

在宅介護実態調査 調査票

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ぎょうせいに預託しますが、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か】（複数選択可）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 本人 | <input type="checkbox"/> 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| <input type="checkbox"/> 3. 主な介護者以外の家族・親族 | <input type="checkbox"/> 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| <input type="checkbox"/> 5. その他 | |

問1 世帯類型はどれか（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、週にどのくらいあるか（1つを選択）

1. ない → 問5へ
 2. 週に（ ）日 → 問3へ

問3 主な介護者は誰か（1つを選択）

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 配偶者 | <input type="checkbox"/> 2. 子 | <input type="checkbox"/> 3. 子の配偶者 |
| <input type="checkbox"/> 4. 孫 | <input type="checkbox"/> 5. 兄弟・姉妹 | <input type="checkbox"/> 6. その他 |

問4 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るか（複数選択可）

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

（次ページにも設問があります。）

問5 今後の在宅生活継続に必要なだと思うサービスはどれか（複数選択可）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 配食 | <input type="checkbox"/> 2. 調理 |
| <input type="checkbox"/> 3. 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 4. 買い物（宅配は含まない） |
| <input type="checkbox"/> 5. ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| <input type="checkbox"/> 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | <input type="checkbox"/> 8. 見守り、声かけ |
| <input type="checkbox"/> 9. サロンなどの定期的な通いの場 | <input type="checkbox"/> 10. その他 |
| <input type="checkbox"/> 11. 特になし | |

問6 現時点で、施設等への入所・入居は検討しているか（1つを選択）

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 検討していない | <input type="checkbox"/> 2. 検討している |
| <input type="checkbox"/> 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—————

- ・問2で「2.」（家族や親族からの介護あり）と回答され、主な介護者が調査に同席されている場合、主な介護者に問7からの質問を行ってください。
- ・主な介護者が同席されていない場合は、ご本人にお答えいただいても結構です。質問によってご本人ではわからない場合は、「主な介護者に確認しないと、わからない」を選択してください。
- ・ご本人に回答をお願いすることが困難な場合は無回答で構いません。

問7 主な介護者の現在の勤務形態はどれか（1つを選択）

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. フルタイムで働いている →問8 へ |
| <input type="checkbox"/> 2. パートタイムで働いている →問8 へ |
| <input type="checkbox"/> 3. 働いていない →問10 へ |
| <input type="checkbox"/> 4. 主な介護者に確認しないと、わからない →問10 へ |

問8 介護をするにあたって、働き方の調整等をしているか（複数選択可）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 特に行っていない |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 3. 休暇（年休や介護休暇等）を取りながら、働いている |
| <input type="checkbox"/> 4. 在宅勤務を利用しながら、働いている |
| <input type="checkbox"/> 5. その他の調整をしながら、働いている |
| <input type="checkbox"/> 6. 主な介護者に確認しないと、わからない |

（次ページにも設問があります。）

問9 今後も働きながら介護を続けていけそうか（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10 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

以 上
ご協力ありがとうございました。