

江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【施設サービス利用者】

■記入方法

- ・既に介護保険施設を退所されている場合は、次ページの「はじめに」に退所年月を記入し、そのまま返信用封筒に入れて、切手を貼らず返送してください。（回答はしなくてかまいません）。
- ・この調査は、令和2年1月1日現在の状況についてお答えください。
- ・なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。
施設職員の方には、代理回答を依頼しないようお願ひいたします。
- ・回答は、原則として「いくつでも」や「3つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字1つに○をつけてください。
設問によっては、数字を直接記入する場合もあります。
「その他」を選んだ場合は、（　　）内にその内容を具体的に記入してください。

■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、
令和2年1月31日（金）までにご返送ください（切手不要）。

＜調査実施主体＞

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

はじめに 施設サービスの利用について

介護保険施設を退所された方は、退所年月をご記入ください。

令和（ ）年（ ）月に介護保険施設を退所

※既に介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）を退所している場合は、これでこの調査は終了です。同封した返信用封筒にこの調査票を入れ、返送してください。

施設サービスを利用している方は、以下の設問にお答えください

第1 あなたのご家族や生活状況について

問1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

1. あて名のご本人 ⇒ 問2へ
2. あて名のご本人が回答してご家族の方などが代筆 ⇒ 問2へ
3. ご家族の方などが本人にかわって回答 ⇒ 問1-1へ

問1-1. （問1で「3」と回答した方のみ） ご本人とのご関係をお聞きします。

- | | | |
|-----------|--------|-------------|
| 1. 配偶者 | 2. 子ども | 3. 子ども以外の親族 |
| 4. その他（ ） | | |

※代理で回答される方へのお願い

設問中の「あなた」とは、介護認定を受けられた方ご本人を指します。

ご本人が、質問の内容がわからなかったり、答えることができない場合には、ご本人の立場に立ってお答えください。

問2. あなたの性別についてお答えください。

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

問3. 令和2年1月1日現在のあなたの年齢をお答えください。

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～49歳 | 2. 50～59歳 | 3. 60～64歳 | 4. 65～69歳 |
| 5. 70～74歳 | 6. 75～79歳 | 7. 80～84歳 | 8. 85歳以上 |

問4. 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。

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

問5. 現在の施設に入所される前、どこにいらっしゃいましたか。

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 自宅（独居） | 2. 自宅（同居している人がいる） |
| 3. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 4. 介護老人保健施設（老人保健施設） |
| 5. 介護医療院・介護療養型医療施設 | 6. 養護老人ホーム |
| 7. ケアハウス | 8. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 9. 有料老人ホーム（8を除く） | 10. グループホーム |
| 11. 病院 | 12. その他（ ） |

問6. 施設（現在の施設に限らず）に入所した理由はどれですか。（2つまで）

- | |
|--|
| 1. 体力が低下したり、状態が悪くなり、自立した生活や在宅での介護が困難になったから |
| 2. 介護してくれる家族がいない（ひとり暮らしだった）から |
| 3. 介護していた家族の人数が減ったり、勤めるようになったから |
| 4. 介護してくれる家族も高齢だから |
| 5. 入所した方が介護する家族の負担が軽減されるから |
| 6. 在宅で十分なサービスを受けるとお金がかかるから |
| 7. その他（ ） |

第2 毎日の生活について

問1. 物忘れが多いと感じますか。

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

第3 健康について

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

問2. あなたは、現在どの程度幸せですか。

（「とても不幸」0点、「とても幸せ」を10点として、○印をご記入ください）

とても不幸

とても幸せ

0点 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点

問3. あなたは健診を受けていますか。

- | | |
|--------------|----------|
| 1. 定期的に受けている | ⇒ 第4の問1へ |
| 2. ときどき受けている | ⇒ 第4の問1へ |
| 3. 受けてない | ⇒ 問3-1へ |

問3-1. (問3で「3」と回答した方のみ)

健診を受けていない方はその理由を教えてください。(いくつでも)

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1. 忙しくて行けなかった | 2. 健診の内容や受診の方法等がわからない |
| 3. 健診費用がかかる | 4. 健康なので必要性を感じない |
| 5. 既に医療機関で治療中である | 6. 面倒だから |
| 7. 結果を知るのがこわい | 8. 検査に伴う苦痛などに不安がある |
| 9. その他 () | 10. 特に理由はない |

第4

認知症について

※代理の方が回答する場合は4ページの欄(問6~10)にご記入願います。

問1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。

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

問2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

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

問3. あなたは、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。

- | |
|---|
| 1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる |
| 2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していく |
| 3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用する必要になる |
| 4. 認知症になると、幻覚・妄想・徘徊などの症状により、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる |
| 5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう |
| 6. その他 () |
| 7. わからない |

問4. もし、あなたの家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。（いくつでも）

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 親族 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 市役所 | 4. かかりつけ医（主治医）・病院 |
| 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. 民生委員 | 8. 自治会 |
| 9. 友人 | 10. その他（ ） |
| 11. 周囲には打ち明けない | |

問5. 認知症に対して不安に思いますか。

- | | | |
|----------|----------------|---------|
| 1. 不安に思う | 2. 今は大丈夫だが将来不安 | 3. 心配ない |
|----------|----------------|---------|

【代理の方が回答する場合】

以下の問6～10については、代理で回答される方自身のお考えについてお答えください。

問6. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。

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

問7. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

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

問8. あなた（代理で回答される方）は、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していく
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用する必要になる
4. 認知症になると、幻覚・妄想・徘徊などの症状により、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう
6. その他（ ）
7. わからない

問9. もし、あなた（代理で回答される方）の家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。（いくつでも）

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 親族 | 2. 地域包括支援センター |
| 3. 市役所 | 4. かかりつけ医（主治医）・病院 |
| 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. 民生委員 | 8. 自治会 |
| 9. 友人 | 10. その他（ ） |
| 11. 周囲には打ち明けない | |

問10. あなた（代理で回答される方）は、認知症に対して不安に思いますか。

- | | | |
|----------|----------------|---------|
| 1. 不安に思う | 2. 今は大丈夫だが将来不安 | 3. 心配ない |
|----------|----------------|---------|

第5 成年後見制度について

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。

問1. あなたは成年後見制度を知っていますか。

- | |
|---------------------|
| 1. 制度の内容や手続方法を知っている |
| 2. 制度の内容を大まかに知っている |
| 3. 名前だけ知っている |
| 4. よく知らない |

問2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。

- | | |
|--------------|---------|
| 1. 現在利用している | ⇒ 問3へ |
| 2. 今後利用したい | ⇒ 問3へ |
| 3. 利用は考えていない | ⇒ 問2-1へ |
| 4. わからない | ⇒ 問2-1へ |

問2-1. (問2で「3」または「4」と回答した方のみ)

成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。 (いくつでも)

- | |
|-------------------------|
| 1. どうやって手続きしたらよいかわからない |
| 2. 利用すると、どんな効果があるかわからない |
| 3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配 |
| 4. 誰が成年後見人になるか不安 |
| 5. 家族との違いがわからない |
| 6. 不正が怖い |
| 7. その他 () |

問3. 成年後見人ができることはどれだと思いますか。 (いくつでも)

- | |
|------------------------------|
| 1. 金銭の管理や医療費・利用料等の支払い等、財産の管理 |
| 2. 入院・入所時等の契約行為 |
| 3. 医療費・利用料等の支払いが滞った際の保証 |
| 4. 衣類や食料品等の日用品の購入、提供、持ち運び |
| 5. 手術等の医療行為に関する同意 |
| 6. 体調が急変した際や夜間の緊急連絡先 |
| 7. 通院の介助 |
| 8. 死亡時の遺体・遺品の引き取り |
| 9. 死亡届の提出 |
| 10. 火葬・埋葬の契約 |
| 11. その他 () |
| 12. わからない |

問4．あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。（いくつでも）

1. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等）
2. 身の回りのことができなくなってきたこと
3. 自分自身の将来
4. 財産の管理や家（土地）等の処分
5. 借金問題
6. 悪徳商法等に騙されること
7. 身体的（病気等）なこと
8. 契約（施設入所等）ができないこと
9. 親亡き後の子どもの将来（生活等）
10. 相続や遺言について
11. その他（ ）
12. 不安に思っていることはない

問5．江別市では成年後見制度の利用に関する支援を行うために、平成29年11月に江別市成年後見支援センターを開設しました。

江別市成年後見支援センターを知っていますか。

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

問6．成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。（いくつでも）

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. 市役所 | 2. 江別市成年後見支援センター |
| 3. 地域包括支援センター | 4. 障がい者支援センター |
| 5. 法テラス | 6. 家庭裁判所 |
| 7. 専門職（弁護士・司法書士等） | 8. 消費者協会（消費生活センター） |
| 9. どの機関に相談してよいかわからない | 10. 相談をする必要がない |
| 11. その他（ ） | |

第6 入所施設サービスについて

問1. あなたが現在入所されている施設の種類はどれですか。

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. 介護医療院・介護療養型医療施設

問2. 入所申し込みから入所までの期間はどのくらいでしたか。

1. 1年未満
2. 1年から3年未満
3. 3年から5年未満
4. 5年以上

問3. 現在の施設には、どのくらいの期間入所していますか。

1. 1年未満
2. 1年から3年未満
3. 3年から5年未満
4. 5年以上

問4. 現在入所している施設のサービスに満足していますか。

1. 満足している ⇒ 9ページ問5へ
2. ほぼ満足している ⇒ 9ページ問5へ
3. どちらともいえない ⇒ 9ページ問5へ
4. やや不満である ⇒ 問4-1へ
5. 不満である ⇒ 問4-1へ

問4-1. （問4で「4」または「5」と回答した方のみ）

施設のサービスに不満な理由は何ですか。（いくつでも）

1. 介護や食事など計画の時間を守らない（遅れる、早く切り上げるなど）
2. おむつ交換や入浴などの介護の内容に不満がある
3. 介護の仕方がおぼつかなくて、危なっかしい
4. 介護の内容や方法などについて、希望を聞き入れてくれない
5. 施設の職員の態度や言葉づかいなどが悪い
6. 入所者の人権やプライバシーに対する配慮が足りない
7. 食事の内容に不満がある（メニューや食事のあたたかさなど）
8. 施設の建物や設備に不満がある（古い、狭い、使い勝手が悪いなど）
9. 施設の職員から虐待を受けたことがある
10. その他（ ）

問5. 施設のサービスの内容や職員の対応などに不満があるとき、あなたやご家族の方は誰に（どこに）相談しますか。（いくつでも）

1. 介護職員や看護師、事務職員など施設の職員
2. 施設の苦情受付窓口
3. 市町村の介護保険担当窓口
4. 知人・友人
5. 誰に相談していいかわからない
6. その他（ ）
7. 特に相談はしない

問6. あなたにとって、現在の介護保険施設サービスを受けてよかったですと思うことは何ですか。（いくつでも）

1. 精神的に楽になった
2. 家族の負担が減った
3. 外出などで外の社会とふれあう機会が増えた
4. 人と話す機会が増えた
5. 自分で身の回りのことをしようとする意欲が出てきた
6. 自分で身の回りのことができるようになった
7. 体調が良くなった
8. 必要な時にすぐに介護が受けられる
9. レクリエーションなどの楽しみが増えた
10. その他（ ）
11. 良かったと思うことは特にない

第7 介護保険制度について

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

問1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他 ()
6. わからない

問2. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援
2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実
4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動
6. 多様な生活支援サービスの充実
7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実
11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他 ()
13. わからない

意見 さいごに（自由意見）

介護保険や高齢者保健福祉について、新たなサービスの提案等がございましたらご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

ご協力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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、

令和2年1月31日（金）までに返送してください。