

要介護者等（施設）

## 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。
- 3 回答は、問 1 から順番に調査票に直接、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 28 年 1 1 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 28 年 1 2 月 7 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）

■ ご本人が、下記の状態にあるため調査ができない場合は、あてはまる理由 1つに○をつけて、同封の返信用封筒（切手不要）でご返送ください。

1. 仙台市外に転居
2. 死亡
3. 障害等により回答できない（ご家族などが代わって記入することもできない）
4. その他（ ）

**上記以外の場合は、以下の質問にお答えください。**

※この調査は、平成28年11月1日現在の状況でお答えください。

**問1** この調査票を記入される方は、ご本人からみて、どれにあてはまりますか。ご本人から見た続柄等でお答えください。（あてはまるもの 1つに○）

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. 本人                  | 7. 地域包括支援センター職員      |
| 2. 配偶者（夫または妻）          | 8. 介護保険施設職員          |
| 3. 子                   | 9. 在宅サービス事業者職員       |
| 4. 子の配偶者               | （ホームヘルパー、デイサービス職員など） |
| 5. その他の親せき（父母・兄弟姉妹を含む） | 10. その他（ ）           |
| 6. ケアマネジャー             |                      |

**《ご本人のことについておたずねします。》**

**問2** ご本人の性別をお答えください。（あてはまるもの 1つに○）

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

**問3** ご本人の年齢をお答えください。（あてはまるもの 1つに○）

- |           |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 40～64歳 | 4. 75～79歳 | 7. 90歳以上 |
| 2. 65～69歳 | 5. 80～84歳 |          |
| 3. 70～74歳 | 6. 85～89歳 |          |

**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。)

(各区五十音順)

**〈 青 葉 区 〉**

- |         |         |         |          |
|---------|---------|---------|----------|
| 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) | 16. 高血圧症   |
| 2. 心臓病(狭心症・心筋梗塞など)       | 17. 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)             | 18. 動脈硬化症  |
| 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎など)      | 19. 筋骨格の病気<br>(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症など)  |
| 5. 膠原病(関節リウマチ含む)         | 20. 胃腸の病気(胃炎、胃かいようなど)  |
| 6. 変形性関節疾患               | 21. 肝臓・腎臓の病気<br>(腎不全、肝不全、透析)   |
| 7. 認知症(アルツハイマー病など)       | 22. 前立腺肥大  |
| 8. パーキンソン病               | 23. 歯の病気(歯周病など)  |
| 9. 難病(パーキンソン病を除く)        | 24. 感染症  |
| 10. 糖尿病                  | 25. その他<br>(具体的に )   |
| 11. 視覚異常・目の病気(白内障など)     | 26. <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">かかっていない</span> |
| 12. 聴覚異常・耳の病気(難聴など)      | ▶ (次ページの間8にお進みください)  |
| 13. 骨折・転倒                |  |
| 14. 脊椎損傷                 |  |
| 15. 高齢による衰弱              |  |

【問7で「1」～「25」(傷病にかかっている)と回答した方におたずねします。】

(1) 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(施設の嘱託医の診療を含む) |
| 3. 必要に応じて医師の往診(訪問診療)を受けている             |
| 4. 定期的に見護師による医療(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. 上記以外の医療を受けている<br>(具体的に )            |
| 8. 現在入院中である                            |
| 9. 医療は受けていない                           |

**問8** 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つに〇）

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 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9** 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つに〇）

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 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10** 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つに〇）

- |  |
|--|
| 1. 自宅（親せき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（ <span style="float: right;">）</span>    |

**※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（賃借人）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** 現在、国や仙台市では、要介護状態になってもできるだけ在宅（住み慣れた地域）で暮らしていくことができる社会（地域包括ケアシステムの構築）を目指して施策を進めています。今後、高齢者の増加にともない、要介護者も増えていく中で、本人の希望に沿いながら、できるだけ在宅で暮らしていけるようになるには、どのようなことが必要だと思いますか。（あてはまるものすべてに○）

（一）にお進みください

1. ケアマネジャーなどの専門職によるケアマネジメント機能の充実
2. 地域包括支援センターなどの介護について相談できる機関の充実
3. 24時間対応の在宅介護サービスの充実
4. ショートステイなど介護者の負担軽減のためのサービスの充実
5. 施設等に入所している方の在宅復帰に向けた支援の充実
6. かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実
7. 買い物や見守りなどの生活支援サービスの充実
8. 高齢者が一人でも安心して暮らせる住居の確保
9. 地域の元気な高齢者が、ボランティアとして支える仕組みの充実
10. その他（ ）
11. 特にない

(1) 問11で「1」～「9」を回答した方は、より具体的な内容がございましたら、次の枠内にお書きください。

**問12** 仙台市の介護保険のサービスのうち、利用したいが利用しにくい（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○）

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. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 看護小規模多機能型居宅介護
16. 福祉用具貸与
17. 福祉用具購入費の支給
18. 住宅改修費の支給
19. 特にない
20. 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  
(15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。

(2) 施設サービス（あてはまるもの1つに○）

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 3. 特にない  |
| 2. 老人保健施設    | 4. わからない |

**問13** 現在、新規の要介護等認定の有効期間は12カ月、更新認定の有効期間はご本人の状態に応じ12～24カ月の範囲で定めることとなっております。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つに〇）

※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（よくなった）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. 1年間
2. 2年間
3. 3年以上 → 年数をお書きください \_\_\_\_\_ 年
4. その他（ \_\_\_\_\_ ）
5. わからない

**問14** 介護保険に関連して、知りたい情報は何か。（あてはまるものすべてに〇）

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15** 仙台市からの介護保険に関するお知らせについて、何が充実していると便利だと思えますか。（あてはまるものすべてに〇）

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



## 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、10ページの問21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16** 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つに〇）

※保険料の段階は、「平成28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27～29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 (100円未満切捨て)	月額算	
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 世帯員全員が市町村民税非課税で、本人が老齢福祉年金受給者の方	0.45 (※)	29,600円	2,472円	
第2段階	世帯員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80万円以下の方	0.45 (※)	29,600円	2,472円
第3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、120万円以下の方	0.65	42,800円	3,571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	49,400円	4,120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	56,000円	4,669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)	65,900円	5,493円
第7段階	本人が市町村民税を課税されている	本人の前年の「合計所得金額」が125万円未満の方	1.10	72,500円	6,043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	82,400円	6,867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	98,800円	8,240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	108,700円	9,064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	121,900円	10,163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	131,800円	10,987円

※ 公費により0.5→0.45に軽減しています。

**問17** 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18** 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19** 介護保険料の基準額は、介護サービスをどれだけ利用したか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サービスの利用が増えると、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、保険料が低くなるほうがよい           |
| 4. その他（ <input type="text"/> ）              |
| 5. わからない                                    |

**問20** 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・2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（ <input type="text"/> ）     |
| 4. わからない                           |

**問21** 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（親せき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22** 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23** 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

↓ ((1)にお進みください)

(1) 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. 職員の介護技術や専門性が低い   | 7. プライバシーの配慮に欠けている           |
| 2. 言葉づかいなどの対応が悪い    | 8. 利用料に対してサービス内容がともなわ<br>ない  |
| 3. 提供される食事の内容がよくない  | 9. 本人の身体状況に合わせた対応をしてく<br>れない |
| 4. サービスの事前説明が十分でない  | 10. その他 ( )                  |
| 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    |                              |

(2) 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つに〇)

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

↓ ((3)にお進みください)

(3) 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〇)

- 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 ( )

(4) 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〇)

- 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 ( )

(2)にお進みください

(4)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24 介護サービスに不満があった場合、どこに相談していますか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 事業者へ直接      | 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25 現在、利用している介護サービスの1カ月の平均的な利用者負担額(1・2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26 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・2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       |

## 介護サービス利用の利用者負担が2割になった方におたずねします。

※それ以外の方は、次ページの間28にお進みください。

**問 27** 利用者負担が1割から2割になってサービスの利用量はどうなりましたか。

※利用者負担の割合は「介護保険負担割合証」(ピンク色のもの)に記載されています

(あてはまるもの1つに〇)

1. 増えた	→ (次ページの間 28 にお進みください)
2. 変わらない	
3. 減った	

↓ ((1)にお進みください)

(1) その理由は何ですか。(あてはまるものすべてに〇)

1. 利用者負担が増えたため
2. 家族や親せきの介護を増やしたため
3. 要介護度が下がるなどご本人の身体状況がよくなったため
4. 利用したいサービスに空きがなかったため
5. 利用したいサービスがなかったため
6. 介護保険以外の高齢者向けサービスを増やしたため
7. その他 ( )

**問28** 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。

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、12月7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、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	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。
15	看護小規模多機能型居宅介護	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」「泊まり」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。
16	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。
17	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。
18	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	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。
3	介護療養型医療施設(介護保険で利用する病院等)	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。