

米沢市長 殿

「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

私は、「在宅介護実態調査」に係る要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）の活用について、以下の事項を確認のうえ、同意します。

記

■ 要介護認定データの利用目的について

本日、実施する認定調査に係る、要介護認定データ（認定調査、介護認定審査会のデータ）は、要介護認定及び当市における高齢者等支援施策の検討の際の基礎資料とすることを目的に使用させていただきます。本人の許可なく、目的以外の使用は致しません。

■ アンケート調査の回答内容の取扱いについて

アンケート調査でご回答頂いた内容（被保険者番号を含む）は、集計・分析を委託する株式会社ジャパンインターナショナル総合研究所に預託するほか、国からの求めに応じ提供する場合がありますが、情報は適切に管理させていただきます。

以 上

令和 年 月 日

ご署名_____

在宅介護実態調査 調査票

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】 （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
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

問8（2頁）へ
（問4～7省略）

問3～問13へ

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 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7 ご家族やご親族（家族等）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。

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

（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等が仕事を辞めた（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等が転職した
- 5. 介護のために仕事を辞めた家族等はいない
- 6. わからない

● ここから再び、全員に調査してください。

問 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。（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. ゴミ出し |
| 5. 買い物（宅配は含まない） | 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 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。

※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。

（複数選択可）

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 買い物（宅配は含まない） | 4. ゴミ出し |
| 5. 外出同行（通院、買い物など） | 6. 掃除・洗濯 |
| 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 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 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。

（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 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。

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。（1つを選択）

1. 利用している
2. 利用していない

問 13 現在介護保険サービス（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外）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 13 で「2. 」を回答した場合は、問 14 も調査してください。

問 14 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

問 15 ご本人は口腔ケア（ハミガキ、入れ歯洗浄、マッサージなど）をいつ行っていますか。（複数選択可）

1. 起床後 2. 朝食後 3. 昼食後 4. 夕食後 5. 就寝前

問 16 ご本人は外出を希望されていますか。（1つを選択）

1. はい 2. いいえ

問 17 次のうち、どの条件であればご本人が外出することができますか。（複数選択可）

1. 見守りがある 2. 金銭面の負担が無い
3. 移動手段がある 4. 仲の良い人と一緒
5. 合うと感じる場に行く 6. 慣れた場に行く
7. 外出したい気持ちがある 8. 外出が必要と感じている
9. 他にやりたいことが無い 10. その他（ ）

問 18 ご本人のやりたいことは何ですか。（3つまで選択可）

1. 旅行 2. 運動 3. 家族（ペット含む）との交流
4. 友人との交流 5. 家庭菜園 6. 料理
7. お出かけ 8. 学習 9. 読書等
10. 音楽 11. テレビ等の鑑賞
12. 仕事・社会貢献
13. 趣味・その他（ ）

問 19 十分な見守り等があればご本人が行ってもいいと思う仕事は何ですか。（1つを選択）

1. 内職 2. 品出し等 3. 調理補助 4. 農作業
5. 清掃 6. 洗車 7. 裁縫 8. アイロン
9. 筆記等の代行 10. どれも難しい
11. その他（ ）

問 20 隣近所の方に生活のお手伝いを頼めるとしたら何を希望しますか。（複数選択可）

1. 話し相手 2. 見守り 3. 草むしり 4. おすそ分け
5. 送迎 6. 買い物 7. 災害時の手助け・声掛け 8. 安全確認
9. ごはんや薬等の摂取確認 10. 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）。

《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

米沢市金池5丁目2番25号

米沢市 健康福祉部高齢福祉課 事業管理担当

電話：22-5111（内線3901）