

要支援・要介護認定者個別調査票（施設）

調査ご協力のお願い

日ごろより、本市の保健福祉行政の推進にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

このたび、「第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定するにあたり、皆様のご意見やご要望を反映させていくための基礎資料として、「要支援・要介護認定者個別調査」を実施することになりました。

このアンケート調査は、平成28年10月において要支援・要介護の認定を受けている方500名を無作為抽出し、お送りするものです。ご回答いただいたご意見は、統計的にとりまとめますので、個別のご意見等がそのまま公表されることはありません。

お手数ではありますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

平成28年10月21日

茅ヶ崎市長 服部 信明

ご記入にあたってのお願い

◇この調査票は、できるだけご本人がご記入ください。ご本人がご記入いただけない場合は、ご家族などがご記入ください。

◇お答えは、平成28年10月現在の状況でご記入ください。

◇ここでいう「あなた」とは、あて名の方ご本人のことです。（敬称は省略しています。）

◇答えたくない、又は分からない設問は無記入にし、次の設問にお進みください。

◇お答えは、あてはまる項目の番号に「ひとつだけに○」を付けていただくものと、「あてはまるものすべてに○」を付けていただくものがありますのでご注意ください。

「その他」にあてはまる場合には（ ）内になるべく具体的にご記入ください。

◇ご記入頂いた調査票は平成28年11月11日（金）までにご投函ください。

（同封の封筒によりご返送ください。なお、切手を貼る必要はありません。）

このアンケート調査についてのお問い合わせは、下記までお願いします。

連絡先：茅ヶ崎市保健福祉部高齢福祉介護課 支援給付担当

電話 0467-82-1111（代表） ファクス 0467-82-1435

----- <調査の前に> -----

○現在、あて名のご本人の状況について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

- | |
|------------------|
| 1. 特別養護老人ホームに入所中 |
| 2. 介護老人保健施設に入所中 |
| 3. 介護療養型医療施設に入所中 |
| 4. 有料老人ホームに入居中 |
| 5. グループホームに入居中 |
| 6. 既に退所している |

→あて名の方が「既に退所している」場合、この調査の対象ではありませんでした。
このまま同封の封筒に入れてご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

----- <回答者について> -----

○この調査票にご記入いただいているのは、どなたですか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. あて名のご本人 | 2. 配偶者 | 3. 息子 |
| 4. 娘 | 5. 息子の配偶者 | 6. 娘の配偶者 |
| 7. 孫（男性・女性） | 8. その他（具体的に | ） |

これ以降、あて名の方についておたずねします。
あて名の方以外が記入されている場合にも、特に指定のない限り、あて名の方についてご記入ください。

----- <あなたご自身（あて名の方）のことについておたずねします> -----

問1 あなたの性別をおたずねします。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問2 あなたの年齢はおいくつですか。(平成28年10月1日現在の満年齢(ひとつだけに○))

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

----- <日常生活についておたずねします> -----

問3 あなたには、悩みや心配ごとを相談できる人がいますか。

1. いる	2. いない
-------	--------



【問3で「1. いる」に○をつけた方におたずねします。】

問3-1 その方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 配偶者	2. 同居の家族・親族
3. 別居の子どもやその家族	4. 別居の親族
5. 近所の人	6. 友人
7. ケアマネジャー	8. 介護施設の職員
9. その他（具体的に： _____）	

【2ページの<調査の前に>で、「4. 有料老人ホームに入居中」、「5. グループホームに入居中」に○をつけた方におたずねします。】

問4 どのような在宅医療サービスを利用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問診療	5. 訪問栄養指導
2. 訪問看護	6. 訪問リハビリテーション
3. 訪問歯科診療	7. 訪問薬剤指導
4. 訪問歯科衛生指導	8. 利用していない

----- <介護保険についておたずねします> -----

問5 あなたが、要介護認定を申請した理由は何ですか。(ひとつだけに○)

1. 日常生活に支障を来すようになったため、介護サービスを受けたかった
2. 周囲に認定申請をするように勧められた
3. 将来に漠然とした不安があり、なんとなく申請した。
4. 自分の要介護度を知りたかった
5. その他（具体的に： _____)

問6 あなたの要介護度はいくつですか。(ひとつだけに○)

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 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 | 8. わからない |

問7 現在の施設への入所を決めたのはどなたですか。(ひとつだけに○)

1. ご自身で
2. 配偶者と相談して
3. 家族・親族と相談して
4. その他（具体的に： _____)

問8 現在の施設に入所した理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 入所した方が安心だったため
2. 自宅の近くにある施設だったため
3. 金銭的に見合った施設だったため
4. 自宅に介護をしてくれる人がいないため
5. 自宅で介護をしていた家族の負担を軽減するため
6. 他の施設に入所待ちをしている間の一時的な入所
7. 退院する時期が迫っていたため
8. 継続的な医療的なケアが必要なため
9. 自宅に戻るためのリハビリテーションなどを行うため
10. その他（具体的に： _____)

問9 現在、入所中の施設が提供するサービスに満足していますか。(ひとつだけに○)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 非常に満足している | 2. おおむね満足している |
| 3. 多少不満を感じている | 4. 非常に不満を感じている |

【問9で「3. 多少不満を感じている」、「4. 非常に不満を感じている」に○をつけた方におたずねします。】

問9-1 具体的に不満を感じていらっしゃる内容についてご記入ください。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 職員の対応が悪い |
| 2. 入所前にサービス内容などの説明があまり詳しく行われなかった |
| 3. 入所前に説明されたサービス内容と実際のサービス内容とが異なっている |
| 4. 利用料が高い |
| 5. その他(具体的に:) |

問10 現在、入所中の部屋の定員は何人ですか。(ひとつだけに○)

- | |
|-----------|
| 1. 個室(1人) |
| 2. 2人部屋 |
| 3. 3~4人部屋 |
| 4. 5人以上 |

【問10で「2. 2人部屋」、「3. 3~4人部屋」、「4. 5人以上」に○をつけた方におたずねします。】

問10-1 個室に移動したいというご希望はありますか。(ひとつだけに○)

- | |
|------------------|
| 1. 個室に移りたい |
| 2. 個室に移りたいとは思わない |

【問10-1で「2. 個室に移りたいとは思わない」に○をつけた方におたずねします。】

問10-1-1 希望しない理由についてご記入ください。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|-----------------------|
| 1. 現在の部屋に満足しているから |
| 2. 個室に入ると利用料の負担が増えるから |
| 3. 個室に入ると寂しくなるから |
| 4. その他(具体的に:) |

問11 あなたの介護保険の「所得段階区分」は、どの段階ですか。

〔平成28年度納入通知書の所得段階区分をご確認ください。ご不明な方は、
納入通知書をご覧ください。(ひとつだけに○)〕

- | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| 1. 第1段階 (23,868円) | 2. 第2段階 (37,128円) | 3. 第3段階 (39,780円) |
| 4. 第4段階 (42,432円) | 5. 第5段階 (53,040円) | 6. 第6段階 (60,996円) |
| 7. 第7段階 (66,300円) | 8. 第8段階 (79,560円) | 9. 第9段階 (84,864円) |
| 10. 第10段階 (98,124円) | 11. 第11段階 (111,384円) | 12. わからない |

※カッコ内の金額は、年額の介護保険料です。

問12 介護保険の支払い額について、どのようにお感じになりますか。(ひとつだけに○)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 妥当な額である | 2. 思ったより安い | 3. やや負担である |
| 4. かなり負担である | 5. わからない | |

問13 今後の生活の場について、どのようにお考えですか。(ひとつだけに○)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 今の施設でこのまま暮らし続けたい |
| 2. 他の施設で暮らしたい |
| 3. 自宅や親戚などの住宅で介護サービスなどを利用しながら暮らしたい |
| ↳ (次ページ問13-2へ) |
| 4. その他 (具体的に: _____) |

【問13で「2. 他の施設で暮らしたい」に○をつけた方におたずねします。】

問13-1 暮らしたい施設の種類をご記入ください。(ひとつだけに○)

- | |
|---|
| 1. 特別養護老人ホーム (常時介護が必要な方が利用する福祉施設) |
| 2. 介護老人保健施設 (リハビリなどを行い在宅生活への復帰めざす施設) |
| 3. 介護療養型医療施設 (常時介護が必要な方が利用する医療施設) |
| 4. 有料老人ホーム (介護等を受けられる民間の施設) |
| 5. グループホーム (認知症の方の小規模な居住施設) |
| 6. サービス付き高齢者向け住宅
(高齢者用の設備や安否確認の体制が整えられた住宅) |
| 7. その他 (具体的に: _____) |

【問13で「3. 自宅や親戚などの住宅で介護サービスなどを利用しながら暮らしたい」に○をつけた方におたずねします。】

問13-2 在宅で暮らす場合、必要となる介護サービスの種類に○をしてください。

(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問介護 (ホームヘルプ)	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. 通所介護 (デイサービス)	6. 通所リハビリテーション (デイケア)
7. 短期入所介護 (ショートステイ)	8. 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)
9. 福祉用具購入	10. 福祉用具貸与
11. 住宅改修	12. 居宅療養管理指導 (医師・歯科医師・薬剤師)
13. 夜間対応型訪問介護	
14. 認知症対応型通所介護 (認知症デイサービス)	
15. 小規模多機能型居宅介護 (1つの事業所で、ホームヘルプ・デイサービス・宿泊を組み合わせるサービス)	
16. 看護小規模多機能型居宅介護 (訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせるサービス)	
17. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (日中・夜間を通じて、ホームヘルパーによる定期巡回と随時通報により訪問介護と訪問看護が受けられるサービス)	
18. その他 (具体的に :)

問14 最後になりますが、高齢者福祉サービスや介護保険サービスについて、市へのご要望、ご意見などがございましたら、ご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

ご協力ありがとうございました。11月11日(金)までにご返送ください。