

資 料 編

小平市 高齢者生活状況アンケート

— 調査へのご協力のお願い —

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成26年度に策定を予定しております、「小平市高齢者保健福祉計画・小平市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」の基礎資料とするため、高齢者生活状況アンケートを実施いたします。

この調査は、平成25年12月1日現在、小平市にお住まいの65歳以上の方の中から、4,000名を無作為に選ばせていただき、実施するものです。

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。

平成26年1月

小平市長 小林正則

ご記入にあたってのお願い

- ① アンケートには、封筒のあて名のご本人がご記入ください。
- ② ご本人が記入できない場合は、ご家族の方や周りの方が、ご本人の意見を聞いたうえで代わりにご記入ください。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」に○をつけた場合は、その内容を（ ）内にご記入ください。
- ④ ご記入にあたって、不明な点などがありましたら、問合せ先までご連絡ください。
- ⑤ 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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)まで に、ポストに投函してください。

【問合せ先】 小平市 高齢者福祉課 計画担当
電話 042-346-9537(直通)

※ 転出・死亡等の理由で、あて名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5 あなたは現在、介護保険制度の要支援・要介護認定を受けていますか。
受けている方は要支援・要介護度をお答えください。(一つに○)

- | | | |
|-------------|--------|--------|
| 1 認定は受けていない | 4 要介護1 | 7 要介護4 |
| 2 要支援1 | 5 要介護2 | 8 要介護5 |
| 3 要支援2 | 6 要介護3 | |

問6 あなたが現在同居している世帯の構成は、次のどれにあたりますか。
(一つに○)

- 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 その他の家族が同居 (全員65歳以上)
- 5 その他の家族が同居 (65歳未満の方も同居)
- 6 その他 (施設やグループホーム等)

問7 あなたご本人の1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

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

2 医療・健康について

問8 あなたの現在の健康状態はいかがですか。(近いもの一つに○)

- 1 特に病気や障がいはない
- 2 病気や障がいがあるが、身のまわりのことや外出は大体自分でできる
- 3 病気や障がいがあって、身のまわりのことは大体自分でできるが、外出はできない
- 4 病気や障がいがあって、身のまわりのことや外出に手助けが必要である
- 5 重い病気や障がいがあって、ベッドやふとんの上での生活が中心である

問9 あなたは昨年1年間に、病気や障がいのために医療機関を受診しましたか。
(一つに○)

- 1 受診しなかった
- 2 一時通院した
- 3 1年間を通じて通院していた
- 4 一時入院した (他の期間に、通院した場合も含む)
- 5 1年間を通じて入院していた

問 10 あなたには、かかりつけの診療所・病院、かかりつけの歯科医院、かかりつけの薬局がありますか。(それぞれ一つに○)

	1 ある	2 ない
①かかりつけの診療所・病院	1	2
②かかりつけの歯科医院	1	2
③かかりつけの薬局	1	2

問 11 あなたは、通院や医療に関して困っていることがありますか。
(○はいくつでも)

- 1 通院のつきそいを確保しにくい
- 2 通院の際の交通手段で困っている
- 3 医療機関に関する情報が少ない
- 4 気軽に受診できる医療機関が身近にない
- 5 専門的な医療を受けられる機関が身近にない
- 6 往診に来てくれる医療機関が身近にない
- 7 医療に関する手続きが大変である
- 8 医療費の負担が大きい
- 9 特にない
- 10 その他 ()

問 12 あなたは、食生活について気をつけていることがありますか。
(○はいくつでも)

- 1 規則正しく1日3食、摂るようにしている
- 2 栄養のバランスに、気をつけている
- 3 食事の量や内容が、自分に合っているか気をつけている
- 4 栄養成分表示や生産地表示を、参考にしている
- 5 塩分の取り過ぎに、気をつけている
- 6 野菜を多く取るように、心がけている
- 7 食後、歯を磨いている、または、入れ歯の手入れを定期的に行っている
- 8 特に、気をつけていることはない
- 9 その他 ()

問 13 あなたは、定期的に運動をしていますか。(一つに○)

- 1 毎日運動している
- 2 週に数回運動している
- 3 あまり運動していない

問 14 問 13で「3 あまり運動していない」と回答した方にお聞きします。
あまり運動をしていない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1 健康状態が良くないから | 5 運動する時間がないから |
| 2 体調が悪化する恐れがあるから | 6 運動に関心がないから |
| 3 望ましい運動の方法がわからないから | 7 特に理由はない |
| 4 運動をする場所がないから | 8 その他() |

小平市の介護予防事業

かいごよぼうきょうしつ
介護予防教室

軽い運動をしたり、食生活や歯みがきについて学ぶことで、介護が必要とならないように、生活習慣の改善をはかる教室です。

にんちしょうよぼうきょうしつ
認知症予防教室

将来認知症にならないように、予防する方法を学んだり体験したりする教室です。

にんちしょう ようせいこうぎ
認知症サポーター養成講座

地域で暮らしている認知症の方やその家族を温かく見守っていただくために、認知症についての正しい知識を学ぶ講座です。

問 15 あなたは今後、次に挙げる介護予防事業に参加してみたいと思いますか。
(それぞれ一つに〇)

介護予防事業	↓ それぞれ一つに〇 ↓			
	1 参加してみたい	2 機会があれば 参加してみたい	3 関心はあるが 参加は難しい	4 参加したくない
①運動機能の向上（膝痛・腰痛予防）	1	2	3	4
②食生活（栄養等）の改善	1	2	3	4
③口腔機能（嚙む・飲み込む）の向上	1	2	3	4
④認知症予防	1	2	3	4
⑤高齢期のうつ予防	1	2	3	4
⑥閉じこもり防止	1	2	3	4

問 16 認知症になっても住み慣れた地域で生活するためには、どのようなことが必要だと思いますか。(〇はいくつでも)

- 1 認知症に関する正しい知識や理解を広めること
- 2 認知症を予防する取り組み
- 3 認知症の早期発見・早期診療のしくみ
- 4 認知症専門医や専門医療機関を周知すること
- 5 認知症の相談窓口を充実させること
- 6 介護する家族同士の交流会
- 7 認知症の人を見守る地域ボランティア
- 8 認知症の人を支える施設やサービス
- 9 悪質商法などから高齢者を守るしくみ
- 10 特にない
- 11 その他 ()

3 日常生活について

問 17 あなたは、日常生活で困っていることがありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|---------------|
| 1 身体の状態 | 9 役所などの手続き |
| 2 物忘れや認知症 | 10 お金や貴重品の管理 |
| 3 身の回りのこと
(入浴・排せつ・食事など) | 11 急病など緊急時のこと |
| 4 家事
(掃除・洗濯・炊事など) | 12 災害時の避難のこと |
| 5 日常の買い物 | 13 収入や生計のこと |
| 6 住まいのこと | 14 家族のこと |
| 7 外出に関すること | 15 将来のこと |
| 8 通院や医療に関すること | 16 特にない |
| | 17 その他 () |

問 18 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに〇)

- 1 日中も夜間も一人でいることが多い
- 2 日中は一人でいることが多い(夜間は家族がいる)
- 3 夜間は一人でいることが多い(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

問 19 あなたは、同居している家族以外に、緊急時に連絡できる人がいますか。
(○はいくつでも)

- | | | |
|------------|---------------|----------|
| 1 別居の子・孫 | 6 保健師 | 11 市役所 |
| 2 その他の親族 | 7 ホームヘルパー | 12 誰もいない |
| 3 近所の人 | 8 ケアマネジャー | 13 その他 |
| 4 友人・知人 | 9 民生委員・児童委員 | () |
| 5 医師・医療関係者 | 10 地域包括支援センター | |

問 20 あなたのお住まいの種類をお聞きます。(一つに○)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 土地付一戸建ての持家 | 6 賃貸アパート |
| 2 借地の一戸建ての持家 | 7 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 |
| 3 一戸建ての借家 | 8 UR都市機構の住宅 |
| 4 分譲マンション | 9 間借り・住み込み |
| 5 賃貸マンション | 10 その他 () |

問 21 あなたは、住まいについて困っていることがありますか。
(○はいくつでも)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1 階段の昇り降り | 7 立地が外出に不便 |
| 2 玄関や敷居の段差 | 8 家賃やローンなどの住宅費 |
| 3 風呂が使いにくい | 9 建物の老朽化 |
| 4 トイレが使いにくい | 10 家の改修ができない |
| 5 廊下や戸口が狭い | 11 特にない |
| 6 手すりがない | 12 その他 () |

4 相談・権利擁護について

問 22 あなたは、福祉に関する情報をどこから知ることが多いですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1 市報こだいら | 9 友人・知人 |
| 2 市のパンフレット
(「高齢者のしおり」など) | 10 地域包括支援センター |
| 3 その他のパンフレット | 11 ケアマネジャー・ホームヘルパー |
| 4 インターネット | 12 民生委員・児童委員 |
| 5 テレビ・ラジオ | 13 医療機関 |
| 6 新聞・雑誌・書籍 | 14 市の窓口 |
| 7 家族・親族 | 15 特にない |
| 8 近所の人 | 16 その他 () |

問 23 あなたは、次のような相談窓口を知っていましたか。(それぞれ一つに○)

名称と内容	↓ 回答はこちらに ↓
<p><small>ちいきほうかつしえん</small> ①地域包括支援センター</p> <p>介護・保健・福祉の専門職がチームとなって、高齢者の健康・福祉・医療に関する様々な相談を受け、高齢者の見守り、高齢者虐待への対応など、心身の状態に合わせた支援を行う、地域の総合的な拠点です。</p>	<p>1 内容を知っていた</p> <p>2 名前は聞いたことがある</p> <p>3 知らなかった</p>
<p><small>けんりようご</small> ②権利擁護センターこだいら</p> <p>認知症状や知的障がい・精神障がいなどで介護や福祉のサービスを選んだり、契約したり、金銭管理が難しくなった方に対し、地域福祉権利事業や成年後見制度、苦情の相談、法律専門相談を実施している窓口です。</p>	<p>1 内容を知っていた</p> <p>2 名前は聞いたことがある</p> <p>3 知らなかった</p>

問 24 あなたは困ったことや心配なことについて、次のような機関や支援者に相談したいと思いませんか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1 市の窓口 | 6 ケアマネジャー |
| 2 地域包括支援センター | 7 民生委員・児童委員 |
| 3 権利擁護センターこだいら | 8 相談したいとは思わない |
| 4 社会福祉協議会 | 9 その他 () |
| 5 ホームヘルパー | |

問 25 あなたは、次のような見守りや声かけを希望しますか。(○はいくつでも)

- 1 近所の人や地域のボランティアによる見守り
- 2 地域包括支援センター職員による見守り
- 3 民生委員・児童委員による見守り
- 4 訪問給食サービスによる見守り(食事を配達するときに、安否を確認します)
- 5 おはようふれあい訪問
(乳酸菌飲料を配達するときに、安否を確認します)
- 6 電話訪問(週1回電話による見守りを行います)
- 7 緊急通報システムによる見守り
(緊急時にボタンを押すと、消防署や警備会社に連絡できます)
- 8 希望しない

問 26 あなたは将来、認知に不安を抱えるようになったときに、金銭の管理などをまかせられる人はいますか。(〇はいくつでも)

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1 配偶者 | 4 その他の親族 | 7 誰もいない |
| 2 同居の子・孫 | 5 友人・知人 | 8 その他 () |
| 3 別居の子・孫 | 6 福祉関係者 | |

権利擁護事業について

せいねんこうけんせいど 成年後見制度

高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

ちいきふくしけんりようごじぎょう にちじょうせいかつじりつしえんじぎょう 地域福祉権利擁護事業 (日常生活自立支援事業)

高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の福祉サービスの利用等を支援する制度です。利用契約を結び、支援計画に沿って支援を行います。

問 27 あなたは、現在または将来、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を利用したいと思いますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-----------|
| 1 成年後見制度を利用したい | 4 わからない |
| 2 地域福祉権利擁護事業を利用したい | 5 その他 () |
| 3 どちらも利用したいとは思わない | |

5 外出・地域とのつながりについて

問 28 あなたは普段、どのくらいの頻度で外出していますか。(一つに〇)

- | | |
|-----------|-------------|
| 1 ほぼ毎日 | 4 月1～3日程度 |
| 2 週3～4日程度 | 5 ほとんど外出しない |
| 3 週1～2日程度 | |

問 29 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------|--------------|
| 1 通勤 | 7 地域活動 |
| 2 通院 | 8 親族などの訪問 |
| 3 買い物 | 9 友人・知人との交流 |
| 4 散歩 | 10 ほとんど外出しない |
| 5 デイサービス | 11 その他 () |
| 6 余暇活動 | |

問 30 あなたは、外出する際に、どのような交通手段を利用することが多いですか。(〇はいくつでも)

問 34 高齢者など地域の住民が安心して暮らしていけるように、あなた自身ができる手助けは何ですか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1 見守りや安否確認など | 6 電球の交換などのちょっとした力仕事 |
| 2 普段の話し相手 | 7 通院や外出の手助け |
| 3 介護などの相談相手 | 8 災害時の手助け |
| 4 ちょっとした買い物やゴミ出し | 9 特にない |
| 5 食事づくりや掃除、洗濯の手伝い | 10 その他 () |

問 35 あなたは災害時などに一人で避難できますか。または、避難に協力してくれる人がいますか。(一つに〇)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1 一人で避難できる | 4 友人・知人の協力で避難できる |
| 2 家族・親族の協力で避難できる | 5 身体的に避難することが難しい |
| 3 近所の人との協力で避難できる | 6 その他 () |

問 36 あなたが、災害時に支援者として協力できることはありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 高齢者などの安否確認 | 5 救援物資の配付など |
| 2 高齢者などの避難誘導 | 6 復興のための活動 |
| 3 救急活動への協力 | 7 特にない |
| 4 消防活動への協力 | 8 その他 () |

6 就労・社会活動について

問 37 あなたは現在、収入を得る仕事をしていますか。仕事をしている方は、就労形態をお答えください。(一つに〇)

- | | |
|--------------|----------------|
| 1 自営業・自由業 | 5 シルバー人材センター会員 |
| 2 社員・職員(常勤) | 6 内職 |
| 3 社員・職員(非常勤) | 7 仕事はしていない |
| 4 アルバイト・パート | 8 その他 () |

問 38 あなたは現在、次のような社会活動に参加していますか。(○はいくつでも)

- 1 スポーツ活動(運動・ゲートボールなど)
- 2 レクリエーション活動(ウォーキング・ハイキングなど)
- 3 生涯学習活動(シルバー大学・教養講座など)
- 4 趣味・娯楽の活動(囲碁将棋・カラオケなど)
- 5 自治会・町内会の活動
- 6 ボランティア活動・NPO 活動
- 7 高齢クラブの活動
- 8 参加していない
- 9 その他()

問 39 あなたは今後、次のような社会活動に参加したいと思いませんか。
(○はいくつでも)

- 1 スポーツ活動(運動・ゲートボールなど)
- 2 レクリエーション活動(ウォーキング・ハイキングなど)
- 3 生涯学習活動(シルバー大学・教養講座など)
- 4 趣味・娯楽の活動(囲碁将棋・カラオケなど)
- 5 自治会・町内会の活動
- 6 ボランティア活動・NPO 活動
- 7 高齢クラブの活動
- 8 参加したいとは思わない
- 9 その他()

ボランティアセンターについて

小平市社会福祉協議会ボランティアセンターは、ボランティア活動・市民活動を推進・支援するための窓口です。ボランティアをしたい人と、してほしい人をつなぐため、ボランティアに関する相談、情報提供、広報活動、講座・研修などを行っています。

問 40 あなたはこれまで、ボランティアセンターのことを知っていましたか。
(一つに○)

- 1 事業内容を知っていた
- 2 名前は聞いたことがある
- 3 知らなかった

7 介護保険制度について

介護保険制度について

- 介護保険制度は、介護が必要になっても安心して暮らせるように、高齢者の介護を国民みんなで支える仕組みです。
- 介護や支援が必要になった方は、ホームヘルプやデイサービスなどの介護サービスを、要支援、要介護度に応じた限度額まで、1割の負担で利用することができます。
- 介護保険制度は、40歳以上の全ての方が支払う介護保険料と、国や自治体の公費負担によって支えられています。
- 65歳以上の方の介護保険料は、保険者である市町村ごとに条例で定められ、3年度を1期とする事業運営期間において介護や予防に要する費用を算定し、各被保険者の所得に応じて保険料を決定しています。

問 41 あなたは、介護保険制度をどのように評価していますか。(一つに○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 高く評価している | 4 全く評価していない |
| 2 ある程度評価している | 5 関心がない |
| 3 あまり評価していない | |

問 42 現在、所得段階に応じて介護保険料を納めていただけていますが、あなたの保険料の金額について、どのように感じていますか。(一つに○)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 おおむね妥当である | 3 今の負担では苦しい |
| 2 このくらいの負担はやむを得ない | 4 わからない |

問 43 介護保険料の金額は、介護保険サービスの整備が進むに伴って高くなる関係にあります。あなたは、保険料の金額と介護保険サービスの水準の関係について、どのように考えますか。(一つに○)

- 1 介護保険料が多少高くても、サービスが充実しているほうが良い
- 2 ほどほどの介護保険料で、ある程度のサービスが受けられればよい
- 3 サービスを多少おさえても、介護保険料が安いほうが良い

8 今後の生活について

問 44 あなたは、介護が必要になった場合、どのような介護のあり方を希望しますか。(一つに○)

- 1 自宅で主に家族などの介護を受けながら生活したい
- 2 自宅で介護保険サービスを利用しながら生活したい
- 3 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
- 4 特別養護老人ホームに入所したい
- 5 グループホームに入所したい
- 6 有料老人ホームに入所したい
- 7 わからない
- 8 その他 ()

◀ 在宅の介護保険サービス について ▶

・ほうもんけい訪問系サービス

ヘルパーなどが自宅を訪問して、身体介護や生活援助などを行うサービスです。
(ホームヘルプなど)

・つうしょけい通所系サービス

通所施設に通って、日常生活上の支援や生活機能訓練などを受けるサービスです。
(デイサービスなど)

・たんきにゅうしょ短期入所サービス(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るサービスです。

◀ グループホーム について ▶

・にんちしょうこうれいしや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 45 介護が必要になっても、あなたが自宅で暮らし続けるためには、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 特にない
- 11 その他（

)

問 46 あなたは、高齢者がいきいきと豊かに暮らすためには、どのような取り組みが重要だと思いますか。(〇はいくつでも)

- 1 趣味や生きがいづくり、社会活動参加への支援
- 2 健康づくりや介護予防のための支援
- 3 働く機会や働く場の確保
- 4 在宅の介護保険サービスの充実
- 5 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
- 6 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口
- 7 認知症に関する施策の充実
- 8 地域の人をつながりづくりや、見守り活動の促進
- 9 高齢者に配慮した住まいや、住環境づくり
- 10 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
- 11 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
- 12 高齢者の虐待対策
- 13 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
- 14 特にない
- 15 その他（

)

9 自由意見

問 47 小平市の高齢者施策について、ご意見・ご要望などがありましたら、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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)までに、ポストに投函してください。

【問合せ先】 小平市 高齢者福祉課 計画担当
電話 042-346-9537(直通)

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 —

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成26年度に策定を予定しております、「小平市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険の在宅サービスを利用されている方（平成25年10月時点）の中から、1,900名を無作為に選ばせていただき、実施するものです。

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。

平成26年1月

小平市長 小林正則

ご記入にあたってのお願い

- ① アンケートには、封筒のあて名のご本人がご記入ください。
- ② ご本人が記入できない場合は、ご家族の方や周りの方が、ご本人の意見を聞いたうえで代わりにご記入ください。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」に○をつけた場合は、その内容を（ ）内にご記入ください。
- ④ ご記入にあたって、不明な点などがありましたら、問合せ先までご連絡ください。
- ⑤ 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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)まで に、ポストに投函してください。

【問合せ先】小平市 介護福祉課 庶務係
電話 042-346-9823(直通)

※ 転出・死亡等の理由で、あて名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 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 あて名ご本人 | 4 ケアマネジャー |
| 2 ご家族の方 | 5 その他 () |
| 3 ホームヘルパー | |

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

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

問3 あなたの年齢をお聞きします。
平成26年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問4 あなたの要支援・要介護度をお聞きします。(一つに○)

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

問5 あなたご本人の1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1 5万円未満 | 4 15万円以上 20万円未満 |
| 2 5万円以上 10万円未満 | 5 20万円以上 30万円未満 |
| 3 10万円以上 15万円未満 | 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聞きします。(一つに○)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 土地付一戸建ての持家 | 6 賃貸アパート |
| 2 借地の一戸建ての持家 | 7 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 |
| 3 一戸建ての借家 | 8 UR都市機構の住宅 |
| 4 分譲マンション | 9 間借り・住み込み |
| 5 賃貸マンション | 10 その他() |

問7 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

1 西圏域

中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目

2 中央西圏域

小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町

3 中央圏域

小川町2丁目、小川東町、学園東町1丁目

4 中央東圏域

上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町(5丁目19番を除く)、天神町2丁目25～29番、花小金井8丁目2～10番

5 東圏域

回田町、御幸町、鈴木町、天神町(2丁目25～29番を除く)、花小金井南町、花小金井(8丁目2～10番を除く)、大沼町5丁目19番

3 ご家族や介護者について

問8 あなたの現在の世帯構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

- 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 その他の家族が同居(全員65歳以上)
- 5 その他の家族が同居(65歳未満の方も同居)

問9 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに○)

- 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

問10 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(一つに○)

- | | | |
|--------|---------|-------------|
| 1 配偶者 | 4 子の配偶者 | 7 ホームヘルパーなど |
| 2 兄弟姉妹 | 5 孫 | 8 介護者はいない |
| 3 子 | 6 その他親族 | 9 その他() |

問11～17は、問10で、介護者が家族・親族の方(1～6)と回答した方にお聞きします。それ以外の方は、問18にお進みください。

問11 主に介護している方の性別をお聞きします。(一つに○)

- 1 男性
- 2 女性

問12 主に介護している方の年齢をお聞きします。
平成26年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問 13 主に介護している方はどこに住んでいますか。(一つに○)

- 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 14 主に介護している方は就労していますか。(一つに○)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- 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 正社員として働いていたが、介護のために退職した
- 5 契約社員・派遣社員等として働いていたが、介護のために退職した
- 6 パート・アルバイトとして働いていたが、介護のために退職した
- 7 もともと働いていなかった
- 8 その他()

問 15 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)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 介護者自身の健康に不安がある | 6 経済的な負担が大きい |
| 2 体力的につらい | 7 介護サービスが不足している |
| 3 精神的につらい | 8 自宅で医療的ケアが受けられない |
| 4 代わりを頼める人がいない | 9 特にない |
| 5 緊急時の対応に不安がある | 10 その他() |

問 16 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)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 同居している家族に頼む | 6 通所介護(デイサービス)を利用する |
| 2 別に住んでいる家族・親族に頼む | 7 お泊りデイサービスを利用する |
| 3 友人・知人などに頼む | 8 対処方法がなくて困っている |
| 4 訪問介護(ホームヘルプ)を利用する | 9 わからない |
| 5 短期入所(ショートステイ)を利用する | 10 その他() |

問 17 主に介護している方は、今後どのような介護者支援が必要だとお考えですか。(〇はいくつでも)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1 訪問系サービスの充実
(ホームヘルプなど) | 6 緊急時の対応についての支援 |
| 2 通所系サービスの充実
(デイサービスなど) | 7 自宅で受けられる医療的ケア |
| 3 短期入所(ショートステイ)の充実 | 8 介護者支援に関する情報提供 |
| 4 入所施設の整備
(特別養護老人ホームなど) | 9 介護者に対する相談支援 |
| 5 認知症対策 | 10 休養や息抜きの機会の確保 |
| | 11 介護者同士の交流機会の確保 |
| | 12 その他() |

ここからは、全ての方にお聞きします。

4 介護保険サービスの利用について

問 18 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。(一つに〇)

- | | |
|------------|------------------|
| 1 満足している | 4 不満がある |
| 2 ほぼ満足している | 5 わからない |
| 3 やや不満がある | 6 担当のケアマネジャーはいない |

問 19 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。(〇はいくつでも)

- 1 自分や家族の要望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 特にない
- 10 その他()

問 20 介護保険サービスの満足度についてお聞きします。

- A 利用しているサービスの「A」の欄に○をつけてください。
- B 利用しているサービスの満足度について、「B」の欄に○をつけてください。
- C 「B」の欄で、「やや不満」、「不満」と答えた方は、その理由を下の欄から選んで、「C」の欄にお答えください。（理由はいくつでも）

※ ご利用のサービスが不明の場合は、ケアプラン等をご確認ください。

※ 要支援の方が利用する「介護予防サービス」も含まれます。

サービス名	A 利用している	B 利用している方は いずれかに○					C 「やや不満」、 「不満」である理由を 下の欄から選んで お答えください。
		満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	
記入例	○	1	2	3	④	5	例) ア、オ
① 訪問介護 (ホームヘルプ)		1	2	3	4	5	
② 夜間対応型訪問介護		1	2	3	4	5	
③ 訪問入浴介護		1	2	3	4	5	
④ 訪問看護		1	2	3	4	5	
⑤ 訪問リハビリテーション		1	2	3	4	5	
⑥ 通所介護 (デイサービス)		1	2	3	4	5	
⑦ 認知症対応型通所介護		1	2	3	4	5	
⑧ 通所リハビリテーション (デイケア)		1	2	3	4	5	

「やや不満」、「不満」である理由

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| ア 回数や時間が足りない | キ 担当者がよく替わる |
| イ 利用の日時が合わない | ク 担当者と合わない |
| ウ 技術的に不安を感じる | ケ 利用料が高い |
| エ 契約内容とサービスが違っている | コ プライバシーへの配慮がない |
| オ サービス内容についての説明が不十分である | サ 緊急時に対応してくれない |
| カ 不満、要望などを聞いてもらえない | シ その他 (※内容を表中に記入してください) |

この表は次ページに続きます →

サービス名	A 利用している	B 利用している方は いずれかに○					C 「やや不満」、 「不満」である理由を 下の欄から選んで お答えください。
		満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満	
記入例	○	1	2	3	④	5	例) ア、オ
⑨ 短期入所生活介護 (ショートステイ)		1	2	3	4	5	
⑩ 短期入所療養介護 (医療ショートステイ)		1	2	3	4	5	
⑪ 小規模多機能型居宅介護		1	2	3	4	5	
⑫ 居宅療養管理指導		1	2	3	4	5	
⑬ 福祉用具の貸与		1	2	3	4	5	
⑭ 福祉用具の購入費支給		1	2	3	4	5	
⑮ 住宅改修費の支給		1	2	3	4	5	

「やや不満」、 「不満」である理由

- | | |
|------------------------|------------------------|
| ア 回数や時間が足りない | キ 担当者がよく替わる |
| イ 利用の日時が合わない | ク 担当者と合わない |
| ウ 技術的に不安を感じる | ケ 利用料が高い |
| エ 契約内容とサービスが違っている | コ プライバシーへの配慮がない |
| オ サービス内容についての説明が不十分である | サ 緊急時に対応してくれない |
| カ 不満、要望などを聞いてもらえない | シ その他（※内容を表中に記入してください） |

問 21 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。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 家族や身近な人に伝えた | 6 市の職員に伝えた |
| 2 担当職員に直接伝えた | 7 権利擁護センターに伝えた |
| 3 事業所の苦情受付窓口に伝えた | 8 伝えたことはない |
| 4 ケアマネジャーに伝えた | 9 その他 () |
| 5 地域包括支援センターに伝えた | |

問 22 問 21 で不満や苦情を伝えた (1～7) と回答した方にお聞きします。
不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(一つに〇)

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

問 23 あなたは、介護保険サービスを利用したことで、心身の状況(要介護度など)が変化しましたか。(一つに〇)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 利用する前に比べて、改善した | |
| 2 改善はしていないが、悪化を食い止める効果はあった | |
| 3 利用する前に比べて、特に変化はない | |
| 4 利用する前に比べて、むしろ悪化した | |
| 5 その他 () | |

5 利用者負担について

問 24 あなたが支払っている介護保険サービスの利用料は、利用限度額と比較してどのくらいですか。(一つに○)

※ 利用限度額とは、1割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。

- 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

<参考> 1ヶ月の利用限度額 (目安)

介護度	利用限度額	自己負担 (1割)
要支援1	49,700円	4,970円
要支援2	104,000円	10,400円
要介護1	165,800円	16,580円
要介護2	194,800円	19,480円
要介護3	267,500円	26,750円
要介護4	306,000円	30,600円
要介護5	358,300円	35,830円

問 25 問 24 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」と回答した方にお聞きします。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 26 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。(一つに○)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 あまり負担に思わない | 3 今の負担では苦しい |
| 2 このくらいの負担はやむを得ない | 4 わからない |

6 今後の利用意向について

問 27 あなたは今後、次に挙げるサービスを利用したいと思いますか。利用したい方は、あてはまるサービスの「利用したい」の欄に○をつけてください。現在利用しているサービスについても、引き続き利用したい場合は○をつけてください（○はいくつでも）

サービス名	内 容	利用したい
① <small>ほうもんかいご</small> 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 <small>ほうもんにゆうよくかいご</small> 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住居を訪問し、入浴介助を行います。	
③ <small>ほうもんかんご</small> 訪問看護	看護師等が自宅を訪問して、療養上の世話や診療の補助を行います。	
④ <small>ほうもん</small> 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 <small>つうしょかいご</small> 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。	
⑥ <small>つうしょ</small> 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。	
⑦ <small>たんきにゆうしょせいかつかいご</small> 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。	
⑧ <small>たんきにゆうしょりょうようかいご</small> 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。	
⑨ <small>きょたくりょうようかんりしどう</small> 居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。	
⑩ <small>ふくしようぐ たいよ</small> 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。	
⑪ <small>ふくしようぐ こうにゆうひしきゆう</small> 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。	

この表は次ページに続きます ⇒

サービス名	内 容	利用したい
⑫ 住宅改修費の支給 <small>じゅうたくかいしゅうひ しきゅう</small>	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。	
⑬ 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) <small>とくべつようごろうじん かいごろうじんふくししせつ</small>	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。	
⑭ 介護老人保健施設 <small>かいごろうじんほけんしせつ</small>	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。	
⑮ 介護療養型医療施設 <small>かいごりょうようがたいりょうしせつ</small>	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。	
⑯ 特定施設入居者生活 介護 <small>とくていしせつにゆうきょしゃせいかつ かいご</small>	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。	

ちいきみっちやくがた
地域密着型サービスについて

地域密着型サービスは、住み慣れた地域でサービスを受けながら暮らせるように、市が主体となってサービスの基盤を整備し、市民に限定して提供するサービスです。

問 28 あなたは今後、次に挙げる地域密着型サービスを利用したいと思いますか。利用したい方は、あてはまるサービスの「利用したい」の欄に○をつけてください。現在利用しているサービスについても、引き続き利用したい場合は○をつけてください（○はいくつでも）

サービス名	内 容	利用したい
① 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 <small>ていきじゆんかい ずいじたいおうがた ほうもんかいごかんご</small>	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回訪問と、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。	
② 夜間対応型訪問介護 <small>やかんたいおうがたほうもんかいご</small>	夜間も安心して生活できるように、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報を受けて対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。	

サービス名	内 容	利用したい
③ <small>にんちしょうたいおうがたつうしょかいご</small> 認知症対応型通所介護	認知症の方が、日中の数時間を通所施設で過ごしながら、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	
④ <small>しょうきぼたきのうがたきよたくかいご</small> 小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の状態や希望、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。	
⑤ <small>ふくごうがた</small> 複合型サービス	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。	
⑥ <small>にんちしょうこうれいしゃ</small> 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。	
⑦ <small>ちいきみっちやくがたとくべつようご</small> 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す。	

問 29 あなたが介護保険サービスを利用するときに、サービス事業者に希望することはどのようなことですか。(〇はいくつでも)

- 1 対応が丁寧であること
- 2 時間が正確であること
- 3 介護技術が確かなこと
- 4 設備や道具が衛生的であること
- 5 自分や家族の話をきちんと聞いてくれること
- 6 サービスを利用するまでに待たなくてよいこと
- 7 不満や苦情を伝えやすいこと
- 8 ケアマネジャーとの連携がよく取れていること
- 9 主治医との連携が取れていること
- 10 事務手続きが迅速であること
- 11 特にない
- 12 その他 ()

7 介護保険制度の運営について

問 30 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思えますか。(〇はいくつでも)

- 1 介護保険サービスの情報提供の充実
- 2 サービス事業者の質の向上
- 3 ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
- 4 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
- 5 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
- 6 認知症に関する施策の充実
- 7 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
- 8 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
- 9 地域の人とのつながりづくりや、見守り活動の促進
- 10 高齢者の虐待対策
- 11 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
- 12 特にない
- 13 その他 ()

せいねんこうけんせいど 成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

8 自由意見

問 31 介護保険サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)までに、ポストに投函してください。

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 —

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成26年度に策定を予定しております、「小平市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険の施設・居住系サービスを利用されている方（平成25年10月時点）の中から、800名を無作為に選ばせていただき、実施するものです。

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。

平成26年1月

小平市長 小林正則

ご記入にあたってのお願い

- ① アンケートには、封筒のあて名のご本人がご記入ください。
- ② ご本人が記入できない場合は、ご家族の方や周りの方が、ご本人の意見を聞いたうえで代わりにご記入ください。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」に○をつけた場合は、その内容を（ ）内にご記入ください。
- ④ ご記入にあたって、不明な点などがありましたら、問合せ先までご連絡ください。
- ⑤ 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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)まで に、ポストに投函してください。

【問合せ先】小平市 介護福祉課 庶務係
電話 042-346-9823(直通)

※ 退所・死亡等の理由で、あて名ご本人が既に施設等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 この調査票には、どなたが記入していますか。(一つに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1 あて名ご本人 | 3 施設の職員 |
| 2 ご家族の方 | 4 その他 () |

1 ご本人について

問2 あなたの性別をお聞きします。(一つに○)

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

問3 あなたの年齢をお聞きします。
平成26年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問4 あなたの要支援・要介護度をお聞きします。(一つに○)

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

問5 あなたご本人の1か月の収入はどのくらいですか。(一つに○)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1 5万円未満 | 4 15万円以上 20万円未満 |
| 2 5万円以上 10万円未満 | 5 20万円以上 30万円未満 |
| 3 10万円以上 15万円未満 | 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聞きします。(一つに○)

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

問7 あなたが暮らしている居室の種類をお聞きします。(一つに○)

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

ユニット型個室について

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 問7で「1 多床室(2人部屋・4人部屋等)」と回答した方にお聞きします。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。(一つに○)

- 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9 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。(それぞれ一つに○)

サービス内容	↓ それぞれ一つに○ ↓				
	満足	ほぼ満足	普通	やや不満	不満
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	1	2	3	4	5
⑤必要な医療の実施	1	2	3	4	5
⑥看護	1	2	3	4	5
⑦健康管理・栄養上の管理	1	2	3	4	5

問10 あなたは、施設での生活に関して困っていることがありますか。(○はいくつでも)

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

問11 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。(一つに○)

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 あまり負担に思わない | 3 今の負担では苦しい |
| 2 このくらいの負担はやむを得ない | 4 わからない |

問 12 あなたは、施設・居住系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 | 6 市の職員に伝えた |
| 2 担当職員に直接伝えた | 7 権利擁護センターこだいらに伝えた |
| 3 施設の苦情受付窓口に伝えた | 8 伝えたことはない |
| 4 介護相談員に伝えた | 9 その他 () |
| 5 地域包括支援センターに伝えた | |

介護相談員について

介護相談員は、利用者から介護サービスに関する苦情や不満等を聞き、利用者とサービス提供者の双方と対等な立場で、両者の橋渡し役として、問題解決に向けた手助けをします。

現在、14名の介護相談員が市から派遣されており、市内の特別養護老人ホームや介護老人保健施設に月1～2回程度訪問しています。

問 13 問 12 で不満や苦情を伝えた(1～7)と回答した方にお聞きします。不満や苦情を伝えた結果、サービスは改善されましたか。(一つに○)

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

問 14 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 特にない
- 11 その他 ()

3 介護保険制度の運営について

問 15 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思えますか。(〇はいくつでも)

- 1 介護保険サービスの情報提供の充実
- 2 サービス事業者の質の向上
- 3 ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
- 4 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
- 5 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
- 6 認知症に関する施策の充実
- 7 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
- 8 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
- 9 地域の人とのつながりづくりや、見守り活動の促進
- 10 高齢者の虐待対策
- 11 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
- 12 特にない
- 13 その他 ()

せいねんこうけんせいど 成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

4 自由意見

問 16 介護保険サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)までに、ポストに投函してください。

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 —

日頃から市政発展のため、ご理解とご協力を賜りありがとうございます。

市では、平成26年度に策定を予定しております、「小平市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」の基礎資料とするため、介護保険サービス利用状況アンケートを実施いたします。

この調査は、介護保険サービスを利用されていない方（平成25年10月時点）の中から、800名を無作為に選ばせていただき、実施するものです。

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。

平成26年1月

小平市長 小林正則

ご記入にあたってのお願い

- ① アンケートには、封筒のあて名のご本人がご記入ください。
- ② ご本人が記入できない場合は、ご家族の方や周りの方が、ご本人の意見を聞いたうえで代わりにご記入ください。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」に○をつけた場合は、その内容を（ ）内にご記入ください。
- ④ ご記入にあたって、不明な点などがありましたら、問合せ先までご連絡ください。
- ⑤ 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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)まで に、ポストに投函してください。

【問合せ先】小平市 介護福祉課 庶務係
電話 042-346-9823(直通)

※ 転出・死亡等の理由で、あて名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。

2 住まいについて

問6 あなたのお住まいの種類をお聞きします。(一つに○)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 土地付一戸建ての持家 | 6 賃貸アパート |
| 2 借地の一戸建ての持家 | 7 都営住宅・都民住宅などの公共の住宅 |
| 3 一戸建ての借家 | 8 UR都市機構の住宅 |
| 4 分譲マンション | 9 間借り・住み込み |
| 5 賃貸マンション | 10 その他() |

問7 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

1 西圏域

中島町、上水新町、たかの台、小川町1丁目、栄町、上水本町1丁目、津田町1丁目

2 中央西圏域

小川西町、小川東町1～5丁目、上水本町2～6丁目、津田町2～3丁目、学園西町

3 中央圏域

小川町2丁目、小川東町、学園東町1丁目

4 中央東圏域

上水南町、喜平町、学園東町(1丁目を除く)、仲町、美園町、大沼町(5丁目19番を除く)、天神町2丁目25～29番、花小金井8丁目2～10番

5 東圏域

回田町、御幸町、鈴木町、天神町(2丁目25～29番を除く)、花小金井南町、花小金井(8丁目2～10番を除く)、大沼町5丁目19番

3 ご家族や介護者について

問8 あなたの現在の世帯構成は、次のどれにあたりますか。(一つに○)

- 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 その他の家族が同居(全員65歳以上)
- 5 その他の家族が同居(65歳未満の方も同居)

問9 あなたは、日中や夜間、家で一人になることがありますか。(一つに○)

- 1 日中も夜間も一人でいることが多い
- 2 日中は一人でいることが多い(夜間は家族がいる)
- 3 夜間は一人でいることが多い(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

問10 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(一つに○)

- | | | |
|--------|---------|-----------|
| 1 配偶者 | 4 子の配偶者 | 7 介護者はいない |
| 2 兄弟姉妹 | 5 孫 | 8 その他() |
| 3 子 | 6 その他親族 | |

問11～17は、問10で、介護者が家族・親族の方(1～6)と回答した方にお聞きします。それ以外の方は、問18にお進みください。

問11 主に介護している方の性別をお聞きします。(一つに○)

- 1 男性
- 2 女性

問12 主に介護している方の年齢をお聞きします。
平成26年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問 13 主に介護している方はどこに住んでいますか。(一つに○)

- 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 14 主に介護している方は就労していますか。(一つに○)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- 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 正社員として働いていたが、介護のために退職した
- 5 契約社員・派遣社員等として働いていたが、介護のために退職した
- 6 パート・アルバイトとして働いていたが、介護のために退職した
- 7 もともと働いていなかった
- 8 その他()

問 15 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)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 介護者自身の健康に不安がある | 6 経済的な負担が大きい |
| 2 体力的につらい | 7 介護サービスが不足している |
| 3 精神的につらい | 8 自宅で医療的ケアが受けられない |
| 4 代わりを頼める人がいない | 9 特にない |
| 5 緊急時の対応に不安がある | 10 その他() |

問 16 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)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 同居している家族に頼む | 6 通所介護(デイサービス)を利用する |
| 2 別に住んでいる家族・親族に頼む | 7 お泊りデイサービスを利用する |
| 3 友人・知人などに頼む | 8 対処方法がなくて困っている |
| 4 訪問介護(ホームヘルプ)を利用する | 9 わからない |
| 5 短期入所(ショートステイ)を利用する | 10 その他() |

問 17 主に介護している方は、今後どのような介護者支援が必要だとお考えですか。(〇はいくつでも)

※この問は介護者である家族・親族の方がお答えください。

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1 訪問系サービスの充実
(ホームヘルプなど) | 6 緊急時の対応についての支援 |
| 2 通所系サービスの充実
(デイサービスなど) | 7 自宅で受けられる医療的ケア |
| 3 短期入所(ショートステイ)の充実 | 8 介護者支援に関する情報提供 |
| 4 入所施設の整備
(特別養護老人ホームなど) | 9 介護者に対する相談支援 |
| 5 認知症対策 | 10 休養や息抜きの機会の確保 |
| | 11 介護者同士の交流機会の確保 |
| | 12 その他() |

ここからは、全ての方にお聞きします。

4 介護保険サービスの利用について

問 18 あなたが介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。

(〇はいくつでも)

- 1 入院中であるため
- 2 特にまだサービスを利用するほどでもないため
- 3 家族などに介護してもらっているため
- 4 介護保険以外のサービスを利用しているため
- 5 利用したいが、利用料の支払いが困難であるため
- 6 利用したいが、事業者または施設が予約でいっぱいであるため
- 7 利用したいが、サービスの利用方法がわからないため
- 8 利用したいサービスがないため
- 9 サービスを利用することに抵抗があるため
- 10 その他()

問 19-1 あなたは、次に挙げるサービスを知っていますか。知っているサービスの「1 知っている」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

問 19-2 あなたは、次に挙げるサービスを今後利用したいと思いませんか。利用したいサービスの「2 利用したい」の欄に○をつけてください。(○はいくつでも)

サービス名	内 容	1 知 っ て い る	2 利 用 し た い
記入例	(記入例)	①	②
① <small>ほうもんかいご</small> 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。	1	2
② <small>ほうもんにゆうよくかいご</small> 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住居を訪問し、入浴介助を行います。	1	2
③ <small>ほうもんかんご</small> 訪問看護	看護師等が自宅を訪問して、療養上の世話や診療の補助を行います。	1	2
④ <small>ほうもん</small> 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。	1	2
⑤ <small>つうしょかいご</small> 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。	1	2
⑥ <small>つうしょ</small> 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。	1	2
⑦ <small>たんきにゆうしょせいかつかいご</small> 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。	1	2
⑧ <small>たんきにゆうしょりょうようかいご</small> 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。	1	2

この表は次ページに続きます ⇒

サービス名	内 容	1 知っている	2 利用したい
記入例	(記入例)	①	②
⑨ 居宅療養管理指導 <small>きょたくりょうようかんりしどう</small>	医師・歯科医師・薬剤師などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。	1	2
⑩ 福祉用具の貸与 <small>ふくしやうぐ たいよ</small>	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。	1	2
⑪ 福祉用具の購入費支給 <small>ふくしやうぐ こうにゆうひしきゆう</small>	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。	1	2
⑫ 住宅改修費の支給 <small>じゅうたくかいしゅうひ しきゆう</small>	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。	1	2
⑬ 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) <small>とくべつやうごろうじん かigoろうじんふくししせつ</small>	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。	1	2
⑭ 介護老人保健施設 <small>かigoろうじんほけんしせつ</small>	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。	1	2
⑮ 介護療養型医療施設 <small>かigoりょうやうがたいりょうしせつ</small>	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。	1	2
⑯ 特定施設入居者生活 介護 <small>とくていしせつにゆうきよしゃせいかつ かigo</small>	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。	1	2

地域密着型サービスは、住み慣れた地域でサービスを受けながら暮らせるように、市が主体となってサービスの基盤を整備し、市民に限定して提供するサービスです。

問 20-1 あなたは、次に挙げる地域密着型サービスを知っていますか。知っているサービスの「1 知っている」の欄に○をつけてください。

(○はいくつでも)

問 20-2 あなたは、次に挙げる地域密着型サービスを今後利用したいと思いませんか。利用したいサービスの「2 利用したい」の欄に○をつけてください。

(○はいくつでも)

サービス名	内 容	1 知っている	2 利用したい
記入例	(記入例)	①	②
① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <small>ていきじゅんかい ずいじたいおうがた ほうもんかいごかんご</small>	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回訪問と、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。	1	2
② 夜間対応型訪問介護 <small>やかんたいおうがたほうもんかいご</small>	夜間も安心して生活できるように、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報を受けて対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。	1	2
③ 認知症対応型通所介護 <small>にんちしょうたいおうがたつうしょかいご</small>	認知症の方が、日中の数時間を通所施設で過ごしながらか、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	1	2
④ 小規模多機能型居宅介護 <small>しょうきぼたきのうがたきよたくかいご</small>	「通い」を中心に、利用者の状態や希望、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。	1	2
⑤ 複合型サービス <small>ふくごうがた</small>	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。	1	2
⑥ 認知症高齢者グループホーム <small>にんちしょうこうれいしゃ</small>	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。	1	2
⑦ 地域密着型特別養護老人ホーム <small>ちいきみっちゃんぐがたとくべつようご ろうじん ろうじん</small>	定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームです。	1	2

問 21 あなたが介護保険サービスを利用することを想定したときに、サービス事業者に希望することはどのようなことですか。(〇はいくつでも)

- 1 対応が丁寧であること
- 2 時間が正確であること
- 3 介護技術が確かなこと
- 4 設備や道具が衛生的であること
- 5 自分や家族の話をきちんと聞いてくれること
- 6 サービスを利用するまでに待たなくてよいこと
- 7 不満や苦情を伝えやすいこと
- 8 ケアマネジャーとの連携がよく取れていること
- 9 主治医との連携が取れていること
- 10 事務手続きが迅速であること
- 11 特にない
- 12 その他 ()

5 介護保険制度の運営について

問 22 あなたは、介護保険制度を運営する上で、市が力を入れるべきことは何だと思えますか。(〇はいくつでも)

- 1 介護保険サービスの情報提供の充実
- 2 サービス事業者の質の向上
- 3 ホームヘルプやデイサービスなどの在宅サービスの充実
- 4 特別養護老人ホームなどの入所施設の整備
- 5 訪問給食サービスなどの介護保険以外の生活支援サービスの充実
- 6 認知症に関する施策の充実
- 7 医療機関と介護サービス事業所の連携推進
- 8 地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の充実
- 9 地域の人とのつながりづくりや、見守り活動の促進
- 10 高齢者の虐待対策
- 11 高齢者の権利を守る成年後見制度などの充実
- 12 特にない
- 13 その他 ()

せいねんこうけんせいど 成年後見制度について

成年後見制度とは、高齢者や障がい者など、判断能力が十分ではない方の権利を守る制度です。成年後見人等が契約や手続きなどを代行したり、本人が誤って結んだ契約を取り消したりします。

6 自由意見

問 23 介護保険サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、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。

ご回答いただいた調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(金)までに、ポストに投函してください。

小平市高齢者生活状況アンケート・介護保険サービス利用状況アンケート報告書

平成 26 年 3 月発行

発 行 小平市健康福祉部高齢者福祉課
小平市健康福祉部介護福祉課
〒187-8701 小平市小川町 2 丁目 1333 番地

小平市健康福祉部高齢者福祉課

電話： 042-346-9537
FAX： 042-346-9498
電子メール： df0012@city.kodaira.lg.jp

小平市健康福祉部介護福祉課

電話： 042-346-9823
FAX： 042-346-9498
電子メール： kaigo-fks@city.kodaira.lg.jp

¥1, 000