髪している方)にお尋ねします。  
散髪の頻度はどれくらいですか。(ひとつだけに○)

- |             |             |               |
|-------------|-------------|---------------|
| 1. 2か月に1回程度 | 2. 3か月に1回程度 | 3. その他(具体的に ) |
|-------------|-------------|---------------|

### 4 介護について

問1 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

- |         |         |         |          |
|---------|---------|---------|----------|
| 1. 要介護3 | 2. 要介護4 | 3. 要介護5 | 4. わからない |
|---------|---------|---------|----------|

問2 あなたが要介護認定を申請した理由は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護保険サービスを利用するため
2. 介護保険の住宅改修、福祉用具貸与・購入を利用するため
3. 介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の入所申込をするため
4. 介護保険サービス以外の高齢者福祉サービス（おむつ助成等）を利用するため
5. 医師や家族などから認定を受けるようにすすめられたから
6. 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
7. 特に理由はないがとりあえず申請した
8. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

問3 あなたは主にどなたの介護、介助を受けていますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                |                     |          |
|----------------|---------------------|----------|
| 1. 配偶者（夫・妻）    | 2. 息子               | 3. 娘     |
| 4. 子の配偶者       | 5. 孫                | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他（具体的に _____ ) |          |

問4 あなたが要介護状態になった主なきっかけは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1. 脳卒中（ <small>のうそちゅう</small> 脳出血・ <small>のうしゅつけつ</small> 脳梗塞等） | 2. 心臓病  | 3. がん（悪性新生物）   |
| 4. 呼吸器の病気（ <small>はいきしゅ</small> 肺気腫・肺炎等）                        | 5. 関節の病気（リウマチ等）   |  |
| 6. 認知症（ <small>にんちしやう</small> アルツハイマー病等）                        | 7. パーキンソン病  | 8. 糖尿病（ <small>とうようびやう</small> ）                           |
| 9. 腎疾患（透析）  | 10. 視覚・聴覚障害（ <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちやうかくしやうがい</small> 聴覚障害） | 11. 骨折・転倒（ <small>こっせつ</small> 骨折・ <small>てんとう</small> 転倒） |
| 12. 脊椎損傷（ <small>せきついそんしやう</small> ）                            | 13. 高齢による衰弱（ <small>すいじやく</small> ）                                 |  |
| 14. その他（具体的に _____ )  | 15. 不明  |  |

問5 あなたは以下の地域密着型サービスを利用したことがありますか。(それぞれひとつに○)  
また、利用したいのに利用できないサービスはありますか。利用できなかったことがあるサービスの欄に○をつけてください。

サービスの種類	利用の有無			利用したいのに 利用できない サービス (↓該当に○)
	利用して いる	知っている が利用した ことはない	知らない	
① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	
② 夜間対応型訪問介護	1	2	3	
③ 認知症対応型通所介護	1	2	3	
④ 小規模多機能型居宅介護	1	2	3	
⑤ 認知症対応型共同生活介護	1	2	3	
⑥ 看護小規模多機能型居宅介護	1	2	3	
⑦ 地域密着型通所介護	1	2	3	

## 地域密着型サービスの種類と内容

	種 類	内 容
①	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	24 時間安心して自宅で生活できるよう、介護職員と看護職員の定期的な訪問と、必要時の通報や電話連絡による随時対応の訪問を受けられます。
②	夜間対応型 訪問介護	夜間の定期的な巡回で介護を受けられる訪問介護と、緊急時など利用者の求めに応じて介護を受けられる随時対応の訪問介護が受けられます。
③	認知症対応型 通所介護	認知症と診断された高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで受けられます。
④	小規模多機能型 居宅介護	小規模な住宅型の施設への <u>通い</u> を中心に、自宅に来てもらう <u>訪問</u> や施設に <u>泊まる</u> サービスを組み合わせた柔軟なサービスが受けられます。
⑤	認知症対応型 共同生活介護	認知症と診断された高齢者が共同で生活できる住宅で、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。
⑥	看護小規模多機能型 居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスで、 <u>通い</u> 、 <u>訪問</u> （介護・看護）、 <u>泊まる</u> サービスが柔軟に受けられます。
⑦	地域密着型通所介護	定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や、機能訓練を行います。

### 問 6 あなたは以下の介護施設に申込みをしていますか。（あてはまるものすべてに○）

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム     | 2. 介護医療院（介護療養型医療施設） |
| 3. 介護付き有料老人ホーム   | 4. 介護老人保健施設         |
| 5. 認知症高齢者グループホーム | 6. 申込みをしていない        |

### 問 7-1 介護施設への申込みをしている方にお尋ねします。

それらの施設に申込みをした主な理由は次のうちどれですか。（○は3つまで）

- |  |
|--|
| 1. 介護者がいないため、在宅で家族介護が受けられないから            |
| 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. 家族の健康状態が良くないため、在宅で介護を十分受けられないため       |
| 4. 家族が精神的・身体的に疲れているから                    |
| 5. 在宅介護サービスや訪問看護の利用では対応が難しくなってきたため       |
| 6. リハビリが必要であり、医師等に入所（入院）を勧められたから         |
| 7. 高齢世帯のため、生活に不安を感じるから                   |
| 8. 現在の住居が介護に適していないから                     |
| 9. 入所（入居）待ちの期間を見込んで、早めに入所（入居）を申込み必要があるから |
| 10. その他（具体的に _____）                      |

### 問 7-2 介護施設への申込みをしている方にお尋ねします。

申込みをした施設にはどれくらいの時期に入所したいとお考えですか。（ひとつだけに○）

- |         |               |
|---------|---------------|
| 1. 1年以内 | 2. 2～3年以内     |
| 3. 5年以内 | 4. 今のところ分からない |

問 7-3 介護施設への申込みをしていない方におたずねします。

施設に申込みをしない主な理由は次のうちどうですか。(○は3つまで)

- |                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. 自宅が好きだから                   | 2. 施設での生活は自由がきかないと思うから |
| 3. 友人・知人とのつきあいを続けたいから         | 4. 入院・入所でお金がかかるから      |
| 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  |                        |
| 6. 家族介護で十分生活できるから             |                        |
| 7. 在宅介護サービスと訪問看護の利用で十分生活できるから |                        |
| 8. 健康状態が良好だから                 | 9. 隣近所とのつきあいを続けたいから    |
| 10. 家族とのつながりを保ちたいから           | 11. その他(具体的に )         |

## 5 板橋区の実践について

問 1 板橋区では、年を重ねても安心して住み慣れたまち(地域)に住み続けることができるよう、「板橋区版AIP(Aging in Place)」と銘打ち、7つの重点分野(①総合事業/生活支援体制整備事業 ②医療・介護連携 ③認知症施策 ④住まいと住まい方 ⑤基盤整備 ⑥シニア活動支援 ⑦啓発・広報)に取り組んでいることをご存知ですか?(ひとつだけに○)

- |   |
|---|
| 1. 「板橋区版AIP」の名称も、どのような取り組みを行っているかも知っている |
| 2. 名称は聞いたことがあるが、どのような取り組みを行っているかは知らない   |
| 3. 全く知らない                               |

問 1-1 「1 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。

「板橋区版AIP」で行っている取り組みに満足していますか。(ひとつだけに○)  
また、そのように思う理由はどのようなことですか。

- |                   |
|-------------------|
| 1. 満足している (理由 )   |
| 2. 概ね満足している (理由 ) |
| 3. 少し不満である (理由 )  |
| 4. 不満である (理由 )    |

問 2 介護が必要な状態になっても、住み慣れたまち(地域)に安心して住み続けるには、どのようなサービスや条件が必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 声かけや見守りなど、地域の理解や支え合いがある            |
| 2. 配食やゴミ出し、買い物などの生活支援サービスが充実している      |
| 3. 訪問診療の充実など、在宅で十分な医療を受けられる体制が整っている   |
| 4. 認知症への理解があり、症状に対応した介護サービスや医療が受けられる  |
| 5. 緊急時も含め、必要な時に必要な介護サービスが受けられる        |
| 6. ショートステイやデイサービスが充実し、利用したいときに利用できる   |
| 7. 住まいの構造や設備がバリアフリーになっている             |
| 8. 自宅が住みにくくなった際には、地域内の介護施設に入居できる      |
| 9. 介護予防や生きがいづくりなど地域の活動に参加できる環境が整っている  |
| 10. 介護や医療、地域での支援・サービスに関する情報提供が行き届いている |
| 11. いつでも気軽に相談できる体制が整っている              |
| 12. その他(具体的に )                        |

問3 あなたは以下の、区の高齢者向け事業等を知っていますか。(それぞれひとつだけに○)

事業名	知っている	知らない
緊急通報システム事業（発作などの緊急時に通報できる装置を貸与）	1	2

問4 あなたは成年後見制度を知っていますか。(ひとつだけに○)

1. 内容まで大体知っている    2. 聞いたことはあるが内容までは知らない    3. 知らない

※成年後見制度：認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方々を法律面や生活面で保護・支援する制度で、高齢者に代わって契約を行ったり、財産管理などをする制度です。

問5 あなたは今後、認知症などで判断能力が低下した場合、成年後見制度を利用したいと思いませんか。(ひとつだけに○)

1. すでに任せている                      2. 任せてもよい                      3. 一部なら任せてもよい  
4. 任せたくない                      5. わからない

問6 成年後見制度の相談の窓口を知っていますか。(ひとつだけに○)

1. 知っている                      2. 知らない

問6-1 問6で「1. 知っている」に○を付けた方にお尋ねします。  
知っている窓口に○をつけてください。(あてはまるものすべてに○)

1. おとしより相談センター（地域包括支援センター）  
2. 権利擁護いたばしサポートセンター（社会福祉協議会）  
3. 家庭裁判所（後見センター）                      4. 専門職（弁護士・司法書士等）  
5. 法テラス                      6. その他（具体的に                      ）

問7 あなたは介護保険に関する相談や苦情があるときに、どこ(誰)に伝えていきますか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 区の介護保険課                      2. 福祉事務所・健康福祉センター  
3. 介護保険苦情・相談室                      4. ケアマネジャー  
5. ホームヘルパー等介助する人                      6. 医師・看護師・ケースワーカー  
7. おとしより保健福祉センター                      8. 保健福祉オンブズマン  
9. おとしより相談センター(地域包括支援センター)  
10. サービス事業者  
11. 東京都国民健康保険団体連合会  
12. 友人・知人・家族  
13. どこにしていいいかわからない  
14. 相談したい事や苦情があっても我慢している  
15. 相談・苦情は特にない  
16. その他（具体的に                      ）

**問7 板橋区にどのような高齢者施策の充実を希望しますか。(あてはまるものすべてに○)**

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

**問8 介護保険事業や高齢者施策について、板橋区へのご要望・ご意見がありましたらお知らせください。**

**ここからは主に介護されている方（おひとり）にお尋ねします。**

問1 あなた(主な介護者ご自身)の①性別、②年齢、③宛名のご本人との続柄、④健康状態についてお答えください。(それぞれひとつだけに○)

① 性別	1. 男性	2. 女性		
② 年齢	1. 20歳未満	2. 20～29歳	3. 30～39歳	4. 40～49歳
	5. 50～59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
③ 続柄	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(具体的に )			
④ 健康状態	1. とても良い	2. まあ良い	3. あまり良くない	4. 良くない

問2 あなた(主な介護者ご自身)はどこにお住まいですか。(ひとつだけに○)

1. 同居している	2. 別居しているが、徒歩10分程度のところに住んでいる
	3. 別居していて、行き来に10分以上かかる
	4. その他(具体的に )

問2-1 ご本人と同居していない方にお尋ねします。

ご本人のところにはどれくらいの頻度通っていますか。(ひとつだけに○)

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(具体的に )	

問3 あなた(主な介護者の方)はご本人にどのような介護をされていますか。(あてはまるものすべてに○)

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. 衣類の着脱
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、ストーマ等)	
12. 食事の準備(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手続き	
15. その他(具体的に )	
16. 特にない	

問4 現在の生活を続けていくにあたって、あなた（主な介護者の方）が不安に感じる介護についてお答えください。現在、行っているか否かを問いません。（あてはまるものすべてに○）

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 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. 衣類の着脱        |
| 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 等） |                 |
| 12. 食事の準備（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手続き      |                 |
| 15. その他（具体的に             | ）               |
| 16. 特にない                 |                 |

問5 あなた(主な介護者ご自身)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。（あてはまるものすべてに○）

- |                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 1. 同居の家族                        | 2. 別居の家族 |
| 3. 隣近所                          | 4. 知人・友人 |
| 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     |          |
| 6. 社会福祉協議会、NPO・ボランティア団体など市民活動団体 |          |
| 7. その他（具体的に                     | ）        |
| 8. 支援は何もない                      |          |

問6 介護をしていて、困ったことや負担に感じることはどのようなことですか。（あてはまるものすべてに○）

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. 適切な介護方法がわからない                       | 2. 自分の用事・都合を済ませることができない |
| 3. 自分の予定が立てられない                        | 4. 自分の自由になる時間が持てない      |
| 5. 日中、家を空けるのを不安に感じる                    | 6. 他の家族に介護への協力をしてもらえない  |
| 7. サービス事業者との関係がうまくいかない                 |                         |
| 8. ケアマネジャーとの関係がうまくいかない                 |                         |
| 9. おとしより相談センター（地域包括支援センター）との関係がうまくいかない |                         |
| 10. 介護に精神的なストレスを感じることもある               |                         |
| 11. 何をどのように相談すればよいか、わからない              |                         |
| 12. 休日夜間など、相談したい時間に相談窓口が開いていない         |                         |
| 13. 医療と介護について総合的に相談できる窓口がない            |                         |
| 14. 睡眠時間が不規則になり、健康状態が思わしくない            |                         |
| 15. 身体的に辛い（腰痛や肩こり等）                    |                         |
| 16. 日々の介護に手いっぱい先のことを考える余裕がない           |                         |
| 17. 経済的不安が大きい                          |                         |
| 18. 特に困っていることはない                       |                         |
| 19. その他（具体的に                           | ）                       |

**問7 介護をしていて辛いとき、どこ（誰）に相談しましたか。（あてはまるものすべてに○）**

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 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（具体的に )             |

**問8 あなた（主な介護者ご自身）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。（あてはまるものすべてに○）**

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| 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（具体的に )            |                        |