

府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査についてのお願い

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、厚くお礼申し上げます。

府中市では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、平成23年度に策定を予定しております「府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度）」の基礎資料として、高齢者福祉全般の調査を実施します。

この調査は、平成22年11月1日現在、65歳以上で介護保険の施設サービスを利用されている方の中から300名を選ばせていただき、ご意見やご要望をお伺いするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、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22年11月 府中市

《記入にあたってのお願い》

1. 封筒のあて名ご本人について、ご記入をお願いいたします。回答はできる限り、あて名ご本人が記入してください。なお、あて名ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族や周りの方がお手伝いいただくか、あて名ご本人の意見を聞いた上で代わりに記入してください。
2. ご回答は、最初から順番にお答えください。
3. ご回答は、あてはまる選択肢の番号に○印をつけてください。
4. 質問によっては、○をつける選択肢の番号を「1つに○」「いくつでも○」などと指定している場合は、指定の範囲内で○をつけてください。また、「その他」をお選びいただいた場合には、お手数ですが（ ）内に具体的な内容をご記入ください。
5. 質問によっては、ご回答いただく方が限られる場合がありますので、矢印（→）やことわり書きなど、次にご回答いただく質問番号への案内にご注意ください。

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。

ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、

12月8日（水）までにお近くのポストに投函してください。

本調査について、ご不明な点・ご質問等がございましたら、下記までお問い合わせください。

■調査についてのお問い合わせ先

府中市福祉保健部高齢者支援課在宅支援係

☎ 042-335-4470（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課介護保険係

☎ 042-335-4021（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課包括マネジメント担当

☎ 042-335-4106（直通）

【調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします】

◆入所されている施設の種類について、あてはまる番号に○をつけてください。

- | | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 老人保健施設 | 3. 介護療養型医療施設 |
|--------------|-----------|--------------|

◆あて名ご本人やご家族が何らかの事情により回答できない場合は、その理由にあてはまる番号に○をつけ、ご返送ください。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 退所(居)・退院 | 3. 家族の意向 |
| 2. ご本人の意向 | 4. その他(具体的に:) |

【最初に、あて名ご本人のことをおたずねします】

※あて名ご本人がおひとりで回答が難しい場合は、ご本人の立場にたって、ご家族が記入してください。

※以下の質問で、「あなた」とはあて名の方ご本人のことです。お間違えのないように教えてください。

F 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 | 5. 娘・息子の配偶者 |
| 2. 配偶者(夫又は妻) | 6. 兄弟・姉妹 |
| 3. 娘 | 7. その他の親族 |
| 4. 息子 | 8. その他(具体的に:) |

F 2 性別をお答えください。(1つに○)

- | | |
|--------|--------|
| 1. 男 性 | 2. 女 性 |
|--------|--------|

F 3 年齢をお答えください。(1つに○)

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

F 4 施設に入所されてどのくらいですか。(1つに○)

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

F 5 入所する前に同居していた方はどなたですか。(いくつでも○)

* 2世帯住宅は同居としてお答えください。

* 配偶者の親族を含めてお答えください。

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. ひとり暮らし(ご本人のみ) | 4. 父、母 |
| 2. 配偶者(夫又は妻) | 5. 兄弟・姉妹 |
| 3. 息子、娘(息子の妻、娘の夫を含む) | 6. その他(具体的に:) |

《F5で「2」とお答えの方におたずねします》

F 5-1 配偶者の年齢は次のうちどれですか(1つに○)

※平成22年11月1日現在の年齢でお答えください。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 65歳未満 | 4. 75～79 歳 | 7. 90～94 歳 |
| 2. 65～69 歳 | 5. 80～84 歳 | 8. 95 歳以上 |
| 3. 70～74 歳 | 6. 85～89 歳 | |

【身体状況についておたずねします】

問 1 次にあげる病気にかかったこと、又はかかっているものがありますか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 高血圧症 | 8. がん(悪性新生物) |
| 2. 高コレステロール血症(高脂血症) | 9. 目の病気 |
| 3. 脳卒中(脳梗塞、脳出血等) | 10. 耳・鼻の病気 |
| 4. 心臓病(心筋梗塞、狭心症等) | 11. 歯の病気 |
| 5. 糖尿病 | 12. 認知症 |
| 6. 骨折・骨粗しょう症 | 13. うつ病などの精神疾患 |
| 7. 慢性関節炎などの関節疾患 | 14. その他(具体的に:) |

[問 2 は介護老人保健施設と介護療養型医療施設に入所している方におたずねします。特別養護老人ホームに入所されている方は問 3 へ進んでください]

問 2 現在受けている医療措置等は次のうちどれにあたりますか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 経管栄養(鼻腔経管栄養、胃ろう) | 6. じょくそうの処置 |
| 2. ぼうこう留置カテーテル | 7. 人工呼吸器 |
| 3. 酸素療法 | 8. その他 |
| 4. インスリン注射 | (具体的に:) |
| 5. IVH(中心静脈栄養法) | 9. 特にない |

【現在の施設に入所されるまでのことについておたずねします】

問 3 あて名ご本人が、現在の施設への入所が必要になってから(又は希望してから)、現在の施設に入所されるまでの期間はどれくらいでしたか。(1つに○)

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. 6か月未満 | 5. 3年以上5年未満 |
| 2. 6か月以上1年未満 | 6. 5年以上 |
| 3. 1年以上2年未満 | 7. その他(具体的に:) |
| 4. 2年以上3年未満 | |

問 4 現在の施設に入所される直前の住まい・施設はどこでしたか。(1つに○)

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. 病 院 | 4. 老人保健施設 |
| 2. ご本人の家 | 5. 有料老人ホーム・グループホーム |
| 3. ご本人の子どもの家 | 6. その他(具体的に:) |

【施設での生活やサービスについておたずねします】

問 5 現在のお部屋は何人部屋ですか(1つに○)

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. 1人部屋(→問 6 へ進む) | 3. 4人部屋 |
| 2. 2人部屋 | 4. その他(人部屋) |

《問 5 で「2」～「4」のいずれかをお答えの方におたずねします》

問 5-1 1 人部屋を希望されますか。(1つに○)

- | | | |
|---------|----------|----------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない | 3. わからない |
|---------|----------|----------|

問 6 入所されるときに施設の運営方針や費用などの重要事項について、説明が行われましたか。(1つに○)

1. 十分説明を受けた	4. 説明されなかった
2. 少し説明を受けた	5. 覚えていない
3. あまり説明されなかった	6. わからない

問 7 生活するために必要になるサービスなどについて、詳しく説明が行われましたか。(1つに○)

1. 十分説明を受けた	4. 説明されなかった
2. 少し説明を受けた	5. 覚えていない
3. あまり説明されなかった	6. わからない

問 8 施設から、ご本人の状況に応じたサービスの提案がありましたか。(1つに○)

1. たびたびケアプランなどの提案があった	3. 提案はない
2. 1、2度あった	4. わからない

問 9 施設でのサービスは、ご本人の体の状況の維持や改善に役に立っていると思いますか。(1つに○)

1. 役に立っている	3. 役に立っていない
2. あまり役に立っていない	4. わからない

問 10 以下の①～⑧のサービスの満足度についておたずねします。

A. 利用しているサービスには満足していますか。(あてはまる番号に1つに○)

B. 不満の理由を下の欄から選んで、いくつでも番号で記入してください。

C. 入所している施設が本来提供していないサービスについては、非該当欄に○をつけてください。

	A (満足度:ひとつだけ○)					B (不満の理由) 下の欄から番号を選んで記入(いくつでも)	C 非該当
	満足	やや満足	ふつう	やや不満	不満		
① 食 事	1	2	3	4	5		
② 入 浴	1	2	3	4	5		
③ トイレ・排泄	1	2	3	4	5		
④ 機能訓練	1	2	3	4	5		
⑤ 必要な医療の実施	1	2	3	4	5		
⑥ 看護(医療)	1	2	3	4	5		
⑦ 健康管理、栄養上の管理	1	2	3	4	5		
⑧ 相談・助言	1	2	3	4	5		

〈「やや不満」「不満」である理由〉

- | | |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1. 利用できる回数や時間が足りない | 7. 身体的苦痛を伴うことがある |
| 2. 質がよくない | 8. 施設からの説明が不十分である |
| 3. 技術的に不安を感じる | 9. 個人的な希望が受け入れられない
(個人を尊重してもらえない) |
| 4. 設備などが古い | 10. その他(具体的に:) |
| 5. 職員の対応がよくない | |
| 6. 契約の内容とサービスが違っている | |

【介護保険についておたずねします】

問 11 あて名ご本人の要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 3. 要介護3 | 5. 要介護5 |
| 2. 要介護2 | 4. 要介護4 | |

問 12 今後の介護保険サービスと保険料について、あなたのお考えに最も近いものは次のどれですか。(1つに○)

1. 保険料が多少高くなっても介護サービスが充実している方がよい
2. 保険料も介護保険サービスの量も今くらいが妥当である
3. 介護保険サービスを抑えても保険料が安い方がよい
4. わからない

問 13 施設利用月額（限度額）に応じて利用料を負担されていますが、どのようにお考えですか。（１つに○）

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 特に負担とは思わない | 4. 今の負担では苦しい |
| 2. 概ね妥当な額だと思う | 5. わからない |
| 3. これくらいの負担はやむを得ない | 6. その他(具体的に:) |

問 14 利用料以外の日常生活費（消耗品など）の負担については、どのようにお考えですか。（1 つに○）

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 特に負担とは思わない | 4. 今の負担では苦しい |
| 2. 概ね妥当な額だと思う | 5. わからない |
| 3. これくらいの負担はやむを得ない | 6. その他(具体的に:) |

問 15 居住費と食費の負担については、どのようにお考えですか。(1つに○)

1. 特に負担とは思わない
2. 概ね妥当な額だと思う
3. これくらいの負担はやむを得ない
4. 今の負担では苦しい
5. わからない
6. その他(具体的に:)

問 16 「介護保険制度」全体をよりよくするために、市が力を入れるべきことは次のうちどれですか。（3つまでに○）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーの質を高めること
3. ホームヘルパーなど福祉人材を育成すること
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設を増やすこと
5. 利用者の費用負担を軽減すること
6. 寝たきりにならないよう、介護予防サービスを充実すること
7. 地域全体で介護を支援する仕組みづくりを行うこと
8. 身近な地域でサービスが受けられる拠点を増やすこと
9. 困ったときに気軽に相談できる場所を増やすこと
10. 家族介護の負担を軽減するサービスを充実すること
11. 地域包括支援センター・在宅介護支援センターを充実すること
12. 介護保険サービスをカバーする保健福祉サービスを充実すること
13. 介護保険制度を使いやすいものにすること
14. その他(具体的に:
15. わからない

【高齢者の権利擁護についておたずねします】

問 17 施設ではプライバシーへの配慮がなされていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 配慮されている | 3. 配慮されていない |
| 2. 少し配慮されている | 4. わからない |

問 18 施設ではご本人の気持ちや希望が尊重されていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|---------|----------|
| 1. 思 う | 3. 思わない |
| 2. 少し思う | 4. わからない |

問 19 施設では、ベッドに柵をつける、車いすにベルトで固定するなど、ご本人のからだの動作の制限をすることがありますか。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. あ る | 2. な い | 3. わからない |
|--------|--------|----------|

【ご家族の状況や意向についておたずねします】

問 20 主たる連絡先は、どなたですか。(1つに○)

- | | | |
|--------|-------------|----------|
| 1. 配偶者 | 4. 娘・息子の配偶者 | 7. その他 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟・姉妹 | (具体的に:) |
| 3. 息子 | 6. その他の親族 | |

問 21 主たる連絡先の方の年齢はおいくつですか。(1つに○)

- | | | | |
|-----------|------------|------------|-------------|
| 1. 30 歳未満 | 4. 50 歳代 | 7. 70～74 歳 | 10. 85～89 歳 |
| 2. 30 歳代 | 5. 60～64 歳 | 8. 75～79 歳 | 11. 90～94 歳 |
| 3. 40 歳代 | 6. 65～69 歳 | 9. 80～84 歳 | 12. 95 歳以上 |

問 22 主たる連絡先の方はどこに住んでいますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 本人が住んでいた同じ住宅 | 4. 府中市内 |
| 2. 本人が住んでいた同じ敷地 | 5. 東京都内 |
| 3. 同じ町内 | 6. その他(具体的に:) |

問 23 ご家族は、何回くらいご本人を訪問しますか。(1つに○)

- | | | |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. 月に1、2回程度 | 3. 数か月に1回程度 | 5. 年に1回程度 |
| 2. 月に3、4回程度 | 4. 半年に1回程度 | |

問 24 ご本人は医師により「認知症」と診断されたことがありますか。(1つに○)

- | | |
|--------|--------------------|
| 1. あ る | 2. な い (→問 25 へ進む) |
|--------|--------------------|

《問 24 で「1」とお答えの方におたずねします》

問 24-1 日常生活を通じて次のような症状がありますか。(1つに○)

状 態		ここから 選んでください	
物忘れをすることもあるが、日常生活は施設内及び社会的にほぼ自立している		1	
日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる	・(施設外)たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つなどの状態がみられる	2	
	・(施設内)服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができないなどの状態がみられる	3	
日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護が必要とされる	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる、何でも物を口に入れる、徘徊、失禁、大声、火の不始末、不潔な行為、性的行動などの症状がみられる	・日中を中心として	4
		・夜間を中心として	5
		・日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする	6
	・著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする (妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状に起因する問題行動が継続する状態など)		7

問 25 最後に、介護者が感じている介護の問題、経済的負担、遠距離介護や呼び寄せ介護の問題、府中市へのご意見・ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

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、**12月8日(水)までに**お近くのポストに投函してください。