

# 府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期） 策定のためのアンケート調査

## 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 29 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・介護保険事業計画（第 7 期）」の基礎資料とするために、高齢者福祉全般の調査を実施します。

この調査は、平成 28 年 10 月 1 日現在、65 歳以上で要支援・要介護認定を受けている市民の皆さまの中から 2,500 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 28 年 10 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。
2. 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。
3. 回答にあたっては、該当するものの番号を で囲むもの、具体的に記入いただくものがありますので、質問文に従ってご回答ください。
4. 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** 郵便ポストに投函してください。

5. 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。

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 係  
☎ 042 - 335 - (直通)

### 【調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします】

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. 入院・入所中で意思表示ができない | 4. あて名本人の意向   |
| 2. 既に退所(居)・退院している   | 5. 家族の意向      |
| 3. 転居している           | 6. その他(具体的に ) |

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     | 6. 兄弟・姉妹  |
| 2. 配偶者(夫または妻) | 7. その他の親族 |
| 3. 娘・息子       | 8. 施設職員   |
| 4. 娘・息子の配偶者   | 9. その他    |
| 5. 親          | (具体的に: )  |

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。

回答はできる限り、あて名のご本人がご記入ください。ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族や施設の職員がご本人の意見を聞いたうえでご記入ください。

### 【あなた(あて名の方)についておたずねします】

F 1 あなたの性別をお答えください。(1つに )

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

F 2 あなたの年齢をお答えください。(1つに )

平成 28 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 |           |

F 3 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに )

平成 28 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 |          |

F 4 あなたは、現在どなたと一緒に住まいですか。なお、入所（居）されている方は、入所（居）する前の状況をお答えください。（いくつでも ）

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p>同居している場合は、同居している方すべてに</p> | <p>1. ひとり暮らし(自分のみ)                      2. 配偶者<br/>3. 息子・娘<br/>4. 息子・娘の配偶者<br/>5. 親<br/>6. 孫・ひ孫<br/>7. あなたや配偶者の兄弟姉妹<br/>8. その他(具体的に:                      )</p> |
|------------------------------|---|

(F 4で「2」～「8」のいずれかに つけた方におたずねします)

F 4-1 同居の方は、皆さん 65 歳以上ですか。（1つに ）

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

F 5 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 |
|----------------|-----------------|

F 6 あなたがお住まいの町名に該当する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      |
| 7. その他  | 上記以外   |

### 【あなたのお住まいについておたずねします】

問 1 あなたのお住まい（入所・入居含む）はどちらになりますか。（1つに ）

|   |  |
|---|--|
| <p>1. 自分の家<br/>2. 子どもの家<br/>3. 兄弟・姉妹など親族の家<br/>4. 特別養護老人ホーム<br/>5. 老人保健施設</p> | <p>6. グループホーム<br/>7. 有料老人ホーム<br/>8. サービス付き高齢者向け住宅<br/>9. その他<br/>(具体的に:                      )</p> |
|---|--|

調査 要支援・要介護認定者調査票（案）

問2 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         | 9. 鉄道やバスの利用が不便          |
| 2. 廊下や居室などの段差      | 10. 家賃が高い               |
| 3. 屋内の階段           | 11. 家族が近くにいない           |
| 4. 浴室や浴槽           | 12. 立ち退きを求められている        |
| 5. エレベーターがない       | 13. 引越し先がない(高齢のため拒否される) |
| 6. 買い物をする場所が近くにない  | 14. その他                 |
| 7. 家の周りに階段や坂が多い    | (具体的に: )                |
| 8. 家の周りの道に歩道がない、狭い | 15. 特にない                |

【医療についておたずねします】

問3 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4 あなたは、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                   | 9. 目の病気         |
| 2. 脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症) | 10. 耳・鼻の病気      |
| 3. 脳卒中(脳梗塞、脳出血など)         | 11. 歯の病気        |
| 4. 心臓病(心筋梗塞、狭心症など)        | 12. 認知症         |
| 5. 糖尿病                    | 13. うつ病などの精神疾患  |
| 6. 骨折・骨粗しょう症              | 14. その他(具体的に: ) |
| 7. 慢性関節炎などの関節疾患           | 15. 特にない        |
| 8. がん(悪性新生物)              |                 |

問5 あなたには、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「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」がいますか。（それぞれ1つに）

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

問6 あなたが現在受けている医療処置はありますか。(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. 人工透析             | 10. レスピレーター(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           |

### 【介護保険についておたずねします】

問7 介護保険サービスの利用について、あなたのお考えをお教えてください。(1つに )

- |   |
|---|
| 1. 介護保険料を支払っているので、積極的に利用する                |
| 2. 自分の望む生活(自立した生活)を送ることができる、最低限のサービス利用にする |
| 3. 家族の要望やケアマネジャーの計画どおりに利用する               |
| 4. なるべく使わないようにする                          |
| 5. わからない                                  |
| 6. その他( )                                 |

問8 介護保険サービスは、あなたが望む生活(自立した生活)を送るため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     | 4. 役に立っていない         |
| 2. 少しは役に立っている  | 5. わからない            |
| 3. あまり役に立っていない | 6. 介護保険サービスは利用していない |

(問8で「6. 介護保険サービスは利用していない」とお答えの方におたずねします。それ以外の方は次の問9へお進みください)

問8-1 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( )                              |

問 8 -2 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（介護支援専門員）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（ ）
14. わからない

問 8 -3 あなたは、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
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などを利用している
4. 病院に入院している
5. その他（ ）

[問 10 へお進みください]

**（問 8 で「1」から「5」とお答えの方におたずねします）**

問 9 介護保険サービス（（1）居宅サービス（2）施設サービス（3）地域密着型サービス）の利用状況と満足度についておたずねします。

あなたが、現在利用しているサービスすべてについて、[A欄：利用状況]の「1」に をつけてください。その をつけたサービスについて、[B欄：満足度]の「1」～「5」の該当する選択肢に をつけてください。

最後に、（1）～（3）のサービスごとの「総合的な満足度」についてお答えください。

（注 1）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。

（注 2）サービス未利用者の方は問 10 へお進みください。

地域密着型サービスとは、要支援・要介護状態になっても、できる限り住みなれた地域での生活が継続できるよう、身近な地域で提供されるサービスのことで、市町村が事業者の指定や監督を行うとともに、その利用者はその市町村に居住する住民に限定されます。

（１）居宅サービス

居宅サービスを利用していない方は（２）施設サービスへお進みください。

| サービス名/内容   | A欄 利用状況          | B欄：満足度 |        |       |        |      |
|--|------------------|--------|--------|-------|--------|------|
|  | 現在利用しているサービスすべてに | 1 満足   | 2 やや満足 | 3 ふつう | 4 やや不満 | 5 不満 |
| <b>記入例）訪問介護</b>  | ①                | 1      | ②      | 3     | 4      | 5    |
| <b>訪問介護</b><br>入浴、排泄、食事などの身体介護や調理、掃除などの生活援助                            | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>訪問看護</b><br>看護師等の訪問による療養上の世話や診療の補助                                  | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>訪問リハビリテーション</b><br>理学療法士、作業療法士等が居宅を訪問して行うリハビリテーション                  | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>訪問入浴介護</b><br>居宅を訪問し、浴槽を提供して行う入浴介護                                  | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>居宅療養管理指導</b><br>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                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>通所介護(デイサービス)</b><br>通所介護施設等で食事、入浴など日常生活の支援や生活行為向上のための支援             | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>通所リハビリテーション(デイケア)</b><br>通所介護施設等で食事、入浴など日常生活の支援や生活行為向上のためのリハビリテーション | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>短期入所生活介護(ショートステイ)</b><br>特別養護老人ホーム等への短期間入所                          | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>短期入所療養介護(ショートステイ)</b><br>老人保健施設等への短期間入所                             | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>特定施設入居者生活介護</b><br>介護付き有料老人ホーム等に入居し、食事、入浴、排泄等に関わる介護やリハビリテーション       | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>福祉用具の貸与</b><br>車いす等の貸出し   | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>特定福祉用具購入</b><br>入浴や排泄等に使用する福祉用具の販売                                  | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>住宅改修費の支給</b><br>手すりやスロープなど、住宅の小規模な改修費の支給                            | 1                | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>総合的な満足度(居宅サービス全体)</b>   |                  | 1      | 2      | 3     | 4      | 5    |



「総合的な満足度」について、 をつけた基準についてお教えてください。（3つまでに）

|  |
|--|
| 1. 自立支援 に向けたサービスが受けられること<br>2. 自分の希望するサービス(量・時間)が受けられること<br>3. 質の高いサービスが受けられること<br>4. サービスの利用料が安いこと<br>5. 自分と気が合う担当者からサービスを受けられること<br>6. プライバシーの配慮があること<br>7. 緊急時に対応してくれること<br>8. その他 ( <input type="text"/> )<br>9. 特に理由はない |
|--|

介護される人の身体的・精神的な能力に応じて、自立した日常生活(自分らしい生活)を営むことができるようにするための支援を指します。その際には介護される人の意思や主体性を尊重することも含みます。

(2) 施設サービス

施設サービスを利用していない方は(3)地域密着型サービスへお進みください。

| サービス名/内容   | A 利用状況          | B 満足度 |        |       |        |      |
|--|-----------------|-------|--------|-------|--------|------|
|  | すでに現在利用しているサービス | 1 満足  | 2 やや満足 | 3 ふつう | 4 やや不満 | 5 不満 |
| <b>記入例) 介護老人福祉施設</b>   | ①               | 1     | ②      | 3     | 4      | 5    |
| 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)<br>常時介護を必要とする方が入居し、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援や介護を受ける施設 | 1               | 1     | 2      | 3     | 4      | 5    |
| 介護老人保健施設(老人保健施設)<br>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               | 1     | 2      | 3     | 4      | 5    |
| 介護療養型医療施設<br>急性期の治療を終え、長期の療養を必要とする方が入所する長期療養施設                     | 1               | 1     | 2      | 3     | 4      | 5    |
| <b>総合的な満足度(施設サービス全体)</b>   |                 | 1     | 2      | 3     | 4      | 5    |



「総合的な満足度」について、 をつけた基準についてお教えてください。（3つまでに）

|   |
|---|
| 1. 自立支援に向けたサービスが受けられること<br>2. 自分の希望するサービス(量・時間)が受けられること<br>3. 質の高いサービスが受けられること<br>4. サービスの利用料が安いこと<br>5. 自分と気が合う担当者からサービスを受けられること<br>6. プライバシーの配慮があること<br>7. 緊急時に対応してくれること<br>8. その他 ( <input type="text"/> )<br>9. 特に理由はない |
|---|



（ 3 ）地域密着型サービス

地域密着型サービスを利用していない方は問 10 へお進みください。

| サービス名/内容   | A 利用状況  | B 満足度   |               |              |               |         |
|--|---|---------|---------------|--------------|---------------|---------|
|  | すべてに<br>すい<br>現在<br>利用<br>して<br>るサ<br>ービ<br>ス | 1<br>満足 | 2<br>やや<br>満足 | 3<br>ふつ<br>つ | 4<br>やや<br>不満 | 5<br>不満 |
| <b>記入例) 夜間対応型訪問介護</b>  | ①   | 1       | ②             | 3            | 4             | 5       |
| <b>夜間対応型訪問介護</b><br>夜間において、定期巡回の訪問介護、随時の訪問介護、通報によるオペレーションサービスを組み合わせるサービス                 | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</b><br>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る24時間サービスを提供する | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>小規模多機能型居宅介護</b><br>「通い」を中心として、要介護者の状態から、随時「訪問」や「泊り」を組み合わせるサービスを提供する                   | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>看護小規模多機能型居宅介護</b><br>小規模多機能型居宅介護及び訪問看護を一体的に行うサービス                                     | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>地域密着型通所介護</b><br>定員18人以下の小規模な通所介護   | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>認知症対応型通所介護</b><br>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   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</b><br>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   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</b><br>入居定員29人以下の小規模な特別養護老人ホーム                                   | 1   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |
| <b>総合的な満足度(地域密着型サービス全体)</b>  |   | 1       | 2             | 3            | 4             | 5       |



「総合的な満足度」について、 をつけた基準についてお教えてください。（3つまでに ）

1. 自立支援に向けたサービスが受けられること
2. 自分の希望するサービス(量・時間)が受けられること
3. 質の高いサービスが受けられること
4. サービスの利用料が安いこと
5. 自分と気が合う担当者からサービスを受けられること
6. プライバシーの配慮があること
7. 緊急時に対応してくれること
8. その他( )
9. 特に理由はない

（ここからは、すべての方がお答えください）

問 10 あなたが、自分の望む生活（自立した生活）を送るために、今後利用したいと思う介護サービスはどれですか。（いくつでも）（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。）

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| 居宅サービス    | 訪問介護<br>訪問看護<br>訪問リハビリテーション<br>訪問入浴介護<br>居宅療養管理指導<br>通所介護（デイサービス）<br>通所リハビリテーション（デイケア） | 短期入所生活介護（ショートステイ）<br>短期入所療養介護（ショートステイ）<br>特定施設入居者生活介護<br>福祉用具の貸与<br>特定福祉用具購入<br>住宅改修費の支給 |
| 施設サービス    | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）<br>介護老人保健施設（老人保健施設）<br>介護療養型医療施設                                   |  |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護<br>定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>小規模多機能型居宅介護<br>看護小規模多機能型居宅介護<br>地域密着型通所介護             | 認知症対応型通所介護<br>認知症対応型共同生活介護（グループホーム）<br>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護                              |

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）

|   |
|---|
| <p>1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活したい</p> <p>2. 介護保険居宅サービスを受けながら自宅で生活したい</p> <p>3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設で暮らしたい</p> <p>4. 有料老人ホームで暮らしたい</p> <p>5. グループホーム（認知症対応型共同生活介護）で暮らしたい</p> <p>6. 見守りや生活支援サービスなどのついた高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅）で暮らしたい</p> <p>7. 自宅近くでさまざま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</p> <p>8. その他（ ）</p> <p>9. わからない</p> |
|---|

問 12 「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. ケアマネジャー（介護支援専門員）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度<sup>1</sup>などの新しい仕組みを考えること
6. 住民が中心となって介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
7. 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
8. 健康寿命を伸ばすために、介護予防のサービスに力を入れること
9. 高齢期に住み続けられる、住まいの施策を充実すること
10. 地域全体で介護を支援する仕組みづくりを行うこと
11. 身近な地域で介護保険サービスが受けられる拠点（地域密着型サービス）を増やすこと
12. 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
13. 家族介護の負担を軽減する支援策を充実すること
14. 地域包括支援センター<sup>2</sup>の機能を充実すること
15. 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
16. その他（具体的に： ）
17. わからない

1: 介護支援ボランティア活動の実績に応じてポイントを交付するなどして、高齢者が活動を通じて社会参加・地域貢献を行うとともに、自らの健康増進も図ることを支援する仕組みです。

2: 地域で暮らす高齢者の方を、介護・福祉・健康・医療など、様々な面から総合的に支援するセンターで、府中市内に11箇所あります（泉苑、よつや苑、あさひ苑、安立苑、しみずがおか、かたまち、しんまち、緑苑、にしふ、これまさ、みなみ町）。

### 【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 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   | 4. やや不満である |
| 2. やや満足している | 5. 不満である   |
| 3. ぶつう      |            |

（問 13 で「4」又は「5」と答えた方におたずねします）

問 13-1 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. 利用しても身体機能などが改善しない |
| 4. サービスの回数が希望より多すぎる | 8. その他（具体的に： ）       |

問 14 あなたは、ケアマネジャー（介護支援専門員）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. ふつう      |            |

問 15 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～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 |
|----------------------------------|------|-----------|--------|
| 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      |
| サービス事業者の情報を提供してくれる               | 1    | 2         | 3      |
| サービス事業者との連絡や調整をしてくれる             | 1    | 2         | 3      |
| 介護保険以外の府中市のサービスなどの情報も提供してくれる     | 1    | 2         | 3      |
| 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      |
| 月1回程度、定期的に訪問して様子を見てくれる           | 1    | 2         | 3      |
| サービス内容の見直しについて提案してくれる            | 1    | 2         | 3      |
| 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      |
| 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      |

### 【高齢者の権利擁護についておたずねします】

問 16 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、あなたがご存じのものはありますか。（いくつでも ）

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. 成年後見制度 <sup>1</sup>     | 7. 社会福祉協議会                   |
| 2. 日常生活自立支援事業 <sup>2</sup> | (ふれあい福祉相談室など)                |
| 3. 地域包括支援センター              | 8. 権利擁護センターふちゅう <sup>3</sup> |
| 4. 高齢者見守りネットワーク(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. 担当のケアマネジャー               |
| 6. 市の相談窓口                  | 11. 知っているものはない               |

1: 認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、本人の権利を守る援助者(「成年後見人」等)を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

2: 府中市内で生活されている方で、物忘れなどの認知症の症状や知的障害、精神障害などによって、必要な福祉サービスを、自分の判断で適切に選択・利用することが難しい方が利用できる事業です。

3: 認知症や疾病などにより物事の判断において誰かの手助けを必要とされている方、また福祉等における日常生活課題をかかえられている方に対して、自分らしく安心して地域で暮らしていけるよう支援していくセンターです。

問 17 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）

（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 | 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 18 へ進む）   |

（問 17 で「1」～「7」のいずれかをお答えの方におたずねします）

問 17-1 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： _____）      |

[次ページの問 18 へお進みください]

【高齢者保健福祉サービスについておたずねします】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に入所（居）されている方は問 19 へお進みください。

問 18 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～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          | サービスの内容                                 | 利用状況   |           |           |      | 利用意向  |         |       |
|----------------|---|--------|-----------|-----------|------|-------|---------|-------|
|                |   | 利用している | ある利用したことが | 利用したことがない | 知らない | 利用したい | 利用したくない | わからない |
| 訪問食事サービス       | 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     |
| 自立支援ショートステイ    | 1回の利用につき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     |
| 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     |
| 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     |
| 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     |
| 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     |
| 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     |
| 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     |
| 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 19 あなたは、以下のような民間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
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( )
9. 民間サービスは利用していない

問 20 今後、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とお考えですか。(3つまでに )

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介護保険居宅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サービスを充実させること
7. 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向けの住宅を整備すること
8. 住宅改修を支援すること
9. 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
10. 家族介護者への支援制度を充実すること
11. 健康教育、健康相談、健康診査などの保健事業や医療体制を充実させること
12. 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)
13. 保健・福祉関係の相談を受ける窓口を充実させること
14. 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)
15. 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
16. 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
17. その他(具体的に: )
18. 特にない

**【認知症についておたずねします】**

問 21 国の推計では 65 歳以上の方の約 4 人に 1 人が「認知症」または「認知症予備群」といわれていますが、あなたはこの認知症について、どのようなことをご存知ですか。（いくつでも ）

1. 認知症は、脳の病気を原因疾患とし、誰にでも起こりうるものであること
2. 認知症の症状には、記憶障害や時間・場所がわからなくなるなど共通の症状と、妄想、幻覚、徘徊など個人差のある症状があること
3. 認知症の抑制には、食生活や生活習慣などで改善の効果があると認められていること
4. 認知症は高齢期だけでなく、若い世代でも発症する若年性認知症があること
5. 認知症は早期に発見することにより、進行を遅らせることができること
6. どれも知らなかった

問 22 府中市では、次のような認知症予防の啓発活動を実施しています。あなたの参加状況や参加意向について ・ それぞれ 1 つに をつけてください。

|                   | 参加したことがある | 現在参加している | 知っているが参加したことがない | 知らない | 参加したくない |
|-------------------|-----------|----------|-----------------|------|---------|
| 認知症サポーターささえ隊養成講座  | 1         | 2        | 3               | 4    | 5       |
| 認知症に関する講演会やシンポジウム | 1         | 2        | 3               | 4    | 5       |

問 23 あなたは、認知症になっても、住み慣れた家で暮らし続けたいと思いますか。（1 つに ）

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| 1. どうしても住み慣れた家で暮らし続けたい    | 3. 適切な施設があれば入所したい |
| 2. できることならば住み慣れた家で暮らし続けたい | 4. わからない          |

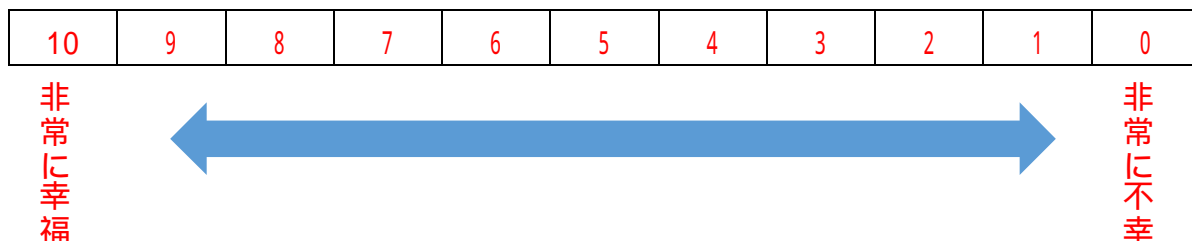
問 24 あなたは、認知症になっても、住み慣れた地域で生活を送るためには何が必要だとお考えですか。（いくつでも ）

1. 認知症についての啓発活動の充実
2. 認知症の相談窓口や相談体制の整備
3. 地域による見守りや支援体制の充実
4. 認知症の高齢者や家族を支援する福祉サービスの充実
5. 認知症対応型通所介護（認知症高齢者が施設に通い本人にあった活動に参加する）・ショートステイなどの整備
6. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などの専門的な施設の整備
7. 特別養護老人ホームなどの整備
8. 認知症ケアに関する専門職の育成
9. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）



【日ごろの生活についておたずねします】

問 25 あなたは現在どの程度幸福だと感じていますか。「非常に幸福」を 10、「非常に不幸」を 0 とした場合、あなたはどれくらいになると思いますか。最も近いものをお選びください。（1 つに ）



問 26 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. 子どもや介護が必要な家族などの預かり | 12. 特にな          |

問 27 （高齢者のみならず）隣近所の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. 子どもや介護が必要な家族などの預かり | 12. 特にな          |

問 28 あなたが、これから参加したい活動はどのようなものですか。（いくつでも）

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 1. 自分の楽しみが得られる活動     | 7. 隣近所の人と協力しあえる活動      |
| 2. 興味ある知識や教養が得られる活動  | 8. 家庭生活を豊かにする家族ぐるみの活動  |
| 3. 自分の知識や経験をいかせる活動   | 9. 地域や社会に役立つ活動         |
| 4. 生きがいや健康づくりができる活動  | 10. 行政への協力や地域自治にかかわる活動 |
| 5. 余暇時間を充実させる活動      | 11. その他（具体的に：_____）    |
| 6. 仲間づくりや親しい友人ができる活動 | 12. 特にない               |

問 29 市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

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

問 30 以降は主に介護している方がご記入ください。入所（居）しているなど、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。また施設職員が記入している場合は、問 36 のみご回答ください。

**【主な介護者の状況や意向についておたずねします】**

問 30 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 31 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 32 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 33 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 34 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 35 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. 介護保険居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で暮らす                           |
| 4. 有料老人ホームで暮らす   |
| 5. グループホーム（認知症高齢者共同生活介護）で暮らす                           |
| 6. 見守りや生活支援サービスなどのついた高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅）で暮らす        |
| 7. 自宅近くでさまざま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 36 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 37 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. 十分な睡眠時間が確保できない   | 10. 介護の方法がわからない        |
| 2. 精神的に疲れ、ストレスがたまる  | 11. 希望するサービスが受けられない    |
| 3. 肉体的に疲れる          | 12. 夜間のサービスが足りない       |
| 4. 自分の自由な時間がない      | 13. 介護従事者のサービスの質が悪い    |
| 5. 家族や自分の仕事に影響がある   | 14. 介護に関して相談する相手がいない   |
| 6. 自分以外に介護をする人がいない  | 15. 介護サービスに関する情報が少ない   |
| 7. 介護がいつまで続くのかわからない | 16. 事業所・医療機関などが家の近くにない |
| 8. 家族や親族の協力が得られない   | 17. その他（具体的に： _____）   |
| 9. 経済的な負担がかさむ       | 18. 特にない               |

問 38 介護をされ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. 介護保険制度が理解できた   |
| 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 39 介護者支援策として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(具体的に: )                 |

問 40 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。

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

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（切手は不要）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。