





※指定事業所番号

※ケアマネ背番号

※ケース通し番号

利用者票

## &lt;回答方法について&gt;

- 選択肢が記載されている設問には、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- ケアマネジャー以外の職種の方がお答え頂く場合には、設問にある「ケアマネジャー」の文言を回答者ご自身に置き換えてご回答ください。
- 本調査票ではすべての設問で、一般論ではなく回答頂いている本ケースについて当てはまるものをご回答ください。
- 設問はすべてケアマネジャー（回答者）に対してお尋ねしています。利用者や家族などに関する内容の質問もケアマネジャー（回答者）の判断または持っている情報でご回答ください。
- 設問は原則として2012年9月30日時点の状態・状況をお伺いしています。※ただし、設問に別の年月日・期間の指定があるものはそちらに沿ってご回答ください。
- 調査票上部にある「指定事業所番号」「ケアマネ背番号」「ケース通し番号」をご記入のうえ回答を開始してください。「指定事業所番号」「ケアマネ背番号」「ケース通し番号」については「実施要項（別紙）」をご参照ください。

## A. 利用者についてお伺いします。

問1.利用者の年齢は何歳ですか。	_____ 歳
問2.利用者の性別を教えてください。	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女
問3.利用者の現在の要支援・介護度を教えてください。※2012年9月30日時点で区分変更中のケースは区分変更申請前の要支援・介護度をご回答ください。	<input type="checkbox"/> 1.要支援1 <input type="checkbox"/> 2.要支援2 <input type="checkbox"/> 3.要介護1 <input type="checkbox"/> 4.要介護2 <input type="checkbox"/> 5.要介護3 <input type="checkbox"/> 6.要介護4 <input type="checkbox"/> 7.要介護5 <input type="checkbox"/> 8.新規申請中
問4.直近の主治医意見書に記載されている利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」を教えてください。	<input type="checkbox"/> 1.I <input type="checkbox"/> 2.IIa <input type="checkbox"/> 3.IIb <input type="checkbox"/> 4.IIIa <input type="checkbox"/> 5.IIIb <input type="checkbox"/> 6.IV <input type="checkbox"/> 7.M <input type="checkbox"/> 8.不明
問5.ケアマネジャーからみた利用者の「認知症高齢者の日常生活自立度」を教えてください。主治医意見書の記載内容ではなく、ケアマネジャーの判断で回答してください。	<input type="checkbox"/> 1.I <input type="checkbox"/> 2.IIa <input type="checkbox"/> 3.IIb <input type="checkbox"/> 4.IIIa <input type="checkbox"/> 5.IIIb <input type="checkbox"/> 6.IV <input type="checkbox"/> 7.M <input type="checkbox"/> 8.不明
問6.直近の主治医意見書に記載されている利用者の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」を教えてください。	<input type="checkbox"/> 1.J1 <input type="checkbox"/> 2.J2 <input type="checkbox"/> 3.A1 <input type="checkbox"/> 4.A2 <input type="checkbox"/> 5.B1 <input type="checkbox"/> 6.B2 <input type="checkbox"/> 7.C1 <input type="checkbox"/> 8.C2 <input type="checkbox"/> 9.不明
問7.ケアマネジャーからみた利用者の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」を教えてください。主治医意見書の記載内容ではなく、ケアマネジャーの判断で回答してください。	<input type="checkbox"/> 1.J1 <input type="checkbox"/> 2.J2 <input type="checkbox"/> 3.A1 <input type="checkbox"/> 4.A2 <input type="checkbox"/> 5.B1 <input type="checkbox"/> 6.B2 <input type="checkbox"/> 7.C1 <input type="checkbox"/> 8.C2 <input type="checkbox"/> 9.不明
問8.現在の利用者の世帯構成について当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 1.単独世帯 <input type="checkbox"/> 2.夫婦のみの世帯 <input type="checkbox"/> 3.両親と子供の世帯 <input type="checkbox"/> 4.一人親（父又は母）と子供の世帯 <input type="checkbox"/> 5.夫婦と親（両親又は一人親）の世帯 <input type="checkbox"/> 6.夫婦、子供と親（両親又は一人親）の世帯 <input type="checkbox"/> 7.その他の親族世帯 <input type="checkbox"/> 8.その他（_____）
問9.利用者の病前（認知症）の地域活動への参加についてお伺いします。地域活動とは町内会・自治会、老人会、趣味・ボランティアのグループなどへの参加を指します。利用者が認知症になる前の状態についてご回答ください。	<input type="checkbox"/> 1.とてもよく参加していた <input type="checkbox"/> 2.どちらかといえば参加していた <input type="checkbox"/> 3.どちらかといえば参加していなかった <input type="checkbox"/> 4.まったく参加していなかった <input type="checkbox"/> 5.わからない

## B. 利用者の心身状況についてお伺いします。

問10.利用者には認知症以外の疾患がありますか。	<input type="checkbox"/> 1.ある（⇒次の問11へ進む） <input type="checkbox"/> 2.ない（問12へ進む）
問11.問10で「1.ある」と回答した方にお伺いします。当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 1.ガン <input type="checkbox"/> 2.心疾患（不整脈を含む） <input type="checkbox"/> 3.脳卒中 <input type="checkbox"/> 4.高血圧 <input type="checkbox"/> 5.糖尿病（軽症を含む） <input type="checkbox"/> 6.肥満 <input type="checkbox"/> 7.高脂血症 <input type="checkbox"/> 8.骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 9.関節病・神経痛 <input type="checkbox"/> 10.外傷・骨折 <input type="checkbox"/> 11.呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 12.胃腸病 <input type="checkbox"/> 13.肝臓病 <input type="checkbox"/> 14.精神疾患 <input type="checkbox"/> 15.嚥下障害（食べ物が飲みこみにくい） <input type="checkbox"/> 16.視覚障害（眼病、ものが見づらいなど） <input type="checkbox"/> 17.聴覚障害（耳がきこえない） <input type="checkbox"/> 18.排泄障害（失禁、尿が近い・出にくい・尿もれなど） <input type="checkbox"/> 19.睡眠障害（不眠、いびきなど） <input type="checkbox"/> 20.病名は不明 <input type="checkbox"/> 21.その他（_____）
問12.利用者のADL（日常生活動作）について教えてください。	
1.移動・移乗	<input type="checkbox"/> 1.全介助 <input type="checkbox"/> 2.一部介助（見守り含む） <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.不明
2.食事	<input type="checkbox"/> 1.全介助 <input type="checkbox"/> 2.一部介助（見守り含む） <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.不明
3.排泄	<input type="checkbox"/> 1.全介助 <input type="checkbox"/> 2.一部介助（見守り含む） <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.不明
4.入浴	<input type="checkbox"/> 1.全介助 <input type="checkbox"/> 2.一部介助（見守り含む） <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.不明
5.更衣・整容	<input type="checkbox"/> 1.全介助 <input type="checkbox"/> 2.一部介助（見守り含む） <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.不明

問 13.利用者の IADL（手段的日常生活動作）について教えてください。 ※「していないがする能力はある」「支援のおかげでできている」などのことは考慮せず、実際に利用者が現在「している」「していない」かでお答えください。			
1. バスや電車を使って一人で外出できますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
2. 日用品の買い物ができますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
3. 自分で食事の用意ができますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
4. 請求書の支払いができますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
5. 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
6. 年金などの書類が書けますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
7. 新聞を読んでいますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
8. 本や雑誌を読んでいますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
10. 友だちの家を訪ねることがありますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
11. 家族や友だちの相談にのることがありますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
12. 病人を見舞うことができますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
13. 若い人に自分から話しかけることがありますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
14. 服薬管理ができますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 3.不明
問 14. 2012 年 9 月の一ヵ月間で、利用者に BPSD（認知症の行動・心理症状）はありましたか。			
<input type="checkbox"/> 1.中・重度の症状あり：症状に対する何らかの対応が必要なレベル（⇒次の問 15 へ進む）			
<input type="checkbox"/> 2.軽度の症状あり：症状に対する対応は不要だが経過観察は必要なレベル（⇒次の問 15 へ進む）			
<input type="checkbox"/> 3.なし（⇒問 16 へ進む）			
問 15.問 14 で「1.中・重度の症状あり」または「2.軽度の症状あり」と回答した方にお伺いします。利用者の BPSD（認知症の行動・心理症状）のうち、当てはまる症状すべてに「レ」印をつけてください。			
<input type="checkbox"/> 1.昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 2.幻視幻聴	<input type="checkbox"/> 3.妄想	
<input type="checkbox"/> 4.火の不始末	<input type="checkbox"/> 5.うつ状態	<input type="checkbox"/> 6.介護への抵抗	
<input type="checkbox"/> 7.暴言	<input type="checkbox"/> 8.暴力	<input type="checkbox"/> 9.興奮	
<input type="checkbox"/> 10.異食行為	<input type="checkbox"/> 11.徘徊	<input type="checkbox"/> 12.性的問題行動	
<input type="checkbox"/> 13.窃盗・万引き	<input type="checkbox"/> 14.不潔行為	<input type="checkbox"/> 15.奇声・大声	
<input type="checkbox"/> 16.人物誤認	<input type="checkbox"/> 17.帰郷要求	<input type="checkbox"/> 18.介護者へのつきまとい	
<input type="checkbox"/> 19.繰り返しの不安の訴え	<input type="checkbox"/> 20.常同行動（同じ行為を繰り返す）	<input type="checkbox"/> 21.感情失禁	
<input type="checkbox"/> 22.破壊行為	<input type="checkbox"/> 23.仮性作業（仕事をしているような動き）	<input type="checkbox"/> 24.収集癖	
<input type="checkbox"/> 25.その他（ ）			

### C. 利用者の世帯・家族についてお伺いします。

問 16.利用者が属する世帯の人数は何人ですか。	世帯の人数（利用者を含めて） _____人			
問 17.利用者と一緒に暮らしている方のうち、当てはまる方すべてに「レ」印をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1.一人暮らしである	<input type="checkbox"/> 2.夫または妻	<input type="checkbox"/> 3.息子	<input type="checkbox"/> 4.娘	
<input type="checkbox"/> 5.婿	<input type="checkbox"/> 6.嫁	<input type="checkbox"/> 7.孫・ひ孫	<input type="checkbox"/> 8.利用者の親	
<input type="checkbox"/> 9.配偶者の親	<input type="checkbox"/> 10.利用者の兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 11.配偶者の兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 12.その他の血縁者	
<input type="checkbox"/> 13.血縁者以外の人	<input type="checkbox"/> 14.その他（ ）			
問 18.利用者の属する世帯の経済状況について当てはまるもの 1 つに「レ」印をつけてください。※ケアマネジャーが世帯の状況を総合的に判断してください。				
<input type="checkbox"/> 1.大変苦しい	<input type="checkbox"/> 2.やや苦しい	<input type="checkbox"/> 3.普通	<input type="checkbox"/> 4.ややゆとりがある	<input type="checkbox"/> 5.大変ゆとりがある
問 19.ケアマネジャーからみた利用者を取り巻く現在の家族関係について当てはまるもの 1 つに「レ」印をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1.とても良い	<input type="checkbox"/> 2.まあ良い	<input type="checkbox"/> 3.やや悪い	<input type="checkbox"/> 4.とても悪い	
問 20.ケアマネジャーから見た本ケースにおける現在の在宅生活継続の可能性を評価してください。もっとも当てはまるもの 1 つに「レ」印をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 1.この先一年程度以上は在宅生活を継続できる（⇒次の問 21 へ進む）				
<input type="checkbox"/> 2.半年以内に在宅生活が困難になりそうである（⇒問 22 へ進む）				
<input type="checkbox"/> 3.現在すでに在宅生活が破たんする危機にある（⇒問 22 へ進む）				
<input type="checkbox"/> 4.わからない（⇒問 23 へ進む）				



問 27.主介護者の利用者に対する介護形態のうち、当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.介護が必要になる以前から利用者と同居しており現在も同居して介護	
<input type="checkbox"/> 2.介護が必要になってから主介護者の家に利用者を同居させて介護	
<input type="checkbox"/> 3.介護が必要になってから主介護者が利用者宅に同居して介護	
<input type="checkbox"/> 4.介護が必要になる以前から主介護者が利用者と同じ敷地に住んで介護（二世帯住宅、同じマンションなど）	
<input type="checkbox"/> 5.介護が必要になってから主介護者が利用者と同じ敷地に住んで介護（二世帯住宅、同じマンションなど）	
<input type="checkbox"/> 6.月に1～3回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	
<input type="checkbox"/> 7.週に1回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	
<input type="checkbox"/> 8.週に3～5回程度日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	
<input type="checkbox"/> 9.ほぼ毎日日帰りで主介護者が利用者宅に通って介護	
<input type="checkbox"/> 10.主介護者が利用者宅に定期的に宿泊して介護	
<input type="checkbox"/> 11.その他（ ）	
問 28.主介護者は主にどのような介護・世話をしていますか。当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.移動・移乗の介助	<input type="checkbox"/> 2.食事摂取の介助
<input type="checkbox"/> 3.入浴の介助	<input type="checkbox"/> 4.排泄の介助
<input type="checkbox"/> 5.更衣・整容の介助	<input type="checkbox"/> 6.食事の準備・後始末
<input type="checkbox"/> 7.服薬の手助け	<input type="checkbox"/> 8.散歩
<input type="checkbox"/> 9.掃除	<input type="checkbox"/> 10.洗濯
<input type="checkbox"/> 11.買い物	<input type="checkbox"/> 12.話し相手
<input type="checkbox"/> 13.見守り	<input type="checkbox"/> 14.受診や介護保険サービス
<input type="checkbox"/> 15.金銭管理	<input type="checkbox"/> 16.その他（ ）
利用の手助け	
問 29.主介護者の健康状態で当てはまるものに「レ」印をつけてください。※ケアマネジャーの判断でご回答ください。	
<input type="checkbox"/> 1.とても健康である（⇒問 31へ進む）	
<input type="checkbox"/> 2.まあ健康である（⇒問 31へ進む）	
<input type="checkbox"/> 3.あまり健康でない（⇒次の問 30へ進む）	
<input type="checkbox"/> 4.まったく健康でない（⇒次の問 30へ進む）	
問 30.問 29 で「3.あまり健康でない」または「4.まったく健康でない」と回答した方にお伺いします。主介護者の状態について当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.疾患や障害はないが身体的な不調あり	
<input type="checkbox"/> 2.認知症がある	
<input type="checkbox"/> 3.身体障害がある	
<input type="checkbox"/> 4.知的障害がある	
<input type="checkbox"/> 5.精神障害・精神疾患がある	
<input type="checkbox"/> 6.定期的な通院・入院が必要な治療中の疾患がある	
<input type="checkbox"/> 7.その他（ ）	
問 31.主介護者の精神的な状態として、当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。※ケアマネジャーの判断でご回答ください。	
<input type="checkbox"/> 1.とてもよい	
<input type="checkbox"/> 2.まあよい	
<input type="checkbox"/> 3.あまりよくない（病院は未受診）	
<input type="checkbox"/> 4.まったくよくない（病院は未受診）	
<input type="checkbox"/> 5.心療内科・精神科などの医療機関を受診している	
<input type="checkbox"/> 6.わからない	
問 32.主介護者の生活における以下のような機会のうち、介護を理由として減少または無くなったものはありますか。当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.仕事	
<input type="checkbox"/> 2.友人・知人との交流	
<input type="checkbox"/> 3.ボランティアへの参加	
<input type="checkbox"/> 4.スポーツの機会	
<input type="checkbox"/> 5.趣味（スポーツ以外）	
<input type="checkbox"/> 6.町内会など地域の会への参加	
<input type="checkbox"/> 7.休息	
<input type="checkbox"/> 8.わからない	
問 33.主介護者の現在の就業状況について教えてください。	
<input type="checkbox"/> 1.正社員として就業している	
<input type="checkbox"/> 2.派遣社員として就業している	
<input type="checkbox"/> 3.パート・アルバイトで就業している	
<input type="checkbox"/> 4.自営業を営んでいる	
<input type="checkbox"/> 5.就業はしていない	
<input type="checkbox"/> 6.わからない	
問 34.主介護者は介護を始める前と始めた後で就業状況が変化していますか。	
<input type="checkbox"/> 1.変化はない	
<input type="checkbox"/> 2.介護のための融通が利きやすい職種・職場に変わった	
<input type="checkbox"/> 3.正社員からパート・アルバイトなどに変わった	
<input type="checkbox"/> 4.仕事をやめた（正社員、派遣社員、パート、アルバイト、自営業のいずれでも）	
<input type="checkbox"/> 5.わからない	
<input type="checkbox"/> 6.その他（ ）	
問 35.主介護者には、利用者の他に介護や看病、子育てなどの特別な世話をしなければならない人がいますか。当てはまる方すべてに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.親	
<input type="checkbox"/> 2.配偶者の親	
<input type="checkbox"/> 3.配偶者	
<input type="checkbox"/> 4.子	
<input type="checkbox"/> 5.兄弟姉妹	
<input type="checkbox"/> 6.その他の親族	
<input type="checkbox"/> 7.親族以外	
<input type="checkbox"/> 8.いない	
問 36.主介護者には介護を手伝ってくれる人（副介護者）がいますか。いる場合は人数も教えてください。	
<input type="checkbox"/> 1.はい（ ）人	
<input type="checkbox"/> 2.いいえ	
問 37.主介護者は認知症について理解していますか。※ケアマネジャーの判断でご回答ください。	
<input type="checkbox"/> 1.よく理解している	
<input type="checkbox"/> 2.どちらかといえば理解している	
<input type="checkbox"/> 3.どちらかといえば理解していない	
<input type="checkbox"/> 4.まったく理解していない	
問 38.主介護者は認知症に関する下記のことを知っていますか。ケアマネジャーから見て知っていると思われる項目すべてに「レ」印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1.認知症は単なる物忘れ（健忘）とは違うこと	
<input type="checkbox"/> 2.認知症は誰でもなりうる病気であること	
<input type="checkbox"/> 3.認知症が進行性で多くの場合に不治であること	
<input type="checkbox"/> 4.中核症状（記憶障害や日時の混乱など）の内容	
<input type="checkbox"/> 5.BPSD（認知症の行動・心理症状）の内容	
<input type="checkbox"/> 6.BPSD（認知症の行動・心理症状）の多くは対応の仕方次第で軽減できること	



<p>問 53.問 52 で「1.とてもそう思う」「2.まあそう思う」と回答した方にお伺いします。主治医との連携がとれていると思う要因で、当てはまるもの上位 3 つに「レ」印をつけてください。</p>	
<input type="checkbox"/> 1.日常的に主治医とこまめに連絡をとりあえている <input type="checkbox"/> 3.自分（ケアマネジャー）が主治医との連携を積極的に試みている <input type="checkbox"/> 5.必要に応じて利用者の診療に同行できている <input type="checkbox"/> 7.ケアマネジャーから主治医へ連絡・相談すると速やかに反応がある <input type="checkbox"/> 9.主治医からの確かな指示やアドバイスが得られている <input type="checkbox"/> 11.主治医が認知症診療に積極的である <input type="checkbox"/> 13.その他（ ）	<input type="checkbox"/> 2.主治医との連絡・相談方法が確立している <input type="checkbox"/> 4.主治医と連携するための医療知識が自分（ケアマネジャー）にある <input type="checkbox"/> 6.主治医が積極的にサービス担当者会議に出席する <input type="checkbox"/> 8.主治医に連絡・相談しやすい雰囲気がある <input type="checkbox"/> 10.主治医に介護保険制度に関する理解がある <input type="checkbox"/> 12.看護師など他の職種の仲介がある
<p>問 54.問 52 で「3.あまりそう思わない」「4.まったくそう思わない」と回答した方にお伺いします。主治医との連携がとれていると思わない要因で、当てはまるもの上位 3 つに「レ」印をつけてください。</p>	
<input type="checkbox"/> 1.主治医との連絡・相談方法がわからない <input type="checkbox"/> 3.自分（ケアマネジャー）が主治医との連携に重要性を感じられない <input type="checkbox"/> 5.主治医との連絡がなかなかつかない <input type="checkbox"/> 7.主治医のケアマネジャー業務に対する理解が乏しい <input type="checkbox"/> 9.主治医に連絡しづらい雰囲気がある <input type="checkbox"/> 11.主治医の意見を押し付けられるため連絡しづらい <input type="checkbox"/> 13.利用者が主治医と連絡を取ることを嫌がる <input type="checkbox"/> 15.利用者（家族の代理受診も含む）がほとんど診察を受けていないので連絡・相談できない	<input type="checkbox"/> 2.主治医との接し方がわからない <input type="checkbox"/> 4.自分（ケアマネジャー）に医療知識が不足している <input type="checkbox"/> 6.連絡・相談しても主治医から反応がない <input type="checkbox"/> 8.主治医が連携の必要性を感じていない <input type="checkbox"/> 10.相談しても的確な指示やアドバイスが得られない <input type="checkbox"/> 12.主治医が認知症診療に消極的である <input type="checkbox"/> 14.家族が主治医と連絡を取ることを嫌がる <input type="checkbox"/> 16.その他（ ）

#### F. 利用者の認知症の診断についてお伺いします。

<p>問 55.利用者は 2012 年 9 月 30 日時点で、認知症であるという診断を受けていますか。 ※ここでは認知症の原因疾患が特定されているか否かまでは含みません。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.受けている	<input type="checkbox"/> 2.受けていない	<input type="checkbox"/> 3.わからない
<p>以下、問 56～67 は問 55 で「1.受けている」と回答した方にお伺いします。問 55 で「2.受けていない」「3.わからない」と回答した方は問 68 まで進んでください。</p>		
<p>問 56.認知症の診断を受けたのはいつですか。</p>	<p>西暦 _____ 年 _____ 月 ころ</p>	
<p>問 57.認知症の診断をした医師の所属する診療科はどれにあたりますか。診療科名が一言一句同じでなくても結構です。おおむね当てはまるもの 1 つに「レ」印をつけてください。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.内科 <input type="checkbox"/> 2.心療内科 <input type="checkbox"/> 3.呼吸器科 <input type="checkbox"/> 4.消化器科 <input type="checkbox"/> 5.循環器科 <input type="checkbox"/> 6.精神科 <input type="checkbox"/> 7.神経内科 <input type="checkbox"/> 8.外科 <input type="checkbox"/> 9.整形外科 <input type="checkbox"/> 10.脳神経外科 <input type="checkbox"/> 11.眼科 <input type="checkbox"/> 12.耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 13.皮膚科 <input type="checkbox"/> 14.泌尿器科 <input type="checkbox"/> 15.リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 16.高齢者総合科 <input type="checkbox"/> 17.物忘れ科 <input type="checkbox"/> 18.歯科 <input type="checkbox"/> 19.その他（ ）		
<p>問 58.医師から利用者に対して認知症であることが伝えられていますか。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.伝えられている	<input type="checkbox"/> 2.伝えられていない	<input type="checkbox"/> 3.わからない
<p>問 59.医師から利用者に対して認知症に関する説明・助言がなされていますか。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.されている	<input type="checkbox"/> 2.されていない	<input type="checkbox"/> 3.わからない
<p>問 60.ケアマネジャーとして、利用者に対し、認知症の進行にともなう今後の生活の見通しを説明・助言していますか。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.している（⇒問 62 へ進む）	<input type="checkbox"/> 2.していない（⇒次の問 61 へ進む）	
<p>問 61.問 60 で「2.していない」と回答した方にお伺いします。説明・助言していない理由は何ですか。当てはまるものすべてに「レ」印をつけください。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.利用者が理解するのが難しい状態である <input type="checkbox"/> 3.医師から説明・助言されている <input type="checkbox"/> 5.説明・助言する必要性を感じない <input type="checkbox"/> 7.考えたことがない <input type="checkbox"/> 9.疾患の特性上見通しを立てることは困難と判断した	<input type="checkbox"/> 2.説明・助言するとかえって混乱させる <input type="checkbox"/> 4.介護サービス提供事業者から説明・助言されている <input type="checkbox"/> 6.自分（ケアマネジャー）に説明・助言する知識がない <input type="checkbox"/> 8.いつ説明・助言したらよいかかわからない	
<p>問 62.ケアマネジャーとして、家族に対し、認知症の進行にともなう今後の生活の見通しを説明・助言していますか。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.している（⇒問 64 へ進む）	<input type="checkbox"/> 2.していない（⇒次の問 63 へ進む）	
<p>問 63.問 62 で「2.していない」と回答した方にお伺いします。説明・助言していない理由は何ですか。当てはまるものすべてに「レ」印をつけください。</p>		
<input type="checkbox"/> 1.家族が理解するのが難しい状態である <input type="checkbox"/> 3.医師から説明・助言されている <input type="checkbox"/> 5.説明・助言する必要性を感じない <input type="checkbox"/> 7.考えたことがない	<input type="checkbox"/> 2.説明・助言するとかえって混乱させる <input type="checkbox"/> 4.介護サービス提供事業者から説明・助言されている <input type="checkbox"/> 6.自分（ケアマネジャー）に説明・助言する知識がない <input type="checkbox"/> 8.いつ説明・助言したらよいかかわからない	



<input type="checkbox"/> 9.疾患の特性上見通しを立てることは困難と判断した		
問 64.利用者は 2012 年 9 月 30 日時点で、認知症の原因疾患について確定診断を受けていますか。 ※ここでは認知症であることの診断に加えてその原因となっている疾患まで特定されているかについてお伺いします。		
<input type="checkbox"/> 1.原因疾患の確定診断を受けている (⇒次の問 65 へ進む)		
<input type="checkbox"/> 2.原因疾患の確定診断を受けていない (⇒問 67 へ進む) <input type="checkbox"/> 3.わからない (⇒問 68 へ進む)		
問 65.問 64 で「1.原因疾患の確定診断を受けている」と回答した方にお伺いします。 認知症の原因疾患は何ですか。		
<input type="checkbox"/> 1.アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 2.脳血管性認知症	<input type="checkbox"/> 3.レビー小体型認知症
<input type="checkbox"/> 4.前頭側頭型認知症 (ピック病含む)	<input type="checkbox"/> 5.混合型認知症	<input type="checkbox"/> 6.他の疾患や外傷による
<input type="checkbox"/> 7.その他 ( )		
問 66.問 64 で「1.原因疾患の確定診断を受けている」と回答した方にお伺いします。 利用者の認知症がどの原因疾患によるものか知っている方を教えてください。 当てはまる方すべてに「レ」印をつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1.利用者	<input type="checkbox"/> 2.家族	
<input type="checkbox"/> 3.家族以外の介護協力者	<input type="checkbox"/> 4.介護保険サービスの提供者	
<input type="checkbox"/> 5.医療サービスの提供者	<input type="checkbox"/> 6.介護保険・医療以外のサービス提供者	
<input type="checkbox"/> 7.誰が知っているかまったく把握していない <input type="checkbox"/> 8.その他 ( )		
問 67.問 64 で「2.原因疾患の確定診断を受けていない」と回答した方にお伺いします。 原因疾患の確定診断を受けていない理由のうち、当てはまるもの最大 3 つまでに「レ」印をつけてください。		
<input type="checkbox"/> 1.本人が受診したがない	<input type="checkbox"/> 2.家族が認知症には原因疾患があることを知らない	
<input type="checkbox"/> 3.BPSD (認知症の行動・心理症状) が激しく診断が受けられない	<input type="checkbox"/> 4.身体状態が悪く診断が受けられない	
<input type="checkbox"/> 5.診断できる医療機関が近隣にない	<input type="checkbox"/> 6.診断できる医療機関へ行く手段がない	
<input type="checkbox"/> 7.費用が支払えない <input type="checkbox"/> 8.その他 ( )		

#### G. 利用者の介護保険のサービス利用状況 (一部医療保険含む) についてお伺いします。

問 68.下記の 1～14 までのサービスにつき、2012 年 9 月の利用の状況を教えてください。「利用の有無」と、利用している場合には「利用の頻度 (12～14 は除く)」も教えてください。			
1.通所介護 (デイサービス: 認知症対応型も含む)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
2.通所リハビリテーション (デイケア: 重度認知症デイケアも含む)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
3.訪問介護 (身体介護のみ)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
4.訪問介護 (生活援助のみ)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
5.訪問介護 (身体+生活のうち身体介護中心型)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
6.訪問介護 (身体+生活のうち生活援助中心型)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
7.訪問看護 (医療保険によるものも含む)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
8.訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
9.訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
10.ショートステイ (生活・療養)	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
11.居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり _____ 回】 <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
12.福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 1.利用あり <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
13.福祉用具購入	<input type="checkbox"/> 1.利用あり <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
14.住宅改修	<input type="checkbox"/> 1.利用あり <input type="checkbox"/> 2.利用なし		
問 69. 2012 年 9 月の介護給付費の総単位数を教えてください。 ※居宅介護支援を除くすべての介護保険サービスを合算した単位数で、支給限度基準額外として扱われるものも含まれます。			
_____ 単位/一ヵ月			
問 70. 2012 年 4 月から 2012 年 9 月までの間に支給限度基準額を超えてサービスを利用したことがありますか。			
<input type="checkbox"/> 1.したことがある (⇒次の問 71 へ進む) <input type="checkbox"/> 2.したことがない (問 72 へ進む)			
問 71.問 70 で「1.したことがある」と回答した方にお伺いします。 2012 年 4 月から 2012 年 9 月までのサービス利用で支給限度基準額を超えた費用は平均すると一ヵ月あたりどの程度ですか。 ※負担金額でお答えください。			
<input type="checkbox"/> 1. 1～5,000 円	<input type="checkbox"/> 2. 5,001～10,000 円	<input type="checkbox"/> 3. 10,001～30,000 円	<input type="checkbox"/> 4. 30,001～50,000 円
<input type="checkbox"/> 5. 50,001～70,000 円	<input type="checkbox"/> 6. 70,001～90,000 円	<input type="checkbox"/> 7. 90,001 円以上	
問 72.現在のサービス利用状況は、利用者・家族の状況からみて望ましいものですか。			
<input type="checkbox"/> 1.望ましい (⇒問 74 へ進む) <input type="checkbox"/> 2.不足がある (次の問 73 へ進む)			

問 73.問 72 で「2.不足がある」と回答した方にお伺いします。不足を生じさせている理由は何ですか。当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.利用者がサービスの必要性を理解していない                  | <input type="checkbox"/> 2.利用者がサービス利用を拒否する        |
| <input type="checkbox"/> 3.家族がサービス利用の必要性を理解していない                 | <input type="checkbox"/> 4.家族にサービス利用に対する抵抗感がある    |
| <input type="checkbox"/> 5.利用者の BPSD（認知症の行動・心理症状）が激しくサービス利用を断られる | <input type="checkbox"/> 6.利用者がサービスを利用できる身体状態ではない |
| <input type="checkbox"/> 7.利用者の身体状態を理由にサービス利用を断られる               | <input type="checkbox"/> 8.地域に適切なサービスがない          |
| <input type="checkbox"/> 9.地域に適切なサービスはあるが空きがない                   | <input type="checkbox"/> 10.支給限度基準額内の割負担の支払いが困難   |
| <input type="checkbox"/> 11.支給限度基準額を超えてしまう                       | <input type="checkbox"/> 12.虐待によりサービス利用が思うようにできない |
| <input type="checkbox"/> 13.要支援・介護度が実際の利用者の状態とずれている              | <input type="checkbox"/> 14.その他（ ）                |

#### H. 利用者の医療サービス利用状況についてお伺いします。

問 74.下記の 1～4 のサービスにつき、2012 年 9 月の利用の状況を教えてください。「利用の有無」と、利用している場合には「利用の頻度」も教えてください。

1.医療機関への受診（通院）	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり_____回】	<input type="checkbox"/> 2.利用なし
2.訪問診療（計画的な医学管理のもと定期的に医師が訪問して行う診療）	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり_____回】	<input type="checkbox"/> 2.利用なし
3.往診（患者・家族の求めに応じてその都度行う診療）	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり_____回】	<input type="checkbox"/> 2.利用なし
4.入院	<input type="checkbox"/> 1.利用あり【一ヵ月あたり_____回】	<input type="checkbox"/> 2.利用なし

#### I. インフォーマルな社会資源についてお伺いします。

問 75.下記の 1～10 までの社会資源につき、2012 年 4 月～2012 年 9 月の間の「支援の有無・支援の頻度」を教えてください。また、支援があった場合には「支援の内容」と、「ケアプランへの記載の有無」も教えてください。

1.家族	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り（安否確認含む） <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他（ ）
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
2.民生委員	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り（安否確認含む） <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他（ ）
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
3.地域の役員 (民生委員は除く)	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1～3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り（安否確認含む） <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他（ ）
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし

4.近隣住民 (主に地縁関係 にもとづく関係)	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
5.友人	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
6.ボランティア	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
7.認知症サポーター	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
8.家族会	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし
9.医療福祉生活 協同組合の組合員	*支援の有無・頻度
	<input type="checkbox"/> 1.ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2.週 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 3.月 1~3 回程度 <input type="checkbox"/> 4.数か月に 1 回程度 <input type="checkbox"/> 5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 1.見守り (安否確認含む) <input type="checkbox"/> 2.困っていたら声をかける <input type="checkbox"/> 3.外出する際の付き添い <input type="checkbox"/> 4.買い物 <input type="checkbox"/> 5.ゴミ出し <input type="checkbox"/> 6.食事の用意 <input type="checkbox"/> 7.掃除 <input type="checkbox"/> 8.身体介護 <input type="checkbox"/> 9.話し相手 <input type="checkbox"/> 10.活動機会の提供 <input type="checkbox"/> 11.他者や組織との仲介 <input type="checkbox"/> 12.その他 ( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	<input type="checkbox"/> 1.記載あり <input type="checkbox"/> 2.記載なし

10.その他のインフォーマルな社会資源 *具体的に ( )	*支援の有無・頻度 □1.ほぼ毎日 □2.週1~3回程度 □3.月1~3回程度 □4.数か月に1回程度 □5.支援なし
	*支援がある場合には、支援の内容で当てはまるものすべてに「レ」印をつけてください。
	□1.見守り(安否確認含む) □2.困っていたら声をかける □3.外出する際の付き添い □4.買い物 □5.ゴミ出し □6.食事の用意 □7.掃除 □8.身体介護 □9.話し相手 □10.活動機会の提供 □11.他者や組織との仲介 □12.その他( )
	*支援がある場合にはケアプランの記載の有無も教えてください。
	□1.記載あり □2.記載なし
問76.配食サービスは利用していますか。利用している場合は2012年9月の利用回数も教えてください。	
□1.利用している( )回/一ヵ月 □2.利用していない	
問77.介護保険などの公的制度に基づくもの以外の宿泊サービス(ショートステイ)は利用していますか。利用している場合は2012年9月の利用回数も教えてください。(例:通所介護の保険外お泊りサービスなど)	
□1.利用している( )回/一ヵ月 □2.利用していない	
問78.ケアマネジャーとして、利用者が立ち寄りそうな地域の商店、公共施設、警察などの行政機関、近隣住民に対して、利用者に対する理解や支援を求めていますか。	
□1.求めている・求めたことがある(⇒次の問79へ進む) □2.求めていない(⇒問80へ進む)	
問79.問78で「1.求めている・求めたことがある」と回答した方にお伺いします。理解や支援を求めた際の相手方の反応はどうか。もっとも当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。	
□1.ほとんどの相手が協力的であった □2.どちらかといえば協力的な相手が多かった □3.協力的な相手と拒否的な相手が半々であった □4.どちらかといえば拒否的な相手が多かった □5.ほとんどの相手が拒否的であった	
問80.問78で「2.求めていない」と回答した方にお伺いします。求めていない理由はなんですか。もっとも当てはまるもの1つに「レ」印をつけてください。	
□1.本ケースでは求める必要がない □2.ケアマネジャーの業務ではない □3.考えたことがない □4.業務が多忙でそこまで手が回らない □5.利用者と地域の関係が悪く求められない □6.家族と地域の関係が悪く求められない □7.求めても応じてくれるような地域ではない □8.家族や他の関係者を通じて求めている □9.その他( )	

#### J. その他のサービス利用状況や支援の状況についてお伺いします。

問81.利用者の認知機能が低下し判断できなくなったときのために、あらかじめ今後の生活をどのようにしたいかについての意向を利用者に確認していますか。	
□1.確認している(⇒問83へ進む) □2.確認していない(⇒次の問82へ進む)	
問82.問81で「2.確認していない」と回答した方にお伺いします。確認していない理由は何ですか。もっとも当てはまる理由1つに「レ」印をつけてください。	
□1.利用者の心身機能の状態が担当した時すでに確認できない状態だった □2.確認したが利用者から表明がなかった □3.家族から確認することを止められている □4.確認する必要性を感じない □5.考えたことがない □6.いつ確認したらよいかかわからない □7.その他( )	
問83.利用者の認知機能が低下し判断できなくなったときのために、あらかじめ胃ろうなどの経管栄養や延命措置といった医療に関する意向を確認していますか。	
□1.確認している(⇒問85へ進む) □2.確認していない(⇒次の問84へ進む)	
問84.問83で「2.確認していない」と回答した方にお伺いします。確認していない理由は何ですか。もっとも当てはまる理由1つに「レ」印をつけてください。	
□1.利用者の心身機能の状態が担当した時すでに確認できない状態だった □2.確認したが利用者から表明がなかった □3.家族から確認することを止められている □4.確認する必要性を感じない □5.考えたことがない □6.いつ確認したらよいかかわからない □7.医師・医療機関と利用者・家族の間で確認済である □8.その他( )	
問85.利用者は、成年後見制度または日常生活自立支援事業を利用していますか。	
□1.成年後見制度のみ利用(⇒問88へ進む) □2.日常生活自立支援事業のみ利用(⇒問88へ進む) □3.どちらも利用(⇒問88へ進む) □4.どちらも利用していない(⇒次の問86へ進む)	



調査へのご協力と調査票へのご回答, 誠にありがとうございました.