

在宅介護実態調査 調査票

調査実施日〔令和 年 月 日〕〔被保険者番号 〕

- ◎ご回答にあたっては、あてはまる回答番号を○でお囲みください。
筆記用具は鉛筆やボールペンなど、どのようなものでもかまいません。
- ◎調査票記入後は、調査票とあわせてお渡しした返信用封筒に入れて、
調査日から2週間以内を目安に投函してください。

A 票(認定を受けるご本人が回答)

●このアンケートはどなたが記入されていますか(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. 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 → **問8へ(4ページ)**
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない
3. 週に1～2日ある
4. 週に3～4日ある
5. ほぼ毎日ある

問3へ

問3 主な介護者の方は、どなたですか(1つを選択)

- | | | |
|-------------|----------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問4 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(1つを選択)

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

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つを選択)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください
(複数選択可)

〔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. わからない

問7 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(複数選択可)

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

問8 現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、
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. 利用していない | |

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

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、介護老人保健施設、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、養護老人ホーム等)、グループホームを指します。

問 11 ご本人が、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

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

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 → **問 15**へ

2. 利用していない → **問 14**へ

問 14 問13で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。
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()

問 15 介護サービスを利用して、良かったことは何ですか(複数選択可)

1. 日常生活が安心して送れるようになった
2. 介護をする家族の負担が軽くなった
3. 体の動きが良くなった
4. 自分でできることが増えた
5. ケアマネジャー、サービス事業者の対応が良かった
6. その他()
7. 特にない
8. わからない
9. 介護サービスを利用したことがない

問 16 介護サービスを利用して、良くないと感じたことは何ですか(複数選択可)

1. 各種の申請手続きが煩雑
2. サービスの利用の仕方が難しい
3. サービスの質が良くない
4. サービス利用の自己負担分が高く経済的に負担
5. ケアマネジャー、サービス事業者の対応が良くない
6. その他()
7. 特にない
8. わからない
9. 介護サービスを利用したことがない

- 調査対象者様のご家族やご親族の方からの介護(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)を受けていない場合(問2で、「1. ない」を選択した場合)、調査はこれで終わりです。
- 調査対象者様のご家族やご親族の方からの介護を受けている場合、次のページにお進みください。

- 調査対象者様のご家族やご親族の方からの介護(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)を受けている場合(A票の問2で、「2.」～「5.」を選択した場合)、「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」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

B 票(主な介護者の方、もしくはご本人が回答)

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
2. パートタイムで働いている
3. 働いていない
4. 主な介護者に確認しないと、わからない | }

} | 問2～問3へ

問4へ |
|---|----------------|---------------------------|

※「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.」「2.」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.」「2.」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

問4 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)
(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

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

調査票とあわせてお渡しした返信用封筒に入れて、

調査日から2週間以内を目安に投函してください。