

# 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。なお、本目的以外の使用はせず、ご回答いただいた内容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)

- 本人  主な介護者となっている家族・親族  
 主な介護者以外の家族・親族  ケアマネジャー  その他

### 問1 世帯類型はどれか (1つを選択)

- 単身世帯  夫婦のみ世帯  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)

- ない →問7へ  
 週に1日よりも少ない →問3へ  
 週に1～2日ある →問3へ  
 週に3～4日ある →問3へ  
 ほぼ毎日ある →問3へ

### 問3 主な介護者は誰か (1つを選択)

- 配偶者  子  子の配偶者  
 孫  兄弟・姉妹  その他

### 問4 主な介護者の年齢はどれか (1つを選択)

- 20歳未満  20代  30代  
 40代  50代  60代  
 70代  80歳以上  わからない

**問5 主な介護者が行っている介護等はどれか（複数選択可）**

**〔身体介護〕**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄                | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄       |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助(食べる時)          | <input type="checkbox"/> 入浴・洗身       |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)       | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動             | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> 服薬                   | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応    |
| <input type="checkbox"/> 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) |                                      |

**〔生活援助〕**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備(調理等)       | <input type="checkbox"/> その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |  |

**〔その他〕**

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 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るか（複数選択可）**

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

**問7 現在、介護保険以外のサービスを利用しているか（複数選択可）**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 配食                 | <input type="checkbox"/> 調理             |
| <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯              | <input type="checkbox"/> 買い物(宅配は含まない)   |
| <input type="checkbox"/> ゴミ出し               | <input type="checkbox"/> 外出同行(通院、買い物など) |
| <input type="checkbox"/> 移送サービス(介護・福祉タクシー等) | <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ        |
| <input type="checkbox"/> サロンなどの定期的な通いの場     | <input type="checkbox"/> その他            |
| <input type="checkbox"/> 利用していない            |   |

**問8 今後の在宅生活継続に必要なと思うサービスはどれか（複数選択可）**

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

**問9 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）**

- 検討していない  検討している  
 すでに申し込みをしている

**問10 ご本人は、現在、訪問診療を利用しているか（1つを選択）**

- 利用している  利用していない

—————介護者がいない方はここで終了です—————

**問11 主な介護者の現在の勤務形態はどれか（1つを選択）**

- フルタイムで働いている →問12へ  
 パートタイムで働いている →問12へ  
 働いていない →問14へ  
 主な介護者に確認しないと、わからない →問14へ

**問12 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）**

- 特に行っていない  
 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  
 休暇(年休や介護休暇等)を取りながら、働いている  
 在宅勤務を利用しながら、働いている  
 その他の調整をしながら、働いている  
 主な介護者に確認しないと、わからない

**問13 今後も働きながら介護を続けていけそうか（1つを選択）**

- 問題なく、続けていける  問題はあるが、何とか続けていける  
 続けていくのは、やや難しい  続けていくのは、かなり難しい  
 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 14 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〕

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中の排泄                | <input type="checkbox"/> 夜間の排泄       |
| <input type="checkbox"/> 食事の介助(食べる時)          | <input type="checkbox"/> 入浴・洗身       |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)       | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱       |
| <input type="checkbox"/> 屋内の移乗・移動             | <input type="checkbox"/> 外出の付き添い、送迎等 |
| <input type="checkbox"/> 服薬                   | <input type="checkbox"/> 認知症状への対応    |
| <input type="checkbox"/> 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) |                                      |

〔生活援助〕

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 食事の準備(調理等)       | <input type="checkbox"/> その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |  |

〔その他〕

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> その他                | <input type="checkbox"/> 不安に感じていることは、特になし |
| <input type="checkbox"/> 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。