

在宅介護実態調査

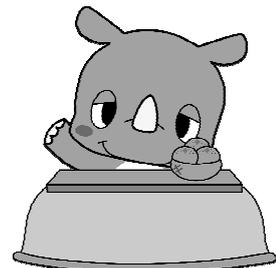
【調査票の記入にあたって】

- 1 この調査は、介護保険の要介護認定者（65歳以上【要介護1から5の認定を受けている自宅に住所を有する方】）の皆さまにお願いをしています。
- 2 本調査票は、できるかぎり、あて名のご本人がお答えいただきますようお願いいたします。また、ご本人がお答えになれない場合は、ご本人に代わってご家族等があて名のご本人のことをお答えください。
- 3 回答は、
 - * あてはまる項目の番号を○印で囲っていただくもの、
 - * 内容を記入いただくものがあります。それぞれの設問の指示にしたがってお答えください。
 - * 「その他」に○印をつけた場合は、カッコ内に具体的にご記入ください。
- 4 各設問は、特に断りの無い限り**平成29年1月1日時点**でお答えください。
- 5 ご回答いただいた調査票は、同封の返信用の封筒（切手不要）に入れて、平成29年2月10日（金）までに郵便ポストにご投函ください。

★なお、平成28年11月30日現在の住民基本台帳のデータをもとに依頼させていただいております。ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

印西市 介護保険課

電話：0476-42-5111（代）内線212 ファックス：0476-40-3881



印西市マスコットキャラクター
いんざい君

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

個人情報の活用につきまして、ご同意いただけましたら、下記のチェック欄に☑をご記入ください。なお、チェック欄が空白のままご返送いただいた場合、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、市による高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市で適切に管理いたします。
- ただし、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

上記の個人情報の利用についての記載内容に

同意します。

同意しません。

平成 29 年 月 日

チェック欄に☑をご記入ください。

A票 要介護の認定を受けている方について

A票を記入されたのはどなたですか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 4. 調査対象者のケアマネジャー |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 5. その他 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | |

問1 あなたの性別をお教えてください。(○は1つ)

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

問2 あなたの年齢をお教えてください。(数字を記入)

歳

問3 あなたの住んでいる区域を5つの圏域からお選びください。(○は1つ)

選択肢	圏域	対象地区
1	北部	木下・木下南・竹袋・別所・宗甫・木下東・平岡・平岡官堤・小林・小林官堤・小林官堤腹・小林北・小林浅間・小林大門下・大森・鹿黒・鹿黒南・亀成・発作・相嶋・浅間前・大森官堤・浦部・浦部村新田・白幡・浦幡新田・高西新田・小倉・和泉・牧の台
2	南部	小倉台・大塚・牧の木戸・木刈・武西学園台・戸神台・中央北・中央南・内野・原山・高花
3	船穂・牧の原	草深・東の原・西の原・原・泉・松崎・松崎台・結縁寺・多々羅田・武西・戸神・船尾・泉野・牧の原
4	印旛	瀬戸・山田・平賀・平賀学園台・吉高・萩原・松虫・岩戸・師戸・鎌苅・大廻・造谷・つくりや台・吉田・美瀬・舞姫・若萩
5	本埜	中根・荒野・角田・竜腹寺・惣深新田飛地・滝・物木・笠神・行徳・川向・下曾根・中・萩埜・桜野・押付・佐野屋・和泉屋・甚兵衛・立埜原・松木・中田切・下井・長門屋・酒直ト杭・安食ト杭・将監・本埜小林・滝野・みどり台

問4 あなたの要介護度をお教えてください。(○は1つ)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 3. 要介護3 | 5. 要介護5 |
| 2. 要介護2 | 4. 要介護4 | |

問5 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問6 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(○は1つ)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 持家 (一戸建て) | 5. 民間賃貸住宅 (集合住宅) |
| 2. 持家 (集合住宅) | 6. 借家 |
| 3. 公営賃貸住宅 | 7. その他 |
| 4. 民間賃貸住宅 (一戸建て) | |

問7 お住まい (主に生活する部屋) は2階以上にありますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問7で「1. はい」の方のみ

問7-1 階の移動に不便を感じていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問7で「1. はい」の方のみ

問7-2 エレベーターは設置されていますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問8 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9へ | } ⇒問 8-1 へ |
| 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で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)の方のみ

問8-1 主な介護者の方は、どなたですか。(○は1つ)

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

問8で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)の方のみ

問8-2 主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(○は1つ)

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

問8で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)方のみ

問8-3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 4. 40代 | 7. 70代 |
| 2. 20代 | 5. 50代 | 8. 80歳以上 |
| 3. 30代 | 6. 60代 | 9. わからない |

問8で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)方のみ

問8-4 主な介護者の方の健康状態について、ご回答ください。(○は1つ)

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

問8で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)方のみ

問8-5 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。

(○はいくつでも)

【身体介護】

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 7. 屋内の移乗・移動 |
| 2. 夜間の排泄 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 9. 服薬 |
| 4. 入浴・洗身 | 10. 認知症状への対応 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) |
| 6. 衣服の着脱 | |

【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8で「2.」から「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)方のみ

問8-6 ご家族やご親族の中で、ご本人(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)。(○はいくつでも)

- | |
|-------------------------------|
| 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、全員がお答えください。

問9 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。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス (介護・福祉タクシー等) |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物 (宅配は含まない) | 10. その他 () |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行 (通院、買い物など) | |

※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で「1. 配食」を選択した方のみ

問9-1 配食を受けている状況についてご回答ください。(〇は1つ)

- | | | |
|--------|-----------|-----------|
| 1. 朝のみ | 4. 朝と昼の2食 | 7. 朝昼晩の3食 |
| 2. 昼のみ | 5. 朝と晩の2食 | |
| 3. 晩のみ | 6. 昼と晩の2食 | |

問10 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。(〇はいくつでも)

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス (介護・福祉タクシー等) |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物 (宅配は含まない) | 10. その他 () |
| 5. ゴミ出し | 11. 特になし |
| 6. 外出同行 (通院、買い物など) | |

※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11 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。(〇は1つ)

- | |
|----------------------|
| 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、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12 ご本人（対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。（○はいくつでも）

1. 脳血管疾患（脳卒中）	9. 認知症
2. 心疾患（心臓病）	10. パーキンソン病
3. 悪性新生物（がん）	11. 難病（パーキンソン病を除く）
4. 呼吸器疾患	12. 糖尿病
5. 腎疾患（透析）	13. 眼科・耳鼻科疾患 （視覚・聴覚障害を伴うもの）
6. 筋骨格系疾患 （骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）	14. その他（ ）
7. 膠原病（関節リウマチ含む）	15. なし
8. 変形性関節疾患	16. わからない

問13 ご本人（対象者）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14 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14-1へ	2. 利用していない ⇒問14-2へ
-------------------	--------------------

問14で「1. 利用している」の方のみ

問14-1 以下の介護保険サービスについて、平成28年12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○は1つ）

	1週間あたりの利用回数(それぞれ○は1つ)					
	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(○は1つ)	
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(○は1つ)				
	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
K. ショートステイ	0日	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数(○は1つ)				
	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
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

問 14で「2. 利用していない」の方のみ

問 14-2 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)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 10. 特にない |
|---|

問 14 で「2. 利用していない」の方のみ

問 14-3 以下の介護保険サービスについて、今後の利用希望の有無をご回答ください。(それぞれ○は1つ)

	今後 利用を希望する	今後 利用を希望しない
A. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	1	2
B. 訪問入浴介護	1	2
C. 訪問看護	1	2
D. 訪問リハビリテーション	1	2
E. 通所介護(デイサービス)	1	2
F. 通所リハビリテーション(デイケア)	1	2
G. 夜間対応型訪問介護	1	2
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2
I. 小規模多機能型居宅介護	1	2
J. 看護小規模多機能型居宅介護	1	2
K. ショートステイ	1	2
L. 居宅療養管理指導	1	2

B票 主な介護者の方について

※問8で「2.」～「5.」(ご家族やご親族の方からの介護がある)を回答した場合、
B票もご記入ください。

問15 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。(○は1つ)

- | | | |
|-----------------------|---|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | } | ⇒問 15-1 へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |
| 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 | | |

※ 「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」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 15 で「1.」又は「2.」と回答した方のみ

問 15-1 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行っていますか。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 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 15 で「1.」又は「2.」と回答した方のみ

問 15-2 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。(○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 で「1.」又は「2.」と回答した方のみ

**問 15-3 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

問16 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)。(○は3つまで)

【身体介護】

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 7. 屋内の移乗・移動 |
| 2. 夜間の排泄 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 3. 食事の介助 (食べる時) | 9. 服薬 |
| 4. 入浴・洗身 | 10. 認知症状への対応 |
| 5. 身だしなみ (洗顔・歯磨き等) | 11. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ 等) |
| 6. 衣服の着脱 | |

【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17 在宅で家族を介護する介護者向けの介護実践研修(ベッドから車いすへの移乗行為やおむつ交換等)があれば、利用したいですか。(○は1つ)

- | | |
|----------|------------|
| 1. 利用したい | 2. 利用したくない |
|----------|------------|

◆その他、高齢者福祉・介護保険についてご意見がございましたら、ご自由にご記入ください。

*長時間、調査にご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただきました本調査票は、3つ折りにし、同封の返信用の封筒（切手不要）に入れて、封筒には何も書かずに、

平成29年2月10日（金）までにご投函くださいますようお願い申し上げます。