

資料編

1 高齢者生活実態調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）調査票

高 齢 者

福生市高齢者生活実態調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）
ご協力について（お願い）

市民の皆さまには、日ごろより市政にご理解・ご協力をいただきありがとうございます。

この調査は、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きし、令和2年度に予定している「福生市介護保険事業計画（第8期）を策定するにあたり、基礎資料として活用するために実施するものです。

なお、調査は無記名であり、結果は統計的に処理しますので、回答者の方にご迷惑をおかけすることはありません。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけいたしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和元年 11 月

福生市長 加 藤 育 男

1 この調査の対象者

- (1) [要支援・要介護の認定を受けていない]65歳以上の市民の中から無作為に抽出した方（1,200名）
- (2) 「要支援1」または「要支援2」の認定を受けた方（約500名）

2 回答方法等

- (1) 調査票（質問等）中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。回答は、あて名のご本人についてお答えください。
- (2) 回答は、あてはまる番号に○印を付けてください。質問文の後に特に「○はいくつでも」等の記載が無い場合は、あてはまるもの1つをお選びください。質問によっては、回答欄に記入していただくものもあります。
- (3) 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- (4) 調査票への記入にあたっては、令和元年10月1日時点での状況を基準にしてください。
- (5) 同封の返信用封筒で、**令和元年12月13日（金）まで**にご返送ください（切手不要）。

3 プライバシーの保護について

本調査の形式は無記名式であり、個人が特定されることはありません。

4 本調査へのご協力について

回答にあたって、お答えになりたくない項目については、無理にお答えいただく必要はありません。また、そのことによって回答者が不利益を受けるようなことは一切ありません。

なお、集計結果につきましては、市役所、図書館、市ホームページ等でご覧いただけます。

5 問合せ先

調査票の内容に関すること → 介護福祉課 地域包括支援センター係（電話 042-551-1537）
 高齢福祉に関すること → 介護福祉課 高齢福祉係（電話 042-551-1751）
 介護保険に関すること → 介護福祉課 介護保険係（電話 042-551-1764）
 調査に関すること → 社会福祉課 福祉総務係（電話 042-551-1522）

表紙裏面 白紙

○この調査は、令和元年10月1日現在でお答えください。

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 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・娘との2世帯 |
| 5. その他(具体的に:) | |

【(1)において「2.」～「4.」の方のみ】

①日中、一人になることがありますか。

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. 介護・介助は必要ない | 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない |
| 3. 現在、何らかの介護を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む) | |

【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。[○はいくつでも]

- | | | |
|--------------------|-----------------|--------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 2. 心疾患(心臓病) | 3. 悪性新生物(がん) |
| 4. 呼吸器の病気(肺炎腫・肺炎等) | 5. 関節の病気(リウマチ等) | |
| 6. 認知症(アルツハイマー病等) | 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患(透析) | 10. 視覚・聴覚障害 | 11. 骨折・転倒 |
| 12. 脊椎損傷 | 13. 高齢による衰弱 | 14. その他() |
| 15. 不明 | | |

【(2)において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

②主にどなたの介護、介助を受けていますか。[○はいくつでも]

- | | | |
|----------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他() | |

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持ち家(一戸建て) | 2. 持ち家(集合住宅) |
| 3. 公営賃貸住宅 | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) | 6. 借家 |
| 7. その他(具体的に:) | |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(2) 椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか。

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか。

1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出していますか。

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2～4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。

1. とても減っている 2. 減っている
3. あまり減っていない 4. 減っていない

(8) 外出を控えていますか。

1. はい 2. いいえ

【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

①外出を控えている理由は、次のどれですか。【〇はいくつでも】

1. 病気 2. 障害(脳卒中の後遺症など)
3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配(失禁など)
5. 耳の障害(聞こえの問題など) 6. 目の障害
7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない 10. その他(具体的に:)

(9) 外出する際の移動手段は何ですか。〔〇はいくつでも〕

- | | | |
|----------------|----------------------|--------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. バイク |
| 4. 自動車（自分で運転） | 5. 自動車（人に乗せてもらう） | 6. 電車 |
| 7. 路線バス | 8. 病院や施設のバス | 9. 車いす |
| 10. 電動車いす（カート） | 11. 歩行器・シルバーカー | |
| 12. タクシー | 13. その他（具体的に：〔例〕福祉バス | ） |

問3 食べることについて**(1) 身長・体重**身長 cm体重 kg**(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。**

1. はい 2. いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか。

1. はい 2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか。

1. はい 2. いいえ

(5) 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか。

1. はい 2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。

※成人の歯の総本数は、「親知らず」を含めて32本です。

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
-
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

① 噛み合わせは良いですか。

1. はい 2. いいえ

② 【(6)で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】 毎日入れ歯の手入れをしていますか。

1. はい 2. いいえ

(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。

1. はい 2. いいえ

(8) どなたかと食事をとにもする機会がありますか。

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある 5. ほとんどない

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか。

1. はい 2. いいえ

(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。

1. はい 2. いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか。

1. はい 2. いいえ

(4) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(5) 自分で食品・日用品の買い物をしていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(6) 自分で食事の用意をしていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(7) 自分で請求書の支払いをしていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか。

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(9) 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか。

1. はい 2. いいえ

(10) 新聞を読んでいますか。

1. はい 2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか。

1. はい 2. いいえ

(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか。

1. はい 2. いいえ

(13) 友人の家を訪ねていますか。

1. はい 2. いいえ

(14) 家族や友人の相談にのっていますか。

1. はい 2. いいえ

(15) 病人を見舞うことができますか。

1. はい 2. いいえ

(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか。

1. はい 2. いいえ

(17) 趣味はありますか。

1. 趣味あり → ()
2. 思いつかない

(18) 生きがいがありますか。

1. 生きがいあり → ()
2. 思いつかない

問5 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。
※① - ⑧それぞれに回答してください。

| | 週4回以上 | 週2~3回 | 週1回 | 月1~3回 | 年に数回 | 参加していない |
|-----------------------|-------|-------|-----|-------|------|---------|
| ① ボランティアのグループ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ② スポーツ関係のグループ やクラブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ③ 趣味関係のグループ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ④ 学習・教養サークル | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑤ 介護予防教室 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑥ 老人クラブ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑦ 町内会・自治会 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ⑧ 収入のある仕事 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。

1. ぜひ参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。

1. ぜひ参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

問6 助け合いについて

～あなたとまわりの人の「助け合い」についておうかがいします

(1) あなたの心配事や愚痴^{ぐち}を聞いてくれる人は。【Oはいくつでも】

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴^{ぐち}を聞いてあげる人は。【Oはいくつでも】

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人は。【Oはいくつでも】

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(4) 反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人は。【Oはいくつでも】

1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人
7. その他（ ） 8. そのような人はいない

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください。

[〇はいくつでも]

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 地域包括支援センター・役所 | 6. その他（具体的に： _____ ） |
| 7. そのような人はいない | |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

- | | | |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. 週4回以上ある | 2. 週に2～3回ある | 3. 週に1回ある |
| 4. 月に1～3回ある | 5. 年に数回 | 6. ほとんどない |

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。

※同じ人には、何度会っても「1人」と数えることとします。

- | | | |
|------------|----------|---------|
| 1. 0人（いない） | 2. 1～2人 | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人 | 5. 10人以上 | |

(8) よく会う友人・知人は、どんな関係の人ですか。[〇はいくつでも]

- | | | |
|-------------------|---------------|------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ | 3. 学生時代の友人 |
| 4. 仕事での同僚・元同僚 | 5. 趣味や関心が同じ友人 | |
| 6. ボランティア等の活動での友人 | | |
| 7. その他（ _____ ） | | |
| 8. いない | | |

問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか。

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか。

※「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として考えた場合の点数（整数）を〇印で囲んでください。

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

| | | |
|--|---|---|
| (3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。 | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| (4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。 | | |
| 1. はい | 2. いいえ | |
| (5) お酒は飲みますか。 | | |
| 1. ほぼ毎日飲む | 2. 時々飲む | 3. ほとんど飲まない |
| 4. もともと飲まない | | |
| (6) タバコは吸っていますか。 | | |
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている | 3. 吸っていたがやめた |
| 4. もともと吸っていない | | |
| (7) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。【〇はいくつでも】 | | |
| 1. ない | 2. 高血圧 | 3. <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中 (<small>のうしゅつけつ</small> 脳出血・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞等) |
| 4. 心疾患 (心臓病) | 5. <small>とうじょうびょう</small> 糖尿病 | 6. <small>こうしけつしよ</small> 高脂血症 (<small>しじつじょう</small> 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. <small>じんぞう</small> 腎臓・ <small>ぜんりつせん</small> 前立腺の病気 | 10. <small>きんこつかく</small> 筋骨格の病気 (<small>じつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>しよ</small> 関節症等) | |
| 11. <small>がいしよ</small> 外傷 (転倒・ <small>こっせつ</small> 骨折等) | 12. 悪性新生物 (がん) | 13. 血液・ <small>めんえき</small> 免疫の病気 |
| 14. うつ病 | 15. <small>にんちしよ</small> 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 () |
| (8) あなたは、お住まいの地域の人から何か役割を期待されたり頼りにされたりしていると思いますか (自分なりにできること。会・グループでの役や近所のちょっとしたお手伝いやお願い事など)。 | | |
| 1. とてもそう思う | 2. そう思う | 3. ややそう思う |
| 4. あまりそう思わない | | 5. まったくそう思わない |

◎高齢者福祉や介護保険について、福生市へのご意見・ご要望や知りたい情報等がありましたら、ご自由にお書きください。

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

質問は以上で終了です

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

誠に恐縮ですが、この調査票は **12月13日（金）**までに同封の返信用封筒（切手不要）でご返送くださいますようお願いいたします。

また、ご相談・ご質問などがありましたら、気軽にご相談ください。

2 高齢者生活実態調査（在宅介護実態調査）調査票

高 齢 者

福生市高齢者生活実態調査（在宅介護実態調査）
ご協力について（お願い）

市民の皆さまには、日ごろより市政にご理解・ご協力をいただきありがとうございます。
この調査は、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、令和2年度に予定している「福生市介護保険事業計画（第8期）」を策定するにあたり、基礎資料として活用するために実施するものです。

なお、調査は無記名であり、結果は統計的に処理しますので、回答者の方にご迷惑をおかけすることはありません。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけいたしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和元年 11 月

福生市長 加藤 育 男

1 この調査の対象者

「要介護（1～5）」の認定を受けた在宅の方（約 1,000 名）

2 回答方法等

- (1) 調査票（質問等）中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。回答は、あて名のご本人についてお答えください。
- (2) 回答は、あてはまる番号に○印を付けてください。質問によっては、回答欄に記入していただくものもあります。
- (3) 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- (4) 調査票への記入にあたっては、令和元年10月1日時点での状況を基準にしてください。
- (5) 同封の返信用封筒で、**令和元年12月13日（金）まで**にご返送ください（切手不要）。

3 プライバシーの保護について

本調査の形式は無記名式ですが、現状をより把握するため、調査結果に認定情報を加えて分析いたします。認定情報は統計的に利用しますので、個人が特定されることはなく、本調査以外の目的では使用いたしませんので、回答者の方にご迷惑をおかけすることはありません。

4 本調査へのご協力について

回答にあたって、お答えになりたくない項目については、無理にお答えいただく必要はありません。また、そのことによって回答者が不利益を受けるようなことは一切ありません。

なお、集計結果につきましては、市役所、図書館、市ホームページ等でご覧いただけます。

5 問合せ先

介護保険や調査票の内容に関すること → 介護福祉課 介護保険係（電話 042-551-1764）

調査に関すること → 社会福祉課 福祉総務係（電話 042-551-1522）

表紙裏面 白紙

○この調査は、**令和元年10月1日現在**でお答えください。

この調査票はどなたがご記入されましたか

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. ご本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. ご本人のケアマネジャー |
| 5. その他（認定調査員など） | |

A票 「ご本人」について、おうかがいします。

問1 あなたの世帯類型は、次のうちどれですか。[1つに○]

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問2 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか。（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）[1つに○]

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------|
| 1. ない ⇒ 問8へ | 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | |
| 3. 週に1～2日ある | 4. 週に3～4日ある | 5. ほぼ毎日ある |

問3 主な介護者の方は、どなたですか。[1つに○]

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問4 主な介護者の方の性別について、お答えください。[1つに○]

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

問5 主な介護者の方の年齢について、お答えください。[1つに○]

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20歳代 | 3. 30歳代 |
| 4. 40歳代 | 5. 50歳代 | 6. 60歳代 |
| 7. 70歳代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等は、次のどれですか。[あてはまるものすべてに○]

【身体介護】

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 1. 日中の排せつ | 2. 夜間の排せつ |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症 ^{じんちしやうじやう} 状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | |

【生活援助】

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【その他】

- | | |
|---------|-----------|
| 15. その他 | 16. わからない |
|---------|-----------|

問7 ご家族やご親族の中で、あなたの介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか。[あてはまるものすべてに○]

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた場合も含みます。また、現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません。

- | |
|--------------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職は除く） |
| 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職は除く） |
| 3. 主な介護者が転職した |
| 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない |
| 6. わからない |

問8 現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスはありますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 利用していない | |

問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスはありますか。[あてはまるものすべてに○]

※現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービス（介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含む）を含みます。

- | | | |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他 | 11. 特にない | |

問10 施設等への入所・入居の、現時点での検討状況についてお答えください。[1つに○]

※「施設等」とは、「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「介護療養型医療施設」「介護医療院」「特定施設（有料老人ホーム等）」「グループホーム」「地域密着型特定施設」「地域密着型特別養護老人ホーム」を指します。

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------------|
| 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 あなたは、現在抱えている傷病はありますか。[あてはまるものすべてに○]

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患 (脳卒中[脳出血・脳梗塞等]) | 2. 心疾患(心臓病) |
| 3. 悪性新生物(がん) | 4. 呼吸器疾患(肺炎や気管支炎等) |
| 5. 腎疾患(透析) | 6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) |
| 7. 膠原病(関節リウマチを含む) | 8. 変形性関節疾患 |
| 9. 認知症(アルツハイマー病等) | 10. パーキンソン病 |
| 11. 難病(パーキンソン病を除く) | 12. 糖尿病 |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) | |
| 14. その他 | 15. ない |
| | 16. わからない |

問12 あなたは現在、訪問診療を利用していますか。[1つに○]

※「訪問歯科診療」や「居宅療養管理指導」は含みません。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問13 現在、「住宅改修」「福祉用具貸与・購入」以外の「介護保険サービス」を利用していますか。[1つに○]

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

※「2」と答えた方におたずねします。 ←---

問14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。[あてはまるものすべてに○]

- | |
|------------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない |
| 2. 自分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わからない |
| 9. その他 |

B票 「主な介護者の方」について、おうかがいします。

問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、お答えください。[1つに○]

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイムで働いている |
| 3. 働いていない | 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |



※「3」または「4」と答えた方は、問5へお進みください。

問2 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方について調整等をしていますか。[あてはまるものすべてに○]

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら働いている
3. 介護のために「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら働いている
4. 介護のために「在宅勤務」を利用しながら働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら働いている
6. 主な介護者に確認しないとわからない（※ご本人による記入の場合）

問3 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。「仕事と介護の両立」について、職場からどのような支援があれば両立に効果があると思いますか。[3つまでに○]

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務、テレワークなど）
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他
10. 特にない
11. 主な介護者に確認しないとわからない（※ご本人による記入の場合）

問4 問1で「1」または「2」と答えた方におたずねします。主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。[1つに○]

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| 1. 問題なく続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないとわからない。（※ご本人による記入の場合） | |

3 障害者生活実態調査 調査票

福生市障害者生活実態調査

市民の皆様には日頃より、市政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

この調査は、皆様のご意見やご要望を幅広くお聴きし、令和2年度に予定しております「福生市第6期障害福祉計画等」策定の基礎資料として活用するために実施するものです。

なお、調査は無記名であり、結果は統計的に処理しますので、回答者の方にご迷惑をおかけすることはありません。回答の際にはお手数をおかけしますが、調査の趣旨にご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

令和元年 11 月

福生市長 加藤 育男

1 対象者

在宅で生活する次に該当する市民の方

- (1) 身体障害者手帳所持者
- (2) 愛の手帳所持者
- (3) 精神障害者保健福祉手帳所持者
- (4) 特殊疾病患者福祉手当受給者

2 回答方法

- (1) 令和元年 10 月 1 日時点の状況で回答してください。
- (2) 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- (3) 回答は、あてはまる番号に○をつけてください。
- (4) 同封の返信用封筒で令和元年 12 月 13 日（金）までにご返送ください。

3 個人情報保護

本調査の回答は無記名のため、個人が特定されることはありませんので、個人情報は確実に守られます。

4 その他

集計結果は、市役所、図書館、ホームページでご覧いただけます。

問合せ先

福生市 福祉保健部

調査票の内容に関すること・・・障害福祉課 障害福祉係 ☎042-551-1742

調査に関すること・・・社会福祉課 福祉総務係 ☎042-551-1522

問1 この調査票はどなたが記入されますか。[1つに○]

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1. 本人 | 2. 家族 | 3. その他 () |
|-------|-------|------------|

1 あなた（あて名本人）のことをおたずねします

問2 年齢は次のうちどれですか。[1つに○]

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 5歳以下 | 2. 6～18歳 | 3. 19～39歳 |
| 4. 40～64歳 | 5. 65～69歳 | 6. 70歳以上 |

問3 同居されている方はどなたですか。[いくつでも○]

- | | | |
|---------------------------|----------|----------|
| 1. 父親 | 2. 母親 | 3. 配偶者 |
| 4. 子ども | 5. 兄弟姉妹 | 6. 祖父母 |
| 7. 親戚 <small>しんせき</small> | 8. 友人・知人 | 9. 一人暮らし |

問4 次の手帳又は医療券をお持ちですか。

(1) 身体障害者手帳[1つに○]

- | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|
| 1. もっている | 1. 1級 | 2. 2級 | 3. 3級 |
| 2. もっていない | 4. 4級 | 5. 5級 | 6. 6級 |

(2) 愛の手帳[1つに○]

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| 1. もっている | 1. 1度 | 2. 2度 |
| 2. もっていない | 3. 3度 | 4. 4度 |

(3) 精神障害者保健福祉手帳[1つに○]

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| 1. もっている | 1. 1級 | 2. 2級 |
| 2. もっていない | 3. 3級 | |

(4) 難病なんびょう及び人工透析とうせきにかかる医療券いりょうけんをお持ちですか。[1つに○]

- | | |
|----------|-----------|
| 1. もっている | 2. もっていない |
|----------|-----------|

問5 障害の種類又は病名についておたずねします。[いくつでも○]

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 肢体不自由 <small>したい</small> | 2. 視覚障害 <small>しかく</small> |
| 3. 聴覚障害 <small>ちやうかく</small> | 4. 音声・言語障害 |
| 5. 内部障害 | 6. 知的障害 |
| 7. 統合失調症 <small>どうごうしつちやうしやう</small> | 8. うつ病 |
| 9. そううつ病 | 10. 神経症 |
| 11. てんかん | 12. 心因反応 <small>しんいん</small> |
| 13. 睡眠障害 <small>すいみん</small> | 14. 発達障害 |
| 15. 高次脳機能障害 <small>こうじのうきのう</small> | 16. 難病 <small>なんびやう</small> （疾病名：) |

2 日常生活についておたずねします**問6 主な支援者は誰ですか。[1つに○]**

- | | | |
|-------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1. 親 | 2. 配偶者 | 3. 子ども |
| 4. 兄弟姉妹 | 5. 祖父母 | 6. 親戚 <small>しんせき</small> |
| 7. 友人・知人 | 8. 相談支援機関 <small>さうだん</small> | 9. ヘルパー |
| 10. 支援者はいない | 11. 支援の必要はない | 12. その他 () |

問7 支援者がいる場合、主な支援者の年齢はどれですか。[1つに○]

- | | | |
|----------|---------|----------|
| 1. 40歳未満 | 2. 40歳代 | 3. 50歳代 |
| 4. 60歳代 | 5. 70歳代 | 6. 80歳以上 |

問8 外出する際の最も多い手段は何ですか。[1つに○]

- | | | |
|---------|------------|--------------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. 車いす（電動含む） |
| 4. 自家用車 | 5. タクシー | 6. 電車、バス |
| 7. 福祉バス | 8. ほぼ外出しない | |

問9 外出するときの主な支援者は誰ですか。[1つに○]

- | | | |
|-------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1. 親 | 2. 配偶者 | 3. 子ども |
| 4. 兄弟姉妹 | 5. 祖父母 | 6. 親戚 <small>しんせき</small> |
| 7. 友人・知人 | 8. 相談支援機関 <small>さうだん</small> | 9. ヘルパー |
| 10. 支援者はいない | 11. 支援の必要はない | 12. その他 () |

3 就労^{しゅうろう}についておたずねします

問10 現在の就労^{しゅうろう}状況について教えてください。[1つに○]

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 今後も現在の仕事を続けたい | 2. 現在働いていないが、今後働きたい |
| 3. 現在働いているが、やめたい | 4. 今後も働く予定はない |
| 5. 働けない状況にある | |

問11 働く場や活動の場を充実させるため、必要と思うものは何ですか。[3つ以内に○]

- | |
|-------------------------------|
| 1. 自分に合う仕事の紹介や相談をしてくれるところ |
| 2. 社会的自立や訓練を行う施設 |
| 3. 日常生活の支援、日常的な相談や地域交流活動を行う施設 |
| 4. 自主的な当事者同士の集まり |
| 5. 特に必要なものはない |

4 日頃の活動^{かどう}についておたずねします

問12 楽しみや生きがいは何ですか。[いくつでも○]

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| 1. 趣味・娯楽 ^{しゅみ ごらく} | 2. 旅行 |
| 3. 学校・学習活動 | 4. スポーツ |
| 5. ボランティア活動 | 6. 仕事 |
| 7. 結婚生活・家族の団らん | 8. 子育て |
| 9. 異性 ^{いせい} 等との交際 | 10. 地域のつきあい |
| 11. 友人とのつきあい | 12. 障害者同士の交流 |
| 13. 一人暮らし | 14. 特にない |

問13 今後やってみたいことはどんなことですか。[いくつでも○]

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. 趣味・娯楽 ^{しゅみ ごらく} | 2. 旅行 |
| 3. 就学 ^{しゅうがく} ・学習活動 | 4. スポーツ |
| 5. ボランティア活動 | 6. 仕事 |
| 7. 結婚生活・家族の団らん | 8. 子育て |
| 9. 異性 ^{いせい} 等との交際 | 10. 地域のつきあい |
| 11. 友人とのつきあい | 12. 障害者同士の交流 |
| 13. 一人暮らし | 14. 特にない |

問 14 日中は主にどこで過ごしていますか。[1つに○]

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. 幼稚園・保育園 | 2. 児童発達支援 |
| 3. 小・中学校・高校・職業訓練校 | 4. 特別支援学校 |
| 5. 専門学校・大学 | 6. 会社等 |
| 7. 通所施設(就労移行・継続支援事業所) | 8. 通所施設(その他) |
| 9. 病院のデイケア | 10. 自宅 |
| 11. その他() | |

問 15 問 14 で 3 又は 4 を選択した方は放課後や休日^{ほうかご}をどこで過ごしますか。[いくつでも○]

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-------------|
| 1. 放課後 ^{ほうかご} 等デイサービス | 2. 学童 ^{ほうかご} クラブ | 3. ふっさつ子の広場 |
| 4. 習い事 | 5. 祖父母宅 | 6. 自宅 |

5 福祉サービスについておたずねします

問 16 現在、利用しているサービス量は充分だと思いますか。[1つに○]

- | | |
|----------|------------|
| 1. 充分である | 2. 多い |
| 3. 少ない | 4. 利用していない |

問 17 今後、サービスをどのように利用したいですか。[1つに○]

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 自宅で在宅サービスを継続利用したい |
| 2. サービス量を増やしたい |
| 3. サービスの利用をやめたい |
| 4. 施設に入所したい |
| 5. グループホームに住みたい |
| 6. 家族との同居ができなくなったら、グループホームや施設に入所したい |

問 18 障害又は難病が原因で人権を損なう扱いを受けた経験がありますか。[いくつでも○]

1. 希望した学校に入学できなかった
2. 希望する仕事に就職できなかった
3. 職場での労働条件や給料が、周囲の人と比べて不当である
4. 障害を理由に退職を迫られた
5. 差別用語を使われた
6. 電車や施設の利用を断られた
7. 親族の冠婚葬祭への出席を断られた、開催を知らされなかった
8. 暴言・暴力による虐待を受けた
9. 性的な嫌がらせを受けた
10. 給料や年金が本人のために使われなかったり、知らない間に預金が引き出された
11. 賃貸物件への入居や移転の時、障害を理由に断られた
12. 食堂やホテルなどで利用を断られた
13. 受診や治療を断られた
14. 特にない

問 19 判断能力が十分でない方の権利を守る事業として、「地域福祉権利擁護事業」や「成年後見制度」がありますが、ご存知でしたか。[1つに○]

1. 名称も内容も知っている
2. 名称は聞いたことはあるが、内容はよく知らない
3. 名称も内容も知らない

問 20 あなたや支援者が、生活上の悩みや困ったことを相談するのはどこですか。[1つに○]

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 市役所 | 4. 障害者自立生活支援センター すてっぷ |
| 5. 職場の人 | 6. 民生委員 |
| 7. 医師・看護師 | 8. 計画相談事業所・ケアマネジャー |
| 9. ヘルパー | 10. 通所施設 |
| 11. インターネット | 12. 相談する人がいない |

問 21 市の行事、福祉、保健に関することは、主に何で知りましたか。[いくつでも○]

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 友人・知人 |
| 3. 市役所 | 4. 障害者自立生活支援センター すてっぷ |
| 5. 市の広報・ホームページ・情報メール | 6. 市の福祉サービスガイドブック |
| 7. 民生委員 | 8. 医師・看護師 |
| 9. 計画相談事業所・ケアマネジャー | 10. ヘルパー |
| 11. 通所施設 | 12. ボランティア |

問 22 今後、市に何を期待しますか。[5つ以内に○]

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 障害者差別解消・障害者理解の促進 | 2. 障害者に配慮したまちづくり |
| 3. 成年後見など権利擁護の充実 | 4. 災害時の対応に関する情報提供 |
| 5. 文化、スポーツ活動の充実 | 6. 移動手段の確保 |
| 7. 相談支援の充実 | 8. 就労支援の充実 |
| 9. 障害福祉サービスの充実 | 10. 地域定着支援の充実 |
| 11. 障害福祉サービスに関する情報提供 | 12. 障害福祉サービス提供事業者の育成 |
| 13. 特にない | |

6 災害時の対応についておたずねします

問 23 災害発生時、数日間医療機関や福祉サービス等を利用できないことが想定されますが、心身の健康面や生活面で困ることについて、どのようなことがありますか。[1つに○]

- | |
|---|
| 1. 人工透析を受けている |
| 2. ストマ用装具（人工肛門・人工膀胱）をつけている |
| 3. インシュリンの治療を受けている |
| 4. 在宅酸素や人工呼吸器をつけている |
| 5. 気管支炎、ぜんそくなどの持病があり、吸入の必要がある |
| 6. 心臓疾患のためにニログリセリンを常時携帯する必要がある |
| 7. 上記以外の理由で治療や投薬を受ける必要がある |
| 8. 普段の相談相手や話し相手と連絡ができなくなる |
| 9. 普段の自分の生活が変わってしまう |
| 10. 特にない |
| 11. その他（) |

問 24 災害発生時に自力で避難^{ひなん}することができると思いますか。[1つに○]

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. 避難 ^{ひなん} できる | 2. 支援がないと困難だと思う |
|--------------------------|-----------------|

問 25 災害発生に伴う避難^{ひなん}時に、身近に支援してくれる人は誰ですか。[1つに○]

- | | | |
|--------------------------|--------------|-----------------------|
| 1. 親 | 2. 配偶者 | 3. 子ども |
| 4. 兄弟姉妹 | 5. 祖父母 | 6. 親戚 ^{しんせき} |
| 7. 近隣 ^{きんりん} の方 | 8. 友人・知人 | 9. 事業所の職員 |
| 10. 支援者はいない | 11. 支援の必要はない | |

◎市の障害福祉施策について、ご意見やご要望がありましたら記入してください。

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

質問は以上で終了です。

たくさんのお返事いただき、ありがとうございました。

誠に恐縮ですが、この調査票は同封の返信用封筒で令和元年12月13日（金）までにご返送
くださいますようお願いいたします。

また、ご意見などがありましたら、気軽にご連絡ください。

福生市 高齢者・障害者生活実態調査
報告書

令和2年3月

発行 福生市福祉保健部社会福祉課
〒197-8501 東京都福生市本町5番地
電話番号：042-551-1511(代)