

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力をお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市の要支援・要介護認定を受けている方で、介護保険施設等に入所されている方の中から、無作為に500人を選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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に存じますが、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28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりでの回答がむずかしい場合は、ご家族や施設職員の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族や施設職員の方が代わりにご記入くださいますよう、ご協力のほどお願いします。

★対象の方が事情により回答できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

- | | | |
|------------------------------|------------------|-----------|
| 1. 退所・退院等 | 2. ご本人の意見を確認できない | 3. ご家族の意向 |
| 4. その他〔 〕 | | |

調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

○月○日（○）までに ご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、下記までお問い合わせください。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042（438）4030（直通）

（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. あて名ご本人 | 3. 施設等の職員 |
| 2. あて名ご本人の家族 | 4. その他〔 〕 |

あなた(あて名ご本人)についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あて名ご本人のことです。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた(あて名ご本人)の性別をお答えください。(1つに○)

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

問3 あなたの年齢をお答えください。

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 65～69歳 | 3. 75～79歳 | 5. 85～89歳 | 7. 95歳以上 |
| 2. 70～74歳 | 4. 80～84歳 | 6. 90～94歳 | |

問4 あなたの現在の介護度はどれですか。(1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 あなたがお過ごしになっているのはどの施設ですか。(1つに○)

- | |
|--------------------------|
| 1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) |
| 2. 介護老人保健施設(老人保健施設) |
| 3. 介護療養型医療施設 |
| 4. 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護) |
| 5. グループホーム(認知症対応型共同生活介護) |
| 6. その他〔 〕 |

問6 現在の施設に入所されてどのくらいですか。(1つに○)

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

問7 ご家族はいらっしゃいますか。(1つに○)

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 配偶者 | 4. その他〔 〕 |
| 2. 子ども | 5. いない |
| 3. 兄弟姉妹 | |

付問 問7で「1」～「4」と回答した方におたずねします。

ご家族の面会の頻度はどのくらいですか。(1つに○)

- | | | |
|-----------|-------------|------------|
| 1. ほぼ毎日 | 4. 数か月に1回程度 | 7. ほとんど来ない |
| 2. 週に1回程度 | 5. 半年に1回程度 | |
| 3. 月に1回程度 | 6. 年に1回程度 | |

これからの住まい方についておたずねします

問8 今後、あなた（あて名ご本人）はどのように過ごしたいと考えていますか。
（1つに○）

1. 引き続きこの施設で過ごしたい
2. 別の施設で過ごしたい ⇒付問1へ
3. 自宅で介護保険サービスを利用して過ごしたい ⇒付問2へ
4. 自宅と施設を行き来しながら過ごしたい
5. 家族の意向に任せている
6. わからない

付問1 問8で「2」と回答した方におたずねします。
それはどのような施設ですか。（1つに○）

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 介護療養型医療施設
4. 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
5. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）
6. 軽費老人ホーム（ケアハウス）
7. サービス付き高齢者向け住宅
8. その他〔 〕

付問2 問8で「3」と回答した方におたずねします。
どのようなサービスを利用したいですか。（いくつでも○）

1. 訪問介護
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護（デイサービス）
7. 通所リハビリテーション
8. 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）
9. 住宅改修
10. 福祉用具の貸与・販売
11. その他〔 〕

問9 この施設を退所される場合、帰宅先はどちらになりますか。（1つに○）

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 自宅 | 5. その他〔具体的に： 〕 |
| 2. 娘・息子の家 | 6. わからない |
| 3. 兄弟姉妹の家 | 7. ない |
| 4. おい・めいなどの親族の家 | |

問10 帰宅にあたり、問題となることがあるとしたら、どのようなことですか。
（いくつでも○）

1. 家が狭いこと

2. 自分で使える部屋がないこと
3. 介護してくれる人がいないこと
4. 段差が多いなどすごしにくいこと
5. 一緒に過ごす仲間がいなくなること
6. 家族がいないこと、帰宅できる家がないこと
7. 介護用の設備や用具がないこと
8. 介護費用の負担が大きいこと
9. 家族が介護するには心身の負担が大きいこと
10. その他〔

介護保険サービスの利用についておたずねします

問 11 現在の施設での生活は全般的にみていかがですか。(1つに〇)

- | | |
|-----------|------------------|
| 1. 快適である | 3. 自分には合っていないと思う |
| 2. ふつうである | 4. わからない |

問 12 現在入所されている施設についておたずねします。

(1) 施設での生活は満足していますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(2) 健康面での配慮はよくしてくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(3) 介護は丁寧に、こちらの状態を配慮してくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(4) レクリエーションやクラブ活動を楽しんでいますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(5) 心配なことなどの相談にのったり十分に対応してくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(6) 職員の対応はゆとりが感じられますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(7) こちらのいうことに十分耳を傾けてくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(8) 約束したことを守ってくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(9) どの職員も同じように丁寧に接してくれますか。(1つに〇)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(10) 自分ではできないことを代わりにやってくれますか。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. は い | 2. いいえ | 3. わからない |
|--------|--------|----------|

(11) プライバシーが守られていますか。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. は い | 2. いいえ | 3. わからない |
|--------|--------|----------|

(12) リハビリ・機能訓練を十分にやってくれますか。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. は い | 2. いいえ | 3. わからない |
|--------|--------|----------|

問 13 施設に改善してほしいことがありますか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 食事内容や世話 | 4. 排せつの世話 |
| 2. レクリエーション | 5. 職員の対応 |
| 3. 入浴の世話 | 6. その他〔 〕 |

問 14 施設を利用する際には介護支援専門員(ケアマネジャー)があなたに合った施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。あなたはこの施設サービス計画(ケアプラン)を知っていますか。(1つに○)

- | | |
|---------------|---------|
| 1. 知っている ⇒付問へ | 2. 知らない |
|---------------|---------|

付問 問 14 で「1」と回答した方におたずねします。

あなたは施設サービス計画(ケアプラン)に満足していますか。(1つに○)

- | | |
|-------------|------------|
| 1. 満足している | 4. やや不満である |
| 2. やや満足している | 5. 不満である |
| 3. ぶつう | |

問 15 施設利用月額(限度額)について利用料を負担されていますが、あなたはその負担をどのように感じていますか。(1つに○)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 妥当だと思う | 4. 非常に負担を感じる |
| 2. おおむね妥当だと思う | 5. わからない |
| 3. 少し負担を感じる | |

問 16 あなた(あて名ご本人)はこれまで、サービスを利用して感じた不満や問題点などを誰かに伝えましたか。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. 施設の職員やケアマネジャーに伝えた | } ⇒付問 1、2 へ |
| 2. 市の担当課に伝えた | |
| 3. 家族に伝えた | |
| 4. 施設等の他の入所者に伝えた | |
| 5. その他〔 〕 | |
| 6. 特に何もしなかった ⇒付問 2 へ | |
| 7. 特に不満や問題点はない | |

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、〇月〇日（〇）までにお近くのポストに投函してください。