

府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査（案）

調査についてお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

府中市では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、平成23年度に策定を予定しております「府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画」の基礎資料として、高齢者福祉全般の調査を実施します。

この調査は、平成22年11月1日現在、65歳以上で介護保険の居宅サービスを利用されている方の中から1,500名を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をお伺いするものです。

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に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成22年11月 府中市

《記入にあたってのお願い》

1. 封筒のあて名ご本人について、ご記入をお願いいたします。回答はできる限り、あて名ご本人が記入してください。なお、あて名ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族や周りの方がお手伝いいただくか、あて名ご本人の意見を聞いた上で代わりに記入してください。
2. ご回答は、最初から順番にお答えください。
3. ご回答は、あてはまる選択肢の番号に○印をつけてください。
4. 質問によっては、○をつける選択肢の番号を「1つに○」「いくつでも○」などと指定している場合は、指定の範囲内で○をつけてください。また、「その他」をお選びいただいた場合には、お手数ですが（ ）内に具体的な内容をご記入ください。
5. 質問によっては、ご回答いただく方が限られる場合がありますので、矢印（→）やことわり書きなど、次にご回答いただく質問番号への案内にご注意ください。

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。

ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、

●月●日（●）までにお近くのポストに投函してください。

本調査について、ご不明な点・ご質問等がございましたら、下記までお問い合わせください。

■調査についてのお問い合わせ先

府中市福祉保健部高齢者支援課在宅支援係

☎ 042-335-4470（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課介護保険係

☎ 042-335-4021（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課包括マネジメント担当

☎ 042-335-4106（直通）

【調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします】

※以下の質問で、「あなた」とはあて名の方ご本人のことです。お間違えのないように教えてください。

F 1 あなたは現在どちらにいますか。(1つに○)

1. 自宅	3. 病院等に入院している
2. 市外に転出	4. その他(具体的に:)

→ 「2. 市外に転出」をお選びになった場合は、ここまでのご記入で結構です。返送してください。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

F 2 この調査票はどなたがご記入されますか。(1つに○)

1. あて名ご本人	2. ご家族	3. その他(具体的に:)
-----------	--------	----------------

【あなた(あて名の方)のご家族や生活状況についておたずねします】

F 3 あなたの性別をお答えください。(1つに○)

1. 男性	2. 女性
-------	-------

F 4 あなたの年齢をお答えください。(1つに○)

1. 65～69 歳	3. 75～79 歳	5. 85～89 歳	7. 95 歳以上
2. 70～74 歳	4. 80～84 歳	6. 90～94 歳	

F 5 あなたの世帯の状況をお答えください。(1つに○)

1. ひとり暮らし(自分のみ) (→F 5-2へ進む)	4. 子や孫などと同居
2. 夫婦のみ(配偶者は65歳以上)	5. 1～4以外で全員が65歳以上
3. 夫婦のみ(配偶者は65歳未満)	6. その他

《F 5で「2」～「6」とお答えの方におたずねします》

F 5-1 日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

1. ひとりであることが多い	2. ひとりであることは少ない
----------------	-----------------

《F 5で「1」～「3」及び「5」「6」とお答えの方におたずねします》

F 5-2 一番近くに住んでいるお子さんとの距離はどのくらいですか。時間は、ふだん行き来する方法でお答えください。(1つに○)

1. となり	4. 20～30分未満	7. 子どもはいない
2. 10分未満	5. 30～1時間未満	
3. 10～20分未満	6. 1時間以上	

F 6 あなたはどちらにお住まいですか。お住まいの町名から次の地区名をお答えください（1つに○）

1. 第1地区	多磨町、朝日町、紅葉丘、白糸台1～3丁目、若松町、浅間町、緑町
2. 第2地区	白糸台4～6丁目、押立町、小柳町、八幡町、清水が丘、是政
3. 第3地区	天神町、幸町、府中町、寿町、晴見町、栄町、新町
4. 第4地区	宮町、日吉町、矢崎町、南町、本町、宮西町、片町
5. 第5地区	日鋼町、武蔵台、北山町、西原町、美好町1～2丁目、本宿町3～4丁目、西府町3～4丁目、東芝町
6. 第6地区	美好町3丁目、分梅町、住吉町、四谷、日新町、本宿町1～2丁目、西府町1～2、5丁目

F 7 あなたのお住まいは次のうちどれですか。（1つに○）

1. 持ち家の一戸建て	3. 賃貸の一戸建て	5. その他
2. 持ち家の集合住宅	4. 賃貸の集合住宅	(具体的に:)

F 8 現在のお住まいや住環境などで困っていることはありますか。（いくつでも○）

1. 玄関回りの段差	7. 家の周りに階段や坂が多い
2. 廊下や居室などの段差	8. 家の周りの道に歩道がない、狭い
3. 屋内の階段	9. 鉄道やバスの利用が不便
4. 浴室や浴槽	10. 家族が近くにいない
5. エレベーターがない	11. その他(具体的に:)
6. 買い物をする場所が近くにない	12. 特になし

【医療の状況についておたずねします】

問 1 あなたには、「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」はいますか。（それぞれ1つに○）

	いる	いない	わからない
①かかりつけ医	1	2	3
②かかりつけ歯科医	1	2	3
③かかりつけ薬局	1	2	3

【介護保険についておたずねします】

問 2 あなたの要介護度は次のうちどれですか。（1つに○）

*平成22年11月1日現在の要介護度でお答えください。更新申請中などの理由で、結果が出ていない方は、わかっている要介護度でお答えください。

1. 要支援1	3. 要介護1	5. 要介護3	7. 要介護5
2. 要支援2	4. 要介護2	6. 要介護4	

問3 今後の介護保険サービスと保険料について、あなたのお考えに最も近いものは次のどれですか。(1つに○)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 保険料が多少高くなっても介護サービスが充実している方がよい |
| 2. 保険料も介護保険サービスの量も今くらいが妥当である |
| 3. 介護保険サービスを抑えても保険料が安い方がよい |
| 4. わからない |

問4 介護保険サービスの最近1か月の利用料は、利用限度額を超えていますか。(1つに○)

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1. 利用限度額を超えている | 3. わからない(→問5へ進む) |
| 2. 利用限度額内に入っている(→問4-2へ進む) | |

《問4で「1」とお答えの方におたずねします》

問4-1 その理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. 利用可能なサービスの回数が少ないから | 4. 介護者がいないから |
| 2. 利用可能なサービスの種類が少ないから | 5. その他(具体的に:) |
| 3. 希望するサービスを利用したいから | 6. わからない |

《問4で「2」とお答えの方におたずねします》

問4-2 その理由は何ですか。(いくつでも○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. いま利用しているサービスで足りているから |
| 2. 家族が介護してくれるから |
| 3. サービスに空きがないから |
| 4. 希望するサービスがないから(→希望するサービス名:) |
| 5. どのようなサービスがあるのかわからないから |
| 6. 経済的に負担が大きいから |
| 7. その他(具体的に:) |
| 8. わからない |

問5 あなたは、次のうちどの在宅サービスを利用していますか。利用しているサービスすべてに○をつけてください。利用している方はその時間や回数もお答えください(要支援1、2の方はそれぞれ介護予防サービスと読み替えてお答えください)。

サービス名	1. 利用しているものに○	2. 利用回数など(1に○をつけた方のみ)	サービスの内容
①訪問介護(生活援助主体)	1	月 時間	家事など身の周りを援助します
②訪問介護(身体介護主体)	1	月 時間	介護など身の周りを援助します
③訪問看護	1	月 時間	主治医の指示で看護師等が薬の管理・栄養指導など療養上のお世話をします
④訪問リハビリテーション	1	月 回	理学療法士・作業療法士などが家庭を訪問し、機能訓練を行います
⑤訪問入浴介護	1	月 回	入浴車により家庭を訪問し、入浴介護を行います
⑥居宅療養管理指導	1	月 回	医師や看護師、歯科医師、管理栄養士等が訪問し、療養上の管理指導を行います

サービス名	1. 利用しているものに○	2. 利用回数など (1に○をつけた方のみ)	サービスの内容
⑦通所介護(デイサービス)	1	月 回	デイサービスセンター等で入浴、レクリエーション、機能訓練を行います
⑧通所リハビリテーション(デイケア)	1	月 回	老人保健施設等での医療の管理下においてリハビリテーションを行い、在宅での機能回復を目指します
⑨短期入所生活介護(ショートステイ)	1	年 回	特別養護老人ホーム等に短期間入所し、日常生活上のお世話をします
⑩短期入所療養介護(ショートステイ)	1	年 回	老人保健施設等に短期間入所し、日常生活上のお世話をします
⑪特定施設入居者生活介護	1		有料老人ホーム、ケアハウス入所者に介護や日常生活上のお世話をします
⑫福祉用具の貸与	1		車いす等の貸し出しを行います
⑬特定福祉用具販売	1		排泄等に使用される用具を購入した場合、10万円を限度に購入費を支給します
⑭住宅改修費の支給	1		手すりやスロープなど、住宅の小規模な改修費を支給します

問6 今後(将来)どのような介護保険サービスを利用したいですか。それぞれ「1 利用したい」か「2 利用しない」のいずれかをお答えください。(1つずつ○)

サービス名	利用したい	利用したい方 その頻度・回数を記入		利用しない
		月	時間くらい	
在宅サービス	①訪問介護(生活援助主体)	1	月 時間くらい	2
	②訪問介護(身体介護主体)	1	月 時間くらい	2
	③訪問看護	1	月 時間くらい	2
	④訪問リハビリテーション	1	月 回くらい	2
	⑤訪問入浴介護	1	月 回くらい	2
	⑥居宅療養管理指導	1	月 回くらい	2
	⑦通所介護(デイサービス)	1	月 回くらい	2
	⑧通所リハビリテーション(デイケア)	1	月 回くらい	2
	⑨短期入所生活介護(ショートステイ)	1	年 回くらい	2
	⑩短期入所療養介護(ショートステイ)	1	年 回くらい	2
	⑪特定施設入居者生活介護	1		2
	⑫福祉用具の貸与	1		2
	⑬特定福祉用具販売	1		2
	⑭住宅改修費の支給	1		2
施設サービス	①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1		2
	②介護老人保健施設(老人保健施設)	1		2
	③介護療養型医療施設	1		2

問7 介護保険サービスには、問6で掲げたサービス以外にも以下のような「地域密着型サービス」がありますがご存じですか。また、今後利用したいと思えますか。(サービスごとに「認識度」「利用意向」に1つずつ○)

サービス名	サービスの内容	認識度		利用意向	
		知っている	知らない	利用したい	利用しない
①夜間対応型訪問介護	定期巡回と利用者からの通報により随時対応する訪問介護を組み合わせて24時間サービスを提供する	1	2	1	2
②認知症対応型通所介護	認知症の居宅要介護者を対象とした通所介護サービスを提供する	1	2	1	2
③小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心として、要介護者の状態から、随時「訪問」や「泊り」を組み合わせたサービスを提供する	1	2	1	2
④認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	地域の中で中程度の認知症高齢者が少数の家庭的な環境の中で暮らす介護を提供する	1	2	1	2
⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	入居定員29人以下の小規模な特別養護老人ホーム	1	2	1	2

問8 あなたは、今後どこで生活したいとお考えですか。(1つに○)

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活したい
2. 在宅サービスを利用しながら自宅で生活したい
3. 特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの施設に入所したい
4. サービスを受けられる小規模施設などを利用しながら生活したい
5. その他(具体的に:)
6. わからない

問9 「介護保険制度」全体をよりよくするために、市が力を入れるべきことは次のうちどれですか。(3つまでに○)

1. サービス事業者の質を高めること
2. ホームヘルパーなど福祉人材を育成すること
3. 特別養護老人ホームなどの介護施設を増やすこと
4. 利用者の費用負担を軽減すること
5. 寝たきりにならないよう、介護予防サービスを充実すること
6. 地域全体で介護を支援する仕組みづくりを行うこと
7. 身近な地域でサービスが受けられる拠点を増やすこと
8. 困ったときに気軽に相談できる場所を増やすこと
9. 家族介護の負担を軽減するサービスを充実すること
10. 地域包括支援センター・在宅介護支援センターを充実すること
11. 介護保険サービスをカバーする保健福祉サービスを充実すること
12. 介護保険制度を使いやすいものにすること
13. その他(具体的に:)
14. わからない

【利用者本位のサービスのあり方についておたずねします】

問 10 要介護 1～5の方におうかがいします。あなたは、現在のケアプランに満足していますか。(1つに○)

1. 満足している	} (→問 12 へ進む)	4. やや不満である
2. やや満足している		5. 不満である
3. ふつう		

《問 10 で「4」又は「5」のいずれかをお答えの方におたずねします》

問 10-1 不満の理由は何ですか。(いくつでも○)

1. サービスの種類が少ない	5. サービスの時間帯が希望と異なる
2. サービスの種類が多すぎる	6. サービスに制限が多い
3. サービスの回数が少ない	7. その他
4. サービスの回数が多すぎる	(具体的に: _____)

【次は問 12 へ進んでください】

問 11 要支援 1～2の方におうかがいします。あなたは、現在の介護予防プランに満足していますか。(1つに○)

1. 満足している	} (→問 12 へ進む)	4. やや不満である
2. やや満足している		5. 不満である
3. ふつう		

《問 11 で「4」又は「5」のいずれかをお答えの方におたずねします》

問 11-1 不満の理由は何ですか。(いくつでも○)

1. サービスの種類が少ない	5. サービスの時間帯が希望と異なる
2. サービスの種類が多すぎる	6. サービスに制限が多い
3. サービスの回数が少ない	7. その他
4. サービスの回数が多すぎる	(具体的に: _____)

問 12 あなたは、ケアマネジャーに満足していますか。(1つに○)

1. 満足している	3. ふつう	5. 不満である
2. やや満足している	4. やや不満である	

問 13 あなたは、ケアマネジャーについてどのように感じていますか。(以下の①～⑧の各質問について、あてはまる番号に1つずつ○をつけてください)

	そう思う	どちらともいえない	そう思わない
①ケアプラン(又は介護予防プラン)作成前に話をよく聞いてくれた	1	2	3
②サービス事業者の情報を提供してくれる	1	2	3
③サービス事業者との連絡や調整をしてくれる	1	2	3
④介護保険以外の市のサービス等の情報も提供してくれる	1	2	3
⑤ケアプラン(又は介護予防プラン)作成後も相談にのってくれる	1	2	3
⑥月1回程度、定期的に訪問してようすを見てくれる	1	2	3
⑦サービス内容の見直しについて提案してくれる	1	2	3
⑧サービス提供事業者に苦情、不満や要望を伝えてくれる	1	2	3

問 14 あなたが介護サービス事業者を評価する点はどんなことですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. 利用者や家族の意向をよく聞く | 6. サービスが受けやすい |
| 2. 約束を守る | 7. サービスの質がよい |
| 3. 秘密を守る | 8. その他 |
| 4. 人権・プライドを尊重する | (具体的に:) |
| 5. 職員の質がよい | |

問 15 介護サービス事業者が提供するサービスに不満がある場合に、不満や苦情を事業者に訴えることができますか。(1つに○)

- | | |
|-------------------------|---------|
| 1. 言うことができる (→問 16 へ進む) | 2. 言えない |
|-------------------------|---------|

《問 15 で「2」とお答えの方におたずねします》

問 15-1 不満や苦情を言えない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | |
|-------------------------------|
| 1. 不満や苦情を言いにくい雰囲気があるから |
| 2. 不満や苦情を誰に言えばよいかわからないから |
| 3. 不満や苦情をどう言ったらいいのかわからないから |
| 4. 不満や苦情を言うことで、サービスが悪くなると困るから |
| 5. その他(具体的に:) |

問 16 ケアプラン(又は介護予防ケアプラン)の作成は、「ケアマネジャーに依頼する方法」と「自分で作成する方法(マイケアプラン)」があることをご存知ですか。(1つに○)

- | | | |
|----------|-------------|---------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことがある | 3. 知らない |
|----------|-------------|---------|

問 17 (自分で自分のケアプラン又は介護予防ケアプランを作る)マイケアプランを作ってみたいと思いますか。(1つに○)

- | | |
|--------------------------|----------|
| 1. 作ってみたい | 4. わからない |
| 2. 相談する場所があれば作ってみたい | 5. その他 |
| 3. 作りたくない(ケアマネジャーにまかせたい) | (具体的に:) |

【介護保険サービスの満足度についておたずねします】

問 18 介護保険サービスの満足度についておたずねします（※要支援 1、2 の方はそれぞれ介護予防サービスと読み替えてお答えください）。

- A 利用している（利用する予定がある）サービスに○をつけてください。
 B 利用しているサービス（Aで○をつけたサービス）には満足していますか。（あてはまる番号に1つずつ○）
 C 不満なサービスは、その理由を下の欄からいくつでも選んでその番号を記入してください。

サービス名	A 利用しているサービス	B 利用中のサービスの満足度					c 不満の理由 「やや不満」「不満」である理由を下の欄から番号を選んで記入してください。
		満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満	
記入例) ①訪問介護	①	1	2	3	④	5	例) 1、5
①訪問介護 (生活援助主体)	1	1	2	3	4	5	
②訪問介護 (身体介護主体)	2	1	2	3	4	5	
③訪問看護	3	1	2	3	4	5	
④訪問リハビリテーション	4	1	2	3	4	5	
⑤訪問入浴介護	5	1	2	3	4	5	
⑥居宅療養管理指導	6	1	2	3	4	5	
⑦通所介護(デイサービス)	7	1	2	3	4	5	
⑧通所リハビリテーション (デイケア)	8	1	2	3	4	5	
⑨短期入所生活介護 (ショートステイ)	9	1	2	3	4	5	
⑩短期入所療養介護 (ショートステイ)	10	1	2	3	4	5	
⑪特定施設入居者生活介護	11	1	2	3	4	5	
⑫福祉用具の貸与	12	1	2	3	4	5	
⑬特定福祉用具販売	13	1	2	3	4	5	
⑭住宅改修費の支給	14	1	2	3	4	5	

〈「やや不満」「不満」である理由〉

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 回数や時間が足りない | 7. 担当者がよく替わる |
| 2. 利用の日時が合わない | 8. 担当者と合わない |
| 3. 技術的に不安を感じる | 9. 利用料が高い |
| 4. 契約内容とサービスが違っている | 10. プライバシーへの配慮がない |
| 5. サービス内容についての説明が不十分である | 11. 緊急時に対応してくれない |
| 6. 不満、要望などを聞いてもらえない | 12. その他(具体的に:) |

問 19 介護保険サービスを利用するようになってから。あなたの生活環境や身体状況はどのようになりましたか。（1つに○）

1. 改善した	} (→問 20 へ進む)	3. 以前とあまり変わらない
2. やや改善した		4. 悪くなった

《問 19 で「3」又は「4」とお答えの方におたずねします》

問 19-1 生活環境や身体状況が変わらない、悪くなった理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. サービスの回数が少ないから | 3. 医療サービスがないから |
| 2. サービスの内容が自分に合っていないから | 4. その他(具体的に:) |

【高齢者の権利擁護についておたずねします】

問 20 高齢者の権利や生活を守るために、以下のようなものがありますが、あなたのご存じのものはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. 成年後見制度 | 6. 市の相談窓口 |
| 2. 地域福祉権利擁護事業 | 7. 社会福祉協議会(ふれあい福祉相談室など) |
| 3. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター | 8. 権利擁護センターふちゅう |
| 4. 見守りネットワーク | 9. 消費生活相談室 |
| 5. 高齢者虐待防止法 | 10. 知っているものはない |

問 21 あなたの周り(あなたご本人も含む)に、下の枠内のようなことでお困りと思われる方はいますか。(いくつでも○)

- | | | | |
|-----------|--------|---------|-------------------|
| 1. あなたご本人 | 3. 子ども | 5. 知人 | 7. その他(具体的に:) |
| 2. 配偶者 | 4. 親族 | 6. 近隣の人 | 8. いない(→問 22 へ進む) |

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ・金銭管理ができない | ・福祉サービスの利用に対する苦情が言えない |
| ・悪質商法にだまされた | ・土地の権利書など重要書類の管理ができない |
| ・行政や金融機関などへの窓口手続きができない | |

《問 21 で「1」～「7」のいずれかをお答えの方におたずねします》

問 21-1 それはどのような事例ですか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. 金銭管理ができない | |
| 2. 悪質商法にだまされた | |
| 3. 行政や金融機関などへの窓口手続きができない | |
| 4. 福祉サービスの利用に対する苦情が言えない | |
| 5. 土地の権利書など重要書類の管理ができない | |
| 6. その他(具体的に:) | |

【災害時の対応についておたずねします】

問 22 災害時の避難を助けたり、避難状況を確認するために、市役所、消防署、警察署や町内会・自治会へ、あなたの住所・氏名・連絡先などを事前に知らせておくことについて、どう思いますか。(1つに○)

- | | |
|-------------------------|----------|
| 1. 最低限の情報ならば、知らせておいてもいい | 3. わからない |
| 2. 知らせたくない | |

問 23 市では、平成 22 年 1 月より「災害時要援護者事業」を開始しましたが、ご存じですか。(1つに○)

- | | |
|-------------------|----------|
| 1. 事業の内容まで知っている | 3. 知らない |
| 2. 事業の名前を聞いたことがある | 4. わからない |

問 24 今後、お住まいの地域に災害時に支援が必要な方がいたときに、支援者として協力してみたいと思いますか。(1つに○)

1. すでに協力している
2. できる範囲で、協力してみたいと思う
3. 自治会等に参加していないので、どのように協力すればよいかわからない
4. 市が中心となって事業を進めるのであれば検討してみたい
5. わからない

【保健福祉サービスについておたずねします】

問 25 市では介護保険以外にも様々な保健福祉サービスを行っています。以下の①～⑨のサービスの利用状況、今後の利用意向についておたずねします。(サービスごとに「利用状況」「利用意向」に1つずつ○)

サービス名	サービスの内容	利用状況				利用意向		
		利用している	利用したことがある	知っているが利用していない	知らない	利用したい	利用したくない	わからない
①「食」の自立支援サービス	ひとり暮らし等の人に、調理した食事を自宅に届けて安否確認等を行う	1	2	3	4	1	2	3
②自立支援ショートステイ	月7日を上限に養護老人ホームに滞在し健康管理や食事提供などを行う	1	2	3	4	1	2	3
③高齢者医療ショートステイ	月7日を上限に市内の医療機関に入院し健康管理や食事提供などを行う	1	2	3	4	1	2	3
④日常生活用具給付とレンタル	一時的に身体機能が低下している方に用具などを貸与又は給付する	1	2	3	4	1	2	3
⑤はいかい高齢者探索サービス	はいかい探索システムを用い、行方不明時に早急に居場所を発見し、事故を防止する	1	2	3	4	1	2	3
⑥日常生活用品(おむつ)の助成	おむつが必要な方が布又は紙おむつのどちらかを自宅で受け取れる	1	2	3	4	1	2	3
⑦車いす福祉タクシー	リフト付タクシーによる通院を年間24回を限度に利用できる	1	2	3	4	1	2	3
⑧寝具乾燥サービス	月1回、寝具を自宅まで受け取りに行き、その日のうちに乾燥して返す	1	2	3	4	1	2	3
⑨訪問理髪サービス	自宅に月1回理容師が訪問して理髪が受けられる	1	2	3	4	1	2	3

(注)サービスの利用に際しては、利用条件のあるものもあります。

問 26 保健福祉や介護保険について、府中市への御意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

.....
.....

問 27 以降は、主に介護している方が記入してください。主な介護者がいない方は、ここから先の質問に回答する必要はありませんので、ご返送ください。

【主な介護者の状況やご意向についておたずねします】

問 27 あて名のご本人を主に介護しているのは、どなたですか。(1つに○)

1. 配偶者	4. 娘・息子の配偶者	7. その他の親族
2. 娘	5. 兄弟・姉妹	8. その他
3. 息 子	6. 親	(具体的に:)

問 28 あて名のご本人を主に介護している方の年齢はおいくつですか。(1つに○)

1. 30 歳未満	4. 50 歳代	7. 70～74 歳	10. 85～89 歳
2. 30 歳代	5. 60～64 歳	8. 75～79 歳	11. 90～94 歳
3. 40 歳代	6. 65～69 歳	9. 80～84 歳	12. 95 歳以上

問 29 あて名のご本人を主に介護している方はどこに住んでいますか。(1つに○)

1. 同じ住宅	4. 府中市内
2. 同じ敷地	5. 東京都内
3. 同じ町内	6. その他(具体的に:)

問 30 あて名のご本人を介護している期間はどのくらいですか。(1つに○)

1. 1 年未満	3. 3 年以上5年未満	5. 10 年以上
2. 1 年以上3 年未満	4. 5 年以上10 年未満	

問 31 あて名のご本人の介護に1日に平均してどのくらいかかっていますか。(1つに○)

1. 1 時間未満	4. 6～10 時間未満	7. 決まっていない
2. 1～4 時間未満	5. 10 時間以上	
3. 4～6 時間未満	6. 1 日中かかりきり	

問 32 あなたは、今後、あて名のご本人がどこで生活するのが良いと考えていますか。(1つに○)

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活したい
2. 在宅サービスを利用しながら自宅で生活したい
3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設に入所する
4. サービスを受けられる小規模施設などを利用しながら生活する
5. その他(具体的に:)
6. わからない

問 33 介護をしていくうえで、どのようなことに問題がありますか。(いくつでも○)

1. 精神的に疲れ、ストレスがたまる	8. 介護に関して相談する相手がいない
2. 肉体的に疲れる	9. 介護サービスに関する情報が少ない
3. 自分の自由な時間がない	10. 家族や親族の協力が得られない
4. 家族や自分の仕事に影響がある	11. 夜間のサービスが足りない
5. 介護がいつまで続くのかわからない	12. その他
6. 経済的な負担がかさむ	(具体的に:)
7. 介護の方法がわからない	13. 特にない

【地域のつながりについておたずねします】

問 34 日ごろ隣近所の人と、どの程度おつきあいをしていますか。(1つに○)

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. 個人的なことを相談し合える人がいる | } (→問 35 へ進む) |
| 2. さしさわりのないことなら話せる相手がいる | |
| 3. 道で会えばあいさつをする程度の人ならいる | |
| 4. ほとんど近所づきあいをしない | |

《問 34 で「3」又は「4」とお答えの方におたずねします》

問 34-1 その主な理由は何ですか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 仕事や家事で忙しく時間がないから | 5. 気の合う人が近くにいないから |
| 2. 引っ越してきて間もないから | 6. あまり関わりを持ちたくないから |
| 3. ふだんつきあう機会がないから | 7. その他 |
| 4. 同世代の人が近くにいないから | (具体的に:) |

問 35 あなたは、近所づきあいや地域住民同士の交流について、どの程度必要だとお考えですか。(1つに○)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 普段からの交流は必要だ |
| 2. 多少面倒でも普段から交流しておいた方が良く |
| 3. 日ごろの交流は面倒なのであまりしたくない |
| 4. 助け合いは必要だと思わないが、地域で交流することは大切だ |
| 5. 気の合った仲間やグループで交流し、その中で助け合えば良い |
| 6. 地域での助け合いや日ごろの交流は必要ない |
| 7. その他(具体的に:) |

問 36 あなたが、もし高齢や病気、事故などで日常生活が不自由になったとき、地域の人たちにどんな手助けをしてほしいですか。(3つまでに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 安否確認など | 7. 外出の付添い |
| 2. 趣味など世間話の相手 | 8. 災害時の手助け |
| 3. 介護などの相談相手 | 9. ゴミ出し・雨戸の開け閉め |
| 4. 炊事・洗濯・掃除などの家事 | 10. 電球交換や簡単な大工仕事 |
| 5. ちょっとした買い物 | 11. その他(具体的に:) |
| 6. 子どもの預かり | 12. 特にない |

問 37 (高齢者のみならず) 地域住民が安心して暮らすことができるよう、地域の支え合いとして、あなたご自身ができることは何ですか。(3つまでに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 安否確認など | 7. 外出の付添い |
| 2. 趣味など世間話の相手 | 8. 災害時の手助け |
| 3. 介護などの相談相手 | 9. ゴミ出し・雨戸の開け閉め |
| 4. 炊事・洗濯・掃除などの家事 | 10. 電球交換や簡単な大工仕事 |
| 5. ちょっとした買い物 | 11. その他(具体的に:) |
| 6. 子どもの預かり | 12. 特にない |

問 38 最後に、介護者が感じている介護の問題、経済的負担、遠距離介護や呼び寄せ介護の問題、府中市へのご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

※府中市では、市民の声を反映した施策を推進するため、平成23年●月頃に介護保険についてグループインタビューの実施を予定しております。ご参加いただける場合は、お手数ですが、下記にお名前、住所、連絡先をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、ご連絡をさせていただきます。

なお、参加希望者多数の場合は、お断りさせていただく場合もございますので、予めご了承ください。

お名前：
住 所：
電話番号：
FAX 番号：

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不用）に入れて、●月●日（●）までにお近くのポストに投函してください。