

要介護（支援）認定者意向調査

札幌市

ご記入にあたってのお願い

1. このアンケートは 令和4年12月1日 現在の状況でお答えください。
2. ご使用いただく筆記用具は、どのようなものでも構いません。
3. 特段の指定がない限り、封筒のあて名の方についてお答えください。
なお、各設問の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。
4. 封筒のあて名の方ご自身をご記入できない場合は、ご本人の意思をご確認のうえ、ご家族等が代わりに記入するなど、可能な範囲でご協力ください。
5. 質問によっては、ご回答いただく方が限られているものもありますので、矢印（➡）や、ことわり書きに従ってご回答ください。
6. 回答方法には、1つのみに○をつける、当てはまるものすべてに○をつける、回答を直接記入するの3種類があります。それぞれの設問に明示されている方法に応じてご回答ください。
なお、「その他」を選択された場合は、その内容をできるだけ具体的に（ ）内にご記入ください。
7. 答えにくい質問や答えたくない質問については、ご回答いただく必要はありません。可能な範囲でご協力ください。
8. ご記入がお済みになりました調査票は、同封の返信用封筒に封入・封緘のうえ、令和4年12月●日（●）までにご投函ください。
(切手は不要です。また、返信用封筒に差出人氏名をご記入いただく必要もありません。)

【 調査に関するお問い合わせについて 】

札幌市 保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課

TEL 011-211-2547

◆ 予備調査 ◆

回答を始めるにあたっては、まずは予備調査にご協力ください。

予備調査① あなたの現在の要介護（支援）度を教えてください。当てはまるものの1つに○をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 | 4. 要介護2 |
| 5. 要介護3 | 6. 要介護4 | 7. 要介護5 | 8. わからない |
| 9. その他（具体的に | | | |

予備調査② あなたは現在、どこで生活をしていますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|--|
| 1. 自宅など在宅で生活している |
| 2. サービス付き高齢者向け住宅※などの高齢者向け住宅で生活している |
| 3. 軽費老人ホーム（A型、B型）、ケアハウス、有料老人ホーム、養護老人ホームで生活している |
| 4. グループホームに入居している |
| 5. 病院（医療保険適用）に入院している |
| 6. 病院（介護保険適用）に入院している |
| 7. 特別養護老人ホームに入所している |
| 8. 介護老人保健施設に入所している |
| 9. 介護医療院に入所している |
| 10. その他（具体的に |

※ 「サービス付き高齢者向け住宅」とは、住宅としての居室の広さや設備、バリアフリーといったハード面の条件を備えるとともに、ケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供することなどにより、高齢者が安心して暮らすことができる環境を整えた住宅をいいます。

予備調査①で「9. その他」と回答した方（要介護（支援）認定者でない方）、
または

予備調査②で「4. グループホームに入居している」

「5. /6. 病院に入院している」

「7. 特別養護老人ホームに入所している」

「8. 介護老人保健施設に入所している」

「9. 介護医療院に入所している」と回答した方は、

ここで**アンケートは終了**です。ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに

12月●日（●）までに投函してください。

それ以外の方は、次ページの「◆本調査◆」へお進みください。

◆ 本調査 ◆

1 基本的事項について

問 1 - 1 調査票にご回答をいただいているのはどなたですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 2. 主な介護者である家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. その他（具体的に） |

問 1 - 2 あなたの性別を教えてください。当てはまるもの 1つに○ をつけてください。

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問 1 - 3 あなたの年齢を教えてください。当てはまるもの 1つに○ をつけてください。

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 満 64 歳以下 | 2. 満 65～69 歳 | 3. 満 70～74 歳 |
| 4. 満 75～79 歳 | 5. 満 80～84 歳 | 6. 満 85～89 歳 |
| 7. 満 90～94 歳 | 8. 満 95 歳以上 | |

問 1 - 4 あなたのお住いの区を教えてください。当てはまるもの 1つに○ をつけてください。

- | | | | |
|--------|---------|-----------|--------|
| 1. 中央区 | 2. 北区 | 3. 東区 | 4. 白石区 |
| 5. 厚別区 | 6. 豊平区 | 7. 清田区 | 8. 南区 |
| 9. 西区 | 10. 手稲区 | 11. 札幌市以外 | |

問 1 - 5 現時点での、施設等※への入所・入居の検討状況を教えてください。当てはまるもの 1つに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 2. 入所・入居を検討している |
| 3. すでに入所・入居の申込をしている | |

※ ここでの「施設等」とは、介護保険施設（特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）、特定施設（有料老人ホームなど）（地域密着型を含む）、認知症高齢者グループホームを指します。

問 1 - 6 もしあなたが施設等への入所・入居を検討する場合に、特に重視する点は何ですか。当てはまるもの 最大5つに○をつけてください。

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 毎月の費用 | 2. 立地・周辺環境 |
| 3. 建物・設備の充実度合い | 4. 施設職員の人柄や雰囲気 |
| 5. 個室であること | 6. 施設運営法人 |
| 7. 介護体制の充実度 | 8. 医療体制の充実度 |
| 9. 食事 | 10. 行事・レクリエーション |
| 11. ほかの入所者・入居者の雰囲気 | 12. その他（具体的に) |

問 1 - 7 あなたと同居している方（「二世帯住宅」にお住まいの方を含む）はどなたですか。当てはまるもの すべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 配偶者 | 2. 息子 |
| 3. 娘 | 4. 子の配偶者 |
| 5. 親・配偶者の親 | 6. 孫・孫の配偶者 |
| 7. 兄弟・姉妹 | |
| 8. その他（具体的に) | |
| 9. ひとり暮らし | |

問 1 - 8 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 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（肺炎や気管支炎など） |
| 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | 8. 腎臓・前立腺の病気 |
| 9. 筋肉、関節、骨の病気（腰痛、膝痛を含む） | 10. 外傷（転倒・骨折など） |
| 11. がん（悪性新生物） | 12. 血液・免疫の病気 |
| 13. うつ病 | 14. 認知症（アルツハイマー病など） |
| 15. パーキンソン病 | 16. 目の病気 |
| 17. 耳の病気 | 18. 歯や歯茎の病気 |
| 19. その他（具体的に | ） |
| 20. 特にない | |

2 あなたと介護保険の関わりについて

問 2 - 1 あなたが要介護（支援）認定を受けたきっかけはどのようなことですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 家族や知人などに勧められたから | |
| 2. 医師に勧められたから | |
| 3. 病気で入院中に、退院に向けて必要だと思ったから | |
| 4. 病気により、生活が不便になったから | |
| 5. 年齢とともに少しずつ体力が落ちてきたから | |
| 6. 物忘れが多くなってきたから | |
| 7. 一人で生活することが不安になったから | |
| 8. 何もする気になれず、じっとしていることが多くなったから | |
| 9. その他（具体的に | ） |

問 2 - 2 最初に要介護（支援）認定を受けたときと現在の要介護（支援）度に変化はありましたか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

- | | |
|-------------------|------------|
| 1. 要介護（支援）度が軽くなった | 2. 変化はなかった |
| 3. 要介護（支援）度が重くなった | |

問 2 - 3 要介護（支援）度が重くならないように気をつけていることはありますか。当てはまるもの すべてに○をつけてください。

- | |
|------------------------------|
| 1. 転倒しないように気をつけている |
| 2. 身の回りのことは自分でするように心がけている |
| 3. 家に閉じこもらないように外出することを心がけている |
| 4. 食事（回数・量・栄養）に気をつけている |
| 5. 運動不足にならないように体を動かしている |
| 6. お酒やタバコを控えるようにしている |
| 7. ベッド以外の場所への移動を心がけている |
| 8. 身だしなみを整えるようにしている |
| 9. 歯や口の中を清潔に保つように心がけている |
| 10. その他（具体的に _____) |
| 11. 特にない |

問 2 - 4 あなたは 1 か月の間に、介護保険による介護（予防）サービスを利用していますか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|



問 2 - 4 で「2. 利用していない」と回答した方は、
問 2 - 5（及び問 2 - 6）に回答したのち、14 ページの問 4 - 1 へお進みください。

問 2 - 5 現在、利用している介護保険サービス以外の支援・サービスについて教えてください（総合事業に基づく支援・サービスは、介護保険サービスに含めます）。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシーなど） | |
| 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 10. その他（具体的に | ） |
| 11. 利用していない | |

問 2 - 6 **問 2 - 5**にある介護保険サービス以外の支援・サービスを利用しても良いと思いますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

問 2 - 5で「11. 利用していない」と回答した方のみ

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

3 介護（予防）サービスの利用状況について

問3-1から問3-4までは、問2-4で「1. 利用している」と回答した方
（介護保険サービスを利用している方）のみお答えください。

（介護保険サービスを利用していない方は、14ページの間4-1へお進みください。）

問3-1 あなたが現在利用している介護（予防）サービスについて伺います。

問3-1-(1) 下表に記載の各サービスの**1週間あたりの利用回数**について教えてください。**①～⑦のそれぞれ当てはまるもの1つずつに○をつけてください。**

	1回程度	2回程度	3回程度	4回程度	5回以上	利用していない
①訪問介護（ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5	6
②訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
③訪問看護（介護保険分）	1	2	3	4	5	6
④訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
⑤通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5	6
⑥通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5	6
⑦夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5	6

※ 詳細は、別紙 **介護サービス・介護予防サービスの概要**をご覧ください。

問3-1-(2) 下表に記載の各サービスの**1か月あたりの利用日数・回数**について教えてください。**①・②のそれぞれ当てはまるもの1つずつに○をつけてください。**

①居宅療養管理指導	1. 1回程度	2. 2回程度
	3. 3回程度	4. 4回程度
	5. 利用していない	
②短期入所（ショートステイ）	1. 1～7日程度	2. 8～14日程度
	3. 15～21日程度	4. 22日以上
	5. 利用していない	

※ 詳細は、別紙 **介護サービス・介護予防サービスの概要**をご覧ください。

問 3 - 1 - (3) 下表に記載の各サービスの利用の有無について教えてください。

①～③のそれぞれ当てはまるもの 1つずつに○をつけてください。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
②小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
③看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

問 3 - 1 - (4) 下表に記載の各サービスの満足度について教えてください。①～⑱

のそれぞれ当てはまるもの 1つずつに○をつけてください。

	満足	ほぼ満足	やや不満	不満	利用していない
①訪問介護（ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5
②訪問入浴介護	1	2	3	4	5
③訪問看護（介護保険分）	1	2	3	4	5
④訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5
⑤居宅療養管理指導	1	2	3	4	5
⑥通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5
⑦通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5
⑧短期入所（ショートステイ）	1	2	3	4	5
⑨特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5
⑩福祉用具貸与	1	2	3	4	5
⑪居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー）	1	2	3	4	5
⑫定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	4	5
⑬夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5
⑭地域密着型通所介護	1	2	3	4	5
⑮認知症対応型通所介護	1	2	3	4	5
⑯小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5
⑰認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	1	2	3	4	5
⑱看護小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

問 3 - 1 - (5) 不満に感じている理由を教えてください。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 3 - 1 - (4)の①～⑱のいずれかで「3. やや不満」「4. 不満」と回答した方のみ

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. サービス担当者の対応 | 2. サービスの回数や時間 |
| 3. サービスの利用料金 | 4. サービスの種類やメニュー |
| 5. サービス施設までの所要時間 | |
| 6. その他（具体的に | ） |

問 3 - 1 - (6) 現在受けている介護（予防）サービスの全体量について、どのくらい満足していますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|-----------|-------------|------------|
| 1. 満足している | 2. ほぼ満足している | 3. 満足していない |
|-----------|-------------|------------|

問 3 - 2 (12 ページ) へ

問 3 - 1 - (7) 満足していない理由を教えてください。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 3 - 1 - (6)で「3. 満足していない」と回答した方のみ

- | | |
|--|---|
| 1. 利用回数・日数を増やしたり、他のサービスも利用したりしたいが、自己負担が増えるので控えているから | |
| 2. 利用回数・日数を増やしたり、他のサービスも利用したりしたいが、利用限度額※を超えるので控えているから | |
| 3. 他にも利用したいサービスがあるが、そのサービスを利用できる事業所が近くにないから | |
| 4. 他にも利用したいサービスがあるが、そのサービスに空きがないから | |
| 5. 利用回数・日数を増やしたり、他のサービスも利用したりしたいが、コロナ禍における感染予防のために利用を控えているから | |
| 6. その他（具体的に | ） |

※ 「利用限度額」とは、要支援度・要介護度に応じて、介護（予防）サービスを利用できる範囲を定めているものです。限度額の範囲内でサービスを利用した時の自己負担額は1割～3割ですが、限度額を超えたサービスの利用分は全額自己負担となります。

問 3 - 1 - (8) へ

問 3 - 1 - (9) へ

問 3 - 1 - (8) 近くにないサービス事業所は、次のうちどれですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 3 - 1 - (7)で「3. 事業所が近くにないから」と回答した方のみ

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 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（介護保険分） | 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（ショートステイ） |
| 9. 特定施設入居者生活介護 | 10. 福祉用具貸与 |
| 11. 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー） | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | 14. 地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 16. 小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 18. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 20. 介護老人保健施設 |
| 21. 介護医療院 | 22. 介護療養型医療施設（病院・診療所／介護保険適用） |

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

問 3 - 1 - (9) 空きがないサービスは、次のうちどれですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 3 - 1 - (7)で「4. サービスに空きがないから」と回答した方のみ

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 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（介護保険分） | 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（ショートステイ） |
| 9. 特定施設入居者生活介護 | 10. 福祉用具貸与 |
| 11. 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー） | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | 14. 地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 16. 小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 18. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 20. 介護老人保健施設 |
| 21. 介護医療院 | 22. 介護療養型医療施設（病院・診療所／介護保険適用） |

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

8 ページの問 3 - 1 - (1) - ①訪問介護（ホームヘルプサービス）で
「6. 利用していない」と回答した**以外の方のみ**お答えください。
(訪問介護を利用していない方は、13 ページの問 3 - 3 へお進みください。)

問 3 - 2 利用している訪問介護の内容について伺います。

問 3 - 2 - (1) 具体的にどのようなサービスを利用していますか。当てはまるもの
すべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 調理 | 2. 掃除 |
| 3. 洗濯 | 4. 買物 |
| 5. 食事の介助 | 6. 服薬の介助 |
| 7. トイレの介助やおむつ交換 | 8. 入浴や清拭の介助 |
| 9. 着替えや身支度の介助 | 10. 歩行や車いす介助 |
| 11. 通院の介助 | 12. その他（具体的に) |

問 3 - 2 - (2) サービスの 1 回あたりの利用時間は、通院の介助にかかる時間を除いて、概ねどれくらいですか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

(※ 問 3 - 2 - (1) で「11. 通院の介助」のみ回答した方は、回答不要)

- | | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| 1. 20 分未満 | 2. 20 分～30 分未満 | 3. 30 分～45 分未満 |
| 4. 45 分～60 分未満 | 5. 60 分～75 分未満 | 6. 75 分～90 分未満 |
| 7. 90 分～120 分未満 | 8. 120 分以上 | |

8 ページの問 3 - 1 -(1)-⑤通所介護（デイサービス）で

「6. 利用していない」と回答した以外の方のみお答えください。

(通所介護を利用していない方は、14 ページの問 4 - 1 へお進みください。)

問 3 - 3 利用している通所介護、地域密着型通所介護（デイサービス）の内容について伺います。

問 3 - 3 -(1) 具体的にどのようなサービスを利用していますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 入浴 | 2. 食事 |
| 3. 筋力トレーニング、体操など体を動かす内容 | 4. ゲームや趣味創作活動 |
| 5. 音楽活動（カラオケなど） | 6. 栄養改善 |
| 7. 口腔機能（食べる・噛む・話す）の向上 | 8. 健康チェック（体温、血圧測定など） |
| 9. その他（具体的に | ） |

問 3 - 3 -(2) サービスの 1 回あたりの利用時間は、概ねどれくらいですか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 2 時間未満 | 2. 2 ～ 3 時間未満 | 3. 3 ～ 4 時間未満 |
| 4. 4 ～ 5 時間未満 | 5. 5 ～ 6 時間未満 | 6. 6 ～ 7 時間未満 |
| 7. 7 時間以上 | | |

問 3 - 4 介護（予防）サービスを利用することにより、生活にどのような変化がありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. 自分で身の回りのことをしようとする意欲が出てきた | |
| 2. 精神的に楽になった | |
| 3. 家族に対する気兼ねが減った | |
| 4. 体調が良くなった | |
| 5. 外出することが増えた | |
| 6. その他（具体的に | ） |
| 7. 特に変化はない | |

4 介護（予防）サービスを未利用の方の状況について

問4-1から問4-3までは、7ページの問2-4で「2. 利用していない」と回答した方（介護保険サービスを利用していない方）のみお答えください。

問4-1 あなたは今までに介護保険による介護（予防）サービスを利用したことがありますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 以前は利用していた

2. 今までまったく利用したことがない

問4-2-(1) あなたが介護（予防）サービスを現在利用していない理由は何ですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. サービスを利用しなくても自分で生活できるから

2. 本人が希望していないから

3. 家族など介護してくれる人がいるから

4. 以前よりも状態が改善したから

5. 家族が急病など緊急時のショートステイの利用のみ希望しているから

6. 病院（医療保険適用）に入院しているから

7. サービス利用料（サービス費用の1割～3割の負担額）が負担になるから

8. 利用したいサービスがあるが、そのサービスを利用できる事業所が近くにないから

9. 利用を希望したが、サービスに空きがないから

10. 住宅改修や福祉用具の購入だけを希望していたから

11. いざという時のために、とりあえず要介護（支援）認定申請したから

12. 給付制限を受けているから

13. サービスを受けたいが手続きや利用方法がわからないから

14. 以前受けていたサービスに不満があったから

15. コロナ禍における感染予防のために利用を控えているから

16. その他（具体的に

)

問4-2-(2) へ

問4-2-(3) へ

問 4 - 2 - (2) 近くにないサービス事業所は、次のうちどれですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 4 - 2 - (1)で「8. 事業所が近くにないから」と回答した方のみ

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 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（介護保険分） | 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（ショートステイ） |
| 9. 特定施設入居者生活介護 | 10. 福祉用具貸与 |
| 11. 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー） | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | 14. 地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 16. 小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 18. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 20. 介護老人保健施設 |
| 21. 介護医療院 | 22. 介護療養型医療施設（病院・診療所／介護保険適用） |

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

問 4 - 2 - (3) 空気がないサービスは、次のうちどれですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 4 - 2 - (1)で「9. サービスに空気がないから」と回答した方のみ

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 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（介護保険分） | 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（ショートステイ） |
| 9. 特定施設入居者生活介護 | 10. 福祉用具貸与 |
| 11. 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー） | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | 14. 地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 16. 小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 18. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 20. 介護老人保健施設 |
| 21. 介護医療院 | 22. 介護療養型医療施設（病院・診療所／介護保険適用） |

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

問 4 - 3 今後どのような状況になったときに、介護（予防）サービスを利用しようと思いますか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 身の回りのことが自分でできなくなったとき
2. 病院から退院したとき
3. 利用したいサービス事業所が近くにできたとき
4. 利用したいサービスの定員に空きができたとき
5. 介護者が介護を続けることが困難になったとき
6. コロナ禍が落ち着いたとき
7. その他（具体的に _____)
8. 今後も利用する予定はない

5 今後の暮らし方、介護保険料について

問 5 - 1 からは、またすべての方にお伺いします。

（介護保険サービスを利用している方は、ここから再開してください。）

問 5 - 1 今後、要介護度が重くなるなど状況が変わったときに、どのようなところで過ごしたいと考えていますか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 現在の場所で生活を続けたい（自宅の場合、増改築を含む）
2. 住み替えにより在宅での生活を続けたい
3. 特別養護老人ホームに入所したい
4. 介護老人保健施設に入所したい
5. 病院（介護保険適用）に入院したい
6. 介護医療院に入所したい
7. グループホームに入居したい
8. ケアハウスや有料老人ホームに入居したい
9. サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住宅に入居したい
10. その他（具体的に _____)

※ 「介護医療院」とは、長期にわたり療養が必要である要介護者に対して、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設をいいます。

問 5 - 2 あなたは、住み慣れた地域や家庭で自立した生活を続けるために必要なことはどのようなことだと思いますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 住み続けられる住まいがある
2. 家族が同居、または近くにいる
3. 除雪体制が整っている
4. 通院がしやすい環境である
5. 必要な介護サービスの量が利用できる
6. 24時間体制の安心できる介護サービスがある
7. 24時間体制の安心できる医療サービスがある
8. いつでも何でも相談できる窓口がある
9. 近所付き合いの中で見守り体制がつくられている
10. 見守ってくれる友人・知人が近くにいる
11. 介護に要する費用が過大にならない
12. 利用しやすい交通機関がある
13. 身近に買い物できる場所がある
14. 緊急時の通報手段がある
15. その他（具体的に)

問 5 - 3 介護保険料※は、介護サービスに要する費用などの見込みに基づき、3年ごとに見直されています。介護保険制度における介護サービスと保険料の関係について、あなたはどのように考えますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 介護サービスの種類や利用上限を増やすなどの充実が図られることに伴い、介護保険料が現状より高くなることはやむを得ない
2. 介護サービスの種類や利用上限などは現状程度に維持され、介護保険料も現状程度が維持されることが望ましい
3. 介護保険料を現状よりも低く抑えるため、介護サービスの種類や利用上限を減じるなどの見直しが行われることはやむを得ない
4. その他（具体的に _____）
5. わからない

※ 介護保険料のうち、65歳以上の被保険者にかかる「第1号保険料」は、介護保険の保険者である札幌市に納めていただきますが、その額は、介護保険事業計画期間の3年間で見込まれるサービス費用のうち、第1号保険料全体で負担すべき金額をまかなうことができるように設定し、市の条例や介護保険事業計画の中で定めます。

一方、40歳以上64歳以下の被保険者にかかる「第2号保険料」は、それぞれが加入している医療保険において医療保険料に上乗せして納めていただきますが、その保険料額は市町村が定めるのではなく、国が各医療保険者に課した金額を基に、それぞれの医療保険者が独自の算定方法により設定しています。

問 5 - 4 あなたは、今後の介護保険料の負担はどうあるべきだと思いますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 所得の高い人と低い人とは、現状くらいのバランスで負担し合うべきである
2. 所得の高い人の負担を増やし、所得の低い人の負担を減らす（累進性を強める）べきである
3. 所得の高い人の負担を減らし、所得の低い人の負担を増やす（累進性を弱める）べきである
4. その他（具体的に _____）
5. わからない

問 5 - 5 あなたが、今後より充実してほしいと考える介護サービスはどれですか。当てはまるもの最大3つに○をつけてください。

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 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（介護保険分） | 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（ショートステイ） |
| 9. 特定施設入居者生活介護 | 10. 福祉用具貸与 |
| 11. 居宅介護支援・介護予防支援（ケアマネジャー） | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 13. 夜間対応型訪問介護 | 14. 地域密着型通所介護（デイサービス） |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 16. 小規模多機能型居宅介護 |
| 17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 18. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 20. 介護老人保健施設 |
| 21. 介護医療院 | |
| 22. その他（具体的に | ） |

※ 詳細は、別紙 介護サービス・介護予防サービスの概要をご覧ください。

6 介護してくれる方の状況について

問 6 - 1 家族や親族（同居していない子どもや親族などを含む）からの介護は週にどれくらいありますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|---------------------------|
| 1. ない |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない |
| 3. 週に1・2日ある |
| 4. 週に3・4日ある |
| 5. ほぼ毎日ある |

問 6 - 2 あなたを主に介護してくれる方はどなたですか。当てはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 配偶者 | 2. 子（子の配偶者を含む） |
| 3. 親・配偶者の親 | 4. 兄弟・姉妹 |
| 5. 孫（孫の配偶者を含む） | 6. その他の親族 |
| 7. 友人・知人、ボランティア | 8. ヘルパー・施設職員 |
| 9. その他（具体的に | ） |
| 10. そのような人はいない | |

問 6 - 2 で「7. 友人・知人、ボランティア」～「10. そのような人はいない」と回答した方は、26 ページの問 6 - 10 へお進みください。

問 6 - 4 からは問 6 - 2 で「1. 配偶者」～「6. その他の親族」と回答した **主な介護者であるご家族やご親族の方**がご答えください。

※ 主な介護者であるご家族やご親族の方（以下、「家族介護者」という。）にご回答いただくことが難しい場合は、ご本人（調査対象者）がご回答いただくか、もしくは、無回答としてください。

問 6 - 3 主な家族介護者の性別を教えてください。当てはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問 6 - 4 主な家族介護者の年齢を教えてください。当てはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 20 歳未満 | 2. 20 歳～29 歳 | 3. 30 歳～39 歳 |
| 4. 40 歳～49 歳 | 5. 50 歳～59 歳 | 6. 60 歳～69 歳 |
| 7. 70 歳～79 歳 | 8. 80 歳～89 歳 | 9. 90 歳以上 |
| 10. わからない | | |

問 6 - 5 介護の負担感について伺います。

問 6 - 5 - (1) 主な家族介護者の介護の負担感ほどの程度ですか。当てはまるもの 1つに○をつけてください。

1. 負担ではない

2. 少し負担である

3. 負担である

4. とても負担である

問 6 - 5 - (2) 主な家族介護者が負担に感じることはどのようなことですか。当てはまるもの すべてに○をつけてください。

問 6 - 5 - (1)で「2. 少し負担である」～「4. とても負担である」と回答した方のみ

1. 介護に時間がかかり自分の時間が取れない
2. 介護者自身の健康管理ができない
3. 周りの人が大変さを理解してくれない
4. 介護に協力してくれる人がいない
5. 経済的負担が大きい
6. 子育て中であり、介護と育児の両立が難しい
7. 介護について相談できる人がいない
8. 離れて暮らしており、介護のために通うことが難しい
9. 頻繁に安否確認をしたり、健康状態などを気かけたりしている
10. 介護サービスが十分ではない（具体的に)
11. その他（具体的に)

問 6 - 6 - (1) 現在、主な家族介護者の方が行っている介護などについて教えてください。当てはまるもの すべてに○をつけてください。

1. 日中の排泄
2. 夜間の排泄
3. 食事の介助（食べる時）
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ（洗顔・歯磨きなど）
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎など
9. 服薬
10. 認知症状への対応
11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマなど）
12. 食事の準備（調理など）
13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物など）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他（具体的に)
16. わからない

問 6 - 6 - (2) 現在の生活を継続していくにあたって、主な家族介護者の方が不安を感じる介護などについて教えてください（現状で行っているか否かは問いません）。当てはまるもの最大3つに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨きなど） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎など |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマなど） | |
| 12. 食事の準備（調理など） | |
| 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物など） | |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |
| 15. その他（具体的に _____) | |
| 16. わからない | 17. 不安に感じていることは、特にない |

問 6 - 6 - (3) 主な家族介護者の方が、介護などについて困っていることや不安に感じることを、どこに相談していますか。あるいは、どこに相談しようと思えますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. 市の窓口（区役所・まちづくりセンターなど） | |
| 2. 地域包括支援センター | 3. 介護予防センター |
| 4. かかりつけの医療機関 | 5. ケアマネジャー |
| 6. ホームヘルパー | 7. 入居中の住宅の相談員など |
| 8. 訪問看護ステーション | 9. 家族会など |
| 10. 家族 | 11. 親戚 |
| 12. 知人 | |
| 13. その他（具体的に _____) | |
| 14. わからない | 15. 特にない |

問 6-7 家族介護者支援として重要なことはどのようなことだと考えますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. ショートステイなど、家族介護者が介護から離れることができるサービスの充実
2. 特別養護老人ホームなどの施設整備の充実
3. 家族介護者同士の交流の場の確保
4. 家族介護者に対する相談窓口の充実
5. 介護手当の支給などの経済的な支援
6. 介護に対する社会的理解の促進
7. 高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターへの相談手段の充実
8. その他（具体的に)

問 6-8 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在の就労状況や勤務形態は問いません。なお、自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます）。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

問 6 - 9 主な家族介護者の方の就労状況について伺います。

問 6 - 9 - (1) 主な家族介護者の方の現在の勤務形態を教えてください。
当てはまるもの 1つに○をつけてください。

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイム*で働いている |
| 3. 働いていない | 4. わからない |

※ パートタイムには、週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方が該当し、いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」などの方を含みます。なお、「自営業」、「フリーランス」などの場合は、就労時間や日数などから「フルタイム」、「パートタイム」のいずれかを選択してください

問 6 - 9 - (1)で「3. 働いていない」「4. わからない」と回答した方は、
26 ページの問 6 - 10 へお進みください。

問 6 - 9 - (2) 主な家族介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整などをしてはいますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

問 6 - 9 - (1)で「1. フルタイムで働いている」

「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・中抜け・早帰など）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年次有給休暇や介護休暇など）」を取得しながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、「2.」～「4.」以外の調整をしながら、働いている
6. わからない

問 6 - 9 - (3) 主な家族介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。当てはまるもの最大3つに○をつけてください。

問 6 - 9 - (1)で「1. フルタイムで働いている」

「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他（具体的に _____)
10. 特にない
11. わからない

問 6 - 9 - (4) 主な家族介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

問 6 - 9 - (1)で「1. フルタイムで働いている」

「2. パートタイムで働いている」と回答した方のみ

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. わからない | |

問 6 -10 からは、またすべての方にお伺いします。

(主な介護者がご家族やご親族以外の方は、ここから再開してください。)

問 6 -10 あなたは「ケアラー」※という言葉を知っていますか。当てはまるもの
1つに○をつけてください。

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 内容もよく知っている | 2. 聞いたことがあるが、内容はよく知らない |
| 3. 知らない・聞いたことがない | |

※ 「ケアラー」とは、高齢、障がい、疾病その他の理由により援助を必要とする家族、友人その他の身近な人に対し、無償で介護、看護、日常生活上の世話その他の援助を提供する人のことをいいます。(北海道ケアラー支援条例第 2 条による定義)

7 災害への備え

問 7 -1 大雨や洪水警報により、避難が必要となった場合に、避難を呼びかけるための個人情報の提供についてどのように考えますか。当てはまるものすべて
に○をつけてください。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 警察には提供しても良い | 2. 消防には提供しても良い |
| 3. 自衛隊には提供しても良い | 4. 町内会には提供しても良い |
| 5. その他（具体的に | ） |
| 6. 提供したくない | |

問 7 -2 大雨や洪水警報により、避難が必要となった場合に、誰に助けを求めますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------|----------------|
| 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. 近隣の人 | 6. 友人 |
| 7. その他（具体的に | ） |
| 8. そのような人はいない | |

問 7-3 大雨や洪水警報により、避難が必要となった場合に、指定避難所※¹及び要配慮者二次避難所（福祉避難所）※²以外に避難する場所がありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 別居の子ども宅 | 2. 兄弟姉妹・親戚・親・孫宅 |
| 3. 友人宅 | 4. 宿泊施設 |
| 5. その他（具体的に | ） |
| 6. そのような場所はない | |

※1 「指定避難所」とは、災害から身を守るため緊急的に避難する施設などをいいます。

※2 「要配慮者二次避難所」とは、指定避難所の福祉避難スペースでの避難生活が困難な要配慮者のために、日常生活上の生活支援等の体制が整った避難所として、施設との調整をした後に開設するものをいいます。

8 自由記載

問 8 要介護認定や介護保険サービスの利用、その他高齢者施策全般のほか、今回の調査や札幌市の施策について、ご要望やご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに

12月●日（●）までに投函してください。

介護サービス・介護予防サービスの概要

「要介護（支援）認定者意向調査」調査票に掲載している介護サービス・介護予防サービスについて、概略を以下に記載しています。ここに記載されているサービス内容でも、要支援度、要介護度によっては受けられない場合もありますので、詳細については担当のケアマネジャーにご相談下さい。

1.訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが居宅を訪問し、食事・入浴・排せつなどの身体介護や調理・掃除などの生活支援を行います。 ※介護予防・日常生活支援総合事業サービスを含みます。
2.通所介護 (デイサービス)	事業所に通い、入浴や日常動作訓練などが受けられます。 ※介護予防・日常生活支援総合事業サービスを含みます。
3.通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設や医療機関などで日常生活上の支援のほか、その人の目標に合わせた選択的なサービス（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上）が受けられます。
4.短期入所（ショートステイ） (短期入所生活介護、短期入所療養介護)	短期間、介護保険施設に入所しながら、介護や機能訓練が受けられます。
5.訪問看護	訪問看護ステーションや医療機関の看護師などが居宅を訪問して、主治医と連絡を取りながら、病状を観察したり床ずれの手当てなどを行います。
6.訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が居宅を訪問して日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行います。
7.居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師などが居宅を訪問して、医学的な管理や指導を行います。
8.訪問入浴介護	入浴設備や簡易浴槽を積んだ移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。
9.福祉用具貸与	居宅での介護に必要な歩行器や住宅改修をともしない手すりなど福祉用具の貸与が受けられます。
10.特定施設入居者生活介護	入居している有料老人ホームなどから家事や食事などのサービスを受けたり、選択により外部からのホームヘルプサービスやデイサービスなどを受けられます。 ※入居している施設がこのサービスの事業者指定を受けていることが必要です。
11.定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	ホームヘルパーや看護師の訪問サービスを、1日複数回、時間帯を問わずに受けられます。
12.夜間対応型訪問介護	夜間、ホームヘルパーの巡回や随時の訪問、利用者の通報に応じたサービスが受けられます。
13.認知症対応型通所介護	認知症の方が通所し、入浴・日常動作の訓練・レクリエーションなどが受けられます。
14.小規模多機能型居宅介護	利用者の希望などにより、通いを中心に訪問や泊りのサービスが受けられます。

15.認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	認知症の状態にある高齢者が5～9人で共同生活をし、家庭的な雰囲気の中で、介護スタッフによる入浴・排せつ・食事などの日常生活の支援や機能訓練などが受けられます。
16.看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護のサービスを同じ事業所から受けられます。
17.地域密着型通所介護	要介護の方が利用できる定員18人以下の小規模なデイサービスで、事業所に通い、入浴や日常動作訓練などが受けられます。
18. 居宅介護支援 (ケアマネジャー)	要介護の方のサービス計画の作成を行い、サービス提供機関と連絡・調整を行います。
介護予防支援 介護予防ケアマネジメント (地域包括支援センター)	要支援・事業対象者の方のサービス計画の作成を行い、サービス提供機関と連絡・調整を行います。
19.介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	日常生活に常時介護が必要で自宅では介護が困難な高齢者等が入所します。食事・入浴・排せつなど、日常生活の介護や健康管理が受けられます。 ※要介護1、要介護2の方については、認知症や障がいがあるなど、特例的な入所が認められる場合のみ利用できます。
20.介護老人保健施設	病状が安定し、リハビリテーションに重点を置いたケアが必要な高齢者等が入所します。医学的な管理のもとで、日常生活の介護や機能訓練が受けられます。
21.介護医療院	長期にわたり療養が必要である高齢者が、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を受けられます。
22.介護療養型医療施設 (病院・診療所／介護保険適用)	急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする高齢者等のための医療機関の病床です。医療、看護、介護などが受けられます。