

基本調査項目＋オプション項目(★)

## 在宅介護実態調査 調査票

被保険者番号[ ]

### 【A票の聞き取りを行った相手の方は、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           |                     |

**A票**

### 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

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(生活の援助や身体的な介助など)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(裏面)へ |         |
| 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               |   | }       | 問3～問13へ |
| 4. 週に3～4日ある               |   |         |         |
| 5. ほぼ毎日ある                 |   |         |         |

★ 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 | 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(認定調査対象者)の介護を主な理由として、過去 1 年の間に仕事を辞めたり転職した方はいますか(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。

● ここから再び、全員に調査してください。

★ 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、老人保健施設、介護療養型医療施設、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(認定調査対象者)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

調査員が対象者へ説明。

訪問診療は突発的ではなく、定期的なイメージです。

★ 問 12 ご本人(認定調査対象者)は、現在、訪問診療(医療)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。(歯科と介護サービスは含みません。)

● 問 12 で「1.」を回答した場合は、問 12-2、問 12-3 も調査してください。

★ 問 12-2 利用している訪問診療(医療)の病院等は、どこにありますか(1つを選択)

1. 石狩市内
2. 石狩市以外

★ 問 12-3 訪問診療(医療)の利用頻度はどのくらいですか(1つを選択)

1. 月に1回程度
2. 月に2回程度
3. 月に3回程度
4. 月に4回程度
5. 月に5回以上

★ 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
2. 利用していない

● 問 13 で「2.」を回答した場合は、問 14 も調査してください。

★ 問 14 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 ご本人(認定調査対象者)は、高齢者の相談窓口である地域包括支援センターを知っていますか(1つを選択)

- 1. 知っている
- 2. 知らない

★ 問 16 ご本人(認定調査対象者)は、在宅医療(※)について知っていますか(1つを選択)

- 1. 知っている
- 2. 知らない

※在宅医療とは、さまざまな病気にかかれ、身体機能の低下などで通院が困難な方などが、自宅で医療サービスを受けながら療養生活を送ることをいいます。

★ 問 17 ご本人(認定調査対象者)は、長期療養が必要になったとき、どこで療養したいですか(1つを選択)

- 1. 自宅
- 2. サービス付高齢者向け住宅(※)など
- 3. 介護施設(特別養護老人ホームなど)
- 4. 病院
- 5. その他( )
- 6. わからない

※サービス付高齢者向け住宅とは、高齢者に安全な居住空間を確保し、介護や医療と連携したサービスを提供する賃貸住宅のことをいいます。

● 問 17 で「1.」「6.」以外を回答した場合は、問 18 も調査してください。

★ 問 18 問 17 で「2.」「3.」「4.」「5.」とお答えになった理由はなんですか(複数回答可)

- 1. 家族に負担がかかるから
- 2. 緊急時や救急時の対応ができないから
- 3. 部屋やトイレなど居住環境が整っていないから
- 4. 見てくれる人(家族など)がいないから
- 5. 自宅でどのような医療を受けられるかわからないから
- 6. 自宅では不安だから
- 7. その他( )

★ 問 19 ご本人(認定調査対象者)は、どこで最期を迎えたいとお考えですか(1つを選択)

- 1. 自宅
- 2. サービス付高齢者向け住宅など
- 3. 介護施設(特別養護老人ホームなど)
- 4. 病院
- 5. その他( )
- 6. 考えたくない
- 7. わからない

★ 問 20 ご本人(認定調査対象者)は、在宅医療で受けられる以下のサービスを知っていますか(それぞれの項目ごとに1つを選択)

|                 |          |         |           |
|-----------------|----------|---------|-----------|
| ア 在宅療養支援診療所(※1) | 1. 知っている | 2. 知らない | 3. 利用している |
| イ 訪問看護ステーション    | 1. 知っている | 2. 知らない | 3. 利用している |
| ウ 訪問薬剤管理指導(※2)  | 1. 知っている | 2. 知らない | 3. 利用している |
| エ 訪問歯科診療        | 1. 知っている | 2. 知らない | 3. 利用している |

※1 在宅療養支援診療所とは、24時間往診及び訪問看護を提供できる体制が整っている診療所のこと。

※2 訪問薬剤管理指導とは、医師の指示のもと、通院困難な方に対して訪問し、薬の管理や指導を行います。

● 問2で「2. 」～「5. 」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方に B 票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

● 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

調査員が対象者へ説明。  
市内の診療所、病院、介護保険サービス事業所の  
例示(市内)



**B票**

**主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目**

※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願い致します。

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(裏面)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.」「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、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.」「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るそうですか(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 |                     |

⇒ 皆様、裏面へお進みください

● 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)(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。