

# 柏原市高齢者いきいき元気計画

( 第4期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画 )

## 策定のための実態調査ご協力のお願い

柏原市では、平成21年度からの第4期柏原市高齢者いきいき元気計画を策定することになりました。

この調査は、第4期柏原市高齢者いきいき元気計画策定のための基礎資料として実施するもので、要介護認定を受けられた方から1,000人(無作為抽出)を対象として実施します。プライベートな部分までお聞きすることになりますが、地域の実情にあった計画を策定するために必要となりますので、回答にご協力いただきますようお願いします。

なお、この調査は無記名としており、ご回答いただいた結果はかたく秘密を守り、調査の目的以外には使用いたしませんので、安心してご記入いただきますようお願いします。

なお、記入された調査票は、お手数ですがそのまま同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、**4月30日(水)**までに郵便ポストにお出しいただきますようお願いします。

平成20年4月11日

お問い合わせ先 柏原市健康福祉部高齢介護課介護管理係  
電話 : 972-1501 (内線2737~2739)

### ご記入にあたってのお願い

1. この調査は、あて名のご本人に記入していただくものです。ご本人が記入できない場合には、ご家族か介護されている方が、ご本人の意思を確認しながらご記入いただくか、ご本人のお気持ちをくみとってご記入ください。  
なお、転出、死亡、拒否などの理由により回答できない場合は、白紙のまま同封の封筒でご返送ください。
2. お答えは、**平成20年4月1日**現在の状況をご記入ください。
3. お答えは、あてはまる項目1つに○を付けてください。質問によっては、あてはまるものすべてに○を付けていただくものもあります。なお、その他に○を付けられた場合は、( ) 内に内容を簡単に記入してください。
4. 記入は、えんぴつ・ボールペンなどをご使用ください。

要

このページの裏面からご記入ください。



問6で 1. ～ 3. を選択された方のみお答えください。

|           |                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------|
| 問7        | 主な介護者の方の年齢はおいくつですか。(平成20年4月1日現在)                 |
| ひとつ<br>〇は | 1. 39歳以下<br>2. 40歳～64歳<br>3. 65歳～74歳<br>4. 75歳以上 |

|           |                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 問8        | あなたの現在の要介護度はどれですか。                                                                  |
| ひとつ<br>〇は | 1. 要支援1      2. 要支援2      3. 要介護1      4. 要介護2<br>5. 要介護3      6. 要介護4      7. 要介護5 |

|       |                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 問9    | 「できる限り介護を必要とせず、いつまでも自立して生活を送れるようにする」という介護予防の考え方がありますが、あなたは“介護予防”という言葉を知っていますか。 |
| 〇はひとつ | 1. 知っている<br>2. 聞いたことはあるが、内容までは知らない<br>3. まったく知らない                              |

|       |                                               |
|-------|-----------------------------------------------|
| 問10   | あなたは、介護予防サービスの利用手続きを知っていますか。                  |
| 〇はひとつ | 1. だいたいのは知っている      2. あまり知らない<br>3. まったく知らない |

|       |                                                  |
|-------|--------------------------------------------------|
| 問11   | あなたは、「柏原市高齢者いきいき元気センター（地域包括支援センター）」を知っていますか。     |
| 〇はひとつ | 1. 知っている<br>2. 聞いたことはあるが、内容まで知らない<br>3. まったく知らない |

|           |                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------|
| 問12       | 現在、介護保険サービスを利用していますか。                            |
| ひとつ<br>〇は | 1. はい → 問13へ      2. いいえ → 問15へ<br>(利用をやめた場合も含む) |

問 1 2 で 1. を選択された方のみお答えください。

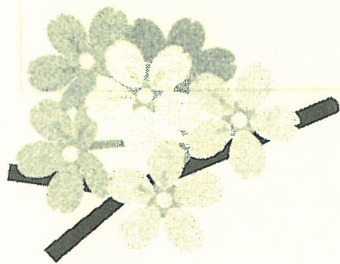
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 1 3        | 介護保険サービスを利用することにより、生活にどのような変化がありましたか。                                                                                                                                                                                                                                    |
| あてはまるものすべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自分の身のまわりのことをしようとする意欲が出てきた</li> <li>2. 精神的に楽になった</li> <li>3. 家族に対する気兼ねが減った</li> <li>4. 体調がよくなった</li> <li>5. 外出することが増えた</li> <li>6. 自分でしてきたことも頼むようになった</li> <li>7. 外出することが減った</li> <li>8. 特に変化はない</li> <li>9. その他 ( )</li> </ol> |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 1 4        | 現在、あなたはどのようなサービスを利用していますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| あてはまるものすべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護老人保健施設に入所中</li> <li>2. 介護療養型医療施設に入所中</li> <li>3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）入所中</li> <li>4. 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホームなどで介護サービス利用）</li> <li>5. 訪問介護（ホームヘルパーが利用者の家を訪問し、介護や生活援助を行う）</li> <li>6. 訪問入浴介護（移動入浴車などが利用者の家を訪問する入浴サービス）</li> <li>7. 訪問看護（看護師などが利用者の家を訪問し、主治医の指示により行われるサービス）</li> <li>8. 訪問リハビリテーション（理学療法士などが利用者の家を訪問し、リハビリを行う）</li> <li>9. 通所介護（デイサービスに通い、1日過ごす）</li> <li>10. 通所リハビリテーション（デイケアで必要なリハビリなどを日帰りで行う）</li> <li>11. 短期入所生活介護（介護老人福祉施設などに短期間入所し、食事や入浴などの介護が受けられる）</li> <li>12. 短期入所療養介護（介護老人保健施設などに短期間入所し、医学的な管理のもとで医療や介護が受けられる）</li> <li>13. 福祉用具購入（貸与）（介護保険の対象となる福祉用具を購入（貸与）できる）</li> <li>14. 住宅改修（段差解消など在宅で安全・快適に生活できるよう保険対象に応じて住宅改修を行う）</li> <li>15. 居宅療養管理指導（主治医の指導に基づき、定期的に家に訪問し観察を行う）</li> <li>16. 小規模多機能型居宅介護（通いを中心に、訪問や泊りのサービスが利用できる）</li> </ol> |

問12で2. を選択された方のみお答えください。

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問15          | あなたが介護保険サービスを利用しない、または利用をやめた理由は何ですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| あてはまるものすべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病院に入院しているから</li> <li>2. 介護してくれる人（家族など）がいるから</li> <li>3. 他人を家に入れたくないから</li> <li>4. 手続きが面倒で利用しにくいから</li> <li>5. 利用したいサービスがないから</li> <li>6. 定員の関係でサービスが利用できないから</li> <li>7. 利用料が高いから</li> <li>8. 施設入所等の申し込みをしているから</li> <li>9. 介護サービス事業者とトラブルになったから</li> <li>10. なんとか自分で身の回りのことができるから</li> <li>11. その他（ ）</li> </ol> |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問16                 | <p>今後の介護保険サービスの利用について、どのようにお考えですか。</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>あてはまるものすべてに○</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. そろそろ利用したいと考えている</li> <li>2. 心身の状態が現在より重度化したら利用を考えている</li> <li>3. 家族での介護が困難になったら利用を考えたい</li> <li>4. 介護サービスの利用方法を教えてもらったら利用したい</li> <li>5. 退院したら利用したい</li> <li>6. 今後も介護サービスを利用するつもりはない</li> <li>7. その他（ ）</li> </ol> |



|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 17         | 今後サービスを利用するとしたら、どのようなサービスを受けますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| あてはまるものすべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護老人保健施設に入所</li> <li>2. 介護療養型医療施設に入所</li> <li>3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に入居</li> <li>4. 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホームなどで介護サービス利用）</li> <li>5. 訪問介護（ホームヘルパーが利用者の家を訪問し、介護や生活援助を行う）</li> <li>6. 訪問入浴介護（移動入浴車などが利用者の家を訪問する入浴サービス）</li> <li>7. 訪問看護（看護師などが利用者の家を訪問し、主治医の指示により行われるサービス）</li> <li>8. 訪問リハビリテーション（理学療法士などが利用者の家を訪問し、リハビリを行う）</li> <li>9. 通所介護（デイサービスに通い、1日過ごす）</li> <li>10. 通所リハビリテーション（デイケアで必要なリハビリなどを日帰りで行う）</li> <li>11. 短期入所生活介護（介護老人福祉施設などに短期間入所し、食事や入浴などの介護が受けられる）</li> <li>12. 短期入所療養介護（介護老人保健施設などに短期間入所し、医学的な管理のもとで医療や介護が受けられる）</li> <li>13. 福祉用具購入(貸与)（介護保険の対象となる福祉用具を購入（貸与）できる）</li> <li>14. 住宅改修（段差解消など在宅で安全・快適に生活できるよう保険対象に応じて住宅改修を行う）</li> <li>15. 居宅療養管理指導（主治医の指導に基づき、定期的に家に訪問し観察を行う）</li> </ol> |

|       |                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 18  | 要介護者等が住み慣れた地域（柏原市）での生活を24時間体制で支え、原則、柏原市の住民のみが利用できる「地域密着型サービス」が平成18年4月からスタートしましたが、ご存知ですか。                 |
| ○はひとつ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス内容まで知っている</li> <li>2. 聞いたことがある</li> <li>3. 知らない</li> </ol> |

|              |                                                                                                                   |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 19         | 「地域密着型サービス」には以下のサービスがありますが、利用したいと思いますか。                                                                           |
| あてはまるものすべてに○ | <p>1. <u>小規模多機能型居宅介護</u><br/>「通い」を中心に、要介護者の様態や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービスを顔なじみのスタッフが提供する。</p>                     |
|              | <p>2. <u>認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</u><br/>認知症の要介護者に対し、少人数で共同生活を送る施設（グループホーム）において、入浴・排せつ・食事等の介護など日常生活の世話と機能訓練を行う。</p> |
|              | <p>3. <u>認知症対応型通所介護</u><br/>認知症の要介護者等に対し、老人デアセンターなどに通ってもらい、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行う。</p>                  |
|              | <p>4. <u>夜間対応型訪問介護</u><br/>夜間に定期的な巡回または通報により、居宅を訪問して入浴・排せつ・食事等の介護を行う。</p>                                         |
|              | <p>5. <u>地域密着型特定施設入居者生活介護</u><br/>定員29名以下の有料老人ホームなどの介護専用型特定施設に入居している要介護者に対して、入浴・排せつ・食事などの介護や機能訓練を行う。</p>          |
|              | <p>6. <u>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</u><br/>定員29名以下の特別養護老人ホーム</p>                                                       |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 2 0        | <p>次のような内容は、介護保険の訪問介護では提供できないサービスですが、知っているものすべてに○をつけてください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| あてはまるものすべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. あなた以外の人の洗濯・調理・買い物・布団干し</li> <li>2. あなたが使っている部屋以外の掃除</li> <li>3. 来客へのお茶や食事の手配などの応接</li> <li>4. 自家用車の洗車や清掃など</li> <li>5. 庭の草むしりや花木の水やり・植木の剪定</li> <li>6. 犬の散歩などペットの世話</li> <li>7. 家具・電気器具等の移動・修繕・模様替え</li> <li>8. 大掃除・窓のガラス磨き・床のワックスがけ</li> <li>9. 室内外家屋の修理・ペンキ塗り</li> <li>10. 正月・節句等のために特別な手間をかけて行う調理</li> <li>11. 同居親族によるホームヘルプサービス</li> </ol> |
| 問 2 1        | <p>介護タクシーは乗車又は降車の際の介助を介護保険で受けることができるサービスで、運賃は一般タクシー並みですが、利用したことがありますか、また、知っていましたか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ○はひとつ        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用したことがある</li> <li>2. 利用したことはないが知っている</li> <li>3. 知らない</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 問 2 2        | <p>今後、介護タクシーを利用したいですか。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ○はひとつ        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 機会があれば利用したい</li> <li>2. 利用したいと思わない</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 問 2 3 あなたの介護保険料の段階はどれにあてはまりますか。 |         |                                        |                                                       |
|---------------------------------|---------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 〇はひとつ                           | 所得段階    | 対象者                                    | 2月納期の一般的保険料例                                          |
|                                 | 1. 第1段階 | 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税          | 年金天引 (4, 900円)<br>個別納付 (2, 400円)<br>(年間保険料 29, 133円)  |
|                                 | 2. 第2段階 | 世帯全員が住民税非課税、(課税公的年金等収入額+合計所得金額)が80万円以下 | 年金天引 (4, 900円)<br>個別納付 (2, 400円)<br>(年間保険料 29, 133円)  |
|                                 | 3. 第3段階 | 世帯全員が住民税非課税、第1段階及び第2段階以外の方             | 年金天引 (7, 300円)<br>個別納付 (3, 600円)<br>(年間保険料 43, 700円)  |
|                                 | 4. 第4段階 | 本人は住民税非課税、世帯の誰かが住民税課税                  | 年金天引 (9, 700円)<br>個別納付 (4, 800円)<br>(年間保険料 58, 266円)  |
|                                 | 5. 第5段階 | 本人が住民税課税、合計所得金額が200万円未満                | 年金天引 (12, 100円)<br>個別納付 (6, 000円)<br>(年間保険料 72, 832円) |
|                                 | 6. 第6段階 | 本人が住民税課税、合計所得金額が200万円以上                | 年金天引 (14, 600円)<br>個別納付 (7, 200円)<br>(年間保険料 87, 399円) |

**ご注意** 2月納期の一般的保険料例は、年金天引は2月15日年金振込時、個別納付は第11期の2月29日納期分の保険料で、一番多い保険料例のことで、これらの額に該当されない方もありますので、ご注意ください。

| 問 2 4 納めている介護保険料の金額についてどう思いますか。 |                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 〇はひとつ                           | 1. 負担が重く、生活に影響がある<br>2. ある程度負担に思うが、生活に影響するほどではない<br>3. あまり負担に思わない<br>4. まったく負担に思わない |

| 問 2 5 介護保険料は介護サービスの供給量が影響します。保険料とサービスの供給量の関係について率直なご意見をお答えください。 |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 〇はひとつ                                                           | 1. 保険料が高くなっても、市内に入所施設や居宅介護事業所などが十分にあったほうがよい<br>2. 保険料が高くなるなら、介護サービスの充実度は現状程度でかまわない<br>3. わからない<br>4. その他( ) |

| 問 2 6 | 介護予防に効果があるとされるサービスが市内で提供された場合、利用したいと思いますか。                           |                           |                    |         |
|-------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|---------|
|       | サービスの種類                                                              |                           |                    |         |
|       | サービスの種類                                                              | 介護保険程度（1割負担）<br>なら利用してもいい | 費用がかからないのであれば利用したい | 利用したくない |
| ○はひとつ | 1) 筋力向上<br>(体力測定と筋力トレーニングの指導・実施)                                     | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 2) 口腔（こうくう）ケア<br>(歯科衛生士などによる口腔内の汚れのチェックや<br>義歯の清掃などの講習・指導)           | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 3) 栄養改善指導<br>(栄養士などによる個別の栄養指導や調理教室などの<br>学習会の参加)                     | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 4) フットケア<br>(立ち上がる、歩くなどの基本動作の安定性を維持<br>するために行う足の爪の手入れや角質除去などの<br>指導) | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 5) 閉じこもり防止<br>(心身状況に合わせたグループ活動の実施)                                   | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 6) 転倒予防教室<br>(転倒による骨折を防ぐための講習・指導)                                    | 1                         | 2                  | 3       |
| ○はひとつ | 7) 認知症予防教室<br>(認知症診断と生活訓練指導)                                         | 1                         | 2                  | 3       |





(自由回答)

介護保険等について、要望点・ご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

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

長時間、調査にご協力いただき大変ありがとうございました。



記入していただきました調査票は記入漏れがないかなどお確かめの上、同封の返信用封筒（切手貼り付け不要）に折りたたんで入れ、4月30日（水）までに郵便ポストへ投函していただきますようお願いします。

