

## 在宅サービス利用者

## 小平市 介護保険サービス利用状況アンケート

— 調査へのご協力のお願い —

日頃から小平市政に、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、「小平市地域包括ケア推進計画（小平市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画）（令和6～8年度）」の基礎資料として、市民の皆様の生活状況や市の高齢者・介護施策に関するご意見などを把握するため、アンケート調査を実施いたします。

この調査の対象として、介護保険の在宅サービスを利用されている方の中から、1,800人を無作為に選ばせていただきました。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、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ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月

小平市長 小林 洋子

## ◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① この調査票は、封筒に名前が書いてあるご本人と、ご本人を介護しているご家族に回答をお願いするものです。
  - ・1ページから10ページの『問28まで』は、ご本人がお答えください。
  - ・10ページの『問29以降』は、ご家族がお答えください。
 ご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、ご本人の立場で、お答えください。なお、介護しているご家族がいない方は、ご本人が回答いただく項目のみお答えください。
- ② 回答はあてはまる選択肢の番号に○印をつけてお答えください。「その他」と回答された場合は、( ) 内にその内容をご記入ください。
- ③ アンケート調査票や返信用封筒には、住所・氏名を記入する必要はありません。また、返信用封筒の中には、アンケート調査票以外のものは入れないでください。
- ④ ご不明な点は問い合わせ先までお願いします。
- ⑤ ご記入いただいた調査票は、**12月20日（火）**までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です。）

## ＜お問い合わせ＞

小平市 高齢者支援課 計画担当

電話 042-346-9823 FAX 042-346-9498

E-mail koreishashien@city.kodaira.lg.jp

※ 転出・死亡等の理由で、封筒に名前が書いてあるご本人が既に小平市内にお住まいではない場合は、ご回答いただかなくても結構です。お手数ですが調査票はご処分ください。

問1 この調査票は、どなたが記入していますか。(1つに○)

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| 1. 封筒に名前が書いてあるご本人 | 2. ご家族の方   |
| 3. ホームヘルパー        | 4. ケアマネジャー |
| 5. その他 ( )        |            |

「あなた」とは、封筒に名前が書いてあるご本人のことをいいます。

## 1 ご本人について

問2 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

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

問3 あなたの令和4年11月1日現在の年齢をお答えください。

( ) 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をおたずねします。(1つに○)

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

問5 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(1つに○)

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 5万円未満        | 2. 5万円以上10万円未満  |
| 3. 10万円以上15万円未満 | 4. 15万円以上20万円未満 |
| 5. 20万円以上30万円未満 | 6. 30万円以上       |

## 2 住まいについて

問6 あなたのお住まいの種類をおたずねします。(1つに○)

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. 一戸建ての持家           | 2. 一戸建ての借家      |
| 3. 分譲マンション           | 4. 賃貸マンション・アパート |
| 5. 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 | 6. UR都市機構の住宅    |
| 7. その他 ( )           |                 |



【問10で「1」～「9」と回答した方におたずねします。】

問11 その医療的ケアを行っている人はどなたですか。(〇はいくつでも)

1. 介護を受けているご本人
2. 家族
3. 医師
4. 看護師
5. 実施するための条件を満たしたヘルパー※
6. その他 ( )

(※) <sup>かくたん</sup>喀痰吸引及び経管栄養の実施のために必要な知識、技能を習得した介護職員等について、一定の要件のもとに実施することができるとされています。

#### 4 ご家族や介護者について

問12 あなたが現在一緒に暮らしている家族の構成を教えてください。(1つに〇)

1. ひとり暮らし
2. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳以上)
3. 夫婦ふたり暮らし(配偶者は65歳未満)
4. その他の家族・親族が同居(全員65歳以上)
5. その他の家族・親族が同居(65歳未満の方も同居)

問13 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(1つに〇)

1. 日中も夜間も一人であることが多い
2. 日中は一人であることが多い(夜間は家族がいる)
3. 夜間は一人であることが多い(日中は家族がいる)
4. 日中も夜間も家族がいることが多い

## 5 介護保険サービスの利用について

問 14 あなたが現在利用している介護サービスと、今後利用したい介護サービスを教えてください。(○はいくつでも)

現在利用している介護サービスを引き続き利用したい場合にも、今後利用したいサービスに○をつけてください。

自宅で受けるサービス		現在利用しているサービス	今後利用したいサービス
①訪問介護（ホームヘルプ）	ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護や生活援助を行います。		
②訪問入浴介護	介護職員と看護師が移動入浴車で利用者の自宅を訪問し、入浴介護を行います。		
③訪問看護	看護師等が自宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行います。		
④訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問し、リハビリテーションを行います。		
⑤定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期訪問と、緊急時などの随時対応を行う24時間対応のサービスです。		
⑥夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な訪問介護と、通報を受けて随時に対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。		
⑦居宅療養管理指導	医師や薬剤師などが自宅を訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理や指導を行います。		
生活環境を整えるためのサービス		現在利用しているサービス	今後利用したいサービス
⑧福祉用具の貸与	車いすや特殊寝台など、日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与します。		
⑨福祉用具の購入費支給	入浴や排せつなどに使用する福祉用具を購入した際、その費用を支給します。		
⑩住宅改修費の支給	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、その費用を支給します。		
施設に通って受けるサービス		現在利用しているサービス	今後利用したいサービス
⑪通所介護（デイサービス）	通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。		
⑫地域密着型通所介護（小規模デイサービス）	定員18人以下の小規模な通所施設に通って、日常生活上の支援や、機能訓練を受けます。		
⑬通所リハビリテーション（デイケア）	老人保健施設などに通って、日常生活での自立に向けたリハビリテーションを受けます。		
⑭認知症対応型通所介護（認知症の方のデイサービス）	認知症の方が、通所施設に通って、食事や入浴などの支援や機能訓練を受けます。		

施設に短期間宿泊するサービス		現在利用しているサービス	今後利用したいサービス
⑮短期入所生活介護 (ショートステイ)	福祉施設等に短期間入所して、身体介護や機能訓練などを受けます。		
⑯短期入所療養介護 (医療ショートステイ)	医療機関等に短期間入所して、身体介護や必要な医療行為などを受けます。		
通い、訪問、泊まりなどを組み合わせて受けるサービス		現在利用しているサービス	今後利用したいサービス
⑰小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の状態や、家族の事情などに応じて、「訪問」や「泊まり」を柔軟に組み合わせて利用できるサービスです。		
⑱看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた、医療的なニーズにも対応できるサービスです。		
施設に入所して受けるサービス		今後利用したいサービス	
⑲特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	常時介護を必要とする方が入所して、生活全般にわたる介護と支援を受ける施設です。		
⑳地域密着型特別養護老人ホーム	定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームで、常時介護を必要とする方が入所して、生活全般にわたる介護と支援を受ける施設です。		
㉑介護老人保健施設	病状が安定した方が、日常生活の支援やリハビリを受けながら家庭への復帰を目指す施設です。		
㉒介護療養型医療施設 介護医療院	長期にわたって療養が必要な方が、医療や看護などを受ける施設です。		
㉓特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等に入居して、日常生活上の支援や介護を受けます。		
㉔認知症高齢者グループホーム	認知症の方が、職員から食事や入浴などの日常生活上の支援を受けながら、少人数のグループで生活する施設です。		

問15 利用している介護サービス全般について満足していますか。(1つに○)

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

→問17へ

【問15で「3. やや不満である」、「4. 不満である」と回答した方におたずねします。】

問16 どのようなことに不満がありますか。(○はいくつでも)

- 1. 回数や時間が足りない
- 2. 利用の日時が合わない
- 3. サービスの質(技術など)が低い
- 4. 契約内容とサービスが違っている
- 5. サービス内容についての説明が不十分である
- 6. 担当者の対応がよくない
- 7. 不満・要望などを聞いてもらえない
- 8. 利用料が高い
- 9. プライバシーへの配慮がない
- 10. その他( )

問17 あなたは、介護保険サービスの利用に関して不満や苦情があるとき、どなたかに伝えたことはありますか。(○はいくつでも)

- 1. 家族や身近な人に伝えた
- 2. 担当職員に直接伝えた
- 3. 事業所の苦情受付窓口に伝えた
- 4. ケアマネジャーに伝えた
- 5. 地域包括支援センターに伝えた
- 6. 市の職員に伝えた
- 7. 東京都国民健康保険団体連合会の相談窓口に伝えた
- 8. その他( )
- 9. 不満や苦情はあるが、伝えたことはない
- 10. 不満や苦情はない

→問19へ

【問17で「1」～「7」(不満や苦情を伝えた)と回答した方におたずねします。】

問18 不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(1つに○)

- 1. 改善された
- 2. 一部は改善された
- 3. 改善されなかった
- 4. その他( )

問 19 あなたは、ケアプラン作成を担当しているケアマネジャー（地域包括支援センター職員を含む）の対応に満足していますか。（1つに○）

1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. やや不満がある
4. 不満がある
5. 担当のケアマネジャーはいない

問 20 あなたは、ケアマネジャー（地域包括支援センター職員を含む）にどのようなことを希望しますか。（○はいくつでも）

1. 自分や家族の話をよく聞いてくれること
2. 自分に合ったプランを提案してくれること
3. わかりやすく説明してくれること
4. 言葉づかいや態度が丁寧であること
5. 不満や苦情を伝えやすいこと
6. 定期的に連絡を入れてくれること
7. 事業者との連携がよく取れていること
8. 主治医との連携が取れていること
9. その他（）
10. 特にない

## 6 利用者負担について

問 21 介護保険サービスを利用したときのあなたの自己負担割合をおたずねします。（1つに○）  
※自己負担割合は、介護保険負担割合証（クリーム色）に記載されています。

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 1割 | 2. 2割 | 3. 3割 |
|-------|-------|-------|



問22 あなたが支払っている介護保険サービスの利用料は、下表の利用限度額と比較してどのくらいですか。(1つに○)

※利用限度額とは、一定の負担でサービスを利用できる最大の金額で、要支援・要介護度によって決まっています。

<参考> 1か月の利用限度額(目安)

介護度	利用限度額	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要支援1	50,320円	5,032円	10,064円	15,096円
要支援2	105,310円	10,531円	21,062円	31,593円
要介護1	167,650円	16,765円	33,530円	50,295円
要介護2	197,050円	19,705円	39,410円	59,115円
要介護3	270,480円	27,048円	54,096円	81,144円
要介護4	309,380円	30,938円	61,876円	92,814円
要介護5	362,170円	36,217円	72,434円	108,651円

(令和4年10月現在)

- 1. 利用限度額よりかなり少ない
- 2. 利用限度額の半分程度まで利用している
- 3. ほぼ利用限度額まで利用している
- 4. 利用限度額を超えて利用している
- 5. わからない

→問24へ

【問22で「1. 利用限度額よりかなり少ない」、「2. 利用限度額の半分程度まで利用している」と回答した方におたずねします。】

問23 利用限度額までサービスを利用しない理由は何ですか。(○はいくつでも)

- 1. それほど多くのサービスは必要ないから
- 2. 利用したいサービスが身近にないから
- 3. サービス利用の日時が合わないから
- 4. 契約手続きがわずらわしいから
- 5. 利用料の負担が大変だから
- 6. その他( )

問24 あなたは、現在のサービス利用料をどのように感じていますか。(1つに○)

- 1. あまり負担に思わない
- 2. このくらいの負担はやむを得ない
- 3. 今の負担では苦しい

## 7 今後の生活について

問 25 今後、あなたはどのような生活を送りたいですか。(1つに○)

1. 介護保険サービスを受けながら、自宅で生活したい
2. 高齢者向けの賃貸住宅で、介護保険サービスを利用しながら生活したい
3. 特別養護老人ホームなどの施設に入所したい
4. 介護付き有料老人ホームに入所したい
5. その他 ( )
6. わからない

問 26 今後、自宅で暮らし続けるためにどのようなことが必要だと思いますか。  
(○はいくつでも)

1. 訪問診療などの自宅で受けられる医療サービス
2. 夜間や緊急時に対応できる介護サービス
3. 健康や介護に関する講座や相談ができる身近な場所
4. 地域の人たちと交流ができる場所
5. ボランティアなどによる生活支援(買い物やごみ出しなど)
6. 近隣住民などの理解、見守り、協力
7. 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援
8. 段差解消や手すりの取り付けなど自宅のバリアフリー化
9. その他 ( )

問 27 あなたは人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(1つに○)

1. 自宅
2. 子どもや親族の家
3. 病院などの医療施設
4. 特別養護老人ホーム
5. 介護付き有料老人ホーム
6. その他 ( )
7. わからない

問 28 あなたは、人生の最期の過ごし方や受けた医療などについて、家族や医師、ケアマネジャーなどと話し合ったことがありますか。(1つに○)

1. 詳しく話し合っている
2. 多少話し合ったことがある
3. 話し合ったことがない

**ここからは、介護しているご家族の方がお答えください。  
介護しているご家族がいない方は、最終ページの自由回答にお進みください。**

問 29 介護している方は、封筒に名前が書いてあるご本人からみてどなたですか。(1つに○)

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

問 30 主に介護している方の性別をおたずねします。(1つに○)

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

問 31 主に介護している方の令和4年11月1日現在の年齢をお答えください。

(                    ) 歳

問 32 主に介護している方はどこに住んでいますか。(1つに○)

1. 同居している
2. 同じまたは隣接する敷地に住んでいる(二世帯住宅を含む)
3. 近所に住んでいる(徒歩10分以内)
4. 小平市内に住んでいる
5. 市外に住んでいる

問 33 主に介護している方は現在就労していますか。(1つに○)

- 1. 正社員として働いている
- 2. 契約社員・派遣社員等として働いている
- 3. パート・アルバイトとして働いている
- 4. 自営業・経営者・フリーランス等で働いている
- 5. 働いていない →問 35 へ

【問 33 で「1」～「4」と回答した方におたずねします。】

問 34 今後も介護をしながら、仕事を続けていけそうですか。(1つに○)

- 1. 問題なく、仕事を続けていける
- 2. 問題はあるが、何とか仕事を続けていける
- 3. 仕事を続けていくのは、難しい

問 35 主に介護している方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしましたか。(○はいくつでも)

- 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、転職した
- 6. 介護のために、仕事を辞めた
- 7. その他( )

問 36 主に介護している方には、介護を手伝ったり、話を聞いてくれる家族や友人はいますか。(1つに○)

- 1. いる
- 2. いない

問37 主に介護している方は、ご本人以外の介護や、子育てなどをしていますか。(1つに○)

1. している

2. していない

→問39へ

【問37で「1. している」と回答した方におたずねします。】

問38 ご本人以外に介護や子育てが必要な方は、どなたですか。主に介護している方からみた関係と年齢をお答えください。(○はいくつでも)

1. 配偶者 (年齢 歳)

2. 親 (年齢 歳)

3. 子 (年齢 歳)

4. 孫 (年齢 歳)

5. その他 (関係をお答えください: 年齢 歳)

問39 主に介護している方が、困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 介護者自身の健康に不安がある

2. 体力的につらい

3. 精神的につらい

4. 代わりに頼める人がいない

5. 緊急時の対応に不安がある

6. 経済的な負担が大きい

7. 介護サービスが不足している

8. 自宅で医療的ケアが受けられない

9. 他にも介護や子育てなどが必要な人がいる

10. その他 ( )

11. 特にない

問40 主に介護している方が、病気や用事などで介護できないときに、どのように対処していますか。(○はいくつでも)

1. 同居している家族に頼む

2. 別に住んでいる家族・親族に頼む

3. 友人・知人などに頼む

4. 訪問介護(ホームヘルプ)を利用する

5. 短期入所(ショートステイ)を利用する

6. 通所介護(デイサービス)を利用する

7. お泊りデイサービスを利用する

8. 対処方法がなくて困っている

9. その他 ( )









## 施設・居住系サービス利用者

## 小平市 介護保険サービス利用状況アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

日頃から小平市政に、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、「小平市地域包括ケア推進計画（小平市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画）（令和6～8年度）」の基礎資料として、市民の皆様の生活状況や市の高齢者・介護施策に関するご意見などを把握するため、アンケート調査を実施いたします。

この調査の対象として、介護保険の施設・居住系サービスを利用されている方の中から、900人を選ばせていただきました。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、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ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月

小平市長 小林 洋子

## ◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒に名前が書いてあるご本人がお答えください。ご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答えください。なお、この調査票で「あなた」とあるのは、『封筒に名前が書いてあるご本人』のことでです。
- ② 回答はあてはまる選択肢の番号に○印をつけてお答えください。「その他」と回答された場合は、（ ）内にその内容をご記入ください。
- ③ アンケート調査票や返信用封筒には、住所・氏名を記入する必要はありません。また、返信用封筒の中には、アンケート調査票以外のものは入れないでください。
- ④ ご不明な点は問い合わせ先までお願いします。
- ⑤ ご記入いただいた調査票は、**12月20日（火）**までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です。）

## &lt;お問い合わせ&gt;

小平市 高齢者支援課 計画担当

電 話 042-346-9823

F A X 042-346-9498

E-mail koreishashien@city.kodaira.lg.jp

※ 転出・死亡等の理由で、封筒に名前が書いてあるご本人が既に小平市内にお住まいではない場合は、ご回答いただかなくても結構です。お手数ですが調査票はご処分ください。

問1 この調査票は、どなたが記入していますか。(1つに○)

- |                   |           |
|-------------------|-----------|
| 1. 封筒に名前が書いてあるご本人 | 2. ご家族の方  |
| 3. 施設の職員          | 4. その他( ) |

「あなた」とは、封筒に名前が書いてあるご本人のことをいいます。

## 1 ご本人について

問2 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

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

問3 あなたの令和4年11月1日現在の年齢をお答えください。

( ) 歳

問4 あなたの要支援・要介護度をおたずねします。(1つに○)

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

問5 あなたご本人の平均的な1か月の収入はどのくらいですか。(1つに○)

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 5万円未満        | 2. 5万円以上10万円未満  |
| 3. 10万円以上15万円未満 | 4. 15万円以上20万円未満 |
| 5. 20万円以上30万円未満 | 6. 30万円以上       |

## 2 施設・居住系サービスについて

問6 あなたが入所している施設の種類をおたずねします。(1つに○)

- |                        |              |
|------------------------|--------------|
| 1. 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設) | 2. 介護老人保健施設  |
| 3. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 4. 有料老人ホーム   |
| 5. 認知症高齢者グループホーム       | 6. 介護保険以外の病院 |
| 7. その他( )              |              |

問7 あなたが入所している施設の所在地はどこですか。(1つに○)

1. 小平市内
2. 近隣の市(立川市、小金井市、東村山市、国分寺市、東大和市、東久留米市、西東京市)
3. 上記以外の東京都内の区市町村
4. 東京都外

問8 あなたが暮らしている居室の種類をおたずねします。(1つに○)

1. 多床室(2人部屋・4人部屋等)
2. ユニット型個室\*
3. その他の個室
4. その他( )

(※) ユニット型個室

ユニット型個室とは、10人程度を1つの生活単位(=ユニット)として、食堂・談話スペースなどの共用スペースが併設されている個室のことをいいます。少人数の家庭的な雰囲気の中で、専属のスタッフが入居者の個性や生活のリズムに沿ってケアを行います。

→【問8で「1 多床室(2人部屋・4人部屋等)」と回答した方におたずねします。】

問9 あなたは今後、ユニット型などの個室を利用したいと思いますか。(1つに○)

1. 利用者負担が増えても利用したい
2. 利用者負担が増えるのであれば利用したくない
3. 今のままでよい
4. わからない

問 10 あなたが現在の施設に入所するまでの待機期間はどれくらいありましたか。(1つに○)

1. 1か月未満～3か月程度
2. 3か月～半年程度
3. 半年～1年程度
4. 1年以上

問 11 あなたは現在の施設でのサービス内容について、どのように感じていますか。

(①～⑧それぞれ1つに○)

	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満
記入例	1	2	③	4	5
①食事	1	2	3	4	5
②入浴	1	2	3	4	5
③排せつ	1	2	3	4	5
④機能訓練・リハビリ	1	2	3	4	5
⑤レクリエーション・季節の行事	1	2	3	4	5
⑥必要な医療の実施	1	2	3	4	5
⑦看護	1	2	3	4	5
⑧健康管理・栄養上の管理	1	2	3	4	5

問12 あなたは、施設での生活に関して困っていることはありますか。(〇はいくつでも)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 介護や看護の内容が良くない | 2. 職員の言葉づかいや態度が良くない |
| 3. 居室の環境が良くない    | 4. 日中の過ごし方に不満がある    |
| 5. 緊急時の対応に不安がある  | 6. 相談できる相手がいない      |
| 7. プライバシーが十分保てない | 8. 家族が面会に訪れにくい      |
| 9. 外出の機会が少ない     | 10. 職員が少ない          |
| 11. 不満や苦情を言いづらい  | 12. その他 ( )         |
| 13. 特になし         |                     |

問13 あなたは、現在の施設利用料(部屋代、食事代、日常生活費など)をどのように感じていますか。(1つに〇)

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 1. あまり負担に思わない | 2. このくらいの負担はやむを得ない |
| 3. 今の負担では苦しい  |                    |

問 14 あなたは、施設の利用に関して不満や苦情があるとき、どなたかに伝えたことはありますか。(○はいくつでも)

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| 1. 家族や身近な人に伝えた   | 2. 施設の職員に直接伝えた             |
| 3. 施設の苦情受付窓口に伝えた | 4. 地域包括支援センターに伝えた          |
| 5. 市の担当窓口に伝えた    | 6. 東京都国民健康保険団体連合会の相談窓口に伝えた |

7. その他 ( )

8. 不満や苦情はあるが、伝えたことはない

→問 16 へ

9. 不満や苦情はない

【問 14 で「1」～「6」(不満や苦情を伝えた)と回答した方におたずねします。】

問 15 不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(1つに○)

1. 改善された

2. 一部は改善された

3. 改善されなかった

4. その他 ( )

問 16 あなたが施設を退所して、在宅での生活に戻ることを想定した場合、どのようなことが課題になると思いますか。(○はいくつでも)

1. 介護できる家族がいない

2. 家族だけでは、十分な介護が難しい

3. 在宅の介護保険サービスだけでは、十分な介護が難しい

4. 家族の経済的負担が大きい

5. 住まいに支障がある

6. 買い物や通院などの外出に支障がある

7. 緊急時の対応に不安がある

8. 夜間の介護や見守りに支障がある


9. 在宅医療の利用に不安がある

10. 在宅介護サービス事業者等への医療や介護の情報の引き継ぎ

11. その他 ( )

12. 特にない

問 17 介護保険サービスへのご意見・ご要望や、新型コロナウイルス感染症に伴う生活や健康への影響などについて、ご記入ください。



**以上でアンケートは終わりです。**

**多くの質問にご回答いただき、誠にありがとうございました。**

調査票は、同封の返信用封筒に入れて、**12月20日(火)まで**に、切手を貼らずにポストに投函してください。