

# 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 令和元年11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. 回答は特段の指定がない限り、ご本人（封筒のあて名）についてお願いいたします。質問文の中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指しています。
4. ご本人がご記入できない場合は、ご本人の意思をご確認の上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。なお、●ページから●ページは、主な介護者であるご家族の方に回答をお願いしますので、ご注意ください。
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記入ください。
6. ご回答は、当てはまる番号に○をつけてください。なお、「その他」に○をつけられた場合は、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、答えたくない質問については、記入する必要はありません。答えられる範囲でお答えください。
8. ご記入がお済みになりましたら、調査票を同封の返信用封筒に入れて、令和元年●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記入する必要はありません。)

## 【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

## 1 基本的事項について

### 新 実態調査

**問 1-1** この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。あ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. 主な介護者となっている家族・親族
3. 主な介護者以外の家族・親族
4. その他

### 実態調査

**問 1-2** あなたの性別について、あてはまるものに○をつけてください。

1. 男性
2. 女性

### 実態調査

**問 1-3** あなたの現在の年齢について、あてはまるもの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歳以上

**問 1-4** あなたがお住まいの区について、あてはまるもの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** あなたの現在の要介護（支援）度について、あてはまるもの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（ ）

**問 1-4** で、「9. その他」に○をつけた方は、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。  
返信用封筒に入れて、切手を貼らずに  
**●月●日（●）まで**に投函してください。



## 実態調査

**問 1-9** 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。**あてはまるものすべてに○**をつけてください。

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

## 実態調査

**問 1-10** 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。**あてはまるものすべてに○**をつけてください。

- |                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| 1. 高血圧                       | 11. がん（悪性新生物）      |
| 2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）             | 12. 血液・免疫の病気       |
| 3. 心臓病                       | 13. うつ病            |
| 4. 糖尿病                       | 14. 認知症（アルツハイマー病等） |
| 5. 高脂血症（脂質異常）                | 15. パーキンソン病        |
| 6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）          | 16. 目の病気           |
| 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気              | 17. 耳の病気           |
| 8. 腎臓・前立腺の病気                 | 18. 歯や歯ぐきの病気       |
| 9. 筋肉、関節、骨の病気<br>（腰痛、ひざ痛を含む） | 19. その他<br>（具体的に   |
| 10. 外傷（転倒・骨折等）               | 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。**あ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。 **あてはまるもの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。 **あ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. ひき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. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
10. 特にない

#### 実態調査

**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。 **あてはまるもの1つに○**をつけてください。

1. 介護（予防）サービスを利用している
2. 介護保険によるサービスを利用していない

→ 1に○をつけた方は、6ページの**問 3-1**へお進みください

→ 2に○をつけた方は、11ページの**問 4-1**へお進みください

### 3 介護（予防）サービスの利用状況について

6 ページから 10 ページでは、現在、**介護（予防）サービス**を利用している方 にかがいます。

新

**問 3-1** あなたが現在利用している介護（予防）サービスについてうかがいます。

(1) 下表に記載の 1～7 の各サービスの **1 週間あたりの利用回数**について **1～6 のあてはまるもの 1 つに○**をつけてください。

実態調査

※サービスの詳細は別紙を参照してください

	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. 通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5	6
3. 通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5	6
4. 訪問看護（介護保険分）	1	2	3	4	5	6
5. 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
6. 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
7. 夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5	6

新

実態調査

(2) 下表に記載の各サービスの **1 か月あたりの利用回数**について **1～5 のあてはまるもの 1 つに○**をつけてください。

※サービスの詳細は別紙を参照してください

1. 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
2. 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

新

実態調査

(3) 下表に記載の 1～3 の各サービスの **利用の有無**について **あてはまるもの 1 つに○**をつけてください。

※サービスの詳細は別紙を参照してください

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

(4) 下に記載の1～17の各サービスについて、満足しているかどうか1～5の  
**あてはまるもの1つに○**をつけてください。

※サービスの詳細は別紙を参照してください

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

(5) (4)で、いずれかのサービスに「3 やや不満」または「4 不満」と答えた方  
 におうかがいします。不満に感じている理由について、**あてはまるものすべて  
 に○**をつけてください。

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

(6) すべての方におうかがいします。現在受けている介護（予防）サービスの全  
 体量について、どのぐらい満足していますか。あてはまるもの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

(7) (6)で「3. 満足していない」と答えた方におうかがいします。満足していな  
 い理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 他にも利用したいサービスがあるが、自己負担が増えるので控えている
2. 他にも利用したいサービスがあるが、利用限度額<sup>※</sup>を超えるので控えている
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
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
5. 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、介護サービスを利用できる限度額が定められています。  
 限度額の範囲内でサービスを利用したときの自己負担は1割～3割ですが、限度額を  
 超えたサービスの利用は、超えた分が全額自己負担となります。

(8) (7)で「3.」または「4.」と答えた方におうかがいします。近くにないサー  
 ビス事業所、空きがないサービスは、次のうちどれですか。あてはまるものす  
 べてに○をつけてください。

※サービスの詳細は別紙を参照してください

- |                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）  | 13. 認知症対応型通所介護                   |
| 2. 通所介護（デイサービス）      | 14. 小規模多機能型居宅介護                  |
| 3. 通所リハビリテーション（デイケア） | 15. 認知症対応型共同生活介護<br>（グループホーム）    |
| 4. 短期入所（ショートステイ）     | 16. 看護小規模多機能型居宅介護                |
| 5. 訪問看護（介護保険分）       | 17. <b>地域密着型通所介護（デイサービス）</b>     |
| 6. 訪問リハビリテーション       | 18. 居宅介護支援                       |
| 7. 居宅療養管理指導          | 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）          |
| 8. 訪問入浴介護            | 20. 介護老人保健施設                     |
| 9. 福祉用具貸与            | 21. <b>介護医療院</b>                 |
| 10. 特定施設入居者生活介護      | 22. 介護療養型医療施設<br>（病院・診療所／介護保険適用） |
| 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |                                  |
| 12. 夜間対応型訪問介護        |                                  |



**問 3-2 訪問介護（ホームヘルプサービス）を利用している方にうかがいます。**

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

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

(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**、おおむねどれくらいですか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

※通院の介助のみを利用している方は、回答不要です。

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

**問 3-3** 通所介護、地域密着型通所介護（デイサービス）を利用している方にうかがいます。

(1) 具体的にどのようなメニューを利用していますか。あ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. レクリエーション・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. 筋力トレーニング、運動能力向上
7. 栄養改善
8. 口腔機能（食べる・かむ・話す）の向上
9. 健康チェック（体温、血圧測定など）
10. その他（具体的に )

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

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

**問 3-4** すべての方におうかがいします。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。あ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

→13ページの**問5-1**へお進みください

## 4 介護（予防）サービス未利用の方の状況について

11 ページ、12 ページでは、現在、**介護保険による介護（予防）サービスを利用していない方**にうかがいます。

**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。あてはまるものに○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

### 実態調査

**問 4-2** 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なんですか。あ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**
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**
14. **以前受けていたサービスに不満があったから**
15. その他（具体的に

(1) 「8.」または「9.」を選んだ方にお聞きします。近くにないサービス事業所、空きがないサービス事業所は、次のうちどれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。 ※サービスの詳細は別紙を参照してください。

- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）  | 13. 認知症対応型通所介護               |
| 2. 通所介護（デイサービス）      | 14. 小規模多機能型居宅介護              |
| 3. 通所リハビリテーション（デイケア） | 15. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）    |
| 4. 短期入所（ショートステイ）     | 16. 看護小規模多機能型居宅介護            |
| 5. 訪問看護（介護保険分）       | 17. <b>地域密着型通所介護（デイサービス）</b> |
| 6. 訪問リハビリテーション       | 18. 居宅介護支援                   |
| 7. 居宅療養管理指導          | 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）      |
| 8. 訪問入浴介護            | 20. 介護老人保健施設                 |
| 9. 福祉用具貸与            | 21. <b>介護医療院</b>             |
| 10. 特定施設入居者生活介護      | 22. 介護療養型医療施設（病院・診療所／介護保険適用） |
| 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |                              |
| 12. 夜間対応型訪問介護        |                              |

**問 4-3** すべての方におうかがいします。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。**あてはまるもの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. 病院から退院したら利用したい
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. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
7. 今後も利用する予定はない

→13ページの**問5-1**へお進みください

## 5 今後の暮らし方・介護保険料について

ここからは、**すべての方**にうかがいます。

**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、どのようなところで過ごしたいと考えていますか。あてはまるもの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<sup>※</sup>などの高齢者向け住宅に入居したい
10. その他（具体的に

※「サービス付き高齢者向け住宅」とは、安否確認や生活相談サービスなど、高齢者を支援するサービスを提供するバリアフリー構造の住宅です。

**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。あ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
7. 24時間体制の安心できる医療サービス
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こと
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** 介護保険では、介護サービスを充実させることで、介護保険料が上がりますが、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。 **あてはまるもの1つに○**をつけてください。

1. 介護保険料は今より高くなっても良いので、介護サービスの量を積極的に増やすべきである
2. 介護保険料は現状程度とし、介護サービスの量も現状程度を維持すべきである
3. 介護保険料を安くするため、介護サービスの量を減らしても構わない
4. わからない
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

**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。 **あてはまるもの1つに○**をつけてください。

※介護保険料は、所得に応じた金額設定となっています。（3 ページ参照）

1. 所得の高い人と低い人とは、現状ぐらいのバランスで負担し合う
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）
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）
4. わからない
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

**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。 **3つ以内で選び、○**をつけてください。

※サービスの詳細は別紙を参照してください

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）  | 13. 認知症対応型通所介護            |
| 2. 通所介護（デイサービス）      | 14. 小規模多機能型居宅介護           |
| 3. 通所リハビリテーション（デイケア） | 15. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |
| 4. 短期入所（ショートステイ）     | 16. 看護小規模多機能型居宅介護         |
| 5. 訪問看護（介護保険分）       | 17. 地域密着型通所介護（デイサービス）     |
| 6. 訪問リハビリテーション       | 18. 居宅介護支援                |
| 7. 居宅療養管理指導          | 19. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）   |
| 8. 訪問入浴介護            | 20. 介護老人保健施設              |
| 9. 福祉用具貸与            | 21. 介護医療院                 |
| 10. 特定施設入居者生活介護      |                           |
| 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |                           |
| 12. 夜間対応型訪問介護        |                           |

## 6 介護してくれる方の状況について

### 実態調査

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

1. ない
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない週
3. 週に1～2日ある
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

### 実態調査

**問 6-2** あなたを主に介護してくれる方どなたですか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 配偶者（夫又は妻）
  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
- 「1.」～「6.」と回答した方は、**問 6-3**に進んでください。
- 「7.」「8.」「9.」「10.」と回答した方は**問 7**（19 ページ）に進んでください。

ここからは、**問 6-2**で選んだ**主な介護者であるご家族の方**がご回答ください。主な介護者の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

### 実態調査

**問 6-3** 主な家族介護者（**問 6-2**で選んだ方）の性別について、あてはまるものに○をつけてください。

1. 男性
2. 女性

**問 6-4** 主な家族介護者の年齢について、**あてはまるもの1つに○**をつけてください。

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

**問 6-5** 介護の負担感についてお聞きします。

(1) 主な家族介護者の介護の負担感はどの程度ですか。**あてはまるもの1つに○**をつけてください。

- |             |                        |
|-------------|------------------------|
| 1. 負担ではない   | ⇒ <b>問6-6</b> に進んでください |
| 2. 少し負担である  |                        |
| 3. 負担である    |                        |
| 4. とても負担である |                        |

(2) (1)で「2.少し負担である」「3.負担である」または「4.とても負担である」と答えた方にうかがいます。負担に感じることはどのようなことですか。**あてはまるものすべてに○**をつけてください。

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. 介護に時間がかかり自分の時間がとれない  |   |
| 2. 介護者自身の健康管理ができない      |   |
| 3. まわりの方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. 介護サービスが十分ではない（具体的に   | ） |
| 9. その他（具体的に             | ） |



**問 6-6** すべての方におうかがいします。現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について（現状で行っているか否かは問いません）おうかがいします。**あてはまるものに○をつけてください（3つまで可）。**

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・歯磨き等）
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
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 等）
12. 食事の準備（調理等）
13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
15. その他
16. わからない )

**問 6-7** 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。**あてはまるものすべてに○をつけてください。**

1. ショートステイ等、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等の施設整備
3. 介護者同士の交流の場の確保
4. 介護者に対する相談窓口の充実
5. 介護手当の支給等経済的な支援
6. 介護に対する社会的理解の促進
7. 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。**あてはまるものすべてに○をつけてください。**  
（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

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

実態調査

**問 6-9** 主な介護者の方の就労状況についてうかがいます。

(1) 主な介護者の方の現在の勤務形態について、**あてはまるもの1つに○**をつけてください。

- |                 |                                   |
|-----------------|-----------------------------------|
| 1. フルタイムで働いている  | } ⇒ <b>問7</b> (19ページ)<br>に進んでください |
| 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」とは、「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」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「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。

(2) (1)で「1. 」または「2. 」と答えた方にうかがいます。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。**あてはまるものすべてに○**をつけてください。

- |  |
|--|
| 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・早帰・中抜け等）」しながら、働いている |
| 3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、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   |

実態調査

**問 6-10** 主な介護者の方は、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。**あてはまるものに○**をつけてください（**3つまで可**）。

- |                            |
|----------------------------|
| 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                     |
| 10. 特にない                   |
| 11. わからない                  |

**問 6-11** 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。あてはまるものに1つ〇をつけてください。

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

## 7 自由記載

**問 7** 要介護認定、介護保険サービスの利用、その他介護保険制度全般のほか、今回の調査や札幌市の施策について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  
●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) ----- 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。 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。