

介護保険施設入所者のご家族の皆様

長野市保健福祉部介護保険課

介護保険に関するアンケート調査へのご協力のおねがい

日頃より、市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

この調査は、令和7年6月時点で介護保険の施設・居住系サービスを利用されている方のご家族様を対象に、現状のサービスの利用状況や課題等についてご意見、ご要望をお伺いするものです。

調査結果は今後の介護保険業務の参考とさせていただくほか、次期介護保険事業計画（令和9年度～令和11年度）策定のための基礎資料として活用させていただきます。

なお、ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、本調査の目的以外に使用することはありません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解の上、**11月21日（金）**までにご回答くださいますよう、ご協力をよろしくお願いいたします。

また、このアンケート調査に関するお問い合わせは、

長野市保健福祉部 介護保険課給付担当 電話 026-224-7871 へお願いいたします。

令和7年度 施設・居住系サービス利用者実態調査 調査票

ご記入にあたってのお願い

- 1 封筒の宛名となっているご本人がご回答ください。
- 2 この用紙に直接ご記入いただき 郵送 で回答する方法と、**ながの電子申請サービス** で回答する方法があります。いずれも設問内容は同じです。どちらか1つの方法をお選びください。

郵送で回答される場合

- 黒のボールペンや鉛筆などで、設問の選択肢の該当する番号に「○」印をつけてください。
- 回答完了後に同封の返信用封筒(切手は不要です)に入れて郵便ポストへ投函してください。

ながの電子申請サービスで回答される場合

- 右の二次元コードからアクセスして回答ページへお入りください。



- 3 回答期限は、**11月21日(金)** 消印有効(郵送・ながの電子申請サービス共通)です。ご協力をお願いいたします。(令和7年6月時点とこの調査票が到着した時点で異なる施設を利用されている場合は、現在利用されている施設の利用状況でご回答ください。また現在施設を利用されていない場合は、ご回答は不要です。)

●入所施設の種類に「○」をお願いします。施設名をご記入ください。

介護老人福祉施設 (特養)	介護老人保健施設 (老健)	グループホーム	有料老人ホーム	小規模特養
------------------	------------------	---------	---------	-------

施設名: _____

●該当する番号に「○」をお願いします。

施設入所者の性別

1. 男性	2. 女性
-------	-------

施設入所者の年齢

1. 65歳未満	4. 75～79歳	7. 90～94歳
2. 65～69歳	5. 80～84歳	8. 95～99歳
3. 70～74歳	6. 85～89歳	9. 100歳以上

施設入所者の要介護度

1. 要介護1	3. 要介護3	5. 要介護5
2. 要介護2	4. 要介護4	6. 要支援1・2

施設入所者の施設入居期間

1. 3か月未満	4. 1年～3年未満
2. 3か月～6か月未満	5. 3年～5年未満
3. 6か月～1年未満	6. 5年以上

問1 施設を利用されている理由は何ですか。

【1つに「○」】

1. 介護する家族がないから
2. 家族の心身の負担が軽くなるから
3. 経済的に負担が軽くなるから
4. 在宅サービスだけでは生活できなくなったから
5. 他の施設や医療機関では生活できなくなったから
6. 自宅に戻るためのリハビリや療養を行うため
7. 認知症の症状の進行により、在宅介護が難しくなったから
8. その他 ()

問2 現在利用されている施設はどのようにして選びましたか。

【1つに「○」】

1. 市から提供された情報に基づいて選んだ
2. ケアマネジャー(介護支援専門員)の意見を参考にして選んだ
3. かかりつけの医師(医療機関)に相談して選んだ
4. 家族や身近な人に勧められ選んだ
5. いくつかの施設から話を聞いたり、見たりして選んだ
6. 新聞広告やパンフレットなど施設の案内を見て選んだ
7. その他 ()

問3 現在利用されている施設を選ぶ際に、重視したことはありますか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

1. 施設の規模・設備の良さ
2. サービスの質・内容
3. 施設の機能
4. 職員の印象
5. 立地条件
6. 費用の負担額
7. 長期入所できること
8. 周囲の評判
9. 特にない
10. その他 ()

問4 施設入所者は、在宅生活時に、どのような介護が必要でしたか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

1. 認知症状への対応
2. 日中の排せつ
3. 夜間の排せつ
4. 食事の介助
5. 入浴・洗身
6. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
7. 衣服の着脱
8. 屋内の移乗・移動
9. 外出の付き添い、送迎等
10. 服薬
11. 医療面での対応（経管栄養・床ずれ・インスリン・カテーテル等）
12. 食事の準備（調理等）
13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他（）

問5 施設入所前に、在宅で利用していた介護サービスは何ですか。

【あてはまるものすべてに「○」】

1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）
2. 訪問看護
3. 訪問入浴介護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護（デイサービス）（地域密着型、認知症対応型含）
7. 通所リハビリテーション（デイケア）
8. 短期入所生活介護、短期入所療養介護（ショートステイ）
9. 福祉用具貸与
10. 福祉用具の購入
11. 住宅改修
12. 小規模多機能型居宅介護
13. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 夜間対応型訪問介護
16. 利用していない

問6 現在利用されている施設について、入所申込から入所までにどのくらいの期間を要しましたか。

【1つに「○」】

- | | | |
|----------------|---------------|--------------|
| 1. 1か月未満 | 3. 3か月以上～半年未満 | 5. 1年以上～2年未満 |
| 2. 1か月以上～3か月未満 | 4. 半年以上～1年未満 | 6. 2年以上 |

問7 現在の施設利用料(部屋代、食事代、日常生活費など)をどのように感じていますか。

【1つに「○」】

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| 1. ほとんど負担にはならない | 3. 多少負担である | 5. わからない |
| 2. あまり負担にはならない | 4. 非常に負担である | |

問8 介護サービスを利用する場合、原則費用の1割～3割を負担しますが、どのように感じていますか。

【1つに「○」】

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| 1. ほとんど負担にはならない | 3. 多少負担である | 5. わからない |
| 2. あまり負担にはならない | 4. 非常に負担である | |

問9 現在の施設での生活にどの程度満足していますか。「満足していない」を0点、「非常に満足している」を10点とすると、何点くらいになると思いますか。

【1つに「○」】

- | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10点 |
| 【満足していない】 | | | | | | | | | | 【非常に満足している】 |

問10 施設入所者が施設で生活するなかで楽しみにしていることは何ですか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 入浴 | 6. 家族や友人等の訪問 |
| 2. 食事 | 7. ボランティア、地元団体等の訪問 |
| 3. テレビやラジオ | 8. ほかの入所者や施設職員との会話 |
| 4. 季節の行事や催し、レクリエーション活動 | 9. その他 () |
| 5. 趣味活動(読書、絵画、書道、手芸など) | |

問11 施設での生活に不満があるとしたら次のどの理由ですか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

1. はじめに説明された(契約した)内容と違う
2. 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)
3. おむつ交換や入浴などの介護の内容に不満がある
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. 食事の内容に不満がある(メニューや食事の温かさなど)
6. 施設職員の態度や対応が良くない
7. 施設入所者の人権やプライバシーに対する配慮がない
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. 施設のある場所が市街地から遠く、交通の便が悪い
10. 面会に制限がある
11. 特にない
12. その他 ()

問12 施設での生活に不満があるときは誰に(どこに)相談しますか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 家族や身近な人 | 5. 市の介護保険担当窓口 |
| 2. 施設の職員 | 6. 介護あんしん相談員 |
| 3. 施設の苦情受付窓口 | 7. 特に相談しない |
| 4. 地域包括支援センター | 8. その他 () |

問13 現在の施設を利用するようになって良かったと思うことは何ですか。

【主にあてはまるもの3つまで「○」】

1. 安心して生活できるようになった
2. 家族の負担が減った
3. 人と話す機会が増えた
4. 自分で身の回りのことをしようとする意欲が出てきた
5. 自分の身の回りのことができるようになった
6. 必要な時にすぐ介護が受けられる
7. 体調が良くなった
8. レクリエーションなどの楽しみが増えた
9. 良かったと思うことは特にない
10. その他 ()

問14 介護サービスの利用について、お困りになっていること、疑問に感じていること、改善してほしいことがありますか(自由記載)。

ご協力ありがとうございました。

この用紙で回答された場合は、同封している返信用封筒にて、11月21日(金)までに返信をお願いいたします。