

在宅介護実態調査

【調査票】

- 送付された封筒のあて名の方が調査対象者となります。
- 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて、11月30日(水)までに投函してください。

※ あて名のご本人が何らかの事情により、回答できない(代筆も困難な)場合には、その理由について下記の中から当てはまる番号に○をつけてください。

1. 病院などに入院中
2. 介護保険施設などに入所中
3. 市外転出
4. 死亡
5. その他()

これらのいずれかに該当する場合は、以降の質問にお答えいただく必要はありません。お手数をおかけしますが、同封の返信用封筒に入れて、この調査票をご返送ください。

日野市 高齢福祉課

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。ご確認ください。
なお、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、市町村による介護保険事業計画策定と効果評価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、市町村内で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時および効果評価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町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 この調査票に記入されているのはどなたですか 〈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

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 4 年 10 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. 利用している ⇒ **問 9**へ
2. 利用していない ⇒ **問 10**へ

問 9

問 8 で「1. 利用している」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 4 年 10 月の 1 か月間の利用状況についてご回答ください((1)、(2)の回答後、問11へお進みください)

(1)利用の有無、利用回数や日数などをお答えください。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週間の利用回数(それぞれ1つに○をつけてください)					
	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
訪問介護 (ホームヘルプ)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
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
通所介護 (デイサービス)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
療養通所介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
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
夜間対応型訪問介護 (※訪問のあった回数)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
特定施設入居者 生活介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
認知症対応型 通所介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	利用の有無(どちらか1つに○)					
定期巡回・随時対応型 訪問看護	1. 利用していない			2. 利用した		
小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない			2. 利用した		
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	1. 利用していない			2. 利用した		
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1. 利用していない			2. 利用した		
介護老人保健施設 (老人保健施設)	1. 利用していない			2. 利用した		
介護療養型医療施設	1. 利用していない			2. 利用した		
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(それぞれ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
短期入所生活介護 (ショートステイ)	0回	1~7日	8~14日	15~21日	22日以上
短期入所療養介護 (老人保健施設のショート ステイ)	0回	1~7日	8~14日	15~21日	22日以上
通所介護事業所で実施す る宿泊サービス(お泊り デイサービス)	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
居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

※ 居宅療養管理指導とは、歯科医師、薬剤師等に訪問してもらい、薬の飲み方、食事等の療養上の指導を受けるサービスです。

(2)以下のサービスについて、満足度(1~5)をお答えください
 また満足度が1・2(不満)の場合は理由をご記入ください
 (利用していないサービスは、選択不要です)〈それぞれ1つに○〉

	不 満	や や 不 満	ふ つ う	概 ね 満 足	満 足	不満(満足度 1・2 の場合)を感じた理由 をご記入ください。
訪問介護(ホームヘルプ)	1	2	3	4	5	
訪問入浴介護	1	2	3	4	5	
訪問看護	1	2	3	4	5	
訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	
居宅療養管理指導	1	2	3	4	5	
通所介護(デイサービス)	1	2	3	4	5	
療養通所介護	1	2	3	4	5	
通所リハビリテーション (デイケア)	1	2	3	4	5	
短期入所生活介護 (ショートステイ)	1	2	3	4	5	
短期入所療養介護(老人保健 施設のショートステイ)	1	2	3	4	5	
特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5	
定期巡回・随時対応型訪問看 護	1	2	3	4	5	
認知症対応型通所介護	1	2	3	4	5	
小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5	
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	1	2	3	4	5	
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1	2	3	4	5	
介護老人保健施設(老人保健 施設)	1	2	3	4	5	
介護療養型医療施設	1	2	3	4	5	
通所介護事業所で実施する 宿泊サービス(お泊りデイサ ービス)	1	2	3	4	5	
夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5	
看護小規模多機能型居宅介 護	1	2	3	4	5	

問10

問8で「2. 利用していない」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

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

定期的(おおよそ 3 か月~1年おき)に診療(検診)を受ける「かかりつけ歯科」または、定期的にお薬をもらう「かかりつけ薬局」は、ありますか〈1つを選択〉

1. 「かかりつけ歯科」「かかりつけ薬局」ともある
2. 「かかりつけ歯科」のみある
3. 「かかりつけ薬局」のみある
4. いずれもない

問 15 歯科による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 ⇒ **問 17** へ
2. 利用してみたいが、利用していない ⇒ **問 16** へ
3. 利用するつもりはない ⇒ **問 17** へ

問 16

問 15 で「2. 利用してみたいが、利用していない」に回答した方におたずねします。
訪問の歯科診療を利用していない理由は何ですか 〈1つを選択〉

1. 家族や身の回りの人への負担が大きい
2. 経済的な負担が大きい
3. 訪問診療してくれる歯科医療機関を知らない
4. どこに相談したらいいかわからない
5. 住環境が歯科訪問診療を受けるのに適していない
6. その他()

問 17

1人暮らしの方におたずねします。ご自身に、入院等、万一のことがあったとき、連絡先になってくれる方はいますか 〈1つを選択〉

1. 近く(市内)にいる
2. 近くではないがいる
3. いない

問 18

災害が発生した際に、頼れる人がいますか 〈1つを選択〉

1. いつもいる
2. 夜間はある
3. 昼間はある
4. いない

問 19	近年、具合が悪くなっても、ご自宅で最期まで生活し、介護を受ける「在宅での看取り」について、関心が高まっていますが、どのように看取られたいですか〈1つを選択〉
<p>1. 自宅や住んでいる場所での「看取り」を希望する</p> <p>2. 現在入所中の施設(有料ホーム等)での「看取り」を希望する</p> <p>3. 自宅や住んでいる場所以外の病院やホスピス等の終末期ケア専門の施設に、最期は入院や入所をしたい</p> <p>4. わからない</p> <p>5. その他()</p>	
問 20	自分にもしものことがあった時に備えて、今後の生活、医療や介護のことについて相談したいと思ったことはありますか〈1つを選択〉
<p>1. ある 2. ない 3. すでに相談した</p>	
問 21	自分にもしものことがあった時に備えて、今後の生活、医療や介護のことについて、誰に相談しましたか(相談したいですか)〈複数選択可〉
<p>1. 家族 2. 友人 3. 地域包括支援センター</p> <p>4. 市 5. ケアマネジャー 6. その他()</p>	
問 22	自分にもしものことがあった時に備えて、エンディングノート等を活用し、今後どのようなことを相談したいですか(既に相談しましたか)〈複数選択可〉
<p>1. 葬儀やお墓など 2. 相続・遺言書作成など</p> <p>3. 成年後見制度(任意後見制度) 4. 在宅医療や介護施設など</p> <p>5. 延命治療や終末期ケアなど 6. その他()</p>	
<p>※ 成年後見制度(任意後見制度)とは、認知症などで判断能力の不十分な方々が、不動産や預貯金などの財産を管理したり、介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだりするため、後見人を設定して支援を行う制度です。</p>	

問 23

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(同居していない子や親族等からの介護を含む) 〈1つを選択〉

1. ない ⇒

調査は終了です

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

B票へ
進んでください

- A票の問 23 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

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. 認知症状の対応 |
| 11. 医療面の対応(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) 〈〇は3つまで〉

〔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. 認知症状の対応 |
| 11. 医療面の対応(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9

問8 で「1.フルタイムで働いている」「2.パートタイムで働いている」に回答した方(1)～(3)についておたずねします

(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〈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

(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〈〇は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

(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
〈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

問 10

主な介護者が、緊急入院などで介護ができなくなったとき、どのように対応しましたか(しますか) 〈複数選択可〉

1. 小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを利用した(する)
2. 短期入所(ショートステイ)を利用した(する)
3. 代わりに家族・親族に介護してもらった(もらう)
4. 市の緊急一時保護を利用した(する)
5. 訪問介護など他のサービスを増やした(増やす)
6. その他()

問 11

これまで、深夜の介護で困ったことは何ですか 〈複数選択可〉

1. 水分補給
2. 排泄
3. 体位交換(寝返り)
4. 投薬
5. 医療・看護ケア
6. 認知症ケア
7. その他()
8. 特にない

問 12

深夜の介護サービスを受けてみたいと思いますか 〈1つを選択〉

1. 受けたい ⇒ **問 14** へ
2. 受けたくない ⇒ **問 13** へ
3. すでに深夜に介護サービスを受けている ⇒ **問 14** へ

問13

問12で「2 受けたくない」に回答した方におたずねします。
受けたくない理由は何ですか〈複数選択可〉

1. 鍵を介護事業者に預けることが不安だから
2. 深夜に出入りされることが不安だから
3. 深夜に作業されると落ち着かないため
4. 費用が高額になるのではないかと心配だから
5. 深夜の物音等が近所に迷惑だから
6. その他()

問14

近年、具合が悪くなくても、ご自宅で最期まで生活し、介護を受ける「在宅での看取り」について、関心が高まっています。
ご本人をどのように看取ってあげたいですか〈1つを選択〉

1. できれば、自宅や住んでいる場所
2. できれば、自宅や住んでいる場所以外の病院やホスピス等の終末期ケア専門の施設
3. わからない
4. その他()

問 15 介護していて、どのようなことに困っていますか 〈複数選択可〉

1. 身体的な負担が大きい、体の調子が良くない
2. 精神的な負担が大きい(ストレスがたまっている)
3. 本人につい辛くあたってしまうことがある
4. 経済的な負担が大きい
5. 介護のために、仕事の時間が満足に取れない・仕事を辞めざるを得ない
6. 家事や育児に、手が回らない
7. 希望するサービスが確保しにくい
8. 他に介護にあたってくれる家族がない(家族などの協力が得られない)
9. 介護のことで、家族と意見が合わない。家族関係がうまくいっていない
10. 介護の辛さを理解してくれる人がいない
11. 夜間の介護が多く、睡眠時間が十分に取れない
12. 昼間に自由な時間が取れない
13. 認知症や認知症の介護に関する知識がない
14. 介護の仕方や利用できる福祉サービスなどがわからない
15. サービスを利用してもらいたいが、本人が嫌がる
16. 近所の目が気になる
17. その他()
18. 特にない

⑤ オレンジ広場(認知症カフェ)

※ 家族同士の交流や情報交換、相談などができる場

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 知っており、参加したことがある | 2. 知っているが、参加したことはない |
| 3. 知らないが、参加してみたい | 4. 知らないし、参加したいと思わない |

問 21 何かご意見がありましたら記入してください

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。■■■