

豊山町 在宅介護実態調査

- この調査は、令和4年11月1日現在の状態でお答えください。
- 各項目で該当する数字に○をつけてください。
- 項目数が多く、同じような質問もありますが、国の基準に従っており、他地域と正しく比較するため、できるだけもれのないよう、ご回答ください。
- 記入後は同封の返信用封筒に入れ、**2月3日(金)**までに投函してください。

この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（複数回答可）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 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. その他 |

【問い合わせ先】

〒480-0292 愛知県西春日井郡豊山町大字豊場字新栄260番地

豊山町 生活福祉部 保険課 介護グループ

電話番号：0568-28-0100(直通)

FAX 番号：0568-28-2870



令和5年1月

A票 ご本人について、お伺いします

問1. あなたの世帯類型について、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. 身長・体重

身長 cm

体重 kg

問3. 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つを選択）

1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

問4. 現在、ご自分の歯は何本ありますか

本

- ・入れ歯やインプラントはご自分の歯に含みません
- ・かぶせ物をした歯も「自分の歯」として数えてください
- ・親知らずの歯を除き、成人の歯の数は通常28本です
- ・総入れ歯の方は「0」とご記入ください

問5. あなたはこの1年間で、入院したことがありますか（1つを選択）

1. ない 2. ある

問6. 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、介護療養型医療施設、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7. 令和4年11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つを選択）

1. 利用した ⇒ 問8（次頁）へ
2. 利用していない ⇒ 問9（次々頁）へ



問8. 問7で「1.」と回答した方にお伺いします。

以下の介護サービスについて、令和4年11月の1か月間の利用状況をご回答ください（それぞれ1つに○）

	1週間あたりの利用回数					
	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)	0回	1回	2回	3回	4回	5回 以上

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

	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

	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日	3回	4回

問9. 問7で「2. 」と回答した方にお伺いします。

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

※ここから再び、全員の方にお伺いします。

**問10. あなたは自分の日常生活において、どのようなことに不安を感じますか。
（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 | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯みがき等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症 |
| 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 | 18. 自身の経済的な困窮 |

問 11. 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 12. 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 13. あなたは現在、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 14. 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 | } このページで終了 | |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | | } 次ページのB票へ |
| 3. 週に1～2日ある | | |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

- A票の問 14. 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、ご本人様にご回答・ご記入をお願いします（ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です）。

B票 主な介護者の方について、お伺いします

問1. 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2. 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3. 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4. 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5. 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・歯みがき等） | 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、買物等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | 15. 本人への経済的な援助 |

【その他】

- | | |
|---------|-----------|
| 16. その他 | 17. わからない |
|---------|-----------|

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 | 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・歯みがき等） | 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、買物等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | 15. 本人への経済的な援助 |

【その他】

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 16. その他 | 17. 不安に感じていることは、特にない |
| 18. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問7. 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8～問9へ |
| 2. パートタイムで働いている | | |

- | | | |
|-----------------------|---|---------|
| 3. 働いていない | } | これで終了です |
| 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7で「1.」「2.」と回答した方は、以下の問8、問9にもお答えください。

問8. 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行っていますか（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9. 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 | |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。