

高齢者福祉及び介護保険に関するサービスアンケート調査

【調査ご協力のお願い】 （介護サービス利用者）案

日頃から、本市の高齢者福祉行政に、ご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
本調査は、佐倉市の第6期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定の基礎資料とするため、介護サービスの利用状況や介護に対する要望などをおうかがいするものです。アンケート調査をお願いする方は、市内にお住まいで、介護保険の認定を受けている方を対象に無作為に選ばせていただきました。

なお、この調査への回答は統計的に処理しますので、個人が明らかになるなど、ご回答いただいた方にご迷惑をおかけすることはありません。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート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26年7月

佐倉市長 蕨 和雄

【ご記入にあたってのお願い】

- 1 ご記入は、ボールペンまたは鉛筆でお願いいたします。
- 2 この調査は、あて名のご本人がお答えください。
- 3 ご本人がお答えできない場合には、ご家族の方などが、ご本人の立場に立ってお答えください。
- 4 回答は、**平成26年6月15日**現在の状況でお答えください。
- 5 回答は、あてはまる項目の番号を○で囲ってください。「その他」に○をつけた場合は、なるべく具体的に内容をご記入ください。
- 6 ご回答いただいた調査票は、**●月●●日(●)**までに同封された返信用の封筒（切手不要）を使って、投函してください。
- 7 調査の内容や記入の方法などについて、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

佐倉市役所 福祉部 高齢者福祉課 生きがい支援班

電話：043-484-6243（直通） 043-484-1111（代表）

★ご家族の方などがご本人に代わって回答いただける場合には、次のページからの各問に回答をお願いします。あて名のご本人が、平成26年6月15日現在、介護保険施設等に入所されている場合などの理由で回答できない場合は、その理由を下記から選んで○をつけ、そのままご返送ください。

- | | |
|--|---------------|
| 1 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）に入所中 | |
| 2 病院に長期入院中 | 3 グループホームに入所中 |
| 4 有料老人ホームに入所中 | 5 その他の理由（ |

(1) 調査票の回答者についておうかがいします

問 1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。 (1つに〇)

- 1. ご本人（要介護（要支援）認定を受けた方）
- 2. ご本人が回答して、ご家族の方などが記入
- 3. ご家族の方などが本人にかわって回答



問 1-1. 問 1 で「3」を選んだ方にお聞きします。ご本人との続柄をお答えください。 (1つに〇)

- 1. 配偶者
- 2. 子ども
- 3. その他の親族
- 4. 知人・友人
- 5. その他 ()

【※ご本人にかわって回答される場合は、ご本人の立場に立ってお答えください】

(2) あて名ご本人（以下、「ご本人」）についておうかがいします

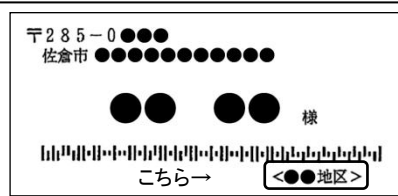
問 2. ご本人の性別と年齢（平成26年6月15日現在）について、お答えください。 (それぞれ1つに〇)

1) 性別	1. 男性	2. 女性	
2) 年齢	1. 40～64 歳	2. 65～69 歳	3. 70～74 歳
	4. 75～79 歳	5. 80～84 歳	6. 85～89 歳
	7. 90 歳以上		

問 3. ご本人の住まいはどの地域ですか。 (1つに〇)

- 1. 佐倉地区
- 2. 臼井地区
- 3. 志津地区
- 4. 根郷地区
- 5. 和田地区
- 6. 弥富地区
- 7. 千代田地区

封筒の宛名に記載されている地区と同じものに〇を付けてください。



問 4. 現在のご本人の介護度は次のうちどれですか。 (1つに〇)

- 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
- 8. わからない

問 5. ご本人が要支援・要介護状態になった主な原因は何ですか。 (あてはまるものにすべて〇)

- 1. 脳血管疾患
- 2. 高齢による衰弱
- 3. 転倒・骨折
- 4. 認知症
- 5. 関節疾患（リウマチなど）
- 6. 心臓病
- 7. 呼吸器疾患
- 8. 糖尿病
- 9. パーキンソン病
- 10. その他 ()

問 6. 初めて介護認定を受けてから現在までの期間はどのくらいですか。 (1つに○)

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1 半年以内 | 2 半年以上～1年未満 | 3 1年以上～2年未満 |
| 4 2年以上～3年未満 | 5 3年以上～5年未満 | 6 5年以上 |

問 7. ご本人の世帯の状況をお答えください。 (1つに○)

- | | | |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. ひとり暮らし
⇒問 8. へ | 2. 家族などと同居
(二世帯住宅を含む)
⇒問 7-1. へ | 3. その他(施設入居など)
⇒問 8. へ |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|

問 7-1. (家族などと同居されている方のみ) ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。 (あてはまるものすべてに○)

人

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 5. 孫 |
| 2. 息子 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 3. 娘 | 7. その他() |
| 4. 子の配偶者 | |

(3) ご本人の住まいと今後の希望についておうかがいします

問 8. ご本人の住まいは次のうちどれですか。 (1つに○)

- | | | |
|------------|--------------|------------|
| 1. 一戸建て持ち家 | 2. 一戸建て借家 | 3. 分譲マンション |
| 4. 賃貸マンション | 5. 県営住宅・市営住宅 | 6. アパート |
| 7. 社宅、官舎 | 8. その他() | |

問 9. 現在のお住まいは在宅介護に適していると思いますか。 (1つに○)

- | | |
|--------|-------|
| 1. いいえ | 2. はい |
|--------|-------|

問 9-1. 問 9 で「1 いいえ」を選んだ方にお聞きします。どこが適していないと思いますか。 (あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. ご本人の専用の居室がないこと | 9. 風呂場に手すりが付いていない |
| 2. 室内、室外に段差があり、移動に支障がある | 10. 風呂場のドアが開けにくい |
| 3. 階段がある | 11. トイレに介助者が一緒に入れない |
| 4. 室内や廊下に手すりが付いていない | 12. トイレが車椅子で利用できない |
| 5. 廊下などの通路が狭い | 13. トイレに手すりが付いていない |
| 6. エレベーターが設置されていない | 14. トイレのドアが開けにくい |
| 7. 風呂場に介助者が一緒に入れない | 15. その他() |
| 8. 浴槽の立ち上がりが高い | |

(4) 介護保険サービスの利用状況についておうかがいします

問 10. 介護サービスの計画（ケアプラン）の内容に満足していますか。 (1つに○)

- | | | |
|---------------|------------|--------------|
| 1. 満足している | 3. やや不満である | 5. どちらともいえない |
| 2. おおむね満足している | 4. 不満である | |

※問 10 で「3. やや不満である」、「4. 不満である」と回答した方にお聞きします。

問 10-1. ご本人が不満である理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 自分が希望しない種類のサービスが入っていること
2. 自分が希望する種類のサービスが入っていないこと
3. サービスを受ける事業所が希望と異なること
4. サービスを受ける回数が希望と異なること
5. サービスを受ける曜日・時間が希望と異なること
6. その他 ()

問 11. ご本人は、利用したサービスについて満足していますか。

利用したものすべてに○をつけてください。(あてはまるものすべてに○)

また、それぞれの満足度について、該当するもの1つに○をつけてください。

(「やや不満」「不満」に○をつけた方は、不満の理由もご記入ください。)

不満のある方

サービスの種類	利用した	→	満足	やや満足	やや不満	不満	不満の理由
例	①		1.	②	3.	4.	
(1) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(2) 夜間対応型訪問介護 ※1	1.		1.	2.	3.	4.	
(3) 訪問入浴介護	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(4) 訪問看護	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(5) 訪問リハビリテーション	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(6) 居宅療養管理指導※2	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(7) 通所介護(デイサービス)	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(8) 通所リハビリテーション (デイケア)	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(9) 認知症対応型通所介護 ※3	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(10) 短期入所生活介護 (ショートステイ)	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(11) 短期入所療養介護 (医療ショートステイ)	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(12) 福祉用具貸与	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(13) 福祉用具購入費の支給	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(14) 住宅改修費の支給	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(15) 小規模多機能型居宅 介護※4	1.	→	1.	2.	3.	4.	
(16) 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護※5	1.	→	1.	2.	3.	4.	

※1 夜間対応型訪問介護：24時間安心して在宅生活を送れるよう、定期的な巡回や通報により夜間に行う訪問介護サービス

※2 居宅療養管理指導：医師、歯科医師、薬剤師等が家庭を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービス

※3 認知症対応型通所介護：認知症の方を対象として、日常生活に必要な入浴・排せつ・食事などの身の回りの世話や機能訓練を施設などで受けるサービス

※4 小規模多機能型居宅介護：小規模な施設で、通いを中心としながら、訪問や短期宿泊を組み合わせたサービス

※5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：1日複数回の定期的な訪問と要請に応じて24時間対応での随時訪問がセットとなった定額サービス

問 12. 今後、介護保険制度にかかわる施策で重点的に取り組んでほしいものは何ですか。
(あてはまるもの3つまで○)

1. 介護保険制度のしくみや利用方法に関する情報提供の充実
2. 介護支援専門員（ケアマネジャー）やサービス提供事業者に関する情報提供の充実
3. 苦情・相談窓口の充実
4. 介護専門職の資質の向上支援
5. 認知症高齢者などの権利を守るための制度の充実
6. 低所得者への負担軽減対策
7. 介護予防や要介護度の進行防止のための介護予防事業の充実
8. 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
9. 介護保険サービスの量や質の充実
10. 保健・医療・福祉機関との連携・協力
11. その他（具体的に： _____)
12. 特にない

(5) 今後の介護保険制度にかかわる施策についておうかがいします

問 13. ご本人の介護保険料の段階は次のうちどれですか。

(1つに○)

1. 第1段階 (平成26年度保険料年額 28,200円)
2. 第2段階 (平成26年度保険料年額 28,200円)
3. 特例第3段階 (平成26年度保険料年額 36,700円)
4. 第3段階 (平成26年度保険料年額 42,300円)
5. 特例第4段階 (平成26年度保険料年額 47,900円)
6. 第4段階 (平成26年度保険料年額 56,400円)
7. 第5段階 (平成26年度保険料年額 64,900円)
8. 第6段階 (平成26年度保険料年額 70,500円)
9. 第7段階 (平成26年度保険料年額 84,600円)
10. 第8段階 (平成26年度保険料年額 98,700円)
11. 40歳から64歳までの第2号被保険者
12. わからない

※保険料の段階は、市から送付された「介護保険料納付通知書(介護保険料(特別徴収)決定通知書)」をご覧ください。

問 14. 現在、ご本人の支払っている介護保険料について家計への影響は次の内どれに近いですか。

(1つに○)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 大きい | 2. やや大きい | 3. 適当である |
| 4. やや小さい | 5. 小さい | 6. わからない |

問 15. 介護保険制度は、介護が必要な方にサービスを提供する費用として皆様の負担(1割)の他に40歳以上の方から徴収した保険料などを充てております。介護保険制度で提供する介護サービスや介護予防のサービスの範囲について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。

(1つに○)

1. 保険料が高くなっても、できるだけ多くの介護サービスが充実していればよい
2. 保険料があまり高くないように、保険で提供するサービスを限定する
3. 現状のままだがよい
4. 介護サービスについては、保険の提供を受けなくとも、家族の介護や個人の費用負担で賄えばよい
5. その他 ()
6. わからない

問 16. 特別養護老人ホームの整備に関するお考えに最も近いものは次の内どれですか。
(1つに○)

※参考

佐倉市の特別養護老人ホームは、現在 809 ベッドが整備済みです。
100 ベッドを整備することにより、1人あたりの介護保険料の負担月額が
約100円、年額にして、約1,200円上がります。

1. 保険料は高くなってもいいから、施設を増やしてほしい
2. 保険料とのバランスをとって、必要最小限だけ施設を増やしてほしい
3. 保険料が高くなるのは困るから、施設はあまり増やさないでほしい
4. わからない

問 17. 仮に、施設に入所する場合、介護費用や食費・光熱水費など全てを含めて月々の支払額はどのくらいまでなら負担できますか
(1つに○)

- | | |
|-----------|----------------|
| 1. 6万円以下 | 4. 20万円以下 |
| 2. 10万円以下 | 5. 20万円を超えてもよい |
| 3. 15万円以下 | 6. わからない |

問 18. ご本人が介護保険のサービスを利用した場合、1ヶ月あたりの自己負担額として
適当と考える支払額はいくらですか。
(1つに○)

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 3,000 円以内 | 6. 15,001 円～20,000 円 |
| 2. 3,001 円～5,000 円 | 7. 20,001 円～25,000 円 |
| 3. 5,001 円～8,000 円 | 8. 25,001 円～30,000 円 |
| 4. 8,001 円～10,000 円 | 9. 30,001 円～35,000 円 |
| 5. 10,001 円～15,000 円 | 10. 35,001 円以上 |

(6) 介護保険サービスの利用状況についておうかがいします

問19. 在宅で暮らし続けるためには、どのようなことが必要であると思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 住み続けられる住まいがある
2. 家族が同居または近くにいる
3. 見守ってくれる友人・知人が近くにいる
4. 日中に訪問介護や通所サービスなど、普段から利用できる介護サービスがある
5. 必要に応じて、通ったり、宿泊することができるような介護サービスがある
6. 入浴のみ、食事のみ、リハビリのみなど、短時間の通所サービスが受けられる
7. 介護者の入院など緊急時に入所可能な短期入所サービスが利用できる
8. 夜間にも訪問介護や訪問看護など、訪問してくれる介護サービスがある
9. 身近に利用できる医療機関がある
10. 自宅に医師が訪問して診療してくれる
11. いつでも利用(入所)できる施設が近くにある
12. その他 ()
13. わからない

問20. 日常生活の中で手助けしてほしいことはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. ごみ出し | 10. 買い物 |
| 2. 調理 | 11. 洗濯や部屋の掃除 |
| 3. 玄関前や庭などの家周りの掃除 | 12. 簡単な力仕事 |
| 4. 病院への送迎 | 13. 病院への付添いや薬の受け取り |
| 5. 病院以外の外出時の送迎 | 14. 病院以外の外出時の付き添い |
| 6. 声かけ・見守り | 15. 日ごろの話し相手 |
| 7. 金銭管理・書類の確認 | 16. 市役所などでの手続き |
| 8. 家電器具やパソコン等の操作 | 17. その他 () |
| 9. 特になし | |

問21. ご近所や地域の方とお付き合いは、どのようなものですか。

(1つに○)

- 1. よく立ち話をするなど、日常的に付き合いがあるほうだ
- 2. あいさつ程度はするが、あまり付き合いは深くないほうだ
- 3. ご近所や地域との付き合いは、ほとんどない

↓
問21で3に○をつけた方にうかがいます。

問21-1. その理由について、最もあてはまるものに○をつけてください。

(1つに○)

- 1. 近所付き合いの機会やきっかけがない
- 2. 近所に友人・知人がいない
- 3. あまり付き合いをしたくない
- 4. その他 ()

問22. 隣近所の方や地域にお住まいの方に、以下のようなことを頼みたいと思ったことは、
ありますか。 (あてはまるものすべてに○)

- 1. 無事かどうか確認のために、声をかけてもらいたい
- 2. 話し相手になってほしい
- 3. ごみ出しを頼みたい
- 4. 玄関前や庭などの家周りの掃除を頼みたい
- 5. 散歩や外出に同行してほしい
- 6. ちょっとした買い物
- 7. その他 ()

問 26. 中心となって介護をしている方にとって、介護保険サービスを利用した効果等はありませんか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 家族の心身の負担が軽減された
2. 金銭的負担が減った
3. 家族以外と過ごす機会が増え、生活に張りや楽しみができた
4. その他 ()
5. 特にない

問 27. 介護サービスを利用しているときの宛名ご本人の様子はいかがですか。
(1つに○)

1. 満足している様子である
2. 不機嫌である
3. いつも無表情である
4. 担当するスタッフにより態度が異なる
5. 何かを我慢している様子
6. その他 ()

問 28. 介護サービスを利用されているとき、中心となって介護をしている方は、どのよう
にお感じですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 本人が嬉しそうにしており、満足している
2. サービス利用中は介護者自身もリフレッシュでき、ありがたい
3. 本人よりも介護者の方が、サービス利用を増やしたいと感じる時がある
4. 本人と介護者とで、サービス利用について意見が一致しないときがある
5. サービス利用後、本人が気分を害したり、具合が悪くなったりすることがあり、サービス内容やスタッフの対応等に不安がある
6. 本人がサービス利用を嫌がることがあり、介護者として辛いときがある
7. その他 ()

問 29. 中心となって介護をしている方は、介護の負担や悩みを感じることは何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 体位の交換、トイレの誘導など、介護のやり方にあまり自信がない
2. 介護をしていると体力的に難しい
3. 介護を受けている方との体格の差があるために、介護が難しい
4. 24時間目が離せないために、睡眠不足が続いている
5. 介護を受けている方に対して、どう接してよいかわからなくなる
6. 介護の大変さを理解し、介護に協力してくれる人が周囲にいない
7. 自分が急病・急用時に、代わってくれる人がいない
8. 介護のため就業・家事・子育て等、自分の時間が持てない
9. 介護保険のサービスが十分でない
10. どんな福祉サービスが受けられるのかわからない
11. 経済的な負担が大きい
12. その他 ()

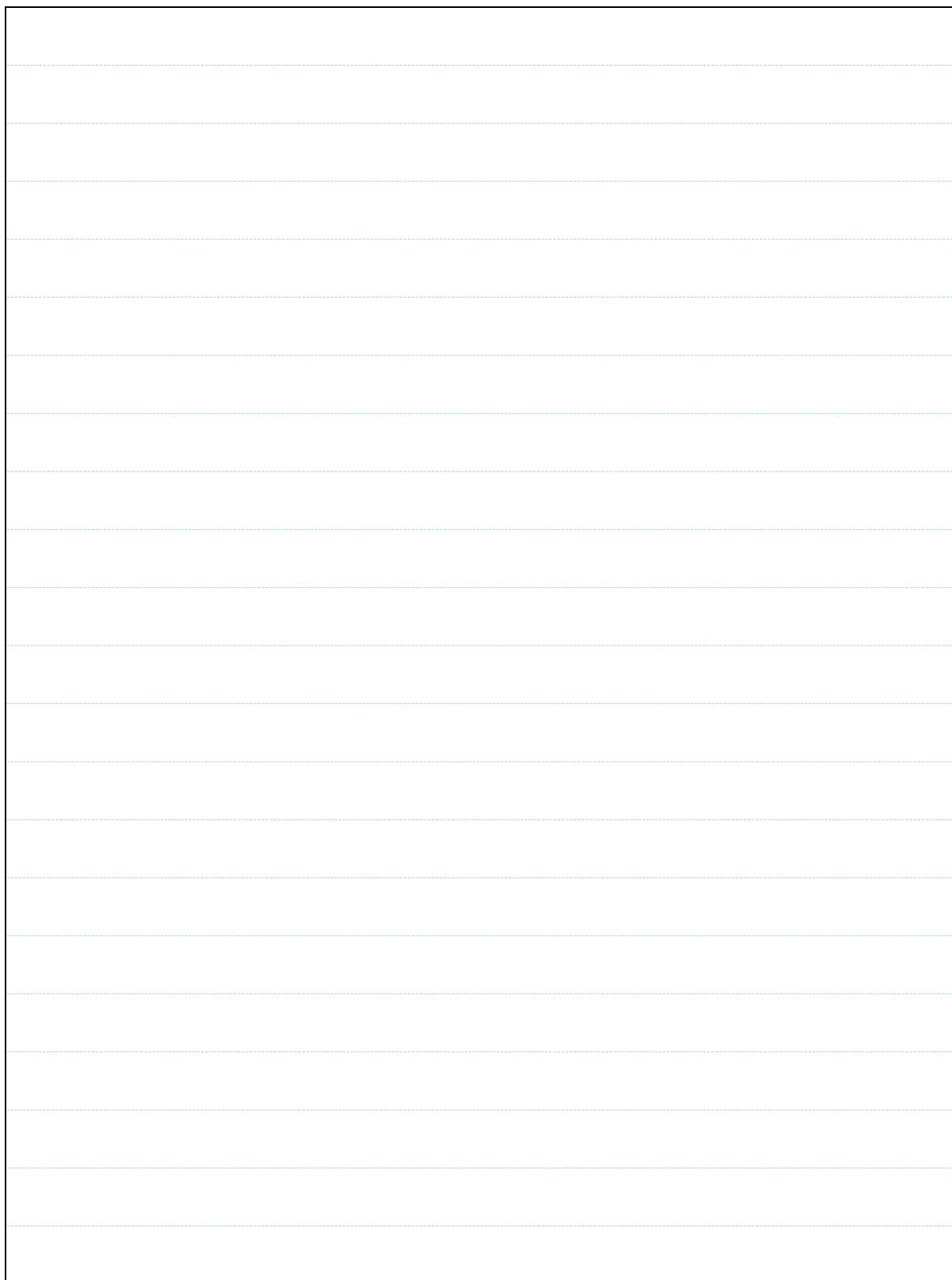
問 30. 中心となって介護をしている方は、介護の際などで困った時、どのような手助け活動が必要ですか。 (あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. ごみ出し | 10. 病院以外の外出時の付き添い |
| 2. 買い物 | 11. 声かけ・見守り |
| 3. 調理 | 12. 日ごろの話し相手 |
| 4. 洗濯や部屋の掃除 | 13. 金銭管理、書類の確認 |
| 5. 玄関前や庭などの家周りの掃除 | 14. 市役所などでの手続き |
| 6. 簡単な力仕事 | 15. 家電器具やパソコン等の操作 |
| 7. 病院への送迎 | 16. その他 () |
| 8. 病院への付き添いや薬の受け取り | 17. 特になし |
| 9. 病院以外の外出時の送迎 | |

問 31. 家族介護者の方が、介護者支援として充実を望むことは何ですか。 (あてはまるものすべてに○)

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 介護者の会などの介護者同士の交流の場 |
| 2. 公的な機関などの個人的な相談機関 |
| 3. 介護教室などの介護技術が学べる機会 |
| 4. 介護者がリフレッシュできるような機会 |
| 5. 地域の方が認知症に学び、理解を深めるための認知症サポーターの養成講座 |
| 6. 隣近所の助け合いボランティア活動の支援 |
| 7. 保健福祉サービスの充実 |
| 8. 介護保険サービスの充実 |
| 9. 特別養護老人ホーム等の施設整備 |
| 10. その他 () |

介護保険制度や高齢者福祉サービスなどについて、ご意見・ご要望などございましたら、ご自由にお書きください。



ご協力ありがとうございました。これで調査はすべて終了です。
ご回答いただいた調査票は、同封の返信用の封筒（切手不要）に入れ、
●月●●日（●）までに投函してください。