

# 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年〇月

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、〇月〇日（〇）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. 施設の職員  | 4. 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

削除 問11 あなたは希望通りの施設に入所できましたか。(1つに○)

- 1. 希望通りの施設に入所できた
- 2. 希望通りではないが、ある程度希望に近い施設に入所できた
- 3. 入所できたが希望通りではない

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	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. 特にない	

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○)

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

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. 介護相談員*に伝えた  |
| 5. 地域包括支援センターに伝えた            | 6. 市の担当窓口に伝えた  |
| 7. <del>権利擁護センター</del> に伝えた  |                |
| 7. 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口に伝えた | 追加             |

8. その他 ( )

9. 不満や苦情はあるが、伝えたことはない

→問 17 へ

10. 不満や苦情はない

【問 14 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 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が想定した場合、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. 特になし

**削除** 問 17 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。 (○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

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、〇月〇日(〇)までに、切手を貼らずに  
ポストに投函してください。