秘 統計法に基づく基幹統計調査

国民生活基礎調査【介護票】

厚生労働省

（平成22年６月３日調査）

調査員記入欄

地区番号						単位区番号			世帯番号		

この調査は、統計法に基づき政府が実施する基幹統計調査です。
秘密の保護には万全を期していますので、ありのままを記入してください。

＜ 記入上の注意 ＞
- 『（介護票）記入のしかた』をよくお読みになってから記入してください。
- もし記入方法がわからなかった場合は、調査員が受け取りにうかがったときにおたずねください。
- ご自分で記入できない方については、介護をしている方、又はご家族の方が回答してください。
- 選択肢はあてはまる番号１つ、又はあてはまるすべての番号に○をつけてください。
- 数字は右づめで記入してください。
- できるだけ黒のボールペンで記入してください。

質問1　この調査票に回答する方はどなたですか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

1　介護が必要な者（本人）
2　主に介護をしている者
その他の者（1，2以外）→（3　配偶者　4　子　5　子の配偶者　6　父母　7　その他）

質問2　介護が必要な方の性と出生年月をお答えください。
あてはまる番号１つに○をつけ、出生年月には数字を右づめで記入してください。

(1) 性	(2) 出生年月
1　男　2　女	1　明治　2　大正　3　昭和　□□年　□□月

質問3　調査日現在の要介護度の状況と１年前の要介護度の状況をお答えください。
あてはまる番号１つに○をつけてください。
※　介護保険被保険者証等を参考に記入してください。

現　在（平成22年６月）
1　要支援１　2　要支援２　3　要介護１　4　要介護２　5　要介護３　6　要介護４　7　要介護５
１年前（平成21年６月）
01　要支援１　02　要支援２　03　要介護１　04　要介護２　05　要介護３　06　要介護４　07　要介護５ 08　自立と認定された　09　認定を申請中であった　10　認定を申請していなかった

次頁に続きます。

SAMPLE

質問4　介護が必要となった原因は何ですか。

あてはまるすべての番号に○をつけ、かつ、その中で主な原因である番号１つを主な原因欄に記入してください。

01	脳血管疾患（脳卒中）…	脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、その他の脳血管疾患及びその後遺症など
02	心疾患（心臓病）……	狭心症、心筋こうそく、不整脈、心筋炎、その他の心臓疾患
03	悪性新生物（がん）……	すべての部位のがん（白血病を含む）及び肉腫
04	呼吸器疾患……	肺気腫、肺炎、気管支炎、胸膜疾患など
05	関節疾患……	関節リウマチ、何らかの原因による関節炎、関節症、腰痛症
06	認知症……	認知症（アルツハイマー病等）
07	パーキンソン病	
08	糖尿病……	糖尿病及び糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症などの合併症
09	視覚・聴覚障害……	緑内障、網膜はくり、難聴など
10	骨折・転倒……	屋内外を問わず、何らかの原因で骨折又は転倒したもの
11	背髄損傷……	外傷に伴って背髄の挫傷、断裂、血行障害により背髄の機能が傷害されたもの
12	高齢による衰弱……	特にこれといった病気と診断されてないものの、老いて体の機能が衰弱したもの
13	その他……	具体的に記入してください（　　）
14	わからない	

○をつけた中で主なもの１つ → 主な原因 [　　] 番

質問5　**５月中**に利用した居宅サービスについて、利用したサービスのすべての番号に○をつけ、利用した日数又は食数を記入してください。

※　配食サービスを１日に複数回受けた場合は食数を合計してください。訪問系サービスなどで１日に複数回受けた場合は回数に関わらず１日として計算してください。

	サービスの種類（1～4は介護保険制度によるサービスをいいます。）	５月中のサービス利用日数 介護保険、市町村事業等	全額自己負担
1	訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護）	日	日
2	通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護）	日	日
3	短期入所サービス（短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護）	日	日
4	小規模多機能型居宅介護（小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護）	日	日
5	配食サービス	食	食
6	外出支援サービス	日	日
7	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス	日	日

1～4を利用していない方は質問6へ

1～4を１つでも利用している方は質問7へ

SAMPLE

【質問6は、質問5の1～4のサービス（介護保険によるサービス）を１つも利用していない方がお答えください。】

質問6　介護保険によるサービスを受けていない理由は何ですか。
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

1	家族介護でなんとかやっていける
2	介護が必要な者（本人）でなんとかやっていける
3	他人を家に入れたくない
4	外出するのが大変
5	どのようなサービスがあるかわからない
6	サービスを受ける手続きがわからない
7	利用者負担が払えない
8	受けたいサービスがない
9	その他　具体的に記入してください（　　）

【引き続き質問7からお答えください。】

質問7　主に介護をしている方の１日の平均的な介護時間はどのくらいですか。
あてはまる番号１つに○をつけてください。

※　介護の頻度が毎日でなく、数日に１度の場合は「5 その他」に○をつけてください。

1 ほとんど終日	2 半日程度	3 2～3時間程度	4 必要なときに手をかす程度	5 その他

質問8　その他の介護者（主に介護をしている方以外で介護をしている方）がいる場合は人数を記入し、その状況をお答えください。
ただし、事業者（ホームヘルパー等）は除きます。

(1) 人　数	その他の介護者　□　人

このうち介護をしている時間が最も長い方について、以下の(2)～(6)にお答えください。
それぞれあてはまる番号１つに○をつけてください。

(2) 同別居の状況	1 同居している 同居していない →（居住場所をお答えください。）2 同一家屋・敷地　3 同一市区町村　4 その他の地域
(3) 性	1 男　2 女
(4) 年　齢	1 19歳以下　2 20～29歳　3 30～39歳　4 40～49歳 5 50～59歳　6 60～69歳　7 70～79歳　8 80歳以上
(5) 介護が必要な方(本人)からみた続柄	1 配偶者　2 子　3 子の配偶者　4 父母　5 その他の親族　6 その他
(6) 介護頻度	1 ほぼ毎日　2 週2～4日　3 週に1日　4 月に1～3日

次頁に続きます。

SAMPLE

質問9　次のような介護を受けていますか。また、どなたから受けていますか。
受けている介護内容のすべての番号に○をつけ、それぞれの介護についてどなたから受けているかあてはまるすべての番号に○をつけてください。

介護内容		事業者（ホームヘルパー等）による介護	家族等による介護		介護内容		事業者（ホームヘルパー等）による介護	家族等による介護	
			主に介護する者	その他の者				主に介護する者	その他の者
01	洗顔	1	2	3	09	食事の準備・後始末（調理を含む）	1	2	3
02	口腔清掃（はみがき等）	1	2	3	10	食事介助	1	2	3
03	身体の清拭（体をふく）	1	2	3	11	服薬の手助け	1	2	3
04	洗髪	1	2	3	12	散歩	1	2	3
05	着替	1	2	3	13	掃除	1	2	3
06	入浴介助	1	2	3	14	洗濯	1	2	3
07	体位交換・起居（寝返りや体を起こす等）	1	2	3	15	買い物	1	2	3
08	排泄介助	1	2	3	16	話し相手	1	2	3

質問10　５月中に事業者に支払った居宅サービスの自己負担額を右づめで記入してください。

万		円			
十	一	千	百	十	一

※　質問5で回答した居宅サービスの費用についてお答えください。
※　保管しているサービスの領収証(書)を参考に記入してください。

質問11　介護が必要な方が65歳以上の場合、介護保険料所得段階をお答えください。

※　介護保険料額決定通知書に記載されている所得段階区分と同じ段階に○をつけてください。
※　ただし、第１段階～第３段階以外の方については、４か５のうち、あてはまる番号に○をつけてください。

1　第１段階（生活保護受給者、又は老齢福祉年金受給者であって世帯の全員が市町村民税非課税）
2　第２段階（介護が必要な者の昨年１年間の公的年金等収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下であって世帯の全員が市町村民税非課税）
3　第３段階（世帯の全員が市町村民税非課税であって、上記1, 2以外）
4　介護が必要な者は市町村民税が非課税であって、世帯に課税されている者がいる
5　介護が必要な者は市町村民税を課税されている

質問12　５月中の介護費用についてお答えください。
あてはまるすべての番号に○をつけてください。

1　介護が必要な者（あるいは配偶者）の収入を充てた。
→（1　年金・恩給　　2　年金・恩給以外の収入）
2　介護が必要な者（あるいは配偶者）の貯蓄を充てた。
3　介護が必要な者（あるいは配偶者）以外の者の収入・貯蓄を充てた。

ご協力ありがとうございました。

SAMPLE