

府中市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画策定のための調査

介護保険居宅サービス利用者調査

調査についてのお願い

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聴きし、平成 26 年度に策定を予定しております「府中市高齢者福祉計画・第6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 25 年 9 月 1 日現在、65 歳以上で介護保険の居宅サービスを受けている方の中から、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うかがいするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、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 25 年 10 月 府中市

記入についてのお願い

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。調査票の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指します。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むずかしい場合は、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うえで代わりに記入してください。
2. 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
3. お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
の場合は回答内容等を記入してください。
4. ○の数は、それぞれの質問の指示に従ってください。
5. 「その他」に○印をつけられた方は、[] 内に具体的な答えを記入してください。

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（切手は不要です。）に入れ、

11 月●●日(●)までにご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、次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地域支援係

☎ 042-335-4011（直通）

介護保険居宅サービス利用者調査

④

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答えてください。

F1 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。
ご返送ください。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

F2 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（あて名ご本人）のことをおたずねします

F3 あなたの性別は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 男性

2. 女性

F4 あなたの年齢は次のうちどれですか。(1つに○)

*平成25年9月1日現在の年齢でお答えください。

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

F5 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）

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〔具体的に： 〕

F6 日中、あなたはひとりでいることが多いですか。(1つに○)

1. ひとりでいることが多い

2. ひとりでいることは少ない

F7 あなたの近くには、食事や介護を分けあっている身内や友人・知人などがいますか。(1つに○)

1. いる

2. いない →F8へ進む

F7-1 F7で「1. いる」と回答した方におたずねします。それはどなたですか。(いくつでも○)

1. 別居の子ども、子ども世帯

4. 友人・知人

2. 別居の親、親世帯

5. ボランティア

3. 1・2以外の親戚

6. その他〔具体的に： 〕

F7-2 一番よく行き来する方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

2. 10分未満

5. 30～1時間未満

3. 10～20分未満

6. 1時間以上

F8 あなたはどちらにお住まいですか。 内にご記入ください。

町

丁目

F9 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

5. 公的賃貸住宅

2. 持ち家の集合住宅

6. 高齢者向け住宅

(有料老人ホーム、高齢者マンションなど)

3. 民間賃貸の一戸建て

7. その他〔具体的に： 〕

4. 民間賃貸の集合住宅

F10 現在お住まいや住環境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. 特にない |

医療の状況についておたずねします

問1 現在の医療機関の受診状況についておたずねします。あなたは、現在治療中の病気はありますか。(1つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問2 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」はありますか。(それぞれ1つに○)

	いる	いない	よくわからない
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

※ ここでいう「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

介護保険についておたずねします

問3 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

*平成25年9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、わかっている介護度でお答えください。

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 要支援 1 | 4. 要介護 2 | 7. 要介護 5 |
| 2. 要支援 2 | 5. 要介護 3 | 8. わからない |
| 3. 要介護 1 | 6. 要介護 4 | |

問4 あなたの保険料段階は何段階ですか。※3・4段階の方は「特例」かどうかにも○をつけてください。(1つに○)

段階

(特例・特例ではない)

わからない

※わからない方はわからないに○をつけてください

問5 あなたの平成 25 年9月、1 か月間の介護保険サービス利用料はおよそいくらでしたか。およその金額をご記入ください。(自費のサービスを利用している方も、介護保険サービスの利用料のみをご回答ください)

円

問6 その利用料の金額は、あなたにとってどの程度ご負担ですか。(1つに○)

1. 非常に負担である

3. どちらでもない

2. 負担が大きい

4. 負担ではない

問7 いくらぐらいまでは負担が可能ですか。

円

問8 あなたは次のうちの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。利用している方は時間や回数もお答えください（要支援1、2の方は介護予防サービスと読み替えてお答えください）。

	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）	サービス内容 （説明）
①訪問介護		時間／月	家事など身の周りを援助と身体介護を行います
②訪問看護		時間／月	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
③訪問リハビリテーション		回／月	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
④訪問入浴介護		回／月	入浴車により家庭を訪問し、入浴介護を行います
⑤居宅療養管理指導		回／月	医師や歯科医師、管理栄養士等が訪問し、療養上の管理指導を行います
⑥通所介護（デイサービス）		回／月	デイサービスセンター等で入浴、レクリエーションなどや機能訓練を行います
⑦通所リハビリテーション（デイケア）		回／月	老人保健施設等で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
⑧短期入所生活介護（ショートステイ）		1回／日 回／年	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
⑨短期入所療養介護（ショートステイ）		1回／日 回／年	老人保健施設等に短期間入所し、日常生活のお世話をします
⑩特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）			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
⑪福祉用具の貸与			車いす等の貸し出しを行います
⑫特定福祉用具販売			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
⑬住宅改修費の支給			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9 これから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）に回答してください。（1つずつ○）

		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
在宅 サー ビス	①訪問介護	1	1か月あたり	時間くらい	2
	②訪問看護	1	1か月あたり	時間くらい	2
	③訪問リハビリテーション	1	1か月あたり	回 くらい	2
	④訪問入浴介護	1	1か月あたり	回 くらい	2
	⑤居宅療養管理指導	1	1か月あたり	回 くらい	2
	⑥通所介護（デイサービス）	1	1か月あたり	回 くらい	2
	⑦通所リハビリテーション（デイケア）	1	1か月あたり	回 くらい	2
	⑧短期入所生活介護（ショートステイ）	1	1年間に	回 くらい	2
	⑨短期入所療養介護（ショートステイ）	1	1年間に	回 くらい	2

		利用したい	利用しない
在宅サービス	⑩特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）	1	2
	⑪福祉用具の貸与	1	2
	⑫特定福祉用具販売	1	2
	⑬住宅改修費の支給	1	2
施設サービス	⑭介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	1	2
	⑮介護老人保健施設（老人保健施設）	1	2
	⑯介護療養型医療施設	1	2

問10 次のような地域密着型サービス※を知っていますか。また、利用したいと思いませんか。（各サービスごとに「認識度」と「利用意向」に1つずつ○）

事業名		認 識 度		利 用 意 向	
		知っている	知らない	利用したい	利用したくない
①夜間対応型訪問介護	夜間帯の定期巡回の訪問介護と利用者からの通報による随時対応の訪問介護を組み合わせ提供	1	2	1	2
②定期巡回・随時対応訪問介護看護	日中・夜間を通じて、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と訪問看護を組み合わせ24時間サービスを提供	1	2	1	2
③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	1	2	1	2
④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」を組み合わせサービスを提供	1	2	1	2
⑤複合型サービス	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の既存のサービスを提供	1	2	1	2
⑥認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	地域のなか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	1	2	1	2
⑦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

※ 地域密着型サービスは、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、身近な生活圏域ごとにサービスの拠点をづくり、市町村ごとに行われるサービスです。
府中市は市内を6つの圏域に分けています。

問11 あなたは、今後、どこで生活した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. 在宅サービスを受け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したい
4. 有料老人ホームに入居したい
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居したい
6. 見守りや生活支援サービス等のついた高齢者向け住宅に入居したい
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設（小規模多機能型居宅介護）などを利用しながら生活したい
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

問12 「介護保険制度」全体をよりよくするため、府中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○）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーやホームヘルパーなどの人材を育成すること
3. 府中市内に特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設を増やすこと
4. サービス利用料を補助するなど利用者の費用負担を軽減する経済的給付を増やすこと
5. 介護支援ボランティアポイント制などの新しい仕組みを考えること
6. 介護保険についての市民向けの勉強会などを実施すること
7. 寝たきりにならないよう、介護予防のサービスに力を入れること
8. 高齢期に住み続けられる、住まいの施策を充実すること
9. 地域全体で介護を支援するしくみづくりを行うこと
10. 身近な地域で介護保険サービスが受けられる拠点を増やすこと
11. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
12. 家族介護の負担を軽減する支援策を充実すること
13. 地域包括支援センターの機能を充実すること
14. 介護保険サービスをカバーする府中市の高齢者保健福祉サービスを充実すること
15. 介護保険制度を使いやすいものにすること
16. その他〔具体的に： 〕
17. 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13 要介護1～5の方にうかがいます。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15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. ふう | | | |

問13-1 問13で「4. やや不満である」または「5. 不満である」と答えた方におたずねします。不満の内容は次のどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. サービスの種類が希望より少ない | 5. サービスの時間帯が希望通りでない |
| 2. サービスの種類が希望より多すぎる | 6. サービスに制限が多い |
| 3. サービスの回数が希望より少ない | 7. その他 |
| 4. サービスの回数が希望より多すぎる | 〔具体的に： 〕 |

問14 要支援1～2の方にうかがいます。あなたは、現在の介護予防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15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. ふう | | | |

問14-1 問14で「4. やや不満である」または「5. 不満である」と答えた方におたずねします。ご不満の内容はどのようなものですか。
(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. サービスの種類が希望より少ない | 5. サービスの時間帯が希望通りでない |
| 2. サービスの種類が希望より多すぎる | 6. サービスに制限が多い |
| 3. サービスの回数が希望より少ない | 7. その他 |
| 4. サービスの回数が希望より多すぎる | 〔具体的に： 〕 |

問15 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 | 4. やや不満である |
| 2. やや満足している | 5. 不満である |
| 3. ふう | |

問16 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。

(①～⑨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（又は介護予防ケアプラン）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介護保険以外の府中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（または介護予防ケアプラン）作成後も相談にのってくれる	1	2	3
⑥月1回程度、定期的に訪問して様子を見てくれる	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ケアプラン以外の介護や生活全般のことも相談にのってくれる	1	2	3
⑨サービス提供事業者に不満、意見や要望を伝えてくれる	1	2	3

問17 あなたが介護サービス提供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聴く | 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18 介護サービス提供事業者の提供するサービスに不満がある場合に、不満や意見を事業者へ訴えることができますか。(1つに○)

1. 不満や意見を常に言うことができる → 問19へ進む
2. 不満や意見は言えない

問18-1 問18で「2. 不満や意見は言えない」と答えた方におたずねします。

不満や苦情を言えない理由はなんですか。(いくつでも○)

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

介護保険サービスの満足度についておたずねします

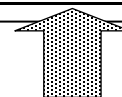
問19 介護保険サービスの満足度についておたずねします。（※要支援 1、2 の方は、それぞれ介護予防サービスと読みかえてお答えください）

- 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 利用中のサービス（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ご記入ください。

※それぞれのサービスの内容は、5ページの問8の説明を参考にしてください。	A	B 利用中のサービスの満足度					C
	利用 してい るサー ビスに ○をつ けてい ます	利用している方はいずれかに○					「やや不満」「不満」である理由を下の欄から番号で選んでご記入ください。
		満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満	
記入例) ①訪問介護	○	1	2	3	④	5	例) 1、5
①訪問介護		1	2	3	4	5	
②訪問看護		1	2	3	4	5	
③訪問リハビリテーション		1	2	3	4	5	
④訪問入浴介護		1	2	3	4	5	
⑤居宅療養管理指導		1	2	3	4	5	
⑥通所介護（デイサービス）		1	2	3	4	5	
⑦通所リハビリテーション（デイケア）		1	2	3	4	5	
⑧短期入所生活介護（ショートステイ）		1	2	3	4	5	
⑨短期入所療養介護（ショートステイ）		1	2	3	4	5	
⑩特定施設入居者生活介護		1	2	3	4	5	
⑪福祉用具の貸与		1	2	3	4	5	
⑫特定福祉用具販売		1	2	3	4	5	
⑬住宅改修費の支給		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. 利用の日時があわない | 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20 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 | 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 |

高齢者の権利擁護などについておたずねします

問21 高齢者の権利や生活を守るための制度や相談窓口として以下のようなものがありますが、あなたの知っているものはありますか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 成年後見制度 | 6. 府中市の相談窓口 |
| 2. 日常生活自立支援事業 | 7. 府中市社会福祉協議会 |
| 3. 府中市地域包括支援センター※ | (ふれあい福祉相談室など) |
| 4. 府中市高齢者見守りネットワーク | 8. 権利擁護センターふちゅう |
| (危機去れシステム) | 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 |

※地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー中心となって、介護予防事業のマネジメント、総合的な相談・支援、虐待防止などの権利擁護などを行います。
府中市には11ヶ所の地域包括支援センターがあります。

問22 あなたのまわり（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らっしゃいますか。(いくつでも○)

〔例〕

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ・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 | |

- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| 1. あなたご本人 | 5. 知人 |
| 2. 配偶者 | 6. 近隣の人 |
| 3. 子ども | 7. その他〔具体的に： 〕 |
| 4. 親族 | 8. いない（→問 23 へ進む） |

問 22-1 問 22 で「1」～「7」のいずれかをお答えの方におたずねします。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意見が言えない | |
| 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： 〕 | |

保健福祉サービスについておたずねします

問23 府中市では介護保険以外にも様々な高齢者保健福祉サービスを行っています。
 以下のような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、調理した食事を自宅に届けて安否確認を行う	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または給付する	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、行方不明時に早期に居場所を発見し、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また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24 あなたは、下にあげる民間のサービスを利用していますか。（いくつでも○）

1. 民間の食事宅配サービス
2. 民間の有償家事援助サービス
3. 民間の緊急通報・見守り支援サービス
4. はいかい高齢者探索サービス
5. 社会福祉協議会の有償在宅福祉サービス事業
6. 社会福祉協議会の権利擁護事業（日常生活自立支援事業）
7. 福祉有償運送・移送サービス
8. 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25 あなたは、災害時に避難を助けたり、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もいい | 3. わからない |
| 2. 知らせたくない | |

問26 府中市では、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27 あなたは、災害を考えた時、どのような不安や心配ごとがありますか。

（いくつでも○）

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 老朽化などお住まい（家屋）のこと | 5. ご自身の歩行に不安があること |
| 2. 家具や家電の転倒対策が不十分なこと | 6. 同居のご家族の歩行に不安があること |
| 3. 食糧や日用品の備蓄が不十分なこと | 7. 特に不安や心配ごとはない |
| 4. 避難所がはっきり分からないこと | 8. その他〔具体的に： 〕 |

問28 災害時を想定した場合、あなたご自身やご家族について、どのような点に不安を感じますか。（いくつでも○）

- | | |
|--------------|-----------------------|
| 1. 所在、安否の確認 | 6. 生活物資、乳幼児・高齢者等向けの物資 |
| 2. 救助、避難誘導 | 7. 医療機関、診療、薬の入手 |
| 3. 避難経路、避難方法 | 8. 精神的なストレス |
| 4. 避難生活 | 9. 家屋の強度や家具の転倒防止 |
| 5. 正確な情報の入手 | 10. その他〔具体的に： 〕 |

問29 あなたは、災害に備えて市民や企業等が行政と協働で取組むとよいと思うものはどのようなことですか。(いくつでも○)

1. 地域住民どうしの声かけや安否確認
2. 住民たちで行う防災組織の活動の充実
3. 地域ぐるみの実践的な防災訓練の充実
4. 地域独自の防災マニュアルや防災マップの作成
5. 地域住民を対象とした防災講習会・学習会の開催
6. 小・中学校の防災教育・訓練の充実
7. 地域内外の団体等との日ごろからの交流
8. 商店や会社による場の提供や備蓄品の提供など
9. その他〔具体的に： _____ 〕

問30 あなたが災害対策として大切だと思うことはなんですか。(3つまで○)

1. 防災グッズ（非常用食料、飲料水等）の準備
2. 家具の固定、ガラス拡散対策
3. 薬や貴重品等をすぐ持ち出せるよう準備
4. 避難場所・ルートの確認
5. 防災訓練への参加
6. 災害時要援護者事業の対象としての登録
7. 支援が必要な方の緊急連絡先や支援方法を記載した防災手帳やカードを配布すること
8. 補聴器の電池など日常生活用具に係る消耗品の備蓄
9. 日頃の近所づきあいや町会活動など地域との関わり
10. 認知症の人や障害者の特性、支援方法などについての理解を深めること
11. その他〔具体的に： _____ 〕

府中市への要望についておたずねします

問31 高齢者保健福祉や介護保険について、府中市へのご要望・ご意見や知りたい情報がありましたら、ご自由にお書きください。

【ここからは、主に介護している方がご記入ください。主な介護者がいない方は、ここから先の設問に回答する必要はありません】

主な介護者の状況やご意向についておたずねします

問32 あて名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. 孫
2. 娘 5. 兄弟姉妹 8. その他の親族
3. 息子 6. 親 9. その他〔具体的に： 〕

問33 あて名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34 あて名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
2. 同じ住宅ではないが同じ敷地
3. 同じ町内
4. 府中市内
5. 東京都内
6. 東京都外〔具体的に： 〕

問35 **あて名**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 年未滿 3. 3 年以上 5 年未滿 5. 10 年以上
2. 1 年以上 3 年未滿 4. 5 年以上 10 年未滿

問36 **あて名**ご本人の介護に1日に平均してどのくらいかかわっていますか。

(1つに0)

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37 今後、**あて名**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. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
2. 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
3. 有料老人ホームに入居する
4. サービス付き高齢者向け住宅に入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設などを利用しながら生活する
7. その他〔具体的に： 〕
8. わからない

問38 ご本人は、医師から認知症の診断を受けていますか。(1つに○)

1. 受けている

2. 受けていない → 問39へ進む

問38-1 診断した医師はどのような診療科ですか。(いくつでも○)

1. 内科

4. 老年科

7. わからない

2. 神経内科

5. 脳神経科

3. 精神科

6. その他〔具体的に： 〕

問39 あて名ご本人には次のような症状がどの程度ありますか。

(それぞれ1つに○)

	ない	ときどき ある	よくある
①物を盗られたなどと被害的になること	1	2	3
②事実でないことを事実であるように話すこと	1	2	3
③実際にはないものが見えたり聞こえたりすること	1	2	3
④一人で外に出たがり目が離せないこと	1	2	3
⑤夜間不眠、昼夜逆転があること	1	2	3
⑥助言や介護に抵抗すること	1	2	3
⑦周囲の人に暴力をふるうこと	1	2	3

問40 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. 介護の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. 経済的に負担がかさむ

〔具体的に： 〕

7. 介護の方法が分からない

13. 特にない

問41 介護をしていて良かったと思うことはどのようなことですか。(いくつでも○)

1. あて名ご本人とコミュニケーションができた

6. 介護の技術を学ぶことができた

2. 仕事や生き方の見直しにつながった

7. 介護保険の重要さが理解できた

3. 介護の専門職から知識を得られた

8. その他

4. 地域のことを理解できるようになった

〔具体的に： 〕

5. 同じ経験する仲間と交流できた

9. 特にない

問42 これから介護者支援策として、あなたが必要だと思うのは次のどれですか。
(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
3. リフレッシュのための日帰り旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 本人や介護者が集まって話せる場づくり
6. 家族会や介護者の自助グループ
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援施策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔具体的に： 〕

グループインタビューにご参加していただける方のみ お答えください

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成 25 年 12 月頃に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（電話番号、FAX 番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、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	あて名ご本人	
	ご家族	
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

※ご家族が希望される場合、あて名ご本人のお名前もお書きください。

———ご協力ありがとうございました———

府中市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画策定のための調査

介護保険施設サービス利用者調査

調査についてのお願い

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聴きし、平成 26 年度に策定を予定しております「府中市高齢者福祉計画・第6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 25 年 9 月 1 日現在、65 歳以上で介護保険の施設サービスを受けている方の中から、300 名を選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、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 25 年 10 月 府中市

記入についてのお願い

6. **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。調査票の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指します。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むずかしい場合は、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うえで代わりに記入してください。
7. 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
8. お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
の場合は回答内容等を記入してください。
9. ○の数は、それぞれの質問の指示に従ってください。
10. 「その他」に○印をつけられた方は、[]内に具体的な答えを記入してください。

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（切手は不要です。）に入れ、

10月●●日(●)までにご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、次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地域支援係

☎ 042-335-4011（直通）

介護保険施設サービス利用者調査

調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします

◆入所されている施設の種類について、あてはまる番号に○をつけてください。

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 3. 介護療養型医療施設 |
| 2. 老人保健施設 | |

◆あて名ご本人やご家族が何らかの事情により回答できない場合は、その理由にあてはまる番号に○をつけて、ご返送ください。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 退所（居）・退院 | 3. 家族の意向 |
| 2. ご本人の意向 | 4. その他〔具体的に： 〕 |

あなた（あて名ご本人）についておたずねします

※ あて名ご本人がおひとりで回答が難しい場合は、ご本人の立場に立って、ご家族がご記入ください。

F 1 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 | 5. 娘・息子の配偶者 |
| 2. 配偶者（夫または妻） | 6. 兄弟・姉妹 |
| 3. 娘 | 7. その他親族 |
| 4. 息子 | 8. その他〔具体的に： 〕 |

F 2 性別は次のうちどれですか。（1つに○）

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

F 3 年齢は次のうちどれですか。（1つに○）

＊平成 25 年 9 月 1 日現在の年齢でお答えください。

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

F 4 施設に入所されてどのくらいですか。(1つに○)

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. 半年未満 | 4. 2年以上3年未満 |
| 2. 半年以上1年未満 | 5. 3年以上5年未満 |
| 3. 1年以上2年未満 | 6. 5年以上 |

F 5 入所する前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) | 4. 子や孫など同居 |
| 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〔具体的に: 〕 |

身体状況についておたずねします

問43 次にあげる病気にかかったこと、またはかかっているものがありますか。
(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1. 高血圧症 | 8. がん(悪性新生物) |
| 2. 高コレステロール血症(高脂血症) | 9. 目の病気 |
| 3. 脳卒中(脳梗塞、脳出血等) | 10. 耳・鼻の病気 |
| 4. 心臓病(心筋梗塞、狭心症等) | 11. 歯の病気 |
| 5. 糖尿病 | 12. 認知症 |
| 6. 骨折・骨粗しょう症 | 13. うつ病などの精神疾患 |
| 7. 慢性関節炎などの関節疾患 | 14. その他〔具体的に: 〕 |

問44 老人保健施設と介護療養型医療施設に入所している方におたずねします。
現在受けている医療処置等は次のうちどれにあたりますか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1. 経管栄養(鼻腔経管栄養、胃ろう) | 7. IVH(中心静脈栄養法) |
| 2. ぼうこう留置カテーテル | 8. 人工肛門の処置 |
| 3. 酸素療法 | 9. じょくそうの処置 |
| 4. 透析 | 10. 人工呼吸器 |
| 5. インスリン注射 | 11. その他〔具体的に: 〕 |
| 6. 気管切開の処置 | 12. 特にない |

現在の施設に入所されるまでのことについておたずねします

問45 あて名ご本人が、現在の施設への入所が必要になってから（または希望してから）、現在の施設に入所されるまでの期間はどれくらいでしたか。（1つに○）

1. 6ヶ月未満
2. 6ヶ月以上1年未満
3. 1年以上2年未満
4. 2年以上3年未満
5. 3年以上5年未満
6. 5年以上
7. その他〔具体的に： 〕

問46 現在の施設に入所される直前の住まい・施設はどこでしたか（1つに○）

1. 病院
2. ご本人の家
3. ご本人の子ども家
4. ご本人の兄弟・姉妹など親族の家
5. 老人保健施設
6. 認知症高齢者グループホーム
7. 有料老人ホーム
8. サービス付き高齢者向け住宅
9. その他〔具体的に： 〕

施設での生活やサービスについておたずねします

問47 現在のお部屋は何人部屋ですか。(1 つに○)

1. 1人部屋 →問6へ進む 3. 4人部屋
2. 2人部屋 4. その他〔 人部屋〕

問 5-1 問5で「2. 2人部屋」～「4. その他」と答えた方におたずねします。
1人部屋を希望されますか。(1つに○)

1. 希望する 2. 希望しない 3. わからない

問48 入所されるときに施設の運営方針や費用などの重要事項について、説明が行われましたか。(1つに○)

1. 十分説明を受けた
2. 少し説明を受けた
3. あまり説明されなかった
4. 説明されなかった
5. 覚えていない
6. わからない

問49 生活するために必要になるサービスなどについて、詳しく説明が行われましたか。(1つに○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 十分説明を受けた | 4. 説明されなかった |
| 2. 少し説明を受けた | 5. 覚えていない |
| 3. あまり説明されなかった | 6. わからない |

問50 施設から、ご本人の体の状況に応じたサービスの提案がありますか。

(1つに○)

- | | |
|--------------|----------|
| 1. たびたび提案がある | 3. 提案はない |
| 2. 1、2度あった | 4. わからない |

問51 施設でのサービスは、ご本人の体の状況の維持や改善に役に立っていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 役に立っている | 3. 役に立っていない |
| 2. あまり役に立っていない | 4. わからない |

問52 サービスの満足度についておたずねします。

- A. 利用しているサービスには満足していますか。(あてはまる番号に1つ○)
B. 不満の理由を下の欄から選んで、いくつでも番号でご記入ください。
C. 入所している施設が本来提供していないサービスについては、非該当に○を付けてください。

	A (満足度：ひとつだけ○)					B (不満の理由) 下の欄から番号を選んで記入（いくつでも）	C
	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満		非該当
①食事	1	2	3	4	5		6
②入浴	1	2	3	4	5		6
③トイレ・排泄	1	2	3	4	5		6
④機能訓練	1	2	3	4	5		6
⑤必要な医療の実施	1	2	3	4	5		6
⑥健康管理、栄養上の管理	1	2	3	4	5		6
⑦相談・助言	1	2	3	4	5		6
⑧入居者との交流や 家族との交流	1	2	3	4	5		6
⑨日課・レクリエーション	1	2	3	4	5		6
⑩外出	1	2	3	4	5		6



《「やや不満」「不満」である理由》

1. 利用できる回数や時間が足りない
2. 質がよいくない
3. 技術的に不安を感じる
4. 設備などが古い
5. 職員の対応がよいくない
6. 契約の内容とサービスが違っている
7. 身体的苦痛を伴うことがある
8. 施設からの説明が不十分である
9. 個人的な希望が受け入れられない
(個人を尊重してもらえない)
10. プライバシーへの配慮がない
11. その他〔具体的に: 〕

介護保険についておたずねします

問53 あて名ご本人の要介護度は次のうちどれですか。（1つに〇）

*平成25年9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、わかっている介護度でお答えください。

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

問54 介護保険のサービスと保険料について、お考えに一番近いものは次のうちどれですか。（1つに○）

1. 保険料が多少高くなっても介護保険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低い方がよい
4. どちらともいえない

問55 施設利用料月額（限度額）に応じて利用料を負担されていますが、どのようにお考えですか。（1 つに○）

1. 特に負担とは思わない
2. 概ね妥当な額だと思う
3. これくらいの負担はやむをえない
4. 今の負担では苦しい
5. わからない
6. その他〔具体的に： 〕

問56 利用料以外の日常生活費（消耗品など）の負担については、どのようにお考えですか。（1つに○）

1. 特に負担とは思わない 4. 今の負担では苦しい
2. 概ね妥当な額だと思う 5. わからない
3. これくらいの負担はやむをえない 6. その他〔具体的に： 〕

問57 居住費と食費の負担については、どのようにお考えですか。(1つに○)

1. 特に負担とは思わない 4. 今の負担では苦しい
2. 概ね妥当な額だと思う 5. わからない
3. これくらいの負担はやむをえない 6. その他〔具体的に： 〕

問58 「介護保険制度」全体をよりよくするため、**府中市**が力を入れるべきことは次のうちどれだと思いますか。（3つまで○）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーやホームヘルパーなどの人材を育成すること
3. **府中市**内に特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設を増やすこと
4. **サービス**利用料を補助するなど利用者の費用負担を軽減する**経済的給付を増やすこと**
5. **介護支援ボランティアポイント制などの新しい仕組みを考えること**
6. 介護保険についての市民向けの勉強会などを実施すること
7. 寝たきりにならないよう、介護予防のサービスに力を入れること
8. 高齢期に住み続けられる、**住まい**の施策を充実すること
9. 地域全体で介護を支援するしくみづくりを行うこと
10. 身近な地域で**介護保険**サービスが受けられる拠点を増やすこと
11. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
12. 家族介護の負担を軽減する**支援策**を充実すること
13. 地域包括支援センターの機能を充実すること
14. 介護保険サービスをカバーする**府中市**の高齢者保健福祉サービスを充実すること
15. 介護保険制度を使いやすいものにすること
16. その他〔具体的に： 〕
17. わからない

権利擁護についておたずねします

問59 施設ではプライバシーへの配慮がなされていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 配慮されている | 3. 配慮されていない |
| 2. 少し配慮されている | 4. わからない |

問60 施設ではご本人の気持ちや希望が尊重されていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|---------|----------|
| 1. 思う | 3. 思わない |
| 2. 少し思う | 4. わからない |

問61 施設では、説明なしにベッドに柵をつける、車いすにベルトで固定するなど、ご本人のからだの動作の制限をすることがありますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

家族の状況や意向についておたずねします

問62 主たる連絡先は、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 (具体的に：
3. 息子 6. 親)

問63 主たる連絡先の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64 主たる連絡先の方はどこに住んでいますか。(1つに○)

1. 本人が住んでいた同じ住宅
2. 本人が住んでいた同じ住宅ではないが同じ敷地
3. 同じ町内
4. 府中市内
5. 東京都内
6. 東京都外（具体的に：_____）

問65 ご家族は、何回くらいご本人を訪問しますか。(1つに○)

1. 毎日
2. 週に2、3回程度
3. 月に3、4回程度
4. 月に1、2回程度
5. 数ヶ月に1回程度
6. 半年に1回程度
7. 年に1回程度

問66 この施設・病院等を退所される場合には、次に移る所はどちらを希望しますか。
(1つに○)

1. 自宅
2. こどもや親族の家
3. 老人保健施設
4. 特別養護老人ホーム
5. 病院
6. グループホーム
7. その他
〔具体的に： 〕
8. わからない

問67 老人保健施設に入所している方で、問 24 で「1.自宅」「2.こどもや親族の家」と答えた方におたずねします。帰宅にあたり、問題となることがあるとしたら、次のうちどれですか。（いくつでも○）

1. 家が狭いこと
2. 自分で使える部屋がないこと
3. 介護してくれる人がいないこと
4. 段差が多いなどすごしにくいこと
5. 一緒に過ごす仲間がいなくなる
6. 家族がいないこと・帰宅できる家がないこと
7. 介護用の設備や用具がないこと
8. 介護費用の負担が大きいこと
9. 家族が介護するには心身の負担が大き過ぎること
10. その他〔具体的に： 〕

問68 ご本人は医師により「認知症」と診断されたことがありますか。（1つに○）

1. ある
2. ない → 問 27 へ進む

問 26-1 問 26 で「1. ある」と答えた方におたずねします。現在のご本人の「認知症の日常生活自立度」をお教えてください。（1つに○）

状 態			ここから 選んでく ださい
物忘れをすることもあるが、日常生活は施設内及び社会的にほぼ自立している			1
日常生活に支障をきたすような 症状・行動や意思疎通の困難さが 多少見られても、誰かが注意して いれば自立できる	・（施設外）たびたび道に迷うとか、買い物や 事務、金銭管理などそれまでできたことにミ スが目立つなどの状態がみられる		2
	・（施設内）服薬管理ができない、電話の対応 や訪問者との対応など一人で留守番ができな いなどの状態がみられる		3
日常生活に支障をきたすような 症状・行動や意思疎通の困難さが 時々見られ、介護が必要とされる	着替え、食事、排便、 排尿が上手にできな い・時間がかかる やたらに物を口に入 れる、徘徊、失禁、大 声、火の不始末、不潔 な行為、性的行動など の症状が見られる	・ 日中を中心として	4
		・ 夜間を中心として	5
		・ 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	6
	・ 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする（妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状に起因する問題行動が継続する状態など）		7

問69 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) ご本人の意向はいかがですか。(1 つに○)

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活する
2. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
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. 有料老人ホームに入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. 見守りや生活支援サービス等のついた高齢者向け住宅に入居する
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設（小規模多機能型居宅介護）などを利用しながら生活する
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

(2) ご家族または介護されている方の意向はいかがですか。(1 つに○)

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活する
2. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
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. 有料老人ホームに入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. 見守りや生活支援サービス等のついた高齢者向け住宅に入居する
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設（小規模多機能型居宅介護）などを利用しながら生活する
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

問70 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. 介護サービス提供事業所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. 事業所・医療機関などが家の近くにない |
| 5. 介護がいつまで続くのかわからない | 12. 夜間のサービスが足りない |
| 6. 経済的な負担がかさむ | 13. その他〔具体的に： 〕 |
| 7. 介護の方法がわからない | 14. 特にない |

問71 介護をしていて、良かったと思うことが次のどれですか。(いくつでも○)

1. あて名ご本人とコミュニケーションができた

2. 仕事や生き方の見直しにつながった

3. 介護の専門職から知識を得られた

4. 地域のことを理解できるようになった

5. 同じ経験する仲間と交流できた

6. 介護の技術を学ぶことができた

7. 介護保険の重要性が理解できた

8. その他

9. 特にない
- 〔具体的に： 〕

問72 介護者の方が感じている介護の問題、たとえばサービスについて、経済的負担、遠距離介護など何でも結構です。府中市への要望・意見・提案などがありましたら、ご自由にお書きください。

グループインタビューにご参加していただける方のみ
お答えください

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成 25 年 12 月頃に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（電話番号、FAX 番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、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	あて名ご本人	
	ご家族	
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

※ご家族が希望される場合、あて名ご本人のお名前もお書きください。

———ご協力ありがとうございました———

府中市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画策定のための調査

介護保険サービス未利用者調査

調査についてのお願い

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聴きし、平成 26 年度に策定を予定しております「府中市高齢者福祉計画・第6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、介護保険の要支援・要介護認定を受けられた方のうち、平成 25 年 9 月 1 日現在、介護保険サービスを未利用の方の中から、500 名を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、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 25 年 10 月 府中市

記入についてのお願い

11. 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。調査票の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指します。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むずかしい場合は、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うえで代わりに記入してください。
12. 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
13. お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
の場合は回答内容等を記入してください。
14. ○の数は、それぞれの質問の指示に従ってください。
15. 「その他」に○印をつけられた方は、[]内に具体的な答えを記入してください。

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（切手は不要です。）に入れ、

11 月 日(●)までにご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、次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地域支援係

☎ 042-335-4011（直通）

介護保険サービス未利用者調査

⑥

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 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： 〕

F 2 あなた（あて名ご本人）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。
ご返送ください。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

あなた（あて名ご本人）についておたずねします

F 3 あなたの性別は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 男性 2. 女性

F 4 あなたの年齢は次のうちどれですか。(1つに○)

＊平成 25 年 9 月 1 日現在の年齢でお答えください。

1. 40～64 歳 3. 70～74 歳 5. 80～84 歳 7. 90～94 歳
2. 65～69 歳 4. 75～79 歳 6. 85～89 歳 8. 95 歳以上

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） 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〔具体的に： 〕

F 6 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 7 あなたの近くには、食事や介護を分けあっている身内や友人・知人などがいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない

F 7-1 F7で「1. いる」と回答した方におたずねします。それはどなたですか。(いくつでも○)

1. 別居の子ども、子ども世帯 4. 友人・知人
2. 別居の親、親世帯 5. ボランティア
3. 1・2以外の親戚 6. その他〔具体的に： 〕

F 7-2 一番よく行き来する方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. とおり 4. 20～30 分未満
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 8 あなたはどちらにお住まいですか。 内にご記入ください。

町 丁目

F 9 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 5. 公的賃貸住宅
2. 持ち家の集合住宅 6. 高齢者向け住宅
(有料老人ホーム、高齢者マンションなど)
3. 民間賃貸の一戸建て 7. その他〔具体的に： 〕
4. 民間賃貸の集合住宅

F 10 現在お住まいや住環境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. 特にない

医療の状況についておたずねします

問73 現在の医療機関の受診状況についておたずねします。あなたは、現在治療中の病気はありますか。（1つに○）

1. ある 2. ない

問74 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」がありますか。（それぞれ1つに○）

	いる	いない	よくわからない
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

※ ここでいう「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

介護保険サービスの利用についておたずねします

問75 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

*平成 25 年 9 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、わかっている介護度でお答えください。

1. 要支援 1 4. 要介護 2 7. 要介護 5
2. 要支援 2 5. 要介護 3 8. わからない
3. 要介護 1 6. 要介護 4

問76 あなたが要支援・要介護になった原因は次のどれですか。(いくつでも○)

1. 高齢による衰弱
2. 脳血管疾患（脳卒中など）
3. 心臓病
4. がん（悪性新生物）
5. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎など）
6. 関節疾患（リウマチなど）
7. 認知症
8. 糖尿病
9. 視覚・聴覚障害
10. 転倒・骨折
11. 脊髄損傷
12. パーキンソン病
13. その他

問77 「要介護認定」の申請についておたずねします。

問5-1 要介護認定の申請をしようと思ったのはどなたですか。(1つに○)

1. 本人が必要と思った
2. 家族が必要と思った
3. 第三者にすすめられて〔どなたですか： 〕

問5-2 要介護認定の申請をしようと思った理由は次のどれですか。
(1つに○)

1. 保健福祉サービス（介護者慰労金、おむつ助成など）を受けるのに必要だから
2. サービスを利用したくなったときすぐに利用できるから
3. 住宅改修をしたいから
4. 車いすや介護用ベッドなどの福祉用具を借りたいから
5. その他〔具体的に： 〕

問78 あなたは、「要介護認定」を受けながら、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. 家族が介護してくれるから
2. 家族以外に介護してもらうことが不安だから
3. 契約することが不安だから
4. 利用したいサービスがないから
5. 利用料がかかるから
6. よいケアマネジャーが見つからないから
7. よいサービス提供事業者が見つからないから
8. 利用したいが家族に理解してもらえないから
9. 一時サービス（住宅改修など）だけでよかったから
10. まだ利用しなくてもよいと思うから
11. 病院に入院しているから
12. 体調がよくなったから
13. その他〔具体的に： 〕
14. わからない

問79 「要介護認定」を受けながら、介護保険サービスを利用していない方におたずねします。現在どのような方法で介護を受けていますか。（1つに○）

1. 家族がすべて介護している → 問8へ進む
2. 在宅で一部、府中市の高齢者保健福祉サービスを利用している
3. 在宅で一部、ボランティアによる有償サービス等を利用している
4. 病院に入院している → 問8へ進む
5. その他〔具体的に： 〕 → 問8へ進む

問7-1 問7で「2」または「3」と答えた方におたずねします。
どのようなサービスを利用していますか。（いくつでも○）

1. 民間の食事宅配サービス
2. 民間の有償家事援助サービス
3. 民間の緊急通報・見守り支援サービス
4. はいかい高齢者探索サービス
5. 社会福祉協議会の有償在宅福祉サービス事業
6. 社会福祉協議会の権利擁護事業（日常生活自立支援事業）
7. 福祉有償運送・移送サービス
8. その他〔具体的に： 〕

問80 あなたは介護保険サービスを利用したいと思っていますか。（1つに○）

- | | |
|------------|--------------|
| 1. 利用したい | 3. 利用する必要がない |
| 2. 利用したくない | 4. わからない |

問81 あなたは、今後、どこで生活した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. 在宅サービスを受け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したい
4. 有料老人ホームに入居したい
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居したい
6. 見守りや生活支援サービス等のついた高齢者向け住宅に入居したい
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設（小規模多機能型居宅介護）などを利用しながら生活したい
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

介護保険についておたずねします

問82 あなたの保険料段階は何段階ですか。あなたの保険料段階は何段階ですか。

※3・4段階の方は「特例」かどうかにも○をつけてください。（1つに○）

段階

（特例・特例ではない）

わからない

※わからない方はわからないに○をつけてください

問83 介護保険サービスでは以下のようなサービスを行っています。

これらのサービスの認識度、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「認識度」「利用意向」に1つずつ○）

事業名			認 識 度		利 用 意 向	
			知って いる	知らない	利用 したい	利用した くない
在宅サービス	①訪問介護	家事など身の周りの援助や身体介護	1	2	1	2
	②訪問看護	看護師等による家庭を訪問する看護	1	2	1	2
	③訪問リハビリテーション	理学療法士・作業療法士などが家庭を訪問して行う機能訓練	1	2	1	2
	④訪問入浴介護	入浴車により家庭を訪問する入浴介護	1	2	1	2
	⑤居宅療養管理指導	医師や看護師、歯科医師、管理栄養士等が訪問して行う療養上の管理指導	1	2	1	2
	⑥通所介護（デイサービス）	デイサービスセンターなどでの入浴、レクリエーション、機能訓練	1	2	1	2
	⑦通所リハビリテーション（デイケア）	老人保健施設等での医療の管理下におけるリハビリテーション	1	2	1	2
	⑧短期入所生活介護（ショートステイ）	特別養護老人ホーム等への短期間入所	1	2	1	2
	⑨短期入所療養介護（ショートステイ）	老人保健施設等への短期間入所	1	2	1	2
	⑩特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）	有料老人ホーム、ケアハウス入所者への介護や日常生活上の世話	1	2	1	2
	⑪福祉用具の貸与	車いす等の貸出し	1	2	1	2
	⑫特定福祉用具販売	排泄等に使われる用具を購入した場合 10 万円を限度に購入費を支給	1	2	1	2

事業名			認 識 度		利 用 意 向	
			知って いる	知らない	利用 したい	利用した くない
施設介護	①介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常時介護を必要とする 65 歳以上の高齢者が入所する施設	1	2	1	2
	②介護老人保健施設 (老人保健施設)	看護・介護・療養等の専門的なサービスや日常的なサービスを提供し、機能回復を目指す施設	1	2	1	2
	③療養型医療施設	医療や看護が可能な介護の体制を充実させた医療施設	1	2	1	2

問84 次のような地域密着型サービス※を知っていますか。また、利用したいと思いますか。(サービスごとに「認識度」「利用意向」に1つずつ○)

事業名		認 識 度		利 用 意 向	
		知って いる	知らない	利用 したい	利用した くない
①夜間対応型 訪問介護	夜間帯の定期巡回の訪問介護と利用者からの通報による随時対応の訪問介護を組み合わせ提供	1	2	1	2
②定期巡回・随時 対応訪問介護看護	日中・夜間を通じて、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と訪問看護を組み合わせ 24 時間サービスを提供する	1	2	1	2
③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
④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」を組み合わせサービスを提供する	1	2	1	2
⑤複合型サービス	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の既存のサービスを提供する	1	2	1	2
⑥認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	地域のなか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
⑦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

- 地域密着型サービスは、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、身近な生活圏域ごとにサービスの拠点をづくり、市町村ごとに行われるサービスです。
府中市は市内を6つの圏域に分けています。

問85 「介護保険制度」全体をよりよくするため、**府中市**が力を入れるべきことは次のうちどれですか。（3つまで○）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーやホームヘルパーなどの人材を育成すること
3. **府中市**内に特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設を増やすこと
4. **サービス**利用料を補助するなど利用者の費用負担を軽減する経済的給付を増やすこと
5. **介護支援ボランティアポイント制などの新しい仕組みを考えること**
6. 介護保険についての市民向けの勉強会などを実施すること
7. 寝たきりにならないよう、介護予防のサービスに力を入れること
8. 高齢期に住み続けられる、**住まい**の施策を充実すること
9. 地域全体で介護を支援するしくみづくりを行うこと
10. 身近な地域で**介護保険**サービスが受けられる拠点を増やすこと
11. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
12. 家族介護の負担を軽減する**支援策**を充実すること
13. 地域包括支援センターの機能を充実すること
14. 介護保険サービスをカバーする**府中市**の高齢者保健福祉サービスを充実すること
15. 介護保険制度を使いやすいものにすること
16. その他〔具体的に： 〕
17. わからない

災害時のことについておたずねします

問86 あなたは、災害時に避難を助けたり、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
2. 知らせたくない
3. わからない

問87 府中市では、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88 あなたは、災害を考えた時、どのような不安や心配ごとがありますか。（いくつでも○）

1. 老朽化などお住まい（家屋）のこと
2. 家具や家電の転倒対策が不十分なこと
3. 食糧や日用品の備蓄が不十分なこと
4. 避難所がはっきり分らないこと
5. ご自身の歩行に不安があること
6. 同居のご家族の歩行に不安があること
7. 特に不安や心配ごとはない
8. その他〔具体的に： 〕

問89 災害時を想定した場合、あなたご自身やご家族について、どのような点に不安を感じますか。(いくつでも○)

1. 所在、安否の確認
2. 救助、避難誘導
3. 避難経路、避難方法
4. 避難生活
5. 正確な情報の入手
6. 生活物資、乳幼児・高齢者等向けの物資
7. 医療機関、診療、薬の入手
8. 精神的なストレス
9. 家屋の強度や家具の転倒防止
10. その他〔具体的に： 〕

問90 あなたは、災害に備えて市民や企業等が行政と協働で取組むとよいと思うものはどのようなことですか。（いくつでも○）

1. 地域住民どうしの声かけや安否確認
2. 住民たちで行う防災組織の活動の充実
3. 地域ぐるみの実践的な防災訓練の充実
4. 地域独自の防災マニュアルや防災マップの作成
5. 地域住民を対象とした防災講習会・学習会の開催
6. 小・中学校の防災教育・訓練の充実
7. 地域内外の団体等との日ごろからの交流
8. 商店や会社による場の提供や備蓄品の提供など
9. その他〔具体的に： 〕

問91 あなたが災害対策として大切だと思うことはなんですか。（3つまで○）

1. 防災グッズ（非常用食料、飲料水等）の準備
2. 家具の固定、ガラス拡散対策
3. 薬や貴重品等をすぐ持ち出せるよう準備
4. 避難場所・ルートの確認
5. 防災訓練への参加
6. 災害時要援護者事業の対象としての登録
7. 支援が必要な方の緊急連絡先や支援方法を記載した防災手帳やカードを配布すること
8. 補聴器の電池など日常生活用具に係る消耗品の備蓄
9. 日頃の近所づきあいや町会活動など地域との関わり
10. 認知症の人や障害者の特性、支援方法などについての理解を深めること
11. その他〔具体的に： 〕

高齢者保健福祉サービスについておたずねします

問92 府中市では介護保険以外にもさまざまな高齢者保健福祉サービスを行っています。以下の①～⑨の各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日を上限に介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または給付する	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、行方不明時に早期に居場所を発見し、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また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93 今後、**府中市**が取り組む高齢者保健福祉サービスとして、次のうちどれを優先して充実すべきだとお考えですか。（3つまで○）

1. 生きがいづくりを推進すること（ボランティア、文化・スポーツ活動の促進など）
2. 高齢者が働く場所を確保すること
3. 世代間の交流・相互理解を促進すること
4. 介護予防サービスを充実すること
5. 訪問介護やデイサービスなど在宅の福祉サービスを充実させること
6. 特別養護老人ホームや老人保健施設など施設のサービスを充実させること
7. 高齢者向けの住宅を整備したり、住宅改造を支援すること
8. 認知症など病気や障害を持つ高齢者への対策を充実すること
9. 家族介護者への支援制度を充実すること
10. 健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業や医療体制を充実させること
11. 健康づくりを推進すること（健康教室の開催・スポーツ活動の促進など）
12. 保健・福祉関係の相談**を受ける**窓口を充実させること
13. 保健・福祉サービスに関する人材を育成すること（保健師、介護職員など）
14. ボランティア※の育成、**NPO※**の支援など民間活動を支援すること
15. 道路の段差解消や公共的な建物への**エレベーター**の設置など、高齢者にやさしいまちづくりを推進すること
16. その他〔具体的に： 〕
17. 特にない

※ 自発的な意思に基づき、他人や社会に貢献活動を行う人のこと

※ NPO:非営利での社会貢献活動や慈善活動を行う団体のこと

高齢者の権利擁護などについておたずねします

問94 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、あなたの知っているものはありますか。（いくつでも○）

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. 成年後見制度 | 6. 府中市 の相談窓口 |
| 2. 日常生活自立支援事業 | 7. 府中市 社会福祉協議会 |
| 3. 府中市 地域包括支援センター※ | （ふれあい福祉相談室など） |
| 4. 府中市 高齢者見守りネットワーク | 8. 権利擁護センターふちゅう |
| （危機去れシステム） | 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 |

※ 地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが中心となって、介護予防事業のマネジメント、総合的な相談・支援、虐待防止などの権利擁護などを行います。
府中市では、市内に11ヶ所の地域包括支援センターがあります。

問95 あなたのまわり（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らっしゃいますか。（いくつでも○）

<例>

- ・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ができない

1. あなたご本人
2. 配偶者
3. 子ども
4. 親族
5. 知人
6. 近隣の人
7. その他〔具体的に： 〕
8. いない →問 24 へ進む

問 23-1 問 23 で「1」～「7」のいずれかをお答えの方におたずねします。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意見が言えない
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：

府中市への要望についておたずねします

問96 高齢者保健福祉や介護保険について、府中市への要望・意見や知りたい情報がありましたら、ご自由にお書きください。

[illegible]

【ここからは、主に介護している方がご記入ください。主な介護者がいない方は、ここから先の設問に回答する必要はありません】

主な介護者の状況やご意向についておたずねします

問97 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. 孫 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. その他の親族 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 9. その他〔具体的に： 〕 |

問98 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99 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. 同じ住宅ではないが同じ敷地 | 5. 東京都内 |
| 3. 同じ町内 | 6. 東京都外〔具体的に： 〕 |

問100 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101 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わっていますか。
（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102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する
2. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
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. 有料老人ホームに入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. 見守りや生活支援サービス等のついた高齢者向け住宅に入居する
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設（小規模多機能型居宅介護）などを利用しながら生活する
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

問103あて名のご本人は、医師から「認知症」の診断を受けていますか。(1つに○)

1. 受けている
2. 受けていない →問 32 へ進む

問 31-1 診断した医師はどのような診療科ですか。(いくつでも○)

1. 内科
2. 神経内科
3. 精神科
4. 老年科
5. 脳神経科
6. その他〔具体的に： 〕
7. わからない

問104あて名のご本人には次のような症状がどの程度ありますか。
(それぞれ1つずつ○)

	ない	ときどき ある	よくある
①物を盗られたなどと被害的になること	1	2	3
②事実でないことを事実であるように話すこと	1	2	3
③実際にはないものが見えたり聞こえたりすること	1	2	3
④一人で外に出たがり目が離せないこと	1	2	3
⑤夜間不眠、昼夜逆転があること	1	2	3
⑥助言や介護に抵抗すること	1	2	3
⑦周囲の人に暴力をふるうこと	1	2	3

問105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
2. 肉体的に疲れる
3. 自分の自由な時間がない
4. 家族や自分の仕事に影響がある
5. 介護がいつまで続くのかわからない
6. 経済的な負担がかさむ
7. 介護の方法がわからない
8. 介護に関して相談する相手がいない
9. 介護サービスに関する情報が少ない
10. 家族や親族の協力が得られない
11. 事業所・医療機関などが家の近くにない
12. 夜間のサービスが足りない
13. その他〔具体的に： 〕
14. 特になし

問106介護をしていて良かったと思うことはどのようなことですか。(いくつでも○)

1. あて名ご本人とコミュニケーションができた
2. 仕事や生き方の見直しにつながった
3. 介護の専門職から知識を得られた
4. 地域のことを理解できるようになった
5. 同じ経験する仲間と交流できた
6. 介護の技術を学ぶことができた
7. 介護保険の重要さが理解できた
8. その他
〔具体的に： 〕
9. 特にない

問107介護者支援策としてあなたが必要だと思うのはどれですか。(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
3. リフレッシュのための日帰り旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 本人や介護者が集まって話せる場づくり
6. 家族会や介護者の自助グループ
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援施策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔

問108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、府中市への要望・意見・提案などがありましたらご自由にお書きください。

--

グループインタビューにご参加していただける方のみ お答えください

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成 25 年 12 月頃に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（電話番号、FAX 番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、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	あて名ご本人	
	ご家族	
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

※ご家族が希望される場合、あて名ご本人のお名前もお書きください。

———ご協力ありがとうございました———

府中市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画策定のための調査

医療・介護の連携（在宅療養者の介護者）調査

調査についてのお願い

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聴きし、平成26年度に策定を予定しております「府中市高齢者福祉計画・第6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25年9月1日現在、要介護認定を受けており主治医の意見書より医療措置の必要のある方から300名を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、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25年10月 府中市

記入についてのお願い

16. 封筒のあて名の方について、ご記入をお願いいたします。調査票の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指します。回答はできる限り、あて名の方が記入してください。なお、あて名の方おひとりでの回答がむずかしい場合は、ご家族や周りの方がお手伝いいただくか、あて名の方の意見を聞いたうえで代わりに記入してください。
17. 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
18. お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
の場合は回答内容等を記入してください。
19. ○の数は、それぞれの質問の指示に従ってください。
20. 「その他」に○印をつけられた方は、〔 〕内に具体的な答えを記入してください。

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（切手は不要です。）に入れ、

11月●●日(●)までにご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、次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地域支援係

☎ 042-335-4011（直通）

医療・介護の連携：在宅療養者の介護者 調査

⑦

調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします

F1 この調査票はどなたがご記入されますか。あて名の方からみた続柄でお答えください。（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： 〕 |

F2 あて名の方は、現在どこで療養されていますか。（1つに○）

- | | |
|------------------|--|
| 1. 自宅 | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 5. 特別養護老人ホーム
 6. 有料老人ホーム
 7. その他〔具体的に： 〕 </div> |
| 2. 病院 | |
| 3. 老人保健施設（老健） | |
| 4. サービス付き高齢者向け住宅 | |

「5」または「6」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。

あなた（あて名ご本人）についておたずねします

F3 あて名ご本人の性別は次のうちどれですか。（1つに○）

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

F4 あて名ご本人の年齢は次のうちどれですか。（1つに○）

*平成25年9月1日現在の年齢でお答えください。

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～64歳 | 3. 70～74歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90～94歳 |
| 2. 65～69歳 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89歳 | 8. 95歳以上 |

F5 あて名ご本人の世帯の状況をお答えください。（1つに○）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. ひとり暮らし（あて名ご本人のみ） | 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〔具体的に： 〕 |

F6 あて名ご本人はどちらにお住まいですか。 内にご記入ください。

町

丁目

F7 あて名ご本人の要介護度は、次のどれですか。（1つに○）

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 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 | 8. わからない |

あて名の方の在宅での療養生活についておたずねします

問109 あて名ご本人の療養が必要になった主な原因は次のどれですか。（1つに○）

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 8. 糖尿病 |
| 2. 心臓病 | 9. 骨折・転倒 |
| 3. がん（悪性新生物） | 10. 脊椎疾患（変形性脊椎症など）・
脊椎損傷 |
| 4. 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等） | 11. 高齢による衰弱 |
| 5. 関節の病気（リウマチ等） | 12. その他〔具体的に： 〕 |
| 6. 認知症（アルツハイマー病等） | 13. 不明 |
| 7. パーキンソン病 | |

問110 あて名ご本人は、どのような医療処置を受けていますか。（いくつでも○）

- | | | |
|------------|------------|-----------------|
| 1. 点滴の管理 | 6. 在宅酸素療法 | 11. じょくそう |
| 2. ストーマの処置 | 7. 疼痛の看護 | 12. 留置カテーテル |
| 3. 気管切開 | 8. 人工透析 | 13. インスリン |
| 4. 中心静脈栄養 | 9. レスピレーター | 14. 胃ろう |
| 5. 痰の吸引 | 10. 経管栄養 | 15. その他〔具体的に： 〕 |

問111 あて名ご本人の体調が急変したとき、どこに連絡しますか。（1つに○）

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. かかりつけ医に連絡する | 3. 救急車を要請する |
| 2. 訪問看護師に連絡する | 4. その他〔具体的に： 〕 |

問112 あて名**ご本人**が在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 在宅療養（看取りを含む）について相談する場がない
2. 薬を飲み忘れることが多い
3. 予定どおりに医師が来てくれない
4. 医療機関での待ち時間が長い
5. デイサービスやショートステイ（**短期入所**）が利用できない
6. 療養するのに適切な住環境の調整が難しい
7. 緊急時に医師と連絡がとれない
8. **家族**介護者の、清拭や移乗など介護技術が難しい
9. 口腔ケアや歯科診療が受けられない
10. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない
11. 医療や介護サービスにお金がかかる
12. **家族**介護者にゆとりがない
13. **家族**介護者が医療行為をするのが難しい・負担が大きい
14. その他〔具体的に： 〕
15. **困ることは特にな**い

問113 あて名**ご本人**の医療の受診形態は、次のどれですか。（1つに○）

1. 往診してもらっている
2. 往診と通院の両方を利用している
3. 通院している →問6へ

問5-1 あて名**ご本人**は、1か月に何回くらい往診を受けていますか。

1か月に（ ）回くらい

問5-2 あて名**ご本人**が往診を受けている先生は何科の先生ですか。（いくつでも○）

1. 内 科
2. 外 科
3. 整形外科
4. リハビリテーション（理学療法）科
5. 歯 科
6. その他（具体的に： ）

問114 あて名**ご本人**が在宅で医療を受けられるようになってどのくらい経ちますか。

（ ）年（ ）か月

問115 あて名**ご本人**の在宅医療を受ける前の状況を教えてください。（1つに○）

1. 入院していた
2. 通院していた
3. 医療を受けていなかった
4. その他〔具体的に： 〕

問116あなたは、あて名**ご本人**が現在受けている在宅医療にどの程度満足していますか。
(1つに○)

- | | | |
|---------|--------------|--------|
| 1. 満 足 | 3. どちらともいえない | 5. 不 満 |
| 2. やや満足 | 4. やや不満 | |

問117あて名**ご本人**は、次の介護保険サービスを利用していますか。(①～⑫のサービスごとに「A 利用している」に○をつけ、「利用している」方は1か月の利用回数を、「利用していない方」は利用していない主な理由を1つお答えください)

- A. 利用しているサービスに○をつけてください。
B. 利用している方は、月に何回程度利用していますか。(およその数字を記入)
C. 利用していない方は、下欄から理由を選び、いくつでも記入してください。

	A	B	C	
	利用している	「利用している」方へ 月に何回程度利用していますか	「利用していない」方へ 利用しない理由は次のどれですか。	サービス内容 (説 明)
記入例) ③訪問リハビリテーション	○	月 2 回	1、2	
①訪問介護 (ホームヘルプサービス)		月 _____ 回		家事など身の周りの援助と身体介護を行う
②訪問看護		月 _____ 回		看護師等による家庭を訪問する看護
③訪問リハビリテーション		月 _____ 回		理学療法士・作業療法士などが家庭を訪問して行う機能訓練
④訪問入浴介護		月 _____ 回		入浴車により家庭を訪問する入浴介護
⑤居宅療養管理指導		月 _____ 回		医師や看護師、歯科医師、管理栄養士等が訪問して行う療養上の管理指導
⑥通所介護		月 _____ 回		デイサービスセンターなどでの入浴、レクリエーション、機能訓練
⑦通所リハビリテーション		月 _____ 回		老人保健施設等での医療の管理下におけるリハビリテーション
⑧ショートステイ		月 _____ 回		特別養護老人ホームや老人保健施設等への短期間入所
⑨夜間対応型訪問介護		月 _____ 回		夜間帯の定期巡回の訪問介護と利用者からの通報による随時対応の訪問介護を組み合わせ提供する。

	A	B	C	サービス内容 (説明)
	利用 している	「利用している」 方へ 月に何回程度 利用していますか	「利用していない」 方へ 利用しない理由は 次のどれですか。	
⑩定期巡回・随時対応型訪問 介護看護		月____回		日中・夜間を通じて、定期 巡回と利用者からの通報 により随時対応する訪問 介護と訪問看護を組み合 わせて 24 時間サービス を提供する
⑪小規模多機能型居宅介護		月____回		「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
⑫複合型サービス		月____回		小規模多機能型居宅介護 と訪問看護など、複数の既 存のサービスを提供する

《「利用していない理由」

1. 近くにサービス提供事業所がないから
2. 予約がいっぱいで利用できないから
3. 介護保険サービス提供事業所が受け入れてくれないから
4. 自身が希望していないから
5. 利用料が高いから
6. 緊急時に対応してくれないから
7. その他〔具体的に
8. 初めて聞いた

問7で「入院していた」と回答した方におたずねします

問118退院する時、どなたに相談しましたか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. ケアマネジャー | 7. 住宅改修事業者 |
| 2. 入院先の医師・看護師・MSW※ | 8. 訪問看護ステーション |
| 3. 市役所の相談窓口 | 9. 家族・親戚 |
| 4. 地域包括支援センター | 10. 福祉用具事業者 |
| 5. かかりつけ医 | 11. その他 |
| 6. かかりつけ薬局 | 〔具体的に： |

※ MSW：医療ソーシャルワーカー

問119退院が決まってから退院するまでの期間はどのくらいでしたか（1つに○）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 1週間未満 | 4. 14～30日未満 |
| 2. 1週間～10日未満 | 5. 30日以上 |
| 3. 10日～14日未満 | |

問120退院する時、最も困ったこと・不安になったことは次のうちどれですか。

（○はいくつでも）

1. 治療が終わったと言われたが退院してやっていけるのか
2. 医療処置が必要な状況で退院してやっていけるのか
3. 痛みをともなう状況で退院してやっていけるのか
4. 寝たきりの状態で帰宅をしてやっていけるのか
5. 家族間の意見の調整がつかないが、やっていけるのか
6. その他〔具体的に： 〕
7. 不安なことは特にない → 問14へ進む

問121そのような困りごとや不安に対してどのような方法が役に立ちましたか。

（○はいくつでも）

1. ケアマネジャーからの情報提供
2. ケアマネジャーのケアプラン
3. サービス担当者会議への参加
4. リハビリテーションの専門家からのアドバイス
5. 薬剤師等からのアドバイス
6. 入院先の医師・医療ソーシャルワーカー（MSW）からのアドバイス
7. かかりつけ医の対応
8. インターネットの専門サイトでの情報
9. 同じ体験をした家族同士での情報を交換した
10. 書籍や専門誌などの情報
11. その他〔具体的に： 〕

問 6 で、通院している、または、往診と通院の両方を利用している、と回答した方におたずねします

問122あて名**ご本人**は、1か月に何回くらい通院していますか。

1か月に（ ）回くらい

問123あて名**ご本人**は、どのような方法で通院していますか。(いくつでも○)

1. 自家用車
2. 電車・バス
3. 一般のタクシー
4. 福祉タクシー
5. 移送サービス
6. その他〔具体的に： 〕

問124あて名**ご本人**が通院している診療科を教えてください。(いくつでも○)

1. 内 科
2. 外 科
3. 整形外科
4. 精神科・神経内科
5. 眼 科
6. リハビリテーション（理学療法）科
7. 歯 科
8. その他〔具体的に： 〕

問125あて名**ご本人**が通院している理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 通院ができるし、通院をする方がいいから
2. かかりつけ医が往診を行っていないから
3. かかりつけ医以外の医者の診療は受けたくないから
4. 家の中に家族以外の人が入ることには抵抗があるから
5. 往診を受けたいが、必要な診療科の往診がないから
6. その他〔具体的に：

今後の意向についておたずねします

問126 今後、あて名**ご本人**は「在宅での医療」を希望しますか。（1 つに○）

1. 希望する → 問 18-1 へ進む 2. 希望しない → 問 18-2 へ進む

問 18-1 問 18 で「1. 希望する」とお答えの方におたずねします。あて名**ご本人**が、「在宅での医療」を希望する理由は何ですか。（いくつでも○）

1. 住み慣れた家にいたい
2. 家族との時間を多く持ちたい
3. 病院での治療を望んでいない
4. 病院へ行くと経済的に負担が大きい
5. 自宅で最期を迎えたい
6. 病院より退院等を迫られて希望せざるを得ないため
7. その他〔具体的に： 〕

問 18-2 問 18 で「2. 希望しない」とお答えの方におたずねします。あて名**ご本人**が、「在宅での医療」を希望しない理由は何ですか。（いくつでも○）

1. 往診してくれる医療機関・医師を知らない
2. どこに相談したらいいかわからない
3. 症状が急に悪くなったとき、適切に対応してもらえるか不安である
4. 家族や身の回りの人への**負担**が大きい
5. 居住環境が在宅医療を受けるのに適していない
6. 在宅医療は経済的に負担が大きい
7. 地域の訪問看護や訪問介護サービスの体制が整っていない
8. その他〔具体的に： 〕

医療と介護の連携についておたずねします

問127あなたは、医療機関、ケアマネジャーと介護サービス事業者が連携していると思いますか。（1つに○）

1. 連携していると思う →問 20 へ**進む**
2. 連携していないと思う
3. わからない →問 20 へ**進む**

問 19-1 問 19 で「2. 連携していないと思う」と回答した方におたずねします。
あなたがそう思う理由は次のうちどれですか。（いくつでも○）

1. 主治医と介護サービスのスタッフ間で、情報交換ができていない
2. 医療と介護のサービスがばらばらに提供されている
3. サービスの全体を調整してくれる人がいない
4. その他〔具体的に： 〕
5. わからない

(1 つに 0)

主な介護者の状況や意向についておたずねします

問132あて名**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. 孫 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. その他の親族 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 9. その他〔具体的に： 〕 |

問133あて名**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134あて名**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. 同じ住宅ではないが同じ敷地 | 5. 東京都内 |
| 3. 同じ町内 | 6. 東京 都 外〔具体的に： 〕 |

問135あて名**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136あて名**ご本人**の介護に 1 日に平均してどのくらいかかわっていますか。

（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137あて名**ご本人**を主に介護している方の健康状態はいかがですか。（1つに○）

- | | | |
|---------|------------|---------|
| 1. よい | 3. ふつう | 5. よくない |
| 2. まあよい | 4. あまりよくない | |

問138あて名ご本人は、医師から認知症の診断を受けていますか。（1つに○）

1. 受けている

2. 受けていない

問 30-1 診断した医師はどのような診療科ですか。（いくつでも○）

1. 内科

4. 老年科

7. わからない

2. 神経内科

5. 脳神経科

3. 精神科

6. その他〔具体的に： 〕

問139あて名ご本人には次のような症状がどの程度ありますか。

（それぞれ1つずつ○）

	ない	ときどき ある	よくある
①物を盗られたなどと被害的になること	1	2	3
②事実でないことを事実であるように話すこと	1	2	3
③実際にはないものが見えたり聞こえたりすること	1	2	3
④一人で外に出たがり目が離せないこと	1	2	3
⑤夜間不眠、昼夜逆転があること	1	2	3
⑥助言や介護に抵抗すること	1	2	3
⑦周囲の人に暴力をふるうこと	1	2	3

問140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. 事業所・医療機関などが家の近くにない

5. 介護がいつまで続くのかわからない

12. 夜間のサービスが足りない

6. 経済的な負担がかさむ

13. その他〔具体的に： 〕

7. 介護の方法がわからない

14. 特にない

問141 介護をしていて良かったと思うことはどのようなことですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. あて名ご本人とコミュニケーションができた | 6. 介護の技術を学ぶことができた |
| 2. 仕事や生き方の見直しにつながった | 7. 介護保険の重要さが理解できた |
| 3. 介護の専門職から知識を得られた | 8. その他 |
| 4. 地域のことを理解できるようになった | 〔具体的に： 〕 |
| 5. 同じ経験する仲間と交流できた | 9. 特にない |

問142 これからの介護者支援策として、あなたが必要だと思うのは次のどれですか。
(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
3. リフレッシュのための日帰り旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 本人や介護者が集まって話せる場づくり
6. 家族会や介護者の自助グループ
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援施策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔 〕

問143 最後に、あなたが、在宅療養者の医療や介護サービスについてのお考えや満足もしくは不満に思われること、**府中市**に取り組んでほしいこと、今後に向けての希望などについてご自由にお書きください。

グループインタビューにご参加していただける方のみ お答えください

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成 25 年 12 月頃に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（電話番号、FAX 番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、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	あて名ご本人	
	ご家族	
住 所		
電話番号		
FAX 番号		

※あて名ご本人のお名前もお書きください。

———ご協力ありがとうございました———