★：オプション項目

基本調査項目＋オプション項目　　在宅介護実態調査　調査票

|  |  |
| --- | --- |
| Ａ票 | 調査対象者様ご本人について、お伺いします |

問１　現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（複数回答可）

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．その他

問２　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３　ご本人の性別について、ご回答ください（１つを選択）

１．男性 ２．女性

問４　ご本人の年齢について、ご回答ください（１つを選択）

１．65歳未満 ２．65～69歳 ３．70～74歳

４．75～79歳 ５．80～84歳 ６．85～89歳

７．90歳以上

問５　ご本人の要介護度について、ご回答ください（１つを選択）

１．要支援１ ２．要支援２

３．要介護１ ４．要介護２ ５．要介護３

６．要介護４ ７．要介護５ ８．わからない

問６　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７　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８　令和●●年●月の１か月の間に、（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ましたか（１つを選択）

１．利用した　⇒問９へ

２．利用していない　⇒問10へ

問９　問８で「１．」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和●●年●月の１か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない（０回、１．利用していない）」を選択してください（それぞれ１つに○）。

|  |  |
| --- | --- |
|  | １週間あたりの利用回数（それぞれ１つに○） |
| 利用していない | 週1回程度 | 週2回程度 | 週3回程度 | 週4回程度 | 週5回以上 |
| （※回答例） ●●●サービス | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ａ．訪問介護　　（ホームヘルプサービス） | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｂ．訪問入浴介護 | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｃ．訪問看護 | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｄ．訪問リハビリテーション | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｅ．通所介護　　（デイサービス） | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｆ．通所リハビリテーション　　（デイケア） | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| Ｇ．夜間対応型訪問介護　（※訪問のあった回数を回答） | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 利用の有無（１つに○） |
| Ｈ．定期巡回・随時対応型　　訪問介護看護 | １．利用していない | ２．利用した |
| Ｉ．小規模多機能型居宅介護 | １．利用していない | ２．利用した |
| Ｊ．看護小規模多機能型　　居宅介護 | １．利用していない | ２．利用した |

|  |  |
| --- | --- |
|  | １か月あたりの利用日数（１つに○） |
| 利用していない | 月1～7日程度 | 月8～14日程度 | 月15～21日程度 | 月22日以上 |
| Ｈ．ショートステイ | ０回 | 1～7日 | 8～14日 | 15～21日 | 22日以上 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | １か月あたりの利用回数（１つに○） |
| 利用していない | 月１回程度 | 月2回程度 | 月3回程度 | 月4回程度 |
| Ｉ．居宅療養管理指導 | ０回 | 1回 | 2日 | 3回 | 4回 |

★ 問10　問８で「２．」と回答し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（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

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

★ 問11　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12　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13　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14　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）

調査は終了です

１．ない

２．家族・親族の介護はあるが、週に１日よりも少ない

３．週に１～２日ある

Ｂ票へ進んでください

４．週に３～４日ある

５．ほぼ毎日ある

* Ａ票の問14で「２．」～「５．」を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。
* 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

|  |  |
| --- | --- |
| Ｂ票 | 主な介護者の方について、お伺いします |

問１　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。

★ 問２　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３　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４　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５　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６　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７　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８～問10へ

２．パートタイムで働いている

３．働いていない

調査は終了です

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８　問７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９　問７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10　問７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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。