

府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期） 策定のための調査（居宅サービス）

ご協力のお願い

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聞きし、令和5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9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、令和5年2月1日現在、65歳以上で居宅サービスを利用している市民の皆さまの中から1,800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。

令和5年3月

府中市長 高野 律雄

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

- ・この調査は封筒の宛名のご本人が対象となります。
- ・なんらかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただくか、あなたの意思を尊重して代わってご回答していただく方をお願いいたします。
- ・令和5年2月1日現在の内容でご記入ください。
- ・設問に選択肢のあるものは、あてはまる番号に○をつけてください。お答えが「その他」にあてはまる場合は、（ ）内に具体的にご記入ください。
- ・設問によって、○をつけていただく数を（ ）内に指定していますので、ご注意ください。
- ・調査票の回答に係る時間は、およそ20分です。
- ・本調査は、下記URL及び右に記載の2次元コードからご回答いただくことも可能です。

URL : 

二次元コード

◇調査票のご回答について

調査票は、3月29日（水）までにご回答いただきますようお願いいたします。書面でご回答いただく場合は、同封の返信用封筒に入れ、ご返送くださいますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇調査についてのご質問などは、下記までお問い合わせください。

府中市福祉保健部高齢者支援課地域包括ケア推進係

電話（042）335—4537（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お答えください。

※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. 入院中などで意思表示ができない | 2. 転居している |
| 3. あて名ご本人の意向 | 4. 家族の意向 |
| 5. 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 | 2. 配偶者（夫又は妻） | 3. 娘・息子 |
| 4. 娘・息子の配偶者 | 5. 親 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. その他の親族 | 8. 施設職員 | |
| 9. その他（具体的に： _____） | | |

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。

※性別については、戸籍上の区別とは別にご自身の主観によりご記入ください。（1つに○）

- | | | |
|-------|-------|-----------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他（ _____ ） |
|-------|-------|-----------------|

F 2 あなたの年齢をお答えください。

※令和5年2月1日現在の年齢でお答えください。（1つに○）

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

F 3 あなたがお住まいの町名及び丁目を教えてください。

(1) 町名（1つに○）

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|----------|
| 1. 朝日町 | 2. 押立町 | 3. 片町 | 4. 北山町 | 5. 寿町 |
| 6. 小柳町 | 7. 是政 | 8. 幸町 | 9. 栄町 | 10. 清水が丘 |
| 11. 白糸台 | 12. 新町 | 13. 住吉町 | 14. 浅間町 | 15. 多磨町 |
| 16. 天神町 | 17. 東芝町 | 18. 西原町 | 19. 西府町 | 20. 日鋼町 |
| 21. 日新町 | 22. 八幡町 | 23. 晴見町 | 24. 府中町 | 25. 分梅町 |
| 26. 本宿町 | 27. 本町 | 28. 緑町 | 29. 南町 | 30. 宮西町 |
| 31. 宮町 | 32. 美好町 | 33. 武蔵台 | 34. 紅葉丘 | 35. 矢崎町 |
| 36. 四谷 | 37. 若松町 | | | |
- ※50音順

(2) 丁目 (1つに○) ※「東芝町」「日鋼町」を除きます。

1. 一丁目 2. 二丁目 3. 三丁目 4. 四丁目 5. 五丁目 6. 六丁目

F 4 家族構成をお教えてください。(1つに○)

1. 1人暮らし
2. 夫婦2人暮らし (配偶者 65 歳以上)
3. 夫婦2人暮らし (配偶者 64 歳以下)
4. 息子・娘と同居
5. その他 (具体的に:)

あなたのお住まいについておたずねします

問 1 あなたのお住まいは次のうちどれですか。(1つに○)

1. 持ち家の一戸建て
2. 持ち家の集合住宅
3. 民間賃貸住宅 (一戸建て)
4. 民間賃貸住宅 (集合住宅)
5. 公的賃貸住宅 (都営住宅、市営住宅、高齢者住宅やすらぎなど)
6. 高齢者向け住宅 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)
7. その他 (具体的に:)

問 1 で「1」～「6」とお答えの方におたずねします

問 1-1 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. 住まいの段差や階段などの物理的な障壁
2. 買い物をする場所が近くにない
3. 家の周りに階段や坂が多い
4. 家の周りの道に歩道がない、狭い
5. 鉄道やバスの利用が不便
6. 家族が近くにいない
7. 住まいの利用にかかる費用 (家賃など)
8. 立ち退きを求められている
9. 引越し先がない (高齢のため拒否されるなど)
10. 近隣トラブル
11. その他 (具体的に:)
12. 特にない

医療についておたずねします

問2 現在治療中、又は後遺症のある病気はありますか。(いくつでも○)

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

問3 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○)

| 項 目 | い る | い な い | 分 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 |

問4 在宅での療養が必要となった時に必要に応じ受けられるサービスがありますが、次のことを知っていますか。(1つずつに○)

| サービス名 | サービスの内容 | 知っている | 知らない |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| ①訪問診療 | 通院が困難な方の自宅などに <u>計画的・定期的</u> に医師が訪問し、診療する。 | 1 | 2 |
| ②往診 | 容体が急変した際など、 <u>不定期</u> に患者の自宅などに医師が訪問し、診療する。 | 1 | 2 |
| ③訪問歯科診療 | 通院が困難な方の自宅などに <u>歯科医師・歯科衛生士</u> が訪問し、歯の治療や入れ歯の調整等を通じて食事を噛んで飲み込めるよう支援を行う。 | 1 | 2 |
| ④訪問薬剤管理 | 通院が困難な方の自宅などに <u>薬剤師</u> が訪問し、薬の飲み方や組み合わせ等の確認・管理。説明等を行う。 | 1 | 2 |
| ⑤訪問栄養食事指導 | <u>管理栄養士</u> が自宅等に訪問し、病状や食事の状況、栄養状態や生活習慣に適した食事等の栄養管理の指導を行う。 | 1 | 2 |

| サービス名 | サービスの内容 | 知っている | 知らない |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| ⑥訪問によるリハビリテーション | 通院が困難な方の自宅などに理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などが訪問し、運動機能や日常生活に必要な動作を行えるように、訓練や家屋の適切な改造の指導等を行う。 | 1 | 2 |

問5 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

※令和5年2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、分かっている介護度でお答えください。

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

問6 最初に要介護認定を受けたとき、どなたから申請を勧められましたか。(いくつでも○)

| | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 地域包括支援センターの職員 | 2. 民生委員 |
| 3. かかりつけの医師 | 4. 入院したとき医師や看護師等から |
| 5. 介護サービスを利用している友人 | 6. 息子や娘など親族 |
| 7. 自分で調べた | 8. その他(具体的に：) |

問7 令和5年1月の1か月間で利用したサービスはなんですか。(いくつでも○)

| | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護(ホームヘルプサービス) | 2. 訪問看護 |
| 3. 訪問リハビリテーション | 4. 訪問入浴介護 |
| 5. 居宅管理療養指導 | 6. 通所介護(デイサービス) |
| 7. 通所リハビリテーション(デイケア) | 8. 短期入所(ショートステイ) |
| 9. 夜間対応型訪問介護 | 10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 11. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 地域密着型通所介護 |
| 13. 認知症対応型通所介護 | 14. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 15. その他(具体的に：) | 16. いずれも利用していない |

問7で「1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）～15. その他」とお答えの方におたずねします

問7-1 利用したサービスの「総合的な満足度」についてお答えください。

(1) 利用したサービスの「総合的な満足度」についてお答えください。(1つに○)

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

(2) 「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。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------------|--|
| 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（具体的に： _____) | |
| 9. 特に理由はない | |

問8 あなたは、今後、どのように生活したいと考えていますか。(1つに○)

- | | |
|----------------------------------------------------|--|
| 1. 自宅で家族を中心に介護を受けたい | |
| 2. 自宅で家族の介護と介護保険サービスの介護を組み合わせたい | |
| 3. 自宅で家族に依存せずに介護保険サービスの介護を受けたい | |
| 4. 自分や家族の状況に応じて介護施設等に短期間宿泊しながら、自宅で介護を受けたい | |
| 5. 見守りや生活支援サービスなどのついた有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅で介護を受けたい | |
| 6. 特別養護老人ホームなどの介護施設で介護を受けたい | |
| 7. 医療機関に入院して介護を受けたい | |
| 8. その他（具体的に： _____) | |
| 9. 分からない | |

問9 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況についてうかがいます。(1つに○)

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 2. 入所・入居を検討している |
| 3. すでに入所・入居申し込みをしている | |

問9で「2」又は「3」とお答えの方におたずねします

問9-1 申し込みをしている又は検討している理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 在宅介護サービスのみでは不十分だから
2. 家族の仕事等で、在宅で介護を十分受けられないから
3. 家族が精神的・肉体的に疲れているため
4. 一人暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じるから
5. 入所・入居まで時間(期間)がかかるので、早めに申し込む必要があるから
6. 自己負担の費用が少なくてすむから
7. その他(具体的に: _____)

問9で「3」とお答えの方におたずねします

問9-2 入所・入居申し込みをした施設・居住系サービスの種類は何ですか。(1つに○)

1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
2. 介護老人保健施設(老人保健施設)
3. 介護医療院(介護療養型医療施設)
4. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)
5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
6. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型の特別養護老人ホーム)

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

問10で「4」又は「5」とお答えの方におたずねします

問10-1 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 | 2. サービスの種類が希望より多すぎる |
| 3. サービスの回数が希望より少ない | 4. サービスの回数が希望より多すぎる |
| 5. サービスの時間帯が希望通りでない | 6. サービスに制限が多い |
| 7. 利用しても身体機能などが改善しない | |
| 8. その他(具体的に: _____) |) |

問 11 あなたは、ケアマネジャー（介護支援専門員）についてどのように感じていますか。

（①～⑧のそれぞれについて、1つずつ○）

| 項 目 | そ う 思 う | ど ち ら も い え な い | 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サービス提供事業者の情報を提供してくれる | 1 | 2 | 3 |
| ③サービス提供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などの情報も提供してくれる | 1 | 2 | 3 |
| ⑤ケアプラン（又は介護予防ケアプラン）作成後も相談にのってくれる | 1 | 2 | 3 |
| ⑥サービス内容の見直しについて提案してくれる | 1 | 2 | 3 |
| ⑦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 |
| ⑧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 |

福祉サービスの利用状況についておたずねします

問 12 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. 民間の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. 社会福祉協議会の福祉有償運送・移送サービス | |
| 8. その他（具体的に： | ） |
| 9. 民間サービスは利用していない | |

認知症についておたずねします

問 13 あなたは認知症について、どのようなことを知っていますか。(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・場所が分からなくなるなど共通の症状があること
3. 認知症の症状には、妄想、幻覚、ひとり歩きなど個人差のある症状があること
4. 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
5. 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
6. 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
7. どれも知らなかった

問 14 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考えますか。
(3つまでに○)

1. 認知症についての啓発活動の充実（地域の住民が認知症のことを正しく理解できるようにする活動）
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協力、認知症サポーターの養成などの地域の支援体制の充実
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. 自宅で生活をしながら、認知症高齢者が本人にあった活動に参加できる「通いの場」や、必要に応じて「短期間の宿泊」ができるサービスの充実
6. 認知症高齢者が本人にあった生活が送れる、家庭的な雰囲気施設の整備
7. 家庭で過ごすことが困難な人などが入所できる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： _____)

地域生活と日ごろの活動についておたずねします

問 15 あなたは、現在どの程度幸福だと感じていますか。「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点とした場合、あなたはどれぐ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○)

とても
不幸

とても
幸せ

0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点

問 16 あなたは、近隣に住む人と、どの程度おつきあいしていますか。(1つに○)

1. 個人的なことを相談し合える人がいる
2. さしさわりのないことなら、話せる人がいる
3. 道で会えば、あいさつをする程度の人ならいる
4. あいさつや会話はなくても、顔を見れば近隣の人だと分かる人がいる
5. 全く交流はなく、近隣に住む人を知らない

問 17 あなたが、高齢や病気などで日常生活が不自由になったとき、隣近所の人に手助けしてもらおうとしたらどんなことをしてほしいですか。(3つまでに○)

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 日ごろの安否確認 | 2. 趣味など世間話の相手 |
| 3. 介護などの相談相手 | 4. 炊事、洗濯、掃除などの家事 |
| 5. ちょっとした買い物 | 6. 介護が必要な家族などの預かり |
| 7. 外出の付添い | 8. 災害時の手助け |
| 9. ごみ出しなどの家庭支援 | 10. 電球交換などの簡単な作業 |
| 11. 特にない | |

問 18 生きがいがありますか。(1つに○)

- | |
|----------------------|
| 1. 生きがいあり ⇒ (具体的に：) |
| 2. 思いつかない |

問 19 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。(3つまでに○)

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

問 20 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたに変化はありましたか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 外出しなくなった | 2. 人と会わなくなった |
| 3. 人や物に触るのが怖くなった | 4. 不安になることが多くなった |
| 5. 介護や育児の負担が増えた | 6. 人とのつながりの大切さを知ることができた |
| 7. 健康に気を付けるようになった | 8. 経済的に苦しくなった |
| 9. その他 () | |
| 10. 特にない | |

災害等の対応についておたずねします

問 21 地震等の災害が起こったときにあなたの手助けをしてくれる人はいますか。(いくつでも○)

- | | | |
|----------|----------------|---------|
| 1. 同居の家族 | 2. 別居の家族 | 3. 近所の人 |
| 4. 友人・知人 | 5. その他(具体的に：) | |
| 6. いない | 7. 必要ない | |

問 22 災害に備えてどのようなことをしていますか。(いくつでも○)

1. 日ごろからの隣近所の住民同士の声かけや交流
2. 住民同士で行う防災組織の活動の充実
3. 地域での防災訓練への参加のお誘い
4. 市が作成した防災マニュアルや防災マップの確認
5. その他(具体的に:)
6. 特にできることはない

問 23 災害が発生したときに、あなたに対してどのような手助けがあれば安心できると思いますか。(いくつでも○)

1. 災害発生時の安否確認
2. 災害発生時の避難所への避難誘導
3. 災害発生時の初期消火
4. 災害発生時の救出・救助
5. その他(具体的に:)
6. 特にできることはない

情報についておたずねします

問 24 あなたは、健康や介護予防、福祉サービス、地域の活動、権利擁護等に関する情報をどこから(誰から)入手していますか。(いくつでも○)

1. 市の広報紙・ホームページ
2. 市の相談窓口
3. 地域包括支援センター
4. 保健所・保健センター
5. 社会福祉協議会
6. 介護予防推進センター
7. 病院・診療所・歯科医・薬剤師など
8. ホームヘルパー(訪問介護員)
9. ケアマネジャー(介護支援専門員)
10. 民生委員・児童委員
11. 家族や親族
12. 友人・知人、近隣の人
13. 新聞・雑誌・テレビ・ラジオ
14. 講演会・講習会等
15. インターネット、SNS
16. その他(具体的に:)
17. 特にない

問 25 あなたは、暮らしの問題や福祉などについて困りごとがあったとき、どこに（誰に）相談しますか。（いくつでも○）

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 市の相談窓口 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 保健所・保健センター | 4. 社会福祉協議会 |
| 5. 権利擁護センターふいちゅう | 6. 病院・診療所・歯科医・薬剤師など |
| 7. ホームヘルパー（訪問介護員） | 8. ケアマネジャー（介護支援専門員） |
| 9. 民生委員・児童委員 | 10. 家族や親族 |
| 11. 友人・知人、近隣の人 | |
| 12. その他（具体的に： _____） | |
| 13. 相談できる人がいない | |

問 26 府中市には地域包括支援センターが11か所ありますが、次の地域包括支援センターの役割や機能をご存じでしたか。（いくつでも○）

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. 高齢者の総合的な相談 | 2. 介護予防の支援や相談 |
| 3. 認知症に関する生活や財産管理の相談 | 4. 成年後見制度の相談 |
| 5. 高齢者虐待の早期発見や対応 | 6. 悪質な訪問販売・電話勧誘などの被害相談 |
| 7. 地域のネットワークを活用した高齢者の実態把握 | |
| 8. まったく知らなかった | |

問 27 あなたは、パソコンやスマートフォンなどの媒体を持っていますか。（いくつでも○）

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. パソコン | 2. スマートフォン |
| 3. タブレット | 4. 二つ折り携帯（ガラケー） |
| 5. その他（具体的に： _____） | |

問 28 問 27 で回答した媒体の用途は何ですか。（いくつでも○）

- | | | |
|---------------------|--------|---------|
| 1. 通話 | 2. メール | 3. 情報収集 |
| 4. その他（具体的に： _____） | | |

在宅療養についておたずねします

問 29 脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期の療養が必要になった場合、あなたは、自宅で療養を続けたいと思いますか。（1つに○）

- | | | |
|----------------------|------------------------|----------|
| 1. そう思う（→問 29-1 へ進む） | 2. そう思わない（→問 29-2 へ進む） | 3. 分からない |
|----------------------|------------------------|----------|

問 29 で「1. そう思う」とお答えの方におたずねします

問 29-1 ご自宅での療養は可能だと思いますか。（1つに○）

- | | | |
|-----------|------------------------|----------|
| 1. 可能だと思う | 2. 難しいと思う（→問 29-2 へ進む） | 3. 分からない |
|-----------|------------------------|----------|

問 29-2 それはなぜですか。(3つまでに○)

1. 在宅医療や在宅介護でどのようなケアを受けられるか分からないから
2. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
3. 往診・訪問診療してくれる医師がいないから
4. 訪問看護や介護の体制が不十分だから
5. 家族に負担をかけるから
6. 看護や介護してくれる家族がいないから
7. 療養できる部屋やトイレなど住宅環境が整っていないから
8. お金がかかるから
9. その他(具体的に: _____)
10. 特に理由はない

問 30 あなたは、人生の最期をどうすごしたいか、ご家族等※や医療介護関係者と話し合ったことがありますか。(1つに○)

※ご家族等の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

1. 詳しく話し合い、意思表示の書面を作成している
2. 詳しく話し合っている
3. 一応話し合っている
4. 話し合ったことはない
5. その他(具体的に: _____)

問 31 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・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

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

主な介護者の状況や意向についておたずねします

問 32 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 | 2. 娘 | 3. 息子 |
| 4. 娘・息子の配偶者 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. 親 |
| 7. 孫 | 8. その他の親族 | 9. その他(具体的に：) |

問 33 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. 18歳未満 | 2. 18～29歳 | 3. 30歳代 | 4. 40歳代 |
| 5. 50歳代 | 6. 60～64歳 | 7. 65～69歳 | 8. 70～74歳 |
| 9. 75～79歳 | 10. 80～84歳 | 11. 85～89歳 | 12. 90～94歳 |
| 13. 95歳以上 | | | |

問 34 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 | 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 | 2. 1年以上3年未満 | 3. 3年以上5年未満 |
| 4. 5年以上10年未満 | 5. 10年以上 | |

問 36 あて名のご本人の介護に1日に平均してどのくらい関わっていますか。(1つに○)

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

問 37 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. 自宅で家族を中心に介護をして過ごさせたい |
| 2. 自宅で家族の介護と介護保険サービスの介護を組み合わせで過ごさせたい |
| 3. 自宅で家族に依存せずに介護保険サービスの介護を受けながら過ごさせたい |
| 4. 自分や家族の状態に合わせて介護施設等に短期間宿泊しながら、自宅で過ごさせたい |
| 5. 見守りや生活支援サービスなどのついた有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅で過ごさせたい |
| 6. 特別養護老人ホームなどの介護施設で過ごさせたい |
| 7. 医療機関に入院して介護を受けさせたい |
| 8. その他(具体的に：) |
| 9. 分からない |

問 38 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 | 2. 精神的に疲れ、ストレスがたまる |
| 3. 肉体的に疲れる | 4. 自分の自由な時間がない |
| 5. 家族や自分の仕事に影響がある | 6. 自分以外に介護をする人がいない |
| 7. 介護がいつまで続くのかわからない | 8. 家族や親族の協力が得られない |
| 9. 経済的な負担がかさむ | 10. 介護の方法がわからない |
| 11. 希望するサービスが受けられない | 12. 夜間のサービスが足りない |
| 13. 介護従事者のサービスの質が悪い | 14. 介護に関して相談する相手がいない |
| 15. 介護サービスに関する情報が少ない | 16. 事業所・医療機関などが家の近くにない |
| 17. 介護と育児のダブルケアの負担が大きい | |
| 18. その他(具体的に: _____) |) |
| 19. 特にない | |

問 39 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. 同じ経験を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. 介護保険制度が理解できた | |
| 8. その他(具体的に: _____) |) |
| 9. 特にない | |

問 40 介護者支援策として必要だと思うのはどれですか。(3つまでに○)

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 介護者に対する定期的な情報提供 |
| 2. 介護等に関する情報へのアクセスのしやすさ(探しやすさ、分かりやすさ) |
| 3. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり |
| 4. リフレッシュのための日帰り旅行などの機会提供 |
| 5. 電話や訪問による相談サービス |
| 6. 本人や介護者が集まって話せる場づくり |
| 7. 家族会や介護者の自助グループ |
| 8. 在宅介護者への手当 |
| 9. 介護休業取得者のいる企業への支援制度 |
| 10. 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 |
| 11. 介護者の経験をいかした介護問題への発言の場づくり |
| 12. その他(具体的に: _____) |

問 41 コロナ禍においてサービスの利用状況に変化がありましたか。またそれに伴う身体状況の変化はありましたか。

(1) サービスの利用状況 (1つに○)

- | | | |
|---------|----------------|----------------|
| 1. 変化なし | 2. サービスの利用が減った | 3. サービスの利用が増えた |
|---------|----------------|----------------|

(2) 身体の状況 (1つに○)

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 変化なし | 2. 良くなった | 3. 悪化した |
|---------|----------|---------|

問 42 介護者で就労している方、就労していた方におたずねします。コロナ禍において介護者の就労状況や働き方の変化がありましたか。(1つに○)

- | | | |
|-----------------|-----------------|--------------|
| 1. 働き方に变化なし | 2. 同じ勤務先で働き方を変更 | 3. 勤務先を辞めて転職 |
| 4. 勤務先を辞めて介護に専念 | 5. その他(具体的に:) | |

問 43 今後、コロナ禍の中で利用したいサービスがありますか。

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

■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、市へのご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

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

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、3月29日(水)までに返送してください。
なお、封筒への氏名の記入は不要です。