

「在宅介護実態調査」にご協力ください

は じ め に

平素は、市の介護保険行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

この調査は令和9年度から3年間の第10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、ぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

調 査 に 際 し て の お 願 い

- 1 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。
- 2 本調査は守山市がジェイエムシー株式会社大阪支店に委託し実施するものです。収集した個人情報は、ご回答者様にとって大切な個人情報であるという認識に立ち、守山市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行います。
- 3 今回の調査結果については、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）と関連付けた後、匿名化して集計・分析し、本市の高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とさせていただきます。このことについて本調査票の返送をもちましてご同意いただいたものとさせていただきます。
- 4 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11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）

調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れて

令和●年●月●日（●）までに
切手を貼らずにポストに入れてください。

《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＞

〒524-8585

守山市吉身二丁目5番22号 守山市役所

健康福祉部 介護保険課 電話：077-582-1127

FAX：077-581-0203

在宅介護実態調査 調査票

◎調査票の記入日をご回答ください。

記 入 日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

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. 本人（調査対象者） | 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. 本人のケアマネジャー |
| 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、**介護保険施設**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 | |

※「**介護保険施設**」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（**介護保険法上の有料老人ホーム等**）、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 現時点での、**介護保険施設以外の施設**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 | |

※「**介護保険施設以外の施設**」とは、介護保険法に基づかない高齢者向けの住まいで、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を指します。

問5 ご本人（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. <small>のうけっかんしっかん</small> 脳血管疾患（ <small>のうそっちゅう</small> 脳卒中）	2. <small>しんしっかん</small> 心疾患（ <small>しんぞうびょう</small> 心臓病）
3. <small>あくせいしんせいぶつ</small> 悪性新生物（がん）	4. <small>こきゅうきしっかん</small> 呼吸器疾患
5. <small>じんしっかん</small> 腎疾患（ <small>とうせき</small> 透析）	6. <small>きんこつかくけいしっかん</small> 筋骨格系疾患（ <small>こつそ</small> 骨粗しょう症、 <small>せきちゅうかんきょうさくしょう</small> 脊柱管狭窄症等）
7. <small>こうげんびょう</small> 膠原病（ <small>かんせつ</small> 関節リウマチ含む）	8. <small>へんけいせいかんせつしっかん</small> 変形性関節疾患
9. <small>にんちしょう</small> 認知症	10. パーキンソン病
11. <small>なんびょう</small> 難病（ <small>なんびょう</small> パーキンソン病を除く）	12. <small>とうようびょう</small> 糖尿病
13. <small>がんか</small> 眼科・ <small>じびか</small> 耳鼻科疾患（ <small>しかく</small> 視覚・ <small>ちようかくしょうがい</small> 聴覚障害を伴うもの）	14. その他
15. なし	16. わからない

問6 ご本人（調査対象者）様は、自分ひとりで排泄ができますか。（1つを選択）

1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう等）があればできる
3. できない	

問7 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7へ

問8 問6で「2. 」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。（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 | |

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。（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 ご本人（調査対象者）様は、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12 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
B票（次ページ）へ進
んでください。 |
| 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 | | |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

- A票の問 11 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（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（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
- ※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。
6. わからない

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。（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。）

（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、特にない
- 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
- 2. パートタイムで働いている

問8～問10へ

- 3. 働いていない
- 4. 主な介護者に確認しないと、わからない

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.」「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9 問7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10 問7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 | |

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、

切手を貼らず令和●年●月●日(●)までに投函してください。