

介護保険施設サービス利用者調査

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 | 3. 介護療養型医療施設 |
| 2. 老人保健施設 | |

◆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○をつけて、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： | 〕 |

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、ご本人の立場に立って、ご家族がご記入ください。

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（夫または妻） | 6. 兄弟・姉妹 |
| 3. 娘 | 7. その他親族 |
| 4. 息子 | 8. その他〔具体的に： |
| | 〕 |

F 2 性別は次のうちどれですか。（1 つに○）

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

F 3 年齢は次のうちどれですか。（1 つに○）

＊平成 25 年 9 月 1 日現在の年齢でお答えください。

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 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(夫または妻) | 5. 兄弟・姉妹 |
| 3. 息子、娘(息子の妻、娘の夫も含む) | 6. その他〔具体的に： 〕 |

F5-1 F5で「2. 配偶者(夫または妻)」と答えた方におたずねします。

配偶者の年齢は次のうちどれですか。(1つに○)

*平成25年9月1日現在の年齢でお答えください。

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

| |
|-----------------|
| 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、また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 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。
現在受けている医療処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）
2. ぼうこう留置カテーテル
3. 酸素療法
4. 透析
5. インスリン注射
6. 気管切開の処置
7. IVH（中心静脈栄養法）
8. 人工肛門の処置
9. じょくそうの処置
10. 人工呼吸器
11. その他〔具体的に： 〕
12. 特になし

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（または希望してから）、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ヶ月未満
2. 6ヶ月以上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
7. その他〔具体的に： 〕

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
2. ご本人の家
3. ご本人の子どもの家
4. ご本人の兄弟・姉妹など親族の家
5. 老人保健施設
6. 認知症高齢者グループホーム
7. 有料老人ホーム
8. サービス付き高齢者向け住宅
9. 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 | 3. 4人部屋 |
| 2. 2人部屋 | 4. その他〔 人部屋〕 |

問5-1 問5で「2. 2人部屋」～「4. その他」と答えた方におたずねします。
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、ご本人の体の状況に応じたサービスの提案がありますか。
(1つに○)

- | | |
|--------------|----------|
| 1. たびたび提案がある | 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 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○）
 B. 不満の理由を下の欄から選んで、いくつでも番号でご記入ください。
 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、非該当に○を付けてください。

| | 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 | | 6 |
| ②入浴 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ③トイレ・排泄 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ④機能訓練 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ⑤必要な医療の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ⑥看護（医療） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ⑦健康管理、栄養上の管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| ⑧相談・助言 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |



《「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. 質がよいくない | 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. 職員の対応がよいくない | |
| 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○）

*平成25年9月1日現在の要介護度でお答えください。更新申請中などの理由で、結果が出ていない方は、わかっている介護度でお答えください。

- | | |
|---------|----------|
| 1. 要介護1 | 4. 要介護4 |
| 2. 要介護2 | 5. 要介護5 |
| 3. 要介護3 | 6. わからない |

問12 保険料段階は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 第1段階 (生活保護受給者及び市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者)
2. 第2段階 (市民税世帯非課税者で、合計所得金額と課税年金収入金額の合計が80万円以下の者)
3. 特例第3段階 (市民税世帯非課税者で、合計所得金額と課税年金収入金額の合計が80万を超え120万円以下の者)
4. 第3段階 (市民税非課税者で第2段階または特例第3段階に該当しない者)
5. 特例第4段階 (市民税本人課税者で、合計所得金額と課税年金収入金額の合計が80万円以下の者)
6. 第4段階 (市民税本人課税者で特例第4段階に該当しない者)
7. 第5段階 (市民税本人課税者(合計所得金額125万円未満))
8. 第6段階 (市民税本人課税者(合計所得金額125万円以上190万円未満))
9. 第7段階 (市民税本人課税者(合計所得金額190万円以上400万円未満))
10. 第8段階 (市民税本人課税者(合計所得金額400万円以上600万円未満))
11. 第9段階 (市民税本人課税者(合計所得金額600万円以上800万円未満))
12. 第10段階 (市民税本人課税者(合計所得金額800万円以上1,000万円未満))
13. 第11段階 (市民税本人課税者(合計所得金額1,000万円以上2,000万円未満))
14. 第12段階 (市民税本人課税者(合計所得金額2,000万円以上))
15. わからない

問13 介護保険のサービスと保険料について、お考えに一番近いものは次のうちどれですか。(1つに○)

1. 保険料が多少高くなっても介護保険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低い方がよい
4. どちらともいえない

問14 施設利用料月額(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
2. 概ね妥当な額だと思う
3. これくらいの負担はやむをえない
4. 今の負担では苦しい
5. わからない

問15 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えない 6. その他〔具体的に： 〕

問16 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 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えない 6. その他「具体的に： _____」

問17 「介護保険制度」全体をよりよくするため、市が力を入れるべきことは次のうちどれだと思いますか。（3つまで○）

1. サービス事業者の質を高めること
2. ケアマネジャーやホームヘルパーなどの人材を育成すること
3. 市内に特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設をふやすこと
4. 利用料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減する経済的給付を増やすこと
5. 介護保険についての市民向けの勉強会などを実施すること
6. 寝たきりにならないよう、介護予防のサービスに力を入れること
7. 高齢期に住み続けられる、すまいの施策を充実すること
8. 地域全体で介護を支援するしくみづくりを行うこと
9. 身近な地域でサービスが受けられる拠点をふやすこと
10. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所をふやすこと
11. 家族介護の負担を軽減する高年齢者保健福祉サービスを充実すること
12. 地域包括支援センターの機能を充実すること
13. 介護保険サービスをカバーする高年齢者保健福祉サービスを充実すること
14. 介護保険制度を使いやすいものにすること
15. その他〔具体的に：
16. 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18 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19 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20 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 |
|-------|-------|----------|

家族の状況や意向についておたずねします

問21 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. その他の親族 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. その他 |
| 3. 息子 | 6. 親 | (具体的に：) |

問22 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23 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 | |
| 2. 本人が住んでいた同じ住宅ではないが同じ敷地 | |
| 3. 同じ町内 | |
| 4. 府中市内 | |
| 5. 東京都内 | |
| 6. その他(具体的に：) |] |

問24 ご家族は、何回くらいご本人を訪問しますか。(1つに○)

1. 週に2、3回以上
2. 月に3、4回程度
3. 月に1、2回程度
4. 数ヶ月に1回程度
5. 半年に1回程度
6. 年に1回程度

問25 この施設・病院等を退所される場合には、次に移る所はどちらになりますか。
(1つに○)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. 自宅 | 6. グループホーム |
| 2. こどもや親族の家 | 7. その他 |
| 3. 老人保健施設 | 〔具体的に： 〕 |
| 4. 特別養護老人ホーム | 8. わからない |
| 5. 病院 | |

問26 問25で「1.自宅」「2.こどもや親族の家」と答えた方におたずねします。
帰宅にあたり、問題となることがあるとしたら、つぎのうちどれですか。
(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. 一緒にすごす仲間がいなくなる
6. 家族がいなこと・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過ぎること
10. その他〔具体的に： 〕

問27 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 → 問27-1へ 2. ない

問 27-1 問 27 で「1. ある」と回答した方におたずねします。現在のご本人の「認知症の日常生活自立度」をお教えてください。（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見られても、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見られ、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・時間がかかるやたらに物を口に入れる、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見られる | ・ 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見られ、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見られ、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28 今後、あて名のご本人がどこで生活するのが良いと考えていますか。

（1）ご本人の意向はいかがですか。（1 つに○）

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活する
2. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設に入所する
4. 有料老人ホームに入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. サービス付き高齢者向け住宅に入居する
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設などを利用しながら生活する
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

(2) ご家族または介護されている方の意向はいかがですか。(1 つに○)

1. 家族などの介護を受けながら自宅で生活する
2. 在宅サービスを受けながら自宅で生活する
3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設に入所する
4. 有料老人ホームに入居する
5. グループホーム（少人数を単位とした小規模な共同住居）に入居する
6. サービス付き高齢者向け住宅に入居する
7. 自宅近くで様々なサービスが受けられる小さな施設などを利用しながら生活する
8. その他〔具体的に： 〕
9. わからない

問29 介護をしていくうえで、どのようなことに問題がありますか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. 精神的に疲れ、ストレスがたまる | 8. 介護に関して相談する相手がいない |
| 2. 肉体的に疲れる | 9. 介護サービスに関する情報が少ない |
| 3. 自分の自由な時間がない | 10. 家族や親族の協力が得られない |
| 4. 家族や自分の仕事に影響がある | 11. 介護事業所・医療機関などが家の近くにない |
| 5. 介護がいつまで続くのかわからない | 12. 夜間のサービスが足りない |
| 6. 経済的な負担がかさむ | 13. その他〔具体的に： 〕 |
| 7. 介護の方法がわからない | 14. 特になし |

問30 介護者の方が感じている介護の問題、たとえばサービスについて、経済的負担、遠距離介護など何でも結構です。府中市への要望・意見・提案などがありましたら、ご自由にお書きください。

グループインタビューにご参加していただける方のみ お答えください

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成 25 年 12 月頃にグループインタビューの実施を予定しております。ご参加いただける場合は、お手数ですが、下記にお名前、住所、連絡先（電話番号、FAX 番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、お断りさせていただく場合もございますので、予めご了承ください。

| | |
|--------|--|
| お 名 前 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |

———ご協力ありがとうございました———