

# 小平市 介護保険サービス利用状況アンケート（案）

— 調査へのご協力をお願い —

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、介護保険サービスを利用されていない方の中から、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。



**削除** 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1 あなたの性別をおたずねします。(1つに○)

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

問2 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3 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4 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5 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6 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7 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○)

## 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( ) |
| 9. 介護者はいない   |           |

→問 29 へ

【ここからは、問 14 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 30 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4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 21 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きますか。(1つに○)

1. している

2. していない

→問 23 へ

【問 21 で「1. している」と回答した方におたずねします。】

問 22 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 23 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 24 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 ( )

問 25 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. 介護保険サービスなどの情報提供
2. 排泄介助など介護技術を学ぶ場
3. 介護者に対する相談支援
4. 認知症の人に対する介護方法
5. 介護者同士の交流の場
6. ショートステイなど、介護者の負担軽減のために利用できる介護サービス
7. 緊急時の対応についての支援
8. 自宅で受けられる医療サービス（訪問診療など）
9. 声かけや見守りなどの地域の支え
10. 休養や息抜きの機会の確保
11. その他（ ）

問 26 介護を受けている方には、認知症の症状や疑いがありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない

→問 29 へ

【問 26 で「1. ある」と回答した方におたずねします。】

問 27 認知症の症状や疑いについて、どちらに相談しましたか。(○はいくつでも)

1. 地域包括支援センター
2. 市役所
3. かかりつけ医
4. かかりつけ医以外の医療機関
5. もの忘れ相談医※
6. 認知症疾患医療センター（国立精神・神経医療研究センター病院）
7. その他（ ）
8. 相談していない

(※) もの忘れ相談医

ふだん診療していない人に対しても、認知症の相談を受け付け、認知症の診断ができる病院等を紹介する医療機関で、小平市独自の制度です。



新規

- )

**【ここからは、すべての方におたずねします。】**

## 5 介護保険サービスの利用について

問 29 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。(○はいくつでも)

- )

問 30 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。（○はいくつでも）

自宅で受けるサービス		利用したいサービス
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	医師や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		利用したいサービス
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		利用したいサービス
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。	
⑭認知症対応型通所介護（認知症の方のデイサービス）	認知症の方が、通所施設に通って、食事や入浴などの支援や機能訓練を受けます。	

問 30 の続きです。

施設に短期間宿泊するサービス		利用したいサービス
⑮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。	
⑯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。	
通い、訪問、泊まりなどを組み合わせて受けるサービス		利用したいサービス
⑰小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、利用者の状態や、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。	
⑱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。	
施設に入所して受けるサービス		利用したいサービス
⑲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。	
⑳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。	
㉑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。	
㉒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。	
㉓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。	
㉔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。	

## 6 今後の生活について

問 31 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. 介護付き有料老人ホームに入所したい
5. その他 ( )
6. わからない

問 32 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 33 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
5. 介護付き有料老人ホーム
6. その他 ( )
7. わからない

問 34 あなたは、人生の最期の過ごし方や受けたい医療などについて、家族や医師、ケアマネジャーなど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. 多少話し合ったことがある
- 3. 話し合ったことがない

問 35 介護保険サービスへのご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にご記入ください。

**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、○月○日(○)までに、切手を貼らずにポストに投函してください。