

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8期介護保険事業計画）（令和3～5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。

令和元年11月

小平市長 小林 正 則

◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- ① 回答は、封筒のあて名の方ご本人がお答えください。あて名の方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、『あて名ご本人』のことです。
- 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（金）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

F A X 042-346-9498

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

※ 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 この調査票は、どなたが記入していますか。(1つに○)

- | | |
|------------|------------|
| 1. あて名ご本人 | 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 () | |

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 あなたの令和元年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7 あなたがお住まいの地域はどこですか。(1つに○)

- | |
|---|
| 1. 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. 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. 小川町2丁目、小川東町(西武多摩湖線より東側)、学園東町1丁目 |
| 4. 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. 回田町、御幸町、鈴木町、天神町、花小金井南町、花小金井 |

3 医療の状況について

問8 あなたは、現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない

→問11へ

【問8で「1. ある」と回答した方におたずねします。】

問9 現在治療中、または後遺症のある病気は、次のうちどれですか。(○はいくつでも)

1. 高血圧
2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
3. 心臓病
4. 糖尿病
5. 高脂血症（脂質異常）
6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
10. 外傷（転倒・骨折等）
11. がん（悪性新生物）
12. 血液・免疫の病気
13. うつ病
14. 認知症（アルツハイマー病等）
15. パーキンソン病
16. 目の病気
17. 耳の病気
18. その他（ ）

問10 医療機関の受診形態は、次のうちどれですか。(1つに○)

1. 通院している
2. 訪問診療※を利用している
3. 通院と訪問診療※を利用している
4. 医療機関を受診していない

(※) 訪問診療

医師が定期的に自宅を訪問して、診療を行うことを言います。突発的な病状の変化時に、利用者からの要請により、医師が自宅に診察に来る「往診」とは異なるものです。

4 ご家族や介護者について

問 11 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○)

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 12 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○)

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 13 あなたを普段、主に介護している方はどなたですか。(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 |
| 7. ホームヘルパーなど | 8. その他() → 問 26 へ |
| 9. 介護者はいない | |

【ここからは、問 13 で「1」～「6」と回答した方(介護者である家族・親族の方)がお答えください。それ以外の方は7ページの問 26 にお進みください。】

問 14 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 15 主に介護している方の令和元年11月1日現在の年齢をお答えください。

() 歳

問 16 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 17 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 18 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 19 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 21 へ

【問 19 で「1. している」と回答した方におたずねします。】

問 20 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 21 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. 代わりを頼める人がいない |
| 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 22 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 (|) |
| 10. わからない | |

問 23 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。
(○はいくつでも)

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. 訪問系サービスの充実（ホームヘルプなど） | |
| 2. 通所系サービスの充実（デイサービスなど） | |
| 3. 短期入所（ショートステイ）の充実 | |
| 4. 入所施設の整備・増設（特別養護老人ホームなど） | |
| 5. 認知症対策 | |
| 6. 緊急時の対応についての支援 | |
| 7. 自宅で受けられる医療サービス（訪問診療など） | |
| 8. 介護者支援に関する情報提供 | |
| 9. 介護者に対する相談支援 | |
| 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 (|) |
| 13. 特にない | |

5 介護保険サービスの利用について

問 26 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. わからない
6. 担当のケアマネジャーはいない

問 27 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. その他（）
10. 特にない

問 28 介護保険サービスの満足度についておたずねします。

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。（1つに○）

C：「B」の欄で、「やや不満」、「不満」と答えた方は、その理由を右のページから選んで、「C」の欄に記号でお答えください。（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	B					C
	利用している	満足	やや満足	普通	やや不満	不満	「やや不満」、「不満」である場合は、その理由を右のページから選んでください。
記入例	○	1	2	3	④	5	ア、ウ
①訪問介護（ホームヘルプ）		1	2	3	4	5	
②定期巡回・随時対応型訪問介護看護		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地域密着型通所介護		1	2	3	4	5	
⑧認知症対応型通所介護		1	2	3	4	5	
⑨通所リハビリテーション（デイケア）		1	2	3	4	5	
⑩短期入所生活介護（ショートステイ）		1	2	3	4	5	
⑪短期入所療養介護（医療ショートステイ）		1	2	3	4	5	
⑫小規模多機能型居宅介護		1	2	3	4	5	
⑬居宅療養管理指導		1	2	3	4	5	
⑭福祉用具の貸与		1	2	3	4	5	
⑮福祉用具の購入費支給		1	2	3	4	5	
⑯住宅改修費の支給		1	2	3	4	5	

「やや不満」、「不満」である理由（問 28 C の選択肢）

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

問 29 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. 権利擁護センターに伝えた | |
| 8. その他（ ） | |
| 9. 不満や苦情はあるが、伝えたことはない | →問 31 へ |
| 10. 不満や苦情はない | |

【問 29 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 30 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 31 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。（1 つに○）

- | |
|-----------------------------|
| 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（ ） |

6 利用者負担について

問 32 あなたの介護保険サービスを利用したときの自己負担割合をおたずねします。(○は1つ)

※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 33 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

(令和元年 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 35 へ

【問 33 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 34 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 35 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 4. わからない

7 今後利用したいサービスについて

問 36 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）

自宅で受けるサービス		利用したい
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、入浴介助を行います。	
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・歯科医師・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		利用したい
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		利用したい
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。	
施設に短期間宿泊するサービス		利用したい
⑭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。	
⑮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。	

問 36 の続きです。

通い、訪問、泊まりなどを組み合わせて受けるサービス		利用したい
⑩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。	
⑪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。	
認知症の方のためのサービス		利用したい
⑫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。	
⑬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、食事や入浴などの支援を受けるサービスです。	
施設に入所して受けるサービス		利用したい
⑭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。	
⑮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。	
⑯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。	
⑰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。	
⑱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。	

8 今後の生活について

問 37 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. 有料老人ホームに入所したい
5. その他（ ）
6. わからない

問 38 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（）
10. 特にない

問 39 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などの施設
5. 高齢者向けのケア住宅
6. その他（）
7. わからない

問 40 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、家族や友人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. 一応話し合ったことがある
3. 話し合ったことがない

9 介護保険制度の運営について

問 41 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いますか。
(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. 介護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. 地域の見守り活動の促進
10. 高齢者が気軽に通うことができる交流の場（サロンなど）の充実
11. 高齢者の虐待対策
12. 高齢者の権利を守る成年後見制度※などの充実
13. その他（ ）
14. 特になし

(※) 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。

問 42 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。

[illegible]

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(金)まで**に、切手を貼らずにポストに投函してください。