

介護保険に関するアンケート調査

回答は、介護保険の認定申請をした日現在の状況について、記入してください。

対象の方は介護保険要介護等認定申請者本人です。本人が何らかの事情により調査票を記入できない場合は、本人と家族の意向を踏まえて記入し、訪問調査の際に、調査員にお渡しください。

あなたの年齢・性別などについておたずねします。

問1 以下の各質問について、それぞれあてはまるもの1つにをつけてください。

(1) 性別

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

(2) 年齢（満年齢でお答えください）

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

(3) 世帯の状況

- | |
|---|
| 1. 本人だけの単身（ひとり暮らし）世帯 |
| 2. 本人と配偶者のみの世帯（ふたりとも高齢者である） |
| 3. 本人と配偶者のみの世帯（配偶者が高齢者ではない） |
| 4. 本人と配偶者以外の家族がすべて高齢者である世帯 |
| 5. 本人と配偶者以外の家族に高齢者でないものがある世帯（子との同居世帯など） |

(4) あなたを主に介護する方はどなたですか。

（あてはまるもの1つにをつけてください。）

- | | | |
|---------------|--------------------|-------------|
| 1. 配偶者（夫） | 2. 配偶者（妻） | 3. 息子 |
| 4. 娘 | 5. 息子の配偶者（嫁） | 6. 娘の配偶者（婿） |
| 7. その他の親族 | 8. ホームヘルパー等の介護の専門家 | 9. いない |
| 10. その他（具体的に： | | ） |

あなたのサービス利用の希望についておたずねします。

問2 あなたは今後、下記のサービスを利用したいと思いますか。「はい」か「いいえ」に をつけ、「はい」と答えたサービスについては、どのくらい利用したいかを右欄に記入してください。

	今後、利用したい	今後の利用希望量
訪問介護(ホームヘルプサービス)	「はい」の場合 はい いいえ	月に 回 (1回あたり 時間)
訪問入浴介護	はい いいえ	月に 回
通所介護(デイサービス)	はい いいえ	月に 回
短期入所生活介護(ショートステイ)	はい いいえ	月に 日
福祉用具の貸与(レンタル)	はい いいえ	品目
福祉用具購入費の支給	はい いいえ	
住宅改修費の支給	はい いいえ	
紙おむつ購入費の支給	はい いいえ	
下記のサービスは主治医の指示が必要になります。		
訪問看護	はい いいえ	月に 回 (1回あたり 時間)
居宅療養管理指導	はい いいえ	月に 回
訪問リハビリテーション	はい いいえ	月に 回
通所リハビリ(デイケア)	はい いいえ	月に 回
短期入所療養介護(ショートステイ)	はい いいえ	月に 日

問3 問2で、利用したいサービスがなかった方にお伺いします。サービスを利用しない理由をお聞かせください。(あてはまるものすべてに をつけてください。)

- | | |
|--|-------------------|
| 1. 家族の介護で十分 | 2. 病院に入院中で現在は必要ない |
| 3. サービスを使うとお金がかかるから | 4. 利用の仕方がよくわからない |
| 5. 使いたいサービスがない | 使いたいサービスは何ですか。() |
| 6. 介護が必要になったときのためにとりあえず申請している | |
| 7. 施設に申し込みをするために申請した | |
| 8. 在宅高齢者家族介護慰労金の支給申請のために申請した | |
| 9. 主治医などに申請をすすめられたが、サービスの利用については考えていない | |
| 10. その他() | |

問4 現在、より身近な地域の中で利用できるサービスの創設が検討されています。将来、これらのサービスが提供されるとき、利用したいと思いますか。利用したいと思う方は、どのくらい利用したいか記入してください。

	利用したい	利用希望量
小規模多機能型居宅介護 利用登録者25人位の小さな事業所で、通い（デイサービス）を中心に、必要な時は宿泊や、ヘルパーの訪問を受けられるサービス	はい いいえ	「はい」の場合 月に 回
夜間対応型訪問介護 夜間の定期巡回のほか、通報による随時の対応を組み合わせたサービス	はい いいえ	

問5 身体の状態を維持し、より重度の介護状態にならないようにするために行う「介護予防」サービスについて記入してください。

(1) 今後、あなたは、介護予防サービスを利用してみたいと思いますか。

1. 継続的に取り組めるよう、専門の職員に指導してほしい 2. 介護保険を使わず、自分で介護予防に取り組みたい 3. とくに介護予防に取り組むつもりはない 4. わからない 5. その他()
--

(2) (1)で1に をつけた方にお伺いします。どのようなサービスを利用したいか記入してください。

	利用してみたい	利用希望量
簡単な器具を使って、筋肉を維持するための体操	はい いいえ	「はい」の場合 月に 回
転んで骨折することを予防する体操	はい いいえ	月に 回
栄養状態を改善するための食事の指導	はい いいえ	月に 回
歯や歯ぐきなど口の中の手入れに関する指導	はい いいえ	年に 回
認知症（ぼけ・痴呆）の予防や早期発見のための指導	はい いいえ	月に 回
できるかぎり健康に過ごすため、利用したいサービスの内容（メニューなど）を具体的に記入してください。		

介護保険料や特別給付(紙おむつ購入費の支給)についておたずねします。

問6 介護保険は、社会全体で高齢者の介護を支える制度であり、高齢者の方にも応分の負担をいただいています。現在の介護保険料について、どう思いますか。
(あてはまるもの1つに をつけてください。)

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. 特に負担は感じない | 2. 適正な負担だと思う(制度上, 納得できる) |
| 3. やや負担に感じる | 4. 負担が重いと感じる |

【参考】 介護保険料額 (平成15～17年度)

段階	対象者	保険料率	保険料年額 (1カ月あたり)
第1段階	生活保護被保護者, 市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者	基準額 × 0.5	17,400(1,450)円
第2段階	市民税非課税世帯の者	基準額 × 0.75	26,100(2,175)円
第3段階	市民税課税世帯で本人市民税非課税者	基準額	34,800(2,900)円
第4段階	前年合計所得 200万円未満の市民税課税者	基準額 × 1.25	43,400(3,617)円
第5段階	前年合計所得 200万円以上の市民税課税者	基準額 × 1.5	52,100(4,342)円

問7 宇都宮市は、在宅の要介護1～5の人が使う紙おむつの購入費用(月あたり限度額5,500円)を助成しています。この独自サービスは、65歳以上の人の保険料を財源としており、月額約60円が保険料に上乗せされています。この「紙おむつ購入費支給」をどう思うか、利用しているかなどをお答えください。

(あてはまるもの1つに をつけてください。)

(1) 「紙おむつ購入費支給」の実施について、どう思いますか。

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. このまま継続して実施したほうがよい | 2. やめたほうがよい |
| 3. 紙おむつ購入費支給の制度を知らない | |

(2) 現在、紙おむつを利用されていますか。また、ご自宅で利用している場合、1日あたりのおよそ何枚使用しますか。

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. 自宅で紙おむつや尿とりパッドを利用している | 1日あたりおよそ_____枚使用 |
| 2. 利用していない | |

(3) 「紙おむつ購入費支給」の他に、保険料は高くなっても実施した方がよいと思うサービスがありましたら、記入してください。

(あてはまるものすべてに をつけてください。)

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1. ゴミ出しサービス | 2. 配食サービス |
| 3. 移送サービス | 4. 訪問理美容 |
| 5. 保険料が高くなるなら実施しないほうがよい | |
| 6. その他(具体的に: _____) | |

(4) (3)で5に をつけた方以外の方にお伺いします。あなたが(3)で をつけたすべてのサービスを行う場合、現在の保険料額に対して、1カ月あたりどのくらい高くなってもよいと思いますか。

- | | | |
|-----------|---------|-----------|
| 1. 100円以下 | 2. 100円 | 3. 200円 |
| 4. 300円 | 5. 400円 | 6. 500円以上 |

今後、介護サービスを利用したい場所についておたずねします。

問8 あなたは今後、どこで介護サービスを受けたいですか。

(あてはまるもの1つに をつけてください。)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. 自宅 | 2. 認知症(痴呆)高齢者グループホーム |
| 3. 軽費老人ホーム(ケアハウス) | 4. 高齢者世話付き住宅 |
| 5. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 6. 介護老人保健施設 |
| 7. 介護療養型医療施設 | 8. 介護付き有料老人ホーム |
| 9. その他(具体的に: _____) | |

問9 現在、あなたは介護保険施設などの入所施設に申し込みをしていますか。また、申し込んでいる場合、何カ所に申し込みをしていますか。

- | | |
|--------------|------------------------------|
| 1. 申し込みをしている | |
| 介護老人福祉施設 | 市内:()カ所, 県内:()カ所, 県外:()カ所 |
| 介護老人保健施設 | 市内:()カ所, 県内:()カ所, 県外:()カ所 |
| 介護療養型医療施設 | 市内:()カ所, 県内:()カ所, 県外:()カ所 |
| 高齢者グループホーム | 市内:()カ所, 県内:()カ所, 県外:()カ所 |
| 2. 申し込んでいない | |

