

## 第7期介護保険事業計画の策定のための、 主介護者の介護の実態と介護者支援のあり方に関する調査票

【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**

### 基本調査項目

※認定調査の「概況調査」等と並行して、以下の項目をチェックしてください。

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   |                            |

● 問2で「2.」～「5.」を回答した場合は、以下の問3～7の設問も調査してください。問2で「1.」を回答した場合は、問8に進んでください。

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)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 屋内の移乗・移動             | 2. 外出の付き添い、送迎等         |
| 3. 入浴・洗身                | 4. 日中の排泄               |
| 5. 夜間の排泄                | 6. 食事の準備(調理等)          |
| 7. 食事の介助(食べる時)          | 8. 服薬                  |
| 9. 認知症状への対応             | 10. 衣服の着脱              |
| 11. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)      | 12. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 13. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き   |
| 15. その他                 | 16. わからない              |

問7 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)の介護のために、過去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。

● **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)

- |                 |                   |                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|
| 1. 配食           | 2. 調理             | 3. 掃除・洗濯              |
| 4. 買い物(宅配は含まない) | 5. 外出同行(通院、買い物など) | 6. ゴミ出し               |
| 7. 見守り、声かけ      | 8. サロンなどの定期的な通いの場 | 9. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) |
| 10. その他         | 11. 利用していない       |                       |

※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。

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(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. 外出同行(通院、買い物など) | 6. ゴミ出し               |
| 7. 見守り、声かけ      | 8. サロンなどの定期的な通いの場 | 9. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) |
| 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)

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| 1. 入所・入居を検討していない     | 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、介護療養型医療施設、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. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等) | 6. 膠原病(関節リウマチ含む)           |
| 7. 変形性関節疾患                | 8. 認知症                     |
| 9. パーキンソン病                | 10. 難病(パーキンソン病を除く)         |
| 11. 糖尿病                   | 12. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの) |
| 13. 骨折                    | 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(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13 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2で「1. ない」を回答された場合は、本調査は以上で終了です。**

● **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)。**

# 第7期介護保険事業計画の策定のための、 主介護者の介護の実態と介護者支援のあり方に関する調査票

**B票**

**主な介護者様用** ※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  | } | 問2～問4へ  |
| 2. パートタイムで働いている |   |         |
| 3. 働いていない       | } | 問5(裏面)へ |
| 4. 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. 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(複数選択可)

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 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. 仕事と介護の両立に関する情報の提供  |
| 5. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置   | 6. 介護をしている従業員への経済的な支援 |
| 7. その他                   | 8. 特にない               |
| 9. わからない                 |                       |

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. わからない         |                     |

⇒ 皆様、裏面へお進みください

● 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)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. 屋内の移乗・移動              | 2. 外出の付き添い、送迎等          |
| 3. 入浴・洗身                 | 4. 日中の排泄                |
| 5. 夜間の排泄                 | 6. 食事の準備(調理等)           |
| 7. 食事の介助(食べる時)           | 8. 服薬                   |
| 9. 認知症状への対応              | 10. 衣服の着脱               |
| 11. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)       | 12. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) |
| 13. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き    |
| 15. その他                  | 16. 不安に感じていることは、特になし    |
| 17. わからない                |                         |

問6 主な介護者の方は、介護について誰かに相談していますか(複数選択可)

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. 家族・親族           | 2. 友人・知人      |
| 3. 近所の人、ボランティアの人等  | 4. 介護が必要な本人   |
| 5. ケアマネジャー         | 6. 地域包括支援センター |
| 7. 自治体             | 8. 保健所        |
| 9. 介護サービス事業者       | 10. 医師        |
| 11. 病院の医療ソーシャルワーカー | 12. 民生委員      |
| 13. 勤務先            | 14. その他       |
| 15. 誰にも相談していない     | 16. 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。