

在宅介護実態調査 調査票

事業所名〔 _____ 〕 被保険者番号〔 _____ 〕

「在宅介護実態調査」についての同意書（チェック欄に✓をご記入ください。）

この調査で得られた情報及び要介護認定や介護サービスの利用状況のデータにつきましては、当区における「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際の基礎資料とすることを目的に使用し、本目的以外の使用はいたしません。

また、本調査でご回答いただいた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する株式会社ナレッジ・マネジメント・ケア研究所に預託しますが、情報は適切に管理いたします。

上記調査について、

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

【聞き取りを行った相手は誰ですか】（複数選択可）

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. 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 世帯類型はどれですか（1つを選択）

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1. 単身世帯 | ☐ 2. 夫婦のみ世帯 | ☐ 3. その他 |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

問2 家族や親族（別居含む）からの介護は、週にどのくらいありますか（1つを選択）

- ☐ 1. ない → 問7（次頁）へ
- ☐ 2. 週に（ ）日 → 問3へ

→ 問3 主な介護者は誰ですか（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 主な介護者の性別について（1つを選択）

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1. 男性 | ☐ 2. 女性 | ☐ 3. その他 |
| ☐ 4. 回答しない | | |

→ 問5 主な介護者の年齢について（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 家族や親族の中で、本人の介護を理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか（複数選択可）

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

問7 今後の在宅生活継続に必要なと思うサービスはどれですか（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

問8 現時点で、施設等への入所・入居は検討していますか（1つを選択）

- ☐ 1. 検討していない ☐ 2. 検討している
☐ 3. すでに申し込みをしている

—————介護者がいない方はここで終了です。—————

ここからは主な介護者についておたずねします。

問9 主な介護者の現在の勤務形態はどれですか（1つを選択）

- ☐ 1. フルタイムで働いている → 問10 へ
☐ 2. パートタイムで働いている → 問10 へ
☐ 3. 働いていない → 問12（次頁）へ
☐ 4. 主な介護者に確認しないと、わからない → 問12（次頁）へ

→ 問10 介護をするにあたって、働き方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. 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. 休暇（年休や介護休暇等）を取りながら、働いている
☐ 4. 在宅勤務を利用しながら、働いている
☐ 5. その他の調整をしながら、働いている
☐ 6. 主な介護者に確認しないと、わからない

→ 問11 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12 現在の生活を継続するにあたって、主な介護者が不安に感じることはどれですか（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 | |

問13 主な介護者は介護保険の認定を受けていますか（1つを選択）

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1. 受けていない | ☐ 2. 要支援 1 | ☐ 3. 要支援 2 |
| ☐ 4. 要介護 1 | ☐ 5. 要介護 2 | ☐ 6. 要介護 3 |
| ☐ 7. 要介護 4 | ☐ 8. 要介護 5 | ☐ 9. 事業対象者 |

問14 主な介護者を手助けするような方（副介護者）はいますか（1つを選択）

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1. いる | ☐ 2. いない |
|--------------------------------|---------------------------------|

問15 主な介護者の介護負担感は、次のうちどれですか（1つを選択）

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. 負担である | ☐ 2. どちらかといえば負担である |
| ☐ 3. どちらかといえば負担ではない | ☐ 4. 負担ではない |

→問15-1 上記設問で「1」・「2」を選んだ方 それはどのような理由ですか（複数選択可）

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. 仕事との両立が大変なこと | ☐ 2. 子育てとの両立が大変なこと |
| ☐ 3. 学業との両立が大変なこと | ☐ 4. 複数の人の介護が大変なこと |
| ☐ 5. 経済的負担が大きいこと | ☐ 6. 精神的負担が大きいこと |
| ☐ 7. 肉体的な負担が大きいこと | ☐ 8. その他（ ） |

問16 介護者への支援として、区に力を入れてほしいことは、次のうちどれですか（複数選択可）

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. 介護に関する相談機能の充実 | ☐ 2. 医療に関する相談機能の充実 |
| ☐ 3. 家族など介護者のリフレッシュのための制度 | |
| ☐ 4. 家族介護教室など介護技術を学ぶ講座の充実 | |
| ☐ 5. 介護者同士の交流の場の充実 | |
| ☐ 6. 介護に関する資料が充実している情報コーナーの設置 | |
| ☐ 7. 介護ボランティアグループやNPO（民間非営利団体）の育成 | |
| ☐ 8. その他（ ） | ☐ 9. 特にない |

問17 あなたが介護している方には、認知症の症状がありますか（1つを選択）

☐ 1. ある

☐ 2. ない

☐ 3. わからない

→ 問17-1 上記設問で「1」を選んだ方のみ 介護している方が認知症ではないかと気づいた、あるいは不安になったときに、どこに相談しましたか（複数選択可）

☐ 1. 診療所・クリニックのかかりつけ医

☐ 2. 病院の神経内科、精神科など

☐ 3. 老年科・もの忘れ外来など認知症の専門外来がある病院

☐ 4. 認知症疾患医療センター

☐ 5. 保健所・保健センター

☐ 6. 高齢者総合相談センター

☐ 7. ケアマネジャー

☐ 8. その他（ ）

☐ 9. 相談していない

→ 問17-2 上記設問に回答した方のみ 認知症のご本人の介護において、必要と思うことは何ですか（複数選択可）

☐ 1. 医療的な支援（認知症の進行に合わせた適切な指導・助言等）

☐ 2. 介護保険などの公的サービス

☐ 3. 介護する家族等への支援

☐ 4. 認知症に関する情報提供

☐ 5. 認知症に関する相談窓口の充実

☐ 6. 地域住民の理解や見守り

☐ 7. ボランティア等が行う地域活動による支援

☐ 8. 認知症やその家族が集える場

☐ 9. その他（ ）

問18 介護者の立場から、区へのご要望・ご意見があればお願いします（高齢者の保健と福祉に関する施策、介護保険、福祉・医療に関する新たな取り組みなど）

質問は以上です。
ご協力ありがとうございました。

