

B票 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入頂く項目

※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4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。（あてはまるものすべてに○）

- | |
|--|
| 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、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 | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | |

●ここから再び、全員の方にお伺いします。

問4 現在の生活を継続していくに当たって、主な介護者の方が不安を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 | 7. 屋内の移乗・移動 |
| 2. 夜間の排泄 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 3. 食事の介助(食べる時) | 9. 服薬 |
| 4. 入浴・洗身 | 10. 認知症状への対応 |
| 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 11. 医療面での対応
(経管栄養、ストーマ等) |
| 6. 衣服の着脱 | |

【生活援助】

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 12. 食事の準備(調理等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) | |

【その他】

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 15. その他 | 17. 主な介護者に確認しないとわからない |
| 16. 不安に感じていることは、特になし | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。