

介護予防・日常生活圏域ニーズ等調査

調査ご協力をお願い

町民の皆様には日ごろから町政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

この調査は、要支援認定を受けられている方の中から300名の方を無作為に抽出し、日頃の生活状況や介護サービス等の利用状況及び介護をされている方の状況等をお聴きし、今後の介護サービスの整備や高齢者施策のあり方などをまとめた「宮代町高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画」を策定するうえでの基礎資料として活用するために実施するものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願いいたします。

平成28年12月

宮代町

記入に際してのお願い

○ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族やまわりの方にお手伝いいただくか、ご本人の意見を聞いた上で代わりに記入してください。

○調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。

○数字を記入する欄は右詰め（例

0	6	2
---	---	---

 kg）でご記入ください。

○「その他（ ）」を選んだ場合は、かつこ内に具体的な内容をご記入ください。

○調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

○記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

平成28年12月26日（月）までに投函してください。

個人情報の取り扱いについて

この調査は、効果的な介護予防施策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、宮代町の介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。

なお、調査結果の分析にあたり、町が保有するあなたの要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会データ）を活用させていただきますので、あらかじめご承知置きください。

また、当該情報については、宮代町で適切に管理いたします。

▼ご不明な点などがございましたら、お手数ですが、下記までお問い合わせ下さい▼

宮代町役場 健康介護課 高齢者支援担当 〒345-8504 埼玉県南埼玉郡宮代町笠原 1-4-1

電話：0480-34-1111（内線 386）

※（土）（日）（祝）除く 8時30分～17時15分

問1 あなたのご家族や生活状況について

◎現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（いくつでも）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 5. その他（ ） | |

(1) 家族構成をお教えてください（1つに〇）

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 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（ ） | |

(2) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか（1つに〇）

- | | | |
|-----------------|-------------|-----------------|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） | 3. 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| 4. 民間賃貸住宅（集合住宅） | 5. 借家 | 6. その他 |

(3) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか（1つに〇）

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. 介護・介助は必要ない | ⇒ (4)へ |
| 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない | } ①～⑤をお答えください |
| 3. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| 4. 週に1～2日ある | |
| 5. 週に3～4日ある | |
| 6. ほぼ毎日ある | |

【(3)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（いくつでも）

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 2. 心臓病 |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等） |
| 5. 関節の病気（リウマチ等） | 6. 認知症（アルツハイマー病等） |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患（透析） | 10. 視覚・聴覚障害 |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他（ ） |
| 15. 不明 | |

【(3) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

②主にどなたの介護、介助を受けていますか（いくつでも）

- | | | |
|----------------|--------------------------------|----------|
| 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（ ） | |

【(3) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

③ 主な介護者の方の性別について、ご回答ください（1つに〇）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

【(3) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

④ 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（1つに〇）

- | | | | | |
|----------|--------|----------|----------|--------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 | 5. 50代 |
| 6. 60代 | 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない | |

【(3) において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

⑤ 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください（いくつでも）

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 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諸手続き |
| 15. その他（ ） | 16. わからない |

(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（1つに〇）

- | | | |
|-------------|-------------|---------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふうふう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(5) ご家族やご親族の中で、あなたの介護を主な理由として、過去1年の間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）（いくつでも）
※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | |
|-------------------------------|
| 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 |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (1つに〇)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

(2) 椅子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つに〇)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

(3) 15分位続けて歩いていますか (1つに〇)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (1つに〇)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

(5) 転倒に対する不安は大きいですか (1つに〇)

- | | | | |
|-------------|------------|-------------|----------|
| 1. とても不安である | 2. やや不安である | 3. あまり不安でない | 4. 不安でない |
|-------------|------------|-------------|----------|

(6) 週に1回以上は外出していますか (1つに〇)

- | | | | |
|--------------|--------|----------|----------|
| 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 |
|--------------|--------|----------|----------|

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (1つに〇)

- | | | | |
|-------------|----------|--------------|-----------|
| 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 |
|-------------|----------|--------------|-----------|

(8) 外出を控えていますか (1つに〇)

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

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

①外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)

- | | | |
|-----------------|-------------------|------------|
| 1. 病气 | 2. 障害(脳卒中の後遺症など) | 3. 足腰などの痛み |
| 4. トイレの心配(失禁など) | 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 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() | | |

(9) 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)

- | | | |
|----------------|------------------|----------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. バイク |
| 4. 自動車(自分で運転) | 5. 自動車(人に乗せてもらう) | 6. 電車 |
| 7. 路線バス | 8. 病院や施設のバス | 9. 車いす |
| 10. 電動車いす(カート) | 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー |
| 13. その他() | | |

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----------------------	----------------------	----	----	----------------------	----------------------	----------------------	----

(2) 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか(1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(3) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(1つに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

(4) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください(1つに○)

【成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です】

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

(5) どなたかと食事をとる機会がありますか(1つに○)

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4 毎日の生活について

物忘れについて(それぞれ1つに○)

(1) 物忘れが多いと感じますか	1. はい	2. いいえ
(2) 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ

日常生活について(それぞれ1つに○)

(3) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(4) 自分で食品・日用品の買物をしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(5) 自分で食事の用意をしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(6) 自分で請求書の支払いをしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(7) 自分で預貯金の出し入れをしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない

社会参加について（それぞれ1つに○）	
（8）年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	1. はい 2. いいえ
（9）新聞や本、雑誌を読んでいますか	1. はい 2. いいえ
（10）健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 2. いいえ
（11）趣味はありますか	1. はい（ ） 2. いいえ
（12）生きがいはありますか	1. はい（ ） 2. いいえ

問5 地域での活動について

（1）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（それぞれ1つに○）

	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老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦収入のある仕事 （シルバー人材センター含む）	1	2	3	4	5	6

（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参加者として参加してみたいと思いますか（1つに○）

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

（3）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（1つに○）

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

問6 たすけあいについて あなたとまわりの人の「たすけあい」について
 おうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他() | 8. そのような人はいない | |

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他() | 8. そのような人はいない | |

(3) 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(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他() | 8. そのような人はいない | |

(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人(いくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣 | 6. 友人 |
| 7. その他() | 8. そのような人はいない | |

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください(いくつでも)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会 |
| 3. 民生委員 | 4. ケアマネジャー |
| 5. 医師・歯科医師・看護師 | 6. 地域包括支援センター・役場 |
| 7. その他() | 8. そのような人はいない |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか(1つに○)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 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 | |

(7) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(いくつでも)

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

問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか (1つに○)

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (1つに○)

【「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください】

とても 不幸											とても 幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか (1つに○)

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

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか (1つに○)

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

(5) タバコは吸っていますか (1つに○)

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている |
| 3. 吸っていたがやめた | 4. もともと吸っていない |

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)

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

問 8 福祉サービスや福祉施策等について

(1) 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 (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. 緊急時通報システム |
| 11. 介護用品支給 (紙おむつ等) | 12. その他 () |
| 13. 利用していない | |

(2) 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・サービスを含む) について、ご回答ください (いくつでも)
※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。

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 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. 緊急時通報システム |
| 11. 介護用品支給 (紙おむつ等) | 12. その他 () |
| 13. 特になし | |

(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 (1つに○)
※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設 (有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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 | |

(4) 現在、訪問診療を利用していますか (1つに○)

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

(5) 現在、住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の介護保険サービスを利用していますか (1つに○)

- | | |
|-----------|--------------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない ⇒ (6) ^ |
|-----------|--------------------|

(6) 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(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. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
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分からない
9. その他()

※問1(5)で「3.」～「6.」と回答した場合(介護を受けている場合)は、「主な介護者」の方に問9へのご回答・ご記入をお願いいたします。

※「主な介護者」の方による、問9へのご回答・ご記入が困難である場合は、ご本人様(調査対象者の方)がご回答・ご記入してください。ご本人様によるご回答・ご記入が困難な場合は、無回答で結構です。

問9 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

(1) 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください(1つに○)

※「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。

- | | | |
|-----------------------|---|-------------|
| 1. フルタイムで働いている | } | (2) ~ (5) ^ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | (5) ^ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

(2) (1) で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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ますか(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、2~4以外の調整をしながら、働いている |
| 6. 主な介護者に確認しないと、わからない |

(3) (1) で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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(3つまでに○)

- | |
|----------------------------|
| 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. 特になし |
| 11. 主な介護者に確認しないと、わからない |

(4) (1) で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。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（1つに○）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

(5) 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、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（3つまでに○）

〔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、ストーマ等）	
〔生活援助〕	
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諸手続き	
〔その他〕	
15. その他（ ）	
16. 不安に感じていることは、特にない	
17. 主な介護者に確認しないと、わからない	

◎介護保険制度・高齢者福祉へのご意見などがありましたら、ご自由にお書きください

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

～ご協力ありがとうございました～