

鶴岡市 在宅介護実態調査 調査票

在宅介護実態調査は、後日、訪問して実施いたします介護認定調査（認定調査、介護認定審査会）のデータを、この調査の回答内容と組み合わせ、「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」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討し、鶴岡市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画の策定と、その施策の推進のための基礎資料として使用させていただくものです。

また、ご本人の許可なく目的以外の使用はいたしませんので、ご協力くださるようお願いいたします。

上記の事項を確認のうえ、同意します。

令和 7年 月 日

お送りした封筒の
あて名の方が調査対象者様
(ご本人) です。

ご署名 (本人)

【被保険者番号: _____】

ご署名 (代理記入者)

A

調査対象者様ご本人について、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. 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)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5 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) ※ 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。

- | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| 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6 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)

※ 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。

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

問7 ご本人(認定調査対象者)は、現在、医師による訪問診療を利用していますか(1つを選択)

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

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

問8 直近の1か月間に住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の介護保険サービスを利用していますか(1つを選択)

1. 利用している ⇒ 問9以降へお進みください

2. 利用していない ⇒ 問10以降へお進みください

問9 問8で「1.」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、直近の1か月間の利用状況をご回答ください。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週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	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
（※回答例）●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 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
E. 通所介護（デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 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
G. 夜間対応型訪問介護（※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（1つに○）	
H. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 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（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
K. ショートステイ	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
L. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

問10 問8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. サービスの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 在宅での介護や生活続ける上で、信頼して相談できる方がいますか（複数選択可）

1. 主治医 2. 看護師 3. リハビリ職員
4. ケアマネジャー 5. 訪問ヘルパー 6. デイサービス等の職員
7. 家族 8. 兄弟姉妹 9. 親戚
10. 友人 11. 地域包括支援センター 12. 地区担当保健師
13. 行政（市役所・庁舎） 14. いない 15. その他（ ）

問 12 現在、利用している介護保険サービスについて伺います。(複数選択可)

1. ケアマネージャーから、生活能力の向上や要介護状態の軽減となるケアプラン（※）を作成してもらっている
2. サービス利用は、生活能力の向上や要介護状態の軽減に役立っている
3. サービス利用時、工夫したり努力すれば自分でできることもしてもらっていることが多い
（ 満足 ・ 満足でない ※ どちらかに○ ）
4. サービスを利用しているが、状態が悪化している
5. サービス担当者会議では、自分が出来るようになりたいことを話し合い、サービス内容を選択できた
6. 希望のサービスを受けることが出来なかった
7. 良いサービスをしている事業所を自分で選べる目安がない
8. その他（ ）

※「ケアプラン」は、要介護等認定を受けている方が、生活能力の向上や状態の軽減、悪化の予防により、望む生活に近づけるという自立支援をめざし課題の解決をめざして作成されます。

問 13 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
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

C「認知症について」以降にご協力ください

**B「主な介護者の方について」
へ進んでください**

B 主な介護者の方について、お伺いします

●「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）。

問1 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2 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3 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
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問6 在宅で家族を介護している方に対し必要だと思う支援について、ご回答ください(3つまで選択可)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 休息できる時間の確保 | 2. リフレッシュできる機会 |
| 3. 介護者同士の交流・情報交換 | 4. 相談体制の強化 |
| 5. 介護離職後の再就職支援 | 6. サービスの申込み等手続きの簡素化 |
| 7. 近所などの身近な人との助け合い | 8. 介護サービスの上手な利用への助言 |
| 9. 介護者が不在となる緊急時の支援 | 10. 介護に役立つ知識の学習機会 |
| 11. 経済的な支援 | 12. その他() |

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。

問8 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9～問12へお進みください |
| 2. パートタイム(※)で働いている | |
| 3. 働いていない | } C「認知症について」以降にご協力ください |
| 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9 問8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、「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(有休休暇や介護休暇等)」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10 問8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 | |

問 11 問8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相談窓口の設置
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 12 問8で「1.」「2.」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、どのような介護等サービスがあれば、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. 早朝から遅くまで長時間利用できる通所系サービス
2. 延長利用が毎日利用できる通所系サービス
3. 通所系サービスで本人の着替えた衣服の洗濯などを行うサービス
4. 夜間も訪問介護等が利用できる介護サービス
5. 自宅に定期的かつ、必要時随時に訪問してくれる定期巡回の介護サービス
6. 胃ろう、在宅酸素、気管切開など医療ケアが必要になっても利用できる療養型通所系サービス
7. 胃ろう、在宅酸素、気管切開など医療ケアが必要になっても利用できるショートステイ(短期入所)サービス
8. 泊まりや、通所、訪問、相談等が同じ事業所で随時受けられる小規模多機能型居宅介護
9. 介護が必要になれば、どんなサービスがあっても仕事を続けることは困難だと思う
10. その他()
11. 特にない
12. 主な介護者に確認しないと、わからない

次ページへ 

C

認知症についてお伺いします

ご記入くださる方は、どなたですか？

1. ご本人 2. 主な介護者

●この先の質問CとDについては、任意の調査項目になります。
ご協力いただける場合、できる範囲でご記入をお願いいたします。

問1 あなたのご家族に認知症と診断された方はいますか（○はひとつ）

1. いる（あなたとの続柄： ） 2. いない

問2 今後、認知症に関する施策を進めていく上で、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか（○は3つまで）

1. 認知症について地域住民の理解を深める
2. 身近な地域での介護者交流事業や介護方法の研修会の開催
3. 地域住民が認知症の人の日常生活を見守っていく体制を整える
4. 行方不明者の早期発見に向けた体制を整える
5. 認知症の人が気軽に通えるカフェやサロンの充実
6. かかりつけ医や、介護従事者などが認知症に十分に対応ができるよう研修等を行う
7. その他（ ）

D

終末期の療養についてお伺いします

ご記入くださる方は、どなたですか？

1. ご本人 2. 主な介護者

問1 あなたやあなたの家族の終末期（治る見込みがなく余命わずかの状態）の延命治療について、これまで話し合ったことがありますか（○はひとつ）

1. 十分に話し合っている 2. 話し合ったことがある 3. 話し合ったことがない

問2 終末期と告げられた場合、あなたはどこで最期を迎えたいと思いますか（○はひとつ）

1. 最期まで自宅で療養したい
2. 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
3. 自宅で療養して、必要になればホスピス等の緩和ケア施設（※）を利用したい
4. 今まで通った（または入院中の）医療機関に入院したい
5. なるべく早くホスピス等の緩和ケア施設（※）を利用したい
6. 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7. 老人ホーム等の施設に入所したい
8. わからない
9. その他（ ）

※「緩和ケア施設」とは、がん等終末期の患者さんが抱えるさまざまな苦痛をやわらげ、最後まで患者さんが自分らしく生活できるように専門的な知識と技術を提供する施設を言います。

