

アンケート調査票

介護保険事業計画のためのアンケート調査のお願い

在宅利用者向け

日頃から白老町介護保険事業に対しご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、白老町では平成27年度から3年間の新たな介護保険事業計画を策定することとしました。急速に進む高齢社会に対応する計画とするためには、皆さまからさまざまなご意見をお聞かせいただき、課題等を的確に把握する必要があります。

このため、白老町での要支援・要介護認定者で介護（予防）サービスを利用中の方を対象にアンケート調査を実施することにしました。

なお、本調査実施にあたっては調査票作成と回収後の集計作業を外部委託しますが、回答者個人が特定できないよう配慮するとともに、収集した個人情報サービス利用者にとって大切な個人情報であるという認識にたち、白老町個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、アンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします。

平成25年11月

白老町長 戸田安彦

調査票は次のとおり提出してください

ケアマネージャーや施設職員から用紙を受け取った方

⇒ 記入が終わりましたら、**一緒にお渡しした封筒に入れて**ください。

後日、担当ケアマネージャーや施設職員が回収いたします。（回収予定日 / 頃）

アンケート用紙が郵送で送られてきた方

⇒ 同封の返信用封筒に入れて**11月29日（金）までにポストに投函**してください。

ご記入にあたってのお願い

- ① この調査票で「あなた」とあるのは、介護（予防）サービスを利用しているご本人のことです。
- ② **ご本人が記入できない場合、ご家族による回答でも構いません。**
- ③ 特に指定のないかぎり、全ての設問にお答えください。
- ④ ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、**該当する番号又は金額を回答欄に記入**してください。（Q16については該当箇所を○で囲んでください）
「その他」を選択した場合、カッコ（ ）内も具体的にご記入願います。
- ⑤ この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
- ⑥ この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

お問い合わせ先 白老町 健康福祉課 介護保険グループ
電話（課代表） 0144-82-5541

回答のしかた（見本）

※回答は、該当する番号を右側の回答欄に記入してください。

Q1 あなたの年齢（本年10月31日現在）をお答えください。

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

回答欄

4

※2ページ目のQ16は、利用しているサービスだけに○を付け、その満足度を1～3のいずれかに○を付けてください。

Q16 現在、あなたが利用しているサービスの種類とその満足度を教えてください。

利用しているサービスすべてに○印をつけ、満足度を選び、不満の場合はその理由にも○印をつけてください。 ※利用していないサービスについては記入の必要はありません。

サービス名 (要支援の介護予防含む)	利用している場合は○印↓	満足度 ※利用中のものは1～3いずれかに○			「3.不満」の場合、その理由すべてに○ a 希望回数(量)が不満の場合は希望回数も記入してください。				
		満足	どちらでもない	不満	a 希望する回数(量)が利用できない 【希望回数も記入】	b 希望する日や時間帯に利用できない	c 事業者や担当者の対応が悪い	d サービスの内容が契約と違う	e 利用料金が安い
1 訪問介護(ホームヘルプ)	○	1	2	③	a (週 4 回)	b	c	d	e
2 訪問入浴介護	○	1	2	③	a (週 回)	b	c	④	e
3 訪問看護	○	①	2	3	a (週 回)	b	c	d	e
4 訪問リハビリ		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e
5 居宅療養管理指導		1	2	3	a (月 回)	b	c	d	e
6 通所介護(デイサービス)	○	1	②	3	a (週 回)	b	c	d	e
7 通所リハビリ(デイケア)	○	1	2	③	a (週 回)	⑥	c	d	e
8 短期入所生活(療養)介護(ショートステイ)	○	1	2	③	a (月 回)	b	c	d	⑤
9 福祉用具貸与・購入		1	2	3	a	b	c	d	e
10 住宅改修		1	2	3	a	b	c	d	e
11 認知症対応型デイサービス		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e

※不満の場合は、その理由にも○を付けてください。

※金額を質問している箇所は、金額を回答欄に記入してください。

Q17 最近1ヶ月の介護保険サービス利用料(1割自己負担)はいくらかかりましたか?

約

15,000円

Q15 主に介護・介助をしている方の年齢を教えてください。

1. 65歳未満 2. 65～74歳 3. 75～84歳 4. 85歳以上

回答欄

➡

Q16 現在、あなたが利用しているサービスの種類とその満足度を教えてください。

利用しているサービスすべてに○印をつけ、満足度を選び、不満の場合はその理由にも○印をつけてください。 ※利用していないサービスについては記入の必要はありません。

サービス名 (要支援の介護予防含む)	利用している場合は ○印↓	満足度 ※利用中のものは 1～3 いずれかに ○			「3.不満」の場合、その理由すべてに○ a希望回数(量)が不満の場合は希望回数 も記入してください。					
		満足	どちらとも いえない	不満	a 希望する回数 (量が利用できない)	【希望回数も記入】 b希望する日や時 間帯に利用できない	c事業者や担当者 の対応が悪い	dサービスの内容 が契約と違う	e 利用料金が高い	
1 訪問介護(ホームヘルプ)		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
2 訪問入浴介護		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
3 訪問看護		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
4 訪問リハビリ		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
5 居宅療養管理指導		1	2	3	a (月 回)	b	c	d	e	
6 通所介護(デイサービス)		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
7 通所リハビリ(デイケア)		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	
8 短期入所生活(療養)介護 (ショートステイ)		1	2	3	a (月 回)	b	c	d	e	
9 福祉用具貸与・購入		1	2	3	a	b	c	d	e	
10 住宅改修		1	2	3	a	b	c	d	e	
11 認知症対応型デイサービス		1	2	3	a (週 回)	b	c	d	e	

Q17 最近1ヶ月の介護保険サービス利用料(1割自己負担)はいくらかかりましたか?

約 円

Q18 介護保険サービス利用料の負担感についてお聞きします。

1. 負担感が大きい 2. やや大きい
3. 適当である(やむを得ない) 4. やや小さい 5. 小さい

➡

Q19 介護保険のサービスを利用する場合、1ヶ月あたりの自己負担額として適当と考える支払額はいくらですか?

➡ 円

Q20 短期入所(ショートステイ)を利用したことはありますか?

1. 利用したことがある(⇒Q22へ) 2. 利用したことはない

➡

Q21 Q20で「利用したことはない」とお答えした方にお聞きします。利用しない主な理由は何ですか?

1. すぐ受け入れてくれる施設が少ないから
2. 利用料金が払えないから
3. 特に必要ではないから 4. その他()

➡

設問4 将来希望する生活のしかたについて

Q22 将来、あなたはどのような環境での生活を望みますか？（1つ選択）

1. 介護サービスを利用しながら住み慣れた在宅で暮らしたい（⇒Q24へ）
2. 白老町内の介護保険施設（特別養護老人ホームや老人保健施設）または認知症対応型グループホームに入所したい
3. 白老町内の介護付き有料老人ホームに入所したい
4. 白老町内の高齢者向け施設に入居したい
5. 白老町外の介護保険施設や高齢者向け施設を探して入居したい
6. その他（ ）

回答欄

町内には以下の施設等があります。

【介護保険施設】

- ・特別養護老人ホーム
- ・老人保健施設

【認知症グループホーム】

【介護付有料老人ホーム】

【その他高齢者向け施設】

- ・軽費老人ホーム
- ・ケアハウス

Q23 Q22 で介護施設や高齢者向け施設への入所（入居）を望んでいる方へお聞きします。入所（入居）を望む理由と、施設を選ぶ際の基準は何ですか？

Q23-1 入所（入居）を望む理由

1. 緊急時の対応も安心でき、必要な介護サービスが受けられる
2. 段々と家族の介護が困難になってくるから
3. 家族には迷惑をかけたくないから
4. その他（ ）

（2つまで）

Q23-2 施設を選ぶ際の基準

1. 入所費用が少しでも割安である
2. 身内や友人が面会等に来やすい場所である
3. 適切な介護が受けられれば、施設の種類や費用負担は特にこだわらない
4. その他（ ）

（2つまで）

設問5 介護保険制度・高齢者福祉施策について

Q24 白老町内には、介護保険施設である特別養護老人ホーム2カ所（100床）と老人保健施設3カ所（192床）、認知症グループホーム（開設予定含め定員90名）があり、入所定員の増減と皆様が納める介護保険料の金額は密接に関係します。あなたは町内の各施設の状況をどうお考えですか？

1. 少ないと感じる
2. 多いと感じる
3. 今のままでよい
4. わからない

a 特別養護老人ホーム

b 老人保健施設

c 認知症グループホーム

Q25 介護保険制度をより良いものにするためにどのようにしてほしいですか？

1. 保険料などの負担が増えても特別養護老人ホームなどの介護施設を増やしてほしい
2. サービスが多少限定されても保険料などの負担を抑えてほしい
3. 居宅サービス事業者の質を向上してほしい
4. 24時間対応の定期巡回・随時対応在宅サービスの新規参入
5. 小規模多機能サービスの新規参入
6. 介護ボランティアなどによる地域の支えあいを充実し、今よりも安い自己負担でサービスを受けられるようにしてほしい
7. 必要な時に必要な分だけ自由に頼める民間サービスを充実してほしい
8. わからない
9. その他（ ）

（3つまで）

「24時間対応定期巡回・随時対応サービス」とは…利用者からの通報に対し随時電話等対応や、訪問介護・訪問看護のサービスを一体的に提供する事業です。

「小規模多機能型サービス」とは…通所介護（デイサービス）を中心に利用しながら、必要に応じてショートステイや訪問介護が1つの事業所で受けられ、顔なじみによるスタッフから一体的にサービスが受けられます。ただし、サービスの一部を別事業者に頼めないなどの制限があります。

介護保険事業計画のためのアンケート調査のお願い

施設入所者向け

日頃から白老町介護保険事業に対しご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、白老町では平成27年度から3年間の新たな介護保険事業計画を策定することとしました。急速に進む高齢社会に対応する計画とするためには、皆さまからさまざまなご意見をお聞かせいただき、課題等を的確に把握する必要があります。

このため、白老町での要介護認定者で介護サービスを利用中の方を対象にアンケート調査を実施することにしました。

なお、本調査実施にあたっては調査票作成と回収後の集計作業を外部委託しますが、回答者個人が特定できないよう配慮するとともに、収集した個人情報サービス利用者にとって大切な個人情報であるという認識にたち、白老町個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、アンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします。

平成25年11月

白老町長 戸田安彦

調査票は次のとおり提出してください

ケアマネージャーや施設職員から用紙を受け取った方

⇒ 記入が終わりましたら、**一緒にお渡しした封筒に入れて**ください。

後日、担当ケアマネージャーや施設職員が回収いたします。(回収予定日 / 頃)

アンケート用紙が郵送で送られてきた方

⇒ 同封の返信用封筒に入れて**11月29日(金)までにポストに投函**してください。

ご記入にあたってのお願い

- ① この調査票で「あなた」とあるのは、介護サービスを利用しているご本人のことです。
- ② **ご本人が記入できない場合、ご家族による回答でも構いません。**
- ③ 特に指定のないかぎり、全ての設問にお答えください。
- ④ ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、**該当する番号又は金額を回答欄に記入**してください。(Q6については該当箇所を○で囲んでください)
「その他」を選択した場合、カッコ()内も具体的にご記入願います。
- ⑤ この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。

お問い合わせ先 白老町 健康福祉課 介護保険グループ
電話(課代表) 0144-82-5541

回答のしかた（見本）

※回答は、該当する番号を右側の回答欄に記入してください。

Q1 あなたの年齢（本年10月31日現在）をお答えください。

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

回答欄

4

※1ページ目のQ6は、利用しているサービスだけに○を付け、その満足度を1～3のいずれかに○を付けてください。

Q6 現在、あなたが利用しているサービスの種類とその満足度を教えてください。

利用しているサービスに○印をつけ、満足度を選び、不満の場合はその理由にも○

印をつけてください

※利用していないサービスについては記入の必要はありません。

サービス名	利用している場合は○印↓	満足度 ※利用中のものは1～3 いずれかに○			「3.不満」の場合、 その理由すべてに○			
		満足	どちらとも いえない	不満	やケアが受けられない a 希望する介護	b 施設や担当者の 対応が悪い	c サービスの 内容が契約と違う	d 入居費用が高
1 特定施設入所者生活介護 (介護付き有料老人ホーム)		1	2	3	a	b	c	d
2 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)			2	3	a	b	c	d
3 介護老人保健施設		1	2	3	a	b	c	d
4 介護療養型医療施設		1	2	3	a	b	c	d
5 ケアハウス・軽費老人ホーム		1	2	3	a	b	c	d
6 有料老人ホーム		1	2	3	a	b	c	d
7 サービス付き高齢者住宅	○	1	2	③	a	b	④	⑤
8 認知症対応型グループホーム		1	2	3	a	b	c	d

※不満の場合は、その理由にも○を付けてください。

※金額を質問している箇所は、金額を回答欄に記入してください。

Q7 最近1ヶ月あたりの入所（入居）費用額（介護保険サービスの1割自己負担や居住費、食費等の総合計）はいくらかかりましたか？

約

160,000円

Q7 最近1ヶ月あたりの入所（入居）費用額（介護保険サービスの1割自己負担や居住費、食費等の総合計）はいくらかかりましたか？

約 円

Q8 入所（入居）費用の負担感についてお聞きします。

1. 負担感が大きい 2. やや大きい
3. 適当である（やむを得ない） 4. やや小さい 5. 小さい

Q9 あなたは、1ヶ月あたりの入所（入居）費用として適当と考える支払額はいくらまでですか？

円まで

設問3 将来希望する生活のしかたについて

Q10 将来、あなたはどのような環境での生活を望みますか？（1つ選択）

1. 今の施設に入所（入居）し続けたい
2. 介護サービスを利用しながら住み慣れた在宅（身内の家を含む）に戻りたい（⇒Q11へ）
3. 白老町内の介護保険施設（特別養護老人ホームや老人保健施設）または認知症対応型グループホームに移りたい
4. 白老町内の介護付き有料老人ホームに入所したい
5. 白老町内の高齢者向け施設に移りたい
6. 白老町外の介護保険施設や高齢者向け施設を探して移りたい
7. その他（ ）（⇒Q13へ）

⇒3～6は
Q12へ

町内には以下の施設等があります。

【介護保険施設】	【介護付有料老人ホーム】
・特別養護老人ホーム	【その他高齢者向け施設】
・老人保健施設	・軽費老人ホーム
【認知症グループホーム】	・ケアハウス

Q11 Q10で2「在宅に戻りたい」と選んだ方へお聞きします。在宅で生活する際に必要と感じる介護サービスは何ですか？

1. 訪問介護や通所介護、ショートステイなどの既存の介護サービス
2. 24時間対応定期巡回・随時対応サービスの新規参入
3. 小規模多機能型サービスの新規参入
4. わからない
5. その他（ ）

（いくつでも可）

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

「24時間対応定期巡回・随時対応サービス」とは…
利用者からの通報に対し随時電話等対応や、訪問介護・訪問看護のサービスを一体的に提供する事業です。

「小規模多機能型サービス」とは…
通所介護（デイサービス）を中心に利用しながら、必要に応じてショートステイや訪問介護が1つの事業所で受けられ、顔なじみによるスタッフから一体的にサービスが受けられます。ただし、サービスの一部を別事業者に頼めないなどの制限があります。

Q12 Q10で3～6「今とは別の施設へ移りたい」と選んだ方へお聞きします。移りたい理由と、移りたい施設を選ぶ際の基準は何ですか？

Q12-1 移りたい理由は？

1. 納得のいく介護やケアが受けられないから
2. 入所（入居）費用が高いから
3. 施設の所在地が、子ども等の身内や友人が面会、手続きなどで不便な場所にあるから
4. その他（ ）

（いくつでも可）

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

白老町介護サービス利用者アンケート調査報告書

平成26年4月発行

【発行】 白老町 健康福祉課
〒059-0904 白老郡白老町東町4丁目6番7号
白老町総合保健福祉センター いきいき4・6
TEL 0144-82-5541
FAX 0144-82-5560
E-mail kaigo@town.shiraoi.lg.jp