

瀬戸市 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、介護医療院、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 |

問 12 ご本人(認定調査対象者)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 | 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)。

※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10へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 3. 働いていない | } | 問5～問10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 主な介護者以外の介護者について、ご回答ください(複数選択可)

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. 甥・姪 |
| 7. いない | 8. その他 | |

問6 問5で「7. 」と回答した方にお伺いします。主な介護者以外に介護者がいない場合、その理由はどれですか(複数選択可)

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. 遠方に住んでいるため | 2. 仕事が忙しいため | 3. 身体の具合が悪いため |
| 4. 育児中であるため | 5. 他の人を介護しているため | 6. 介護に関わる意思がないため |
| 7. その他 | | |

問7 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 | |

問8 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が負担に感じることについて、ご回答ください(3つまで選択可)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 精神的な余裕がない | 2. 金銭的な余裕がない |
| 3. 体力的な余裕がない | 4. 自分の時間がない |
| 5. 仕事との両立 | 6. 自分以外に介護する親族がいない |
| 7. 相談できる人がいない | 8. 主な介護者が二人以上介護している |
| 9. ご本人と主な介護者の意思が異なる | 10. 主な介護者と親族の意思が異なる |
| 11. 介護に必要な情報がない | 12. その他 |
| 13. 負担に感じていることは、特にない | 14. 主な介護者に確認しないと、わからない |

問9 介護当事者等の集いについて、主な介護者の方は参加したことがありますか(1つを選択)

1. 参加したことがある
2. 参加したことがない (理由 _____)

※「介護者等の集い」とは、認知症カフェ、介護家族交流会、認知症家族支援プログラムなどで、介護当事者等が集まって悩みを相談したり、介護についての勉強会を開催したりするものです。

問10 介護に関する情報の入手先について、ご回答ください(3つまで選択可)

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. 広報せと | 2. 瀬戸市ホームページ | 3. 市役所窓口 |
| 4. 病院などの医療機関 | 5. 介護施設 | 6. 担当ケアマネジャー |
| 7. 地域包括支援センター | 8. テレビや新聞・雑誌 | 9. インターネット検索 |
| 10. 友人・知人 | 11. 介護当事者等の集い | 12. 家族 |
| 13. その他 | | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

被保険者番号[_____]