# 第10次芦屋すこやか長寿プラン２１策定に向けたアンケート調査
# 【在宅介護実態調査】

市民の皆様には、平素より市政の推進に温かいご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。さて、本市では、必要なサービス基盤の整備に向けて、３年を１期とする計画を策定しており、次期計画「第10次芦屋すこやか長寿プラン２１」の策定に向けた基礎資料とするため、今般アンケート調査を実施します。

この調査は、皆様の介護サービスの質の向上を目的に、生活の実態や介護保険に対する考え・意向などを把握するためのものであり、調査結果は、今後の高齢者福祉事業及び介護保険事業の充実に活用します。なお、アンケートは無記名であり、ご記入いただいた内容はすべて統計的に処理され、個人が特定されることはありません。また、本調査で得られたデータは、本調査の目的以外には利用しません。

大変お忙しい中、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

令和〇年〇月

芦屋市

本調査はウェブでの回答が可能です。（ウェブ回答にご協力をお願いいたします。）

ウェブブラウザのＵＲＬ欄に、下記ＵＲＬを入力してください。

ＵＲＬ　https://

または、右記のＱＲコードを読み取り、アクセスしてください。

※あて名のご本人が何らかの事情により、**回答できない（代筆も困難な）場合**には、その理由について、下記の中から、あてはまる番号に〇をつけてください。

１．病院などに入院中
２．介護保険施設などに入所中
３．市外転出
４．死亡
５．その他（　　）

これらのいずれかに該当する場合は、これ以降の質問にお答えいただく必要はありません。

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒に入れて、この**調査票をご返送ください**。

◆ **この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。**

**芦屋市福祉部　高齢介護課　（電話）0797-38-2044**

これは芦屋市の高齢者福祉施策についてのアンケート調査票です。
ふりがな付きのアンケート調査票が必要なかたは、ご連絡ください。

**芦屋市福祉部　高齢介護課**　e-mail：koureikaigo@city.ashiya.lg.jp

Survey on the Elderly Welfare in Ashiya City

If you need either an English version or a Japanese with furigana version of the questionnaire、 please contact the office below:

Ashiya City Welfare Department Senior Care Division

## 記　入　に　際　し　て　の　お　願　い

1．この調査の対象者は、在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受けた方の中から無作為に抽出した方です。

2．ご回答にあたっては、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。

3．各質問について、あてはまるお答えの番号に○（または文字など）を記入してください。なお、質問によっては、“○は３つまで”など、○の数が決まっている場合がありますのでご注意ください。

4．回答で「その他」を選んだ場合は、（　　）内に具体的に記入してください。

5．令和○年○月１日現在の状況を記入してください。

6．調査票記入後は、３つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、○月○日（●）までにご返送ください。（※切手は不要です）

必：国・必須項目　才：国・オプション項目　独：市の独自項目　共：2調査の共通項目　新：新規項目(案)

## Ａ票　　あて名のご本人について、お伺いします

必

| | |
|---|---|
| 記入者 | １．あて名のご本人<br>２．主な介護者となっている家族・親族<br>３．主な介護者以外の家族・親族<br>４．その他（　　） |

必

| 問１　世帯類型について、ご回答ください（１つに○） | | |
|---|---|---|
| １．単身世帯 | ２．夫婦のみ世帯 | ３．その他（　　） |

独
共

| 問２　ご本人が現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（○はいくつでも） | |
|---|---|
| １．ない | |
| ２．高血圧 | ３．脳卒中（脳出血・脳梗塞等） |
| ４．心臓病 | ５．糖尿病 |
| ６．高脂血症（脂質異常） | ７．呼吸器の病気（肺炎や気管支炎、肺気腫等） |
| ８．胃腸・肝臓・胆のうの病気 | ９．腎臓・前立腺の病気 |
| 10．筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） | 11．外傷（転倒・骨折等） |
| 12．がん（悪性新生物） | 13．血液・免疫の病気 |
| 14．うつ病 | 15．認知症（アルツハイマー病等） |
| 16．パーキンソン病 | 17．目の病気 |
| 18．耳の病気 | 19．その他（　　） |

独 共

問３　ご本人は、この１年または２年の間に、以下の定期健診･検診を受けていますか（○はいくつでも）　※過去に受けたことがあっても、１～２年以上前に受けたものは含みません

≪↓この１年間に受けたものに○≫

１．特定健康診査　２．後期高齢者医療健康診査　３．人間ドック
４．職場での健診　５．肺がん検診　６．胃がん検診
７．大腸がん検診　８．前立線がん検診 ※男性のみ　９．骨粗しょう症検診
10．歯科健診

≪↓この２年間に受けたものに○≫　※女性のみ

11．乳がん検診　12．子宮頸がん検診
13．いずれも受けていない　※過去に受けたことがある場合を含みます

オ

問４　ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか（１つに○）
※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません

１．利用している　２．利用していない

必

問５　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つに○）
※「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

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

必

問６　ご本人は、令和○年○月の１か月の間に（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ましたか（１つに○）

１．利用した　⇒ 問 6-1 へ　２．利用していない　⇒ 問 6-2 へ

必 新

問 6-1　問６で「１．利用した」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和●年■月の１ヶ月間の利用状況をご回答ください。
対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない（０回、１．利用していない）を選択してください。（それぞれ１つに○）

| | １週間あたりの利用回数（それぞれ１つに○） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 利用していない | 週１回程度 | 週2回程度 | 週3回程度 | 週4回程度 | 週5回以上 |
| (※回答例)●●●サービス | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| A.訪問介護(ホームヘルプサービス) | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| B.訪問入浴介護 | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| C.訪問看護 | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| D.訪問リハビリテーション | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| E.通所介護(デイサービス) | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| F.通所リハビリテーション(デイケア) | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |
| G.夜間対応型訪問介護（訪問のあった回数を回答） | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | ４回 | ５回以上 |

| | 利用の有無（１つに○） | |
|---|---|---|
| H.定期巡回･随時対応型訪問介護看護 | 1. 利用していない | 2. 利用した |
| I.小規模多機能型居宅介護 | 1. 利用していない | 2. 利用した |
| J.看護小規模多機能型居宅介護 | 1. 利用していない | 2. 利用した |

| | １か月あたりの利用日数（１つに○） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 利用していない | 月１～7日程度 | 月8～14日程度 | 月15～21日程度 | 月 22 日以上 |
| K.ショートステイ | ０回 | 1～7日 | 8～14日 | 15～21日 | 22日以上 |

| | １か月あたりの利用回数（１つに○） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 利用していない | 月１回程度 | 月２回程度 | 月３回程度 | 月４回程度 |
| L.居宅療養管理指導 | ０回 | １回 | ２回 | ３回 | 4回 |

【問 6 で「2. 利用していない」とお答えの方にお聞きします】

㋔ 問 6-2　介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（○はいくつでも）

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（　　）

【すべての方にお聞きします】

㋔ 問７　現在、ご本人が利用している、「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（○はいくつでも）

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

オ

問８　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（○はいくつでも）
※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

独

問９　今後、ご本人の身の回りのことができなくなったときに、どのようなサービスがあれば在宅生活を続けられると思いますか（○はいくつでも）

【在宅で受けられるサービス】

１．訪問介護や訪問看護などの在宅サービス
２．緊急時に利用できる在宅介護サービス
３．夜間に定期的に巡回してくれるサービス
４．在宅介護に適した住宅の改修
５．介護する家族のための健康管理
６．介護する家族のための専門的な介護研修
７．介護する家族のための相談窓口の設置
８．在宅で介護するための補助用品の支給

【入所や通所のサービス】

９．ショートステイなどの宿泊サービス、デイサービスなどの通所サービス
10．「通い（デイサービス）」「訪問（訪問介護）」「泊り（ショートステイ）」が一体的に提供されるサービス（小規模多機能型のサービス）
11．有料老人ホームなどの居住施設
12．状態が悪化したときなどに緊急で入れる施設
13．認知症専門の通所サービス
14．認知症専門の共同生活介護サービス（グループホーム）

【医療サービス】

15．在宅で受けられる医療サービス
16．認知症専門の診療
17．24 時間対応できる病院、診療所

【その他のサービス】

18．買い物を支援するサービス
19．通院を支援するサービス
20．食事を配達するサービス
21．介護保険外のサービス（家事援助、身の回りの世話など）
22．地域住民の助け合いや見守り（認知症による行方不明の高齢者の発見、通報など）
23．その他（　　）
24．わからない

独
共

問 10　ご本人は、災害時（台風や地震など）や火災などの緊急時に、一人で避難することができますか（１つに○）

１．避難できる
２．一人で判断できるが、避難はできない
３．一人で判断できないし、避難できない

独 新 共

問 11　緊急時や災害時に備えていることはありますか（○はいくつでも）

1．飲料水や食品の備蓄
2．生活用品や衛生用品（カセットコンロ、オムツ）の準備
3．防災ラジオの設置や防災アプリへの登録
4．緊急災害時要援護者台帳への登録
5．救急医療キットの設置
6．避難経路や避難所の確認
7．防災訓練への参加
8．家族との話し合いをしている
9．近隣の人と話し合いをしている
10．担当のケアマネジャーと話し合いをしている
11．その他（　　）

独 共

問 12　災害が起こった場合、どのようなことが不安ですか（○はいくつでも）

1．災害に関する情報が入手できるかわからない
2．どこ（だれ）に助けをもとめてよいかわからない（身近に頼れる人がいない）
3．安全な場所まで自力で避難できるかわからない
4．地域の避難場所がどこなのか知らない
5．地域の危険な箇所がわからない
6．防災グッズや非常食を常備していない
7．災害時用伝言ダイヤル（171）や伝言板の利用方法がわからない
8．健康面・身体面に不安がある（治療の必要な持病がある、歩きづらいなど）
9．その他（　　）
10．不安は特にない

独 新 共

問 13　ご本人はお住いを担当する「高齢者生活支援センター」を知っていますか（１つに○）

【高齢者生活支援センターとは】
介護や健康、福祉等の生活に関する身近な総合相談窓口となる「地域包括支援センター」の芦屋市における愛称

1．はい
いいえ

独 新 共

【問 13 で「1. はい」とお答の方にお聞きします】

問 13-1　ご本人は高齢者生活支援センターの利用や相談をしたことがありますか（１つに○）

1．はい
2．いいえ

独 新 共

【問 13 で「2. いいえ」とお答の方にお聞きします】

問 13-2　その理由は何ですか

1．相談することがないから
2．何を相談したらよいのかわからないから
3．近くにない・交通手段がないから
4．その他（　　）

独 共

問 14　ご本人は『成年後見制度』について知っていますか（１つに○）

【成年後見制度とは】　認知症高齢者など、判断能力の不十分な方を法律面や生活面で支援する制度（さまざまな契約の支援や財産管理の支援など）

１．よく知っている　⇒ 問 14-1 へ　　２．少し知っている　⇒ 問 14-1 へ
３．よく知らないが聞いたことがある ⇒ 問 15 へ　　４．まったく知らない　⇒ 問 15 へ

独 共

【問 14 で「1. よく知っている」または「2. 少し知っている」とお答の方にお聞きします】

問 14-1　今後、ご本人は成年後見制度を利用したいですか（１つに○）

１．はい　　２．いいえ　　３．わからない

独 共

問 15　ご本人に認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

１．はい　　２．いいえ

独 共

問 16　ご本人は認知症に関する相談窓口を知っていますか

１．はい　　２．いいえ

独 共

問 17　あなた（ご本人）は認知症になる（患う）と思いますか

１．はい　　２．いいえ

独 共

問 18　認知症予防の方法として、重要なことはどのようなことだと思いますか
（主なもの３つまでに○）

１．家族や隣人等との会話　　２．運動・スポーツ
３．早期発見のための受診　　４．単調な生活を送らないようにする
５．生活習慣病にかからないようにする　　６．仕事をする
７．その他（　　）

独 共

問 19　認知症の人への支援で必要にはどのようなことが必要だと思いますか（主なもの３つまでに○）

１．医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診断のしくみづくり
２．予防教室や講演会など市民に対する啓発　　３．家族の交流会や相談会などの支援
４．認知症の介護・コミュニケーション方法等、家族向け研修会の開催
５．認知症を見守るボランティアなどのしくみづくり
６．認知症による行方不明の高齢者などに対する福祉サービス制度の充実
７．認知症グループホームや特別養護老人ホームなどの施設整備
８．成年後見制度や虐待防止などの制度の充実
９．若年性認知症（64 歳以下の発症）に対する支援
10．認知症の当事者や家族が集まれる場所　　11．関係機関のネットワークづくり
12．困ったときに訪問して関係機関につないでくれる機関の周知・啓発
13．その他（　　）

独 共 バイクなし

問 20　ご本人が外出する際の移動手段は何ですか（○はいくつでも）

1．徒歩　2．自転車　3．自動車（人に乗せてもらう）
4．電車　5．路線バス　6．病院や施設のバス
7．車いす　8．電動車いす（カート）　9．歩行器・シルバーカー
10．タクシー（介護タクシーを含む）　11．その他（　　）

独 新 共

【問 20 で「5.路線バス」とお答えの方にお聞きします】※それ以外の方は問 26 へ

問 20-1　ご本人が普段利用する路線バスは何ですか（○はいくつでも）

1．阪急バス　2．阪神バス
3．みなと観光バス　4．その他（　　）

独 共

【問 20 で「5.路線バス」とお答えの方にお聞きします】※それ以外の方は問 26 へ

問 20-2　ご本人が路線バスを利用する主な理由は何ですか（○はいくつでも）

1．停留所が自宅に近いから　2．他に移動手段がないから
3．行きたい場所に運行するから　4．車の運転ができないから
5．利用したい時間帯に運行しているから　6．利用しやすい運賃だから
7．運賃助成で半額になるから　8．その他（　　）

独 共

【問 20 で「5.路線バス」とお答えの方にお聞きします】※それ以外の方は問 26 へ

問 20-3　ご本人が路線バスを利用する主な目的は何ですか（○はいくつでも）

1．買い物　2．通院　3．趣味・教養の活動
4．スポーツ　5．ボランティア活動　6．老人クラブ活動
7．自治会・町内会の活動　8．通勤　9．その他（　　）

独 新 共

問 21　あなたは新型コロナウイルス感染症の影響により、以下のような変化はありましたか（○はいくつでも）

1．体力の低下を感じる
2．足腰などの筋力が低下した
3．気分が落ち込むことが多くなった
4．イライラするなど、ストレスを感じることが多くなった
5．身だしなみなどに気をつかわなくなった
6．物忘れをすることが多くなった
7．その他（　　）

独 新 共

問 22　コロナ禍前と現在を比較して、ご本人の日常生活はどのように変化しましたか。
（それぞれに○は１つ）

| | 減少した | 変わらない | 増加した |
|---|---|---|---|
| ①買物の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ②外出機会の頻度、外食の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ③友人等への訪問や来訪 | 1 | 2 | 3 |
| ④通院の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑤介護サービスの利用頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑥体操等の運動習慣 | 1 | 2 | 3 |
| ⑦趣味のサークル、老人クラブ等の活動への参加頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑧地域での活動への参加頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑨収入のある仕事の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑩テレビの視聴時間 | 1 | 2 | 3 |
| ⑪読書の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑫料理の頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑬1人で過ごす時間 | 1 | 2 | 3 |
| ⑭家族や友人と過ごす時間 | 1 | 2 | 3 |
| ⑮SNS、インターネットを利用・閲覧する頻度、回数 | 1 | 2 | 3 |
| ⑯非対面でのコミュニケーション（電話、テレビ電話、メール等） | 1 | 2 | 3 |
| ⑰その他（　　） | 1 | 2 | 3 |

独 新 共

【問 22 で「減少した」とお答えの人】※それ以外の人は問 27-2 へ

問 22-1　「減少した」を選択した理由は何ですか（○はいくつでも）

1．コロナに感染する可能性があるから　　2．行動する気分にならなかったから
3．周りも自粛していたから　　4．身体的につらかったから
5．経済的に苦しかったから　　6．その他（　　）

独 新 共

【問 22 で「増加した」とお答えの人】※それ以外の人は問 28 へ

問 22-2　「増加した」を選択した理由は何ですか（○はいくつでも）

1．コロナに感染する不安を感じないから　　2．室内にいる時間が多くなったから
3．健康を維持したいから　　4．気分転換をしたいから
5．意識的に外出の機会を増やしているから　　6．その他（　　）

独 新 共

問 23　コロナ禍の後に取り組みたいことは何ですか

（自由記述：例「気分転換に旅行に行ってみたい」「お気に入りのレストランで外食をしたい」等）

独
共

問 24　高齢者への支援で必要なことはどのようなことだと思いますか（主なもの３つまでに○）

1．高齢者の働く場の確保（就労機会の拡大）
2．世代間交流の場づくり
3．生きがいをもてるような活動機会の拡大
4．ボランティア活動の育成・充実
5．隣近所や地域の助け合い・支え合い活動の推進
6．地域での定期的なリハビリテーション事業の推進
7．退院後等に行う短期集中型のリハビリテーション事業の推進
8．介護している家族への支援
9．介護保険施設（特養などの入所施設）や有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の充実
10．介護保険以外の在宅生活を支援する福祉サービスの充実
11．往診や緊急時の対応など医療体制の充実
12．認知症施策の充実
13．建物・道路等を高齢者に配慮したまちづくり
14．災害時の避難誘導体制の充実
15．健康づくり・介護予防の充実
16．移動手段の充実
17．その他（　　）　　18．特にない

必

問 25　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（１つに○）
※同居していない子どもや親族等からの介護を含む。

1．ない　⇒ **調査はこれで終了です。**
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

⇒ **次ﾍﾟｰｼﾞのＢ票へ進んでください**

- Ａ票の問 25（P.9）で「２.」～「５.」を選択された場合は、「主な介護者」の方にＢ票へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、あて名のご本人様（調査対象者様）にご回答・ご記入をお願いします。

## Ｂ票　　主な介護者の方について、お伺いします

独

| 記入者 | １．主な介護者<br>２．あて名のご本人<br>３．主な介護者以外の家族・親族<br>４．その他（　　） |
|---|---|

オ

**問１　主な介護者の方は、どなたですか（１つに○）**

１．配偶者　　２．子　　３．子の配偶者
４．孫　　５．兄弟・姉妹　　６．その他（　　）

オ

**問２　主な介護者の方の性別について、ご回答ください（１つに○）**

１．男性　　２．女性
３．１、２にあてはまらない　　４．答えたくない

必

**問３　主な介護者の方の年齢について、ご回答ください（１つに○）**

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

オ

**問４　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（○はいくつでも）**

【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

必

問５　ご家族やご親族の中で、あて名の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（１つに○）※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。また、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

必

問６　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（1～17 から主なもの３つまでに○）　※現状で行っているか否かは問いません。

【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．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

独

問７　現在の生活を継続するために、主な介護者の方が必要だと感じる地域での支援は何ですか（○はいくつでも）

１．24 時間対応の相談体制
２．介護者同士の家族の会
３．緊急時の支援体制
４．いつでも誰かと話ができる場所
５．気軽に声をかけてくれる人
６．少し困った時に手伝ってくれる人
７．有償でサービスを提供してくれる団体
８．その他（　　）
９．特にない
10．主な介護者に確認しないとわからない

必

問８　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つに○）
※「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。

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 8-1～問 8-3 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９へ

必

【問 8 で「1. フルタイムで働いている」または「2. パートタイムで働いている」）とお答えの方に、問 8-1～問 8-3 についてお聞きします】

問 8-1　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（○はいくつでも）

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

才

問 8-2　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（主なもの３つまでに○）

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

必

問 8-3　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つに○）

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

独 新

問９　主な介護者の方は、新型コロナウイルス感染症の影響により、以下のような変化はありましたか（○はいくつでも）

1．気分が落ち込むことが多くなった
2．体調がすぐれないことが多くなった
3．イライラするなど、ストレスを感じることが多くなった
4．介護疲れが大きくなった
5．自分で介護することが増えた
6．自分の時間（趣味の時間など）が取りにくくなった
7．仕事をしたいが、することが難しくなった
8．地域での付き合いや活動の機会が減少した
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

**以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました**