

資料編

小平市 高齢者生活状況アンケート

— 調査へのご協力をお願い —

日頃より、市政にご理解とご協力をたまわり、誠にありがとうございます。

市ではこのたび、高齢者の方の生活状況や、支援サービスの利用意向等を把握するために、市内にお住まいの65歳以上の方を対象に、アンケート調査を実施することとなりました。この調査の結果は、今後高齢者福祉サービスの充実のために役立てていくとともに、来年度策定する次期高齢者保健福祉計画の基礎資料として活用させていただきます。

調査結果は、後日、報告書および市ホームページへの掲載という形で公表いたしますが、全て統計的に処理いたしますので、あなたやご家族の方のお名前や回答内容が公表されることはありません。

お忙しいところ恐縮ですが、この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。

平成23年1月

小平市長 小林 正則

ご記入にあたって

- ① 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。特にことわりがある場合以外は、あて名ご本人のことをお書きください。
- ② ご本人が回答できない場合は、ご家族の方やサポートしている方にご記入をお願いいたします。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」と回答した場合は、その内容を（ ）内にお書きください。
- ④ 回答を記述していただく質問もありますので、設問にしたがってご記入ください。
- ⑤ この調査票や返信用封筒には、お名前を書かないでください。
- ⑥ 設問内容などにご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。

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(月)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 保健師・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23年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問4 あなたがお住まいの地域はどこですか。(一つに○)

- 西圏域
栄町、中島町、小川町1丁目、たかの台、津田町1丁目、上水新町、
上水本町1丁目
- 中央西圏域
小川西町、小川東町、小川町2丁目、津田町2~3丁目、学園西町、
上水本町2~6丁目
- 中央東圏域
美園町、大沼町、仲町、学園東町、喜平町、上水南町
- 東圏域
花小金井、天神町、鈴木町、花小金井南町、回田町、御幸町
- 市外の施設やグループホーム等

問5 あなたは現在、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度、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、身のまわりのことは大体自分でできる
- 3 病気や障がいがあり、身のまわりのことに手助けが必要である
- 4 重い病気や障がいがあり、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、かかりつけの医師がいますか。いる場合は、医師のいる医療機関をお答えください。(一つに○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 市内の病院・総合病院 | 4 市外の診療所・医院・クリニック |
| 2 市内の診療所・医院・クリニック | 5 かかりつけ医はいない |
| 3 市外の病院・総合病院 | |

問 11 あなたには、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 その他 ()

問 12 あなたには、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 | 3 あまり運動していない |
| 2 週に数回運動している | |

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

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。

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。

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 是非参加 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生活習慣病の予防	1	2	3	4
②運動機能の向上（膝痛・腰痛予防）	1	2	3	4
③食生活（栄養等）の改善	1	2	3	4
④口腔機能（嚙む・飲み込む）の向上	1	2	3	4
⑤認知症予防	1	2	3	4
⑥高齢期のうつ予防	1	2	3	4
⑦閉じこもり防止	1	2	3	4
⑧その他（具体的に：)	1	2	3	4

3 日常生活について

問 16 あなたには、日常生活で困っていることがありますか。
(○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 17 あなたには、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 18 あなたには、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 | 8 ケアマネジャー |
| 2 その他の親族 | 9 民生委員・児童委員 |
| 3 近所の人 | 10 地域包括支援センター |
| 4 友人・知人 | 11 市役所 |
| 5 医師・医療関係者 | 12 誰もいない |
| 6 保健師 | 13 その他() |
| 7 ホームヘルパー | |

問 19 あなたのお住まいの種類をお聞きします。(一つに〇)

- | | |
|--------------|-------------------|
| 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・公団・公社などの公営住宅 |
| 3 一戸建ての借家 | 8 社宅・官舎 |
| 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 20 あなたには、住まいについて困っていることがありますか。
(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------|----------------|
| 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 21 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。
(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 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 ホームページ | 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 22 あなたは、次のような見守りや声かけを希望しますか。
(〇はいくつでも)

- 1 配食による見守り（食事を配達するときに、安否を確認します）
- 2 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）
- 3 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）
- 4 電話訪問（週1回、電話による見守りを行います）
- 5 地域包括支援センター職員による見守り
- 6 民生委員・児童委員による見守り
- 7 近所の人や地域のボランティアによる見守り
- 8 希望しない

問 23 あなたは、次のような相談窓口を知っていましたか。
(それぞれ一つに〇)

名称と内容	↓ 回答はこちらに ↓
<p>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、高齢者や家族の相談を受けたり、見守りや支援を行う、地域の総合的な拠点です。</p>	<ol style="list-style-type: none">1 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
<p>②権利擁護センターこだいら</p> <p>高齢者の権利を守るために、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度、苦情相談受付、法律専門相談を実施しているセンターです。</p>	<ol style="list-style-type: none">1 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

問 24 あなたは今後、福祉に関して次のような機関や支援者に相談したいと思いますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------|---------------|
| 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 あなたには、介護が必要になった場合などに、お金の管理や通帳・重要書類の管理などを任せられる人がいますか。(一つに〇)

- 1 家族・親族に任せる
- 2 友人・知人などに任せる
- 3 専門家などと契約して任せる
- 4 社会福祉協議会(権利擁護センターこだいら)などの福祉サービスを活用する
- 5 任せられる人はいない
- 6 その他()

権利擁護事業について

成年後見制度

高齢者や障害者など、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。

地域福祉権利擁護事業

高齢者や障害者など、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 26 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・社会参加について

問 27 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○)

- | | |
|-----------|-------------|
| 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 28 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。
(○はいくつでも)

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

問 29 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。(○はいくつでも)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 徒歩 | 6 バス |
| 2 自転車 | 7 タクシー |
| 3 自動車(自分で運転) | 8 福祉車両 |
| 4 自動車(家族などが運転) | 9 ほとんど外出しない |
| 5 電車 | 10 その他() |

問 30 あなたは普段、どの程度の近所づきあいをしていますか。
(近いもの一つに○)

- 1 家に行き来するなど、親しくつきあっている人がいる
- 2 立ち話をする程度のつきあいが多い
- 3 あいさつをする程度のつきあいが多い
- 4 近所づきあいはほとんどない

問 31 あなたは普段、家族・親族以外にどのような人との関わりがありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-------------|------------------|
| 1 近所の人 | 6 自治会・町内会の役員 |
| 2 友人・知人 | 7 ボランティア・NPO 関係者 |
| 3 ホームヘルパー | 8 人との関わりはあまりない |
| 4 ケアマネジャー | 9 その他 () |
| 5 民生委員・児童委員 | |

問 32 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 33 あなたは現在、次のような社会活動に参加していますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------------------|--|
| 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 34 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・支援するための施設です。ボランティアをしたい人と、してほしい人をつないだり、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 35 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

6 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36 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37 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38 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、介護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、ある程度の介護サービスが受けられればよい
- 3 介護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

7 今後の生活について

在宅の介護保険サービス

訪問系サービス

ヘルパーなどが自宅を訪問して、介護などを行うサービスです。

(ホームヘルプなど)

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)

短期入所(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。

問 39 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 自宅で介護を受けたい(主に、家族の介護)
- 2 自宅で介護を受けたい(主に、ホームヘルプなどの訪問系サービスを利用)
- 3 自宅で介護を受けたい(主に、デイサービスなどの通所系サービスを利用)
- 4 施設等に入所したい(特別養護老人ホームに入所したい)
- 5 施設等に入所したい(グループホームに入所したい)
- 6 施設等に入所したい(有料老人ホームに入所したい)
- 7 わからない
- 8 その他()

問 40 問 39 で「自宅で介護を受けたい(1・2・3)」と回答した方にお聞きします。自宅で生活したい理由は何ですか。(○はいくつでも)

- 1 住み慣れた家での生活を続けたいから
- 2 家族と一緒にいたいから
- 3 施設等での生活は不安だから
- 4 わからない
- 5 その他()

問 41 問 39 で「施設等に入所したい（4・5・6）」と回答した方にお聞きします。施設に入りたい理由は何ですか。（〇はいくつでも）

- 1 介護に関して家族に、心身の負担をかけたくないから
- 2 介護に関して家族に、経済的な負担をかけたくないから
- 3 介護してくれる人がいないから
- 4 施設等で専門的な介護を受けたいから
- 5 施設等のほうが安心して暮らせるから
- 6 わからない
- 7 その他（)

問 42 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。（〇はいくつでも）

- 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 住まいに支障がある
- 5 買い物や通院などの外出に支障がある
- 6 緊急時の対応に不安がある
- 7 特にない
- 8 その他（)

問 43 あなたは、高齢者の方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 働く機会や場の確保
- 2 社会活動参加への支援（ボランティアや地域活動など）
- 3 趣味や生きがいづくり、余暇活動の支援
- 4 健康づくりや介護予防のための支援
- 5 福祉や介護保険サービスの情報提供の充実
- 6 ホームヘルプなどの訪問系サービスの充実
- 7 デイサービスなどの通所系サービスの充実
- 8 ショートステイなどの短期入所の充実
- 9 介護保険以外の保健福祉サービスの充実
（訪問給食サービス・緊急通報システムなど）
- 10 地域の人つながりづくりや、見守り活動の促進
- 11 高齢者に配慮した住まいや、住環境づくり
- 12 高齢者が外出しやすい公共施設・交通機関の整備
- 13 入所施設の整備（特別養護老人ホームなど）
- 14 特にない
- 15 その他（)

8 自由意見

問 44 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(月)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実態調査

— 調査へのご協力をお願い —

日頃より、市政にご理解とご協力をたまわり、誠にありがとうございます。

市ではこのたび、介護保険サービスの利用状況・利用意向等を把握するために、要支援・要介護認定を受けている方を対象に、アンケート調査を実施することとなりました。この調査の結果は、今後介護保険事業の充実のために役立てていくとともに、来年度策定する次期介護保険事業計画の基礎資料として活用させていただきます。

調査結果は、後日報告書および市ホームページへの掲載という形で公表いたしますが、全て統計的に処理いたしますので、あなたやご家族の方のお名前や回答内容が公表されることはありません。

お忙しいところ恐縮ですが、この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。

平成 23 年 1 月

小平市長 小林 正則

ご記入にあたって

- ① 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。特にことわりがある場合以外は、あて名ご本人のことをお書きください。
- ② ご本人が回答できない場合は、ご家族の方やサポートしている方にご記入をお願いいたします。
- ③ あてはまる番号に○をつけてご回答ください。「その他」と回答した場合は、その内容を（ ）内にお書きください。
- ④ 回答を記述していただく質問もありますので、設問にしたがってご記入ください。
- ⑤ この調査票や返信用封筒には、お名前を書かないでください。
- ⑥ 設問内容などにご不明の点などがありましたら、問合せ先までご連絡ください。

ご回答いただいた調査票は、同封の高齢者福祉課宛の返信用封筒（切手不要）に入れて、

1月31日(月)まで に、ポストに投函してください。

【調査実施】小平市 介護福祉課 ・ 高齢者福祉課

【問合せ先】電話 042-346-9823（介護福祉課 庶務係 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 保健師・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23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 | 10 施設等に入所している(特別養護老人ホーム・老人保健施設・認知症高齢者グループホーム・有料老人ホームなど) |
| 2 借地の一戸建ての持家 | |
| 3 一戸建ての借家 | |
| 4 分譲マンション | |
| 5 賃貸マンション | |
| 6 賃貸アパート | |
| 7 都営・公団・公社などの公営住宅 | |
| 8 社宅・官舎 | |
| 9 間借り・住み込み | 11 その他() |



施設等に入所している方は、
「**9 施設サービス等について**」
(14 ページ)までお進みください。
(3~8は回答不要です)

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
栄町、中島町、小川町1丁目、たかの台、津田町1丁目、上水新町、
上水本町1丁目
- 2 中央西圏域
小川西町、小川東町、小川町2丁目、津田町2~3丁目、学園西町、
上水本町2~6丁目
- 3 中央東圏域
美園町、大沼町、仲町、学園東町、喜平町、上水南町
- 4 東圏域
花小金井、天神町、鈴木町、花小金井南町、回田町、御幸町

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 あなたには、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 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。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 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。主に介護している方の平成23年1月1日現在の年齢をお書きください。

歳

問 13 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。主に介護している方が、困っていることは何ですか。（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 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 14 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。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 | 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（ ） |

4 サービス利用の有無について

居宅サービスとは

居宅サービスとは、在宅で生活している要支援者・要介護者に提供される介護サービスです。訪問介護（ホームヘルプ）などの訪問系サービス、通所介護（デイサービス）などの通所系サービス、短期入所（ショートステイ）などがあります。

問 15 あなたは現在、居宅サービスを利用していますか。（一つに〇）

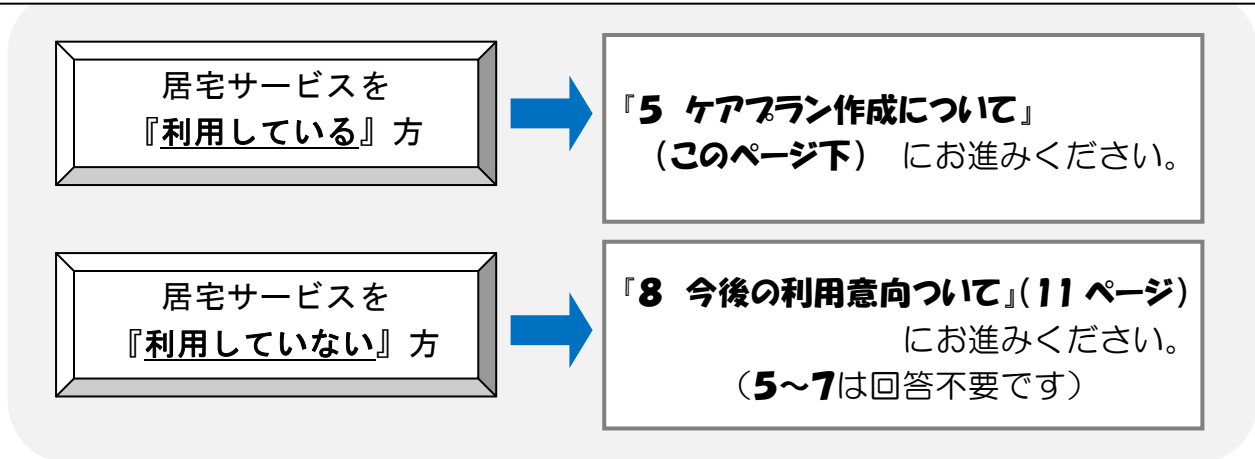
※ 要支援の方が利用する「介護予防サービス」も含まれます。

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

問 16 問 15で「2 利用していない」と回答した方にお聞きします。居宅サービスを利用していない理由はなんですか。(〇はいくつでも)

- 1 病気で入院中だから
- 2 特にまだサービスを利用するほどでもないから
- 3 家族などに介護してもらっているから
- 4 介護保険以外のサービスを利用しているから
- 5 利用したいが、利用料の支払いが困難であるから
- 6 利用したいが、事業者または施設が予約でいっぱいだから
- 7 利用したいが、サービスの利用方法がわからないから
- 8 その他()

☆ ここから先は、居宅サービス利用の有無によって、以下のようにお進みください



5 ケアプラン作成について

この章は、**居宅サービスを利用している方**にご回答いただきます。

問 17 あなたは、要支援・要介護認定を受けた後、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）や地域包括支援センターに居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼しましたか。(一つに〇)

- 1 居宅介護支援事業者のケアマネジャーに作成を依頼した
- 2 地域包括支援センターに作成を依頼した
- 3 自分で作成したので、依頼していない

問 18 問 17で「1 居宅介護支援事業者のケアマネジャーに作成を依頼した」と回答した方にお聞きします。居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）は、どのように選びましたか（〇はいくつでも）

- 1 市のパンフレットや事業者一覧を見た
- 2 市の窓口や地域包括支援センターに相談した
- 3 知人や家族から評判を聞いた
- 4 事業者のパンフレットなどを見た
- 5 ホームページの情報を見た
- 6 その他（)

問 19 問 17で「1 居宅介護支援事業者のケアマネジャーに作成を依頼した」と回答した方にお聞きします。あなたは、担当のケアマネジャーの対応に満足していますか。（一つに〇）

- | | |
|-----------|---------|
| 1 満足している | 3 不満がある |
| 2 やや不満がある | 4 わからない |

問 20 問 17で「1 居宅介護支援事業者のケアマネジャーに作成を依頼した」と回答した方にお聞きします。あなたは、ケアマネジャー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（)

6 居宅サービスについて

この章は、**居宅サービスを利用している方**にご回答いただきます。

※ この章のサービスには、要支援の方が利用する「介護予防サービス」も含まれます。

問21 あなたは、次に挙げる居宅サービスを利用していますか。利用している方は、あてはまるサービスの「利用している」の欄に○をつけ、右のサービスの満足度についてもお答えください。

※ 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

(1) 訪問系サービス

訪問系サービス	利用している	↓ 利用している方はいずれかに○ ↓				
		満足	やや満足	普通	やや不満	不満
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

(2) 通所系サービス

通所系サービス	利用している	↓ 利用している方はいずれかに○ ↓				
		満足	やや満足	普通	やや不満	不満
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

(3) その他のサービス

その他のサービス	利用している	↓ 利用している方はいずれかに○ ↓				
		満足	やや満足	普通	やや不満	不満
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

問 22 居宅サービスの利用に関して、次のようなことで困ったことがありますか。あてはまるものに○をつけ、サービスの種類を問 21 の①～⑮の番号でご記入ください。

	あてはまるものに ○	サービスの種類
困ったことはない		
サービスに関する情報が少ない		
利用したいサービスを利用できない		
利用できる回数や時間が足りない		
サービスの内容が良くない		
事業者の対応が良くない		
契約の内容とサービスが違っている		
利用料の負担が大きい		
その他 ()		

問 23 あなたは、居宅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 担当職員に直接伝えた | 5 家族や身近な人に伝えた |
| 2 事業所の苦情受付窓口に伝えた | 6 伝えたことはない |
| 3 ケアマネジャーに伝えた | 7 その他 () |
| 4 市の職員に伝えた | |

問 24 問 23 で「不満や苦情を伝えた(1~5)」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 25 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 () |

7 利用者負担について

この章は、**居宅サービスを利用している方**にご回答いただきます。

問 26 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。(一つに〇)

※ 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 |

問 27 問 26 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。(〇はいくつでも)

- 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 28 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
- 4 わからない

8 今後の利用意向について

この章は、**サービスを利用している方、利用していない方、
どちらの方にも**ご回答いただきます。

問 29 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せんか。利用
したい方は、あてはまるサービスの「利用したい」の欄に〇をつけてくださ
い。現在利用しているサービスについても、今後引き続き利用したい場合は
〇をつけてください(〇はいくつでも)

サービス名	内 容	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 の住居を訪問し、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て、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。	

サービス名	内 容	利用したい
⑤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、生活機能訓練を受けます。	
⑥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。	
⑫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。	
⑬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。	
⑭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。	
⑮介護療養型医療施設	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	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。	

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、市町村が主体となってサービスの基盤を整備し、小平市民に限定して提供するサービスです。

問 30 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せんか。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。(○はいくつでも)

地域密着型サービス	内 容	利用したい
①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。	
②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。	
③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。	
④夜間対応型訪問介護	24時間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。	
⑤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 31 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。(○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良いこと
- 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 その他()

在宅の方



「10 自由意見」(16 ページ)
にお進みください。
(「9」は回答不要です)

9 施設サービス等について

この章は、現在施設等に入所している方にご回答いただきます。

問 32 あなたが入所している施設等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 33 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) | 3 その他の個室 |
| 2 ユニット型個室 | 4 その他 () |

問 34 問 33 で「1 多床室(2人部屋・4人部屋)」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 35 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	やや満足	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 36 あなたは、施設での生活に関して困っていることがある場合、どのよ
うなことで困っていますか。(○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 37 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 38 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。(〇はいくつでも)

- 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 訪問系サービスが不十分(ホームヘルプなど)
- 4 通所系サービスが不十分(デイサービスなど)
- 5 短期入所(ショートステイ)が不十分
- 6 住まいに支障がある
- 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 特にない
- 10 その他()

10 自由意見

全ての方にご回答をお願いします。

問 39 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、同封の高齢者福祉課宛の返信用封筒(切手不要)
に入れて、

1月31日(月)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)

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実態調査報告書

平成 23 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

¥ 600

この印刷物は、再生紙を利用しています。