

仙台市介護保険事業計画策定のための実態調査

(要介護者等調査)

調査票のご記入にあたって

- 1 この調査は、できるだけご本人がご回答ください。
- 2 健康状態などにより、ご本人による回答ができない場合は、ご本人の状況が分かるご家族の方などが、ご本人の意思を確認しながらご記入いただくか、ご本人の立場にたってご記入ください。
なお、介護をされているご家族の方は、「30ページ以降の間60～問66」についても回答をお願いします。
- 3 回答は、調査票に直接、黒か青のボールペンまたは鉛筆で記入してください。
- 4 回答は、原則としてあてはまるものに○をつけてください。質問により、1つだけ○をつけるものと、2つ以上○をつけるものがありますので、記載のとおりにご回答ください。「その他」に○をつけられた場合は、なるべく具体的にその内容をご記入ください。
- 5 この調査は、平成25年11月1日現在の状況でお答えください。
- 6 記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、平成25年11月27日（水）までに郵便ポストに投函してください。
- 7 調査票の内容などでわからないことがありましたら、下記までお問い合わせください。

《お問い合わせ先》

仙台市健康福祉局保険高齢部介護保険課
〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目7番1号
電 話：022-214-8246（直通）
FAX：022-214-4443
メールアドレス：fuk005170@city.sendai.jp
受付時間：午前9時～午後5時（土日・祝日を除く。）

問4 世帯の状況は次のどれですか。(あてはまるもの1つに〇)

- | | |
|---|-------------------|
| 1. ひとり暮らし(特別養護老人ホームや軽費老人ホーム(ケアハウス等)などに入所している場合を含む。) | |
| 2. 夫婦のみ(ともに65歳以上) | |
| 3. 夫婦のみ(どちらかが65歳以上) | |
| 4. 夫婦のみ(ともに65歳未満) | |
| 5. 上記以外で全員が65歳以上の世帯 | → 世帯全員の人数をお書きください |
| 6. その他の世帯 | _____ 人 |

問5 現在お住まいの中学校区をお答えください。(あてはまるもの1つに〇)
(お近くの中学校をお選びください。わからない場合は町名を記入してください。)

〈 青葉区 〉

(各区五十音順)

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 1. 五橋中 | 5. 北仙台中 | 9. 三条中 | 13. 中山中 |
| 2. 大沢中 | 6. 広陵中 | 10. 第一中 | 14. 広瀬中 |
| 3. 折立中 | 7. 五城中 | 11. 第二中 | 15. 南吉成中 |
| 4. 上杉山中 | 8. 桜丘中 | 12. 台原中 | 16. 吉成中 |

〈 宮城野区 〉

- | | | | |
|---------|---------|----------|----------|
| 17. 岩切中 | 20. 田子中 | 23. 中野中 | 26. 宮城野中 |
| 18. 幸町中 | 21. 鶴谷中 | 24. 西山中 | |
| 19. 高砂中 | 22. 東華中 | 25. 東仙台中 | |

〈 若林区 〉

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 27. 沖野中 | 29. 七郷中 | 31. 南小泉中 |
| 28. 蒲町中 | 30. 八軒中 | 32. 六郷中 |

〈 太白区 〉

- | | | | |
|---------|----------|----------|---------|
| 33. 秋保中 | 37. 富沢中 | 41. 人来田中 | 45. 柳生中 |
| 34. 愛宕中 | 38. 中田中 | 42. 袋原中 | 46. 山田中 |
| 35. 生出中 | 39. 長町中 | 43. 茂庭台中 | |
| 36. 郡山中 | 40. 西多賀中 | 44. 八木山中 | |

〈 泉区 〉

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|----------|
| 47. 加茂中 | 52. 住吉台中 | 57. 七北田中 | 62. 八乙女中 |
| 48. 向陽台中 | 53. 高森中 | 58. 南光台中 | 63. 館中 |
| 49. 将監中 | 54. 長命ヶ丘中 | 59. 南光台東中 | |
| 50. 将監東中 | 55. 鶴が丘中 | 60. 根白石中 | |
| 51. 松陵中 | 56. 寺岡中 | 61. 南中山中 | |

〈 わからない方は町名を記入してください 例:青葉区国分町3丁目 〉

- | |
|-----------------------|
| 64. わからない (_____ 区) |
|-----------------------|

問6 現在の要介護度は次のどれですか。(あてはまるもの1つに○)

※ 要介護度は、「介護保険被保険者証(水色のもの)」に記載されています。

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

問7 現在、次のような何らかの傷病にかかっていますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など) | 14. 高血圧症 |
| 2. 心臓病(狭心症・心筋梗塞など) | 15. 脂質異常症(高コレステロール血症、中性脂肪など) |
| 3. がん(悪性新生物) | 16. 動脈硬化症 |
| 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎など) | 17. 骨粗しょう症 |
| 5. 関節の病気(リウマチなど) | 18. 胃腸の病気(胃炎、胃かいようなど) |
| 6. 認知症(アルツハイマー病など) | 19. 肝臓・腎臓の病気(腎不全、肝不全) |
| 7. パーキンソン病 | 20. 前立腺肥大 |
| 8. 糖尿病 | 21. 歯の病気(歯周病など) |
| 9. 視覚異常・目の病気(白内障など) | 22. 感染症 |
| 10. 聴覚異常・耳の病気(難聴など) | 23. その他 |
| 11. 骨折・転倒 | (具体的に) |
| 12. 脊椎損傷 | 24. かかっていない |
| 13. 高齢による衰弱 | ▶(次ページの問9にお進みください) |

【問7で「1」～「23」(傷病にかかっている)と回答した方におたずねします。】

問8 現在かかっている傷病で、次のような医療を受けていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 定期的に通院している |
| 2. 定期的に医師の往診(訪問診療)を受けている |
| 3. 必要に応じて医師の往診(訪問診療)を受けている |
| 4. 定期的看護士による医療処置(訪問看護)を受けている |
| 5. ときどき入院することがある |
| 6. 医療器具(カテーテル、点滴、在宅酸素など)を装着している |
| 7. 上記以外の医療処置を受けている |
| (具体的に) |
| 8. 現在入院中である |
| 9. 医療処置は受けていない |

問 9 ご本人の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の額はおよそどれくらいですか。（あてはまるもの1つに○）

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 50万円未満 | 6. 400万円～500万円未満 |
| 2. 50万円～100万円未満 | 7. 500万円～600万円未満 |
| 3. 100万円～200万円未満 | 8. 600万円～700万円未満 |
| 4. 200万円～300万円未満 | 9. 700万円以上 |
| 5. 300万円～400万円未満 | 10. わからない |

問 10 ご本人も含めた世帯全員の年間総収入（年金、仕送りなども含みます。）の合計額はおよそどれくらいですか。（あてはまるもの1つに○）

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 50万円未満 | 7. 500万円～600万円未満 |
| 2. 50万円～100万円未満 | 8. 600万円～700万円未満 |
| 3. 100万円～200万円未満 | 9. 700万円～1,000万円未満 |
| 4. 200万円～300万円未満 | 10. 1,000万円以上 |
| 5. 300万円～400万円未満 | 11. わからない |
| 6. 400万円～500万円未満 | |

問 11 ご本人は、現在どこで生活していますか。（あてはまるもの1つに○）

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. 自宅（親族などの家に同居している場合、特別養護老人ホーム等に短期入所している場合を含む） | |
| 2. 賃貸住宅（市営住宅等を含む） | |
| 3. サービス付き高齢者向け住宅 ※ | |
| 4. 高齢者向け市営住宅、シルバーハウジング ※ | |
| 5. 認知症高齢者グループホーム | |
| 6. 有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等） | |
| 7. 医療保険で利用する病院等 | |
| 8. 特別養護老人ホーム（長期入所） | →（19 ページの問 35 にお進みください） |
| 9. 老人保健施設 | |
| 10. 介護保険で利用する病院等 | |
| 11. その他（ | |

※ サービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け市営住宅、シルバーハウジングとは

名 称	内 容
サービス付き高齢者向け住宅	入居者（借借人）に対して安否確認サービスや生活相談サービスなどが提供される賃貸等の住宅です。なお、規模・設備やサービス内容等において一定の基準を満たすサービス付き高齢者向け住宅の登録制度が導入されています。
高齢者向け市営住宅	住宅内の段差の解消、手すりの設置、非常通報ブザー等を設置した市営住宅です。
シルバーハウジング	段差の解消や緊急通報システムに加えて、在宅生活を支援する生活援助員を配置した市営住宅です。

問11で「1」～「7」、または「11」と回答した方におたずねします。

※ 問11で「8」～「10」と回答した方は、19ページの間35にお進みください。

《在宅サービスの利用状況についておたずねします。》

問 12 現在、介護保険のどの在宅サービス※を利用していますか。

(あてはまるものすべてに○)

※ たまたま今月の利用がないような場合でも、普段利用している在宅サービスをお答えください。

1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
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）
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・療養介護（ショートステイ）
9. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等における介護）
10. 夜間対応型訪問介護
11. 認知症対応型通所介護
12. 小規模多機能型居宅介護
13. 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームにおける介護）
14. 地域密着型特定施設入居者生活介護（入所者が29人以下の有料老人ホーム等）
15. 福祉用具貸与
16. 福祉用具購入費の支給
17. 住宅改修費の支給
18. 利用していない → (13 ページの間 26 にお進みください)

※各サービスの内容については
この調査票の最後のページ
(32 ページ) をご覧ください。

※ この調査票における「在宅サービス」には、要支援の認定を受けた方が利用する介護予防サービスを含みます。

問 15 どのようなことに不満がありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. ケアプランを作成するための専門的な知識や経験が不足している
2. 言葉づかいなどの対応が悪い
3. ケアプランを作成する際、本人や家族の意向があまり反映されない
4. いつも決まった事業者などのサービスの利用をすすめられる
5. 介護保険制度に関する知識が不足している
6. 介護保険以外の福祉サービスに関する知識が不足している
7. 質問をしても、回答や説明が十分でない
8. 日ごろ不安に思っていることなどについて、あまり相談にのってくれない
9. ケアマネジャーに連絡がつきにくい
10. ケアマネジャーがよく変わる
11. 利用者宅を訪問したり、電話で状況を確認したりすることがほとんどない
12. その他 ()

問 16 現在利用している在宅サービス事業者を選んだ理由は次のうちどれですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 家族にすすめられたから
2. 親せきや知人にすすめられたから
3. ケアマネジャー等（地域包括支援センター職員を含む）にすすめられたから
4. 民生委員や町内会の人にすすめられたから
5. かかりつけの医師や看護師にすすめられたから
6. 介護サービス情報を調べてよいと思ったから
7. 事業者情報を掲載した市や県の冊子を見てよいと思ったから
8. 事業者情報を掲載した市や県のホームページを見てよいと思ったから
9. 事業者の新聞広告やホームページ等を見てよいと思ったから
10. 知名度が高いから
11. 自宅から近いから
12. サービス内容が充実しているから
13. 職員の対応がよいから
14. 他の事業者との連携がとれているから
15. 他に知っている事業者がなかったから
16. その他 ()
17. 特に理由はない

問 17 現在利用している在宅サービスの質や内容に満足していますか。(あてはまるもの1つに〇)

1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない	4. やや不満 5. 不満
----------------------------------	------------------

(問 18 にお進みください)

問 18 どのようなことに不満がありますか。(あてはまるものすべてに〇)

(問 19 にお進みください)

1. 職員の介護技術や専門性が低い
2. 言葉づかいなどの対応が悪い
3. 提供される食事の内容がよくない
4. サービス内容の事前説明が十分でない
5. 本人や家族の希望を聞いてくれない
6. 事業所の設備や環境がよくない
7. プライバシーの配慮に欠けている
8. 利用料に対してサービス内容がともなわない
9. 予定の時間に遅れたり、早く切り上げたりする
10. 担当者がよく変わる
11. 本人の身体状況に合わせた対応をしてくれない
12. その他 ()

問 19 現在利用している在宅サービスの量 (回数、1回あたりの時間など)に満足していますか。(あてはまるもの1つに〇)

1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない	4. やや不満 5. 不満
----------------------------------	------------------

(問 20 にお進みください)

---▶ (次ページの間 21 にお進みください)

問 20 どのようなことに不満がありますか。(あてはまるものすべてに〇)

1. 利用したいサービスをすべて利用すると、利用限度額 (1割負担で利用できる限度額) を超えるため、サービスを減らしている
2. 利用したいサービスをすべて利用しても、利用限度額の範囲内ではあるが、少しでも利用者負担を抑えるため、サービスを減らしている
3. 利用したいサービスを提供する事業者数が少ないため、十分なサービスが受けられない
4. 利用したいサービスを提供する事業者が満員のため、サービスが受けられない
5. 希望する曜日や時間帯にサービスが受けられない
6. その他 ()

問 21 在宅サービスを利用したことにより、からだの状態（具合）はどのように変わりましたか。（あてはまるもの1つに〇）

1. よくなった
2. ややよくなった
3. かわらない
4. やや悪くなった
5. 悪くなった

問 22 現在、利用限度額（1割負担でサービスを受けられる限度額）までサービスを利用していますか。（あてはまるもの1つに〇）

※ 「利用限度額」…ケアマネジャーから交付されたサービス利用票別表などに記載されています。

介護保険のサービスを利用した場合の自己負担額は原則1割ですが、この1割負担で利用できるサービスの限度額は、要介護度に応じて定められています。

限度額を超えてもサービスを利用することは可能ですが、限度額を超えた分は全額自己負担となります。

《利用限度額の一例》要介護1の方は165,800円～172,800円程度、要介護5の方は358,300円～373,400円程度。

1. 利用限度額いっぱいまでサービスを利用していない

2. ほぼ利用限度額いっぱいまでサービスを利用している

3. 利用限度額を超えてサービスを利用している

4. わからない

次ページの
問 24 にお進
みください

↓
(問 23 にお進みください)

問 23 利用限度額いっぱいまでサービスを利用していない理由は何ですか。
(あてはまるものすべてに〇)

1. 現在のサービス量で十分満足しているから
2. もう少しサービスを利用したいが、費用負担が可能な範囲で我慢しているから
3. 経済的余裕はあるが、介護費用にあまりお金をかけたくないから
4. 介護者の急な入院など万一の場合に備えて利用枠を残しているから
5. 利用しようとしたが、満員等の理由でサービスを受けることができなかったから
6. 本人や家族が利用したいサービスがあまりないから
7. 利用することでかえって本人や家族に負担がかかるから
8. ケアマネジャーに任せているため、わからない
9. その他 ()
10. 特に理由はない

問 24 いわゆる「お泊りデイサービス」について伺います。

いわゆる「お泊りデイサービス」（以下「お泊りデイ」）は、通い慣れたデイサービスの設備やスタッフにより、保険外でショートステイなどのサービスを行うものです。ただし、介護保険外のサービスのため、行政の規制等はなく、また費用は全額自己負担となります。

(1) お泊りデイをどの程度利用していますか。（あてはまるもの1つに〇）

1. 利用していない →（次ページの間 25 にお進みください）

2. 利用している → 月のあたりの平均利用日数をお書きください 月 _____ 日

↓
（2）にお進みください

(2) お泊りデイをどのような場合に利用していますか。（あてはまるものすべてに〇）

1. 介護者の負担を減らす目的で、定期的に（あらかじめ日時を決めて）利用している
2. 介護者の急用・急病時に、随時利用している
3. ショートステイが満杯の場合などに、やむを得ず利用している
4. ご本人が利用したいと考えたときに、随時利用している
5. その他（ _____ ）

(3) お泊りデイの月あたりの平均利用金額（食費等込みの総額）はいくらですか。

（あてはまるもの1つに〇）

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 5,000 円未満 | 4. 30,000 円以上 50,000 円未満 |
| 2. 5,000 円以上 10,000 円未満 | 5. 50,000 円以上 |
| 3. 10,000 円以上 30,000 円未満 | 6. わからない |

(4) お泊りデイのサービス内容に満足していますか。（あてはまるもの1つに〇）

- | | | |
|--------------|---------------------|-----------|
| 1. 満足 | } → 満足している点をお書きください | (_____) |
| 2. やや満足 | | |
| 3. どちらともいえない | } → 不満な点をお書きください | (_____) |
| 4. やや不満 | | |
| 5. 不満 | | |

(5) お泊りデイは、人員、設備、運営に関する行政等の規制がなく、サービス内容が事業者に任されていますが、この点をどう思いますか。（あてはまるもの1つに〇）

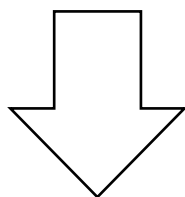
1. 民間事業者による柔軟なサービス提供を確保するため、行政等の関与は必要ない
2. 行政等の規制ではなく、事業者内部で基準を設定し、サービス提供すべきである（行政は現状の把握等を行う）
3. 保険料が上がっても、介護保険のサービスとして位置付け、行政等が規制すべきである
4. その他（ _____ ）
5. わからない

《今後の在宅サービスの利用意向についておたずねします。》

問 25 今後利用したい、あるいは増やしたいと思う在宅サービスをお答えください。
(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. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
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)
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・療養介護 (ショートステイ)
9. 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等における介護)
10. 夜間対応型訪問介護
11. 認知症対応型通所介護
12. 小規模多機能型居宅介護
13. 認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホームにおける介護)
14. 地域密着型特定施設入居者生活介護 (入所者が 29 人以下の有料老人ホーム等)
15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
16. 複合型サービス
17. 福祉用具貸与
18. 福祉用具購入費の支給
19. 住宅改修費の支給
20. 特にない
21. わからない

※各サービスの内容については
この調査票の最後のページ
(32 ページ) をご覧ください。



(次は 15 ページの問 29 にお進みください)

問 28 今後利用したいと思う在宅サービスをお答えください。

(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. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
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)
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・療養介護 (ショートステイ)
9. 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等における介護)
10. 夜間対応型訪問介護
11. 認知症対応型通所介護
12. 小規模多機能型居宅介護
13. 認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホームにおける介護)
14. 地域密着型特定施設入居者生活介護 (入所者が 29 人以下の有料老人ホーム等)
15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
16. 複合型サービス
17. 福祉用具貸与
18. 福祉用具購入費の支給
19. 住宅改修費の支給
20. 特にない
21. わからない

※各サービスの内容については
この調査票の最後のページ
(32 ページ)をご覧ください。

《今後介護を受けたい場所と介護保険施設等の入所申し込み状況についておたずねします。》

問 31 今後どこで介護を受けながら生活したいと思いますか。(あてはまるもの1つに〇)

1. 自宅（親族などの家に同居している場合を含む）
2. サービス付き高齢者向け住宅 ※
3. 高齢者向け市営住宅、シルバーハウジング ※
4. 認知症高齢者グループホーム
5. 有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等）
6. 医療保険で利用する病院等
7. 特別養護老人ホーム
8. 老人保健施設
9. 介護保険で利用する病院等
10. その他（_____）

※ サービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け市営住宅、シルバーハウジングとは

名 称	内 容
サービス付き高齢者向け住宅	入居者（借借人）に対して安否確認サービスや生活相談サービスなどが提供される賃貸等の住宅です。なお、規模・設備やサービス内容等において一定の基準を満たすサービス付き高齢者向け住宅の登録制度が導入されています。
高齢者向け市営住宅	住宅内の段差の解消、手すりの設置、非常通報ブザー等を設置した市営住宅です。
シルバーハウジング	段差の解消や緊急通報システムに加えて、在宅生活を支援する生活援助員を配置した市営住宅です。

問 32 現在、次の施設に入所の申し込みをされていますか。申し込みをしている場合は、何か所に申し込んでいるかもお答えください。(あてはまるものすべてに〇)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム _____ 場所 | →(次ページの間 33 にお進みください) |
| 2. 老人保健施設 _____ 場所 | |

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 3. 介護保険で利用する病院等 _____ 場所 | } (21 ページの間 42 にお進みください) |
| 4. 高齢者向け住宅 _____ 場所 | |
| 5. 認知症高齢者グループホーム _____ 場所 | |
| 6. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス等) _____ 場所 | |
| 7. いずれの施設にも申し込んでいない | |

問 32 で「1」または「2」に入所の申し込みをしていると回答した方におたずねします。

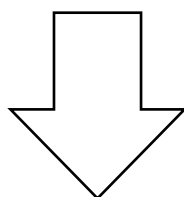
※ それ以外の方は21ページの間42にお進みください。

問 33 入所の申し込みをしている理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護者がいないため、在宅で生活することが難しいから
2. ひとり暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じたから
3. 認知症などのため、施設でより手厚い介護が必要だから
4. リハビリなどが必要であり、医師などの専門家に入所をすすめられたから
5. 親せきや知人に入所をすすめられたから
6. ケアマネジャーや地域包括支援センター職員にすすめられたから
7. 民生委員や町内会の人に入所をすすめられたから
8. 介護してくれる家族の負担を今よりも軽くしたいから
9. 介護してくれる家族の負担が限界に近いから
10. 居室や廊下幅が狭いなど、住居が介護に適していないから
11. (老人保健施設に入所申し込みをされている方のみ) すぐに特別養護老人ホームに入所できないから
12. その他 ()

問 34 施設への入所の緊急度は次のうちどれですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 在宅での生活が困難であり、今すぐにでも入所したい
2. 在宅での生活は可能だが、できれば今すぐに入所したい
3. 在宅での生活は可能だが、近い将来に(1～3年)に入所したい
4. 当面入所の必要はないが、いざというときに備え入所申し込みをしている
5. その他 ()



(次は 21 ページの間 42 にお進みください)

ここからは、現在「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「介護保険で利用する病院等」のいずれかに入所している方におたずねします。

※ それ以外の方は、21 ページの問 42 にお進みください。

問 35 現在の施設・病院等に入所・入院する前に、ご本人はどこで生活していましたか。
(あてはまるもの1つに○)

1. 自宅（親族などの家に同居している場合、特別養護老人ホーム等に短期入所している場合を含む）
2. 賃貸住宅（市営住宅等を含む）
3. サービス付き高齢者向け住宅
4. 高齢者向け市営住宅、シルバーハウジング
5. 認知症高齢者グループホーム
6. 有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等）
7. 医療保険で利用する病院等
8. 特別養護老人ホーム（長期入所）
9. 老人保健施設
10. 介護保険で利用する病院等
11. その他（)

問 36 現在の施設・病院等に入所・入院した理由は何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 介護者がいないため、在宅で生活することが難しかったから
2. ひとり暮らしや高齢者世帯のため、在宅での生活に不安を感じたから
3. 認知症などのため、施設でより手厚い介護が必要だったから
4. リハビリなどが必要であり、医師などの専門家に入所をすすめられたから
5. 親せきや知人に入所をすすめられたから
6. ケアマネジャーや地域包括支援センター職員にすすめられたから
7. 民生委員や町内会の人に入所をすすめられたから
8. 介護してくれる家族の負担を少しでも軽くしたかったから
9. 介護してくれる家族の負担が限界に近かったから
10. 居室や廊下幅が狭いなど、住居が介護に適していなかったから
11. (特別養護老人ホーム入所者以外の方) 特別養護老人ホームに入所できなかったから
12. その他（)

問 37 現在受けている施設サービスに満足していますか。(あてはまるもの1つに○)

- 1. 満足
- 2. やや満足
- 3. どちらともいえない

- 4. やや不満
- 5. 不満

(問 38 にお進みください)

問 38 どのようなことに不満がありますか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 職員の介護技術や専門性が低い
- 2. 言葉づかいなどの対応が悪い
- 3. 提供される食事の内容がよくない
- 4. サービスの事前説明が十分でない
- 5. 本人や家族の希望を聞いてくれない
- 6. 施設の設定や環境がよくない
- 7. プライバシーの配慮に欠けている
- 8. 利用料に対してサービス内容がともなわない
- 9. 本人の身体状況に合わせた対応をしてくれない
- 10. その他 ()

問 39 今後どのような場所で介護を受けたいですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 現在入所している施設

2. 現在入所している施設以外の施設

3. 自宅

(問 40 にお進みください)

問 40 自宅や他施設での介護を希望する理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 家族に介護してもらいたいから
- 2. 住み慣れた場所で生活したいから
- 3. 家族とのつながりがなくなることに不安があるから
- 4. 地域の人や社会とのつながりがなくなることに不安があるから
- 5. 施設での生活があわないと思うから
- 6. 施設で他人との共同生活をしたくないから
- 7. 自宅の方が施設に比べて経済的負担が少ないと思うから
- 8. その他 ()

問 41 引き続き現在の施設への入所を希望する理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 自宅で介護を受けたいが、家族に迷惑をかけたくないから
- 2. 家族の介護を受けたくないから
- 3. 自宅には介護してくれる人がいないから
- 4. 現在入所している施設の介護に満足しているから
- 5. 施設にいた方が何かあった時に十分なケアを受けられると思うから
- 6. 常に介護が必要だから
- 7. 戻れる家がないから
- 8. その他 ()

(問 39 にお進みください)

(問 41 にお進みください)

在宅・施設を問わず、介護サービスを利用している方におたずねします。

※ それ以外の方は、22ページの間45にお進みください。

《介護サービスの相談先と利用者負担についておたずねします。》

問 42 介護サービスに不満があった場合、どこに相談していましたか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 事業者 directly | 6. 国民健康保険団体連合会 |
| 2. ケアマネジャー | 7. その他 () |
| 3. 地域包括支援センター | 8. どこにも相談していない |
| 4. 仙台市役所 (区役所) | 9. 特に不満はない |
| 5. 宮城県庁 | |

問 43 現在、利用している介護サービスの1か月の平均的な利用者負担額 (1割負担分に食費・居住費 (滞在費) を加えたもの) は次のうちどれですか。

(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 3,000 円未満 | 6. 15,000 円～20,000 円未満 |
| 2. 3,000 円～ 5,000 円未満 | 7. 20,000 円～30,000 円未満 |
| 3. 5,000 円～ 7,000 円未満 | 8. 30,000 円～50,000 円未満 |
| 4. 7,000 円～10,000 円未満 | 9. 50,000 円以上 |
| 5. 10,000 円～15,000 円未満 | 10. わからない |

問 44 介護サービスを利用する際に支払っている利用者負担額 (1割負担分に食費・居住費 (滞在費) を加えたもの) について、ご本人はどのように感じていますか。

(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 無理なく支払える額である | 3. 支払いが困難な額である |
| 2. なんとか支払える額である | 4. わからない |

65歳以上のすべての方におたずねします。

※ 65歳未満の方は、24 ページの間 50 にお進みください。

《介護保険料と制度全般についておたずねします。》

問 45 ご本人の保険料段階は、次のうちどれですか。(あてはまるもの 1 つに ○)

※ 保険料の段階は、「平成 25 年度介護保険料決定通知書」に記載されています。

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 1. 第 1 段階 | 6. 第 6 段階 | 11. 第 11 段階 |
| 2. 第 2 段階 | 7. 第 7 段階 | 12. 第 12 段階 |
| 3. 第 3 段階 | 8. 第 8 段階 | 13. わからない |
| 4. 第 4 段階 | 9. 第 9 段階 | |
| 5. 第 5 段階 | 10. 第 10 段階 | |

【参考】仙台市の第 1 号被保険者（65歳以上の方）の保険料（平成 24～26 年度）

所得段階	対象となる方	基準額に 対する 割 合	年 額 保 険 料 ※	月 額 換 算
第1段階	次のいずれかに該当する方 ①生活保護を受けている方 ②本人が老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方	0.50	30,800 円	2,571 円
第2段階	本人の前年の「合計所得金額」と「課税年金収入額」の合計額が 80 万円以下の方	0.50	30,800 円	2,571 円
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で 本人の前年の「合計所得金額」と「課税年金収入額」の合計額が 80 万円を超え、120 万円以下の方	0.65	40,100 円	3,342 円
第4段階	本人の前年の「合計所得金額」と「課税年金収入額」の合計額が 120 万円を超える方	0.75	46,200 円	3,857 円
第5段階	本人が市町村民税非課税で、他の世帯員に市町村民税を課税されている方がいて 本人の前年の「合計所得金額」と「課税年金収入額」の合計額が 80 万円以下の方	0.85	52,400 円	4,371 円
第6段階	本人の前年の「合計所得金額」と「課税年金収入額」の合計額が 80 万円を超える方	1.00 (基準額)	61,700 円	5,142 円
第7段階	本人の前年の「合計所得金額」が 125 万円未満の方	1.10	67,800 円	5,656 円
第8段階	本人の前年の「合計所得金額」が 125 万円以上 200 万円未満の方	1.25	77,100 円	6,428 円
第9段階	本人の前年の「合計所得金額」が 200 万円以上 300 万円未満の方	1.50	92,500 円	7,713 円
第 10 段階	本人の前年の「合計所得金額」が 300 万円以上 500 万円未満の方	1.65	101,800 円	8,484 円
第 11 段階	本人の前年の「合計所得金額」が 500 万円以上 700 万円未満の方	1.85	114,100 円	9,513 円
第 12 段階	本人の前年の「合計所得金額」が 700 万円以上の方	2.00	123,400 円	10,284 円

※ 100 円未満切捨て

問 46 現在の保険料額を、どのように感じていますか。(あてはまるもの1つに〇)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 無理なく支払える額である | 3. 支払いが困難な額である |
| 2. なんとか支払える額である | 4. わからない |

問 47 現在のご本人の保険料段階として、妥当と考える保険料の額は、ひと月あたりどのくらいの額ですか。(あてはまるもの1つに〇)

※ 例えば、第2段階の方は第2段階として妥当と考える額をお答えください。

- | | | |
|--------------|--------------|----------------|
| 1. 2,500 円程度 | 5. 5,000 円程度 | 9. 10,000 円程度 |
| 2. 3,000 円程度 | 6. 6,000 円程度 | 10. 12,000 円程度 |
| 3. 3,500 円程度 | 7. 7,000 円程度 | 11. 15,000 円程度 |
| 4. 4,000 円程度 | 8. 8,000 円程度 | 12. わからない |

問 48 介護保険料の基準額は、介護サービスの利用量によって決まります。よって、施設が増えたり、介護サービスが充実するなどして利用量が増えると、保険料も増加することになります。

このことを踏まえ、保険料と介護サービスのあり方について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。(あてはまるもの1つに〇)

- | |
|---|
| 1. 保険料が高くなってもよいから、施設を増やすなど介護サービスを充実させたほうがよい |
| 2. 保険料も介護サービスも現状の程度でよい |
| 3. 介護サービスの水準を今より抑えても、保険料が低くなるほうがよい |
| 4. その他 () |
| 5. わからない |

問 49 介護保険制度では、基本的なサービスの水準を国が定めていますが、仙台市の判断でその他のサービスを保険給付の対象に加えたり、サービスの利用限度額(1割負担で利用できる限度額)を高く設定することができます。

ただしこの場合、必要な費用は全額65歳以上の方の保険料でまかなうことになるため、皆様からいただく保険料が高くなります。

このことを踏まえ、保険料と介護サービスのあり方について、ご本人の考えに最も近いものは、次のうちどれですか。(あてはまるもの1つに〇)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 保険料が高くなってもよいから、介護サービスを充実させた方がよい |
| 2. 保険料をできるだけ抑えるためにも、現在のままでよい |
| 3. その他 () |
| 4. わからない |

問 52 仙台市の介護保険のサービスのうち、特に不足している（利用したいが満員で利用できない）と感じているサービスは、次のうちどれですか。

(1) **在宅サービス（あてはまるものすべてに○）**

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）2. 訪問入浴介護3. 訪問看護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）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・療養介護（ショートステイ）9. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等における介護）10. 夜間対応型訪問介護11. 認知症対応型通所介護12. 小規模多機能型居宅介護13. 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホームにおける介護）14. 地域密着型特定施設入居者生活介護（入所者が 29 人以下の有料老人ホーム等）15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護16. 複合型サービス17. 福祉用具貸与18. 福祉用具購入費の支給19. 住宅改修費の支給20. 特にない21. わからない | <p>※各サービスの内容については
この調査票の最後のページ
(32 ページ)をご覧ください。</p> |
|---|---|

(2) **施設サービス（あてはまるもの1つに○）**

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 特別養護老人ホーム2. 老人保健施設3. 介護保険で利用する病院等4. 特にない5. わからない |
|---|

問 53 現在、新規の要介護等認定の有効期間は6か月、更新認定の有効期間はご本人の
状態に応じ6～24か月の範囲で定めることとなります。この有効期間について、
どのくらいの長さが適当だと考えますか。(あてはまるもの1つに○)

※ ただし、心身の状態が現在の要介護・要支援区分よりも悪化した(良くなった)場合は、有効期間中であっても、区分変更の申請を行うことができます。

- | | |
|---------|------------------------------|
| 1. 6か月間 | 4. 3年以上 → 年数をお書きください _____ 年 |
| 2. 1年間 | 5. その他 (_____) |
| 3. 2年間 | 6. わからない |

問 54 介護保険に関連して、最も知りたいと思う情報は何か。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---|
| 1. 介護保険で利用できるサービスや費用など介護保険制度の仕組みについての情報 |
| 2. 市内や近隣の介護保険事業者の案内 |
| 3. 介護保険事業者に対する評価や評判等の情報 |
| 4. 介護保険事業者に対する苦情や相談内容等の情報 |
| 5. 介護保険の手続き等の案内 |
| 6. 日常の金銭管理等に関する支援サービス等の情報 |
| 7. 財産管理や相続等に関する情報 |
| 8. 市内のボランティア団体等の案内 |
| 9. 介護保険以外の市の保健福祉に関する情報 |
| 10. 医療や保健に関する情報 |
| 11. その他 (_____) |
| 12. 特にない |

問 55 仙台市からの介護保険に関するお知らせについて、どんな広報手段が充実していると便利だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|----------------------------|
| 1. パンフレット |
| 2. 区役所や施設などに掲示されているポスター |
| 3. 「介護保険料のお知らせ」などに同封されるチラシ |
| 4. 市政だより |
| 5. ホームページ |
| 6. 新聞や雑誌の記事 |
| 7. その他 (_____) |
| 8. 特にない |

問 57 災害時要援護者情報登録制度に関して伺います。

災害時要援護者情報登録制度は、要介護（要支援）認定を受けている方や、65歳以上の高齢者で一人暮らしの方や高齢者のみの世帯の方などのうち、災害情報の入手が困難な方や自力や家族の支援だけでは避難することができない方が、要援護者として登録し、その情報を地域団体等に提供し、地域における避難支援体制づくりに生かす仙台市の登録制度です。（申請窓口：お住まいの区の障害高齢課・総合支所保健福祉課）

(1) 災害時要援護者情報登録制度に登録していますか。（あてはまるもの1つに○）

1. 登録している	→ ((2)にお進みください)
2. 制度は知っていたが、今後も登録しない	→ ((3)にお進みください)
3. 制度は知らなかったが、今後も登録しない	
4. 制度は知っており、今後は登録したい	
5. 制度は知らなかったが、今後は登録したい	→ ((4)にお進みください)
6. その他 ()	

(2) 今年に入ってから町内会や民生委員など地域団体等の方から、災害時要援護者情報登録制度に関連しての連絡や訪問はありましたか。（あてはまるもの1つに○）

1. あった	} ((4)にお進みください)
2. ない	
3. その他 ()	

(3) 「今後も登録しない」理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. テレビ、ラジオなどでの災害情報の入手や自力での避難が可能であるため
2. 災害時に来てくれる身内や友人、知人がいるため
3. 地域の人に自分のことを知られたくないため
4. その他 ()

(4) あなたのお住まいの地域の災害時要援護者支援の取り組みについて、どのようにお感じですか。（あてはまるもの1つに○）

1. 進んでいる	3. あまり進んでいない
2. やや進んでいる	4. わからない

問 58 仙台市の介護保険事業や高齢者保健福祉施策に関してご意見・ご要望などがございましたら、ご自由にお書きください。

問 59 ご本人には、同居、別居を問わず介護をしてくれるご家族・ご親族の方はいらっしゃいますか。(あてはまるもの1つに○)

1. いない	}	<ul style="list-style-type: none">・ 質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。・ この調査票を同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、<u>11月27日(水)までに郵便ポストに投函していただきますようお願い申し上げます。</u>
2. いる	→	次ページ以降の問60～問66の介護者に対する質問にもお答えください。

ここからは、普段ご本人を主に介護されているご家族・ご親族の方（以下「介護者」といいます。）におたずねします。

※ ここでいう「ご本人」とは封筒の宛名のご本人のことです。

《介護者ご自身のことについておたずねします。》

問 60 介護者の方について、次の項目にお答えください。（それぞれあてはまるもの1つに〇）

性 別	1. 男性	2. 女性	
続 柄 （ご本人から見た場合）	1. 配偶者（夫または妻） 2. 子 3. 子の配偶者	4. その他の親族（父母・兄弟姉妹を含む） 5. その他（ ）	
年 齢	1. 40歳未満 2. 40歳代	3. 50歳代 4. 60歳代	5. 70歳代 6. 80歳以上
健 康 状 態	1. 健康である 2. 持病はあるが、どちらか といえ健康である	3. 病気がち、通院している 4. 健康状態は常に悪い	
要介護認定	1. 要介護（支援）認定は受けていない 2. 要介護（支援）認定を受けたが、非該当（自立）と判定された 3. 要介護（支援）認定を受け、要支援・要介護と判定された		

問 61 介護者の方は、どのくらいの頻度で介護を行っていますか。

(1) 1週間のうち何日くらい介護を行っていますか。（あてはまるもの1つに〇）

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. ほぼ毎日 | 4. 週に1日程度 |
| 2. 週に4～5日程度 | 5. 週に1日未満 |
| 3. 週に2～3日程度 | |

(2) 1日平均どのくらいの時間介護を行っていますか。（付き添いや見守りの時間も含まれます。）（あてはまるもの1つに〇）

- | | |
|------------|----------|
| 1. 1、2時間程度 | 3. 8時間程度 |
| 2. 4時間程度 | 4. ほぼ1日中 |

問 62 介護者の方はどちらにお住まいですか。（あてはまるもの1つに〇）

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. 本人と同居している | 5. 本人とは別居し、市内には住んでい
るが離れている（歩いて10分以上） |
| 2. 本人と同じ敷地内の別の住宅に住んでいる | 6. 市外に住んでいる |
| 3. 本人と同じアパート・マンション内の別の住宅に住んでいる | 7. その他（ ） |
| 4. 本人とは別居しているが、すぐ近く（歩いて10分以内）に住んでいる | |

問 63 介護者の方は、どのくらいの期間ご本人を介護していますか。(あてはまるもの1つに〇)

- | | |
|-------------|---------------------------------|
| 1. 6か月未満 | 5. 3年～5年未満 |
| 2. 6か月～1年未満 | 6. 5年～10年未満 |
| 3. 1年～2年未満 | 7. 10年～20年未満 |
| 4. 2年～3年未満 | 8. 20年以上 → 年数をお書きください 約 _____ 年 |

問 64 介護者以外の方で、ご本人の介護を手伝ってくれる方は何人いますか。

(あてはまるもの1つに〇)

- | | | |
|------------|-------|---------|
| 1. いない(0人) | 3. 2人 | 5. 4人 |
| 2. 1人 | 4. 3人 | 6. 5人以上 |

《介護保険制度全般についておたずねします。》

問 65 介護サービスを利用して、利用する前に比べてよくなったと思われる点は何ですか。(あてはまるものすべてに〇)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 介護者自身の時間に余裕ができた | 5. 本人や家族との人間関係がよくなった |
| 2. 介護者自身が体力的に楽になった | 6. その他() |
| 3. 介護者自身が精神的に楽になった | 7. 特に変化はない |
| 4. 経済的に楽になった | 8. 介護サービスは利用していない |

問 66 介護者の方が、介護をするうえで困ったり不満に思ったりしていることは何ですか。(あてはまるものすべてに〇)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. 介護者自身も病気なので大変である | 11. 介護の知識や技術が不足 |
| 2. 力仕事が多く体力的につらい | 12. 介護サービスの利用方法がわからない |
| 3. 経済的な負担が大きい | 13. 本人と別居しているので、介護に出向くのが大変である |
| 4. 介護がいつまで続くのか不安になる | 14. 家事との両立が大変 |
| 5. 自分の時間がとれない | 15. 仕事との両立が大変 |
| 6. 本人との関係がうまくいっていない | 16. 本人の住居が介護に適していない(狭い・バリアフリーでない) |
| 7. 自分が本人にやさしく接することができない時がある | 17. その他() |
| 8. 介護が原因で家庭内の人間関係がぎくしゃくしている | 18. 特にない |
| 9. ほかの家族や親せきなどの協力が得られない | |
| 10. 本人が介護サービスを利用したがない | |

質問は以上です。調査にご協力いただきありがとうございました。

この調査票を同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、11月27日（水）までに郵便ポストに投函していただきますようお願い申し上げます。

【参考】在宅サービス

No.	サービス名	内 容
1	訪問介護(ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが家庭を訪問して、身体介護や生活援助を行います。
2	訪問入浴介護	移動入浴車で家庭を訪問し、入浴の介助を行います。
3	訪問看護	医師の指示に基づいて看護師等が家庭を訪問し、じょくそうの処置等の必要な看護や家族へのアドバイスをを行います。
4	訪問リハビリテーション	医師の指示に基づいて理学療法士、作業療法士などが訪問し、リハビリテーションを行います。
5	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士などが訪問し、療養上の管理や指導を行います。
6	通所介護(デイサービス)	デイサービスセンターなどで、入浴や食事、日常生活のお世話、機能訓練などを日帰りでを行います。
7	通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設や病院等で、作業療法士や言語聴覚士によるリハビリテーションを日帰りでを行います。
8	短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ)	一時的に家族の方が介護できない場合などに、特別養護老人ホーム等で短期間のお世話をします。
9	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等における介護)	有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)などで介護や機能訓練などを行います。
10	夜間対応型訪問介護	夜間に、定期的な巡回や利用者からの連絡に応じて、随時ホームヘルパーが訪問介護を行います。
11	認知症対応型通所介護	特別養護老人ホームやデイサービス等で、認知症の方に、入浴や食事、機能訓練などを日帰りでを行います。
12	小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心に、「訪問」や「泊り」を組み合わせて、入浴や食事、日常生活のお世話や機能訓練などを行います。
13	認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホームにおける介護)	認知症の方が少人数で「グループホーム」において共同生活を営みます。入浴や食事、日常生活などの介護を受けたり、機能訓練などを行います。
14	地域密着型特定施設入居者生活介護	入居者が29人以下の有料老人ホーム、ケアハウスなどに入居した方に、入浴や食事、機能訓練などを行います。
15	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回により、ホームヘルパーによる食事や日常生活の世話、看護師によるじょくそうの処置や点滴の管理などを行うほか、利用者からの連絡により対応・訪問など24時間の随時対応を行います。
16	複合型サービス	小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて看護師が「通い」「泊り」時のたんの吸引や経管栄養、家庭への「訪問」時にじょくそうの処置や点滴の管理などを行います。
17	福祉用具貸与	日常生活の自立を助けたり、機能訓練に用いるための車いすや特殊寝台などの福祉用具を貸し出します。
18	福祉用具購入費の支給	日常生活の自立を助けるために必要な腰掛便座や入浴補助用具などの福祉用具について購入費を支給します。
19	住宅改修費の支給	介護者等の負担軽減のため、手すり取付や段差解消など、居住住宅の一部を改修した場合、その費用を支給します。

【参考】施設サービス

No.	サービス名	内 容
1	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	寝たきりや認知症の方に、介護職員などが、食事、入浴、介護や機能訓練などを支援します。
2	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(特別養護老人ホーム)	入所者が29人以下の特別養護老人ホームです。
3	介護老人保健施設	病状が安定し、入院治療の必要はないが、リハビリに重点を置いたケアが必要な方に、機能訓練や必要な医療、日常生活上の介護を提供し、家庭への復帰を支援します。
4	介護療養型医療施設	長期にわたる療養が必要な方に、医学的な管理の下で介護や機能訓練、必要な医療を行います。