

4. 在宅介護の実態に関する調査

4 在宅介護実態調査

在宅介護の実態に関する調査

皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

また、日頃から足立区の高齢者施策にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本区では、令和2年度に「足立区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行うにあたり、「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就業継続」に有効な介護サービスのあり方を検討するために調査を行うこととなりましたので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

令和元年 12 月吉日

【ご記入にあたってのお願い】

- この調査の対象者は、要介護認定を更新される方が対象となります。
- 回答は概況調査等の対象であるご本人についてご記入をお願いします。
- 回答にあたっては、該当する番号を○で囲んでください。また、必要に応じて、数字やご意見のご記入をお願いします。

※ この調査票は、被保険者番号で紐づける調査となっています。**被保険者番号は忘れずに記載をお願いします。**

※ 調査結果は、統計的に処理します。お答えいただいた個人のお考えが公表されることはありません。

【お問い合わせ先・調査主体】

足立区 高齢者施策推進室 介護保険課 介護保険係

03-3880-5887 (直通) (受付時間：土・日・祝日を除く午前8時30分～午後5時)

被保険者番号〔 _____ 〕

◆ A票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか (いくつでも○)。

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

A票 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目

問1 世帯類型について、ご回答ください (1つに○)。

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

問1-1 住まいについて、ご回答ください (1つに○)。

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| 1. 住宅型有料老人ホーム | 3. (1及び2を除く) 自宅 |
| 2. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設でない) | |

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つに○)。

- | | |
|----------------------------|---|
| 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3～問13へ

問8(P.3)へ

問2に「3. 週に1～2回ある」～「5. ほぼ毎日ある」と回答した方は、以下の問3～13について調査してください。

問3 主な介護者の方は、どなたですか (1つに○)。

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 3. 子の配偶者 | 5. 兄弟・姉妹 |
| 2. 子 | 4. 孫 | 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つに○)。

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問5 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(1つに○)。

1. 20歳未満	4. 40代	6. 60歳～64歳	8. 70代
2. 20代	5. 50代	7. 65歳～69歳	9. 80歳以上
3. 30代		10. 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(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
生活援助	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	
その他	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	
	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)(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、再び全員に調査してください。

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(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 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(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つに○)。

1. 入所・入居を検討していない	3. すでに入所・入居申し込みをしている
2. 入所・入居を検討している	

※ 「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
(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
6. 筋骨格系疾患 (骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)	14. その他 (視覚・聴覚障害を伴うもの)
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つに○)。

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まれません。

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つに○)。

1. 利用している	2. 利用していない
-----------	------------

B票へ

問13で「2. 利用していない」を回答した方にお伺いします。

問13-1 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(いくつでも○)。

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2で「2.」～「5.」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

※「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

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つに○)。

1. フルタイムで働いている	3. 働いていない
2. パートタイムで働いている	4. 主な介護者に確認しないと、わからない

問5へ

※「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. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と回答した方は以下の問2～問5にお答えください。

問2 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何が働き方についての調整等を行っていますか(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3 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○)。

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. 特になし
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

問4 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つに○)。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | |

ここから、再び全員に調査してください。

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○)。

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 10. 認知症状への対応 |
| 2. 夜間の排泄 | 11. 医療面での対応 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | (経管栄養、ストーマ等) |
| 4. 入浴・洗身 | 12. 食事の準備(調理等) |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 6. 衣服の着脱 | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 15. その他 |
| 8. 外出の付き添い、送迎等 | 16. 不安に感じていることは、特になし |
| 9. 服薬 | 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |

——ご協力ありがとうございました——