

第7期経過介護実態調査票  
(居所変更調査および在宅生活改善調査)  
《要介護認定者用》

調査協力をお願い

日頃から介護保険行政にご理解とご協力を頂き、誠にありがとうございます。

瀬戸市では高齢者福祉計画・介護保険事業計画を策定し、「高齢者が生きがいを持って安心して暮らせる社会の実現」を基本理念に、いつまでも住み慣れた地域において元気に暮らすことができる地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

令和2年度に高齢者福祉計画・介護保険事業計画の見直しを予定しており、このたび、地域の課題や高齢者の皆さまの実態等を調査するためのアンケートを実施することとなりました。

この調査は、瀬戸市にお住まいの要介護認定を受けた方（以下、「要介護者」という。）のうち、平成28年度の在宅介護実態調査を受けられた方の中から無作為に抽出した300名の方及びその介護者の方を対象としています。

なお、ご記入いただいた内容は、瀬戸市個人情報保護条例に基づき適正に取扱うとともに計画策定及び各施策の効果の評価に使用します。また、計画策定及び各施策の効果の評価を行うにあたり、市の管理するデータベース内に情報を登録し、集計・分析を行うことがあります。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和元年12月

瀬戸市長 伊藤 保徳

ご記入後、お手数ですが、このアンケートを同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

**令和2年1月10日(金)までに**

郵便ポストへご投函ください。

<この調査に関するお問い合わせ先>

瀬戸市 高齢者福祉課

電話：0561-88-2621（直通） FAX：0561-88-2633

## ご記入にあたってのお願い

1. この調査は、要介護者ご本人及び主な介護者の方についてお答えいただくアンケートです。各設問には、令和元年12月の状況でご回答ください。
2. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合と、記述していただく場合があります。回答は、設問ごとに示している指示に従ってください。
3. 選択された回答によっては、次に進む設問が異なる場合があります。特にことわりがない場合は次の設問に、ことわり書きや矢印がある場合は指示に従い、次へお進みください。

回答者の方は、ご本人（要介護者）から見てどなたになりますか。（○は1つ）

1. 本人
2. 配偶者（夫・妻）
3. 子
4. 子の配偶者
5. 兄弟・姉妹
6. その他（ ）

## I 要介護者ご本人（以下、「ご本人」という）の状況について

問A 家族構成を教えてください。（○は1つ）

1. 1人暮らし
2. 夫婦2人暮らし
3. 息子・娘との2世帯
4. その他（ ）

問B ご本人は、過去1年間に介護施設の入退所または病院の入退院等をしていましたか。（○は1つ）

1. 介護施設または病院に入所・入院した
2. 介護施設または病院を転所・転院した
3. 介護施設または病院を退所・退院した（自宅・家族宅にもどった）
4. 1年以上前から同じ介護施設または病院に入所・入院中である
5. 在宅で生活している ⇒問Eへ

⇒問Dへ

問C 問Bで「1.」～「3.」と回答された方にお伺いします。  
どれだけの期間介護施設または病院に入所・入院していますか。（○は1つ）  
※転所・転院をされた方は、すべての入所・入院期間を合わせてお答えください。

1. 1週間以内
2. 1週間以上
3. 1か月以上

問D 問Bで「1.」～「4.」と回答された方にお伺いします。  
どこの介護施設または病院に入所・入院していますか（いましたか）。  
※転所・転院をされた方は、現在のまたは直近の介護施設・病院名をお書きください。

介護施設・病院名（ ）

問E 現在のサービス利用で、生活を維持できていますか。（○は1つ）  
※施設に入所・病院に入院されている方も含みます。

1. 維持できていない
2. 維持しているが、困難だと感じる ⇒問Fへ
3. 維持できている ⇒問Jへ

問 F 問 E で「1.」または「2.」と回答された方にお伺いします。  
現在の状況を改善するためにどのようなサービスが必要ですか。(〇はいくつでも)

1. より適切に在宅サービスを利用する
2. より適切な住環境を整える
3. 施設に入所する(介護保険3施設・有料老人ホーム・グループホーム・その他( ))
4. 施設を変更する(介護保険3施設・有料老人ホーム・グループホーム・その他( ))
5. 改善は難しい
6. その他( )

※介護保険3施設とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設のことを言います。

問 G 問 E で「1.」または「2.」と回答された方にお伺いします。  
生活の維持が難しくなっている理由はどれですか。(〇はいくつでも)

〔ご本人の状況の変化〕

1. 必要な生活支援が発生・増加した
2. 必要な身体介護が発生・増加した ⇒問 H へ
3. 認知症状が悪化した ⇒問 I へ
4. 医療面でのケアが必要となった

〔ご本人の意向の変化〕

5. 本人が一部の居宅サービスの利用を望まない
6. 生活する中での不安が大きい
7. 居住環境が不便
8. 本人が、介護者の負担軽減を望むため
9. 費用負担が重い

〔家族等介護者の状況・意向の変化〕

10. 家族等介護者の介護に係る不安・負担の増大
11. 家族等介護者が一部の居宅サービスの利用を望まない
12. 家族等介護者の介護技術では対応が困難となった
13. 家族等介護者の費用負担が重い
14. 家族等介護者の就労継続が困難となった
15. 本人と家族等介護者との関係性に課題がある

〔その他〕

16. その他( )
17. わからない

⇒「2.」または「3.」に〇をつけなかった方は問 J へ

問H 問Gで「2. 必要な身体介護が発生・増加した」と回答された方にお伺いします。  
必要な身体介護はどれですか。(〇はいくつでも)

- |             |            |         |
|-------------|------------|---------|
| 1. 見守り・付き添い | 2. 移乗・移動   | 3. 食事摂取 |
| 4. 日中の排せつ   | 5. 夜間の排せつ  | 6. 入浴   |
| 7. 更衣・整容    | 8. その他 ( ) |         |

問I 問Gで「3. 認知症状が悪化した」と回答された方にお伺いします。  
認知症状の悪化の具体的な症状をお答えください。(〇はいくつでも)

- |                |             |             |
|----------------|-------------|-------------|
| 1. 家事に支障がある    | 2. 一人で外出が困難 | 3. 薬の飲み忘れ   |
| 4. 金銭管理が困難     | 5. 意欲の低下    | 6. ひとり歩きがある |
| 7. 暴言・暴力       | 8. 強い介護拒否   | 9. 深夜の対応    |
| 10. 近隣住民とのトラブル | 11. その他 ( ) |             |

問J 家族や親族の方から介護してもらう日は、週にどれくらいありますか。(〇は1つ)  
(同居していない子どもや親族の方等からの介護も含みます。)

- |             |                       |           |
|-------------|-----------------------|-----------|
| 1. ない ⇒問7へ  | 2. 週に1日よりも少ない(月に3回以下) |           |
| 3. 週に1~2日ある | 4. 週に3~4日ある           | 5. ほぼ毎日ある |

## II 主な介護者等の状況(属性等)について

問1 主な介護者の方は、ご本人から見てどなたになりますか。(〇は1つ)

- |             |          |            |
|-------------|----------|------------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 子     | 3. 子の配偶者   |
| 4. 孫        | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 ( ) |

問2 主な介護者の方の性別はどちらですか。(〇は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 主な介護者の方の年齢はどれに該当しますか。(〇は1つ)

- |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 20歳未満  | 2. 20~29歳 | 3. 30~39歳 |
| 4. 40~49歳 | 5. 50~59歳 | 6. 60~69歳 |
| 7. 70~79歳 | 8. 80歳以上  | 9. わからない  |

問4 現在、主な介護者の方が行っている介護等はどれですか。(○はいくつでも)

**〔身体介護〕**

- |              |                         |                |
|--------------|-------------------------|----------------|
| 1. 日中の排せつ    | 2. 夜間の排せつ               | 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. 屋内での移乗・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<br>(掃除、洗濯、買い物等) | 14. 金銭管理や生活面に<br>必要な諸手続き |
|----------------|----------------------------|--------------------------|

**〔その他〕**

15. その他( ) 16. わからない

問5 現在、主な介護者の方が、ご本人の介護以外に主として介護等を行っている人はいますか。(○は1つ)

1. ご本人の介護以外に看護、介護、育児等はしていない
2. ご本人の介護以外に看護、介護、育児等をしている  
(誰を )

問6 ご家族や親族の方で、ご本人の介護のために、過去1年の間に仕事<sup>※</sup>を辞めた方・転職された方はいますか。(○はいくつでも)  
(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。)

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. 主な介護者が休職した
6. 主な介護者以外の家族・親族が休職した
7. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
8. わからない

※自営業や農林水産業の仕事を辞めた・転職した場合も含みます。  
※休職は、介護休暇等も含みます。



問 10 ご本人が、現在抱えている傷病名を教えてください。(○はいくつでも)

- |   |   |
|---|---|
| 1. 脳血管疾患 (脳卒中)<br><small>のうけっかんしゅっかん のうそちゅうちゅう</small>          | 2. 心疾患 (心臓病)<br><small>しんしゅっかん</small>  |
| 3. 悪性新生物 (がん)   | 4. 呼吸器疾患<br><small>こきゅうきしゅっかん</small>   |
| 5. 腎疾患 (透析)<br><small>じんしゅっかん</small>                           | 6. 筋骨格系疾患<br><small>きんこつかくけいしゅっかん</small><br>(骨粗しょう症、 <small>こつそ</small> 脊柱管狭窄症等)<br><small>せきちゅうかんきょうさくしゅう</small> |
| 7. 膠原病 (関節リウマチ含む)<br><small>こうげんびょう</small>                     | 8. 変形性関節疾患<br><small>へんけいせいかんせつしゅっかん</small>  |
| 9. 認知症<br><small>にんちしゅう</small>                                 | 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<br><small>とうりょうびょう</small>  |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患<br><small>がんか しゅび かしゅっかん</small><br>(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 11 ご本人は、現在、訪問診療※を利用していますか。(○は1つ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 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 12 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。(○は1つ)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 利用している ⇒ 問 14 へ | 2. 利用していない ⇒ 問 13 へ |
|--------------------|---------------------|

問 13 問 12 で「2. 利用していない」と回答された方にお伺いします。  
介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(○はいくつでも)

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. サービスを利用したいが手続きや利用方法が分からない
9. その他 ( )

※ここからは、「主な介護者」の方がご回答ください。

「主な介護者」の方のご回答が難しい場合は、この調査票に回答されている方が  
主な介護者に代わって記入されてもかまいません。

## IV 主な介護者の就労状況について

問 14 主な介護者の方の現在の勤務形態はどれに該当しますか。(○は1つ)

1. フルタイムで働いている ⇒ 問15-1～3へ
2. パートタイム\*で働いている ⇒ 問15-1～3へ
3. 働いていない ⇒ 問16へ
4. 主な介護者に確認しないと、わからない ⇒ 問16へ

※「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。  
育児・介護等による一時的な短時間勤務者はフルタイムに含まれます。  
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 15-1 問 14 で「1.」または「2.」と回答された方にお伺いします。  
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。  
(○はいくつでも)

1. 特に調整していない
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 15-2 問 14 で「1.」または「2.」と回答された方にお伺いします。

仕事と介護の両立に効果があると思う勤め先からの支援はどれですか。(○は3つまで)

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 15-3 問 14 で「1.」または「2.」と回答され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。(○は1つ)

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

## V 介護生活を続ける際の不安や困りごと

問 16 (在宅生活を送る要介護者を介護している)現在の生活を今後も続けていくためには、主な介護者の方が不安に感じる介護等はどれですか。(○は3つまで)  
(現在行っているかどうかは問いません。)

### 〔身体介護〕

- |              |                         |                |
|--------------|-------------------------|----------------|
| 1. 日中の排せつ    | 2. 夜間の排せつ               | 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. 屋内での移乗・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<br>(掃除、洗濯、買い物等) | 14. 金銭管理や生活面に<br>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  
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問 17 主な介護者の方は、ご自身の負担軽減のためにご本人から見て、誰に介護を手伝ってほしいですか。(○はいくつでも)

- |                 |                             |             |
|-----------------|-----------------------------|-------------|
| 1. 配偶者(夫・妻)     | 2. 兄弟・姉妹                    | 3. 息子       |
| 4. 娘            | 5. 主な介護者の配偶者(夫・妻)           | 6. 子どもの夫(婿) |
| 7. 子どもの妻(嫁)     | 8. 父・母                      | 9. 孫(男性)    |
| 10. 孫(女性)       | 11. その他家族・親戚                |             |
| 12. ヘルパー等、介護事業者 | 13. 手伝ってもらわなくてもよい<br>⇒ 問18へ |             |

問 17-1 問17で「1.」～「12.」と回答された方にお伺いします。  
問17の方に手伝ってもらえない場合、その理由はどれですか。  
(○はいくつでも)

- |                  |                 |               |
|------------------|-----------------|---------------|
| 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 18 介護費用はどこから支払われていますか。(○はいくつでも)

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 要介護者の収入(年金など) | 2. 要介護者の貯金     |
| 3. 主な介護者の世帯の収入   | 4. 主な介護者の世帯の貯金 |
| 5. その他( )        |                |

問 19 介護当事者等の集い<sup>※</sup>に参加したことがありますか。(○は1つ)

1. 参加したことがある
2. 参加したいが参加していない(理由 )
3. 参加したくない(理由 )

※「介護当事者等の集い」とは、認知症カフェ、認知症家族交流会などで、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 20 介護に関する情報をどこで(どこから)得ていますか。(○はいくつでも)

- |               |              |              |
|---------------|--------------|--------------|
| 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. 介護当事者の集い | 12. 家族       |
| 13. その他( )    |              |              |

問 21 ご本人様の外出頻度はどのくらいですか。(○は1つ)

1. ほぼ毎日
2. 週4～5日程度
3. 週2～3日程度
4. 週1日程度
5. 月1～2回程度
6. 2～3か月に1回程度
7. ほとんど外出しない

問 22 外出の目的は何ですか。(回数が多い上位2位までを選んで○をつけてください)

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 買い物             | 2. 通院        |
| 3. 介護サービス(デイサービス等) | 4. 家族・友人との交流 |
| 5. 食事等             | 6. その他( )    |

問 23 外出先はどの地区にありますか。(〇はいくつでも)

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. お住まいと同じ町内 | 2. お住まいと同じ連区内 |
| 3. 瀬戸市内      | 4. 名古屋市       |
| 5. 尾張旭市      | 6. 長久手市       |
| 7. 多治見市      | 8. その他 ( )    |

問 24 外出する際の手段は何ですか。  
(回数が多い上位2位までを選んで〇をつけてください)

- |                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. 自動車(知人・家族にらせてもらう)           | 2. 電車                       |
| 3. 路線バス                        | 4. コミュニティバス                 |
| 5. 病院や施設のバス                    | 6. 車いす等<br>(電動車いす・シルバーカー含む) |
| 7. 介護保険適用内の移送サービス(介護・福祉タクシー等)※ |                             |
| 8. 介護保険適用外の移送サービス(介護・福祉タクシー等)※ |                             |
| 9. 外出同行(通院、買い物など)              | 10. その他 ( )                 |

※「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」とは、リフトタクシーや乗り降りの手助け等のあるタクシーのことです。

問 25 現在、外出に際して困っていることはありますか。(〇はいくつでも)

- |                            |                        |            |
|----------------------------|------------------------|------------|
| 1. 移動手段がない・他の人に頼まないと移動できない |                        |            |
| 2. 駅やバス停などまでの距離が遠い         | 3. バスなどの本数が少ない・時間が合わない |            |
| 4. 病気・体調・身体の障害             | 5. 行きたいところがない          |            |
| 6. 経済的な問題                  | 7. 特にない                | 8. その他 ( ) |

ご協力ありがとうございました。  
記入もれがないか、今一度お確かめ下さい。

令和2年1月10日(金)までに郵便ポストへご投函ください。