

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8へ
} 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 ご家族やご親族の中で、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。（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. 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

※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. 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 | | |

※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。

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 | |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、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。

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. 膜原病（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。（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ぬ
9. その他

問15 ご本人（認定調査対象者）はどの程度外出していますか。（1つを選択）

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 外出の機会がない | 2. 年に数回程度 |
| 3. 月1～2回程度 | 4. 週1回程度 |
| 5. 週2～4回 | 6. 週5回以上 |

問15-1 ご本人（認定調査対象者）が外出する際の移動手段についてご回答ください。（複数選択可）

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 |
| 3. バイク | 4. 自動車（本人が運転） |
| 5. 自動車（人に乗せてもらう） | 6. 電車 |
| 7. 路線バス | 8. 病院や施設のバス |
| 9. 車いす | 10. 電動車いす（カート） |
| 11. 歩行器・シルバーカー | 12. タクシー |

問 16 どのような支援があると、外出機会が増えると思いますか。 (複数回答可)

1. 福祉タクシー等助成券の要件緩和 → 間 16-1 へ
2. まめタクやまめバスなどの拡充（路線・便数の拡大や割引など）
3. ボランティア運送の強化
4. 病院の送迎バス（車）の充実
5. スーパーやコンビニの移動販売
6. ヘルパーなど専門職による移動支援
7. 困っていることはない

問 16-1 福祉タクシー等助成券は、現在利用できるのは要介護3以上の人ですが、どの要介護度から利用できることが望ましいと思われますか。 (1つを選択)

1. 要支援1
2. 要支援2
3. 要介護1
4. 要介護2
5. わからない

●「要介護3以上」の方におたずねします。

問 17 ご本人（認定調査対象者）は、福祉タクシー助成券を申請していますか。 (1つを選択)

1. 申請して利用している
 2. 申請しているが利用していない
 3. 申請していない
- } 間 18 へ

問 18 問 17 で「2.」「3.」と回答した方にお伺いします。

福祉タクシー助成券を申請していない、申請しているが利用していない理由として、当てはまるものをお選びください。 (複数回答可)

1. 家族が外出支援をするため、サービス利用の必要がない
2. 他の制度（まめバス・タク、ボランティア運送、病院の送迎など）を利用しているため、サービス利用の必要がない
3. 訪問診療・配食サービスなどの社会資源があるため、外出自体の必要がないまたは少ない
4. 対象者がタクシーを利用できる状態ではない（例：認知症、呼び出し困難等）
5. 補助があってもタクシーの自己負担が高く利用をためらっている

●問2で「2.」「3.」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）。

※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5へ |
| 2. パートタイムで働いている | | 問5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 | | |

※「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

⇒裏面へお進みください

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きそうですか。（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

●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）

〔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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。