

# 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 ご本人が回答できない場合は、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 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<br>(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<br>(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<br>(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 「4 やや不満」、「5 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) <small>ほうもんかいご</small>		1	2	3	4	5	
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>		1	2	3	4	5	
③ 訪問入浴介護 <small>ほうもんにゆうよくかいご</small>		1	2	3	4	5	
④ 訪問看護 <small>ほうもんかんご</small>		1	2	3	4	5	
⑤ 訪問リハビリテーション <small>ほうもん</small>		1	2	3	4	5	
⑥ 通所介護 (デイサービス) <small>つうしょかいご</small>		1	2	3	4	5	
⑦ 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>		1	2	3	4	5	
⑧ 通所リハビリテーション (デイケア) <small>つうしょ</small>		1	2	3	4	5	

「4 やや不満」、「5 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) |

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 <small>たんにきゅ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)		1	2	3	4	5	
⑩ <small>たんにきゅ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)		1	2	3	4	5	
⑪ <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		1	2	3	4	5	
⑫ <small>きよたくりょうようかんりしどう</small> 居宅療養管理指導		1	2	3	4	5	
⑬ <small>ふくしょうぐ たいよ</small> 福祉用具の貸与		1	2	3	4	5	
⑭ <small>ふくしょうぐ こうにゆうひしきゆう</small> 福祉用具の購入費支給		1	2	3	4	5	
⑮ <small>じゅうたくかいしゅうひ しきゆう</small> 住宅改修費の支給		1	2	3	4	5	

「4 やや不満」、 「5 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。(○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○)

- |            |            |
|------------|------------|
| 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○)

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 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</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。	

### 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 地域の人をつながりづくりや、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。

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