

【参考】第7期調査票（第8期調査項目は前回と変更なし）

管理番号：
被保険者番号：
氏名：

第7期

★ 介護保険に関するアンケート調査 ★
【調査票】

調査ご協力をお願い

日頃から市政の推進に多大なご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

古賀市では、介護保険サービスの更なる充実を図るための基礎資料として、高齢者の方々の介護保険サービスに対するお考え等をおうかがいするためのアンケート調査を実施しています。また、ご回答結果は、認定調査結果と組み合わせて分析するため、記名式でのアンケート調査となっております。

本調査で得られた情報につきましては、本調査の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、古賀市で適切に管理いたします。

お忙しい中、たいへん恐縮ですが、調査の目的をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

- 今回の調査対象者は、要介護認定を受けている方です。
※事業対象者の方、要支援認定を受けている方、施設入所者は除いています。
- ご回答にあたっては、ご家族の方などがご本人の代わりに回答されたり、一緒に回答されてもかまいません。
- 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。

【問い合わせ先】

古賀市保健福祉部

介護支援課

〒811-3116

古賀市庄 205 番地 サンコスモ古賀

電話 092-942-1144

FAX 092-942-0404

【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

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 の設問も回答してください。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. 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） | 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 |
| 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 11 で「1.」を回答した場合のみ。

問 11-1 あなたが今後も自宅で生活を続けるためには何が必要ですか（複数選択可）

1. ご自身の健康状態や身体の機能を維持・向上させること
2. 家事ができるようになること（手伝いがあればできる場合も含む）
3. 一人暮らしによる不安（火の始末や戸締まりなど）をなくすこと
4. 緊急時の連絡ができ安心して生活できること
5. 介護に関する費用が増えないこと
6. 必要な在宅サービスを必要なときに使えること
7. 利用できる在宅サービスの量が増えること
8. 在宅サービスの質が良くなること
9. 在宅サービスの手続きが簡単になること
10. 介護についての情報が多く得られること
11. 世間体を気にせず在宅サービスが利用できること
12. 夜間・緊急時でも在宅サービスが利用できること
13. その他（ ）

●問 11 で「2.」「3.」を回答した場合のみ。

問 11-2 施設での生活を希望する理由は何ですか

1. 家族からの介護が期待できないから
2. 家族に介護の負担をかけたくないから
3. 在宅で利用できるサービスが不十分だから
4. 住まいに問題があるから（部屋が足りない、段差が多いなど）
5. その他（ ）

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 |

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）

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）。

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. 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 | |

※「フリーランス」とは、特定の企業や団体、組織に専従しておらず、自らの技能を提供することにより社会的に独立した個人事業主もしくは個人企業法人のことです。

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 | |

⇒ 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. 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) | 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 |
| 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 | |

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■