

### 3. 在宅介護実態調査

2020000105

## 「在宅介護実態調査」にご協力ください

平素は、川西市の介護保険事業へのご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。  
この調査は、令和3年度から3年間の第8期介護保険事業計画策定にあたり「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」に有効な介護サービスの在り方を検討することを目的として、主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方を対象に実施します。

なお、この調査は本市だけでなく、国の指針のもと全国的に実施されることになっております。

何卒、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

川西市長 **越田 謙治郎**

### 調査に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日以前に要介護・要支援認定の更新申請もしくは区分変更申請による認定調査を受けた方です。
2. 回答は、この調査票に直接、該当項目（番号）に○をつけてください。
3. この調査は【A票】【B票】とあります。各調査の対象者は以下の通りです。  
【A票】…宛名の要支援・要介護認定者ご本人様（全9問）  
【B票】…要支援・要介護認定者を介護している主な介護者の方（全10問）

### 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および利用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

1. ご回答いただいた内容は、介護保険事業計画策定に向けた基礎資料の作成、施策効果の評価を目的として利用させていただきます。当該情報については、本市で適正に管理し、ご本人の同意なく、目的以外の利用はいたしません。
2. ご回答いただいた内容は、ご本人様の要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）と関連付け、厚生労働省から配布された集計分析ソフトを用いて集計・分析を行います。川西市と他市町村等との比較・分析のため、国が運営する地域包括ケア「見える化」システムに登録する場合、氏名や住所等の個人を特定できないように処理し、いかなる場合においても個人を特定するような情報が公表されることはありません。

※同意いただける場合は、下の□にチェック  を入れてください※

上記の個人情報の取り扱いに同意します。

＜この調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。＞

＜問い合わせ先＞ 川西市役所 介護保険課 電話：072-740-1148

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずに、

**4月30日(木)**までに投函してください。

記入日

令和 年 月 日

## 在宅介護実態調査 調査票

### A票 要支援・要介護認定者ご本人様について、お伺いします

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、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（          | ）                   |

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 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4 ご本人（認定調査対象者）様が、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・聴覚障がいを伴うもの） |                    |           |
| 14. その他（         | ）                           | 15. なし             | 16. わからない |

問5 令和元年12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. 利用した ⇒問7へ | 2. 利用していない ⇒問6へ |
|--------------|-----------------|

問6 問5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を利用できない、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7 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

※ 介護予防・日常生活支援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8 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9 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	}	調査は終了です
2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない		
3. 週に1～2日ある		B票へ進んでください
4. 週に3～4日ある		
5. ほぼ毎日ある		

- A票の問9で「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」～「5. ほぼ毎日ある」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（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（認定調査対象者）様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 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。

(「1」から「16」のうち、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6 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)

(「1」から「17」のうち、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 |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |                     |

問7 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<br>2. パートタイムで働いている<br>3. 働いていない<br>4. 主な介護者に確認しないと、わからない | } 問8～問10へ |
|   | } 調査は終了です |

※「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8 問7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<br>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<br>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<br>4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている<br>5. 介護のために、「2」～「4」以外の調整をしながら、働いている<br>6. 主な介護者に確認しないと、わからない |
|--|

問9 問7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<br>2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実<br>3. 制度を利用しやすい職場づくり<br>4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）<br>5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）<br>6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供<br>7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置<br>8. 介護をしている従業員への経済的な支援<br>9. その他（<br>10. 特にな<br>11. 主な介護者に確認しないと、わからない |
|--|

※「フリーランス」とは、一定の会社や団体などに所属せず、仕事に応じて自由に契約する者であり、ジャーナリストや俳優などが該当します。

問10 問7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

ご協力ありがとうございました。

記入した調査票を3つ折りにして、同封した返信用封筒に入れ、  
切手を貼らずに4月30日（木）までに投函してください。

