
資料3

第6期計画のための調査について

第6期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のための調査について

1. 計画の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年度に向け、第5期計画の取組を継続・発展し、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために、平成27年度から平成29年度を計画期間として策定します。

2. 調査の目的

高齢者の生活実態や既存あるいは今後考えられる行政サービスのニーズ、介護サービスの満足度等を調査・分析して計画策定に活用します。

3. 調査の概要

名称	①日常生活圏域二 ーズ調査	②介護保険サービス 利用者調査	③サービス提供料 調査	④特別養護老人ホ ーム入所申込者状 況調査
対象	室蘭市に居住する 65歳以上高齢者 (要介護者を除 く)	居宅介護を受給して いる室蘭市の被保険 者	本市にサービス事 業所がある、または 開設の意向があっ た法人	西胆振圏域内の特 別養護老人ホーム に入居申込してい る室蘭市の被保険 者
調査数	1,500人程度	200人程度	40法人程度	400人程度
抽出方法	町丁別に人口比を 按分し、無作為に 抽出	4つの日常生活圏域 ごとに対象者比按分 し、無作為に抽出	全法人	全員
設問内容	①身体機能 ②日常生活 ③認知機能 ④社会参加など	①世帯構成 ②サービスの満足度 ③月の利用者負担額 ④今後利用したいサ ービス	今後における介護 サービス事業所開 設の意向調査	①現在の居住地 ※在宅・医療機関・ 施設等 ②入所希望時期

(宛名ラベル)

★日常生活圏域二一ズ調査★

【調査票】

調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、〇月〇〇日(△)までに投函してください。

記 入 日	平 成 年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 _____)	
3. その他	

※以下はあて名のご本人の情報を記入してください。

電 話 番 号	—
年 齢 ・ 性 別	() 歳 男 ・ 女
生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日

〇〇市介護保険課

〇〇係

問2 運動・閉じこもりについて		
Q1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 15分位続けて歩いていますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 5m以上歩けますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 週に1回以上は外出していますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 外出を控えていますか	1. はい	2. いいえ ⇒ Q7-1へ ⇒ Q8へ
Q7-1. (外出を控えている方のみ) 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも) 1. 病気 2. 障害(脳卒中の後遺症など) 3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配(失禁など) 5. 耳の障害(聞こえの問題など) 6. 目の障害 7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない 9. 交通手段がない 10. その他()		
Q8. 買い物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか (それぞれ1つ) A. 買い物…1. ほぼ毎日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日 5. 週1日未満 B. 散歩…1. ほぼ毎日 2. 週4~5日 3. 週2~3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
Q9. 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも) 1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク 4. 自動車(自分で運転) 5. 自動車(人に乗せてもらう) 6. 電車 7. 路線バス 8. 病院や施設のバス 9. 車いす 10. 電動車いす(カート) 11. 歩行器・シルバーカー 12. タクシー 13. その他()		

問3 転倒について		
Q1. この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
Q3. 背中が丸くなってきましたか	1. はい	2. いいえ
Q4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 杖を使っていますか	1. はい	2. いいえ

問4 口腔・栄養について		
Q1. 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
Q2. 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
Q3. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
Q4. お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 口の渇きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか	1. はい	2. いいえ
Q8. 入れ歯を使用していますか	1. はい	2. いいえ ⇒ Q8-1,2へ ⇒ Q9へ
Q8-1.（入れ歯のある方のみ）噛み合わせは良いですか	1. はい	2. いいえ
Q8-2.（入れ歯のある方のみ）毎日入れ歯の手入れをしていますか	1. はい	2. いいえ
Q9. 1日の食事の回数は何回ですか 1. 朝昼晩の3食 2. 朝晩の2食 3. 朝昼の2食 4. 昼晩の2食 5. 1食 6. その他		
Q10. 食事を抜くことがありますか 1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. ほとんどない		
Q11. 自分一人でなく、どなたかと食事をともにする機会はありますか 1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある 4. 年に何度かある 5. ほとんどない ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ Q11-1へ ⇒ 問5へ		
Q11-1.（どなたかと食事をともにする機会がある方のみ）食事をともにする人はどなたですか （いくつでも） 1. 家族 2. 近所の人や友人 3. ティサービスの仲間 4. その他		

問5 物忘れについて		
Q1. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるか	1. はい	2. いいえ
Q2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 5分前のことが思い出せますか	1. はい	2. いいえ
Q5. その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか 1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる 3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない		

Q6. 人に自分の考えをうまく伝えられますか

1. 伝えられる 2. いくらか困難であるが、伝えられる 3. あまり伝えられない
4. ほとんど伝えられない

問6 日常生活について

Q1. バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

Q2. 日用品の買物をしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

⇒Q3△

⇒Q2-1△

⇒Q2-1△

Q2-1.（日用品の買物をしていない、できない方のみ）日用品の買物をする人は主にどなたですか

1. 同居の家族 2. 別居の家族 3. ヘルパー 4. 配達を依頼 5. その他

Q3. 自分で食事の用意をしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

⇒Q4△

⇒Q3-1△

⇒Q3-1△

Q3-1.（自分で食事の用意をしていない、できない方のみ）食事の用意をする人は主にどなたですか

1. 同居の家族 2. 別居の家族 3. ヘルパー 4. 配食サービス利用 5. その他

Q4. 請求書の支払いをしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

Q5. 預貯金の出し入れをしていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

Q6. 食事は自分で食べられますか

1. できる 2. 一部介助（おかずを切ってもらするなど）があればできる 3. できない

Q7. 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか

1. 受けない 2. 一部介助があればできる 3. 全面的な介助が必要

Q8. 座っていることができますか

1. できる 2. 支えが必要 3. できない

Q9. 自分で洗面や歯磨きができますか

1. できる 2. 一部介助があればできる 3. できない

Q10. 自分でトイレができますか

1. できる 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる 3. できない

Q11. 自分で入浴ができますか

1. できる 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる 3. できない

Q12. 50m以上歩けますか

1. できる 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる 3. できない

Q13. 階段を昇り降りできますか

1. できる 2. 介助があればできる 3. できない

Q14. 自分で着替えができますか

1. できる 2. 介助があればできる 3. できない

Q15. 大便の失敗がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q16. 尿もれや尿失禁がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q17. 家事全般ができていますか	1. できている	2. できていない	

問7 社会参加について	
Q1. 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか、	1. はい 2. いいえ
Q2. 新聞を読んでいますか	1. はい 2. いいえ
Q3. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい 2. いいえ
Q4. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 2. いいえ
Q5. 友人の家を訪ねていますか	1. はい 2. いいえ
Q6. 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい 2. いいえ
Q7. 病人を見舞うことができますか	1. はい 2. いいえ
Q8. 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい 2. いいえ
Q9. 趣味はありますか	1. はい 2. いいえ
Q10. 生きがいがありますか	1. はい 2. いいえ
Q11. 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか	
(1) ボランティアのグループ	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(2) スポーツ関係のグループやクラブ	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(3) 趣味関係のグループ	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(4) 老人クラブ	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(5) 町内会・自治会	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(6) 学習・教養サークル	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない
(7) その他の団体や会	1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 参加していない

<p>Q12. 以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか</p> <p>(1) 見守りが必要な高齢者を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(2) 介護が必要な高齢者を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(3) 子どもを育てている親を支援する活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(4) 地域の生活環境の改善（美化）活動</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>(5) 収入のある仕事</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. していない</p>
<p>Q13. あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします。</p> <p>あてはまるすべてに○をしてください。あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください。</p> <p>(1) あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも）</p> <p>1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人 7. その他（ ） 8. そのような人はいない</p>
<p>(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）</p> <p>1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人 7. その他（ ） 8. そのような人はいない</p>
<p>(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（いくつでも）</p> <p>1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人 7. その他（ ） 8. そのような人はいない</p>
<p>(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）</p> <p>1. 配偶者 2. 同居の子ども 3. 別居の子ども 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 5. 近隣 6. 友人 7. その他（ ） 8. そのような人はいない</p>
<p>Q14. 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください（いくつでも）</p> <p>1. 自治会・町内会・老人クラブ 2. 社会福祉協議会・民生委員 3. ケアマネジャー 4. 医師・歯科医師・看護師 5. 地域包括支援センター・役所・役場 6. その他 7. そのような人はいない</p>
<p>Q15. 友人関係についておうかがいします。</p> <p>(1) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。</p> <p>1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回 6. 会っていない</p>
<p>(2) この1ヶ月間、何人の友人・知人と会いましたか。</p> <p>同じ人には何度会っても1人と数えることとします。</p> <p>1. 0人（いない） 2. 1～2人 3. 3～5人 4. 6～9人 5. 10人以上</p>
<p>(3) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（いくつでも）</p> <p>1. 近所・同じ地域の人 2. 幼なじみ 3. 学生時代の友人 4. 仕事での同僚・元同僚 5. 趣味や関心が同じ友人 6. ボランティア等の活動での友人 7. その他 8. いない</p>

問8 健康について	
Q1. 普段、ご自分で健康だと思いますか	1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない
Q2. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他() 19. ない
Q3. 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでますか	1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上 6. 飲んでいない
Q4. 現在、病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか	1. はい 2. いいえ ⇒ Q4-1, 2へ ⇒ Q5へ
Q4-1. (通院している方のみ) その頻度は次のどれですか。	1. 週1回以上 2. 月2~3回 3. 月1回程度 4. 2ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度
Q4-2. (通院している方のみ) 通院に介助が必要ですか	1. はい 2. いいえ
Q5. 以下の在宅サービスを利用していますか (いくつでも)	1. 訪問診療(医師の訪問) 2. 訪問介護 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問入浴介護 5. 訪問看護 6. 訪問リハビリテーション 7. 通所介護(デイサービス) 8. 認知症対応型通所介護 9. 通所リハビリテーション(デイケア) 10. 小規模多機能型居宅介護 11. 短期入所(ショートステイ) 12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導(居宅療養管理指導) 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. 複合型サービス 15. その他()
Q6. お酒は飲みますか	1. ほぼ毎日飲む 2. 時々飲む 3. ほとんど飲まない 4. もともと飲まない
Q7. タバコは吸っていますか	1. ほぼ毎日吸っている 2. 時々吸っている 3. 吸っていたがやめた 4. もともと吸っていない
Q8. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 2. いいえ
Q9. (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 2. いいえ
Q10. (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	1. はい 2. いいえ
Q11. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 2. いいえ
Q12. (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 2. いいえ

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て(表紙も含みます)を3つ折りにして同封した返信用封筒に切手を貼らずに投函してください。

医師会等より要望のあった追加項目

今後の生活についてお尋ねします。

問1 あなたは今後、どこに住みたいですか。

1. 自宅に住みたい
2. 子どもの家に住みたい。
3. 施設に住みたい。
4. 状況に応じて施設と自宅を行ったり来たりしたい。
5. 病院に入りたい。
6. その他 ()

問2 あなたが今の住まいに住み続けることができないと思う時は、病気以外の理由では、どんな時ですか。 ※あてはまるものはいくつでも○をしてください。

1. 食事が一人でとれなくなった時
2. 排泄が一人でできなくなった時
3. 着替えが一人でできなくなった時
4. 人の手を借りないと家の中を歩くことができなくなった時
5. 家の風呂に一人で入れなくなった時
6. 買い物が一人でできなくなった時
7. 掃除が一人でできなくなった時
8. 金銭管理が一人でできなくなった時
9. 料理が作れなくなった時
10. バスやタクシーなどの交通機関を一人で利用できなくなった時
11. 電話に出ることができなくなった時
12. 薬を一人で正しく飲めなくなった時
13. 一人暮らしになった時
14. 物忘れがひどくなり、周りに迷惑をかけるようになった時
15. その他 ()

問3 現在の住まいに住み続けることができずに施設へうつる必要がある場合、どのような条件で選びますか。 ※最も当てはまるもの2つに○をしてください。

1. 料金
2. 現在の住まいからの近さ
3. 駅やバス停の近くなど交通の便の良さ
4. 医療機関からの近さ
5. 死ぬまで施設でみてもらえるかどうか
6. 部屋の広さ
7. 施設のサービス内容
8. その他 ()

室蘭市地域包括支援センターからの地域課題とニーズ調査追加項目

<地域課題>

1. 山坂が多く、買い物や通院の手段が不便
2. 入浴（銭湯）での軽介助があれば、もっと銭湯を利用できる
または、入浴をしていない人もいる
3. ゴミ出し—自分で出せない（歩行機能低下、分別の認識が薄い、ゴミ屋敷）
4. 緊急時の対応—近隣関係がない、親族関係希薄、鍵の保管など
5. 預貯金の出し入れや、住宅の契約時の保証人がいない

<ニーズ調査追加希望項目>

1. 入浴について
場所、手段、入浴の有無、・・・問6Q11
2. ゴミ出しについて・・・問7Q13
手助けが必要か
3. 緊急時の対応について・・・問7Q13
協力者の有無、鍵の保管、近隣関係など

5	通所サービス (デイサービス・デイケア) (施設に通い、食事・入浴の提供、 機能訓練などが受けられる)	1	2	3			
6	短期入所生活介護 (施設などに短期入所して、 介護や療養が受けられる)	1	2	3			
7	福祉用具(貸与・購入) (日常生活の自立を支援する 用具のレンタルや購入)	1	2	3			
8	住宅改修 (手すりの取り付け、段差の解消 など、小規模な改修)	1	2	3			
9	小規模多機能型居宅介護 (通い、訪問、泊まりの組合せで 居宅生活の継続を支援)	1	2	3			

不満の理由

1. サービスの回数、時間が少ない
2. 土日、早朝、夜間のサービスが受けにくい
3. 介護保険で使えるサービスの内容の範囲が狭い
4. 事業者が少なく選択ができない
5. 施設が少なく、利用できる場所が少ない
6. 施設設備が整っていない施設が多く利用しづらい
7. 専門的に指導する人が少なく、安心して利用できない
8. 利用者の自己負担額が高い
9. 心身の状況に応じたサービスをしてくれない
10. 予防効果のあるサービスがない
11. 事業者の職員の態度や対応が悪い
12. その他

具体的に:

問7. 在宅サービスを利用される場合、その利用できる金額は要介護ごとに上限が決められています。

状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービスを利用できる上限額	49,700円	104,000円	165,800円	194,800円	267,500円	306,000円	358,300円
上限額までサービスを利用した場合の本人負担額	4,970円	10,400円	16,580円	19,480円	26,750円	30,600円	35,830円

そこで、あなた(ご本人)の利用額についてうかがいます。

(1) あなたは在宅サービスを利用されるとき、月にいくらぐらい負担していますか。

月の負担額	円くらい
-------	------

(2) サービスの利用を限度額まで利用していない方にうかがいます。限度額まで利用していない理由は何ですか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 現在のサービス量で十分だから
2. 家族の介護があるから
3. 利用者負担額の支払が大変だから
4. 使いたいサービスがないから
5. その他(具体的に:)



問9. へ進んでください

Ⅲ. 在宅サービスを利用していない方におたずねします。

問8. サービスを利用しない理由は何ですか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 家族の介護があるから
2. もっと重くなったら利用しようと考えている
3. 緊急のときなど、必要になったら利用したい
4. サービスの利用者負担額の支払が大変
5. 病院に入院していた
6. 介護保険施設に入所していた
7. 希望するサービスがない
8. その他(具体的に:)

IV. 全員におたずねします

問9. 現在、利用していないサービスも含めて、今後利用したいサービスは何ですか。いくつかでもお選びください。

1. 訪問介護(ホームヘルプ)
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. 通所介護(デイサービス)
6. 通所リハビリテーション
7. 短期入所生活(療養)介護(ショートステイ)
8. 福祉用具貸与
9. 福祉用具購入費の支給
10. 住宅改修費の支給
11. 特定施設入居者生活介護(ケアハウスや有料老人ホーム等に入居して介護等を受ける)
12. 認知症対応型通所介護
13. 夜間対応型訪問介護(夜間の定期訪問や必要などきの随時訪問を受ける)
14. 小規模多機能型居宅介護(通所サービスを中心に訪問介護、短期入所もできる)
15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(定期巡回または随時通報で介護等を受ける)
18. 複合型サービス(小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数のサービスの組合せによる介護を受ける)
19. その他(具体的に:)

V. 今後の生活についておたずねします。

問10 あなたは、今後の生活についてどのようにお考えですか。(1つだけに○)

1. 自宅で介護サービスを受けながら生活を続けたい
2. 介護保険施設に入所(入院)して介護を受けながら生活したい
3. 有料老人ホーム等に入所して介護を受けながら生活したい
4. 認知症高齢者グループホーム(認知症の方が入居し、少人数で共同生活を送る)で介護を受けながら生活したい
5. 状況に応じて施設と自宅を行き来しながら生活したい
6. その他(具体的に:)

VII 自由回答

問11 介護保険制度やサービスの内容についてご意見、ご要望、ご提案がありましたら、ご自由にお書きください。

Ⅷ 介護をされているご家族の方へおたずねします。

問12 家族で介護される場合、その負担を緩和する方法として、あなたが日頃思っていることはどんなことですか。(いくつでも○印可)

1. 気軽に利用できるショートステイを充実してほしい
2. 家族での介護が難しいので、特別養護老人ホームなど施設を充実してほしい
4. 介護する家族の心身の状態や健康に関する相談ができる窓口を充実してほしい
5. 介護者相互間の交流を図るなどの心身の回復を図れる機会を充実してほしい
6. 徘徊行動があるので、GPSなどを利用した検索システムがあれば利用したい
7. その他

具体的に:

質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

調 査 票

法人名	
-----	--

問1 現在行っているサービスの種類と、今後、縮小・休止・撤退・拡大・新規参入を予定している（または、その可能性がある）サービスについてお尋ねします。

介護サービスの種類 (介護予防を実施している場合を含む)	実施している サービス					
		縮小	休止	撤退	拡大	新規参入
訪問介護						
訪問入浴介護						
訪問看護						
居宅療養管理指導						
訪問リハビリテーション						
通所介護						
通所リハビリテーション						
短期入所生活介護						
短期入所療養介護						
特定施設入居者生活介護						
福祉用具貸与						
福祉用具販売						
住宅改修						
居宅介護支援計画						
夜間対応型訪問介護						
認知症対応型通所介護						
小規模多機能型居宅介護						
認知症対応型共同生活介護						
地域密着型 特定施設入居者生活介護						
地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活介護						
介護老人福祉施設						
介護老人保健施設						
介護療養型医療施設						

問2 縮小・休止・撤退を予定している場合はその理由をお聞かせください。また、予定時期についてもお聞かせください。

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> サービス提供をするための人材確保が難しい | <input type="checkbox"/> 採算があわない |
| <input type="checkbox"/> 制度改正等の流れに対応できない | <input type="checkbox"/> 利用者の確保が難しい |
| <input type="checkbox"/> 経営側の都合・方針 | <input type="checkbox"/> 事業者指定を受けられない |
| <input type="checkbox"/> 経営統合・合併などによる | |
| <input type="checkbox"/> その他 { | |

○ 予定時期 (平成 年 月ころ)

サービス提供量調査

問3 今後、室蘭市において事業への参入予定または提供量の拡大を計画しているサービスがある場合は、その開始時期や規模等をお聞かせください。

開始予定時期：平成 年 月ごろ
開設規模：

問4 室蘭市への要望・意見等がありましたらご記入ください。

特別養護老人ホーム入所申込者状況調査票

氏名	生年月日	被介護者番号	性別	居住地(市町村名)	要介護度	申込時期 受けた時期	施設名										情報入手時期							
							居場所				入所希望時期		世帯状況		他の施設への申込の有無			希望する居場所の形態						
							特養	老健	病院	養護	ケアハウス	生活支援ハウス	有料	その他施設	認知症高齢者グループホーム	在宅		その他	単身	夫婦	その他	特養	老健	その他
例 室蘭太郎	T13.1.12	**151*	1	室蘭市	3	H20.9	1										1						H23.4	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

【記入要領】

- ・生年月日～明治:M、大正:T、昭和:Sとし、年月日は「J」で区切ってください(例:T13.1.12)
- ・被介護保険者番号～重複申込者を整理するために必要ですので必ず記入してください。
- ・性別～男性は「1」、女性は「2」の数字を記入してください。
- ・居住地～介護保険法における居住地(市町村名)を記入してください。
- ・要介護度～要介護1は「1」、要介護2は「2」の要領で数字を記入してください。
また、申請中は「7」、要支援は「8」、自立は「9」としてください。
- ・居場所、入所希望時期、世帯状況～該当欄に「1」を記入してください。
- ・他の施設への申込の有無～貴施設以外の施設へ重複申込みしている場合、該当する施設に「1」を記載してください。
- ・「居場所」「入所希望時期」「世帯状況」欄には、それぞれ1カ所のみ「1」が入ることになりますのでご注意ください。
- ・情報入手時期～当該申込者に係る情報の更新時期(年月)を記載してください。
なお、申込み受理後に情報の更新を行った場合は、直近の更新時期(年月)を記載してください。
(例:平成20年9月に申込みを受理した情報で、以降、情報を再確認していない場合…「H20.9」
平成23年4月に情報を再確認した場合…「H23.4」)

・略称の説明

- ＜居場所＞
特養～介護老人福祉施設、老健～介護老人保健施設
療養型～介護療養型医療施設、病院～介護療養型医療施設を除く病院及び診療所
養護～養護老人ホーム
有料～有料老人ホーム
その他施設～ケアハウス以外の経費老人ホーム、老人等福祉寮、グループリビング