

## 介護保険事業等運営委員会の概要について

### 1 目的

介護保険事業等の適正な運営を図るため、及び地域包括支援センター運営協議会の機能を有するものとして、介護保険事業等運営委員会を設置する。

### 2 所管事項

- (1) 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定、評価等に関する事項
- (2) 地域包括支援センターの設置、運営、評価等に関する事項
- (3) 地域密着型サービスの運営に関する事項
- (4) 上記に掲げるもののほか、介護保険事業等の適正な運営を図るために必要な事項

### 3 組織

#### (1) 委員数

14人以内

#### (2) 任期

3年間（令和7年11月1日～令和10年10月31日）

#### (3) 部会

- ・評価部会：各種施策の進捗状況の評価を行う
- ・ワーキング部会：素案作成に必要な調査、研究を行う



## 高齢者総合計画の策定に関して実施する各種調査について

## 1 高齢者総合計画の策定に関する実態調査【資料3～10】

## (1) 目的

現状における高齢者の方々等の生活実態や健康状態、日常生活圏域の課題のほか、生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進等のために必要な社会資源を把握することを目的とする。

国が実施を義務付けている「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者を対象に、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える課題を特定すること、また介護予防・日常生活支援総合事業の評価に活用することを目的としており、本調査においては「第1号被保険者」においてニーズ調査の設問を中心に、市独自の設問を組み合わせ実施する。

## (2) 調査の実施時期

令和8年1月中旬～1月下旬

## (3) 調査の方法

郵送配付・郵送回収（事業所向け調査はインターネット回答）

## (4) 調査対象及び件数

下表のとおり

区分	調査件数
第1号被保険者（「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」該当） 要介護1～5以外の高齢者（一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者）	1,600
第2号被保険者 要支援・要介護認定を受けていない第2号被保険者（40～64歳）	1,000
居宅サービス利用者 要支援・要介護認定を受けている居宅サービス利用者	2,000
施設サービス利用者 要介護認定を受けている施設サービス利用者	470
サービス未利用者 要支援・要介護認定を受けている方のうち、サービスを利用していない方	600
介護保険サービス事業所 介護保険サービスを提供している江別市内の事業所	180
高齢者向け住宅事業者 高齢者向け住宅などの施設を運営している江別市内の事業者	25
ケアマネジャー 江別市内の居宅介護支援事業所等に勤務するケアマネジャー	150

## 2 在宅介護実態調査【資料 11】

### (1) 目的

「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」という観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とする。

### (2) 調査の実施時期

令和8年1月中旬～1月下旬（1の調査と同時に実施）

### (3) 調査の方法

郵送配布・郵送回収

### (4) 調査対象及び件数

対象：要支援・要介護認定の更新・区分変更申請に伴う認定調査を行った方

件数：1,200 件

## 3 地域の実態把握を行うための調査【資料 12～14】

### (1) 目的

「地域の実態把握」を行うための調査であり、それぞれの目的等については下表を参照。

### (2) 調査の実施時期

令和8年1月中旬～1月下旬（1の調査と同時に実施）

### (3) 調査の方法

郵送配付・インターネット回答

### (4) 調査対象及び件数

下表のとおり

調査名	目的	対象事業所	調査件数
在宅生活改善調査	在宅での生活維持が難しくなっている利用者の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討することを目的とする。	居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護等	35
居所変更実態調査	施設等における過去1年間の新規入所の流れや、退去の理由等を把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討することを目的とする。	介護施設等（特養、老健、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム等）	70
介護人材実態調査	介護人材の実態を個票で把握することで、性別・資格の有無等の詳細な実態を把握し、介護人材の確保に向けての必要な取組等を検討することを目的とする。	居宅系介護事業所（訪問介護、通所介護、小規模多機能型居宅介護等）、介護施設等（特養、老健、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム等）	165

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【第 1 号被保険者】

### ■記入方法

- ・ この調査は、令和 8 年 1 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・ なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。
- ・ 回答は、原則として「いくつでも」や「3 つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字 1 つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（     ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和 8 年 1 月 2 3 日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

<該当する選択肢の番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください>

第 1 あなたの家族や生活状況について	
問 1. あなたの性別についてお答えください。	
1. 男性	2. 女性
問 2. 令和 8 年 1 月 1 日現在のあなたの年齢をお答えください。	
1. 65～69 歳	2. 70～74 歳
3. 75～79 歳	4. 80～84 歳
5. 85 歳以上	
問 3. 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。	
1. 介護認定なし	2. 要支援 1
3. 要支援 2	
問 4. 現在、どちらにお住まいですか。町名等を○印で記入してください。	
1. 江別地区	1 条、2 条、3 条、4 条、5 条、6 条、7 条、8 条、緑町西、緑町東 萩ヶ岡、王子、大川通、東光町、一番町、弥生町、高砂町、向ヶ丘 上江別、上江別西町、上江別東町、上江別南町、ゆめみ野東町 ゆめみ野南町、若草町、元町、牧場町、元江別、見晴台、元江別本町 いずみ野、朝日町、あけぼの町、江別太、萌えぎ野中央、萌えぎ野西 萌えぎ野東、美原、篠津、中島、八幡、工栄町、対雁、角山、豊幌 豊幌花園町、豊幌はみんぐ町、豊幌美咲町
2. 野幌地区	錦町、幸町、野幌町、東野幌本町、野幌若葉町、元野幌、新栄台 野幌寿町、野幌屯田町、野幌美幸町、中央町、野幌松並町、野幌末広町 野幌住吉町、野幌代々木町、東野幌、東野幌町、野幌東町、西野幌 緑ヶ丘、あさひが丘
3. 大麻地区	文京台、文京台東町、文京台緑町、文京台南町、大麻、大麻桜木町 大麻ひかり町、大麻南樹町、大麻晴美町、大麻園町、大麻東町 大麻高町、大麻中町、大麻宮町、大麻沢町、大麻扇町、大麻西町 大麻泉町、大麻栄町、大麻新町、大麻北町、大麻元町
問 5. 家族構成をお教えください。	
1. 1 人暮らし	2. 夫婦 2 人暮らし（配偶者 65 歳以上）
3. 夫婦 2 人暮らし（配偶者 64 歳以下）	4. 息子・娘との 2 世帯（子と同居を含む）
5. その他（	）
問 6. あなたの現在のお住まいは、次のどれですか。	
1. 持家（一戸建て）	2. 持家（集合住宅）
3. 公営の賃貸住宅	4. 民間の賃貸住宅（一戸建て）
5. 民間の賃貸住宅（集合住宅）	6. 民間の賃貸住宅（サービス付き高齢者向け住宅）
7. 社宅・間借り	8. その他（
	）

問7. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）

問8. 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。

1. 大変苦しい                      2. やや苦しい                      3. ふつう  
4. ややゆとりがある              5. 大変ゆとりがある

**問 9. あなたは、どこで生活を続けたいですか。**

1. 可能な限り、自宅で生活を続けたい                  2. 介護保険施設へ入所したい
3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい
4. その他（ ）
5. わからない

問 10. もしあなたご自身の介護が必要となった場合、どこで生活をしたいですか。

1. 可能な限り、自宅で生活をしたい
2. 介護保険施設へ入所したい
3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい
4. その他（ ）
5. わからない

## 第2 からだを動かすことについて

問 1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

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

問2. 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. できるし、している      2. できるけどしていない      3. できない

問3. 15分位続けて歩いていますか。

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

**問 4. 過去 1 年間に転んだ経験がありますか。**

1. 何度もある                      2. 1度ある                      3. ない

問5. 転倒に対する不安は大きいですか。

1. とても不安である    2. やや不安である    3. あまり不安でない    4. 不安でない

問6. 週に1回以上は外出していますか。

1. ほとんど外出しない      2. 週1回      3. 週2～4回      4. 週5回以上

問 7. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	
1. とても減っている	2. 減っている
3. あまり減っていない	4. 減っていない
問 8. 外出を控えていますか。	
1. はい ⇒ 問 8-1 へ	2. いいえ ⇒ 第 3 の問 1 へ
問 8-1. (問 8 で「1」と回答した方のみ) 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 ( )

<b>第 3 食べることにについて</b>		
問 1. 身長・体重 (記入例 身長 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> cm 体重 <input type="text" value=""/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> kg)		
身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
問 2. 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重の増減がありましたか。		
1. はい ⇒ 増加 ・ 減少 (どちらかに○をつけてください。)		
2. いいえ		
3. わからない		
問 3. 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		
問 4. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。 (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)		
1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用	2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし	
3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用	4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし	
問 5. 1 日 3 食食べていますか。		
1. はい		
2. いいえ		
問 6. どなたかと食事をともにする機会がありますか。		
1. 毎日ある	2. 週に何度かある	3. 月に何度かある
4. 年に何度かある	5. ほとんどない	



## 第4 毎日の生活について

問1. 物忘れが多いと感じますか。

1. はい

2. いいえ

問2. バスや電車を使って1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

問3. 自分で食品・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

問4. 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

問5. 自分で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

問6. 自分で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

## 第5 地域での活動について

問1. 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 - ⑧それぞれに1つずつ回答してください。

	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
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 通いの場 ※「通いの場」とは、体操等を定期的に行う住民主体の団体	1	2	3	4	5	6
⑥ 高齢者クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦ 自治会	1	2	3	4	5	6
⑧ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問2. 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。

1. 是非参加したい                      2. 参加してもよい
3. 参加したくない                        4. 既に参加している

問3. 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。

1. 是非参加したい                      2. 参加してもよい
3. 参加したくない                        4. 既に参加している

問4. (問1で「参加していない」または問2、問3で「3. 参加したくない」と回答した方のみ、お答えください。)

地域での活動に参加したくない理由を教えてください。(いくつでも)

1. 仕事などが忙しく、まったく時間がとれないから
2. 時間をとれないことはないが、時間があれば休養などにあてたいから
3. 参加したいと思う活動がないから
4. 自宅の近くに活動の場がないから
5. 団体活動はわずらわしいから。一人でできる趣味などがあるから
6. どんな団体や活動があるのか知らないから
7. 職場などでサークル活動などに参加しているから
8. 健康や体力に自信がないから
9. 地域の活動には関心がないから
10. 外出する手段がないから（送迎や誰かの手助けが必要）
11. その他（

問5. 今後、あなたが地域活動などに参加する場合、どのような条件があれば参加・活動しやすいと思いますか。（いくつでも）

1. 活動情報の提供があること
2. 活動や団体を紹介してくれること
3. 友人等と一緒に参加できること
4. 気軽に参加できそうな活動があること
5. NPO団体や自主サークルの立ち上げ支援があること
6. 活動拠点となる場所があること
7. 時間や期間にあまりしばられないこと
8. 身近なところで活動できること
9. 適切な指導者やリーダーがいること
10. 身体的な負担が少ないこと
11. 金銭的な負担が少ないこと
12. その他（ ）
13. どのような条件でもできない

## 第6 就労について

問1. 現在のあなたの就労状態はどれですか（いくつでも）

- |                    |         |              |
|--------------------|---------|--------------|
| 1. 職に就いたことがない      | 2. 引退した | 3. 常勤（フルタイム） |
| 4. 非常勤（パート・アルバイト等） | 5. 自営業  | 6. 求職中       |
| 7. その他             |         |              |

問1-2. （問1で「2. 引退した」と回答した方のみ）  
あなたはいつ引退しましたか

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 |
|---|---|---|

## 第7 たすけあいについて 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

問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）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問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）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問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）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問4. 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問5. 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手（いくつでも）

- |                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| 1. 自治会            | 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・市役所 | 6. その他（                      ） |
| 7. そのような人はいない     |                                |

問6. この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。ただし、同じ人には何度会っても1人と数えることとします。		
1. 0人（いない）	2. 1～2人	3. 3～5人
4. 6～9人	5. 10人以上	

## 第8 健康について

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。										
1. とてもよい		2. まあよい		3. あまりよくない			4. よくない			
問2. あなたは、健康づくりに対して興味・関心はありますか。										
1. 興味・関心があり、取り組んでいる										
2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない										
3. 興味・関心はないが、取り組んでいる										
4. 興味・関心がなく、取り組んでいない										
問3. あなたは、現在どの程度幸せですか。 （「とても不幸」0点、「とても幸せ」を10点として、○印をご記入ください）										
とても不幸 <span style="float: right;">とても幸せ</span>										
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
問4. この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。										
1. はい					2. いいえ					
問5. この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。										
1. はい					2. いいえ					
問6. この1か月間、睡眠で休養が充分とれていますか。										
1. 充分とれている					2. まあまあとれている					
3. あまりとれていない					4. 全くとれていない					
問7. 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					

<b>問 8. 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）</b>	
1. ない	2. 高血圧
3. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	4. 心臓病
5. 糖尿病	6. 高脂血症（脂質異常）
7. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	8. 胃腸・肝臓・胆のうの病気
9. 腎臓・前立腺の病気	10. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）
11. 外傷（転倒・骨折等）	12. がん（悪性新生物）
13. 血液・免疫の病気	14. うつ病
15. 認知症（アルツハイマー病等）	16. パーキンソン病
17. 目の病気	18. 耳の病気
19. その他（	）
<b>問 9. あなたは、介護予防に対して興味・関心はありますか。</b>	
1. 興味・関心があり、取り組んでいる	
2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない	
3. 興味・関心はないが、取り組んでいる	
4. 興味・関心がなく、取り組んでいない	
<b>問 10. あなたは健診を受けていますか。</b>	
1. 定期的に受けている ⇒ 問 11 へ	
2. ときどき受けている ⇒ 問 11 へ	
3. 受けてない ⇒ 問 10-1 へ	
<b>問 10-1. （問 10 で「3」と回答した方のみ）</b>	
<b>健診を受けていない方はその理由を教えてください。（いくつでも）</b>	
1. 忙しくて行けなかった	2. 健診の内容や受診の方法等がわからない
3. 健診費用がかかる	4. 健康なので必要性を感じない
5. 既に医療機関で治療中である	6. 面倒だから
7. 結果を知るのがこわい	8. 検査に伴う苦痛などに不安がある
9. その他（	） 10. 特に理由はない





## 第10 あなたが受けている手助けについて

問1. 現在、あなたが受けている手助けについて、以下のA・Bそれぞれお答えください。

A欄：あなたは、A欄のような手助けを家族や家族以外の人から受けていますか。

B欄：A欄で○をつけた手助けは誰から受けていますか。

<b>【A 欄】</b> 受けている 手 助 け  (ア～ケのうち、該当するものはいくつでも。 受けていない場合は「コ。」に○)	<b>【B 欄】手助けをしてくれる人</b> (1～11のうち、該当するものはいくつでも)										
	1 同居の家族	2 別居の家族や親戚	3 自治会や近所の人	4 友人・知人	5 市役所	6 地域包括支援センター	7 社会福祉協議会	8 民生委員	9 民間事業者 ホームヘルパーなどの	10 NPO団体 ボランティア・	11 その他( )
ア. 安否確認の声かけ	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
イ. ちょっとした買い物やゴミ出し	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ウ. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
エ. 食事の提供 (会食・配食など)	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
オ. 通院や外出の手助け	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
カ. 電球交換や簡単な大工仕事	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
キ. 話し相手や相談相手	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ク. 冬期間の除雪	→ 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ケ. その他( )	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
コ. いずれも受けていない											

問2. あなたは、必要なのに受けていない手助けがありますか。(いくつでも)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 安否確認の声かけ        | 2. ちょっとした買い物やゴミ出し |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 4. 食事の提供(会食・配食など) |
| 5. 通院や外出の手助け       | 6. 電球交換や簡単な大工仕事   |
| 7. 話し相手や相談相手       | 8. 冬期間の除雪         |
| 9. 災害時の手助け         | 10. その他( )        |
| 11. 特にない           |                   |



問3. あなたはちょっとした手助け（家事や買い物など）を家族以外の近所の人にお願いすることができますか。		
1. お願いできる	2. お願いできない	3. わからない
問4. あなたは、家族以外の近所の人からちょっとした手助け（家事や買い物など）をお願いされたら引き受けますか。		
1. 引き受ける	2. 引き受けない	3. わからない
問5. （高齢者のみならず）地域住民が安心して暮らすことができるよう、地域の支え合いとして、あなたご自身ができることは何ですか。（3つまで）		
1. 安否確認の声かけ	2. ちょっとした買い物やゴミ出し	
3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い	4. 食事の提供（会食・配食など）	
5. 通院や外出の手助け	6. 電球交換や簡単な大工仕事	
7. 話し相手や相談相手	8. 冬期間の除雪	
9. 災害時の手助け	10. その他（	）
11. 特にない		

## 第11 高齢者の健康と福祉へ望むこと

問1. あなたには、継続的に診療を受けていたり、体調が悪いときなどに気軽に相談できる「かかりつけ医（主治医）」がいますか。	
1. いる	2. いない
問2. あなたは「かかりつけ医（主治医）」の必要性を、どうお考えですか。	
1. 常に必要である	
2. 継続して治療を要する病気になったら必要とする	
3. 必要でない	
4. どちらともいえない	
5. その他（	
）	
問3. 地域包括支援センターを知っていますか。	
1. 知っている	
2. 聞いたことはあるが何をするとところかは知らない	
3. 知らない	
※ 地域包括支援センターとは、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士が配置され、高齢者の総合的な支援窓口としての役割を担う機関です。	

**問 4. 地域包括支援センターに、あなたが特に期待するのはどれですか。（3つまで）**

1. 地域での介護予防の普及や教室の開催
2. 介護保険制度や福祉制度の総合相談窓口
3. 様々な困りごとの相談窓口
4. 認知症の早期発見や予防に関する情報の発信
5. 介護技術や様々な介護に関する情報の発信
6. 高齢者虐待・悪徳商法などから高齢者を守る活動
7. 成年後見制度の案内や利用支援
8. 自治会・民生委員など福祉のネットワークの構築
9. 病院など医療関係者とのネットワークの構築
10. 地域の高齢者を見守る中心的存在
11. ケアプランの作成
12. その他（ ）
13. 特に期待することはない

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

## 第 12 成年後見制度について

**問 1. あなたは成年後見制度を知っていますか。**

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 制度の内容や手続方法を知っている | 2. 制度の内容を大まかに知っている |
| 3. 名前だけ知っている        | 4. よく知らない          |

**問 2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。**

- |              |           |            |           |
|--------------|-----------|------------|-----------|
| 1. 現在利用している  | ⇒ 問 3 へ   | 2. 今後利用したい | ⇒ 問 3 へ   |
| 3. 利用は考えていない | ⇒ 問 2-1 へ | 4. わからない   | ⇒ 問 2-1 へ |

**問 2-1. （問 2 で「3」または「4」と回答した方のみ）**

**成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。（いくつでも）**

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. どうやって手続きしたらよいかわからない  |                 |
| 2. 利用すると、どんな効果があるかわからない |                 |
| 3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配  |                 |
| 4. 誰が成年後見人になるか不安        | 5. 家族との違いがわからない |
| 6. 不正が怖い                | 7. その他（ ）       |

**問3. あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。（いくつでも）**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等） | 2. 身の回りのことができなくなってきたこと |
| 3. 自分自身の将来             | 4. 財産の管理や家（土地）等の処分     |
| 5. 借金問題                | 6. 悪徳商法等に騙されること        |
| 7. 身体的（病気等）なこと         | 8. 契約（施設入所等）ができないこと    |
| 9. 親亡き後の子どもの将来（生活等）    | 10. 相続や遺言について          |
| 11. その他（               | ）                      |
| 12. 不安に思っていることはない      |                        |

**問4. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。**

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

**問5. 成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。（いくつでも）**

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 市役所               | 2. 江別市成年後見支援センター   |
| 3. 地域包括支援センター        | 4. 障がい者支援センター      |
| 5. 法テラス              | 6. 家庭裁判所           |
| 7. 専門職（弁護士・司法書士等）    | 8. 消費者協会（消費生活センター） |
| 9. どの機関に相談してよいかわからない | 10. 相談をする必要がない     |
| 11. その他（             | ）                  |

## **第13 介護保険制度について**

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

**問1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。**

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他（
6. わからない

問2. 介護保険サービス（訪問介護や住宅改修など）を利用するには、要介護認定を受ける必要があることを知っていますか。

## 1. 知っている

2. 知らない

**問 3. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。**  
**(3つまで)**

## 1. 生きがい・社会参加への支援

## 2. 働く機会への支援

### 3. ボランティアや地域活動の充実

#### 4. 介護予防・健康づくりの推進

## 5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動

## 6. 多様な生活支援サービスの充実

## 7. 介護保険サービスの充実

## 8. 入所施設の整備

## 9. 認知症高齢者とその家族への支援

## 10. 地域包括支援センターの充実

## 11. 住まいに関する情報提供の充実

12. その他 (

) 13. わからない

## 意見 さいごに（自由意見）

介護保険や高齢者保健福祉に対する新たなサービスの提案など、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、

令和8年1月23日（金）までに返送してください。

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【第 2 号被保険者】

### ■記入方法

- ・ この調査は、令和 8 年 1 月 1 日現在現在の状況についてお答えください。
- ・ なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。
- ・ 回答は、原則として「いくつでも」や「3 つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字 1 つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（     ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和 8 年 1 月 2 3 日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

＜該当する選択肢の番号に○をつけてください＞

## 第1 あなたの家族や生活状況について

問1. あなたの性別についてお答えください。

1. 男性

2. 女性

問2. 令和8年1月1日現在のあなたの年齢をお答えください。

1. 40～44歳

2. 45～49歳

3. 50～54歳

4. 55～59歳

5. 60歳以上

問3. 現在、どちらにお住まいですか。町名等を○印で記入してください。

1. 江別地区

1条、2条、3条、4条、5条、6条、7条、8条、緑町西、緑町東  
萩ヶ岡、王子、大川通、東光町、一番町、弥生町、高砂町、向ヶ丘  
上江別、上江別西町、上江別東町、上江別南町、ゆめみ野東町  
ゆめみ野南町、若草町、元町、牧場町、元江別、見晴台、元江別本町  
いずみ野、朝日町、あけぼの町、江別太、萌えぎ野中央、萌えぎ野西  
萌えぎ野東、美原、篠津、中島、八幡、工栄町、対雁、角山、豊幌  
豊幌花園町、豊幌はみんぐ町、豊幌美咲町

2. 野幌地区

錦町、幸町、野幌町、東野幌本町、野幌若葉町、元野幌、新栄台  
野幌寿町、野幌屯田町、野幌美幸町、中央町、野幌松並町、野幌末広町  
野幌住吉町、野幌代々木町、東野幌、東野幌町、野幌東町、西野幌  
緑ヶ丘、あさひが丘

3. 大麻地区

文京台、文京台東町、文京台緑町、文京台南町、大麻、大麻桜木町  
大麻ひかり町、大麻南樹町、大麻晴美町、大麻園町、大麻東町  
大麻高町、大麻中町、大麻宮町、大麻沢町、大麻扇町、大麻西町  
大麻泉町、大麻栄町、大麻新町、大麻北町、大麻元町

問4. 家族構成をお教えてください。

1. 1人暮らし

2. 夫婦2人暮らし

3. 親と同居

4. 子と同居

5. その他（

）

問5. 現在、介護を必要とする高齢者などと同居（2世帯住宅を含む）していますか。

1. 介護を必要とする高齢者などと同居している

2. 今はいないが、今後同居する予定がある

3. 同居していない

4. その他（

）

<b>問 6. あなたは親子の同居について、どのように考えますか。</b>		
1. できる限り一緒に暮らすのがよい 2. 親が元気なうちは別居し、身体が弱ったら一緒に暮らすのがよい 3. 近所に住んで行き来ができれば、別居するほうがよい 4. できれば、別居するほうがよい 5. その他 ( )		
<b>問 7. あなたの現在のお住まいは、次のどれですか。</b>		
1. 持家（一戸建て）	2. 持家（集合住宅）	
3. 公営の賃貸住宅	4. 民間の賃貸住宅（一戸建て）	
5. 民間の賃貸住宅（集合住宅）	6. 民間の賃貸住宅（サービス付き高齢者向け住宅）	
7. 社宅・間借り	8. その他 ( )	
<b>問 8. あなたは現在、育児や介護をしていますか。</b>		
1. 育児のみをしている	2. 介護のみをしている	
3. 育児と介護の両方をしている	4. どちらもしていない	
<b>問 9. 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。</b>		
1. 大変苦しい	2. やや苦しい	3. ふつう
4. ややゆとりがある	5. 大変ゆとりがある	
<b>問 10. あなたは、どこで生活を続けたいですか。</b>		
1. 可能な限り、自宅で生活を続けたい 2. 介護保険施設へ入所したい 3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい 4. その他 ( ) 5. わからない		
<b>問 11. もし、あなたご自身の介護が必要となった場合、どこで生活をしたいですか。</b>		
1. 可能な限り、自宅で生活をしたい 2. 介護保険施設へ入所したい 3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい 4. その他 ( ) 5. わからない		

問 12. 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手はどなたですか。 (いくつでも)	
1. 自治会	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・市役所	6. その他 ( )
7. そのような人はいない	

<b>第 2</b>	<b>からだを動かすことについて</b>
問 1. 週に 1 回以上は外出していますか。	
1. ほとんど外出しない    2. 週 1 回    3. 週 2 ～ 4 回    4. 週 5 回以上	
問 2. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	
1. とても減っている    2. 減っている	
3. あまり減っていない    4. 減っていない	

<b>第 3</b>	<b>食べることについて</b>						
問 1. 身長・体重 (記入例    身長 <table border="1"><tr><td>1</td><td>6</td><td>0</td></tr></table> cm    体重 <table border="1"><tr><td></td><td>5</td><td>0</td></tr></table> kg)		1	6	0		5	0
1	6	0					
	5	0					
身長	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> cm    体重 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> kg						
問 2. 6 か月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重の増減がありましたか。							
1. はい    ⇒    増加    ・    減少    (どちらかに○をつけてください。)							
2. いいえ							
3. わからない							
問 3. 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							
問 4. 1 日 3 食食べていますか。							
1. はい    2. いいえ							
問 5. どなたかと食事をとにもする機会がありますか。							
1. 毎日ある    2. 週に何度かある    3. 月に何度かある							
4. 年に何度かある    5. ほとんどない							



## 第4 健康について

問 1. あなたは健診を受けていますか。

1. 定期的に受けている ⇒ 問2へ      2. ときどき受けている ⇒ 問2へ  
3. 受けてない ⇒ 問1-1へ

問 1-1. (問 1 で「3」と回答した方のみ)

健診を受けていない方はその理由を教えてください。(いくつでも)

1. 忙しくて行けなかった
2. 健診の内容や受診の方法等がわからない
3. 健診費用がかかる
4. 健康なので必要性を感じない
5. 既に医療機関で治療中である
6. 面倒だから
7. 結果を知るのがこわい
8. 検査に伴う苦痛などに不安がある
9. その他（ ）
10. 特に理由はない

問2. あなたは、通院によって、医師にどのくらいの頻度でみてもらっていますか。

1. 週に4回以上 ⇒ 問2-1へ      2. 週に2・3回 ⇒ 問2-1へ  
3. 週に1回 ⇒ 問2-1へ      4. 月に2回 ⇒ 問2-1へ  
5. 月に1回 ⇒ 問2-1へ      6. 通院していない ⇒ 問3へ

問2-1. (問2で「1」～「5」のいずれかに回答した方のみ)

通院している主な原因はなんですか。（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（悪性新生物）
12. 血液・免疫の病気
13. うつ病
14. 認知症（アルツハイマー病等）
15. パーキンソン病
16. 目の病気
17. 耳の病気
18. その他（ ）

問3. 自力で通院出来なくなった場合、どのような方法で医師にみてもらいたいですか。  
(いくつでも)

1. 訪問診療（往診）  
2. 介護タクシーで通院  
3. 家族の付き添いで通院  
4. ヘルパーの付き添いで通院  
5. ボランティアの付き添いで通院  
6. その他（ ）

問4. あなたには、継続的に診療を受けていたり、体調が悪いときなどに気軽に相談できる「かかりつけ医（主治医）」がいますか。	
1. いる	2. いない
問5. あなたは「かかりつけ医（主治医）」の必要性を、どうお考えですか。	
1. 常に必要である 2. 継続して治療を要する病気になったら必要とする 3. 必要でない 4. どちらともいえない 5. その他（ ）	
問6. あなたは、健康を維持するために、心がけていることはありますか。（いくつでも）	
1. ウォーキングなどの運動・体操をする      2. 趣味を持つ 3. 食事の栄養バランスに気をつける      4. 休息や睡眠をとるようにする 5. 規則正しい生活を心がける      6. 外出 7. その他（ ）      8. 特にない	

## 第5 高齢期の健康と福祉へ望むこと

問1. 健康について、どのようなことが知りたいですか。（いくつでも）	
1. がんや高血圧などの生活習慣病にならないための工夫について 2. 望ましい食生活の工夫について      3. 運動の方法について 4. 検診の内容や受け方について      5. 寝たきり予防について 6. 歯・口腔の健康について      7. 認知症の予防について 8. 心の健康保持について      9. その他（ ） 10. 特にない	
問2. 地域包括支援センターを知っていますか。	
1. 知っている      2. 聞いたことはあるが何をするとところかは知らない 3. 知らない	
※ 地域包括支援センターとは、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士が配置され、高齢者の総合的な支援窓口としての役割を担う機関です。	

**問3. 地域包括支援センターに、あなたが特に期待するのはどれですか。（3つまで）**

1. 地域での介護予防の普及や教室の開催
2. 介護保険制度や福祉制度の総合相談窓口
3. 様々な困りごとの相談窓口
4. 認知症の早期発見や予防に関する情報の発信
5. 介護技術や様々な介護に関する情報の発信
6. 高齢者虐待・悪徳商法などから高齢者を守る活動
7. 成年後見制度の案内や利用支援
8. 自治会・民生委員など福祉のネットワークの構築
9. 病院など医療関係者とのネットワークの構築
10. 地域の高齢者を見守る中心的存在
11. ケアプランの作成
12. その他（ ）
13. 特に期待することはない

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。

**問4. 介護保険制度において、介護にかかわるこれからの施策のあり方について、特に力を入れるべきことはなんでしょうか。（2つまで）**

1. 介護保険制度の仕組みや利用方法に関する情報提供の充実
2. ケアマネジャーやサービス提供事業者に関するPRや情報提供の充実
3. 訪問サービス（ホームヘルプや訪問看護など）の量や質の充実
4. 通所サービス（デイサービスなど）の量や質の充実
5. 入所施設の確保
6. 苦情相談窓口の充実
7. その他（ ）
8. 特にない・わからない

問5. 介護にかかわる支援事業のあり方について、特に力を入れるべきことはなんだと思いますか。（2つまで）

1. 介護予防や健康づくり事業など保健事業の充実
2. 認知症の予防や早期発見、支えるための施策の充実
3. 成年後見制度などの権利擁護のための制度の案内や利用支援
4. 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
5. 高齢者を地域で見守るような住民の助け合い活動の育成
6. 高齢者が参加できるボランティアグループなどの紹介・相談
7. 高齢者クラブ・趣味のグループなどの紹介・相談
8. 学習や講座などについての情報提供
9. 高齢者の働く場についての情報提供
10. その他（
11. 特にない・わからない

## 第6 成年後見制度について

**問 1. あなたは成年後見制度を知っていますか。**

1. 制度の内容や手続方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

問2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。

- |              |   |              |
|--------------|---|--------------|
| 1. 現在利用している  | ⇒ | 8 ページ間 3 へ   |
| 2. 今後利用したい   | ⇒ | 8 ページ間 3 へ   |
| 3. 利用は考えていない | ⇒ | 8 ページ間 2-1 へ |
| 4. わからない     | ⇒ | 8 ページ間 2-1 へ |

**問 2-1. (問 2 で「3」または「4」と回答した方のみ)**

**成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。(いくつでも)**

1. どうやって手続きしたらよいかわからない
2. 利用すると、どんな効果があるかわからない
3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配
4. 誰が成年後見人になるか不安
5. 家族との違いがわからない
6. 不正が怖い
7. その他 ( )

**問 3. あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。(いくつでも)**

1. 日常の金銭管理(日常の買物、支払い等)
2. 身の回りのことができなくなってきたこと
3. 自分自身の将来
4. 財産の管理や家(土地)等の処分
5. 借金問題
6. 悪徳商法等に騙されること
7. 身体的(病気等)なこと
8. 契約(施設入所等)ができないこと
9. 親亡き後の子どもの将来(生活等)
10. 相続や遺言について
11. その他 ( )
12. 不安に思っていることはない

**問 4. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。**

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

**問 5. 成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。(いくつでも)**

1. 市役所
2. 江別市成年後見支援センター
3. 地域包括支援センター
4. 障がい者支援センター
5. 法テラス
6. 家庭裁判所
7. 専門職(弁護士・司法書士等)
8. 消費者協会(消費生活センター)
9. どの機関に相談してよいかわからない
10. 相談をする必要がない
11. その他 ( )

## 第7 地域での活動や手助けについて

問1. あなたはちょっとした手助け（家事や買い物など）を家族以外の近所の人にお願いすることができますか。

1. 願いできる                      2. 願いできない                      3. わからない

問2. あなたは、家族以外の近所の人からちょっとした手助け（家事や買い物など）をお願いされたら引き受けますか。

1. 引き受ける                      2. 引き受けない                      3. わからない

問3. 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。

1. 是非参加したい                      2. 参加してもよい  
3. 参加したくない                        4. 既に参加している

問 4. 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか。

1. 是非参加したい                      2. 参加してもよい
3. 参加したくない                        4. 既に参加している

問5. (問3または問4で「3. 参加したくない」と回答した方のみ)  
地域での活動に参加したくない理由を教えてください。(いくつでも)

1. 仕事などが忙しく、まったく時間がとれないから
2. 時間をとれないことはないが、時間があれば休養などにあてたいから
3. 参加したいと思う活動がないから
4. 自宅の近くに活動の場がないから
5. 団体活動はわずらわしいから。一人でできる趣味などがあるから
6. どんな団体や活動があるのか知らないから
7. 職場などでサークル活動などに参加しているから
8. 健康や体力に自信がないから
9. 地域の活動には関心がないから
10. 外出する手段がないから（送迎や誰かの手助けが必要）
11. その他（

<b>問 6. 今後、あなたが地域活動などに参加する場合、どのような条件があれば参加・活動しやすいと思いますか。（いくつでも）</b>	
1. 活動情報の提供があること 3. 友人等と一緒に参加できること 5. NPO団体や自主サークルの立ち上げ支援があること 6. 活動拠点となる場所があること 8. 身近なところで活動できること 10. 身体的な負担が少ないこと 12. その他（	2. 活動や団体を紹介してくれること 4. 気軽に参加できそうな活動があること 7. 時間や期間にあまりしばられないこと 9. 適切な指導者やリーダーがいること 11. 金銭的な負担が少ないこと 13. どのような条件でもできない
<b>問 7. （高齢者のみならず）地域住民が安心して暮らすことができるよう、地域の支え合いとして、あなたご自身ができることは何ですか。（3つまで）</b>	
1. 安否確認の声かけ 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い 5. 通院や外出の手助け 7. 話し相手や相談相手 9. 災害時の手助け 11. 特にない	2. ちょっとした買い物やゴミ出し 4. 食事の提供（会食・配食など） 6. 電球交換や簡単な大工仕事 8. 冬期間の除雪 10. その他（

## 第 8 認知症について

<b>問 1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。</b>	
1. はい	2. いいえ
<b>問 2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。</b>	
1. はい	2. いいえ

問3. あなたは、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 認知症になると、「幻覚」・「妄想」や「ひとり歩き」などにより、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう
6. その他（ ）
7. わからない

問4. もし、あなたの家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。(いくつでも)

1. 親族
2. 地域包括支援センター
3. 市役所
4. かかりつけ医（主治医）・病院
5. ケアマネジャー・介護サービス事業所
6. 社会福祉協議会
7. 民生委員
8. 自治会
9. 友人
10. その他（ ）
11. 周囲には打ち明けない

問5. 認知症に対して不安に思いますか。

1. 不安に思う                  2. 今は大丈夫だが将来不安                  3. 心配ない

問6. 認知症について相談できる場所はありますか。(いくつでも)

1. 親族
2. 地域包括支援センター
3. 市役所
4. かかりつけ医（主治医）・病院
5. ケアマネジャー・介護サービス事業所
6. 社会福祉協議会
7. 民生委員
8. 自治会
9. 友人
10. その他（ ）
11. 特になし



問 7. 市では、地域の皆さんを対象として「認知症サポーター」（認知症について正しい理解を持ち、認知症の人の応援者としてご本人や家族を暖かく見守る人）になるための講座を開催しています。

あなたは「認知症サポーター」をご存知ですか。

1. 知っている                      2. 聞いたことはある                      3. 知らない

問8. あなたは「認知症サポーター養成講座」を受講したいと思いますか。

1. 受講したい ⇒ 第9の間1へ      2. 受講したくない ⇒ 問8-1へ  
3. すでに受講した ⇒ 第9の間1へ

問8-1. (問8で「2」と回答した方のみ) 受講したくない理由を教えてください。

1. 仕事などが忙しく、まったく時間がとれないから
2. 時間をとれないことはないが、時間があれば休養などにあてたいから
3. 興味がないから
4. その他 ( )

## 第9 介護保険制度について

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

問1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他（ ）
6. わからない

問2. 介護保険サービス（訪問介護や住宅改修など）を利用する際には、要介護認定を受ける必要があることを知っていますか。

1. 知っている                      2. 知らない

問3. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援
2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実
4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動
6. 多様な生活支援サービスの充実
7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実
11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他 ( )
13. わからない

## 意見 さいごに（自由意見）

介護保険や高齢者保健福祉に対する新たなサービスの提案など、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

---

---

---

---

---

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、  
令和8年1月23日（金）まで に返送してください。

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【居宅サービス利用者】

### ■記入方法

- ・既に介護保険施設に入所されている場合は、次ページの「はじめに」に入所年月を記入し、そのまま返信用封筒に入れて、切手を貼らず返送してください（回答はしなくてかまいません）。
- ・この調査は、令和8年1月1日現在の状況についてお答えください。
- ・なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。
- ・回答は、原則として「いくつでも」や「3つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字1つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和8年1月23日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

## はじめに 居宅サービスの利用について

介護保険施設に入所された方は、入所年月をご記入ください。

令和（ ）年（ ）月に介護保険施設に入所

※既に介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）に入所している場合は、これでこの調査は終了です。同封した返信用封筒にこの調査票を入れ、返送してください。

※グループホーム・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅にお住まいの方はご回答ください。

## 居宅サービス（グループホーム等にお住まいの方を含む）を利用している方は、以下の設問にお答えください

### 第1 あなたのご家族や生活状況について

問1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |                           |         |
|---------------------------|---------|
| 1. あて名のご本人                | ⇒ 問2へ   |
| 2. あて名のご本人が回答してご家族の方などが代筆 | ⇒ 問2へ   |
| 3. ご家族の方などが本人にかわって回答      | ⇒ 問1-1へ |

問1-1. （問1で「3」と回答した方のみ） ご本人とのご関係をお聞きます。

- |           |        |             |
|-----------|--------|-------------|
| 1. 配偶者    | 2. 子ども | 3. 子ども以外の親族 |
| 4. その他（ ） |        |             |

※代理で回答される方へのお願い

設問中の「あなた」とは、介護認定を受けられた方ご本人を指します。

ご本人が、質問の内容がわからなかったり、答えることができない場合には、ご本人の立場に立ってお答えください。

問2. あなたの性別についてお答えください。

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

問3. 令和8年1月1日現在のあなたの年齢をお答えください。

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～49歳 | 2. 50～59歳 | 3. 60～64歳 | 4. 65～69歳 |
| 5. 70～74歳 | 6. 75～79歳 | 7. 80～84歳 | 8. 85歳以上  |

問4. 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 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 |         |

問5. 現在、どちらにお住まいですか。町名等を○印で記入してください。	
1. 江別地区	1条、2条、3条、4条、5条、6条、7条、8条、緑町西、緑町東 萩ヶ岡、王子、大川通、東光町、一番町、弥生町、高砂町、向ヶ丘 上江別、上江別西町、上江別東町、上江別南町、ゆめみ野東町 ゆめみ野南町、若草町、元町、牧場町、元江別、見晴台、元江別本町 いずみ野、朝日町、あけぼの町、江別太、萌えぎ野中央、萌えぎ野西 萌えぎ野東、美原、篠津、中島、八幡、工栄町、対雁、角山、豊幌 豊幌花園町、豊幌はみんぐ町、豊幌美咲町
2. 野幌地区	錦町、幸町、野幌町、東野幌本町、野幌若葉町、元野幌、新栄台 野幌寿町、野幌屯田町、野幌美幸町、中央町、野幌松並町、野幌末広町 野幌住吉町、野幌代々木町、東野幌、東野幌町、野幌東町、西野幌 緑ヶ丘、あさひが丘
3. 大麻地区	文京台、文京台東町、文京台緑町、文京台南町、大麻、大麻桜木町 大麻ひかり町、大麻南樹町、大麻晴美町、大麻園町、大麻東町 大麻高町、大麻中町、大麻宮町、大麻沢町、大麻扇町、大麻西町 大麻泉町、大麻栄町、大麻新町、大麻北町、大麻元町
問6. 家族構成をお教えてください。	
1. 1人暮らし 2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） 3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） 4. 息子・娘との2世帯（子と同居を含む） 5. その他（ ）	
問7. あなたの現在のお住まいは、次のどれですか。	
1. 持家（一戸建て） 2. 持家（集合住宅） 3. 公営の賃貸住宅 4. 民間の賃貸住宅（一戸建て） 5. 民間の賃貸住宅（集合住宅） 6. 民間の賃貸住宅（サービス付き高齢者向け住宅） 7. 社宅・間借り 8. グループホーム・特定施設（介護付有料老人ホーム） 9. その他（ ）	
問8. あなたは、どこで生活続けたいですか。	
1. 可能な限り、自宅で生活をしたい 2. 介護保険施設へ入所したい 3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい 4. その他（ ） 5. わからない	

## 第2 食べることについて

問1. 身長・体重 (記入例 身長 cm 体重 kg)

身長 cm 体重 kg

問2. 6か月間で2～3kg以上の体重の増減がありましたか。

1. はい ⇒ 増加 ・ 減少 (どちらかに○をつけてください。)
2. いいえ
3. わからない

問3. 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

問4. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。  
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。)

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

問5. 1日3食食べていますか。

1. はい 2. いいえ

問6. どなたかと食事をともにする機会がありますか。

1. 毎日ある 2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある 5. ほとんどない

## 第3 毎日の生活について

問1. 物忘れが多いと感じますか。

1. はい 2. いいえ

問2. バスや電車を使って1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

## 第4 就労について

問1. 現在のあなたの就労状態はどれですか（いくつでも）

- |                    |         |              |
|--------------------|---------|--------------|
| 1. 職に就いたことがない      | 2. 引退した | 3. 常勤（フルタイム） |
| 4. 非常勤（パート・アルバイト等） | 5. 自営業  | 6. 求職中       |
| 7. その他             |         |              |

問1-2. （問1で「2. 引退した」と回答した方のみ）  
あなたはいつ引退しましたか

- |       |                      |                      |   |       |                      |                      |   |       |                      |                      |   |
|-------|----------------------|----------------------|---|-------|----------------------|----------------------|---|-------|----------------------|----------------------|---|
| 1. 昭和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | 2. 平成 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | 3. 令和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 |
|-------|----------------------|----------------------|---|-------|----------------------|----------------------|---|-------|----------------------|----------------------|---|

## 第5

### たすけあいについて

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

問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）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問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）

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 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 |           |           |

問3. 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手（いくつでも）

- |                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| 1. 自治会            | 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・市役所 | 6. その他（                      ） |
| 7. そのような人はいない     |                                |

<div>第6</div> <div>健康について</div>															
問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。															
1. とてもよい			2. まあよい			3. あまりよくない			4. よくない						
問2. あなたは、健康づくりに対して興味・関心はありますか。															
1. 興味・関心があり、取り組んでいる															
2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない															
3. 興味・関心はないが、取り組んでいる															
4. 興味・関心がなく、取り組んでいない															
問3. あなたは、現在どの程度幸せですか。															
<div>（「とても不幸」0点、「とても幸せ」を10点として、○印をご記入ください）</div>															
<div>とても不幸</div> <div>とても幸せ</div>															
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点					
問4. あなたは、介護予防に対して興味・関心はありますか。															
1. 興味・関心があり、取り組んでいる															
2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない															
3. 興味・関心はないが、取り組んでいる															
4. 興味・関心がなく、取り組んでいない															
問5. あなたは健診を受けていますか。															
1. 定期的に受けている				⇒ 問6へ				2. ときどき受けている				⇒ 問6へ			
3. 受けてない				⇒ 問5-1へ											
問5-1. （問5で「3」と回答した方のみ）															
健診を受けていない方はその理由を教えてください。（いくつでも）															
1. 忙しくて行けなかった						2. 健診の内容や受診の方法等がわからない									
3. 健診費用がかかる						4. 健康なので必要性を感じない									
5. 既に医療機関で治療中である						6. 面倒だから									
7. 結果を知るのがこわい						8. 検査に伴う苦痛などに不安がある									
9. その他（						） 10. 特に理由はない									
問6. あなたは、通院によって、医師にどのくらいの頻度でみてもらっていますか。															
1. 週に4回以上				⇒ 問6-1へ				2. 週に2・3回				⇒ 問6-1へ			
3. 週に1回				⇒ 問6-1へ				4. 月に2回				⇒ 問6-1へ			
5. 月に1回				⇒ 問6-1へ				6. 通院していない				⇒ 6ページ問7へ			



<b>問 6-1. (問 6 で「1」～「5」のいずれかに回答した方のみ)</b> <b>通院している主な原因はなんですか。(いくつでも)</b>				
1. 高血圧 3. 心臓病 5. 高脂血症(脂質異常) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 11. がん(悪性新生物) 13. うつ病 15. パーキンソン病 17. 耳の病気	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 4. 糖尿病 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 8. 腎臓・前立腺の病気 10. 外傷(転倒・骨折等) 12. 血液・免疫の病気 14. 認知症(アルツハイマー病等) 16. 目の病気 18. その他( )			
<b>問 7. 自力で通院出来なくなった場合、どのような方法で医師にみてもらいたいですか。(いくつでも)</b>				
1. 訪問診療(往診) 3. 家族の付き添いで通院 5. ボランティアの付き添いで通院	2. 介護タクシーで通院 4. ヘルパーの付き添いで通院 6. その他( )			
<b>問 8. あなたには、継続的に診療を受けていたり、体調が悪いときなどに気軽に相談できる「かかりつけ医(主治医)」がいますか。</b>				
1. いる	2. いない			
<b>問 9. あなたは「かかりつけ医(主治医)」の必要性を、どうお考えですか。</b>				
1. 常に必要である 2. 継続して治療を要する病気になったら必要とする 3. 必要でない 4. どちらともいえない 5. その他( )				
<b>問 10. 訪問診療(歯科含む)を受けていますか。</b>				
1. 受けている ⇒ 問 10-1 へ	2. 受けてない ⇒ 第 7 の問 1 へ			
<b>問 10-1. (問 10 で「1」と回答した方のみ) どちらの訪問診療を利用されていますか。</b>				
1. 江別市内	2. 江別市外	3. どちらも		
<b>問 10-2. (問 10 で「1」と回答した方のみ) 訪問診療を 1 ヶ月に何回受けていますか。</b>				
1. 1 回	2. 2 回	3. 3 回	4. 4 回	5. 5 回以上

## 第7 成年後見制度について

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。

問1. あなたは成年後見制度を知っていますか。

1. 制度の内容や手続方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

問2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。

1. 現在利用している ⇒ 問3へ
2. 今後利用したい ⇒ 問3へ
3. 利用は考えていない ⇒ 問2-1へ
4. わからない ⇒ 問2-1へ

問2-1. （問2で「3」または「4」と回答した方のみ）

成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。（いくつでも）

1. どうやって手続きしたらよいかわからない
2. 利用すると、どんな効果があるかわからない
3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配
4. 誰が成年後見人になるか不安
5. 家族との違いがわからない
6. 不正が怖い
7. その他（

）

<b>問3. あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。（いくつでも）</b>	
1. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等） 2. 身の回りのことができなくなってきたこと 3. 自分自身の将来 4. 財産の管理や家（土地）等の処分 5. 借金問題 6. 悪徳商法等に騙されること 7. 身体的（病気等）なこと 8. 契約（施設入所等）ができないこと 9. 親亡き後の子どもの将来（生活等） 10. 相続や遺言について 11. その他（ <span style="float: right;">）</span> 12. 不安に思っていることはない	
<b>問4. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。</b>	
1. 知っていて、利用したことがある 2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている 3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない 4. 知らない	
<b>問5. 成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。（いくつでも）</b>	
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">1. 市役所</div> <div style="width: 50%;">2. 江別市成年後見支援センター</div> <div style="width: 50%;">3. 地域包括支援センター</div> <div style="width: 50%;">4. 障がい者支援センター</div> <div style="width: 50%;">5. 法テラス</div> <div style="width: 50%;">6. 家庭裁判所</div> <div style="width: 50%;">7. 専門職（弁護士・司法書士等）</div> <div style="width: 50%;">8. 消費者協会（消費生活センター）</div> <div style="width: 50%;">9. どの機関に相談してよいかわからない</div> <div style="width: 50%;">10. 相談をする必要がない</div> <div style="width: 50%;">11. その他（<span style="float: right;">）</span></div> </div>	

<b>第8 認知症について</b>	
<b>問1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。</b>	
1. はい <span style="float: right;">2. いいえ</span>	
<b>問2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。</b>	
1. はい <span style="float: right;">2. いいえ</span>	

<b>問3. あなたは、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。</b>		
1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる 2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける 3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる 4. 認知症になると、「幻覚」・「妄想」や「ひとり歩き」などにより、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる 5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう 6. その他（ ） 7. わからない		
<b>問4. もし、あなたの家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。（いくつでも）</b>		
1. 親族 3. 市役所 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 7. 民生委員 9. 友人 11. 周囲には打ち明けない	2. 地域包括支援センター 4. かかりつけ医（主治医）・病院 6. 社会福祉協議会 8. 自治会 10. その他（ ）	
<b>問5. 認知症に対して不安に思いますか。</b>		
1. 不安に思う	2. 今は大丈夫だが将来不安	3. 心配ない
<b>問6. 認知症について相談できる場所はありますか。（いくつでも）</b>		
1. 親族 3. 市役所 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 7. 民生委員 9. 友人 11. 特にない	2. 地域包括支援センター 4. かかりつけ医（主治医）・病院 6. 社会福祉協議会 8. 自治会 10. その他（ ）	

問 7. 市では、地域の皆さんを対象として「認知症サポーター」（認知症について正しい理解を持ち、認知症の人の応援者としてご本人や家族を暖かく見守る人）になるための講座を開催しています。

あなたは「認知症サポーター」をご存知ですか。

1. 知っている                      2. 聞いたことはある                      3. 知らない

問8. あなたは「認知症サポーター養成講座」を受講したいと思いますか。

1. 受講したい ⇒ 第9の間1へ      2. 受講したくない ⇒ 問8-1へ  
3. すでに受講した ⇒ 第9の間1へ

問8-1. (問8で「2」と回答した方のみ) 受講したくない理由を教えてください。

1. 仕事などが忙しく、まったく時間がとれないから
2. 時間をとれないことはないが、時間があれば休養などにあてたいから
3. 興味がないから
4. その他 ( )

## 第9 主に介護している方について

問1. 家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか。（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）

- |                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| 1. ない                        | ⇒ 11 ページ第 10 の問 1 へ |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に 1 日よりも少ない | ⇒ 問 2 へ             |
| 3. 週に 1 ～ 2 日ある              | ⇒ 問 2 へ             |
| 4. 週に 3 ～ 4 日ある              | ⇒ 問 2 へ             |
| 5. ほぼ毎日ある                    | ⇒ 問 2 へ             |

問2. あなたの介護は、主にどなたが行っていますか。（介護サービス事業所以外）

1. 配偶者（夫・妻）    2. 息子    3. 娘    4. 子の配偶者  
5. 孫    6. 兄弟・姉妹    7. その他（                      ）

**問3. その方とは同居していますか、別居していますか。**

1. 同居    2. 別居

問 4. その方の年齢をお答えください。

1. 40歳未満                      2. 40歳代                      3. 50歳代  
4. 60歳代                      5. 70歳代                      6. 80歳以上

<b>問 5. その方は、働いていますか。</b>	
1. フルタイムで働いている	⇒ 問 6-1 へ
2. パートタイムで働いている	⇒ 問 6-1 へ
3. 働いていない	⇒ 第 10 の問 1 へ
<b>問 5-1. (問 5 で「1」または「2」と回答した方のみ)</b> <b>その方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。</b>	
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	

<b>第 10</b>	<b>介護保険サービス等の利用について</b>
<b>問 1. サービス提供事業者を選ぶときに、何を参考にしましたか。(いくつでも)</b>	
1. 市から提供された情報(広報やパンフレットなど) 2. 今までに利用したことのある事業者から選んだ 3. ケアマネジャーの意見 4. 地域包括支援センターの意見 5. かかりつけ医(主治医)の意見 6. 知人などからの紹介や勧め 7. いくつかの事業者から話を聞いたり、見たりして選んだ 8. 新聞広告やパンフレットなど施設の案内 9. その他( ) 10. 特に参考にしたものはない	
<b>問 2. 制度上の利用できる上限(区分支給限度額)まで利用していますか。</b>	
1. 上限を超えて利用している	⇒ 問 3 へ
2. 上限まで利用している	⇒ 問 3 へ
3. 上限まで利用していない	⇒ 問 2-1 へ
4. わからない	⇒ 問 3 へ

**問2-1. (問2で「3」と回答した方のみ)**

**上限まで利用していない理由はなんですか。(いくつでも)**

1. 現在のサービスメニューで十分だから
2. 家族等が介護してくれるから
3. 利用に要する費用が高いから
4. 他にどのようなサービスを利用すればいいかわからないから
5. サービス提供事業者がないから
6. 訪問で、家族以外の人が入るのがわずらわしいから
7. 通所で、施設に通うのに抵抗があるから
8. その他 ( )

**問3. 現在利用しているサービスに満足していますか。**

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. 満足している    | ⇒ 13 ページ問4へ |
| 2. ほぼ満足している  | ⇒ 13 ページ問4へ |
| 3. どちらともいえない | ⇒ 13 ページ問4へ |
| 4. やや不満である   | ⇒ 問3-1へ     |
| 5. 不満である     | ⇒ 問3-1へ     |

**問3-1. (問3で「4」または「5」と回答した方のみ)**

**サービスに不満な理由は何ですか。(いくつでも)**

1. 希望する回数が利用できない
2. 希望する曜日や時間帯に利用できない
3. 事業者や担当者の対応が悪い
4. サービスの内容が契約と違う
5. 利用料金が思っていたより高い
6. その他 ( )

問4. あなたが現在利用しているサービスで満足なところ、不満足なところを具体的にお知らせください。

【満足なところ】

.....

.....

【不満足なところ】

.....

.....

問5. 今後のサービスの利用意向についてお伺いします。

- |                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| 1. これまでと同様に、居宅サービスを利用する     | ⇒ 14 ページ問6へ |
| 2. 利用を減らしたり、止めたい            | ⇒ 問5-1へ     |
| 3. 老人ホームや病院などの施設にすぐにでも入所したい | ⇒ 問5-2へ     |
| 4. その他                      | ⇒ 14 ページ問6へ |
| (具体的に: )                    |             |
| 5. わからない                    | ⇒ 14 ページ問6へ |

問5-1. (問5で「2」と回答した方のみ)

利用を減らしたり、止めたい理由は何ですか。(2つまで)

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 状態が良くなり、家族だけで対応できるようになった       |
| 2. 利用料の負担が経済的に重く、家計を圧迫するようになった    |
| 3. 家族が退職したりして、家族だけで介護できるようになった    |
| 4. 思ったほど家族の介護が軽減されなかった            |
| 5. サービスの内容や質が当初の契約と異なり、利用料が割高になった |
| 6. 希望する回数や時間帯などにサービス業者が対応できない     |
| 7. その他 ( )                        |

問5-2. (問5で「3」と回答した方のみ) 自宅での支援や介護から施設への入所(病院への入院)に変更される理由は何ですか。(2つまで)

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 状態が悪くなり、自宅での介護が困難となったから        |
| 2. 介護を担っていた家族の人数が減ったり、勤めるようになったから |
| 3. 入所(入院)したほうが家族の負担が軽減されるから       |
| 4. 自宅で十分なサービスを受けるとお金がかかるから        |
| 5. その他 ( )                        |



<b>問 6. あなたは現在、特別養護老人ホームの入所を検討していますか。</b>		
1. 検討していない	⇒ 問 7 へ	
2. 検討している	⇒ 問 7 へ	
3. 既に入所申込をしている	⇒ 問 6-1 へ	
<b>問 6-1. (問 6 で「3」と回答した方のみ)</b> それは市内・市外のどちらにありますか。(いくつでも)		
1. 市内	2. 市外(道内)	3. 道外
<b>問 6-2. (問 6 で「3」と回答した方のみ)</b> もし申込先の施設から入所の連絡がきた場合、どうしますか。		
1. すぐに入所したい 2. 複数の施設に申し込んでおり、第 1 希望の施設であれば入所したい 3. その他 ( ) 4. まだ自宅で暮らせるため、お断りしたい		
<b>問 7. あなたが、自宅で生活を続けていく上で、受けたい支援内容がありますか。(いくつでも)</b>		
1. 安否確認の声かけ 2. ちょっとした買い物やゴミ出し 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い 4. 食事の提供(会食・配食など) 5. 通院や外出の手助け 6. 電球交換や簡単な大工仕事 7. 話し相手や相談相手 8. 冬期間の除雪 9. 災害時の手助け 10. その他 ( ) 11. 特にない		

## 第 11 介護保険制度について

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

**問 1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。**

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他 ( )
6. わからない

問2. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 生きがい・社会参加への支援          | 2. 働く機会への支援        |
| 3. ボランティアや地域活動の充実         | 4. 介護予防・健康づくりの推進   |
| 5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動 |                    |
| 6. 多様な生活支援サービスの充実         | 7. 介護保険サービスの充実     |
| 8. 入所施設の整備                | 9. 認知症高齢者とその家族への支援 |
| 10. 地域包括支援センターの充実         | 11. 住まいに関する情報提供の充実 |
| 12. その他 (                 | ) 13. わからない        |

## 意見 さいごに（自由意見）

介護保険や高齢者保健福祉に対する新たなサービスの提案など、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、  
**令和8年1月23日（金）まで** に返送してください。

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【施設サービス利用者】

### ■記入方法

- ・既に介護保険施設を退所されている場合は、次ページの「はじめに」に退所年月を記入し、そのまま返信用封筒に入れて、切手を貼らず返送してください（回答はしなくてかまいません）。
- ・この調査は、令和8年1月1日現在の状況についてお答えください。
- ・なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。  
施設職員の方には、代理回答を依頼しないようお願いいたします。
- ・回答は、原則として「いくつでも」や「3つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字1つに○をつけてください。  
設問によっては、数字を直接記入する場合があります。  
「その他」を選んだ場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

**令和8年1月23日（金）まで**にご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

## はじめに 施設サービスの利用について

介護保険施設を退所された方は、退所年月をご記入ください。

令和（ ）年（ ）月に介護保険施設を退所

※既に介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）を退所している場合は、これでこの調査は終了です。同封した返信用封筒にこの調査票を入れ、返送してください。

## 施設サービスを利用している方は、以下の設問にお答えください

### 第1 あなたのご家族や生活状況について

問1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |                           |         |
|---------------------------|---------|
| 1. あて名のご本人                | ⇒ 問2へ   |
| 2. あて名のご本人が回答してご家族の方などが代筆 | ⇒ 問2へ   |
| 3. ご家族の方などが本人にかわって回答      | ⇒ 問1-1へ |

問1-1. （問1で「3」と回答した方のみ） ご本人とのご関係をお聞きます。

- |           |        |             |
|-----------|--------|-------------|
| 1. 配偶者    | 2. 子ども | 3. 子ども以外の親族 |
| 4. その他（ ） |        |             |

※代理で回答される方へのお願い

設問中の「あなた」とは、介護認定を受けられた方ご本人を指します。

ご本人が、質問の内容がわからなかったり、答えることができない場合には、ご本人の立場に立ってお答えください。

問2. あなたの性別についてお答えください。

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

問3. 令和8年1月1日現在のあなたの年齢をお答えください。

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～49歳 | 2. 50～59歳 | 3. 60～64歳 | 4. 65～69歳 |
| 5. 70～74歳 | 6. 75～79歳 | 7. 80～84歳 | 8. 85歳以上  |

問4. 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。

- |         |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 | 4. 要介護4 | 5. 要介護5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|

<b>問 5. 現在の施設に入所される前、どこにいらっしゃいましたか。</b>	
1. 自宅（独居）	2. 自宅（同居している人がいる）
3. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	4. 介護老人保健施設（老人保健施設）
5. 介護医療院・介護療養型医療施設	6. 養護老人ホーム
7. ケアハウス	8. サービス付き高齢者向け住宅
9. 有料老人ホーム（8を除く）	10. グループホーム
11. 病院	12. その他（ ）
<b>問 6. 施設（現在の施設に限らず）に入所した理由はどれですか。（2つまで）</b>	
1. 体力が低下したり、状態が悪くなり、自立した生活や在宅での介護が困難になったから	
2. 介護してくれる家族がいない（ひとり暮らしだった）から	
3. 介護していた家族の人数が減ったり、勤めるようになったから	
4. 介護してくれる家族も高齢だから	
5. 入所した方が介護する家族の負担が軽減されるから	
6. 在宅で十分なサービスを受けるとお金がかかるから	
7. その他（ ）	

<b>第 2</b>	<b>毎日の生活について</b>
<b>問 1. 物忘れが多いと感じますか。</b>	
1. はい	2. いいえ

<b>第 3</b>	<b>健康について</b>
<b>問 1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。</b>	
1. とてもよい	2. まあよい
3. あまりよくない	4. よくない
<b>問 2. あなたは、現在どの程度幸せですか。</b>	
（「とても不幸」0点、「とても幸せ」を10点として、○印をご記入ください）	
とても不幸	とても幸せ
0点	1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点

<b>問 3. あなたは健診を受けていますか。</b>	
1. 定期的に受けている	⇒ 第 4 の問 1 へ
2. ときどき受けている	⇒ 第 4 の問 1 へ
3. 受けてない	⇒ 問 3-1 へ
<b>問 3-1. (問 3 で「3」と回答した方のみ)</b> <b>健診を受けていない方はその理由を教えてください。(いくつでも)</b>	
1. 忙しくて行けなかった	2. 健診の内容や受診の方法等がわからない
3. 健診費用がかかる	4. 健康なので必要性を感じない
5. 既に医療機関で治療中である	6. 面倒だから
7. 結果を知るのがこわい	8. 検査に伴う苦痛などに不安がある
9. その他 ( )	10. 特に理由はない

<b>第 4</b>	<b>就労について</b>	
<b>問 1. 現在のあなたの就労状態はどれですか (いくつでも)</b>		
1. 職に就いたことがない	2. 引退した	3. 常勤 (フルタイム)
4. 非常勤 (パート・アルバイト等)	5. 自営業	6. 求職中
7. その他		
<b>問 1-2. (問 1 で「2. 引退した」と回答した方のみ)</b> <b>あなたはいつ引退しましたか</b>		
1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年	2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年	3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年

<b>第 5</b>	<b>認知症について</b>
<b>問 1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。</b>	
1. はい	2. いいえ
<b>問 2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。</b>	
1. はい	2. いいえ

**問3. あなたは、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。**

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 認知症になると、「幻覚」・「妄想」や「ひとり歩き」などにより、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう
6. その他（ ）
7. わからない

**問4. もし、あなたの家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。（いくつでも）**

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 親族                | 2. 地域包括支援センター     |
| 3. 市役所               | 4. かかりつけ医（主治医）・病院 |
| 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 | 6. 社会福祉協議会        |
| 7. 民生委員              | 8. 自治会            |
| 9. 友人                | 10. その他（ ）        |
| 11. 周囲には打ち明けない       |                   |

**問5. 認知症に対して不安に思いますか。**

- |          |                |         |
|----------|----------------|---------|
| 1. 不安に思う | 2. 今は大丈夫だが将来不安 | 3. 心配ない |
|----------|----------------|---------|

## 第6 成年後見制度について

※成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法的に支援する制度です。

**問1. あなたは成年後見制度を知っていますか。**

1. 制度の内容や手続方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

<p><b>問 2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。</b></p>	
<p>1. 現在利用している</p> <p>2. 今後利用したい</p> <p>3. 利用は考えていない</p> <p>4. わからない</p>	<p>⇒ 問 3 へ</p> <p>⇒ 問 3 へ</p> <p>⇒ 問 2-1 へ</p> <p>⇒ 問 2-1 へ</p>
<p><b>問 2-1. (問 2 で「3」または「4」と回答した方のみ)</b>  <b>成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。(いくつでも)</b></p>	
<p>1. どうやって手続きしたらよいかわからない</p> <p>2. 利用すると、どんな効果があるかわからない</p> <p>3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配</p> <p>4. 誰が成年後見人になるか不安</p> <p>5. 家族との違いがわからない</p> <p>6. 不正が怖い</p> <p>7. その他 ( )</p>	
<p><b>問 3. あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。(いくつでも)</b></p>	
<p>1. 日常の金銭管理(日常の買物、支払い等)</p> <p>2. 身の回りのことができなくなってきたこと</p> <p>3. 自分自身の将来</p> <p>4. 財産の管理や家(土地)等の処分</p> <p>5. 借金問題</p> <p>6. 悪徳商法等に騙されること</p> <p>7. 身体的(病気等)なこと</p> <p>8. 契約(施設入所等)ができないこと</p> <p>9. 親亡き後の子どもの将来(生活等)</p> <p>10. 相続や遺言について</p> <p>11. その他 ( )</p> <p>12. 不安に思っていることはない</p>	



**問 4. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。**

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

問5. 成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。(いくつでも)

1. 市役所
2. 江別市成年後見支援センター
3. 地域包括支援センター
4. 障がい者支援センター
5. 法テラス
6. 家庭裁判所
7. 専門職（弁護士・司法書士等）
8. 消費者協会（消費生活センター）
9. どの機関に相談してよいかわからない
10. 相談をする必要がない
11. その他（

## 第7 入所施設サービスについて

問 1. あなたが現在入所されている施設の種類はどれですか。

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 介護医療院・介護療養型医療施設

問2. 入所申し込みから入所までの期間はどのくらいでしたか。

1. 1年未満      2. 1年から3年未満      3. 3年から5年未満      4. 5年以上

問3. 現在の施設には、どのくらいの期間入所していますか。

1. 1年未満      2. 1年から3年未満      3. 3年から5年未満      4. 5年以上

問4. 現在入所している施設のサービスに満足していますか。

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 満足している    | ⇒ 7 ページ問 5 へ |
| 2. ほぼ満足している  | ⇒ 7 ページ問 5 へ |
| 3. どちらともいえない | ⇒ 7 ページ問 5 へ |
| 4. やや不満である   | ⇒ 問 4-1 へ    |
| 5. 不満である     | ⇒ 問 4-1 へ    |

**問4-1. (問4で「4」または「5」と回答した方のみ)**

**施設のサービスに不満な理由は何ですか。(いくつでも)**

1. 介護や食事など計画の時間を守らない(遅れる、早く切り上げるなど)
2. おむつ交換や入浴などの介護の内容に不満がある
3. 介護の仕方がおぼつかなくて、危なっかしい
4. 介護の内容や方法などについて、希望を聞き入れてくれない
5. 施設の職員の態度や言葉づかいなどが悪い
6. 入所者の人権やプライバシーに対する配慮が足りない
7. 食事の内容に不満がある(メニューや食事のあたたかさなど)
8. 施設の建物や設備に不満がある(古い、狭い、使い勝手が悪いなど)
9. 施設の職員から虐待を受けたことがある
10. その他 ( )

**問5. 施設のサービスの内容や職員の対応などに不満があるとき、あなたやご家族の方は誰に(どこに)相談しますか。(いくつでも)**

1. 介護職員や看護師、事務職員など施設の職員
2. 施設の苦情受付窓口
3. 市町村の介護保険担当窓口
4. 知人・友人
5. 誰に相談していいかわからない
6. その他 ( )
7. 特に相談はしない

問6. あなたにとって、現在の介護保険施設サービスを受けてよかったと思うことは何ですか。（いくつでも）

1. 精神的に楽になった
2. 家族の負担が減った
3. 外出などで外の社会とふれあう機会が増えた
4. 人と話す機会が増えた
5. 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. 自分で身の回りのことができるようになった
7. 体調が良くなった
8. 必要な時にすぐに介護が受けられる
9. レクリエーションなどの楽しみが増えた
10. その他（ ）
11. 良かったと思うことは特にない

## 第8 介護保険制度について

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

問1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他（ ）
6. わからない

問2. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援
2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実
4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動
6. 多様な生活支援サービスの充実
7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実
11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他 ( )
13. わからない

**意見**    **さいごに（自由意見）**

介護保険や高齢者保健福祉に対する新たなサービスの提案など、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

---

---

---

---

---

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、

**令和8年1月23日（金）まで** に返送してください。

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【サービス未利用者】

### ■記入方法

- ・既に介護保険サービスを利用されている場合は、次ページの「はじめに」に利用開始年月を記入し、そのまま返信用封筒に入れて、切手を貼らず返送してください（回答はしなくてかまいません）。
- ・この調査は、令和8年1月1日現在の状況についてお答えください。
- ・なるべく、宛名のご本人またはご家族が記入してください。
- ・回答は、原則として「いくつでも」や「3つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字1つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和8年1月23日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

## はじめに 介護保険サービスの利用について

既に介護保険サービスを利用している方は、利用開始年月をご記入ください。

令和（ ）年（ ）月にサービス利用開始

※既に介護保険サービスを利用している場合は、これでこの調査は終了です。同封した返信用封筒にこの調査票を入れ、返送してください。

## 介護保険サービスを利用していない方は、以下の設問にお答えください

### 第1 あなたのご家族や生活状況について

問1. このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |                           |         |
|---------------------------|---------|
| 1. あて名のご本人                | ⇒ 問2へ   |
| 2. あて名のご本人が回答してご家族の方などが代筆 | ⇒ 問2へ   |
| 3. ご家族の方などが本人にかわって回答      | ⇒ 問1-1へ |

問1-1. (問1で「3」と回答した方のみ) ご本人とのご関係をお聞きします。

- |           |        |             |
|-----------|--------|-------------|
| 1. 配偶者    | 2. 子ども | 3. 子ども以外の親族 |
| 4. その他（ ） |        |             |

※代理で回答される方へのお願い

設問中の「あなた」とは、介護認定を受けられた方ご本人を指します。

ご本人が、質問の内容がわからなかったり、答えることができない場合には、ご本人の立場に立ってお答えください。

問2. あなたの性別についてお答えください。

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

問3. 令和8年1月1日現在のあなたの年齢をお答えください。

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～49歳 | 2. 50～59歳 | 3. 60～64歳 | 4. 65～69歳 |
| 5. 70～74歳 | 6. 75～79歳 | 7. 80～84歳 | 8. 85歳以上  |

問4. 現在のあなたの要介護度は、次のどれですか。

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 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 |         |

問5. 現在、どちらにお住まいですか。町名等を○印で記入してください。	
1. 江別地区	1条、2条、3条、4条、5条、6条、7条、8条、緑町西、緑町東 萩ヶ岡、王子、大川通、東光町、一番町、弥生町、高砂町、向ヶ丘 上江別、上江別西町、上江別東町、上江別南町、ゆめみ野東町 ゆめみ野南町、若草町、元町、牧場町、元江別、見晴台、元江別本町 いずみ野、朝日町、あけぼの町、江別太、萌えぎ野中央、萌えぎ野西 萌えぎ野東、美原、篠津、中島、八幡、工栄町、対雁、角山、豊幌 豊幌花園町、豊幌はみんぐ町、豊幌美咲町
2. 野幌地区	錦町、幸町、野幌町、東野幌本町、野幌若葉町、元野幌、新栄台 野幌寿町、野幌屯田町、野幌美幸町、中央町、野幌松並町、野幌末広町 野幌住吉町、野幌代々木町、東野幌、東野幌町、野幌東町、西野幌 緑ヶ丘、あさひが丘
3. 大麻地区	文京台、文京台東町、文京台緑町、文京台南町、大麻、大麻桜木町 大麻ひかり町、大麻南樹町、大麻晴美町、大麻園町、大麻東町 大麻高町、大麻中町、大麻宮町、大麻沢町、大麻扇町、大麻西町 大麻泉町、大麻栄町、大麻新町、大麻北町、大麻元町
問6. 家族構成をお教えてください。	
1. 1人暮らし 2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） 3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） 4. 息子・娘との2世帯（子と同居を含む） 5. その他（ ）	
問7. あなたの現在のお住まいは、次のどれですか。	
1. 持家（一戸建て） 2. 持家（集合住宅） 3. 公営の賃貸住宅 4. 民間の賃貸住宅（一戸建て） 5. 民間の賃貸住宅（集合住宅） 6. 民間の賃貸住宅（サービス付き高齢者向け住宅） 7. 社宅・間借り 8. その他（ ）	
問8. あなたは、どこで生活を続けたいですか。	
1. 可能な限り、自宅で生活を続けたい 2. 介護保険施設へ入所したい 3. ケア付きの高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き住宅など）に入居したい 4. その他（ ） 5. わからない	

## 第2 食べるについて

問 1. 身長・体重 (記入例 身長 

1	6	0
---	---	---

 cm 体重 

	5	0
--	---	---

 kg)

身長				cm	体重				kg
----	--	--	--	----	----	--	--	--	----

問2. 6か月間で2～3kg以上の体重の増減がありましたか。

1. はい                   ⇒ 増加 ・ 減少   （どちらかに○をつけてください。）  
2. いいえ  
3. わからない

問3. 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

問 4. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。  
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて 32 本です)。

1. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用      2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし
3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用      4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし

問5. 1日3食食べていますか。

1. はい                                  2. いいえ

問6. どなたかと食事をとにもする機会がありますか。

1. 毎日ある                      2. 週に何度かある                      3. 月に何度かある  
4. 年に何度かある                      5. ほとんどない

### 第3 毎日の生活について

問1. 物忘れが多いと感じますか。

1. はい                                  2. いいえ

問2. バスや電車を使って1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

## 第4 就労について

問 1. 現在のあなたの就労状態はどれですか（いくつでも）

1. 職に就いたことがない                      2. 引退した                      3. 常勤（フルタイム）  
4. 非常勤（パート・アルバイト等）      5. 自営業                      6. 求職中  
7. その他





<p>問 6. この 1 か月間、何人の友人・知人と会いましたか。 ただし、同じ人には何度会っても 1 人と数えることとします。</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><b>第 6 健康について</b></p>
<p>問 1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。</p>
<p>1. とてもよい      2. まあよい      3. あまりよくない      4. よくない</p>
<p>問 2. あなたは、健康づくりに対して興味・関心はありますか。</p>
<p>1. 興味・関心があり、取り組んでいる 2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない 3. 興味・関心はないが、取り組んでいる 4. 興味・関心がなく、取り組んでいない</p>
<p>問 3. あなたは、現在どの程度幸せですか。 （「とても不幸」0 点、「とても幸せ」を 10 点として、○印をご記入ください）</p>
<p>とても不幸 <span style="float: right;">とても幸せ</span></p> <p>0 点    1 点    2 点    3 点    4 点    5 点    6 点    7 点    8 点    9 点    10 点</p>
<p>問 4. あなたは、介護予防に対して興味・関心はありますか。</p>
<p>1. 興味・関心があり、取り組んでいる 2. 興味・関心はあるが、取り組んでいない 3. 興味・関心はないが、取り組んでいる 4. 興味・関心がなく、取り組んでいない</p>
<p>問 5. あなたは健診を受けていますか。</p>
<p>1. 定期的に受けている      ⇒    6 ページ問 6 へ 2. ときどき受けている      ⇒    6 ページ問 6 へ 3. 受けてない      ⇒    6 ページ問 5-1 へ</p>

<p><b>問5-1. (問5で「3」と回答した方のみ)</b>  <b>健診を受けていない方はその理由を教えてください。(いくつでも)</b></p>				
1. 忙しくて行けなかった		2. 健診の内容や受診の方法等がわからない		
3. 健診費用がかかる		4. 健康なので必要性を感じない		
5. 既に医療機関で治療中である		6. 面倒だから		
7. 結果を知るのがこわい		8. 検査に伴う苦痛などに不安がある		
9. その他 (		) 10. 特に理由はない		
<p><b>問6. あなたは、通院によって、医師にどのくらいの頻度でみてもらっていますか。</b></p>				
1. 週に4回以上		2. 週に2・3回		
3. 週に1回		4. 月に2回		
5. 月に1回		6. 通院していない		
<p><b>問7. 自力で通院出来なくなった場合、どのような方法で医師にみてもらいたいですか。(いくつでも)</b></p>				
1. 訪問診療(往診)		2. 介護タクシーで通院		
3. 家族の付き添いで通院		4. ヘルパーの付き添いで通院		
5. ボランティアの付き添いで通院		6. その他 (		
)				
<p><b>問8. あなたには、継続的に診療を受けていたり、体調が悪いときなどに気軽に相談できる「かかりつけ医(主治医)」がいますか。</b></p>				
1. いる		2. いない		
<p><b>問9. あなたは「かかりつけ医(主治医)」の必要性を、どうお考えですか。</b></p>				
1. 常に必要である				
2. 継続して治療を要する病気になったら必要とする				
3. 必要でない				
4. どちらともいえない				
5. その他 (				
)				
<p><b>問10. 訪問診療(歯科含む)を受けていますか。</b></p>				
1. 受けている ⇒ 問10-1へ		2. 受けてない ⇒ 第6の問1へ		
<p><b>問10-1. (問10で「1」と回答した方のみ) どちらの訪問診療を利用されていますか。</b></p>				
1. 江別市内		2. 江別市外		3. どちらも
<p><b>問10-2. (問10で「1」と回答した方のみ) 訪問診療を1ヶ月に何回受けていますか。</b></p>				
1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回以上

## 第7 認知症について

問1. 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。

1. はい 2. いいえ

問2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

1. はい 2. いいえ

問3. あなたは、認知症に対して、どのようなイメージを持っていますか。あなたが思う最も近いものを1つだけお答えください。

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
3. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
4. 認知症になると、「幻覚」・「妄想」や「ひとり歩き」などにより、周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
5. 認知症になると、症状が進行してゆき、今までできていたことができなくなってしまう
6. その他（ ）
7. わからない

問4. もし、あなたの家族が認知症になった場合、周囲のどの範囲まで家族が認知症であることを打ち明けますか。（いくつでも）

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 親族                | 2. 地域包括支援センター     |
| 3. 市役所               | 4. かかりつけ医（主治医）・病院 |
| 5. ケアマネジャー・介護サービス事業所 | 6. 社会福祉協議会        |
| 7. 民生委員              | 8. 自治会            |
| 9. 友人                | 10. その他（ ）        |
| 11. 周囲には打ち明けない       |                   |

問5. 認知症に対して不安に思いますか。

1. 不安に思う 2. 今は大丈夫だが将来不安 3. 心配ない

<b>問 6. 認知症について相談できる場所がありますか。（いくつでも）</b>		
1. 親族	2. 地域包括支援センター	
3. 市役所	4. かかりつけ医（主治医）・病院	
5. ケアマネジャー・介護サービス事業所	6. 社会福祉協議会	
7. 民生委員	8. 自治会	
9. 友人	10. その他（	）
11. 特になし		
<b>問 7. 市では、地域の皆さんを対象として「認知症サポーター」（認知症について正しい理解を持ち、認知症の人の応援者としてご本人や家族を暖かく見守る人）になるための講座を開催しています。</b> <b>あなたは「認知症サポーター」をご存知ですか。</b>		
1. 知っている	2. 聞いたことはある	3. 知らない
<b>問 8. あなたは「認知症サポーター養成講座」を受講したいと思いますか。</b>		
1. 受講したい	⇒ 第 8 の問 1 へ	2. 受講したくない ⇒ 問 8-1 へ
3. すでに受講した	⇒ 第 8 の問 1 へ	
<b>問 8-1. （問 8 で「2」と回答した方のみ）受講したくない理由を教えてください。</b>		
1. 仕事などが忙しく、まったく時間がとれないから 2. 時間をとれないことはないが、時間があれば休養などにあてたいから 3. 興味がないから 4. その他（		

<b>第 8 主に介護している方について</b>			
<b>問 1. 家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか。（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）</b>			
1. ない		⇒	9 ページ第 9 の問 1 へ
2. 家族・親族の介護はあるが、週に 1 日より少ない		⇒	問 2 へ
3. 週に 1～2 日ある		⇒	問 2 へ
4. 週に 3～4 日ある		⇒	問 2 へ
5. ほぼ毎日ある		⇒	問 2 へ
<b>問 2. あなたの介護は、主にどなたが行っていますか。（介護サービス事業所以外）</b>			
1. 配偶者（夫・妻）	2. 息子	3. 娘	4. 子の配偶者
5. 孫	6. 兄弟・姉妹	7. その他（	）

<b>問 3. その方とは同居していますか、別居していますか。</b>		
1. 同居	2. 別居	
<b>問 4. その方の年齢をお答えください。</b>		
1. 40歳未満	2. 40歳代	3. 50歳代
4. 60歳代	5. 70歳代	6. 80歳以上
<b>問 5. その方は、働いていますか。</b>		
1. フルタイムで働いている	⇒ 問 5-1 へ	
2. パートタイムで働いている	⇒ 問 5-1 へ	
3. 働いていない	⇒ 第 9 の問 1 へ	
<b>問 5-1. (問 5 で「1」または「2」と回答した方のみ) その方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。</b>		
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	

<b>第 9 介護保険サービスの利用について</b>	
<b>問 1. 要支援や要介護の認定を受けるために申請をした理由は何ですか。(いくつでも)</b>	
1. すぐには使わないが、将来的に介護サービスを利用したい 2. 何かあったとき困らないように、今のうち認定を受けておきたい 3. 病院(診療所)に入院中のため、退院後に介護サービスを使いたい 4. 医師や看護師などから申請するよう勧められた 5. 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設)に入所(入院)するため 6. その他( )	
<b>問 2. 現在、どちらで生活していますか。</b>	
1. 自宅 2. 病院(診療所) 3. 養護老人ホーム 4. ケアハウス 5. サービス付き高齢者向け住宅 6. 有料老人ホーム(5.を除く) 7. その他( )	⇒ 10 ページ問 2-1 へ    } 10 ページ問 3 へ

問2-1. (問2で「1」と回答した方のみ)

介護サービスを利用していない理由は何ですか。(いくつでも)

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 1. これからは介護サービスを利用しようと思っている     | ⇒ 問3へ |
| 2. 認定はされたが、まだ自分で何とかできるため       | } 問4へ |
| 3. 家族などに介護してもらうため              |       |
| 4. 家族以外の人に介護してもらうことには抵抗がある     |       |
| 5. 施設への入所を希望したが、定員に空きがなかった     |       |
| 6. 利用したい介護サービスがない              |       |
| 7. 介護サービスの利用方法や内容がよくわからない      |       |
| 8. 利用するときの自己負担が大きい             |       |
| 9. その他 ※理由を下のカッコ内に具体的に記入してください |       |
- ( )

問3. あなたは現在、特別養護老人ホームの入所を検討していますか。

- |                        |       |           |       |
|------------------------|-------|-----------|-------|
| 1. 検討していない             | ⇒ 問4へ | 2. 検討している | ⇒ 問4へ |
| 3. 既に入所申込をしている ⇒ 問3-1へ |       |           |       |

問3-1. (問3で「3」と回答した方のみ)

それは市内・市外のどちらにありますか。(いくつでも)

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. 市内 | 2. 市外(道内) | 3. 道外 |
|-------|-----------|-------|

問3-2. (問3で「3」と回答した方のみ)

もし申込先の施設から入所の連絡がきた場合、どうしますか。

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. すぐに入所したい                       | } |
| 2. 複数の施設に申し込んでおり、第1希望の施設であれば入所したい |   |
| 3. その他 ( )                        |   |
| 4. まだ自宅で暮らせるため、お断りしたい             |   |

問4. あなたが、自宅で生活を続けていく上で、受けたい支援内容がありますか。(いくつでも)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 安否確認の声かけ        | 2. ちょっとした買い物やゴミ出し |
| 3. 食事づくりや掃除・洗濯の手伝い | 4. 食事の提供(会食・配食など) |
| 5. 通院や外出の手助け       | 6. 電球交換や簡単な大工仕事   |
| 7. 話し相手や相談相手       | 8. 冬期間の除雪         |
| 9. 災害時の手助け         | 10. その他 ( )       |
| 11. 特にない           |                   |

## 第10 高齢者の健康と福祉へ望むこと

問1. 健康についてどのようなことが知りたいですか。（いくつでも）

1. がんや高血圧などの生活習慣病にならないための工夫について
2. 望ましい食生活の工夫について
3. 運動の方法について
4. 検診の内容や受け方について
5. 寝たきり予防について
6. 歯・口腔の健康について
7. 認知症の予防について
8. 心の健康保持について
9. その他（ ）
10. 特にない

問2. 地域包括支援センターを知っていますか。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが何をするとところかは知らない
3. 知らない

※ 地域包括支援センターとは、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士が配置され、高齢者の総合的な支援窓口としての役割を担う機関です。

問3. 地域包括支援センターに、あなたが特に期待するのはどれですか。（3つまで）

1. 地域での介護予防の普及や教室の開催
2. 介護保険制度や福祉制度の総合相談窓口
3. 様々な困りごとの相談窓口
4. 認知症の早期発見や予防に関する情報の発信
5. 介護技術や様々な介護に関する情報の発信
6. 高齢者虐待・悪徳商法などから高齢者を守る活動
7. 成年後見制度の案内や利用支援
8. 自治会・民生委員などとの福祉のネットワークの構築
9. 病院など医療関係者とのネットワークの構築
10. 地域の高齢者を見守る中心的存在
11. ケアプランの作成
12. その他（ ）
13. 特に期待することはない

※ 成年後見制度とは、認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方が、財産管理、身の回りの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約締結などを行う場合に、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度です。



## 第 11 成年後見制度について

問 1. あなたは成年後見制度を知っていますか。

1. 制度の内容や手続方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

問 2. あなたはあなた自身が認知症等により判断能力が十分でなくなったとき、成年後見制度を利用したいと思いますか。

1. 現在利用している ⇒ 13 ページ問 3 へ
2. 今後利用したい ⇒ 13 ページ問 3 へ
3. 利用は考えていない ⇒ 問 2-1 へ
4. わからない ⇒ 問 2-1 へ

問 2-1. (問 2 で「3」または「4」と回答した方のみ)

成年後見制度を利用しない理由として、どのようなものがありますか。(いくつでも)

1. どうやって手続きしたらよいかわからない
2. 利用すると、どんな効果があるかわからない
3. 成年後見人への報酬など費用の負担が心配
4. 誰が成年後見人になるか不安
5. 家族との違いがわからない
6. 不正が怖い
7. その他 ( )

**問3. あなた自身将来において不安に思っていることはありますか。（いくつでも）**

1. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等）
2. 身の回りのことができなくなってきたこと
3. 自分自身の将来
4. 財産の管理や家（土地）等の処分
5. 借金問題
6. 悪徳商法等に騙されること
7. 身体的（病気等）なこと
8. 契約（施設入所等）ができないこと
9. 親亡き後の子どもの将来（生活等）
10. 相続や遺言について
11. その他（ ）
12. 不安に思っていることはない

**問4. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。**

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

**問5. 成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。（いくつでも）**

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 市役所               | 2. 江別市成年後見支援センター   |
| 3. 地域包括支援センター        | 4. 障がい者支援センター      |
| 5. 法テラス              | 6. 家庭裁判所           |
| 7. 専門職（弁護士・司法書士等）    | 8. 消費者協会（消費生活センター） |
| 9. どの機関に相談してよいかわからない | 10. 相談をする必要がない     |
| 11. その他（ ）           |                    |

## 第 12 介護保険制度について

介護保険料は介護サービスの総費用に対し計算される仕組みであり、サービス利用量が多くなると保険料もそれに応じて上昇することになります。

問 1. 介護サービスと保険料の在り方について、あなたの考えに一番近いのはどれですか。

1. 保険料の負担が増えても、介護保険サービスを更に充実させた方がよい
2. 介護保険サービスを現状程度とするには、保険料の負担が多少増えるのは仕方ない
3. 介護保険サービスの質や量は問わず、保険料の負担を下げた方がよい
4. 介護保険サービスを充実させるために必要な費用は、保険料の負担を増やすのではなく、利用者の自己負担を増やした方がよい
5. その他（ ）
6. わからない

問 2. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援
2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実
4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動
6. 多様な生活支援サービスの充実
7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実
11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他（ ）
13. わからない

**意見****さいごに（自由意見）**

介護保険や高齢者保健福祉に対する新たなサービスの提案など、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、

**令和8年1月23日（金）まで** に返送してください。

## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【介護保険サービス事業所】

### ■記入方法

- ・ この調査は、令和 8 年 1 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・ 回答は、原則として「いくつでも」や「3 つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字 1 つに○をつけてください。  
設問によっては、数字を直接記入する場合があります。  
「その他」を選んだ場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。
- ・ 貴事業所単独では回答の難しい設問については、貴事業所の運営主体である法人と調整の上、お答えください。
- ・ ご記入にあたって、貴事業所で該当する設問にのみ、お答えください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和 8 年 1 月 2 3 日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

＜該当する選択肢の番号に○や該当箇所に文字や数字を記入してください＞

## 第1 貴事業所について

問1. 円滑な事業運営を進めて行くうえで、現在、特に困難を感じることがありますか。あるとすればどのようなことですか。（3つまで）

1. 従事者の確保が難しい
2. 利用者の確保が難しい
3. 事務作業が多い
4. 施設・設備の改善が難しい
5. 必要な情報の入手に支障がある
6. 従事者の資質向上を図ることが難しい
7. 利用者や家族の制度に対する理解が進んでいない
8. 市（自治体）との連携を図ることが難しい
9. その他（ ）
10. 特に困難を感じることはない

問2. 特に連携が必要だと思う関係機関等はどちらですか。（3つまで）

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. 医療機関           | 2. 他の介護事業者    |
| 3. 保険者            | 4. 地域包括支援センター |
| 5. 高齢者クラブ         | 6. 民生委員       |
| 7. 社会福祉協議会        | 8. 自治会        |
| 9. 介護・福祉関連のNPO・団体 | 10. その他（ ）    |
| 11. 特になし          |               |

問3. 《居宅介護支援事業所以外の事業所の方におうかがいします》  
貴事業所において、ケアマネジャーとの連携はいかがですか。

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携はとれている     | 2. おおむね連携はとれている |
| 3. あまり連携はとれていない | 4. 連携はとれていない    |

問4. 貴事業所からみて、江別市内の在宅医療・介護連携はどのように見えますか。

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携はとれている     | 2. おおむね連携はとれている |
| 3. あまり連携はとれていない | 4. 連携はとれていない    |
| 5. わからない        |                 |

問5. 貴事業所からみて、江別市内の在宅医療・介護連携を進めるために、どのようなことに力を入れる必要があると思いますか。（いくつでも）

1. 地域の医療・介護サービス資源の把握
2. 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
3. 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
4. 医療・介護関係者の情報共有の支援
5. 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
6. 医療・介護関係者の研修
7. 地域住民への普及啓発
8. その他（
9. わからない

問 6. 関係機関との連携に際し、現在、特に困難を感じることはありませんか？ご自由にお書きください。

---

---

---

---

問 7. 患者情報の共有のために、多職種で I C T（情報通信技術）を活用することについて、どのように思いますか。

1. 活用したいと思う                      2. 活用したいとは思わない  
3. その他（ ）                      4. わからない

問 8. 《施設系サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特定施設、グループホーム）を運営している事業所の方におうかがいします》

貴施設では看取りを行っていますか。

1. はい → (            ) 回／年            2. いいえ

問 9. 《施設系サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特定施設、グループホーム）を運営している事業所の方におうかがいします》

**貴施設で看取りをする場合、特に欠かせないと思うことは何ですか。**

1. 施設として明確な方針を有していること
2. 本人・家族・関係者の意思統一がされていること
3. 職員の理解と協力があること
4. 看取り対応のマニュアル等が整備されていること
5. 医療機関との連携がとれていること
6. その他（ ）

問 10. その他の取り組みについて、貴事業所で介護サービスの質を向上させるために特に取り組んでいることがありましたら記入してください。

---

---

---

問 11. 貴事業所では、この 1 年間に於ける人材の確保の状況はどうでしたか。

1. 確保できている                      2. おおむね確保できている  
3. あまり確保できていない          4. 確保できていない

問 11-1. 昨年1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）の離職者

1. いない ⇒ 問12へ  
2. いる ⇒ 問11-2へ



**問 11-2. (問 11-1 で「2」に回答した方のみ)**

**退職の理由は何だと考えますか。(3つまで)**

1. 給与が安い
2. 仕事がきつい
3. 事業所と退職者とのミスマッチ
4. 職場の人間関係
5. 他に条件のいい職場がある(介護関係)
6. 他に条件のいい職場がある(介護関係以外)
7. 育児等の一身上の都合
8. その他( )
9. わからない

**問 12. 貴事業所で、不足している職種はありますか。(いくつでも)**

- |            |                            |
|------------|----------------------------|
| 1. 訪問介護員   | 2. サービス提供責任者               |
| 3. 看護職員    | 4. 介護職員                    |
| 5. 生活相談員   | 6. ケアマネジャー                 |
| 7. 機能訓練指導員 | 8. リハビリテーション専門職(PT、OT、ST等) |
| 9. その他( )  | 10. 特にない ⇒ 問 14 へ          |

**問 12-1. (問 12 で「1」～「9」のいずれかに回答した方のみ)**

**どのくらい的人员が不足していますか。**

( ) 人

問 13. 貴事業所では、新規人材の確保について、どのような取り組みを行っていますか。  
(3つまで、効果的だと考える順序で記載してください)

1 番目 ( )	2 番目 ( )	3 番目 ( )
1. 定期的に求人誌への掲載などを行っている 2. 就職説明会への参加を行っている 3. 福祉専門学校等教育機関との連携を図っている 4. ハローワークとの連携を図っている 5. 人材派遣会社との連携を図っている 6. 無資格でも採用を行い、採用後に資格取得講座を受講させている 7. 採用時に給与を他社より好条件に設定している 8. 採用時に労働日数・時間の希望をできるだけ聞き入れている 9. 育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている 10. 採用時に仕事のやりがいや、社会的意義を伝えている 11. インターンシップ制度を導入している 12. その他 ( ) 13. 特に何も行っていない		



<p><b>問 16. 国では「元気高齢者や子育てを終えた女性等（以下「元気高齢者等」）」を、介護の周辺業務を担う介護助手として活用を促進していますが、元気高齢者等の活用についてどのように考えていますか。</b></p>	
<p>1. すでに活用している</p> <p>2. 今後活用したい</p> <p>3. 現時点では考えていない</p> <p>4. その他</p> <p>( )</p>	<p>⇒ 問 16-1 へ</p> <p>⇒ 問 16-1 へ</p> <p>⇒ 問 17 へ</p> <p>⇒ 問 16-1 へ</p>
<p><b>問 16-1. （問 16 で「1」「2」「4」のいずれかに回答した方のみ）</b>  <b>元気高齢者等の未経験者について、受け入れた場合に研修等の体制は整っていますか。</b></p>	
<p>1. 整っている</p> <p>2. 将来的に整備する予定</p> <p>3. 将来的に整備したいが、現時点においては整備の予定はない</p>	
<p><b>問 17. 貴事業所で雇用している介護従事者のうち、無資格者の数は何人いますか。（訪問系以外）</b></p>	
<p>総数 ( ) 人 ⇒ 内、無資格者 ( ) 人</p>	
<p><b>問 17-1. （問 17 で「無資格者」の人数に記載のある方のみ）</b>  <b>無資格者について初任者研修等の資格取得を検討していますか。</b></p>	
<p>1. 法人内で取得に関する補助制度を設置している</p> <p>2. 法人として補助制度はないが、財政的な支援制度があれば取得させたい</p> <p>3. 資格取得は勧めるが、具体的な補助制度はない</p> <p>4. 具体的な補助制度はなく、個人の取得に任せている</p> <p>5. その他 ( )</p>	

<p><b>問 18. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。</b> <b>(3つまで)</b></p>	
<p>1. 生きがい・社会参加への支援</p> <p>3. ボランティアや地域活動の充実</p> <p>5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動</p> <p>6. 多様な生活支援サービスの充実</p> <p>8. 入所施設の整備</p> <p>10. 地域包括支援センターの充実</p> <p>12. その他 (</p>	<p>2. 働く機会への支援</p> <p>4. 介護予防・健康づくりの推進</p> <p>7. 介護保険サービスの充実</p> <p>9. 認知症高齢者とその家族への支援</p> <p>11. 住まいに関する情報提供の充実</p> <p>13. わからない</p>
<p><b>問 19. 令和8年1月1日(基準日)の貴事業所で提供しているサービス種類についてお答えください。</b></p>	
<p><b>(1) 【居宅サービス(予防を含む)及び施設サービス】(該当するものすべてに○)</b></p>	
<p>1. 訪問介護</p> <p>3. 訪問看護</p> <p>5. 居宅療養管理指導</p> <p>7. 通所リハビリテーション</p> <p>9. 福祉用具貸与</p> <p>11. 住宅改修</p> <p>13. 短期入所生活介護</p> <p>15. 介護老人福祉施設</p> <p>17. 介護医療院・介護療養型医療施設</p>	<p>2. 訪問入浴介護</p> <p>4. 訪問リハビリテーション</p> <p>6. 通所介護</p> <p>8. 特定施設入居者生活介護</p> <p>10. 特定福祉用具購入</p> <p>12. 居宅介護支援</p> <p>14. 短期入所療養介護</p> <p>16. 介護老人保健施設</p> <p>18. その他 (</p>
<p><b>(2) 【地域密着型サービス】(該当するものすべてに○)</b></p>	
<p>1. 夜間対応型訪問介護</p> <p>3. 認知症対応型通所介護</p> <p>5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>7. 地域密着型特定施設入居者生活介護</p> <p>9. 看護小規模多機能型居宅介護</p>	<p>2. 地域密着型通所介護</p> <p>4. 小規模多機能型居宅介護</p> <p>6. 認知症対応型共同生活介護</p> <p>8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p>

## 第2 成年後見制度について

**問 1. あなたは成年後見制度を知っていますか。**

1. 制度の内容や手続方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

問2. 現在、支援している方の中で、成年後見制度の利用が必要と思われる方はいますか。

1. いる (                  人)        ⇒ 問2-1へ  
2. いない                              ⇒ 問3へ

問2-1. (問2で「1」と回答した方のみ) なぜ必要と思われますか。(いくつでも)

1. 親族等の支援が見込めないため
2. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等）ができないため
3. 預貯金の管理・解約等の手続きのため
4. 不動産処分の手続きのため
5. 契約（施設入所等）のため
6. 相続の手続きのため
7. その他（

**問3. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。**

1. 知っていて、利用したことがある
2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている
3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない
4. 知らない

問 4. 成年後見制度に関する相談先を知っていますか。

1. 知っている                      2. 知らない                      3. 相談する必要がある

**問 4-1. (問 4 で「1」と回答した方のみ)**

**成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。(いくつでも)**

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 市役所            | 2. 江別市成年後見支援センター   |
| 3. 地域包括支援センター     | 4. 障がい者支援センター      |
| 5. 法テラス           | 6. 家庭裁判所           |
| 7. 専門職(弁護士・司法書士等) | 8. 消費者協会(消費生活センター) |
| 9. その他( )         |                    |

**問 5. 成年後見制度に関する課題がありましたらお聞かせください。**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------





## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【高齢者向け住宅事業者】

### ■記入方法

- ・ この調査は、令和 8 年 1 月 1 日現在の状況についてお答えください。
- ・ 回答は、原則として「いくつでも」や「3 つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字 1 つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（     ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和 8 年 1 月 2 3 日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

＜該当する選択肢の番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください＞

## 第1 貴事業所について

問1. 令和8年1月1日（基準日）の貴施設についてお答えください。

(1) 所在地区	1. 江別	2. 野幌	3. 大麻
(2) 経営主体	1. 社会福祉法人 2. 医療法人（公益社団・一般社団・公益財団・一般財団） 3. 民法法人（公益社団・一般社団・公益財団・一般財団） 4. 営利法人（有限・株式会社等） 5. 特定非営利活動法人（NPO） 6. 非法人（個人経営） 7. その他（ ）		
(3) 施設種類	1. 住宅型有料老人ホーム                      2. サービス付高齢者向け住宅 3. その他（ ）		
(4) 入居定員	（ ）名		

問2. 入居状況及び待機状況（令和8年1月1日現在）についてお答えください。

入居者	(	名)	待機者	(	名)
-----	---	----	-----	---	----

問3. 入居者の内訳についてお答えください。

1. 独居	(	室)	2. 夫婦世帯	(	室)
3. その他	(	室	※内訳:		)

問4. 入居者の年齢についてお答えください。

1. 60 歲未滿	(	名)	2. 60 歲以上 65 歲未滿	(	名)
3. 65 歲以上 70 歲未滿	(	名)	4. 70 歲以上 75 歲未滿	(	名)
5. 75 歲以上 80 歲未滿	(	名)	6. 80 歲以上 85 歲未滿	(	名)
7. 85 歲以上 90 歲未滿	(	名)	8. 90 歲以上	(	名)

問5. 入居者の入居年数についてお答えください。

1. 1 年未滿	(	名)	2. 1 年以上 3 年未滿	(	名)
3. 3 年以上 5 年未滿	(	名)	4. 5 年以上	(	名)



[illegible]

問 16. 貴施設では、新規人材の確保について、どのような取り組みを行っていますか。 (3つまで)		
1 番目 ( )	2 番目 ( )	3 番目 ( )
1. 定期的に求人誌への掲載などを行っている 2. 就職説明会への参加を行っている 3. 福祉専門学校等教育機関との連携を図っている 4. ハローワークとの連携を図っている 5. 人材派遣会社との連携を図っている 6. 無資格でも採用を行い、採用後に資格取得講座を受講させている 7. 採用時に給与を他社より好条件に設定している 8. 採用時に労働日数・時間の希望をできるだけ聞き入れている 9. 育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている 10. 採用時に仕事のやりがいや、社会的意義を伝えている 11. インターンシップ制度を導入している 12. その他 ( ) 13. 特に何も行っていない		
問 17. 貴施設では、人材の定着・育成（離職防止）について、どのような取り組みを行っていますか。(3つまで)		
1 番目 ( )	2 番目 ( )	3 番目 ( )
1. 近隣の企業者同業他社の給与水準を踏まえ、給与額を設定している 2. 永年勤続など一定期間勤めた際の報奨制度を設けている 3. 能力や仕事ぶりによって、管理職への登用機会を設けている 4. 非正規職員から正規職員への登用機会を設けている 5. 外部研修に参加できない職員のために、内部研修を充実させている 6. 新人職員に対し、一定期間、マンツーマンで知識や技能を指導するなどの支援体制を設けている 7. 育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている 8. 休憩室や談話室の設置など、職員がリラックスできる環境を整えている 9. 上司や管理職が頻繁に面談を行い、職員の要望や不満を汲み取っている 10. 職員への満足度（不満）調査を行い、事業所における課題の把握を行っている 11. インターンシップ制度を導入している 12. その他 ( ) 13. 特に何も行っていない		

問 18. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援	2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実	4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動	
6. 多様な生活支援サービスの充実	7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備	9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実	11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他 ( )	13. わからない

## 第2 成年後見制度について

問 1. あなたは成年後見制度を知っていますか。

1. 制度の内容や手続き方法を知っている
2. 制度の内容を大まかに知っている
3. 名前だけ知っている
4. よく知らない

問2. 現在、支援している方の中で、成年後見制度の利用が必要と思われる方はいますか。

- |                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| 1. いる (                      人 ) | ⇒ 問2-1へ |
| 2. いない                           | ⇒ 問3へ   |

問2-1. (問2で「1」と回答した方のみ) なぜ必要と思われますか。(いくつでも)

1. 親族等の支援が見込めないため
2. 日常の金銭管理（日常の買物、支払い等）ができないため
3. 預貯金の管理・解約等の手続きのため
4. 不動産処分の手続きのため
5. 契約（施設入所等）のため
6. 相続の手続きのため
7. その他（   ）

<b>問 3. 江別市成年後見支援センターを知っていますか。</b>	
1. 知っていて、利用したことがある 2. 利用したことはないが、名前も事業内容も知っている 3. 名前は聞いたことがあるが、事業内容は知らない 4. 知らない	
<b>問 4. 成年後見制度に関する相談先を知っていますか。</b>	
1. 知っている                      2. 知らない                      3. 相談する必要がある	
<b>問 4-1. (問 4 で「1」と回答した方のみ)</b> <b>成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。(いくつでも)</b>	
1. 市役所 3. 地域包括支援センター 5. 法テラス 7. 専門職（弁護士・司法書士等） 9. その他（	2. 江別市成年後見支援センター 4. 障がい者支援センター 6. 家庭裁判所 8. 消費者協会（消費生活センター） )
<b>問 5. 成年後見制度に関する課題がありましたらお聞かせください。</b>	
<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 20px;"></div>	

## 意見 さいごに（自由意見）

高齢者向け住宅事業者から見た、介護保険制度についてのご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

[illegible]

< 差し支えなければ、施設名称をご記入ください：任意記載 >

【事業所名】

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、  
**令和8年1月23日（金）まで** に返送してください。



## 江別市高齢者総合計画の策定に関する実態調査 【ケアマネジャー】

### ■記入方法

- ・ この調査は、令和8年1月1日現在の状況についてお答えください。
- ・ 回答は、原則として「いくつでも」や「3つまで」といった指定がない限りは、あてはまる数字1つに○をつけてください。

設問によっては、数字を直接記入する場合があります。

「その他」を選んだ場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

### ■調査票提出期限

ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、

令和8年1月23日（金）までにご返送ください（切手不要）。

<調査実施主体>

江別市健康福祉部介護保険課

TEL 381-1067

＜該当する選択肢の番号に○をつけてください＞

<b>第 1</b>	<b>ケアマネジャー調査</b>			
<b>問 1. あなたの性別についてお答えください。</b>				
1. 男性		2. 女性		
<b>問 2. 令和 8 年 1 月 1 日現在のあなたの年齢をお答えください。</b>				
1. 20～29 歳		2. 30～39 歳		3. 40～49 歳
5. 60～69 歳		6. 70 歳以上		
<b>問 3. 勤務形態はどちらですか。</b>				
1. 常勤		2. 非常勤		
<b>問 4. あなたの所属する事業所は、居宅介護支援事業の他に介護保険サービス事業を運営していますか。なお、同じ所在地内に限ります。</b>				
1. 居宅介護支援事業所だけを運営している				
2. 他の介護保険サービス事業も運営している				
<b>問 5. ケアマネジャーの経験年数はどれくらいですか。</b>				
1. 1 年未満		2. 1 年以上 3 年未満		
3. 3 年以上 5 年未満		4. 5 年以上 10 年未満		
5. 10 年以上				
<b>問 6. 介護支援専門員以外に、お持ちの資格はどれですか。（いくつでも）</b>				
1. 社会福祉士		2. 介護福祉士		
3. 精神保健福祉士		4. 医師		
5. 歯科医師		6. 保健師		
7. 看護師		8. 准看護師		
9. 歯科衛生士		10. 理学療法士		
11. 作業療法士		12. 栄養士		
13. あん摩マッサージ指圧師		14. はり師・きゅう師		
15. 柔道整復師		16. 薬剤師		
17. その他（		18. 持っていない		
<b>問 7. あなたが担当している利用者数は何人ですか。（介護予防を含む）</b>				
1. 15 人未満		2. 15 人以上 20 人未満		
3. 20 人以上 25 人未満		4. 25 人以上 30 人未満		
5. 30 人以上 35 人未満		6. 35 人以上 40 人未満		
7. 40 人以上 44 人未満		8. 44 人以上		

問 8. あなたにとって、ケアマネジメントで負担になっている業務はどれですか。  
(いくつでも)

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 利用者への面接       | 2. 居宅介護支援業務の説明や契約締結 |
| 3. 介護保険制度の説明     | 4. アセスメントの実施        |
| 5. ケアプランの作成      | 6. ケアプランの説明と交付      |
| 7. サービス担当者会議の開催  | 8. サービス事業者への連絡・調整   |
| 9. 保険外サービスの連絡・調整 | 10. 主治医との連携         |
| 11. 利用者宅の訪問      | 12. 利用者からの相談・連絡     |
| 13. 家族からの相談・連絡   | 14. モニタリング          |
| 15. 居宅介護支援経過の記録  | 16. 給付管理            |
| 17. 入所・入院先の相談・手配 | 18. 保険者への問い合わせ      |
| 19. その他 (        | ) 20. 負担になっている業務はない |

**問 9. 要介護者等が自宅で暮らし続けるために特に必要なことは、何だと思いますか。  
(3つまで)**

1. 安心して住み続けられる住まいがある
2. 近所の人の見守りや手助けがある
3. 必要時に随時、訪問してくれる介護・看護サービスがある(24時間365日)
4. 日中に自宅から出て、他の高齢者とともに活動したり、交流したりする場所がある
5. 介護状態の改善や悪化を防ぐリハビリのサービスがある
6. 一時的に自宅から離れて、短期間生活できるサービスがある
7. 必要に応じて、通ったり、宿泊したりできるような施設がある
8. いつでも入所できる介護施設がある
9. 往診してくれる医療機関がある
10. 弁当など食事を宅配してくれるサービスがある
11. 調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスがある
12. 健康・介護・生活相談が出来る体制がある
13. 近所の人や民生委員などによる、定期的な訪問や声かけがある
14. 水道や電気、ガスの使用状況により、生活状況(安否など)を外部からチェックしてくれる仕組みがある
15. 緊急時にボタンを押せば関係機関に通報される仕組みがある(24時間365日)
16. 介護者の負担を軽減する仕組みがある
17. 低所得者の経済的な負担を軽減する仕組みがある
18. その他( )
19. わからない

**問 10. 担当医等との連携が必要だと思うケースでは、実際に連携が図られていると思いますか。**

1. 十分に連携が図られている
2. おおむね連携が図られている
3. ほとんど連携が図られていない
4. 全く連携が図られていない
5. その他( )

問 11. 担当医等との連携はどのような方法で行っていますか。（3 つまで）

1. 事前に時間調整を行い、担当医等（病院・診療所）を訪問して面談している
2. ほとんどの場合、質問内容をFAX等でやり取りし、必要がある場合に面談している
3. 電話・FAX等で連絡を取り、面談はしていない
4. 診療情報提供書・連携パス等の書類等で連絡を取っており、面談はしていない
5. サービス担当者会議等に参加して連携をとっている
6. 利用者・家族を通じて話を聞いている
7. その他（ ）
8. 連携していない

問 12. 利用者が入院した時、在宅での生活状況やケアプランなどの情報を病院に提供していますか。

1. 病院からの要請に関わらず、提供している
2. 病院から要請があった場合に必要に応じ提供している
3. 直接は提供していないが、家族を通じてのみ提供している
4. その他（ ）
5. 提供していない
- ⇒ 問 12-1 へ
- ⇒ 問 13 へ

問 12-1. (問 12 で「1」～「4」のいずれかに回答した方のみ)  
どのようにして病院に提供していますか。(いくつでも)

1. 担当医等に面談して、利用者の生活状況やケアプランを提供している
2. ほとんどの場合 F A X 等でやり取りし、必要がある場合に面談している
3. 電話・ F A X 等でやり取りし、面談はしていない
4. その他（

問 13. あなたは、退院が決まった高齢者、退院直後の高齢者等の医療の継続のためにどのように対応していますか。（いくつでも）

1. 病院の地域連携室等と連携している
2. 協力関係にある診療所・訪問看護ステーションと連携している
3. 利用者の住居近くの訪問看護ステーションと連携している
4. 利用者の住居近くの診療所と連携している
5. 地域包括支援センターと連携している
6. 医療については、病院の方針にゆだねている
7. 保健所と連携している
8. その他（
9. 特にない

問 14. 「カンファレンス」への参加について、利用者が入院している時（退院時含む）、病院から参加の要請を受けたことがありますか。

1. 要請を受けたことがある ⇒ 問14-1へ
2. 要請を受けたことがない ⇒ 問15へ

問 14-1. (問 14 で「1」に回答した方のみ)

要請を受けた場合、カンファレンスに参加していますか。

1. ほとんど参加している ⇒ 問 15 へ      2. 必要に応じて参加している ⇒ 問 15 へ  
3. ほとんど参加していない ⇒ 問 14-2 へ      4. 全く参加したことがない ⇒ 問 14-2 へ

問 14-2. (問 14-1 で「3」または「4」と回答した方のみ)

参加していない理由は、次のどれですか。（いくつでも）

1. 参加しても必要な情報が得られない
2. 個別に必要な情報は得ているため、カンファレンスに参加する必要がない
3. 参加したいが、忙しくて参加できない
4. 病院のスタッフが多いので参加しにくい（病院の敷居が高い）
5. その他（

問 15. 医療機関とは、どのような方法で、情報伝達を図りたいですか。（いくつでも）

1. 固定電話                      2. 携帯電話                      3. F A X
4. Eメール                      5. 直接の面談                      6. その他 (                      )

問 16. 医療機関から利用者の情報を得る際、「連携が図れない。連携が図りにくい。」と感じたことがありますか。

1. ある ⇒ 問16-1へ                      2. ない ⇒ 問17へ

問 16-1. (問 16 で「1」と回答した方のみ)

それはどのようなことですか。（いくつでも）

1. 医療機関に連絡することに抵抗がある（敷居が高く感じられる）
2. 連絡の方法がわからない（いつ、どういうふうに連絡していいのか。また、病院側の担当窓口が分からず誰に連絡すればよいかわからない）
3. 担当医等が多忙なため、連絡しても会ってもらえないことがある（担当医等が総合病院の医師であるため会うことが困難）
4. 担当医等が遠方で会うことが困難
5. 個人情報などを理由に答えてくれないことがある（利用者の同意書を求められた。患者、利用者・家族を通じてしか答えない。担当の介護支援専門員である証明を求められた）
6. 情報提供料等を請求されることがあった
7. 治療内容などを話してもわからない、情報提供の必要がないと言われた
8. その他（ ）

問 17. あなたには、認知症に関して相談のできる医療機関がありますか。	
1. はい ⇒ 問 17-1 へ	2. いいえ ⇒ 問 18 へ
問 17-1. (問 17 で「1」と回答した方のみ) 相談している医療機関は、次のうちどれですか。(いくつでも)	
1. 診療所等の担当医 2. 老年科・もの忘れ外来など認知症の専門外来がある病院 3. 病院の内科、神経内科、精神科など 4. 精神科・神経科専門の病院・診療所 5. 認知症疾患医療センター 6. その他 ( )	
問 18. あなたは過去 1 年間で看取りに立ち会ったケースはありますか。 ※「1. はい」の場合は年間の回数をご記入ください。	
1. はい ⇒ ( ) 回/年	2. いいえ
問 19. あなたが看取りをサポートする側に立った場合、特に欠かせないと思うことは何ですか。(いくつでも)	
1. 施設として明確な方針を有していること 2. 本人・家族・関係者の意思統一がされていること 3. 職員の理解と協力があること 4. 看取り対応のマニュアル等が整備されていること 5. 医療機関との連携がとれていること 6. その他 ( )	
問 20. ケアマネジャーのスキルアップでどのようなことを望みますか。(いくつでも)	
1. ケアプランの作成・評価 3. 介護予防に関する知識 5. 医療に関する知識 7. 災害時の備えや対応 9. 福祉用具に関する知識 11. 虐待への対応 13. その他 ( )	2. 介護に関する知識 4. リハビリテーションに関する知識 6. 困難事例の検討 8. 住宅・住環境に関する知識 10. 認知症の方への対応 12. 成年後見制度などの知識

<p>問 21. ケアマネジャーの仕事について、どのようにお考えですか。</p> <p>①～⑩にお答えください。</p>
<p>① やりがいがあると思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>② 人の役に立てる仕事だと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>③ 専門知識・技能の必要な仕事だと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>④ 業務量が過大な仕事だと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑤ 精神的ストレスの大きい仕事だと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑥ 社会的評価は高いと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑦ 報酬は業務に見合っていると思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑧ 介護福祉士や社会福祉士のような国家資格化は必要だと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑨ ケアマネジャーの独立性・中立性・公平性は保たれていると思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>
<p>⑩ 今後も続けていきたいと思いますか。</p>
<p>1. そう思う      2. まあそう思う      3. あまりそうは思わない      4. そうは思わない</p>



問 22. ケアマネジャーからみて、江別市内の在宅医療と在宅介護の連携はとれていると思われますか。

1. 連携はとれている                      2. おおむね連携はとれている
3. あまり連携はとれていない          4. 連携はとれていない

問 23. 上記の連携状況について、具体的な事項があれば、ご自由にお書きください。

問 24. ケアマネジャーからみて、江別市内の在宅医療・介護連携を進めるために、どのようなことに力を入れる必要があると思いますか。（いくつでも）

1. 地域の医療・介護サービス資源の把握
2. 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
3. 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
4. 医療・介護関係者の情報共有の支援
5. 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
6. 医療・介護関係者の研修
7. 地域住民への普及啓発
8. その他（ ）
9. わからない

問 25. 上記の力を入れる点について、具体的な提案があれば、ご自由にお書きください。

---



---



---



---

問 26. 患者情報の共有のために、多職種で I C T（情報通信技術）を活用することについて、どのように思いますか。

1. 活用したいと思う                      2. 活用したいとは思わない  
3. その他（ ）                      4. わからない

問 27. 地域で尊厳ある自立した日常生活を送ることができるよう、介護保険や高齢者保健福祉分野で、今後特に高齢者施策として力を入れてほしいものはどれですか。  
(3つまで)

1. 生きがい・社会参加への支援
2. 働く機会への支援
3. ボランティアや地域活動の充実
4. 介護予防・健康づくりの推進
5. 1人暮らしなどの高齢者の見守り・助け合い活動
6. 多様な生活支援サービスの充実
7. 介護保険サービスの充実
8. 入所施設の整備
9. 認知症高齢者とその家族への支援
10. 地域包括支援センターの充実
11. 住まいに関する情報提供の充実
12. その他（ ）
13. わからない

問 28. ケアマネジャーの立場から保険者である江別市に対して、何を望みますか。  
(いくつでも)

1. 介護保険に関する情報提供
2. 質の向上のための研修
3. 不正な事業所の指導
4. 利用者への適正なサービス利用の啓発
5. 適正化についての情報提供
6. 医療機関・訪問看護ステーションとの連携への支援
7. その他（ ）
8. 特になし

[illegible]

問4-1. (問4で「1」と回答した方のみ)

成年後見制度に関する相談をどの機関にしていますか。(いくつでも)

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. 市役所            | 2. 江別市成年後見支援センター   |
| 3. 地域包括支援センター     | 4. 障がい者支援センター      |
| 5. 法テラス           | 6. 家庭裁判所           |
| 7. 専門職(弁護士・司法書士等) | 8. 消費者協会(消費生活センター) |
| 9. その他( )         |                    |

問5. 成年後見制度に関する課題がありましたらお聞かせください。

意見 さいごに(自由意見)

介護保険や高齢者保健福祉について、新たなサービスの提案等がございましたらご自由にご意見・ご要望などをお書きください。

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。

記入した調査票は3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れ、  
令和8年1月23日(金)まで に返送してください。

**「在宅介護実態調査」のご協力をお願い**

資料11

皆様には、介護保険行政の運営につきまして、日頃からご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

この度、次期江別市高齢者総合計画（計画期間：令和9年度～令和11年度）の策定にあたり、要支援・要介護の認定を受けられている方を対象とする「在宅介護実態調査」を実施することといたしました。

本調査は、在宅（自宅）で生活されている要支援・要介護認定を受けられている方の生活状況や介護者（介護しているご家族等）の働き方等についてお伺いし、計画の策定に役立てるために行うものです。

つきましては、本調査の趣旨をぜひともご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和8年1月 江別市健康福祉部介護保険課

**<調査票のご記入にあたって>**

- 1 本調査は、在宅（自宅）で要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方を対象としています。  
◆有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等に入居されている方も調査の対象となります。
- 2 回答は、封筒のあて名の方ご本人について記入してください。
- 3 回答にあたっては、あて名のご本人が回答できる場合は、ご本人が回答してください。ご本人が回答できない場合は、ご家族等がご本人の立場に立って代わりに回答してください。
- 4 調査票は、**A票**と**B票**があります。  
**B票**は、**A票**の間2で「2.」～「5.」に○をつけた方（ご家族やご親族の方から介護を受けている方）のみお答えください。
- 5 今回の調査結果については、ご本人の要介護認定データと関連付けて集計・分析させていただきます。その旨のご承諾をいただき、裏面の同意書にご署名の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。
- 6 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、  
**令和8年1月23日(金)必着** にてご返送ください（切手不要）。

**<問い合わせ先>**

江別市健康福祉部 介護保険課(企画・指導担当)

電話 011-381-1067

FAX 011-381-1073

調査の前に、下記の同意書にご署名をされたうえで、設問へお進みください。

江別市長 殿

## 同 意 書

私は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）の活用について、以下の事項を確認のうえ、同意します。

### ■要介護認定データの利用目的について

要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、要介護認定及び当市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。

本人の許可なく、目的以外の使用はいたしません。

### ■本調査で得られた情報の取扱いについて

本調査で得られた情報については、江別市高齢者総合計画策定の目的以外には利用いたしません。

また当該情報については、江別市において適切に管理いたします。

令和 8 年 月 日

<ご署名> \_\_\_\_\_

※調査対象者様のご署名をお願いいたします。

A票

## 調査対象者ご本人様について、お伺いします

◆調査票の該当する番号に○をつけてください。

### 【この調査票を記入いただいている方は、どなたですか】（複数選択可）

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. 調査対象者のケアマネジャー
5. その他

### 問1 世帯類型について、ご回答ください（1つを選択）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

### 問2 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（1つを選択）

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8（3ページ）へ

問3～問13へ

※こちらを選択した方は、5・6ページの「B票」にも回答願います。

### 問3 問2で「2.」～「5.」を回答した方に伺います。主な介護者の方は、どなたですか（1つを選択）

1. 配偶者
2. 子
3. 子の配偶者
4. 孫
5. 兄弟・姉妹
6. その他



**問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数選択可)**

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 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・福祉タクシー等) | 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               | 11. 特になし   |                   |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

**問10 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(1つを選択)**

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 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・入居申し込みをしている |                 |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

**問11 ご本人(調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください(複数選択可)**

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. 脳血管疾患(脳卒中)              | 2. 心疾患(心臓病)               |
| 3. 悪性新生物(がん)               | 4. 呼吸器疾患                  |
| 5. 腎疾患(透析)                 | 6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) |
| 7. 膠原病(関節リウマチ含む)           | 8. 変形性関節疾患                |
| 9. 認知症                     | 10. パーキンソン病               |
| 11. 難病(パーキンソン病を除く)         | 12. 糖尿病                   |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) | 14. その他                   |
| 15. なし                     | 16. わからない                 |

**問12 ご本人(調査対象者)は、現在、訪問診療を利用していますか(1つを選択)**

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

※訪問診療とは、医師が定期的にご自宅に訪問し、診療を行うことです。

訪問歯科診療や居宅療養管理指導(栄養管理や健康状態に対する助言・指導を行うもの)等は含みません。

**問13 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか(1つを選択)**

- |  |  |
|--|--|
| 1. 利用している ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5ページへ</span> | 2. 利用していない ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">問14へ</span> |
|--|--|

**問14 問13で「2. 利用していない」を回答した方に伺います。介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数選択可)**

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない  | 2. 本人にサービス利用の希望がない        |
| 3. 家族が介護をするため必要ない           | 4. 以前、利用していたサービスに不満があった   |
| 5. 利用料を支払うのが難しい             | 6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない |
| 7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため  |                           |
| 8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない | 9. その他                    |



## 【B票の記入について】

- 問2で「2.」～「5.」を選択された場合は、「主な介護者」の方に **B票** へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方が記入できない場合は、ご本人(調査対象者の方)がご回答・ご記入をお願いします。(ご本人がご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

### B票 主な介護者の方について、お伺いします

※主な介護者の方、もしくはご本人様が調査票の該当する番号に○をつけてください。

#### 問1 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください(1つを選択)

- |                       |   |           |
|-----------------------|---|-----------|
| 1. フルタイムで働いている        | } | 問2～問5へ    |
| 2. パートタイムで働いている       |   |           |
| 3. 働いていない             | } | 問5(6ページ)へ |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |   |           |

※「パートタイム」とは、「1 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。

#### 問2 問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」と回答した方にお伺いします。

**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(複数選択可)**

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. 主な介護者に確認しないと、わからない

#### 問3 問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」と回答した方にお伺いします。

**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(3つまで選択可)**

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 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. 主な介護者に確認しないと、わからない    |                            |

**問4 問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」と回答した方にお伺いします。**

**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(1つを選択)**

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 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. 主な介護者に確認しないと、わからない |                     |

**● ここから再び、全員の方にお伺いします。**

**問5 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に感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません) (1～17 までの中から、3つまで選択可)**

**身体介護**

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 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) |                |

**生活援助**

- |                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| 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 |                         |

**その他**

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 15. その他                | 16. 不安に感じていることは、特にない |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |                      |

**アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。**

※令和8年1月1日現在の状況について、 の中にご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。（数値を記入）

1) 所属するケアマネジャーの人数	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	人
2) 「自宅等（3）を除く）」にお住まいの利用者数	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	人
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	人

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします。

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した要介護度別の利用者数」と「自宅等で死亡した利用者数」をご記入ください。

※入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めないでください。（数値を記入）

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者								②自宅等での死亡	合計★
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	申請中・不明		
<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>

問3 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者数」を行先別にご記入ください。（数値を記入）

※入院した後に自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。  
※搬送後、搬送先から転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。  
※問3の合計（★）と、問2の合計（★）が一致することをご確認ください。

行先	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
2) 住宅型有料老人ホーム	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
5) グループホーム	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
6) 特定施設	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
7) 地域密着型特定施設	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
8) 介護老人保健施設	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
9) 介護医療院	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
10) 特別養護老人ホーム	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
12) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
13) その他	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
14) 行先を把握していない	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
15) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡を含む	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>
合計★	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </span>

合計人数が一致することを、「」確認ください

問4 貴事業所の利用者で在宅生活の維持が難しくなるのは、どのような場合が多いですか。  
よくあるケースについてお答えください。（自由回答）

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。





※令和8年1月1日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別をご回答ください。 (1つに○)

<input type="text"/>	1. 住宅型有料老人ホーム	<input type="text"/>	6. 地域密着型特定施設
<input type="text"/>	2. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<input type="text"/>	7. 介護老人保健施設
<input type="text"/>	3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<input type="text"/>	8. 介護医療院
<input type="text"/>	4. グループホーム	<input type="text"/>	9. 特別養護老人ホーム
<input type="text"/>	5. 特定施設	<input type="text"/>	10. 地域密着型特別養護老人ホーム

※本調査では、上記のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	<input type="text"/>		
2) 定員数など	<input type="text"/>	(人/戸/室)	
3) 入所・入居者数	<input type="text"/>	人	
4) (貴施設等の) 待機者数	<input type="text"/>	人	
5) 特別養護老人ホームの待機者数（申込者数）	<input type="text"/>	人	

※「2)定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

※5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度別の人数について、ご記入ください。(数値を記入)

自立	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	申請中・不明	合計
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問4 貴施設等で、以下の医療処置が必要な利用者の受け入れは可能ですか。(あてはまる項目全てに○)

※1人でも受け入れが可能であれば、○とご記入ください。

1) 点滴の管理	<input type="text"/>	8) 疼痛の看護	<input type="text"/>
2) 中心静脈栄養	<input type="text"/>	9) 経管栄養	<input type="text"/>
3) 透析	<input type="text"/>	10) モニター測定	<input type="text"/>
4) ストーマの処置	<input type="text"/>	11) 褥瘡の処置	<input type="text"/>
5) 酸素療法	<input type="text"/>	12) カテーテル	<input type="text"/>
6) レスピレーター	<input type="text"/>	13) 喀痰吸引	<input type="text"/>
7) 気管切開の処置	<input type="text"/>	14) インスリン注射	<input type="text"/>
		15) 上記に対応可能な医療処置はない	<input type="text"/>

問5 現在、上記の医療処置を受けている入所・入居者の合計人数をご回答ください。(数値を記入)

問4の医療処置を受けている入所・入居者の合計（実人数）	<input type="text"/> 人
-----------------------------	------------------------

ここからは、過去1年間の新規の入所・入居者についてお伺いします。

問6 過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。（数値を記入）

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数（合計★）  人

問7 問6の過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。（数値を記入）

※ 「合計★」と、問6「新規の入所・入居者数（合計★）」が一致することをご確認ください。

※ 一時的な入院の後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。入院前の居場所がわからない場合は、「12) 病院」を選択してください。

※ 「1) 自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 自宅（※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む）		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）		
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 介護医療院		
10) 特別養護老人ホーム		
11) 地域密着型特別養護老人ホーム		
12) 病院・診療所（一時的な入院を除く）		
13) その他		
14) 入居・入所する前の居場所を把握していない		
合計★		

合計人数が一致することを、ご確認ください



ここからは、**過去1年間の退去者**についてお伺いします。

**問8 過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。**

※ 一時的な入院等から貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含め  
ないでください。

※ 「死亡」には、「貴施設等で亡くなられた方」に加え、「病院等への搬送後に死亡された方」も含まれます。

退去者数（合計）※死亡を含む

人 ☆

**問9 問8の過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。（数値を記入）**

※死亡した人については、「①退去者」欄ではなく、「②貴施設等での死亡」欄にその人数をご記入ください。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②貴施設等での死亡」、

搬送先からの転院等の後に死亡した場合は「①退去者」に含めてください。

※「合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」が一致することをご確認ください。

①退去者									②貴施設等 での死亡 ※搬送先での 死亡を含む	合計☆ ※①②の 合計
自立	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	申請中・ 不明		

**問10 問8でご記入いただいた過去1年間の退去者について、退去先別の人数をご記入ください。**

※ 一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※搬送先からの転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントして  
ください。

※「合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」、問9の「合計☆」が一致することをご確認ください。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）		
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 介護医療院		
10) 病院・診療所（上記「9」を除く） ※一時的な入院は含みません。		
11) 特別養護老人ホーム		
12) 地域密着型特別養護老人ホーム		
13) その他		
14) 行先を把握していない		
15) 死亡（※搬送先での死亡を含む）		
合計☆		

合計人数が一致することをご確認ください

問11 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として最も多いものを3つまで選択してください。（3つまで○）

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

	3つまで○	
1) 必要な生活支援が発生・増大したから		0
2) 必要な身体介護が発生・増大したから		0
3) 認知症の症状が悪化したから		0
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから		0
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから		0
6) 入所・入居者の状態等が改善したから		0
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから		0
8) 費用負担が重くなったから		0
9) 本人が希望したから		0
10) その他		0

問12 貴事業所で入居・入所者が退去するのはどのような場合が多いですか。よくあるケースについてお答えください。（自由回答）

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

※令和8年1月1日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

**問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）**

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

**1. 施設・居住系サービス**

（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム）

**2. 通所系サービス**

（通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業））

**問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。**

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

**問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）**

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数	<input type="text"/>	人	左記のうち常勤職員	<input type="text"/>	人
			左記のうち非常勤職員	<input type="text"/>	人
外国人職員数	<input type="text"/>	人	派遣職員数	<input type="text"/>	人

**問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。**

（1つに○）

1. はい ⇒問2-3へ

2. いいえ ⇒問3へ

**問2-3 令和8年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。**

過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

	採用者数	離職者数
常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）**

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

続いて、調査票（Q5）の設問（問5）にお進みください。

問5 貴施設等に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

回答方法	※番号1つ記載				※数値を記入		※番号1つ記載			
設問	(1)資格の取得、研修の修了の状況	(2)雇用形態	(3)性別	(4)年齢	(5)過去 <b>1週間</b> の勤務時間	(6)現在の施設等での勤務年数	(7)現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8)直前の職場について		
選択肢	1. 介護福祉士 （認定介護福祉士含む） 2.介護福祉士実務者研修修了 または （旧）介護職員基礎研修修了 または （旧）ヘルパー1級 3.介護職員初任者研修修了、 または （旧）ヘルパー2級 4.上記のいずれも該当しない	1.常勤職員 2.非常勤職員	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代以上 8.不明	※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。  ※週の始まりは事業所ごとに任意の曜日で構いません。	1. <u>1年以上</u> ⇒ 【回答終了】 2. <u>1年未満</u> ⇒ 【(7)へ】	1.現在の職場が初めての勤務先⇒【回答終了】 2.介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3.特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回サービス 6.通所介護、通所リハ、認知症デイ 7.住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8.その他の介護サービス ⇒ 【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】 9.不明 ⇒【回答終了】	1.現在の施設等と、同一の市区町村内  2.現在の施設等と、別の市区町村内  3.不明	1.現在の施設等と、同一の法人・グループ  2.現在の施設等と、別の法人・グループ  3.不明	
	記入例	1	1	1	3	40	時間	2	2	1
01						時間				
02						時間				
03						時間				
04						時間				
05						時間				
06						時間				
07						時間				
08						時間				
09						時間				
10						時間				
11						時間				
12						時間				
13						時間				
14						時間				
15						時間				
16						時間				
17						時間				
18						時間				
19						時間				
20						時間				
21						時間				
22						時間				
23						時間				
24						時間				
25						時間				
26						時間				
27						時間				
28						時間				
29						時間				
30						時間				
31						時間				
32						時間				
33						時間				
34						時間				
35						時間				
36						時間				
37						時間				
38						時間				
39						時間				
40						時間				
41						時間				

介護人材実態調査 【事業所票】 訪問系

※令和8年1月1日現在の状況について、 の中に、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
2. 小規模多機能型居宅介護
3. 看護小規模多機能型居宅介護
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。(数値を記入)

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人
外国人職員数		人	派遣職員数		人

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

(1つ選択)

1. はい ⇒ 問2-3へ  
2. いいえ ⇒ 問3へ

問2-3 令和8年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

	採用者数	離職者数
常勤職員		
非常勤職員		
合計		

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。(自由記述)

--

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

## 介護人材実態調査 職員票（訪問系）

※この調査票は、訪問サービス・訪問介護を行う介護職員の方（非常勤含む。ボランティア除く）が対象です。

※令和8年1月1日現在の状況について、 の中に、ご回答ください。

**問1 あなたが、本調査票を受け取った事業所で提供するサービス種別（介護予防を含む）について、ご回答ください。（1つ選択）**

- |  |   |
|--|---|
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業）） |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 2. 小規模多機能型居宅介護                                |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 3. 看護小規模多機能型居宅介護                              |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                           |

**問2 あなたの資格の取得、研修の修了の状況について、ご回答ください。（1つ選択）**

- |  |   |
|--|---|
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 1. 介護福祉士（認定介護福祉士を含む）                          |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 2. 介護福祉士実務者研修修了、または（旧）介護職員基礎研修修了、または（旧）ヘルパー1級 |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 3. 介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級                   |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 4. 「1.」～「3.」のいずれにも該当しない                       |

**問3 あなたの雇用形態、性別、年齢、過去1週間の勤務時間等について、ご回答ください。**

1) 雇用形態（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 常勤職員	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 非常勤職員
2) 性別（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 男性	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 女性
3) 年齢（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 20歳未満	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 20代
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	3. 30代	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	4. 40代
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	5. 50代	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	6. 60代
		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	7. 70代以上	
4) 過去1週間の勤務時間（数値を記入） ※問1で回答した勤務先における時間	週	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	時間	★ ※残業時間を含む。 休憩時間は除く。
5) 現在の事業所での勤務年数（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 1年以上 ⇒裏面に回答		
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 1年未満 ⇒問4と裏面に回答		

**問4 【問3の5）で「2.」と回答された方】現在の事業所に勤務する直前の職場について、以下にご回答ください。**

- |  |   |
|--|---|
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 1. 現在の職場が初めての勤務先⇒【裏面に回答】                |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 2. 介護以外の職場⇒【裏面に回答】                      |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型                        |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス                     |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ                      |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外）                    |
| <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> | 8. その他の介護サービス                           |
- ⇒【「3.」～「8.」の場合は問5へ】

**問5 【問4で「3.」～「8.」と回答された方】ご回答いただいた直前の職場について、以下にご回答ください。**

1) 場所（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 現在の事業所と、同一の市区町村内
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 現在の事業所と、別の市区町村内
2) 法人（1つに○）	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	1. 現在の事業所と、同一の法人・グループ
	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span>	2. 現在の事業所と、別の法人・グループ

⇒皆様、裏面も  
ご回答ください



## 職員票（訪問介護員向け）裏面

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問介護」、「訪問入浴」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス（総合事業）」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」に従事されている方にお聞きます。

※表面の間3「4」過去1週間の勤務時間（★欄）で回答した7日間の勤務時間について、身体介護・生活援助を提供した時間（分）を記入してください。

（例、水曜日を開始日とする場合、水曜日（開始日）から次週の火曜日までの7日間の情報を記入してください）

※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります（移動時間を含まない）。

※「掃除」には、ゴミ出しも含みます。

※障害サービスの提供は除いてください。

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

### ■介護給付による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護		生活援助							
			買い物		調理・配膳		掃除		その他の生活援助	
記入例	60	分	20	分	20	分	20	分	20	分
月		分		分		分		分		分
火		分		分		分		分		分
水		分		分		分		分		分
木		分		分		分		分		分
金		分		分		分		分		分
土		分		分		分		分		分
日		分		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分		分

### ■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護		生活援助							
			買い物		調理・配膳		掃除		その他の生活援助	
記入例	30	分	0	分	0	分	20	分	20	分
月		分		分		分		分		分
火		分		分		分		分		分
水		分		分		分		分		分
木		分		分		分		分		分
金		分		分		分		分		分
土		分		分		分		分		分
日		分		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分		分

※自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、身体介護に含む

週の合計時間

時間



## 江別市高齢者総合計画(第11期高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画)策定スケジュール

時期	介護保険事業等運営委員会	ワーキング部会	評価部会
令和7年 11月	【委員会①】(11/26) ・委員会の概要、高齢者総合計画の概要 ・部会の設置、実態調査	【ワーキング①】(11/26) ・部会長の選出	【評価①】(11/26) ・部会長の選出
12月			
令和8年 1月			
2月			
3月	【委員会②】 ・実態調査の報告案		
4月			
5月			
6月			
7月	【委員会③】 ・地域包括支援センター運営状況 ・介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況等 ・地域密着型サービス事業所の指定及び廃止 ・介護サービス利用実績 ・介護保険事業計画に対する自己評価 ・計画の構成案		
8月	【委員会④】 ・計画の進捗状況及び評価 ・計画の総論(案)	【ワーキング②】 ・計画の総論(案)	【評価②】 ・計画の進捗状況及び評価
9月			
10月	【委員会⑤】 ・計画の各論(案)	【ワーキング③】 ・計画の各論(案)	
11月		【ワーキング④】 ・計画の素案	
12月	【委員会⑥】 ・計画の素案		
令和9年 1月		【ワーキング⑤】 ・介護保険料の設定 ・計画(案)のパブコメ結果	【評価③】 ・計画(案)の活動指標及び 成果指標の設定
2月	【委員会⑦】 ・計画(案)の活動指標及び成果指標の設定 ・介護保険料の設定 ・計画(案)のパブコメ結果 ・計画(案)について		
3月			