

# 青梅市 在宅介護実態調査 調査票

認定調査に係る要介護認定データ(認定調査、介護認定審査会のデータ)および在宅介護実態調査票の回答内容を組み合わせ、青梅市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画策定およびその施策の推進のための基礎資料として使用し、適切に保管させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用は致しません。

上記のことを了解し、同意します。

同意しません。

## 【A票の回答をされる方は、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 ご本人様、もしくは主な介護者様にご回答・ご記入いただく項目

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3~問7へ

● 問2で「2.」~「5.」を回答した場合は、問3~問7をご回答ください。

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

(裏面へ)

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。

● ここから全員ご回答ください。

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 も回答してください。

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 15 あなたは、介護を受けながら自宅で自分らしく暮らしていくためには、どのようなサービスが必要だと思いますか(複数選択可)

1. 自宅で食事、排泄、入浴等の介護をしてもらったり、掃除や生活必需品の買い物をしてもらうサービス
2. 施設に通い、他の人と一緒にイベントを楽しんだり、運動したりするサービス
3. 2の中で、認知症の方への対応に特化したサービス
4. 定期的に、また緊急時に自宅に訪問してもらい、身の周りの介護や看護をもらうサービス(定額制)
5. 夜間の緊急時に通報を行うことで、必要な身の周りの介護を受けられるサービス
6. 施設に通ったり、宿泊したり、あるいは施設から自宅への訪問を組み合わせ、身の周りの介護を受けることができるサービス
7. 6に加えて、看護も受けることができるサービス
8. 認知症の状態にある方たちが、身の周りの介護や見守りがある環境で共同生活を送ることができるサービス
9. どのようなサービスが必要なのか分からない

**(裏面を御覧ください)**

問 16 あなたは、介護サービスの料金を支払うとき、次のどの方法が望ましいと思いますか(1つを選択)

1. サービス1回あたりの料金が決まっており、ひと月の利用回数に応じた料金を支払う方法
2. ひと月あたりのサービス費用が決まっており、何回利用しても同じ料金を支払う方法

- 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・ご記入をお願いいたします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いいたします。(ご本人がご回答・ご記入することが難しい場合は、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5へ  |
| 2. パートタイムで働いている       |   |         |
| 3. 働いていない             | } | 問5(裏面)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1で「1.」または「2.」を回答した場合は、問2～問4をご回答ください。

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 |                      |

**アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。**