

### Ⅲ 調査票様式



# 向日市介護サービスについてのアンケート

## (高齢者一般用)

このたび、向日市では「介護サービスについてのアンケート」を実施することになりました。

このアンケート調査は、高齢者の方々が健康で安心して暮らすことができる社会の実現を目指して、「こうふくプラン向日(向日市高齢者保健計画・介護保険事業計画)」の見直し作業を進める際に基礎資料として利用するとともに、今後の制度や運営に活かしてまいりたいと考えております。

対象となるのは、市内にお住まいで、介護保険制度の要介護(要支援)認定を受けておられない65歳以上の方(平成22年11月1日現在)の中から、無作為に選ばせていただいた1,200人の方々です。

このアンケート調査は「無記名」で、また調査の結果は、統計的に処理するため、個人に迷惑をおかけすることは一切ありませんので、率直なご意見やご考えをお聞かせください。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただきまして、ぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成22年11月

向日市長 久嶋 務

### ご記入にあたってのお願い

1. 記入は、鉛筆または黒のボールペンをお願いします。
2. 回答は、1ページから最後まで順番にお答えください。矢印(→)があれば矢印にしたがってお答えください。
3. 回答は、あてはまるものの番号に○印を付けていただくようになっています。また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を( )内に具体的に記入してください。

ご記入いただきました調査票は、ご記入後、同封の返信用封筒に入れ、無記名のまま**平成22年11月30日(火)までにご返送**くださいますようお願いいたします。(切手は不要です。)

なお、調査の内容や記入の仕方について、わからないことがありましたら、下記までご連絡ください。

【問い合わせ先】向日市健康福祉部 障がい高齢福祉課 高齢介護係  
電話 075-931-1111 (内線 371)

### ご回答いただく前に

- ◆ このアンケートは、平成22年11月1日現在の状況でお答えください。
- ◆ 下記の理由により回答できない場合は、該当する理由に○印をつけてください。それ以外の方は、問1から順にご回答ください。

1. 特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床などに入所(入院)中
2. 医療保険の病院・病棟に入院中
3. 市外に転出
4. その他( )

- ◆ 対象者ご本人の回答が難しい場合は、家族の方がご本人の意思を確認しながら、またはご本人の立場で回答をお願いします。

最初にご本人のことについておたずねします。

問1 このアンケートに、ご回答いただく方はどなたですか。(○は1つ)

1. 本人
2. 家族
3. その他( )

問2 ご本人の性別は？(○は1つ)

1. 男性
2. 女性

問3 ご本人の年齢は？(○は1つ)

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

問4 ご本人の現在の世帯状況は？(○は1つ)

1. ひとり暮らし
2. 家族と同居
3. その他(施設入居など)

2ページ問4-1にお進みください

ご本人を含めて何人で暮らしていますか 人

ア. 本人とその配偶者のみ(夫婦)の2人世帯

イ. 本人とその他の高齢者(65歳以上)のみの世帯

ウ. その他の世帯(子供等との同居世帯)

2ページ 問5にお進みください

問 4で「1. ひとり暮らし」とお答えの方におたずねします。

問 4-1 別居のご家族がおられる場合、次のどこに住んでおられますか。

(○はいくつでも可)

1. 向日市内 2. 京都府内 3. 他府県 4. 別居の家族はいない

問 5 お住まいは、次のどれにあてはまりますか。

(平成22年11月1日現在で、○は1つ)

1. 持ち家(一戸建て) 2. 持ち家(分譲マンション) 3. 民間賃貸住宅(一戸建て)  
4. 民間賃貸住宅(マンション・アパートなど) 5. 公営住宅 6. 社宅・官舎  
7. 間借り・住み込み 8. その他(具体的に: )

問 6 お住まい(主に生活する部屋)は、2階以上にありますか。

1. はい 2. いいえ

問 7 2階以上の階にお住まいの方におたずねします。

お住まいにエレベータは設置されていますか。

1. はい 2. いいえ

問 8 ご本人の現在の収入源は何ですか。次のどれにあてはまりますか。

(○はいくつでも可)

1. 自分が働いて得る給与  
2. 公的な年金(国民年金・厚生年金・共済年金)  
3. 私的な年金(企業年金・個人年金)  
4. 非課税の年金(老齢福祉年金・遺族年金・障害年金等)  
5. 預貯金の引出し  
6. 貸家などの賃貸収入や利子・配当金などの収入  
7. 同居家族の収入  
8. 子どもなどからの援助  
9. 生活保護  
10. その他(具体的に: )

問 9 ご本人の普段の生活において、どなたかの介護・介助が必要ですか。

1. 現在、何らかの介護・介助を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護・介助を受けている場合も含む)  
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → 問10にお進みください。  
3. 介護・介助は必要なく、なんとか生活ができています → 問10にお進みください。

問 9で、「1. 現在、何らかの介護・介助を受けている」とお答えの方におたずねします。

問 9-1 どなたの介護・介助を受けていますか。

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

問 9-2 介護・介助をしている方の年齢は次のどれですか。

1. 64歳以下 2. 65～69歳 3. 70～74歳  
4. 75～79歳 5. 80～84歳 6. 85歳以上

ご本人のふだんの様子についておたずねします。

問 10 ご本人の日ごろの健康状態はいかがですか。 (○は1つ)

1. とても健康だと思う 2. まずまず健康だと思う 3. あまり健康ではないと思う  
4. 健康ではないと思う 5. どちらとも言えない

問 11 ふだんの生活の様子についておたずねします。

(1)～(20)のそれぞれについて、お答えください。

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| (1) バスや電車に乗って1人で外出していますか       | はい いいえ |
| (2) 日用品の買い物をしていますか             | はい いいえ |
| (3) 預貯金の出し入れをしていますか            | はい いいえ |
| (4) 友人の家を訪ねていますか               | はい いいえ |
| (5) 家族や友人の相談にのっていますか           | はい いいえ |
| (6) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか      | はい いいえ |
| (7) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれますか | はい いいえ |

|                                                                                                                                     |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| (8) 15分くらい、続けて歩いていますか                                                                                                               | はい いいえ                                    |
| (9) この1年間に転んだことがありますか                                                                                                               | はい いいえ                                    |
| (10) 転倒に対する不安は大きいですか                                                                                                                | はい いいえ                                    |
| (11) 6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか                                                                                                        | はい いいえ                                    |
| (12) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                                                                                                        | はい いいえ                                    |
| (13) お茶や汁物等でむせることがありますか                                                                                                             | はい いいえ                                    |
| (14) 口の渇きが気になりますか                                                                                                                   | はい いいえ                                    |
| (15) 周りの人から「いつも同じことを聞く」と言われたり、物忘れがあるとされますか                                                                                          | はい いいえ                                    |
| (16) 外出の頻度はどれくらいですか                                                                                                                 |                                           |
| ① 買い物                                                                                                                               | 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満 |
| ② 散歩                                                                                                                                | 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満 |
| ③ 通院通所                                                                                                                              | 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満 |
| ④ 趣味等                                                                                                                               | 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満 |
| (17) 外出する際の主な目的地はどこですか。 (○はいくつでも可)                                                                                                  |                                           |
| 1. 市役所・図書館 2. 市民体育館・市民温水プール 3. 福祉施設<br>4. 医療機関(病院など) 5. スーパー・デパートなど 6. 飲食店<br>7. その他( )                                             |                                           |
| (18) 目的地への主な移動手段は何ですか。 (○はいくつでも可)                                                                                                   |                                           |
| 1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク 4. 自動車(自分で運転)<br>5. 自動車(乗せてもらう) 6. 電車(JR・阪急など)<br>7. 路線バス 8. 病院や施設のバス 9. 電動カート・車いす<br>10. タクシー 11. その他( )       |                                           |
| (19) 外出を控えている場合は、その理由は次のどれですか。 (○はいくつでも可)                                                                                           |                                           |
| 1. 病気 2. 障がい(脳卒中の後遺症など) 3. 足腰などの痛み<br>4. トイレの心配(失禁などの不安) 5. 耳の障がい(聞こえの問題など)<br>6. 目の障がい 7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない<br>9. その他(具体的に: ) |                                           |
| (20) 地域の催しや活動に参加していますか。 (○はいくつでも可)                                                                                                  |                                           |
| 1. 祭りや行事 2. 自治会・町内会 3. サークル・自主グループ(老人福祉センター等)<br>4. 老人クラブ 5. その他( )                                                                 |                                           |

問 12 ふだんから診察を受けたり、日ごろの健康状態について相談や指導を受けることができる、かかりつけの医師または薬局をもっていますか。

|       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問 13 ご本人は、酒、ビールなどのアルコール類をのみますか。 (○は1つ)

|                            |          |          |                  |
|----------------------------|----------|----------|------------------|
| 1. ほとんど毎日                  | 2. 週3～5日 | 3. 週1～2日 | 4. たまに飲む(つきあい程度) |
| 5. 飲まない(飲みたいが、病気等のためやめている) |          |          |                  |
| 6. 昔から飲んでいない               |          |          |                  |

問 14 ご本人は、たばこを吸いますか。 (○は1つ)

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 吸っている 1日に約( )本 | 2. 以前は吸っていたが、今はやめた |
| 3. 吸ったことがない       |                    |

問 15 ご本人が現在治療を受けている病気はありますか。(投薬を含みます。)

(あてはまるものすべてに○)

|                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1. 高血圧症             | 11. 糖尿病        |
| 2. 高脂血症(脂質異常症)      | 12. 腰痛、膝痛などの病気 |
| 3. 心臓病(心筋梗塞、狭心症など)  | 13. 眼の病気       |
| 4. 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など) | 14. 耳、鼻の病気     |
| 5. 呼吸器系疾患(喘息、肺炎など)  | 15. 精神疾患       |
| 6. 結核               | 16. 歯の病気       |
| 7. 消化器系疾患           | 17. その他        |
| 8. 泌尿器系疾患           | (具体的に: )       |
| 9. 腎臓病              | 18. 特にない       |
| 10. 肝臓病             |                |

問 16 ご本人は、現在、収入になる仕事をされていますか。 (○は1つ)

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 1. 仕事をしている  | → 6ページ 問17にお進みください。 |
| 2. 仕事をしていない |                     |

問16で、「1. 仕事をしている」とお答えの方におたずねします。

問 16-1 その具体的な業種は何ですか。 (○は1つ)

|                |         |             |           |
|----------------|---------|-------------|-----------|
| 1. 自営業主        | 2. 家族従業 | 3. 会社・団体の役員 | 4. 常勤の勤め人 |
| 5. パート・臨時・日雇い  |         |             |           |
| 6. 内職          |         |             |           |
| 7. その他(具体的に: ) |         |             |           |

問 17 ご本人は、隣近所の人と、どの程度おつきあいしていますか。 (○は1つ)

1. 家を行き来したり、一緒に買い物に行ったりしている
2. 世間話や立ち話をする
3. 会ったらあいさつをする
4. 付き合いはしていない

問 18 大きな災害(地震・火災など)が発生し、避難が必要となった場合、どなたに援助をもとめますか。 (あてはまるものすべてに○)

1. ひとり(または夫婦)で避難できる
  2. 同居している家族
  3. 別居している家族
  4. 知人・友人
  5. 隣近所の人
  6. 地域の自主防災組織
  7. 民生委員
  8. その他
  9. 援助してくれる人がいない
- (具体的に: )

問 19 困ったことや不安なことを相談できる相手はどなたですか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 家族・親類
  2. 知人・友人
  3. 隣近所の人
  4. 民生委員
  5. かかりつけ医
  6. ケアマネジャー(介護支援専門員)
  7. 向日市地域包括支援センター
  8. 在宅介護支援センター
  9. 向日市社会福祉協議会
  10. その他
  11. 特にない
- (具体的に: )

問 20 現在、どのような活動に生きがいを感じますか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 趣味や娯楽などの活動
  2. 学習や教養を身につける活動
  3. 健康づくりやスポーツ活動
  4. 地域の団体や行事への参加
  5. 社会奉仕活動
  6. 若い世代との交流
  7. 旅行・散策
  8. 買い物
  9. その他
  10. 特にない
- (具体的に: )

介護予防についておたずねします。

問 21 介護が必要でない状態を維持するために、又は介護が必要になってもこれ以上悪化させないためには、糖尿病や脳卒中、心臓病などの生活習慣病予防のほかに「介護予防」の取り組みが必要です。

「介護予防」について、ご存知ですか。 (○は1つ)

1. よく知っている
2. ある程度は知っている
3. 聞いたことはある
4. 知らない

問 22 病気の予防や健康づくり、介護予防などに関する情報や助言を主にどこから得ていますか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 配偶者
2. 子ども
3. 孫
4. その他の家族
5. 近所の知り合いや友人
6. 向日市地域包括センター・在宅介護支援センター
7. 老人福祉センター
8. かかりつけ医
9. いきつけの薬局
10. 乙訓保健所
11. テレビ・ラジオや新聞
12. 雑誌・書籍
13. その他 (具体的に: )
14. 特にない

問 23 病気の予防や健康づくり、介護予防のための取り組みについてどのように考えていますか。(1)～(16)のそれぞれについて、お答えください。

|                                       | 現在行っている | 今後ぜひ行いたい | 機会があれば、行いたい | 特に考えていない |
|---------------------------------------|---------|----------|-------------|----------|
| (1) 早寝・早起きなど規則正しい生活を送る                | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (2) ふだんの生活の中で、意識的に歩いたり運動などをする         | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (3) 読み書きや計算など、ふだんから頭をよく使うようにする        | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (4) 肥満や栄養不足などにならないよう、栄養バランスを考えた食事をとる。 | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (5) 歯磨きを毎日おこなう                        | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (6) バランスのとれた食生活、栄養改善などに関する相談や教室に参加する  | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (7) 食べることなど、お口の機能低下の予防に関する相談や教室に参加する  | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (8) 転倒や骨折予防のための筋力向上をめざした教室に参加する       | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (9) 定期的に健康診断を受ける                      | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (10) 定期的ながん検診を受ける                     | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (11) 定期的に歯科検診を受ける                     | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (12) 高齢者が集まっての仲間作りや交流する場に参加する         | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (13) 若い世代や子どもなどと交流する場に参加する            | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (14) 生きがいや教養を高めるための各種講座に参加する          | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (15) 地域の行事やボランティア活動など社会参加活動をする        | 1       | 2        | 3           | 4        |
| (16) その他(具体的に: )                      | 1       | 2        | 3           | 4        |

将来のことについて、おたずねします。

問 24 もし、ご本人が介護や支援が必要になった場合、どのような暮らし方を希望しますか。(〇は1つ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅福祉サービスを利用しながら、自宅で暮らしたい</li> <li>2. 家族に介護してもらいながら、自宅で暮らしたい</li> <li>3. 老人保健施設 ※1 に入所したい</li> <li>4. 特別養護老人ホーム ※2 に入所したい</li> <li>5. 療養病床 ※3 に入所したい</li> <li>6. 認知症共同生活介護(グループホーム) ※4 に入所したい</li> <li>7. 養護老人ホーム ※5 に入所したい</li> <li>8. ケアハウス ※6 に入所したい</li> <li>9. 有料老人ホーム ※7 に入所したい</li> <li>10. 高齢者専用賃貸住宅(適合高齢者専用賃貸住宅等) ※8 に入所したい</li> <li>11. その他(具体的に: )</li> <li>12. わからない</li> </ol> | <p>※1 老人保健施設 …… 医学的管理の下での介護、看護、機能訓練、その他必要な医療などを行い、家庭での生活に戻れるよう支援する施設</p> <p>※2 特別養護老人ホーム …… 日常生活で常に介護が必要で、在宅での介護が困難な方に日常生活の介護、健康管理を行う施設</p> <p>※3 療養病床 …… 長期療養が必要な方に、看護、医学的管理下での介護、その他必要な医療などを提供する介護体制が整った施設</p> <p>※4 認知症共同生活介護(グループホーム)<br/>少人数の認知症の高齢者がそれぞれ個室を持ち、家庭的な雰囲気の中で介護職員の世話を受けながら共同生活をする施設</p> <p>※5 養護老人ホーム …… 65歳以上の方で、環境上の理由及び経済上の理由で居宅において生活できない場合に入所できる施設</p> <p>※6 ケアハウス …… 居宅での生活が困難な60歳以上のひとり暮らしや高齢者夫婦のみの世帯などが入居でき、入浴・食事等の提供を受けながら生活する施設</p> <p>※7 有料老人ホーム …… 高齢者を対象とした住宅に、食事などのサービス機能が付いた施設</p> <p>※8 高齢者専用賃貸住宅(適合高齢者専用賃貸住宅等)<br/>高齢者の入居を拒まない住宅で、介護その他日常生活上の世話の提供の有無等を登録し、自由に生活する施設</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

問 25 もし、ご本人が介護や支援が必要になった場合、どのような支援があれば自宅での生活を続けていくことができると思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 毎日の食事の準備・後片付け、掃除や洗濯などの家事を手伝ってもらえること
2. 昼食・夕食の配食サービス
3. 入浴やトイレなどを介助してもらえること
4. 夜間や緊急時などに訪問が受けられるサービスがあること
5. 自宅の近くで「通い」や「泊まり」などのサービスを希望に応じて組み合わせながら利用できること
6. 契約や支払い、財産管理などの手続きを手伝ってもらえること
7. 病院への送迎をしてもらえること
8. 自宅まで来てくれる医者・看護師がいること
9. 外出時に介助してくれる人がいること
10. 気軽に相談できる窓口が身近にあること
11. 自宅で必要な情報を得られること
12. 隣近所の人が声かけや見守りをしてくれること
13. 地域の見廻りなど、防犯対策が十分にとられていること
14. 地域の防災対策がしっかりとられていること
15. 悪徳商法や詐欺など高齢者をねらった犯罪被害からまもられること
16. その他(具体的に: )
17. 特に支援の希望はない

問 26 将来のことを考えるときに、以下のどのような気持ちに一番近いですか。(○は1つ)

1. 本人の将来に希望を持ち、充実や幸福を感じている
2. 同居している家族の将来に希望を持ち、充実や幸福を感じている
3. 現在の状況がそのまま続けば満足である
4. 将来については、悲観している
5. 憂うつに感じることがある
6. 耐えがたいほど憂うつで、不幸であると思っている
7. その他(具体的に: )
8. わからない

問 26で、「5.」または「6.」と回答された方は、11ページ 問26-1と問26-2をお答えください。  
それ以外の方は、11ページ 問27にお進みください。

問 26-1 問 26で、「5.」または「6.」とお答えの方におたずねします。その理由は特にどのようなことに不安をお持ちですか。(○は1つ)

- |           |          |           |
|-----------|----------|-----------|
| 1. 健康のこと  | 5. 倦怠    | 8. その他    |
| 2. 家族のこと  | 6. 孤独    | (具体的に: )  |
| 3. 経済的な問題 | 7. 疲労    | 9. 理由は特にな |
| 4. 交友関係   | (介護疲れなど) |           |

問 26-2 また、その悩みを相談するとすれば、どなたにされますか (○は1つ)

- |          |          |         |
|----------|----------|---------|
| 1. 配偶者   | 5. 隣近所の人 | 8. 特にない |
| 2. 同居の家族 | 6. 民生委員  |         |
| 3. 別居の家族 | 7. その他   |         |
| 4. 友人・知人 | (具体的に: ) |         |

**高齢者の虐待防止についておたずねします。**

問 27 高齢者虐待防止法(高齢者の虐待防止、高齢者の擁護者に対する支援法に関する法律)が施行されていますが、この「高齢者虐待防止法」という法律があることは、ご存知ですか。

- |                                                                             |   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|--------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 知っている</li> <li>2. 知らない</li> </ol> | → | 12ページ 問 28にお進みください |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|--------------------|

問 27で、「1. 知っている」とお答えの方におたずねします。

問 27-1 「高齢者虐待防止法」の内容についてご存知ですか。

- |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 内容も大体知っている</li> <li>2. 内容は知らない</li> </ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|



全員の方にお聞きます。

問 28 今までに高齢者虐待と思われるような事例を見たり、聞いたりしたことがありますか。

|          |               |
|----------|---------------|
| 1.あ<br>る | → 問29にお進みください |
| 2.な<br>い |               |

問28で、「1. ある」とお答えの方におたずねします。

問 28-1 高齢者虐待と思われるような事例を見たり聞いたりしたとき、どこかへ通報したり相談をされましたか。

|             |               |
|-------------|---------------|
| 1.し<br>た    | → 問29にお進みください |
| 2.し<br>ていない |               |

問 28-1で、「1. した」とお答えの方におたずねします。

問 28-2 通報したところや相談をされたのは、どこですか。(あてはまるものすべてに○)

|                      |
|----------------------|
| 1. 向日市役所             |
| 2. 向日市地域包括支援センター     |
| 3. 在宅介護支援センター        |
| 4. 民生委員              |
| 5. 向日市社会福祉協議会        |
| 6. 向日町警察署・交番         |
| 7. 向日市消防             |
| 8. 近くの介護保険サービス事業所や施設 |
| 9. 近くの住民             |
| 10. その他(具体的に: _____) |

全員の方にお聞きます。

問 29 「高齢者虐待防止法」には高齢者虐待発見者の通報義務がありますが、通報するとしたら、どこにされますか。(あてはまるものすべてに○)

|                      |
|----------------------|
| 1. 向日市役所             |
| 2. 向日市地域包括支援センター     |
| 3. 在宅介護支援センター        |
| 4. 民生委員              |
| 5. 向日市社会福祉協議会        |
| 6. 向日町警察署・交番         |
| 7. 向日市消防             |
| 8. 近くの介護保険サービス事業所や施設 |
| 9. 近くの住民             |
| 10. その他(具体的に: _____) |

最後に、介護保険料や介護保険制度について、おたずねします。

問 30 介護保険料の負担について、お答えください。(○は1つ)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 大きい   | 2. やや大きい | 3. ふつう   |
| 4. やや小さい | 5. 小さい   | 6. わからない |

◇ 介護保険制度に関して、ご意見などをご自由にお書きください。

|       |
|-------|
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |

アンケートはこれでおわりです。  
たくさんの質問にご協力を賜り、ありがとうございました。  
記入もれがないか、今一度お確かめください。  
記入していただいた調査票は切り離さずに、  
全てを同封の封筒に入れて、ポストに投函してください。  
(切手は不要です。)

# 向日市介護サービスについてのアンケート (在宅者用)

このたび、向日市では「介護サービスについてのアンケート」を実施することになりました。

このアンケート調査は、要支援・要介護認定を受けておられる皆様が、介護サービスの内容や今後の利用、また介護保険制度全般について、どのように感じておられるかなどをお聞きし、次期介護保険事業計画を含め今後の制度や運営に活かしてまいりたいと考えております。

このアンケート調査は「無記名」です。

調査の結果は、統計的に処理するもので個人に迷惑をおかけすることは一切ありませんので、率直なご意見やご考えをお聞かせください。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただきましてぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成22年11月

向日市長 久嶋 務

ご記入にあたってのお願い

1. 記入は、鉛筆または黒のボールペンでお願いします。
2. 回答は、1ページから最後まで順番にお答えください。矢印(→)があれば矢印にしたがってお答えください。
3. 回答は、あてはまるものの番号に○印を付けていただくようになっています。  
また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を( )内に具体的に記入してください。

ご記入いただきました調査票は、ご記入後、同封の返信用封筒に入れ、無記名のまま**平成22年11月30日(火)までにご返送**くださいますようお願いいたします。  
(切手は不要です。)

なお、調査の内容や記入の仕方について、わからないことがありましたら、下記までご連絡ください。

【問い合わせ先】向日市健康福祉部 障がい高齢福祉課 高齢介護係  
電話 075-931-1111 (内線 371)

ご回答いただく前に

- ◆ このアンケートは、平成22年11月1日現在の状況でお答えください。
- ◆ 下記の理由により回答できない場合は、該当する理由に○印をつけてください。それ以外の方は、問1から順にご回答ください。

1. 特別養護老人ホームに入所中
2. 老人保健施設に入所中
3. 介護保険の病院・病棟に入院中
4. 医療保険の病院・病棟に入院中
5. 市外に転出
6. その他( )

- ◆ 対象者ご本人の回答が難しい場合は、家族の方がご本人の意思を確認しながら、またはご本人の立場で回答をお願いします。

最初に要介護(要支援)認定を受けておられる方のことについておたずねします。

問1 このアンケートに、ご回答いただく方はどなたですか。(○は1つ)

1. 本人
2. 家族
3. その他( )

問2 ご本人の性別は？(○は1つ)

1. 男性
2. 女性

問3 ご本人の年齢は？(○は1つ)

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

問 4 ご本人の現在の世帯状況は？ (○は1つ)

|                           |          |                |
|---------------------------|----------|----------------|
| 1. ひとり暮らし                 | 2. 家族と同居 | 3. その他(施設入所など) |
| ご本人を含めて何人で暮らしていますか 人      |          |                |
| ア. 本人とその配偶者のみ(夫婦)の2人世帯    |          |                |
| イ. 本人とその他の高齢者(65歳以上)のみの世帯 |          |                |
| ウ. その他の世帯(子供等との同居世帯)      |          |                |

問5にお進みください

問 4で、「1. ひとり暮らし」とお答えの方におたずねします。

問 4-1 別居のご家族がおられる場合、次のどこに住んでおられますか。(○はいくつでも可)

|         |                |        |              |
|---------|----------------|--------|--------------|
| 1. 向日市内 | 2. 京都府内(向日市以外) | 3. 他府県 | 4. 別居の家族はいない |
|---------|----------------|--------|--------------|

問 5 お住まいは、次のどれにあてはまりますか。(平成22年11月1日現在で、○は1つ)

|                         |                 |                 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. 持ち家(一戸建て)            | 2. 持ち家(分譲マンション) | 3. 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 4. 民間賃貸住宅(マンション・アパートなど) | 5. 公営住宅         | 6. 社宅・官舎        |
| 7. 間借り・住み込み             | 8. その他(具体的に: )  |                 |

問 6 お住まい(主に生活する部屋)は、2階以上にありますか。

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

問 7 2階以上の階にお住まいの方におたずねします。  
お住まいにエレベータは設置されていますか。

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

問 8 ご本人の現在の収入源は何ですか。次のどれにあてはまりますか。(○はいくつでも可)

|                              |
|------------------------------|
| 1. 自分が働いて得る給与                |
| 2. 公的な年金(国民年金・厚生年金・共済年金)     |
| 3. 私的な年金(企業年金・個人年金)          |
| 4. 非課税の年金(老齢福祉年金・遺族年金・障害年金等) |
| 5. 預貯金の引出し                   |
| 6. 貸家などの賃貸収入や利子・配当金などの収入     |
| 7. 同居家族の収入                   |
| 8. 子どもなどからの援助                |
| 9. 生活保護                      |
| 10. その他(具体的に: )              |

ご本人の要介護認定についておたずねします。

問 9 ご本人の要介護度は、次のどれにあてはまりますか。(平成22年11月1日現在)

|         |          |
|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 5. 要介護3  |
| 2. 要支援2 | 6. 要介護4  |
| 3. 要介護1 | 7. 要介護5  |
| 4. 要介護2 | 8. わからない |

問 10 ご本人の要介護度は、前回の要介護認定と比べて、どのように変化しましたか。(○は1つ)

|          |         |          |
|----------|---------|----------|
| 1. 軽くなった | 2. 変化なし | 3. 重くなった |
|----------|---------|----------|

問 11 直近の要介護認定について、どのように感じられましたか。 (○は1つ)

|             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1. 納得した     | → 問 12にお進みください。 |
| 2. おおむね納得した |                 |
| 3. わからない    |                 |
| 4. 納得していない  |                 |

問 11で、「4. 納得していない」とお答えの方におたずねします。

問 11-1 納得していない理由は、どのようなことですか。 (○はいくつでも可)

|                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 思ったより軽い認定結果(要介護度)だった             |
| 2. 思ったより重い認定結果(要介護度)だった             |
| 3. 調査内容について、十分な説明がなかった              |
| 4. 認定の際の聞き取り調査で、心身の状態を十分聞きとってくれなかった |
| 5. 聞き取り調査の時間が長すぎて疲れた                |
| 6. 認知症の症状が低く判定されていると感じた             |
| 7. 認定申請から決定まで、日数がかかりすぎる             |
| 8. その他                              |
| 具体的に:                               |

問 12 認定された要介護度の有効期間について、どう思いますか。 (○は1つ)

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 短い | 2. 適当 | 3. 長い |
|-------|-------|-------|

ご本人のふだんの様子についておたずねします。

問 13 ご本人の日ごろの健康状態はいかがですか。 (○は1つ)

|              |               |                 |
|--------------|---------------|-----------------|
| 1. とても健康だと思う | 2. まずまず健康だと思う | 3. あまり健康ではないと思う |
| 4. 健康ではないと思う | 5. どちらとも言えない  |                 |

問 14 外出の頻度はどれぐらいですか。

|        |         |          |          |        |          |
|--------|---------|----------|----------|--------|----------|
| ① 買い物  | 1. ほぼ毎日 | 2. 週4、5日 | 3. 週2、3日 | 4. 週1日 | 5. 週1日未満 |
| ② 散歩   | 1. ほぼ毎日 | 2. 週4、5日 | 3. 週2、3日 | 4. 週1日 | 5. 週1日未満 |
| ③ 通院通所 | 1. ほぼ毎日 | 2. 週4、5日 | 3. 週2、3日 | 4. 週1日 | 5. 週1日未満 |
| ④ 趣味等  | 1. ほぼ毎日 | 2. 週4、5日 | 3. 週2、3日 | 4. 週1日 | 5. 週1日未満 |

問 15 外出する際の主な目的地はどこですか。 (○はいくつでも可)

|               |                  |         |
|---------------|------------------|---------|
| 1. 市役所・図書館    | 2. 市民体育館・市民温水プール | 3. 福祉施設 |
| 4. 医療機関(病院など) | 5. スーパー・デパートなど   | 6. 飲食店  |
| 7. その他( )     |                  |         |

問 16 目的地への主な移動手段は何ですか。 (○はいくつでも可)

|                |                |          |               |
|----------------|----------------|----------|---------------|
| 1. 徒歩          | 2. 自転車         | 3. バイク   | 4. 自動車(自分で運転) |
| 5. 自動車(乗せてもらう) | 6. 電車(JR・阪急など) | 7. 路線バス  |               |
| 8. 病院や施設のバス    | 9. 電動カート・車いす   | 10. タクシー |               |
| 11. その他( )     |                |          |               |

問 17 外出を控えている場合は、その理由は次のどれですか

(○はいくつでも可)

|                    |                   |              |                    |
|--------------------|-------------------|--------------|--------------------|
| 1. 病気              | 2. 障がい(脳卒中の後遺症など) | 3. 足腰などの痛み   | 4. トイレの心配(失禁などの不安) |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題など) | 6. 目の障がい          | 7. 外での楽しみがない |                    |
| 8. 経済的に出られない       | 9. その他( )         |              |                    |

問 18 地域の催しや活動に参加していますか

(○はいくつでも可)

|          |            |                           |
|----------|------------|---------------------------|
| 1. 祭りや行事 | 2. 自治会・町内会 | 3. サークル・自主グループ(老人福祉センター等) |
| 4. 老人クラブ | 5. その他( )  |                           |

問 19 大きな災害(地震・火災など)が発生し、避難が必要となった場合、どなたに援助をもとめますか。 (あてはまるものすべてに○)

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. ひとり(または夫婦)で避難できる | 6. 地域の自主防災組織    |
| 2. 同居している家族         | 7. 民生委員         |
| 3. 別居している家族         | 8. その他          |
| 4. 知人・友人            | (具体的に: )        |
| 5. 隣近所の人            | 9. 援助してくれる人がいない |

問 20 困ったことや不安なことを相談できる相手はどなたですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 家族・親類            | 7. 向日市地域包括支援センター |
| 2. 知人・友人            | 8. 在宅介護支援センター    |
| 3. 隣近所の人            | 9. 向日市社会福祉協議会    |
| 4. 民生委員             | 10. その他          |
| 5. かかりつけ医           | (具体的に: )         |
| 6. ケアマネジャー(介護支援専門員) | 11. 特にいない        |

**ご本人の介護サービスの利用状況についておたずねします。**

問 21 ご本人は、現在、在宅で介護保険のサービスを利用していますか。(○は1つ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

7ページ 問 22にお進みください。

問21で、「2. 利用していない」とお答えの方におたずねします。

問 21-1 介護サービスを利用していない理由は、どのようなことですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 当面は家族などによる介護で十分であるから              |
| 2. 介護保険以外のサービスを利用しているから              |
| 3. 事業者の職員等、他人を自宅に入れたくないから            |
| 4. 自分で、身の回りのことをするよう努めているから           |
| 5. 利用料(サービス料の1割)の負担が大きいから            |
| 6. 手続き方法がよくわからない。または複雑でめんどうだから       |
| 7. どのようなサービスを利用したらよいかわからないから         |
| 8. 利用したいサービスが近くにないから                 |
| 9. 利用したいサービスがあったが、定員などの関係で利用できなかったから |
| 10. 今まででは利用していなかったが、これから利用する予定である    |
| 11. その他 (具体的に: )                     |

10ページ 問30にお進みください。

問22～問29は、問21で、介護保険のサービスを「1. 利用している」とお答えの方におたずねします。

問 22 ご本人が在宅の介護サービスを利用し始めるようになった理由は、どのようなことですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 自宅で生活したい(続けたい)から              |
| 2. 介護保険が始まって、保険料を納めるようになったから     |
| 3. サービス事業者やサービス内容を自分で選べるようになったから |
| 4. 家族の介護負担を軽くしたかったから             |
| 5. 介護サービスなしでは生活できないから            |
| 6. 親類や知人、医者、サービス事業者などに勧められたから    |
| 7. その他(具体的に: )                   |

問 23 現在利用しているサービスに満足していますか。(○は1つ)

- |       |         |         |       |
|-------|---------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. ほぼ満足 | 3. やや不満 | 4. 不満 |
|-------|---------|---------|-------|

8ページ 問24にお進みください。

問 23で、「3. やや不満」または「4. 不満」とお答えの方におたずねします。

問 23-1 不満を感じておられるサービス名をご記入ください。

問 23-2 不満の理由は、どのようなことですか。(○はいくつでも可)

- |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用料に比べて、内容が不十分である                                                 |
| 2. はじめに受けた説明と、内容が違う                                                  |
| 3. 担当者が頻繁にかわる                                                        |
| 4. 約束の時間を守らない                                                        |
| 5. もっと利用回数を増やしてほしいのに、定員がいっぱいなどの理由で増やしてもらえない<br>(具体的にサービス名をお書きください。 ) |
| 6. サービスしてくれる人の態度が悪い                                                  |
| 7. こちらの言ったことを聞き入れてくれない                                               |
| 8. その他(具体的に: )                                                       |

問 23-3 これまで、サービスに不満があった場合、どのようにしましたか。

(〇はいくつでも可)

- 1. サービス提供事業者(介護支援専門員)に苦情を言った
- 2. ケアマネジャー(介護支援専門員)に苦情を言った
- 3. 向日市や京都府、国保連合会等に苦情を言った
- 4. サービス提供事業者を変更した
- 5. 市の介護相談員に相談した
- 6. がまんした
- 7. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

問 24 介護サービスを利用することにより、ご本人の生活にどのような変化がありましたか。

(〇はいくつでも可)

- 1. 良くなった
  - 1. 自分で身の回りのことができるようになった
  - 2. 気持ちに張りができ、精神的に安定してきた
  - 3. 体調がよくなった
  - 4. 外出することが増えた
  - 5. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)
- 2. 悪くなった
  - 具体的に: \_\_\_\_\_
- 3. 特に変化はない

問 25 既存のサービス以外で、具体的にどのようなサービスがあれば利用したいと思いますか。

\_\_\_\_\_

### 介護サービスの利用料についておたずねします。

問 26 現在の利用料について、ご本人の気持ちに最も近いものを選んでください。

- 1. 現在の負担は、やむをえない
- 2. 現在の負担で助かっている
- 3. 現在の負担は苦しい
- 4. わからない

### ケアマネジャーやケアプランについておたずねします。

問 27 現在のケアマネジャーを選んだ理由はどのようなことですか。(〇はいくつでも可)

- 1. 以前から利用していた事業者だから
- 2. 受けたい介護サービスを提供している事業者だから
- 3. 自宅の近くにある事業者だから
- 4. 評判がよいため
- 5. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

問 28 これまでのケアマネジャーの対応について、どのように感じておられますか。

(〇は1つ)

- 1. 満足している
- 2. ほぼ満足している
- 3. 不満である
  - 具体的に \_\_\_\_\_

問 29 ケアプランには、本人や家族の方の希望が反映されていますか。(〇は1つ)

- 1. 十分反映されている
  - 2. ほぼ反映されている
  - 3. 反映されていない
- 10ページ 問 30にお進みください

問 29で、「3. 反映されていない」とお答えの方におたずねします。

問 29-1 どのような点で、希望が反映されていないとお考えですか。

(〇はいくつでも可)

- 1. 希望する介護サービスが組み込まれていない
- 2. 希望していない介護サービスが組み込まれている
- 3. 利用回数が希望よりも少ない
- 4. 利用時間数が希望よりも少ない
- 5. 利用する曜日や時間帯が希望どおりでない
- 6. 介護サービス事業者が希望どおりでない
- 7. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

今後の介護サービスの利用についておたずねします。

問 30 ご本人は、将来の状況(家族状況や健康状態等)を考えた場合、介護サービスの利用について、どのようにお考えになりますか。

各サービスの今後の利用について、あてはまる番号に○をつけてください。

【居宅サービス】

| サービス名                                                                  | 今後の利用について<br>(○は1つ)                   |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| ① 訪問介護(ホームヘルプサービス)<br>ホームヘルパーによる家庭で入浴・排泄・食事等の介護や日常生活上の世話をうけること         | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ② 訪問入浴介護<br>浴槽を積んだ入浴車などで訪問し、入浴の介助のサービスを受けること                           | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ③ 訪問看護<br>看護師などが訪問し、療養上の世話や診療の補助を受けること                                 | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ④ 訪問リハビリテーション<br>専門家による家庭で受ける機能回復のための訓練(理学療法・作業療法)                     | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ⑤ 居宅療養管理指導<br>医師、歯科医師、薬剤師等が訪問し、家庭での療養上の管理や服薬の指導を受けること                  | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ⑥ 通所介護(デイサービス)<br>デイサービスセンターに通って、入浴・排泄・食事・その他日常生活上の世話や機能訓練を受けること       | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ⑦ 通所リハビリテーション(デイケア)<br>医療施設などで受ける機能回復のための訓練                            | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ⑧ 短期入所生活介護(ショートステイ)<br>特別養護老人ホームなどへの短期入所で、入浴・排泄・食事その他日常生活上の世話や訓練を受けること | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |
| ⑨ 短期入所療養介護(ショートステイ)<br>医療施設などへの短期入所で、医学的管理のもとで介護や看護、機能訓練を受けること         | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない |

| サービス名                                                                         | 今後の利用について<br>(○は1つ)                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ⑩ 福祉用具貸与<br>車いすやベッドなどの日常生活を助ける用具を借りること                                        | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない      |
| ⑪ 特定施設入居者生活介護<br>有料老人ホームなどで、入浴・排泄・食事その他日常生活上の世話や機能訓練を受けること                    | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない      |
| ⑫ 小規模多機能型居宅介護<br>「通い」を中心に、利用者の希望に応じて、訪問介護や宿泊サービスなどを組み合わせて受けること                | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない      |
| ⑬ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)<br>認知症のある方が、共同生活を営む住居で、入浴・排泄・食事その他日常生活上の世話や機能訓練を受けること | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. 利用したくない      |
| ⑭ 特定福祉用具購入<br>入浴や排泄等の用具の購入費の一部補助                                              | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. すでに限度額まで利用した |
| ⑮ 住宅改修費支給<br>手すりの取り付け等、住宅改修費の一部補助                                             | 1. 増やしたい<br>2. 新たに利用したい<br>3. すでに限度額まで利用した |

【施設サービス】

| サービス名                                                                | 今後の利用について<br>(○は1つ)    |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| ⑯ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所<br>常に介護が必要で、自宅での生活が困難な方のための施設              | 1. 利用したい<br>2. 利用したくない |
| ⑰ 介護老人保健施設(老人保健施設)への入所<br>病状が安定しており、リハビリテーション(機能訓練)や看護・介護が必要な方のための施設 | 1. 利用したい<br>2. 利用したくない |
| ⑱ 介護療養型医療施設(療養型病床)への入所<br>長期療養かつ介護が必要な方が、医療や介護を受けるための施設              | 1. 利用したい<br>2. 利用したくない |

要支援1・2の方におたずねします。

※要介護1～5の方は、14ページの 問 34にお進みください。

問 31 介護が必要でない状態を維持するために、または、介護が必要になっても、これ以上悪化させないためには、糖尿病や脳卒中、心臓病などの生活習慣予防のほかに、「介護予防」の取り組みが必要です。「介護予防」についてご存知ですか。

(○は1つ)

1. 知っている
2. ある程度は知っている
3. 聞いたことはある
4. 知らない

問 32 病気の予防や健康づくり、介護予防などに関する情報や助言は、主にどこから得ていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 配偶者
2. 子ども
3. 孫
4. その他の家族
5. 地域包括支援センター・在宅介護支援センター
6. 老人福祉センタ
7. かかりつけ医
8. 薬局
9. 保健所
10. テレビ・ラジオや新聞
11. 雑誌・書籍
12. その他(具体的に: )
13. 特にない

問 33 病気の予防や健康づくり、介護予防のための取り組みについてどのように考えていますか。(1)～(16)のそれぞれについて、お答えください。

| (1)～(16)の各項目ごとに評価をして、○をつけてください。       | 現在行っている | 今後ぜひ行いたい | 機会があれば行いたい | 特に考えていない |
|---------------------------------------|---------|----------|------------|----------|
| (1) 早寝・早起きなど規則正しい生活を送る                | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (2) ふだんの生活の中で、意識的に歩いたり運動などをする         | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (3) 読み書きや計算など、ふだんから頭をよく使うようにする        | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (4) 肥満や栄養不足などにならないよう、栄養バランスを考えた食事をとる。 | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (5) 歯磨きを毎日おこなう                        | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (6) バランスのとれた食生活、栄養改善などに関する相談や教室に参加する  | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (7) 食べることなど、お口の機能低下の予防に関する相談や教室に参加する  | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (8) 転倒や骨折予防のための筋力向上をめざした教室に参加する       | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (9) 定期的に健康診断を受ける                      | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (10) 定期的ながん検診を受ける                     | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (11) 定期的に歯科検診を受ける                     | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (12) 高齢者が集まっての仲間作りや交流する場に参加する         | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (13) 若い世代や子どもなどと交流する場に参加する            | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (14) 生きがいや教養を高めるための各種講座に参加する          | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (15) 地域の行事やボランティア活動など社会参加活動をする        | 1       | 2        | 3          | 4        |
| (16) その他(具体的に: )                      | 1       | 2        | 3          | 4        |



介護保険料について、おたずねします。

問 34 介護保険料の負担について、お答えください。(○は1つ)

|          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 大きい   | 2. やや大きい | 3. ふつう   |
| 4. やや小さい | 5. 小さい   | 6. わからない |

ご本人をふだん、介護している方におたずねします。

問 35 日常、主に介護している方は、どなたですか。  
(ご本人からみて、続柄を選んでください。○は1つ)

|            |            |
|------------|------------|
| 1. 配偶者     | 5. 親族はいない  |
| 2. 子ども     | 6. 介護者はいない |
| 3. 子どもの配偶者 |            |
| 4. その他の親族  |            |

↓  
15ページ 問36にお進みください

問 35で、「1.」～「4.」のいずれかをお答えの方におたずねします。

問 35-1 主に介護している方の性別と年齢をお答えください。(○は1つ)

|         |           |           |           |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| (1) 性別は | 1. 男性     | 2. 女性     |           |
| (2) 年齢は | 1. 40歳未満  | 2. 40～59歳 | 3. 60～64歳 |
|         | 4. 65～69歳 | 5. 70～74歳 | 6. 75歳以上  |

問 35-2 介護保険サービスを利用するようになって、どのように変わりましたか。  
(○はいくつでも可)

|            |                                                                                                                                                                        |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 良くなった   | <input type="checkbox"/> 1. 精神的・肉体的負担が減った<br><input type="checkbox"/> 2. 外出することが増えた<br><input type="checkbox"/> 3. 体調がよくなった<br><input type="checkbox"/> 4. その他(具体的に: ) |
| 2. 悪くなった   | <input type="checkbox"/> 具体的に:                                                                                                                                         |
| 3. 特に変化はない |                                                                                                                                                                        |

施設入所の希望状況についておたずねします。

問 36 現在、介護保険施設やグループホームに入所の申し込みをされていますか。  
施設の種類ごとに番号を1つを選び、申し込まれてからの期間をお答えください。

| 施設名                         | 申し込み状況                                                                                                              | 申し込み施設数 | 申し込み後の期間 |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| 特別養護老人ホーム<br>(介護老人福祉施設)     | <input type="checkbox"/> 1. 申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 2. 今後申し込む予定<br><input type="checkbox"/> 3. 申し込んでいない | [ ]か所   | 約[ ]か月   |
| 老人保健施設<br>(介護老人保健施設)        | <input type="checkbox"/> 1. 申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 2. 今後申し込む予定<br><input type="checkbox"/> 3. 申し込んでいない | [ ]か所   | 約[ ]か月   |
| 療養型病床等<br>(介護療養型医療施設)       | <input type="checkbox"/> 1. 申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 2. 今後申し込む予定<br><input type="checkbox"/> 3. 申し込んでいない | [ ]か所   | 約[ ]か月   |
| 認知症対応型<br>共同生活<br>(グループホーム) | <input type="checkbox"/> 1. 申し込んでいる<br><input type="checkbox"/> 2. 今後申し込む予定<br><input type="checkbox"/> 3. 申し込んでいない | [ ]か所   | 約[ ]か月   |

問 36で、「1. 申し込んでいる」と「2. 今後申し込む予定」とお答えの方におたずねします。

問 36-1 施設に入所を希望される理由は、どのようなことですか。(○はいくつでも可)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ひとり暮らしのため、在宅での生活が困難だから<br><input type="checkbox"/> 2. ひとり暮らしではないが、現状では十分な介護が困難だから<br><input type="checkbox"/> 3. 心身の状況が低下し、在宅での介護が困難だから<br><input type="checkbox"/> 4. 家族の介護負担を減らしたいから<br><input type="checkbox"/> 5. 施設の方が設備や人員が整っていて安心だから<br><input type="checkbox"/> 6. 在宅介護と比べて、身体能力等の維持向上に効果があり、生活意欲が向上すると思うから<br><input type="checkbox"/> 7. 自宅が高齢者向きの構造になっていないから<br><input type="checkbox"/> 8. その他<br><input type="checkbox"/> 具体的に: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**高齢者の虐待防止についておたずねします。**

問 37 高齢者虐待防止法(高齢者の虐待防止、高齢者の擁護者に対する支援法に関する法律)が施行されていますが、この「高齢者虐待防止法」という法律があることは、ご存知ですか。

1. 知っている  
2. 知らない

→ 17ページ 問 39にお進みください

問 37で、「1. 知っている」とお答えの方におたずねします。

問 37-1 「高齢者虐待防止法」の内容についてご存知ですか。

1. 内容も大体知っている  
2. 内容は知らない

問 38 今までに高齢者虐待と思われるような事例を見たり、聞いたりしたことがありますか。

1. ある  
2. ない

→ 17ページ 問 39にお進みください

問 38で、「1. ある」とお答えの方におたずねします。

問 38-1 高齢者虐待と思われるような事例を見たり聞いたりしたとき、どこかへ通報したり相談をされましたか。

1. した  
2. していない

→ 17ページ 問 39にお進みください

問 38-1で、「1. した」とお答えの方におたずねします。

問 38-2 通報したところや相談をされたのは、どこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 向日市役所  
2. 向日市地域包括支援センター  
3. 在宅介護支援センター  
4. 民生委員  
5. 向日市社会福祉協議会  
6. 向日町警察署・交番

7. 向日市消防  
8. 近くの介護保険サービス事業所や施設  
9. 近くの住民  
10. その他(具体的に: )

全員の方にお聞きします。

問 39 「高齢者虐待防止法」には高齢者虐待発見者の通報義務がありますが、通報するとしたら、どこにされますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 向日市役所  
2. 向日市地域包括支援センター  
3. 在宅介護支援センター  
4. 民生委員  
5. 向日市社会福祉協議会  
6. 向日町警察署・交番  
7. 向日市消防  
8. 近くの介護保険サービス事業所や施設  
9. 近くの住民  
10. その他(具体的に: )

◇ 介護保険制度に関して、ご意見などをご自由にお書きください。

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

アンケートはこれでおわりです。  
たくさん質問にご協力を賜り、ありがとうございました。  
記入もれがないか、今一度お確かめください。  
記入していただいた調査票は切り離さず、  
全てを同封の封筒に入れて、ポストに投函してください。  
(切手は不要です。)

## 向日市介護サービスについてのアンケート

(施設サービス利用者用)

このたび、向日市では「介護サービスについてのアンケート」を実施することになりました。

このアンケート調査は、介護サービスを利用されている皆様が、介護サービスの内容や今後の利用、また介護保険制度全般について、どのように感じておられるかなどをお聞きし、次期介護保険事業計画を含め今後の制度や運営に活かしてまいりたいと考えております。

この調査票は、平成22年9月に介護保険施設(特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床群等)に入所・入院されておられる方に送付させていただきましたが、調査時点(平成22年11月1日)で、すでに退所・退院されている方につきましては、調査票の1ページの「ご回答いただく前に」の項目のみご記入のうえ、同封の封筒にてご返送ください。

このアンケート調査は「無記名」です。

調査の結果は、統計的に処理するもので個人に迷惑をおかけすることは一切ありませんので、率直なご意見やお考えをお聞かせください。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただきましてぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成22年11月

向日市長 久嶋 務

ご記入にあたってのお願い

1. 記入は、鉛筆または黒のボールペンでお願いします。
2. 回答は、1ページから最後まで順番にお答えください。矢印(→)があれば矢印にしたがってお答えください。
3. 回答は、あてはまるものの番号に○印を付けていただくようになっています。  
また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を( )内に具体的に記入してください。

ご記入いただきました調査票は、ご記入後、同封の返信用封筒に入れ、無記名のまま  
**平成22年11月30日(火)までにご返送**くださいますようお願いいたします。  
(切手は不要です。)

なお、調査の内容や記入の仕方について、わからないことがありましたら、下記までご連絡ください。

【問い合わせ先】向日市健康福祉部 障がい高齢福祉課 高齢介護係  
電話 075-931-1111 (内線 371)

ご回答いただく前に

- ◆ このアンケートは、平成22年11月1日現在の状況でお答えください。
- ◆ 下記の理由により回答できない場合は、該当する理由に○印をつけてください。それ以外の方は、問1から順にご回答ください。

1. 介護保険施設を退所(退院)し、向日市の自宅で生活している。
2. 医療保険の病院・病棟に入院中
3. 市外に転出
4. その他( )

- ◆ 対象者ご本人の回答が難しい場合は、家族の方がご本人の意思を確認しながら、またはご本人の立場で回答をお願いします。

最初に要介護(要支援)認定を受けておられるご本人のことにしておたずねします。

問1 このアンケートに、ご回答いただく方はどなたですか。(○は1つ)

1. 本人
2. 家族
3. その他( )

問2 ご本人が入所(入院)されている施設の種類は?(○は1つ)

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(療養型病床群等)

問3 ご本人の性別は?(○は1つ)

1. 男性
2. 女性

問 4 ご本人の年齢は？ (○は1つ)

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

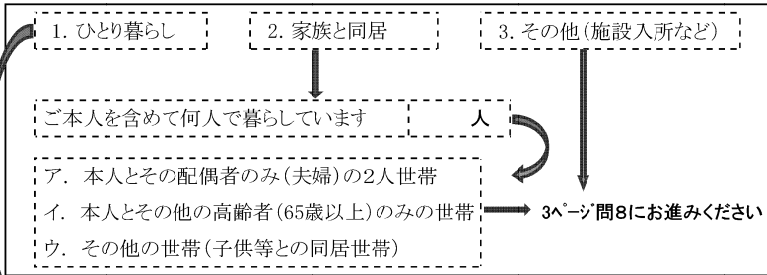
問 5 ご本人が現在の施設に入所(入院)される前は、どこに住んでおられましたか。 (○は1つ)

1. 自宅  
 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)  
 3. 介護老人保健施設(老人保健施設)  
 4. 介護療養型医療施設(療養型病床群等)  
 5. 病院の一般病棟  
 6. その他(具体的に: )

問 6 ご本人の要介護認定度は、次のどれにあてはまりますか。(平成22年11月1日現在)

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 入所・入院時のご本人の世帯状況は、次のどれにあてはまりますか。(○は1つ)



問 7で、「1. ひとり暮らし」とお答えの方におたずねします。  
 問 7-1 別居のご家族がおられる場合、次のどこに住んでおられますか？ (○はいくつでも可)

1. 向日市内 2. 京都府内(向日市以外) 3. 他府県 4. 別居の家族はいない

**ご本人の施設利用の状況について、おたずねします。**

問 8 ご本人が現在の施設に入所(入院)されるようになって、どれくらい期間が経過していますか。 (○は1つ)

1. 6か月未満 4. 2年～3年未満  
 2. 6か月～1年未満 5. 3年以上( )年  
 3. 1年～2年未満 6. わからない

問 9 施設に入所(入院)された理由は、どのようなことですか。(○はいくつでも可)

1. ひとり暮らしのため、在宅での生活が困難だから  
 2. ひとり暮らしではないが、現在では十分な介護が困難だから  
 3. 心身の状況が低下し、在宅での介護が困難だから  
 4. 家族の介護負担を軽くしたいから  
 5. 施設の方が、設備や人員が整っていて安心だから  
 6. 在宅介護と比べて、身体能力等の維持向上に効果があり、生活意欲が向上すると思うから  
 7. 自宅が高齢者向きの構造になっていないから  
 8. その他  
 [具体的に: ]

問 10 施設での生活について、ご本人はどの程度満足されていますか。

|                             | 満足 | やや満足 | ふつう | やや不満 | 不満 | わからない |
|-----------------------------|----|------|-----|------|----|-------|
| ①～⑥の各項目ごとに評価をして、○をつけてください。  |    |      |     |      |    |       |
| ① 職員の対応はどうか                 | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |
| ② お食事はどうか                   | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |
| ③ トイレや入浴時のプライバシーへの配慮はどうか    | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |
| ④ 日常動作訓練・リハビリテーションの内容はどうか   | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |
| ⑤ 趣味や余暇をすごすための道具や設備についてはどうか | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |
| ⑥ 居室の清潔さや衛生管理についてはどうか       | 1  | 2    | 3   | 4    | 5  | 6     |

問 11 入所(入院)前と比べて、ご本人の生活に変化がありましたか。  
(○はい/×でも可)

- 1. 精神的に安定してきた
- 2. 体調がよくなった
- 3. 周囲の人と打ちとけて、交流するようになった
- 4. 体調が悪くなった
- 5. 環境の変化等により、精神的に不安定になった
- 6. 特に変化はない
- 7. その他(具体的に: )

問 12 ご本人は今後、どのような生活を希望されますか。  
(主なものに○をつけてください。)

- 1. 自宅に戻りたい
- 2. 自宅以外の家族や親族の家で生活したい
- 3. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に移りたい
- 4. 介護老人保健施設(老人保健施設)に移りたい
- 5. 介護療養型医療施設(療養型病床群等)に移りたい
- 6. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)に移りたい
- 7. その他の施設に移りたい
- 8. 現在の施設に、引き続き入所(入院)を続けたい
- 9. その他(具体的に: )
- 10. わからない

介護サービスの利用料についておたずねします。

問 13 現在の利用料について、ご本人の気持ちに最も近いものを選んでください。

- 1. 現在の負担は、やむをえない
- 2. 現在の負担で助かっている
- 3. 現在の負担は苦しい
- 4. わからない

最後に、介護保険料について、おたずねします。

問 14 介護保険料の負担について、お答えください。(○は1つ)

- 1. 大きい
- 2. やや大きい
- 3. ふつう
- 4. やや小さい
- 5. 小さい
- 6. わからない

◇ 介護保険制度に関して、ご意見などをご自由にお書きください。

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

アンケートはこれでおわりです。  
ご協力を賜り、ありがとうございました。  
記入もれがないか、今一度お確かめください。  
記入していただいた調査票は切り離さずに、  
全てを同封の封筒に入れて、ポストに投函してください。  
(切手は不要です。)

平成22年11月

介護支援専門員 様

向日市健康福祉部障がい高齢福祉課長

介護支援専門員を対象にした介護保険アンケート調査のお願い

平素は、本市の高齢者健康福祉行政並びに介護保険事業に対し、格別のご理解・ご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、高齢者の方々が健康で安心して暮らすことができる社会の実現に向けて、「向日市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」を見直しする作業を進めております。その基礎資料として、市内の居宅介護支援事業所におられる介護支援専門のみなさまにもアンケート調査を実施することとなりました。

このアンケート調査は「無記名」で、また統計的処理をするため、個人に迷惑をおかけすることは一切ございませんので、本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

・回答締切 平成22年11月19日（金）

・提出先 向日市障がい高齢福祉課 高齢介護係

## I あなた自身のことについて

問1 あなたの性別をお答えください。

- ① 男性                      ② 女性

問2 あなたの年齢をお答えください。（1つだけに○）

- ① 20歳代    ② 30歳代    ③ 40歳代    ④ 50歳代    ⑤ 60歳以上

問3 あなたの主たる職種（資格）は何ですか。（1つだけに○）

- ① 医師                      ⑤ 准看護師                      ⑨ 歯科衛生士  
② 歯科医師                ⑥ 保健師                          ⑩ 理学療法士  
③ 薬剤師                    ⑦ 社会福祉士                    ⑪ 作業療法士  
④ 看護師                    ⑧ 介護福祉士                    ⑫ その他（                      ）

問4 あなたの勤務形態についてお答えください。（1つだけに○）

- ① 常勤で専任                ③ 非常勤で専任  
② 常勤で兼任                ④ 非常勤で兼任

問5 あなたのケアマネジャーとしての実務経験年月（兼任含む）について、数字でお答えください。

経験年数（平成22年11月1日現在）

年  か月

## Ⅱ 介護支援専門員の業務について

問6 あなたの業務全体（1週間あたりの総労働時間）に占める次の各業務内容の構成比（%）を数字（概数）で記入してください。

| 業務内容           | 構成比  |
|----------------|------|
| ① 認定調査         | %    |
| ② アセスメント(課題分析) | %    |
| ③ サービス担当者会議    | %    |
| ④ ケアプラン作成      | %    |
| ⑤ モニタリング       | %    |
| ⑥ 給付管理         | %    |
| ⑦ サービス提供等の兼務業務 | %    |
| ⑧ その他          | %    |
| 合計             | 100% |

問7 あなたが平成22年10月中に担当した介護給付にかかるケアプランについて、お答えください。

(1) 10月の時点で、あなたが担当していた介護給付の件数を、要介護度別に数字で記入してください。

| 項目   | 10月分の給付管理票を提出した件数 |
|------|-------------------|
| 要支援1 | 件                 |
| 要支援2 | 件                 |
| 要介護1 | 件                 |
| 要介護2 | 件                 |
| 要介護3 | 件                 |
| 要介護4 | 件                 |
| 要介護5 | 件                 |
| 合計   | 件                 |

(2) あなたがこれまで作成してきたケアプラン（介護給付）について、利用者の自立支援のために役立っていると思いますか。（1つだけに○）

- ① 役立っている
- ② まあまあ役立っている
- ③ どちらともいえない
- ④ やや不十分
- ⑤ 非常に不十分

問8 介護予防プランについて、お答えください。

（介護予防計画作成を受託していない方は問9へ）

(1) あなたは、介護予防プランを受託していますか。（いずれかに○）

- ① している → 担当件数は（ ）件
- ② していない → していない（又はしたくない）理由を下に記述してください。

（理由）

(2) 介護予防プランを作成する上で、どういうことに困っていますか。

（特に該当すると思われる項目2つまでに○）

- ① 説明がたいへん
- ② プランが細かい
- ③ 地域包括支援センターとの連絡・調整が手間
- ④ 請求が煩雑
- ⑤ 提供できるメニューが地域に少ない
- ⑥ 報酬が低い
- ⑦ その他（具体的に： ）

(3) あなたがこれまで作成してきた介護予防プランについて、利用者の介護予防に役立っていると思いますか。(1つだけに○)

- ① 役立っている
- ② まあまあ役立っている
- ③ どちらでもいえない
- ④ やや不十分
- ⑤ 非常に不十分
- ⑥ その他(具体的に: )

問9 あなたは、自分が担当する利用者について、アセスメントをするとき、苦勞することは何ですか。(該当する項目3つ以内に○)

- ① 担当件数が多すぎて時間がとれない
- ② 給付管理など事務的仕事が多すぎて時間がとれない
- ③ アセスメントのやり方がよく分からない
- ④ アセスメントするための情報が十分にとれていない
- ⑤ 利用者・家族の介護に対する意向が異なる
- ⑥ その他(具体的に: )

問10 あなたは、居宅サービスをケアプランに位置づける際、どのようなことに気をつけていますか。(主な項目3つ以内に○)

- ① 利用者の意向
- ② 家族・介護者の意向
- ③ 支給限度額の範囲内
- ④ アセスメントの結果
- ⑤ 地域社会資源の整備状況
- ⑥ 他の事業者との連携状況
- ⑦ 上司の意向
- ⑧ 自分が所属する事業所が提供するサービスの状況
- ⑨ 主治医の意向
- ⑩ 専門職として最も適切と思われるケアプランの提供
- ⑪ 介護サービスの質(その事業所の体質や評判を含む)
- ⑫ 利用者の生活環境
- ⑬ その他(具体的に: )

問11 サービス担当者会議を開催するにあたって困っていることは何ですか。(該当する項目3つ以内に○)

- ① 自分の業務が多忙で会議を開催する時間がとりにくい
- ② 主治医の理解・協力が得られない
- ③ サービス提供事業者の理解・協力が得られない
- ④ 利用者や家族の理解・協力が得られない
- ⑤ 会議を開催する場所が確保しにくい
- ⑥ 会議で何をどう検討していいのかわからない
- ⑦ 会議を開催しても、助言・指導してくれる人がいない
- ⑧ その他(具体的に: )

問12 あなたは、ケアマネジメントの展開において、所属する事業所(法人)との意見の相違や理解が得られないようなことがありますか。(いずれかに○)

- ① ない
- ② ある → 具体的には、どのようなことがありましたか。簡潔に記述してください。

|       |
|-------|
| 具体的に: |
|-------|

問13 平成21年4月に介護保険制度の改正がありました。改正前と比べて業務量はどうなりましたか。(1つだけに○)

- ① 増えた
- ② やや増えた
- ③ 変わらない
- ④ やや減った
- ⑤ 減った
- ⑥ 改正後にケアマネジャーになったのでわからない



問 14 あなたが、ケアマネジャーとして仕事を行う上で、負担となることは何ですか。

(該当する項目 3 つ以内に○)

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| ① アセスメント         | ⑥ 利用者・家族への対応      |
| ② ケアプラン原案の作成     | ⑦ サービス事業者の状況把握と調整 |
| ③ サービス担当者会議の開催   | ⑧ 主治医との調整・連携      |
| ④ 月 1 回以上の利用者宅訪問 | ⑨ 給付管理業務          |
| ⑤ モニタリングの実施      | ⑩ その他 ( )         |

問 15 現在、あなたがケアマネジャーとして仕事を行う上で困った時、主にどこに (だれに)

相談していますか。(該当する項目 3 つ以内に○)

- ① 京都府
- ② 向日市
- ③ 国民健康保険団体連合会
- ④ 向日市地域包括支援センター
- ⑤ 在宅介護支援センター
- ⑥ 京都府介護支援専門員連絡協議会
- ⑦ 地域の介護支援専門員連絡会・勉強会
- ⑧ 職場の上司・同僚
- ⑨ 職場外のケアマネジャー
- ⑩ 相談できるところがない
- ⑪ 相談していない
- ⑫ その他 (具体的に : )

問 16 あなたが、ケアマネジャーとして仕事を行う上で、連携しにくい関係機関はありますか。

(該当する項目すべてに○)

- ① 行政
- ② 地域包括支援センター
- ③ サービス事業者
- ④ 主治医 (かかりつけ医)
- ⑤ 病院 (入院機関)
- ⑥ 民生委員
- ⑦ その他 (具体的に : )

問 17 利用者や家族から、苦情が多いのはどんなサービスですか。(該当する項目すべてに○)

- ① 居宅介護支援・介護予防居宅介護支援
- ② 訪問介護・介護予防訪問介護
- ③ 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
- ④ 訪問看護・介護予防訪問看護
- ⑤ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
- ⑥ 通所介護・介護予防通所介護 (デイサービス)
- ⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション (デイケア)
- ⑧ 短期入所・介護予防短期入所 (ショートステイ)
- ⑨ 認知症対応型通所介護 (デイサービス)
- ⑩ 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
- ⑪ 小規模多機能型居宅介護
- ⑫ 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、ケアハウス)
- ⑬ その他の介護保険サービス・保健福祉サービス・社会福祉施設等  
(具体的に : )

問 18 特に苦情の多いサービス事業者はありますか。(いずれかに○)

- ①ある
- ②ない

### Ⅲ 利用者の状況について

問 19 あなたがサービスを提供している地域及び利用者について教えてください。

(1) 向日市外の地域の方にもサービスを提供していますか。(いずれかに○)

- ①している
- ②していない

(2) 利用者数は何人ですか。 ( ) 人

うち、向日市外の地域の方にもサービスを提供している場合、利用者は何人ですか。

( ) 人

(注1) 利用者数については、平成22年11月の利用者数(登録者数)について記入してください。

問20 利用者の状況（平成22年11月の利用者数等について記入してください。）

- (1) 単身者は何人ですか。 ( 人)
- (2) 高齢者だけの世帯の方は何世帯ですか。 ( 世帯)
- (3) 認知症のある方は何人ですか。
- ア. 認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ ( 人)
- イ. 認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上 ( 人)
- (4) 併設事業所のサービスのみを計画に位置付けている方は何人ですか。( 人)
- (5) 単数のサービスのみを計画に位置づけている方は何人ですか。( 人)
- (6) 介護保険サービス以外のサービスを計画に位置付けている方は何人ですか。( 人)
- 例：移送サービス、配食サービス、シルバー人材センターからの派遣、家政婦紹介所からの派遣、ボランティア等
- (7) 施設入所の申込手続きを行っている方は何人ですか。
- ア. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ( 人)
- うち、ケアマネジャーの目から見て早急な入所が必要と認められる方 ( 人)
- イ. 介護老人保健施設 ( 人)
- うち、ケアマネジャーの目から見て早急な入所が必要と認められる方 ( 人)
- ウ. 認知症高齢者グループホーム ( 人)
- うち、ケアマネジャーの目から見て早急な入所が必要と認められる方 ( 人)
- 注) 介護保険施設と認知症高齢者グループホームの両方に申込みをしている方は、それぞれに記入してください。

(8) 支援困難ケースは何人ありましたか。 ( 人)

それはどのようなケースであるか、簡潔に記入してください。

問21 現在の利用者が在宅生活を維持するためには、どのようなことが重要だと思いますか。

(該当する項目 3つ以内)に○)

- ① 家族の理解、協力
- ② 地域の理解、支援体制
- ③ 日曜・祝日における在宅サービス提供体制の整備
- ④ 早朝・夜間における在宅サービス提供体制の整備
- ⑤ 必要時にいつでも宿泊可能な施設等の整備（ショートステイを含む）
- ⑥ 医療面での支援体制
- ⑦ 配食サービスの充実
- ⑧ インフォーマルサービスの充実
- ⑨ 移送サービス・外出支援サービスの充実
- ⑩ バリアフリー等の住環境の整備
- ⑪ 成年後見制度・地域福祉権利擁護事業等の後見サービスの充実
- ⑫ 家族に対する相談・支援体制
- ⑬ その他（具体的に： )

#### Ⅳ 高齢者の権利擁護について

問 22 あなたは、あなたが担当しているご家庭等について、高齢者虐待の情報をつかんでいますか。(1つだけに○)

- ① ほぼ把握している
- ② あまり表面に現れてこない
- ③ 高齢者虐待はない
- ④ わからない

問 23 高齢者虐待防止に取り組むにあたっては、どのようなことが特に必要だと思いますか。(該当する項目2つ以内に○)

- ① 多様な問題に対処できるネットワーク
- ② 緊急一時保護制度の確立
- ③ 地域包括支援センターの周知と機能の充実
- ④ 身近な相談機関
- ⑤ 民生委員や専門職員の資質の向上
- ⑥ 高齢者虐待防止マニュアルの作成と配布
- ⑦ 通報義務制度の確立と周知
- ⑧ 一般市民への研修
- ⑨ その他(具体的に: )

#### Ⅴ その他

問 24 ケアマネジャーの立場から見て、介護保険制度についてどのように考えていますか。どのような意見でも結構です。簡潔に記述してください。(もしくは、その他のご意見・ご要望等があれば、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。



向日市介護サービスについてのアンケート  
報告書

むこうし  
向日市健康福祉部障がい高齢福祉課

平成23年3月

〒617-8665 京都府向日市寺戸町中野20番地

(TEL) 075-931-1111 (代表)

(FAX) 075-932-0800

<http://www.city.muko.kyoto.jp/>