

設問	選択肢	備考	備考
◎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: )	—	
F1 あなたの性別※をお答えください。(1つに○)	1. 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	—	
F2 あなたの年齢をお答えください。(1つに○) ※令和4年10月1日現在の年齢でお答えください。	1. 65～69歳□ 4. 80～84歳 <input type="checkbox"/> 95歳以上 2. 70～74歳□ 5. 85～89歳□ 3. 75～79歳□ 6. 90～94歳□	—	
F3 あなたは、現在どなたと一緒に住んでいますか。なお、施設等に入所(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。(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. 子のみと同居(配偶者及び子のみと同居している場合を含む) 5. 配偶者及び子以外の親族と同居(配偶者や子と同居している場合を含む) 6. その他(具体的に: )	—	
F4 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 <input type="checkbox"/> 栄町 <input type="checkbox"/> 東芝町 <input type="checkbox"/> 分梅町 <input type="checkbox"/> 33. 武蔵台 2. 押立町□ 0. 清水が丘□ 18. 西原町□ 26. 本宿町□ 34. 紅葉丘 3. 片町□ 11. 白糸台□ 19. 西府町□ 27. 本町□ 35. 矢崎町 4. 北山町□ 2. 新町□ 20. 日鋼町□ 28. 緑町□ 36. 四谷 5. 寿町□ 13. 住吉町□ 21. 日新町□ 29. 南町□ 37. 若松町 6. 小柳町□ 4. 浅間町□ 22. 八幡町□ 30. 宮西町□ 7. 是政□ 15. 多磨町□ 23. 晴見町□ 31. 宮町□ 8. 幸町□ 16. 天神町 <input type="checkbox"/> 府中町□ 32. 美好町□ ※50音順	—	
(2)丁目(1つに○) ※「東芝町」「日鋼町」を除きます。	1. 一丁目 <input type="checkbox"/> 二丁目 <input type="checkbox"/> 三丁目 <input type="checkbox"/> 四丁目 <input type="checkbox"/> 五丁目 <input type="checkbox"/> 六丁目	—	
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. グループホーム 8. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設 9. 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。	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. 引越しが先がない(高齢のため拒否されるなど) 10. その他(具体的に: ) 11. 特にない	—	
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 <input type="checkbox"/> 外傷(転倒・骨折等) 2. 高血圧□ <input type="checkbox"/> がん(悪性新生物) 3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気 4. 心臓病□ <input type="checkbox"/> うつ病 5. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症(アルツハイマー病等) 6. 高脂血症(脂質異常)□ <input type="checkbox"/> パーキンソン病 7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) <input type="checkbox"/> 目の病気 8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気□ <input type="checkbox"/> 耳の病気 9. 腎臓・前立腺の病気 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) 10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)□	—	
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○)	①かかりつけ医 ②かかりつけ歯科医 ③かかりつけ薬局 1. いる□ 2. いない□ 3. 分からない	—	
問4 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(鼻経管栄養、胃ろう)□ 2. ぼうこう留置カテーテル□ 3. 酸素療法 4. 人工透析□ 5. インスリン注射□ 6. 気管切開の処置 7. IVH(中心静脈栄養法) 8. 人工肛門の処置 9. じょくそうの処置 10. レスピレーター(人工呼吸器) 11. その他(具体的に: ) 12. 特にない	—	
問5 現在、訪問診療を利用していますか。(1つに○)	1. 利用している□ 2. 利用していない	—	
問6 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに○) ※令和元年10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7 最初に要介護認定を受けた時期はいつ頃ですか。(1つに○)	1. 半年以内 2. 半年から1年前 3. 2～3年前□ 4. 4～5年前 5. 6年以上前	—	
問8 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9 令和元年9月の1か月の間に、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用しましたか。(1つに○)	1. 利用した□ 2. 利用していない	—	

設問	選択肢	備考
<p>「医療についておたずねします」</p> <p>問9で「2. 利用していない」と回答した方におたずねします                  問9-1 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>現状では、サービスを利用するほどの状態ではない</li> <li>本人にサービス利用の希望がない</li> <li>家族が介護をするため必要ない</li> <li>以前、利用していたサービスに不満があった</li> <li>利用料を支払うのが難しい</li> <li>利用したいサービスが利用できない、身近にない</li> <li>住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため</li> <li>サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない</li> <li>その他(具体的に: )</li> </ol>	—
<p>問9で「1. 利用した」と回答した方におたずねします                  問9-2 介護保険サービスについて、令和元年9月の1か月間で下記のサービスを利用しましたか。(※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。)                  (1)施設・居住系サービス(1つに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</li> <li>介護老人保健施設(老人保健施設)</li> <li>介護医療院(介護療養型医療施設)</li> <li>特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)</li> <li>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>いずれも利用していない</li> </ol>	—
<p>(2)自宅で生活をしながら利用するサービス(いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>訪問介護(ホームヘルプサービス)□</li> <li>訪問看護</li> <li>訪問リハビリテーション</li> <li>訪問入浴介護 □</li> <li>居宅管理療養指導 □</li> <li>通所介護(デイサービス) □</li> <li>通所リハビリテーション(デイケア)□</li> <li>短期入所(ショートステイ)</li> <li>夜間対応型訪問介護</li> <li>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>小規模多機能型居宅介護</li> <li>地域密着型通所介護</li> <li>認知症対応型通所介護</li> <li>いずれも利用していない</li> </ol> <p><b>看護小規模多機能型居宅介護</b></p>	選択肢の追加
<p>問9で「1. 利用した」と回答した方におたずねします                  問9-3 利用中のサービスの「総合的な満足度」についてお答えください。                  (1)総合的な満足度(1つに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>満足</li> <li>やや満足</li> <li>ふつう□</li> <li>やや不満</li> <li>不満</li> </ol>	— 市:必須項目
<p>(2)「総合的な満足度」について、○をつけた基準についてお答えください。                  (いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>自立支援に向けたサービスが受けられること</li> <li>自分の希望するサービス(量・時間)が受けられること</li> <li>質の高いサービスが受けられること</li> <li>サービスの利用料が安いこと</li> <li>自分と気が合う担当者からサービスを受けられること</li> <li>プライバシーの配慮があること</li> <li>緊急時に対応してくれること</li> <li>その他(具体的に: )</li> <li>特に理由はない</li> </ol>	—
<p>問10 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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>自宅で家族を中心に介護を受けたい</li> <li>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介護を受けたい</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>特別養護老人ホームなどの介護施設で介護を受けたい</li> <li>医療機関に入院して介護を受けたい</li> <li>その他(具体的に: )</li> <li>分からない</li> </ol>	—
<p>問11 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○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>入所・入居を検討していない</li> <li>入所・入居を検討している</li> <li>すでに入所・入居申し込みをしている</li> </ol>	—
<p>問11で「2」又は「3」と回答した方におたずねします                  問11-1 申し込みをしている又は検討している理由は何ですか。(いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>在宅介護サービスのみでは介護の負担が重く、不十分だから</li> <li>家族の仕事等で、在宅で介護を十分受けられないから</li> <li>家族が精神的・肉体的に疲れているため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>自己負担の費用が少なくてすむから</li> <li>その他(具体的に: )</li> </ol>	—
<p>問11で「3」と回答した方におたずねします                  問11-2 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○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</li> <li>介護老人保健施設(老人保健施設)</li> <li>介護医療院(介護療養型医療施設)</li> <li>特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)</li> <li>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> </ol>	新設
<p>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</p> <p>問12 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○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>満足している</li> <li>やや満足している□</li> <li>ふつう</li> <li>やや不満である</li> <li>不満である□</li> </ol>	—
<p>問12で「4」又は「5」と答えた方におたずねします                  問12-1 不満の内容は次のどれですか。(いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>サービスの種類が希望より少ない</li> <li>サービスの種類が希望より多すぎる</li> <li>サービスの回数が希望より少ない</li> <li>サービスの回数が希望より多すぎる</li> <li>サービスの時間帯が希望通りでない</li> <li>サービスに制限が多い</li> <li>利用しても身体機能などが改善しない</li> <li>その他(具体的に: )</li> </ol>	—
<p>問13 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○)</p> <p>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                  ②サービス提供事業者の情報を提供してくれる                  ③サービス提供事業者との連絡や調整してくれる                  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                  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                  ⑥サービス内容の見直しについて提案してくれる                  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                  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</p> <p>そう思う□                  どちらともいえない□                  そう思わない</p>	—	
<p>高齢者の権利擁護についておたずねします</p> <p>問14 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、あなたが知っているものはありますか。(いくつかでも○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>成年後見制度※1</li> <li>地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)※2</li> <li>高齢者見守りネットワーク</li> <li>市の高齢者支援課</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>権利擁護センターふちゅう※3</li> <li>地域福祉コーディネーター</li> <li>消費生活センター</li> <li>担当のケアマネジャー(介護支援専門員)</li> <li>その他(具体的に: )</li> <li>知っているものはない</li> </ol>	—

設問	選択肢		備考
【高齢者保健福祉サービスについておたずねします】	問15 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。あなたは、以下のサービスを利用したいと思いませんか。(いくつでも○)	1. 高齢者医療ショートステイ 2. 日常生活用具の貸与や給付 3. はいかい高齢者探索サービス 4. 日常生活用品(おむつ)の助成 5. 車いす福祉タクシー 6. 寝具乾燥サービス 7. 理容師・美容師の派遣 8. 特に利用したいサービスはない	—
	問16 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. 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17 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18 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重要だと考えますか。(3つまでに○)	1. 認知症についての啓発活動の充実 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認知症サポーターの養成など、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する「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19 あなたは、現在の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、あなたはどれくらいになると思えますか。最も近いものをお選びください。(1つに○)	0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点	—
	問20 あなたは、近隣に住む人と、どの程度おつきあっていますか。(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. あいさつや会話はしないが、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21 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. 安否確認など□ 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22 生きがいはありますか。(1つに○)	1. 生きがいあり→(具体的に: ) 2. 思いつかない	—
	問23 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	—
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。(あてはまるものすべてに○)	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	新設	
【災害等の対応についておたずねします】	問24 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。	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25 災害に備えて、又は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えますか。(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. 災害発生時の安否確認 6. 災害発生時の初期消火や救出・救助 7. 災害発生時の避難所への避難誘導 8. その他(具体的に: ) 9. 特に必要なことはない	—

設問		選択肢	備考	
【在宅療養についておたずねします】	問26 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 <input type="checkbox"/> 2. そう思わない <input type="checkbox"/> 3. 分からない <input type="checkbox"/>	—	
	《問26で「1. そう思う」とお答えの方におたずねします》 問26-1 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 <input type="checkbox"/> 2. 難しいと思う <input type="checkbox"/> 3. 分からない <input type="checkbox"/>	—	
	《問26で「2. そう思わない」又は 問26-1で「2. 難しいと思う」とお答えの方におたずねします》 問26-2 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	—	
	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。 ※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( )	新設	
	問27 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。]	自由記述	—	
【全な介護者の状況や意向についておたずねします】	問28 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 <input type="checkbox"/> 6. 親 7. 孫 8. その他の親族 9. その他(具体的に: )	—	
	問29 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 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 <input type="checkbox"/> 5. 60～64歳 6. 65～69歳 7. 70～74歳 8. 75～79歳 <input type="checkbox"/> 9. 80～84歳 10. 85～89歳 11. 90～94歳 12. 95歳以上	—	
	問30 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 <input type="checkbox"/> 2. 同じ住宅ではないが同じ敷地 <input type="checkbox"/> 3. 同じ町内 <input type="checkbox"/> 4. 府中市内 5. 東京都内 6. 東京都外(具体的に: )	—	
	問31 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 <input type="checkbox"/> 2. 1年以上3年未満 3. 3年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 4. 5年以上10年未満 <input type="checkbox"/> 5. 10年以上	—	
	問32 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 <input type="checkbox"/> 2. 1～4時間未満 <input type="checkbox"/> 3. 4～6時間未満 4. 6～10時間未満 5. 10時間以上 <input type="checkbox"/> 6. 1日中かかりきり <input type="checkbox"/> 7. 決まっていない	—	
	問33 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34 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 <input type="checkbox"/> 2. 精神的に疲れ、ストレスがたまる <input type="checkbox"/> 3. 肉体的に疲れる <input type="checkbox"/> 4. 自分の自由な時間がない <input type="checkbox"/> 5. 家族や自分の仕事に影響がある <input type="checkbox"/> 6. 自分以外に介護をする人がいない <input type="checkbox"/> 7. 介護がいつまで続くのか分からない <input type="checkbox"/> 8. 家族や親族の協力が得られない <input type="checkbox"/> 9. 経済的な負担がかさむ 10. 介護の方法が分からない 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. その他(具体的に: ) 18. 特にない <input type="checkbox"/>	—	
	問35 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	—	

設問		選択肢	備考	
【主な介護者の状況や意向についておたずねします】	問36 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: )	—	
	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。	(サービスの利用状況) 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 (身体の状況) 1. 変化なし 2. 良くなった 3. 悪化した	新設	
	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. 働き方に変化なし 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の専念 5. その他	新設	
	今後、コロナ禍の中で利用したいサービスがありますか。	自由記述	新設	
【自由記述】	問37 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・ご要望等ございましたらご自由にお書きください。	—	—	