

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）

網掛け部分は、今回、
新設・修正する箇所

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、「29ページ以降の問59～問65」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 日（ ）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。

※この調査には、平成25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. その他の親族（父母・兄弟姉妹を含む） | 10. その他（ ） |
| 6. ケアマネジャー | |

問2～問49については、封筒の宛名のご本人についてお答えください。

《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
6. その他の世帯 → 世帯全員の人数をお書きください _____ 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～1000万円未満 |
| 4. 200万円～300万円未満 | 10. 1000万円以上 |
| 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（借入人）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（介護予防サービスを含む）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
(31 ページ) をご覧ください。

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 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○）

1. 利用していない → (12 ページの問 25 にお進みください)

2. 利用している → 月の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○）

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利用金額はいくらですか。（あてはまるもの1つに○）

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 3,000 円以内 | 4. 10,000 円以上 30,000 円未満 |
| 2. 3,000 円以上 5,000 円未満 | 5. 30,000 円以上 |
| 3. 5,000 円以上 10,000 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○）

- | | |
|--------------|----------------------|
| 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 | |
| 4. やや不満 | } → 不満な点をお書きください。 |
| 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○）

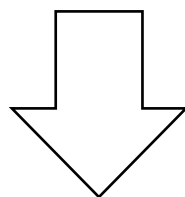
1. 民間事業者による柔軟なサービス提供を確保するため、行政等の関与は必要ない
2. 行政等の規制ではなく、事業者内部で基準を設定し、サービス提供すべきである (行政は現状の把握等を行う)
3. 保険料が上がっても、介護保険サービスとして位置付け、行政等が規制すべき
4. その他 ()
5. わからない

《今後の在宅サービスの利用意向など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サービス（介護予防サービスを含む）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
(31 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サービス（介護予防サービスを含む）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
(31 ページ)をご覧ください。

問 30

ご近所やお住まいの地域、NPOやボランティアの方々によるサービス（介護保険のサービスは除く）の利用状況と利用意向についてお聞きします。

(1) 現在利用しているサービスはどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 食事、掃除、洗濯、買物などの家事援助	}	(3)にお進みください
2. 身体の清拭や洗髪などの介護援助		
3. 散歩や通院などに付き添う外出介助		
4. 通院や買物などの福祉車両による送迎		
5. 防犯や安否確認のための見守り		
6. 食事会や食事の配達		
7. その他 ()		
8. <u>利用していない</u>		

↓ (2)にお進みください

(2) 利用していない理由は次のうちどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. <u>そのようなサービスが地域にない</u>
2. <u>地域でそのようなサービスが提供されているかどうかの情報がない</u>
3. <u>サービス利用時の費用が高い</u>
4. <u>サービス内容に不安がある</u>
5. その他 ()

(3) 今後利用したい（現在利用していて、今後も引き続き利用したい場合を含む。）と思うサービスはどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 食事、掃除、洗濯、買物などの家事援助	}	(次ページの間 31 にお進みください)
2. 身体の清拭や洗髪などの介護援助		
3. 散歩や通院などに付き添う外出介助		
4. 通院や買物などの福祉車両による送迎		
5. 防犯や安否確認のための見守り		
6. 食事会や食事の配達		
7. その他 ()		
8. <u>利用したくない</u>		

↓ (4)にお進みください

(4) 利用したくない理由は次のうちどれですか。（あてはまるものすべてに○）

1. <u>サービス内容に不安がある</u>
2. <u>サービスに関する情報が入手しにくい</u>
3. その他 ()

《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	_____ 箇所	→(次ページの間 33 にお進みください)
2. 老人保健施設	_____ 箇所	
3. 介護保険で利用する病院等	_____ 箇所	} (21 ページの間 42 にお進みください)
4. 高齢者向け住宅	_____ 箇所	
5. 認知症高齢者グループホーム	_____ 箇所	
6. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス等)	_____ 箇所	
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。

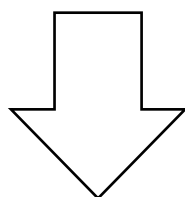
※ それ以外の方は21ページの間42にお進みください。

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

(問 38 にお進みください)

---▶ (問 39 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〇)

1. 職員の介護技術や専門性が低い

6. 施設の設定や環境がよくない

2. 言葉づかいなどの対応が悪い

7. プライバシーの配慮に欠けている

3. 提供される食事の内容がよくない

8. 利用料に対してサービス内容がともなわない

4. サービスの事前説明が十分でない

9. 本人の身体状況に合わせた対応をして
てくれない

5. 本人や家族の希望を聞いてくれない

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

(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 ()

(問 41 にお進みください)

問 41 引き続き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 ()

在宅・施設を問わず、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。

《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 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 ^に 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 43 現在、利用しているサービスの1か月の平均的な利用者負担額 (1割負担分に食材費等を加えたもの) 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 (サービスに要する費用の1割と施設の食費・居住費) 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 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 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（予防）サービスの利用量によって決まります。したがって、施設が増えたり、サービスが充実したりなどして利用量が増えたと、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. 保険料が上がってもよいから、施設を増やすなどサービスを充実させたほうがよい |
| 2. 保険料もサービスも現状の程度でよい |
| 3. 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、市町村の判断で介護保険法で定められたサービス以外のサービスを保険サービスに加えたり、サービスの利用限度額（1割負担で利用できる限度額）を高く設定したりすることができます。

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、その分だけ保険料が高くなります。

このことを踏まえ、保険料と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. 保険料が上がってもよいから、市独自の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 |

ここからは、すべての方におたずねします。

問 50 仙台市の介護保険サービスのうち、特に不足している（利用したいが満員で利用できない）と感じている介護サービス（介護予防サービスを含む）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. 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
(31 ページ)をご覧ください。

問 54 ご本人は、どのようなときに、どなたに安否を確認（見守りや訪問）してもらいたいかお聞きします。

(1) 安否を確認してもらいたいですか。(あてはまるもの1つに〇)

1. 安否確認はしてもらいたい	3. 安否確認はしてもらいたくない
2. 今は必要ないが将来してもらいたい	4. わからない

↓ (2)にお進みください

↳ (問 55)にお進みください

(2) どのようなときに安否を確認してもらいたいですか。

① 回数 (あてはまるもの1つに〇)

1. 週に数回から月に数回程度	4. その他 ()
2. 月に1回から年に数回程度	5. 特にない
3. 年に1～2回程度	

② 状況 (あてはまるものすべてに〇)

1. 地震や風水害などの災害がおこったとき
2. 熱中症や新型インフルエンザなど病気が流行したとき
3. 不審者があらわれるなど不安なことがおきたとき
4. その他 ()
5. 特にない

(3) どなたに安否を確認してもらいたいですか。(あてはまるものすべてに〇)

1. 家族や親せき	7. 地域包括支援センター職員
2. 知人や友人	8. ホームヘルパー
3. ご近所の方	9. 訪問看護師
4. 町内会の方	10. ボランティア
5. 民生委員	11. かかりつけの医師や看護師
6. ケアマネジャー	12. その他 ()

問 55 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、今後は登録したい	→ (3)にお進みください
3. 制度は知っていたが、今後も登録したくない	
4. 制度は知らなかったが、今後は登録したい	→ (問 56)にお進みください
5. 制度は知らなかったが、今後も登録したくない	
6. その他 ()	

(2) これまで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	3. その他 ()
2. なかった	

(3) 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 56 今後、要介護高齢者が急増していく中で、重度の要介護状態となっても在宅（住み慣れた地域）で暮らしていくためには、どのような施策が必要だと思いますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. ケアマネジャーの資質のさらなる向上（ケアマネジメント機能の強化）
2. 地域包括支援センターの機能強化（相談体制の充実）
3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護をはじめとする24時間対応在宅サービスの充実
4. 介護者慰労のためのショートステイ利用枠の拡大
5. 医療病床や介護保険施設に入院・入所している方の在宅復帰に向けた支援策の充実
6. かかりつけ医等による在宅医療のさらなる充実
7. 老人クラブ・町内会・ボランティア・NPO等による生活支援活動の充実
8. サービス付き高齢者向け住宅など要介護高齢者の居住確保策の強化
9. その他 ()
10. 特にない

問 57 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 58 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

2. いる

→ {
・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 日()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。

→ 次ページ以降の問59～問65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 59 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 （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、どちらかといえば健康である	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 60 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) 一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みます。）（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 61 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 62 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(およそ 年) |

問 63 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 64 介護(予防)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(予防)サービスは利用していない |

問 65 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(予防)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(予防)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 日（ ）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(10・14～16番以外は介護予防サービスを含みます)

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
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。