

府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第8期） 策定のための調査

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聞きし、令和2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8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、令和元年9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3,200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。

令和元年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うえ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、具体的に記入する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、
10月28日（月）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。

■問合せ先

府中市福祉保健部高齢者支援課地域包括ケア推進係
☎ 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 | 3. あて名ご本人の意向 |
| 2. 転居している | 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 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 2. 配偶者(夫又は妻) | 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: _____) |

【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 |
|-------|-------|

※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。

F 2 あなたの年齢をお答えください。(1つに○)

※令和元年10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 あなたは、現在どなたと一緒に住まいですか。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	9. 栄町	17. 東芝町	25. 分梅町	33. 武蔵台
2. 押立町	10. 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	12. 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	14. 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	24. 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	2. 二丁目	3. 三丁目	4. 四丁目	5. 五丁目	6. 六丁目
--------	--------	--------	--------	--------	--------

【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. 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。

(いくつでも○)

1. 住まいの段差や階段などの物理的な障壁	7. 住まいの利用にかかる費用(家賃など)
2. 買い物をする場所が近くにない	8. 立ち退きを求められている
3. 家の周りに階段や坂が多い	9. 引越し先がない(高齢のため拒否されるなど)
4. 家の周りの道に歩道がない、狭い	10. その他
5. 鉄道やバスの利用が不便	(具体的に: _____)
6. 家族が近くにいない	11. 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	11. 外傷(転倒・骨折等)
2. 高血圧	12. がん(悪性新生物)
3. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	13. 血液・免疫の病気
4. 心臓病	14. うつ病
5. 糖尿病	15. 認知症(アルツハイマー病等)
6. 高脂血症(脂質異常)	16. パーキンソン病
7. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	17. 目の病気
8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	18. 耳の病気
9. 腎臓・前立腺の病気	19. その他
10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	(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○)

①かかりつけ医	1. いる	2. いない	3. 分からない
②かかりつけ歯科医	1. いる	2. いない	3. 分からない
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

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
-----------	------------

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

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	3. 要介護1	6. 要介護4
2. 要支援2	4. 要介護2	7. 要介護5
	5. 要介護3	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	4. 4～5年前
2. 半年から1年前	5. 6年以上前
3. 2～3年前	

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	5. 介護サービスを利用している友人
2. 民生委員	6. 息子や娘など親族
3. かかりつけの医師	7. 自分で調べた
4. 入院したとき医師や看護師等から	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
---------	------------

«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。(いくつでも○)

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他(具体的に:)

「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○）

- | |
|--------------------------|
| 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 |
| 7. いずれも利用していない |

(2) 自宅で生活をしながら利用するサービス（いくつでも○）

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

「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○）

- | | |
|---------|---------|
| 1. 満足 | 4. やや不満 |
| 2. やや満足 | 5. 不満 |
| 3. ふつう | |

(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:) |
| 9. 特に理由はない |

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○)

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で介護を受けたい
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 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○)

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 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。(いくつでも○)

1. 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
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すむから
7. その他(具体的に: _____)

【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 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○）

1. 満足している	} (→問 13 へ進む)	4. やや不満である
2. やや満足している		5. 不満である
3. ふつう		

《問 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 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○)

	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

【高齢者の権利擁護についておたずねします】

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。(いくつでも○)

制度	1. 成年後見制度※ ¹ 2. 地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)※ ² 3. 高齢者見守りネットワーク
相談窓口	4. 市の高齢者支援課 5. 地域包括支援センター 6. 権利擁護センターふちゅう※ ³ 7. 地域福祉コーディネーター 8. 消費生活センター 9. 担当のケアマネジャー(介護支援専門員)
	10. その他(具体的に:) 11. 知っているものはない

※1: 認知症、知的障害、精神疾患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: 認知症、知的障害、精神疾患などによって必要な福祉サービスを自分で選択し、適切に利用することが難しい方をサポートする事業です。

※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。

【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すか。(いくつでも○)

サービス名	サービスの内容
1. 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。
2. 日常生活用具の貸与や給付	一時的に生活機能が低下している方に用具などを貸与又は給付する。
3. はいかい高齢者探索サービス	介護者にGPS機器を貸与し、認知症の方の行方不明時にインターネットや電話で居場所を特定する。
4. 日常生活用品(おむつ)の助成	おむつが必要な方が紙おむつを自宅で受け取れる。
5. 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。
6. 寝具乾燥サービス	月1回、寝具を自宅まで受取りに行き、その日のうちに乾燥して返す。
7. 理容師・美容師の派遣	自宅に理容師、美容師が訪問して調髪を行う。
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
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ことができる「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、家庭的な雰囲気の施設の整備
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 20 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. あいさつや会話は無いが、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 | 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. ごみ出しなどの家庭支援 |
| 4. 炊事、洗濯、掃除などの家事 | 10. 電球交換などの簡単な作業 |
| 5. ちょっとした買い物 | 11. 特にない |
| 6. 介護が必要な家族などの預かり | |

問 22 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 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

【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。
(いくつでも○)

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

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

【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 | 2. そう思わない | 3. 分からない |
|---------|-----------|----------|

《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 | 2. 難しいと思う | 3. 分からない |
|-----------|-----------|----------|

《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 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。

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

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	5. 60～64歳	9. 80～84歳
2. 30歳代	6. 65～69歳	10. 85～89歳
3. 40歳代	7. 70～74歳	11. 90～94歳
4. 50歳代	8. 75～79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	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 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	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 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	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 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 | 10. 介護の方法が分からない |
| 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分からない | 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 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

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:
) |

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・ご要望等がござい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、**10月28日(月)まで**にお近くのポストに投函してください。