

# 令和元年「在宅介護実態調査」 調査項目（案）

## 目 次

1. A票（本人について）【基本調査項目＋オプション項目】
2. A票（     //     ）【保険者独自項目】
3. B票（介護者について）【基本調査項目＋オプション項目】

現在、この調査票にご回答をいただいているのは、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. 調査対象者のケアマネジャー
5. その他

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします。

【基本調査項目＋★オプション項目】

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
  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
  4. 週に3～4日ある
  5. ほぼ毎日ある
- } 問8へ
- } 問3へ

★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、全員が回答してください。

★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) ※市の事業のほか、民間事業所や地域のボランティア、民生委員によるものなどです。

- |                       |         |                   |
|-----------------------|---------|-------------------|
| 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       |

★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. 」と回答した方は、問 14 もご回答ください。

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

【保険者独自項目】

問 15 ご本人が望む介護の在り方にも最も近い考えは、次のうちどれですか。

1. 在宅で家族の介護だけ受けたい
2. 在宅で家族の介護と介護保険サービスをバランスよく受けたい
3. 在宅で介護保険サービスを主に受けたい
4. 施設などへの入所が希望だが、在宅で十分に介護保険サービスを利用できるのであれば今後も在宅で介護を受けたい
5. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設に入所したい
6. ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなどへ的高齢者対象の住居に住み替えたい

●問 15 で「6. 」と回答した方は問 16 もご回答ください。

問 16 高齢者対象の住居は、診療所やデイサービスなどの介護サービス事業所を併設するものなど、種別や組み合わせにより多様化しています。住み替えにあたり、どのような種別の施設に入居を希望しますか

1. ケアハウス・軽費老人ホーム(身の回りのことが自分でできる 60 歳以上の方を対象とした施設。)
2. サービス付き高齢者向け住宅(安否確認・生活相談を行う賃貸等の住宅。)
3. 住宅型有料老人ホーム(食事の提供などの生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設。)
4. 介護付き有料老人ホーム等(入浴・食事の介助などの介護サービスが付いた高齢者向けの居住施設。)
5. その他( )
6. わからない

問 17 あなたは、「通い」を中心に「訪問」、「泊まり」を組み合わせた介護サービスを受けることができる「小規模多機能型居宅介護」を知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

●問 17で「1. 」と回答した方は問 18もご回答ください。

問 18 「小規模多機能型居宅介護」または「看護小規模多機能型居宅介護」を利用したことがありますか。

1. 現在利用している
2. 過去に利用していたことがある
3. 利用を申し込んでいる
4. 利用を検討している
5. 利用を検討したことはない
6. わからない

問 19 介護保険制度は、皆さんから負担していただく保険料や公費(税金)を財源に、施設を整備するなどして様々なサービスを提供しています。高齢化が進み介護が必要な方が増えているなか、負担とサービス提供のバランスについて、ご本人の考え方にもっとも近いものはどれですか。

1. 負担する保険料を高くして、提供される介護サービスをもっと増やした方が良い
2. 負担する保険料を多少高くして、提供される介護サービスをできるだけ増やした方が良い
3. 負担する保険料がこれ以上高くないよう、提供される介護サービスを増やさない方が良い
4. 負担する保険料を減らすため、提供される介護サービスを限定した方が良い。
5. 分からない

A票の問2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。

### 【基本調査項目+★オプション項目】

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5へ |
| 2. パートタイムで働いている       |   |        |
| 3. 働いていない             | } | 問5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

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

問5 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を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 |                      |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。