

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7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。
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7年12月22日（月）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1つに○をつけてください。

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

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. 在宅（一戸建、集合住宅（高齢者向け住宅を除く）、親族・知人の家など）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. その他の施設、病院などに入所（入院）している

※ 「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. その他の施設、病院などに入所（入院）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22日（月）**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 | 3. 主な介護者以外の家族・親族 |
| 2. 主な介護者である家族・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 | 4. 回答しない |
|-------|-------|--------|----------|

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

問1-4 あなたのお住ま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 | 4. 白石区 | 7. 清田区 | 10. 手稲区 |
| 2. 北区 | 5. 厚別区 | 8. 南区 | 11. 札幌市以外 |
| 3. 東区 | 6. 豊平区 | 9. 西区 | |

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

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	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

問1-8 介護が必要となった主な原因は何ですか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞など）	9. 視覚・聴覚障害（緑内障・難聴など）
2. 心疾患（心臓病）	10. 骨折・転倒
3. がん（悪性新生物）	11. 脊髄損傷
4. 呼吸器疾患 （肺気腫・肺炎・気管支炎など）	12. 高齢による衰弱（特にこれといった病 気と診断されていないものの、老いて体 の機能が衰弱したもの）
5. 関節疾患 （関節リウマチ・腰痛など）	13. その他
6. 認知症（アルツハイマー病など）	(具体的に
7. パーキンソン病	)
8. 糖尿病	14. わからない

問1-9 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 | 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（アルツハイマー病など） |
| 5. 高脂血症（脂質異常） | 15. パーキンソン病 |
| 6. 呼吸器の病気
（肺炎や気管支炎など） | 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. 歯や歯茎の病気 |
| 9. 筋肉、関節、骨の病気
（腰痛、膝痛 を含む） | 19. その他
（具体的に) |
| 10. 外傷（転倒・骨折など） | 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. 将来何かあったときのために、備えておきたかったから
10. その他（具体的に)

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	8. 見守り、声かけ
2. 調理	9. サロンなどの定期的な通いの場
3. 掃除・洗濯	10. その他
4. 買い物（宅配は含まない）	（具体的に）
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）	11. 利用していない



問2-6 【問2-5で「11. 利用していない」と回答した方にお聞きします】

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。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

介護（予防）サービスを利用していない方（問2-4で「2. 利用していない」と回答した方）は、15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

問3-1から問3-14までは、介護（予防）サービスを利用している方（問2-4で「1. 利用している」と回答した方）のみお答えください。
（介護（予防）サービスを利用していない方は、15ページの問4-1へお進みください。）

問3-1 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3-2・問3-3は、訪問介護を利用している方（問3-1の①訪問介護（ホームヘルプサービス）で「1」～「5」と回答した方）のみお答えください。
（訪問介護を利用していない方のうち、通所介護を利用している方は問3-4へ、
通所介護を利用していない方は10ページの問3-5へお進みください。）

問3-2 訪問介護では、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 | 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 ） |

問3-3 訪問介護のサービス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で「11. 通院の介助」のみ回答した方は、回答不要)

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

問3-4・問3-5は、通所介護（デイサービス）を利用している方（8ページの間3-1の⑤通所介護（デイサービス）で「1」～「5」と回答した方）のみお答えください。
(通所介護を利用していない方は、問3-6へお進みください。)

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

問3-5 通所介護のサービス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 | 5. 5～6時間未満 |
| 2. 2～3時間未満 | 6. 6～7時間未満 |
| 3. 3～4時間未満 | 7. 7時間以上 |
| 4. 4～5時間未満 | |

問3-6 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3-7 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3-8 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。①～⑰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。

①～⑰のいずれかに「3. やや不満」「4. 不満」と回答した方は問3-9へ

問3-9 【問3-8で①～⑰のいずれかに「3. やや不満」「4. 不満」と回答した方にお聞きします】

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。

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

問3-10 現在受けている介護（予防）サービス量について、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3-14（14ページ）へお進みください

問3-11 【問3-10で「3. 満足していない」と回答した方にお聞きします】

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。

- | |
|---|
| 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. その他（具体的に |

→ 問3-12へ

→ 問3-13へ

※ 「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3-12 【問3-11で「3. 事業所が近くにないから」と回答した方にお聞きします】

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。

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

※ 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3-13 【問3-11で「4. サービスに空きがないから」と回答した方にお聞きします】
 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。

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

※ 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3-14 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 | 6. その他
（具体的に |
| 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 | 7. 特に変化はない |

問3-1から問3-14まで回答いただいた方は、18ページの問5-1へお進みください。

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4-5までは、介護（予防）サービスを利用していない方（6ページの問2-4で「2. 利用していない」と回答した方）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 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. 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

7. 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

→問4-3へ

8. 利用を希望したが、サービスに空きがないから

→問4-4へ

9. 住宅改修や福祉用具の購入だけを希望していたから

10. 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

11. 給付制限を受けているから

12. 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

13. 以前受けていたサービスに不満があったから

14. その他（具体的に ）

問4-3 【問4-2で「7. 事業所が近くにないから」と回答した方にお聞きします】

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。

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

※ 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4-4 【問4-2で「8. サービスに空きがないから」と回答した方にお聞きします】

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。

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

※ 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4-5 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. 利用したいサービス事業所が近くにできたとき | |
| 3. 利用したいサービスの定員に空きができたとき | |
| 4. 介護者が介護を続けることが困難になったとき | |
| 5. その他（具体的に | ） |
| 6. 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(予防)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. 介護医療院※に入所したい
6. グループホームに入居したい
7. ケアハウスや有料老人ホームに入居したい
8. 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
9. 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 高齢化の進行、介護人材の不足などの要因から、ヘルパー※不足が問題となっています。今後もし、自宅でヘルパーによる支援を受けられるまで時間がかかった場合、あなたはどうしますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. ヘルパーを利用していないのでわからない
2. ヘルパーではなくてもよいので支援してくれる人に来てほしい
(地域住民やボランティアなど)
3. ヘルパーが来てくれるまで待つ
4. 介護施設への入所を検討する
5. その他(具体的に)

※ 「ヘルパー」とは、介護保険サービスとして自宅を訪問し、身体介護や生活援助を行う資格を持つ方をいいます。

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

問5-4 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5-5 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べきである
4. その他（具体的に ）
5. わからない

問5-6 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。

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">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 | <ol style="list-style-type: none">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、28ページの間6-16へお進みください。

問6-3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**がお答えください。

※ 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）にご回答いただくか、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 | 4. 回答しない |
|-------|-------|--------|----------|

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

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

問6-6 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に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	12. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマなど)
2. 夜間の排泄	
3. 食事の介助（食べる時）	13. 食事の準備（調理など）
4. 入浴・洗身	14. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物など)
5. 身だしなみ（洗顔・歯磨きなど）	15. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
6. 衣服の着脱	16. その他 （具体的に
7. 屋内の移乗・移動	）
8. 外出の付き添い、送迎など	
9. 通院の介助・付き添い	17. わからない
10. 服薬	18. 不安に感じていることは、特にない
11. 認知症状への対応	

問6-7 主な家族介護者の介護の負担感はどの程度ですか。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	→ 問6-9へお進みください
2. 少し負担である	
3. 負担である	→ 問6-8へお進みください
4. とても負担である	

問6-8 【問6-7で「2. 少し負担である」～「4. とても負担である」と回答した方にお聞きします】

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。

- | | |
|----------------------------------|---|
| 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. 介護と仕事の両立が難しい | |
| 8. 介護について相談できる人がいない | |
| 9. 離れて暮らしており、介護のために通うことが難しい | |
| 10. 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 | |
| 11. 介護サービスが十分ではない（具体的に | ） |
| 12. その他（具体的に | ） |

問6-9 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いますか。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） | 9. 家族介護者同士の交流の場 | |
| 2. 地域包括支援センター | 10. 民生委員 | |
| 3. 介護予防センター | 11. 家族 | |
| 4. 病院などの医療機関 | 12. 親戚 | |
| 5. ケアマネジャー | 13. 知人 | |
| 6. ホームヘルパー | 14. その他（具体的に | ） |
| 7. 入居中の住宅の相談員など | 15. わからない | |
| 8. 訪問看護ステーション | 16. 特にない | |

問6-10 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6-11 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6-12 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。

※ 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。

- 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

28ページの間6-16へお進みください。

問6-13 【問6-12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」と回答した方にお聞きします】

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行っていますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- 1. 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

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。

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
11. わからない

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。

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6-16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6-16 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. 言葉も意味も知っている | 3. 聞いたことがない |
| 2. 聞いたことはあるが意味は知らない | |

※ 「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、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 | 5. 近隣の人 |
| 2. 同居の子ども | 6. 友人 |
| 3. 別居の子ども | 7. その他(具体的に) |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8. そのような人はいない |

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、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 | 4. 宿泊施設 |
| 2. 兄弟姉妹・親戚・親・孫宅 | 5. その他(具体的に) |
| 3. 友人宅 | 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

令和7年12月22日（月）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・介護予防サービスの概略を以下に記載しています。ただし、ここに記載されているサービスの内容でも、要介護状態区分等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ケアマネジャーにご相談ください。

令和7年11月作成

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・排せつなどの介護や調理・洗濯・掃除などの生活の支援を行います。 ※介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスを含む
2	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。
3	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、主治医と連絡をとりながら、病状の観察や床ずれの手当てなどを行います。
4	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。
5	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。
6	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、レクリエーションなどが受けられます。 ※介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスを含む
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医療機関などで日常生活上の支援や、リハビリテーションが受けられます。
8	短期入所生活介護 (ショートステイ)	短期間、特別養護老人ホームなどに入所しながら、介護や機能訓練が受けられます。別に食費・滞在費を負担する場合があります。
	短期入所療養介護 (ショートステイ)	短期間、介護老人保健施設や介護医療院などに入所しながら、医学的な管理のもとで介護や機能訓練などが受けられます。別に食費・滞在費を負担する場合があります。
9	特定施設入居者生活介護	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場合に、入居している有料老人ホームなどからのサービスや、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。
10	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。

11	居宅介護支援 (ケアマネジャー)	要介護者について、介護支援専門員が本人や家族の希望を聞きながら、状態に最も適したケアプランを作成します。サービス利用にあたっての事業所との調整なども行います。
	介護予防支援 (地域包括支援センター)	要支援・事業対象者の方について、地域包括支援センターの職員が本人や家族の希望を聞きながら、本人の状態や置かれている環境などに応じてケアプランを作成します。サービス利用にあたっての事業所との調整なども行います。
地域密着型サービス（主に要介護１～要介護５）		
12	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。
13	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。
14	地域密着型通所介護 (デイサービス)	定員18人以下のデイサービスで、事業所に通い、入浴や日常動作訓練、レクリエーションなどが受けられます。
15	認知症対応型通所介護 ※要支援１・要支援２の方も利用可能	認知症の状態の方が通所し、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。
16	小規模多機能型居宅介護 ※要支援１・要支援２の方も利用可能	利用者の希望などにより、通いを中心に訪問や泊まりのサービスが受けられます。
17	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ※要支援２の方も利用可能	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。
18	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。
施設サービス（要介護１～要介護５）		
19	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ※原則、要介護３～要介護５の方が利用可能	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などが入所します。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可能
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おいたケアが必要な高齢者などが入所します。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	長期療養や日常生活に介護が必要な高齢者などが入所します。医療と介護の一体的なサービスが受けられます。