

## 在宅介護実態調査の概要について

## 1 調査名

在宅介護実態調査

## 2 目的

介護保険事業計画の策定にあたり、在宅で要支援・要介護認定を受けている方の家族介護の状況や介護保険サービスの利用状況を分析し、「在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」に資するサービスの在り方を検討する。

## 3 調査概要

## (1) 調査対象

在宅で生活している要支援・要介護認定者のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける方  
※「在宅で生活している」の在宅の定義は、医療機関に入院している者、施設等（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、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）に入所または入居している人を除くものとする。

## (2) 調査期間

令和4年4月～令和5年3月

## (3) 調査件数

600件(有効回答数)

## (4) 調査方法

介護保険要介護認定に係る訪問調査時の聞き取り調査(本人から同意書を徴する)  
社会福祉法人 板橋区社会福祉協議会への業務委託により実施

## (5) 調査票 別添のとおり(25問)

調査票A (15問) : 訪問調査員が認定者や家族から聞き取りを行い、記入する

調査員B (10問) : 訪問調査に立ち会っている家族等に記入を依頼、または調査員による聞き取り

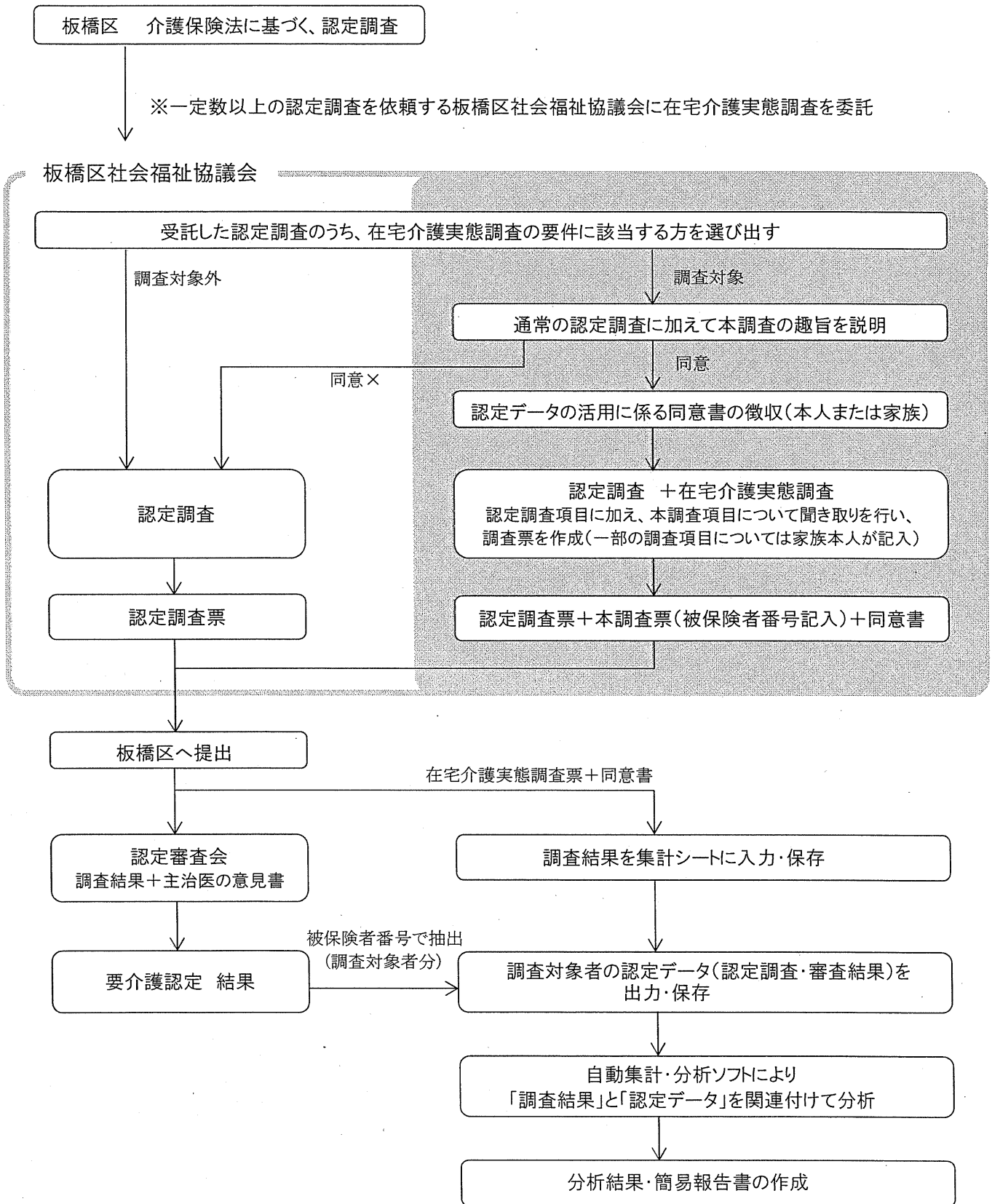
※厚生労働省が提示している19項目(基本9問+オプション10問)に区独自設問(6問)

## 4 調査結果

調査結果は要介護認定データ(認定者の属性・要介護度・利用している介護保険サービス等)と結び付け、厚生労働省が提供している集計分析ソフトを利用して分析し、簡易的な報告書にまとめる。

※集計分析ソフトの対象は基本項目とオプション項目のみで、区独自設問を追加した場合は別途集計を行う。

# 在宅介護実態調査の実施手順



# 在宅介護実態調査 質問項目

(網掛け:区独自質問)

調査票A : 調査員が認定調査の概況調査等と並行して記入する項目	
回答者	A票の聞き取りを行った相手の方は、どなたですか
問1	世帯類型について、ご回答ください (1つを選択)
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つを選択)
問3	主な介護者の方は、どなたですか (1つを選択)
問4	主な介護者の方の性別について、ご回答ください (1つを選択)
問5	主な介護者の方の年齢について、ご回答ください (1つを選択)
問6	主な介護者の方の居住地について、ご回答ください (1つを選択)
問7	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)
問8	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)
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)
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)
問11	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)
問12	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)
問13	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つを選択)
問14	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)
問15	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)
調査票B : 主な介護者またはご本人に回答・記入いただく項目	
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つを選択)
問2	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)
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つまで選択可)
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つを選択)
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つまで選択可)
問6	介護をするうえで困りのことはありますか (複数選択可)
問7	食事についてお伺いします。主な食事作りをされている方はどなたですか (1つを選択)
問8	食事について困っていることはありますか(1つを選択)・困っていることは何ですか (複数選択可)
問9	食事についての相談先はありますか(1つを選択)・相談先を教えてください (複数選択可)
問10	食事について相談できる専門の窓口があれば利用したいですか (1つを選択)

# 板橋区 在宅介護実態調査 調査票（案）

被保険者番号[ \_\_\_\_\_ ]

## 「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データの活用に係る同意書

本日実施した認定調査にかかる要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）を在宅介護実態調査の結果と組み合わせ、板橋区の介護保険事業及び高齢者施策推進のための基礎資料として使用させていただきます。データは本人が特定されないように統計的に処理し、本人の許可なく、目的以外の使用は致しません。

上記の事項を確認の上、同意します。 年 月 日

ご署名(本人) \_\_\_\_\_

ご署名(代理記入者) \_\_\_\_\_ (ご本人とご関係: \_\_\_\_\_)

### 【A票の間き取りを行った相手の方は、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

## 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つを選択)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他( \_\_\_\_\_ )

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つを選択)

1. ない → 問9(3ページ)へ

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 → 問3へ
5. ほぼ毎日ある

問3 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4 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5 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6 主な介護者の方の居住地について、ご回答ください(1つを選択)

1. 同居

2. 別居



行き来にかかる時間はどれくらいですか。

1. 10分以内 2. 10分～30分程度  
3. 30分～1時間程度 4. 1時間～2時間程度  
5. 2時間以上 6. その他

問7 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8 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)

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

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

● **ここから再び、全員に調査してください。**

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)

※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 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)

※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 11 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)

※「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。

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

問 12 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                 |



※主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入(調査票の該当する番号に○)をお願い致します。

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2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	→ 問5(次ページ)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2 問1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3 問1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

⇒ 裏面へお進みください



問4 問1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

● ここから再び、全員の方にお伺いします。

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6 介護をするうえでお困りのことはありますか(複数選択可)

1. 適切な介護方法がわからない
2. 認知症状への対応方法がわからない
3. 日中、家を空けるのを不安に感じる
4. 介護のために家事や育児、仕事が思うようにできない
5. 自分の自由になる時間を持ってない
6. 介護にストレスを感じることもある
7. どこに相談していいか、分からないことがある
8. 夜間や休日など、相談したい時間に相談窓口が開いていない
9. 医療と介護について総合的に相談できる窓口がない
10. 経済的不安が大きい
11. 精神的負担が大きい
12. 身体的負担が大きい(睡眠不足・腰痛など)
13. 夜間の介護負担が大きい
14. その他( )
15. 特にない

⇒ 次ページへお進みください

問7 食事についてお伺いします。主な食事づくりをされている方は、どなたですか（1つを選択）

1. 本人
2. 家族・親族
3. ヘルパー
4. 配食
5. その他( )

問8 食事について困っていることはありますか（1つを選択）

1. 困っていることがある
2. 困っていることはない



困っていることは何ですか(複数選択可)

1. 買い物
2. 食事の準備
3. 食事の内容(栄養の偏り・味つけ)
4. 食べる機能（例：むせる・のみこめない・かみにくい物がある・食が細くなったなど）
5. その他( )

問9 食事についての相談先はありますか（1つを選択）

1. 相談先がある
2. ない



相談先を教えてください（複数選択可）

1. 家族・親族
2. 友人・知人
3. かかりつけ医
4. 通所施設(デイサービスなど)
5. 訪問(医師・看護師など)
6. その他( )

問10 食事について相談できる専門の窓口があれば利用したいですか（1つを選択）

1. 利用したい
2. 利用したくない
3. わからない

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。