

各項目で該当する数字に○をつけてください。

<b>問1</b>	<b>あなたのご家族や生活状況について</b>
(1)	調査票を記入されたのはどなたですか
1.	宛名のご本人が記入
2.	ご家族が記入
3.	その他
(2)	家族構成をお教えてください
1.	1人暮らし
2.	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
3.	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
4.	息子・娘との2世帯
5.	その他
(3)	あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか
1.	介護・介助は必要ない
2.	何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3.	現在、何らかの介護を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)
(4)	現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか
1.	大変苦しい
2.	やや苦しい
3.	ふつう
4.	ややゆとりがある
5.	大変ゆとりがある

<b>問2</b>	<b>からだを動かすことについて</b>
(1)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
1.	できるし、している
2.	できるけどしていない
3.	できない
(2)	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
1.	できるし、している
2.	できるけどしていない
3.	できない

## 豊田市高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「(仮称)第2期豊田市認知症施策推進計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この計画の策定に当たり、市民の方々に生活の様子や介護に関する考え方などについてアンケートを実施させていただくこととしました。

この調査は、主に、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。また、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただきます。回答はすべて統計的に処理しますが、国や市が管理するデータベース等に情報を登録し、個人が識別されない形で公表する場合があります。

大変お手数をおかけしますが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

豊田市長 太田 稔彦

<提出方法> 次のいずれか1つの方法で、**10月27日(月)**までにご回答ください。

封筒の宛名のご本人がお答えください。ご本人が記入できない場合は、ご本人の意思を尊重してご家族の方などが代わってご回答いただくようお願いいたします。

### ①紙の調査票で回答

ご記入後、同封の返信用封筒に入れ、郵便ポストに投函する。(切手不要)



### ②Webで回答

右側の2次元コード(又は下記URL)からアンケートフォームに接続し、回答する。

URL (<https://questant.jp/q/koureitoyo65>)

調査票の右上に記載の「アルファベット+4桁の数字(例:A1234)」を最初に入力してください。

【お問合せ先】豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当

電話：0565-34-6634

※このアンケートは、8月末時点で、市内にお住まいの方のうち、65歳以上で要支援や要介護認定等を受けられていない方、及び、要支援認定を受けられた方や総合事業の対象者の方から約5,000人を無作為に選ばせていただいております。それ以降に市外転出された方などにもアンケートが届く可能性があります。その場合は回答不要です。

高齢者-1

高齢者-2

<b>問3 15分位寝けて夢んでいますか</b>	
1. できるし、している	2. できるだけしていない 3. できない
<b>問4 過去1年間に転んだ経験がありますか</b>	
1. 何度もある	2. 1度ある 3. ない
<b>問5 転倒に対する不安は大きいですか</b>	
1. とても不安である	2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない
<b>問6 週に1回以上は外出していますか</b>	
1. ほとんど外出しない	2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上
<b>問7 昨年と比べて外出の回数が減っていますか</b>	
1. とても減っている	2. 減っている
3. あまり減っていない	4. 減っていない
<b>問8 外出を控えていますか</b>	
1. はい	2. いいえ
【(8)で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】	
<b>問9 外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)</b>	
1. 病気	2. 障害 <small>(しょうがい、のうちゅうぼう、こういししょう)</small> (脳卒中の後遺症など)
3. 足腰などの痛み	4. トイレの心配(失禁など)
5. 耳の障害(聞こえの問題など)	6. 目の障害
7. 外での楽しみがない	8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない	10. その他( )

<b>問3 食べることについて</b>	
<b>(1) 身長・体重</b>	
身長 <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> kg
<b>(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか</b>	
1. はい	2. いいえ
<b>(3) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)</b>	
1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用	2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用	4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし
<b>(4) どなたかと食事をともにする機会はありますか</b>	
1. 毎日ある	2. 週に何度かある 3. 月に何度かある
4. 年に何度かある	5. ほとんどない

<b>問4 毎日の生活について</b>	
<b>(1) 物忘れが多いと感じますか</b>	
1. はい	2. いいえ
<b>(2) バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)</b>	
1. できるし、している	2. できるだけしていない 3. できない
<b>(3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか</b>	
1. できるし、している	2. できるだけしていない 3. できない
<b>(4) 自分で食事の用意をしていますか</b>	
1. できるし、している	2. できるだけしていない 3. できない

<b>(5) 自分で請求書の支払いをしていますか</b>		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
<b>(6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか</b>		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
<b>(7) あなたは、どのようなことを生きがいや楽しみにしていきたいとお考えですか (〇は3つまで)</b>		
1. 仕事・生きがい・就労 (賃金や地位ではなく、生きがい重視した就労)	2. 自治区・高齢者クラブ・ボランティアなどの地域活動	
3. スポーツや運動	4. 旅行や娯楽などの外出	
5. 散歩や買い物などの近所への外出	6. 趣味・文化活動	
7. 家族や孫との交流	8. 友人や知人との交流	
9. テレビやラジオの視聴・聴取	10. 食事	
11. その他 ( )	12. 特になし	
<b>(8) あなたは、インターネットを何に利用していますか (いくつでも) *スマートフォンでの利用も含みます</b>		
1. 家族との連絡	2. SNS (Instagram, X, Facebook 等)	
3. 動画の視聴 (You Tube, Netflix 等)	4. 情報収集	
5. 買い物	6. オンラインゲーム	
7. ネットバンキング・オンライン決済	8. 民間サービスの予約 (飲食店や宿泊施設の予約、保険の申込み等)	
9. 公共サービスの予約		
10. 利用したい気持ちはあるが利用方法がわからない・利用に不安がある		
11. 利用する必要を感じない		

<b>(9) インターネット利用にあたってどのようなことが不安ですか (いくつでも)</b>	
1. 機器の使い方がわからない	2. インターネット上のサービスの利用方法がわからない
3. 用語がわからない	4. 商品やサービス利用でお金を使いすぎる
5. 詐欺被害等、信頼できるサイトが判断できない	6. 個人情報の漏えい
7. インターネット上で交流する相手とのトラブル	8. 機器の購入費用や月額費用
9. 困ったときに助けってもらえない	10. 不安はない

<b>問5 地域での活動について</b>					
<b>(1) 以下のような会・グループ等にとどのくらいの頻度で参加していますか</b> ※①から⑥までのそれぞれについて、最も近い番号にひとつずつ○をつけてください					
<b>① ボランティアのグループ</b>					
週4回以上	週2~3回	週1回	週1~3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6
<b>② スポーツ関係のグループやクラブ</b>					
週4回以上	週2~3回	週1回	週1~3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6
<b>③ 趣味関係のグループ</b>					
週4回以上	週2~3回	週1回	週1~3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6
<b>④ 学習・教養サークル</b>					
週4回以上	週2~3回	週1回	週1~3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6
<b>⑤ 地域ふれあいサロン・元氣アップ教室など介護予防のための通いの場</b>					
週4回以上	週2~3回	週1回	週1~3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6

⑥ 高齢者クラブ

週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6

⑦ 町内会・自治区

週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6

⑧ 収入のある仕事

週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
1	2	3	4	5	6

【(1)の①から⑥までのすべての質問で、「5年に数回」または「6に参加していない」のいずれかのみを回答した方におたずねします】

(2) 会・グループ等においてあまり参加していない理由をお聞かせください (○は3つまで)

1. 興味が無い
2. なんとなく参加していない
3. いろいろな人が集まる場所は苦手である
4. きっかけがない
5. 家事・介護で忙しい
6. 交通手段がない・距離が遠い
7. 病気や障がいのため、参加が難しい
8. 会・グループ等の情報を知らない
9. その他 ( )

(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきまきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい
2. 参加してもよい
3. 参加したくない
4. 既に参加している

(4) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきまきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか

1. 是非参加したい
2. 参加してもよい
3. 参加したくない
4. 既に参加している

(5) 現在のあなたの就労状態はどれですか (いくつでも)

1. 職に就いたことがない
2. 引退した
3. 常勤 (フルタイム)
4. 非常勤 (パート・アルバイト等)
5. 自営業
6. 求職中
7. その他

【(5)において「2.引退した」の方のみ】

(6) あなたはいつ引退しましたか

1. 昭和 ( ) 年
2. 平成 ( ) 年
3. 令和 ( ) 年

問6 たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお答えをお願いします

(1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(いくつでも)

1. 配偶者
2. 同居の子ども
3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫
5. 近隣
6. 友人
7. その他 ( )
8. そのような人はいない

(2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(いくつでも)

1. 配偶者
2. 同居の子ども
3. 別居の子ども
4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫
5. 近隣
6. 友人
7. その他 ( )
8. そのような人はいない

**問7 健康について**

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

1. とてもよい      2. まあよい      3. あまりよくない      4. よくない

(2) あなたは、現在のどの程度幸せですか  
 (「とても不幸」を 0 点、「とても幸せ」を 10 点として、○をつけてください)

とても不幸      0点    1点    2点    3点    4点    5点    6点    7点    8点    9点    10点

(3) この 1 か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか

1. はい      2. いいえ

(4) この 1 か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

1. はい      2. いいえ

(5) タバコは吸っていますか

1. ほほ毎日吸っている      2. 時々吸っている      3. 吸っていたがやめた  
 4. もともと吸っていない

(6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (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 ( )

(3) あなたが病気で数日間入院したときに、看病や世話をしてくれる人 (いくつでも)

1. 配偶者      2. 同居の子ども      3. 別居の子ども  
 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫      5. 近隣      6. 友人  
 7. その他 ( )      8. そのような人はいない

(4) 反対に、看病や世話をしあける人 (いくつでも)

1. 配偶者      2. 同居の子ども      3. 別居の子ども  
 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫      5. 近隣      6. 友人  
 7. その他 ( )      8. そのような人はいない

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください (いくつでも)

1. 自治区・町内会      2. 高齢者クラブ      3. 社会福祉協議会      4. 民生委員  
 5. ケアマネジャー      6. 医師・歯科医師・看護師  
 7. 地域包括支援センター・市役所・支所      8. その他  
 9. そのような人はいない

(6) 1週間に、知人・友人・近所の人 (家族以外) とどのくらい話しますか (○は1つ)

1. (ほとんど) 会話しな  
 2. 週に1日  
 3. 週に2～4日  
 4. 週に5日以上

<b>問8 認知症にかかる相談窓口の把握について</b>
(1) 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
(2) 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
(3) 認知症の人とその家族が安心して暮らせる社会をつくるために、どのようなことに取り組む必要があると思いますか (○は3つまで)
1. 住民の理解を深める 2. 企業の理解を深める 3. 認知症の予防や早期発見・早期対応の取組を進める 4. 認知症の人が仕事や趣味を続けたり、社会参加をしやすくする 5. 認知症カフェなど集いやすい機会をつくる 6. 相談しやすく適切な助言を受けられる体制をつくる 7. 見守りや生活の支援など、住民による助け合い活動を広げる 8. 適切な対応ができるお店の人や公共サービスの職員を増やす 9. 認知症の人が利用しやすい案内・デザイン等を充実させる 10. 認知症の人や家族の経験や意見を聴き、施策に反映する

<b>問9 住まいや医療・看護について</b>
(1) あなたは、在宅療養について知っていますか (○は1つ)
※在宅療養とは、住み慣れた自宅等で、訪問診療や訪問看護、訪問介護などの様々な医療・介護サービスを受けながら日常生活を送ることです
1. 在宅療養の内容をある程度知っている 2. 在宅療養の言葉だけは聞いたことがある
3. 知らない
(2) あなたは、万一、病氣(長期療養や看取り段階)などを抱えたことを想定して、今後の生活等について考えたり、子どもや家族等と話し合っていますか (○は1つ)
1. 話し合って記録に残している 2. 話し合いはしている
3. 考えているが話し合いはしていない 4. 考えていない
(3) あなたは、万一、病氣(長期療養や看取り段階)などを抱えたことを想定して、人生の最期はどのように迎えたいと考えますか (○は1つ)
1. あなたの家、ご家族の家 2. 施設やサービス付き高齢者向け住宅等
3. 病院
(4) あなたのお住まいの地域で、高齢者の介護や福祉の相談窓口(地域包括支援センター※)をご存知ですか (○は1つ)
※地域包括支援センターでは、高齢者の生活や介護に関する各種相談や権利擁護の相談、要支援者等の介護予防ケアマネジメントなどを行っています(市内28カ所)
1. 利用したことがある
2. 利用したことはないが、所在地や連絡先を知っている
3. 聞いたことはあるが、所在地や連絡先は知らない
4. 知らない

問 10 日常生活の自立・回復について		
<p>(1) 老化などで心身が弱ってきたときに、再び自立した生活に戻るための短期的なサービス※を受けたいと思いますか (○は1つ)</p> <p>※ここでの短期的なサービスとは、3か月程度、専門職と対話をしながら、それぞれの状況に応じた介護予防サービス等を受けたり、日常生活でできるリハビリテーションを学ぶ機会のことです。</p>		
1. ぜひ受けたい	2. 条件によっては受けたい	3. 受けたくない
<p>(2) そのような短期的なサービスを受ける際に、どのようなことが気になりますか (○は3つまで)</p>		
1. 自宅または自宅から近い場所で受けられるか	2. 送迎をしてもらえるか	
3. 料金が高くないか	4. 日常的に続けることが大変でないか	
5. 自分に合った方法で受けられるか	6. 終わった後、困ったときに相談することができるか	
7. その他 ( )		

<p>(2) 介護保険料は、市全体のサービスの利用量に比例して決まります。現在のサービス水準を維持していくと、高齢化の進展により保険料の上昇が今後も見込まれています。あなたの考えは次のどれに近いですか (○は1つ)</p>		
1. 高齢化が進んでサービス利用者が増えるので、現在のサービス水準を維持するためには保険料負担の増加はやむをえない	2. 施設やサービスを抑え現在のサービス水準を下げても、保険料は高くはないでほしい	
<p>(3) あなたは、<b>成年後見制度</b>※をご存知ですか (○は1つ)</p> <p>※成年後見制度：認知症や知的・精神障がいにより判断能力が不十分な方に対し、家庭裁判所から選任された人が、本人の意思決定支援や金銭管理を行う制度です</p>		
1. 制度の内容を知っている	2. 名前は聞いたことがあるが内容は分からない	3. 聞いたことがない

問 11 地域の資源について				
<p>(1) あなたのお住まいの地域について、どのようにお考えですか</p> <p>※①から③までのそれぞれについて、最も近い番号にひとつずつ○をつけてください</p>				
① 高齢者が集い、会話や健康体操をする機会がある				
そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5
② 高齢者が困ったときには、手助けをす風土や制度がある				
そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5
③ 認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる				
そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5

問 1 2 あなたのことについて				
(1) 性別				
1. 男性	2. 女性			
(2) 年齢				
1. 65～69 歳	2. 70～74 歳	3. 75～79 歳		
4. 80～84 歳	5. 85～89 歳	6. 90～94 歳		
7. 95～99 歳	8. 100 歳以上			
(3) 要介護状態区分				
1. 特に要支援や要介護認定等を受けていない（下記 2～4 以外の一般高齢者）				
2. 要支援 1				
3. 要支援 2				
4. 事業対象者（介護予防・日常生活支援総合事業対象者（要支援認定者を除く））				
(4) 中学校区				
1. 逢妻	2. 旭	3. 朝日丘	4. 足助	5. 井郷
6. 石野	7. 稲武	8. 梅坪台	9. 小原	10. 上郷
11. 猿投	12. 猿投台	13. 下山	14. 浄水	15. 未野原
16. 崇化館	17. 高岡	18. 高橋	19. 藤岡	20. 藤岡南
21. 豊南	22. 保見	23. 前林	24. 益富	25. 松平
26. 美里	27. 竜神	28. 若園	29. わからない（町名）	
(5) あなたに介護が必要になった時に、主として介護や援助をしてくれる家族・親族・友人等は、どこに住んでいますか				
1. 同居している、隣近所	2. 車などで 10 分以内の所			
3. 車などで 10～30 分以内の所	4. 日帰りで帰れる所			
5. 遠方で日帰りは難しい所	6. 介護や援助を期待できる人はいない			

■■■■ 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■■

## A票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問1 現在、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. 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. その他

問2 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3 ご本人の性別について、ご回答ください（1つを選択）

- 1. 男性
- 2. 女性

問4 ご本人の年齢について、ご回答ください（1つを選択）

- 1. 65歳未満
- 2. 65～69歳
- 3. 70～74歳
- 4. 75～79歳
- 5. 80～84歳
- 6. 85～89歳
- 7. 90歳以上

問5 ご本人の要介護度について、ご回答ください（1つを選択）

- 1. 要介護1
- 2. 要介護2
- 3. 要介護3
- 4. 要介護4
- 5. 要介護5
- 6. わからない

問6 ご本人のお住まいについて、ご回答ください（1つを選択）

- 1. 一戸建て
- 2. 共同住宅（マンション・アパート）
- 3. サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム
- 4. その他（ ）

## 豊田市高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「（仮称）第2期豊田市認知症施策推進計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この計画の策定に当たり、市民の方々に生活の様子や介護に関する考え方などについてアンケートを実施させていただくこととしました。

この調査は、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただきます。なお、回答はすべて統計的に処理しますが、国や市が管理するデータベース等に情報を登録し、個人が識別されない形で公表する場合があります。

大変お手数をおかけしますが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月 豊田市 豊田 稔彦

<ご記入に当たってのお願い>

- アンケートには、**A票は封筒の宛名ご本人**、**B票は主な介護者**がご答えください。アンケート調査票のうち、A票については、ご本人が記入できない場合は、ご本人の意思を尊重して代わってご家族の方などがご回答いただくようお願いいたします。
- このアンケートは、市内にお住まいの要介護認定を受けられた方の中から約2,000人を無作為に選ばせていただいております。
- ご記入後、**同封の返信用封筒に入れ10月27日（月）までに郵便ポストに投函してください（切手は不要です）。**

【お問合せ先】 豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当  
電話：0565-34-6634

※このアンケートは、8月末時点で対象の方を無作為に選ばせていただいております。それ以降に市外転出された方などにもアンケートが届く可能性があります。その場合は回答不要です。

問7 ご本人のお住まいは、どちらの中学校区ですか。わからない場合は、町名を書いてください  
(1つを選択)

- |         |         |        |               |         |
|---------|---------|--------|---------------|---------|
| 1. 逢妻   | 2. 旭    | 3. 朝日丘 | 4. 足助         | 5. 井郷   |
| 6. 石野   | 7. 稲武   | 8. 梅平台 | 9. 小原         | 10. 上郷  |
| 11. 猿投  | 12. 猿投台 | 13. 下山 | 14. 浄水        | 15. 末野原 |
| 16. 崇化館 | 17. 高岡  | 18. 高橋 | 19. 藤岡        | 20. 藤岡南 |
| 21. 豊南  | 22. 保見  | 23. 前林 | 24. 益富        | 25. 松平  |
| 26. 美里  | 27. 竜神  | 28. 若園 | 29. わからない(町名) | )       |

問8 ご本人が、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9 日中の時間帯において、介護を頼める人(家族、ヘルパーなど)が、そばにいないことが、どのくらいありますか(1つを選択)

※同居者がいる場合でも、介護を行うことができない場合は、そばにいないとは考えません。

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 日中おおむねそばにいる                |
| 2. 日中4時間以上そばにいない時間帯が、週に1～2日ある |
| 3. 日中4時間以上そばにいない時間帯が、週に3～4日ある |
| 4. 日中4時間以上そばにいない時間帯が、週に5日以上ある |

問10 介護サービス事業所側の業務多忙・人手不足を理由に、利用回数を減らされたり、使えなかつたサービスはありますか(複数選択可)

- |  |
|--|
| 1. 特になし                                      |
| 2. 訪問介護                                      |
| 3. 訪問リハビリテーション                               |
| 4. 訪問看護                                      |
| 5. 通所介護(デイサービス)                              |
| 6. 通所リハビリテーション(デイケア)                         |
| 7. ショートステイ                                   |
| 8. 通い泊まり・訪問サービスを組み合わせた定額のサービス(小規模多機能型居宅介護など) |

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)

※総合事業に基づき支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 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. 利用していない           |                   |

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)

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともを含みます。

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 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              |                   |

問 13 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）

※「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。

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	4. その他（ ）

問 14 ご本人やご家族等が特に、どのようなことで自宅での介護を断念し施設等へ入所することになるとお考えですか（〇は3つまで）

1. 食べること（の介護）が難しくなったとき
2. 排せつ（の介護）が難しくなったとき
3. 室内の移動（の介護）が難しくなったとき
4. 複雑な医療の処置が必要になったとき
5. 認知症等による問題行動が多くなったとき
6. 夜間の介護負担が大きくなったとき
7. （介護者が別居の場合）介護者の通いの負担が大きくなったとき

問 15 認知症の人とその家族が安心して暮らせる社会をつくるために、どのようなことに取り組む必要があると思いますか（〇は3つまで）

1. 住民の理解を深める
2. 企業の理解を深める
3. 認知症の予防や早期発見・早期対応の取組を進める
4. 認知症の人が仕事や趣味を続けたり、社会参加をしやすいようにする
5. 認知症カフェなど集いやすい機会をつくる
6. 相談しやすい適切な助言を受けられる体制をつくる
7. 見守りや生活の支援など、住民による助け合い活動を広げる
8. 適切な対応ができるお店の人や公共サービスの職員を増やす
9. 認知症の人が利用しやすい案内・デザイン等を充実させる
10. 認知症の人や家族の経験や意見を聴き、施策に反映する

問 16 あなたは、成年後見制度※をご存知ですか（1つを選択）

※成年後見制度：認知症や知的・精神障がいにより判断能力が不十分となった方に対し、家庭裁判所から選任された人が、本人の意思決定支援や金銭管理を行う制度です。

1. 制度の内容を知っている
2. 名前は聞いたことがあるが内容は分からない
3. 聞いたことがない

問 17 あなたのお住まいの地域について、どのようにお考えですか

※①から④までのそれぞれについて、最も近い番号に1つずつ〇をつけてください。

① 必要な介護保険サービスを受けられることができる

そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5

② 高齢者が集い、会話や健康体操をする機会がある

そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5

③ 高齢者が困ったときには、手助けをする風土や制度がある

そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5

④ 認知症になっても安心して地域で暮らし続けることができる

そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	分からない
1	2	3	4	5

問 18 介護保険料は、市全体のサービスの利用量に比例して決まります。現在のサービス水準を維持していくと、高齢化の進展により保険料の上昇が今後も見込まれています。あなたの考えは次のどれに近いですか（1つを選択）

1. 高齢化が進んでサービス利用者が増えるので、現在のサービス水準を維持するためには保険料負担の増加はやむをえない
2. 施設やサービスを抑え現在のサービス水準を下げても、保険料は高くはないでほしい

問19 令和7年9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20・問21へ
2. 利用していない ⇒ 問21へ

問19で1. 利用したと回答した方にお伺いします。

問20 以下の介護保険サービスについて、令和7年9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(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

	利用の有無(それぞれ1つに○)	
G. 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
H. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 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
J. 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
K. 居宅療養管理指導	0回	1回	2日	3回	4回

問21 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	→ 調査は終了です
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	

**B票へ進んでください**

- A票の問2.1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（調査対象者様）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 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2 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3 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4 主にご本人を介護や援助している家族・親族・友人等は、どこに住んでいますか（1つを選択）

- |                     |
|---------------------|
| 1. 同居している、隣近所       |
| 2. 車などで10分かかる所      |
| 3. 車などで10～30分以内の所   |
| 4. 日帰りで帰れる所         |
| 5. 遠方で日帰りは難しい所      |
| 6. 介護や援助を期待できる人はいない |

問5 主にご本人を介護や援助をしている方は、どのくらい介護を続けていますか（1つを選択）

- |            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| 1. 6か月未満   | 2. 6か月～1年未満 | 3. 1年～3年未満 |
| 4. 3年～5年未満 | 5. 5年～10年未満 | 6. 10年以上   |

問6 主にご本人を介護している方の健康状態はいかがですか（1つを選択）

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. おおむね健康                          |
| 2. 要支援・要介護の認定は受けていないが、健康上の問題を抱えている |
| 3. 要支援の認定を受けている                    |
| 4. 要介護の認定を受けている                    |

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まず。

問8 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）（1～17のうち、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、特になし |
| 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |                      |

問9 ご本人（このアンケートの封筒の宛名のご本人）には、認知症の症状がありますか（1つを選択）

1. ある（重い） \* 症状があり、常時の見守りや何らかの介護が必要
2. ある（軽い） \* 症状はあるが、少しサポートすれば普段の生活が可能
3. 症状はない

問10 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11 および問12へ進んでください |
| 2. パートタイムで働いている       |                      |
| 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 |                      |
- 調査は終了です**

※「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11 問10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12 問10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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

## 豊田市高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「(仮称)第2期豊田市認知症施策推進計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この調査は、在宅生活をされている要介護者の実態や、必要な支援について把握することを目的として、実施いたします。ご回答内容は、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただくほか、個人が識別されない形で公表する場合があります。

ご多忙のことは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力ください。よろしくお願いいたします。

令和7年10月

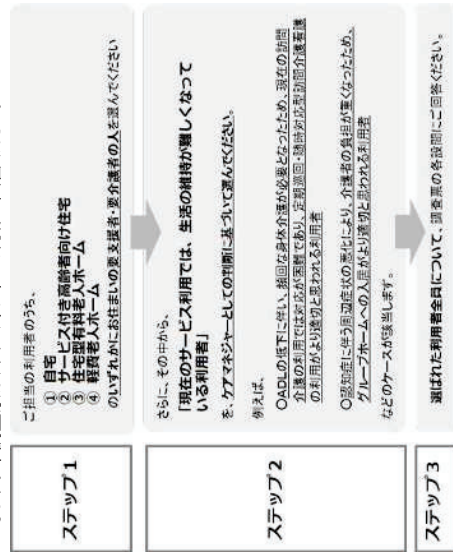
豊田市長 太田 稔彦

### 【事業所票】（※1部のみ同封されています）

○各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。

### 【利用者票（※A3）】（※3枚同封されています）

○各ケアマネジャーのご担当の利用者のうち、「(自宅等にお住まいの方)現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」についての調査票です。  
○下記のフローにしたがって対象者を抽出し、対象となる利用者の方について「利用者票」にご回答をお願いします。本調査票は、ケアマネジャーの方がご回答ください。



(ケアネ) -1

＜ご回答に当たってのお願い＞

- 「事業所票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。
  - 「利用者票」については、貴事業所に所属する全てのケアマネジャーの方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含まれます）。
  - 令和7年10月1日現在の内容でご回答ください。
  - 管理者の方は、回答済みの調査票すべてを、同封の返信用封筒にまとめて封入していただき、**同封の返信用封筒に入れ10月27日(月)までに郵便ポストに投函してください(切手は不要です)**。
- 【お問合せ先】豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当  
電話：0565-346634

### 調査対象

豊田市内の全ての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター

### 調査委託先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 研究開発第2部（名古屋）  
名古屋市中区錦 3-21-24 E-mail: nago\_keikaku@murc.jp 担当：小澤、岩室

### ■個人情報等の扱いにつきまして

- ・お預かりする個人情報は、調査委託先である三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)の「個人情報保護方針」(http://www.murc.jp/privacy/)及び「個人情報の取り扱いについて」(http://www.murc.jp/privacy/)に従って適切に取り扱います。
- ・皆様からいただきましたご回答は、統計的に処理しますので、個々の回答を公表することはございません。ご回答内容は本業務以外の目的で利用しません。
- ・お預かりしました個人情報は、集計作業のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るように定め、適切に取り扱います。
- ・お預かりしました個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、調査委託先(nago\_keikaku@murc.jp)までお願い申し上げます。

(ケアネ) -2

【事業所票】

○各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。

**ご回答者の事業所について**

問1 貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	

問2 法人等のタイプ（○は1つ）

1. 社会福祉法人（社協を含む）	2. 医療法人
3. 営利法人（株式会社・有会社等）	4. その他

問3 主な担当地区（あてはまるものすべてに○）

1. 拳母	2. 高橋	3. 上郷	4. 高岡	5. 猿投
6. 松平・下山	7. 藤岡・小原	8. 足助・旭・稲武		

問4 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。

1) 所属するケアマネジャーの人数	人
2) 「自宅等（下記3）を除く」にお住まいの利用者数	人
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	人

問5 貴事業所の利用者について、次の①から③まで教えてください。（それぞれ○は1つ）

①「介護保険サービス以外」（配食、生活支援等）の支援・サービスを利用している割合

\* 延長料金や限度額以上の利用などは除きます。

1. 5割以上	2. 3～4割程度	3. 1～2割程度
4. ほとんどない		

② 地域住民の助け合いや見守り、ボランティア団体による支援などを利用している割合

1. 5割以上	2. 3～4割程度	3. 1～2割程度
4. ほとんどない		

③ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）\*に取り組んでいる利用者の割合

\* 将来の変化に備え、本人の希望する将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、「繰り返し」話し合う取組

1. 7割以上	2. 5～6割程度	3. 3～4割程度
4. 1～2割程度	5. ほとんどない	

問6 在宅介護において、ケアプラン作成でどのようなサービスや支援が特に不足していると感じますか。

（○は3つまで）

\* 選択肢のサービスが不足していると感じていても、他のサービス等で代替できる場合は、不足してはいないとお考えください。

1. 訪問系の居宅サービス
2. 介助が可能な移送支援サービス
3. 通所系の居宅サービス
4. リエイブルメント（元の生活に戻る・状態の改善）の考え方に基づく支援
5. 住民が自ら運営する自主的な通いの場
6. 生活コーディネーターなどによる通いの場や趣味活動などへのコーディネート
7. 短期入所系のサービス
8. （介護）小規模多機能や定期巡回、夜間対応など地域密着型サービス
9. 訪問診療・看護など在宅医療
10. 配食・宅配・家事等の生活支援サービス
11. コミ出し、見守りなど近所・地域の支援
12. 特に不足することはない

高齢者福祉等について

問 7 貴事業所の要介護者の訪問介護の利用状況はいかがでしょうか。人数をご記入ください。

① 訪問介護を利用している人、利用が必要な人の合計

計	人
---	---

② ①のうち、訪問介護事業所側の業務多忙・人手不足を理由に訪問介護の利用回数を減らしている人・利用できない人

計	人
---	---

問 8 ケアプランの PDCA をまわしていくことを通じて、介護保険サービス・介護保険サービス外にかかわらず、本人の社会参加\*を実現することができていますか。(○は 1 つ)

\* デイサービス利用者どうしの交流、近所や趣味等の付き合い、その他家族以外の人と接する機会

<ol style="list-style-type: none"> <li>十分に社会参加を実現できている</li> <li>ある程度、社会参加を実現できている</li> <li>あまり社会参加を実現できていない</li> <li>ほとんど社会参加を実現できていない</li> </ol>
---

問 9 ケアプランを作成するうえで、本人の社会参加について、特にどのような課題がありますか。(○は 3 つまで)

<ol style="list-style-type: none"> <li>実現が難しく、目標（長期・短期）に挙げづらい</li> <li>社会参加の目標について、関係職種との共有が不十分である</li> <li>社会参加を目標としているが、サービス事業所の取組が不十分である</li> <li>社会参加を実現するよりも、他の目標を優先すると限度額いっぱいになる</li> <li>社会参加を実現するための、フォーマルなサービスが不足している</li> <li>社会参加を実現するための、インフォーマルな支援が不足している</li> <li>社会参加に関する本人や家族介護者の意欲が弱い</li> <li>社会参加を実現するために、地域住民や商店などの理解が弱い</li> <li>特になし</li> </ol>
---

問 10 ご本人や家族等が特に、どのようなことで自宅での介護を断念し施設等へ入所することになるかと考えですか。(○は 3 つまで)

<ol style="list-style-type: none"> <li>食へること（の介護）が難しくなったとき</li> <li>排せつ（の介護）が難しくなったとき</li> <li>室内の移動（の介護）が難しくなったとき</li> <li>複雑な医療の処置が必要になったとき</li> <li>認知症等による問題行動が多くなったとき</li> <li>夜間の介護負担が大きくなったとき</li> <li>（介護者が別居の場合）介護者の通いの負担が大きくなったとき</li> <li>一人暮らしで、日常生活の見守りが必要になったとき</li> </ol>
--

問 11 認知症の人とその家族が安心して暮らせる社会をつくるために、どのようなことに取り組む必要があると思いますか。(○は 3 つまで)

<ol style="list-style-type: none"> <li>住民の理解を深める</li> <li>企業の理解を深める</li> <li>認知症の予防や早期発見・早期対応の取組を進める</li> <li>認知症の人が仕事や趣味を続けたり、社会参加をしやすくする</li> <li>認知症カフェなど集いやすい機会をつくる</li> <li>相談しやすく適切な助言を受けられる体制をつくる</li> <li>見守りや生活の支援など、住民による助け合い活動を広げる</li> <li>適切な対応ができるお店の人や公共サービスの職員を増やす</li> <li>認知症の人が利用しやすい案内・デザイン等を充実させる</li> <li>認知症の人や家族の経験や意見を聴き、施策に反映する</li> </ol>
--

ここからは、貴事業所において、過去1年間の間（令和6年10月1日～令和7年9月30日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします。

**問12 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した要介護度別の利用者数」と「自宅等で死亡した利用者数」をご記入ください。（人数を記入）**

- ・入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めなくてください。
- ・病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者						②自宅等での死亡	合計★
要介護1	要介護2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中・不明
人	人	人	人	人	人	人	人

**問13 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者数」を行先別にご記入ください。（人数を記入）**

- ・入院した後自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。
- ・搬送後、搬送先から転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。
- ・問12の合計（★）と、問13の合計（★）が一致することを確認ください。

行先	豊田市内	豊田市外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家	人	人
2) 住宅型有料老人ホーム	人	人
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	人	人
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	人	人
5) グループホーム	人	人
6) 特定施設	人	人
7) 地域密着型特定施設	人	人
8) 介護老人保健施設	人	人
9) 介護医療院	人	人
10) 特別養護老人ホーム	人	人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
12) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く	人	人
13) その他	人	人
14) 行先を把握していない	人	人
15) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡を含む	人	人
合計★	人	人

合計人数が一致することを確認ください

これでアンケート調査は終わります。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、

令和7年10月27日（月）までに、郵便ポストへご投函ください。

「自宅、1ヶ月前、1ヶ月前」に「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」が対象です。

例えば「徘徊な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

問1-1	問1-2	問1-3	問2-1	問2-2	問2-3	問2-4	問2-5	問2-6	問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問3-5
1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。	世帯類型 現在の居所	要支援・要介護度	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由についてお答えください
番号1-1 選択記入	番号1-2 選択記入	番号1-3 選択記入	番号1-4 選択記入	番号1-5 選択記入	番号1-6 選択記入	番号1-7 選択記入	番号1-8 選択記入	番号1-9 選択記入	番号1-10 選択記入	番号1-11 選択記入	番号1-12 選択記入	番号1-13 選択記入	番号1-14 選択記入
1. 独居	1. 自宅等(持ち家)	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等)	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等)	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等)	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等)	1. より適切な「在宅サービス」に変更する(例:小多機能等)
2. 夫婦のみ	2. 自宅等(借家)	2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	2. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大	2. 一人での外出が困難	2. 移乗・移動付き添い	2. 一人での外出が困難	2. 中心静脈栄養	2. 訪問看護	2. 訪問看護	2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫	2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫	2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫
3. 単身の子どもとの同居	3. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	3. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	3. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	3. 介護者が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	3. 薬の飲み忘れ	3. 食事摂取	3. 薬の飲み忘れ	3. 透析	3. 訪問看護	3. 訪問看護	3. その他	3. その他	3. その他
4. その他(高住居の同居)	4. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	4. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	4. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	4. 家族等の介護等技術望まないから	4. 金銭管理が困難	4. 排泄(日中)	4. 金銭管理が困難	4. ストーマの処置	4. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護等	4. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護等	4. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護等	4. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護等	4. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護等
5. 監費老人ホーム	5. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	5. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	5. 必要ない身体介護の増大 ⇒ (問2-4)	5. 費用負担が重いから	5. 意欲の低下	5. 排泄(夜間)	5. 意欲の低下	5. 酸素療法	5. 看護小規模多機能	5. 看護小規模多機能	5. その他	5. その他	5. その他
6. 新規申請中	6. その他、本人の状態等の悪化	6. 認知症の症状の悪化 ⇒ (問2-5)	6. 費用負担が重いから	6. 家族等の継承が困難になり始めたから	6. 徘徊がある	6. 更衣・整容	6. 徘徊がある	6. レスプレーター	6. 介護保険の申請	6. 介護保険の申請	6. その他	6. その他	6. その他
7. 要介護5	7. 本人の状態等の改善	7. 要介護5	7. その他、本人の状態等の悪化	7. 本人と家族等の関係性に課題があるから	7. 強い介護拒否がある	7. その他	7. 強い介護拒否がある	7. 気管切開の処置	7. 在宅サービス	7. 在宅サービス	7. その他	7. その他	7. その他
8. 要介護4													
9. 要介護3													
10. 要介護2													
11. 要介護1													
12. 要支援2													
13. 要支援1													
14. 要介護1													
15. 要介護2													
16. 要介護3													
17. 要介護4													
18. 要介護5													
19. 要介護6													
20. 要介護7													
21. 要介護8													
22. 要介護9													
23. 要介護10													
24. 要介護11													
25. 要介護12													
26. 要介護13													
27. 要介護14													
28. 要介護15													
記入例	2	5	3, 4	3	2	5, 6	7		3	7, 17	2		2

## 豊田市高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この調査は、住み慣れた施設等における生活の継続性について、その実態を把握することを目的として実施いたします。回答内容は、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただくほか、調査対象施設が識別されない形で公表する場合があります。

ご多忙のことは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力ください。よろしくお願いいたします。

令和7年10月

豊田市長 太田 稔彦

<ご回答に当たってのお願い>

- 管理者の方にご回答をお願いしております。
- 令和7年10月1日現在の内容でご回答ください。
- ご記入いただいた内容は、統計的に処理します。また、自由回答は調査対象施設が特定できないように留意して報告書にとりまとめます。
- **ご記入後、同封の返信用封筒に入れ10月27日(月)までに郵便ポストに投函してください**（切手は不要です）。

【お問合せ先】豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当

電話：0565-34-6634

### 調査対象

- ・住宅型有料老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・グループホーム
- ・特定施設入居者生活介護
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・特別養護老人ホーム（地域密着型含む）

### 調査委託先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 研究開発第2部（名古屋）  
名古屋市中区錦 3-21-24 E-mail：nago\_keikaku@murc.jp 担当：小澤、岩室

#### ■個人情報等の扱いにつきまして

- ・お預かりする個人情報は、調査委託先である三菱UFJリサーチ&コンサルティング㈱の「個人情報保護方針」（<http://www.murc.jp/corporate/privacy>）及び「個人情報の取り扱いについて」（<http://www.murc.jp/privacy/>）に従って適切に取り扱います。
- ・皆様からいただきましたご回答は、統計的に処理します。また、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。
- ・お預かりしました個人情報は、データ入力作業のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るように定め、適切に取り扱います。
- ・お預かりしました個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、調査委託先（nago\_keikaku@murc.jp）までお願い申し上げます。

問 1 貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご回答者氏名	
電話番号	

問 2 該当するサービス種別をご回答ください。(1つに○)

1. 住宅型有料老人ホーム	6. 介護老人保健施設
2. 軽費老人ホーム(特定施設除く)	7. 介護医療院
3. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	8. 特別養護老人ホーム
4. グループホーム	9. 地域密着型特別養護老人ホーム
5. 特定施設	

※本調査では、上記のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

※「1. 住宅型有料老人ホーム」及び「3. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)」のどちらも該当する場合は、「3. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)」に○を付けてください。

問 3 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	
2) 定員数など	(人/戸/室)
3) 入所・入居者数	人
4) (貴施設等の) 待機者数	人
5) 特別養護老人ホームの待機者数(申込者数)	人

※「2)定員数」などは、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

※5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

問 4 現在の入所・入居者の要支援・要介護度別の人数について、ご記入ください。(人数を記入)

自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中・不明	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問 5 貴施設等で、以下の医療処置が必要な利用者の受け入れは可能ですか。

(あてはまるものすべてに○)

※1人でも受け入れが可能であれば、○をご記入ください。

1) 点滴の管理		8) 疼痛の看護	
2) 中心静脈栄養		9) 経管栄養	
3) 透析		10) モニター測定	
4) ストーマの処置		11) 褥瘡の処置	
5) 酸素療法		12) カテーテル	
6) レスピレーター		13) 喀痰吸引	
7) 気管切開の処置		14) インスリン注射	
		15) 上記に対応可能な医療処置はない	

問 6 現在、上記の医療処置を受けている入所・入居者の合計人数をご回答ください。

(人数を記入)

問 5 の医療処置を受けている入所・入居者の合計(実人数)	人
-------------------------------	---

ここからは、過去1年間の新規の入所・入居者についてお伺いします。

問7 過去1年間(令和6年10月1日～令和7年9月30日)に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。(人数を記入)

※貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めなくてください。

新規の入所・入居者数(合計★)

人

問8 問7の過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。(人数を記入)

※「合計★」と、問7「新規の入所・入居者数(合計★)」が一致することをご確認ください。

※一時的な入院の後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。入院前の居場所がわからない場合は、「12」病院)を選択してください。

※「1」自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

合計人数が一致することをご確認ください

	豊田市内	豊田市外
1) 自宅(※兄弟・子ども・親戚等の含む)	人	人
2) 住宅型有料老人ホーム	人	人
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	人	人
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	人	人
5) グループホーム	人	人
6) 特定施設	人	人
7) 地域密着型特定施設	人	人
8) 介護老人保健施設	人	人
9) 介護医療院	人	人
10) 特別養護老人ホーム	人	人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
12) 病院・診療所(一時的な入院を除く)	人	人
13) その他	人	人
14) 入所・入居する前の居場所を把握していない	人	人
合計★	人	人

ここからは、過去1年間の退去者についてお伺いします。

問9 過去1年間(令和6年10月1日～令和7年9月30日)に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。(人数を記入)

※一時的な入院等から貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方(貴施設等との契約が継続している方)は含めなくてください。

※「死亡」には、「貴施設等で亡くなった方」に加え、「病院等への搬送後に死亡された方」も含まれます。

退去者数(合計A) ※死亡を含む

人

問10 問9の過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。(人数を記入)

※死亡した人については、「①退去者」欄ではなく、「②貴施設等での死亡」欄にその人数をご記入ください。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②貴施設等での死亡」、搬送先からの転院等の後に死亡した場合は「①退去者」に含めてください。

※「合計B」と、問9の「退去者数(合計A)」が一致することをご確認ください。

自立	①退去者					②貴施設等での死亡		合計B、※①②の合計
	要支援 1.	要支援 2.	要介護 1.	要介護 2.	要介護 3.	要介護 4.	要介護 5.	
人	人	人	人	人	人	人	人	人

問11 問9でご記入いただいた過去1年間の退去者について、退去先別の人数をご記入ください。(人数を記入)

※一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※搬送先からの転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する先行にカウントしてください。

※「合計C」と、問9の「退去者数(合計A)」、問10の「合計B」が一致することをご確認ください。

合計人数が一致することをご確認ください

	豊田市内	豊田市外
1) 自宅(※兄弟・子ども・親戚等の含む)	人	人
2) 住宅型有料老人ホーム	人	人
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	人	人
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	人	人
5) グループホーム	人	人
6) 特定施設	人	人
7) 地域密着型特定施設	人	人
8) 介護老人保健施設	人	人
9) 介護医療院	人	人
10) 病院・診療所(上記「9」を除く)	人	人
※一時的な入院は含みません。		
11) 特別養護老人ホーム	人	人
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
13) その他	人	人
14) 行先を把握していない	人	人
15) 死亡(※搬送先での死亡を含む)	人	人
合計C	人	人

問 1 2 貴施設等の入所・入居者が、退去する理由は何ですか。退去理由として最も多いものを3つまで選択してください。(3つまで○)

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

	3つまで○
1) 必要な生活支援が発生・増大したから	
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	
3) 認知症の症状が悪化したから	
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	
6) 入所・入居者の状態等が改善したから	
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから	
8) 費用負担が重くなったから	
9) 本人が希望したから	
10) その他	

問 1 3 貴事業所で入所・入居者が退去するのはどのような場合が多いですか。問 1 2 でご回答いただいた理由のうち、具体的な事例についてお答えください。(自由回答)

これでアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、

令和7年10月27日(月)までに、郵便ポストへご投函ください。

## 豊田市介護人材・高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この調査は、介護人材の確保と定着を目的として実施いたします。ご回答内容は、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただくほか、個人が識別されない形で公表する場合があります。

ご多忙のことは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

豊田市長 太田 稔彦

<ご回答に当たってのお願い>

- 事業所宛にご送付している調査票と重複している設問もございますが、ご回答いただきますよう、お願いいたします。
- 令和7年10月1日現在の内容でご回答ください。
- ご記入いただいた内容は、統計的に処理します。また、自由回答は調査対象団体が特定できないように留意して報告書にとりまとめます。
- ご記入後、**同封の返信用封筒に入れ11月20日(木)までに郵便ポストに投函**してください（切手は不要です）。

【お問合せ先】 豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当

電話：0565-34-6634

## 調査委託先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 研究開発第2部（名古屋）  
名古屋市中区錦 3-21-24 E-mail：nago\_keikaku@murc.jp 担当：小澤、岩室

### ■ 個人情報等の扱いにつきまして

- ・ お預かりする個人情報は、調査委託先である三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)の「個人情報保護方針」（<http://www.murc.jp/corporate/privacy>）及び「個人情報の取り扱いについて」（<http://www.murc.jp/privacy/>）に従って適切に取り扱います。
- ・ 皆様からいただいたご回答は、統計的に処理します。また、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。
- ・ お預かりしました個人情報は、データ入力作業のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るように定め、適切に取り扱います。
- ・ お預かりしました個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、調査委託先（nago\_keikaku@murc.jp）までお願い申し上げます。

貴法人について

問1 宛名の事業所名とご回答者名等をご記入ください。

貴法人名	
ご回答者名	
お電話番号	

問2 経営主体の本部・本社の所在地は、どちらですか。(○は1つ)

1. 豊田市内	2. 豊田市外 (事業所は市内、経営主体は市外)
---------	--------------------------

問3 経営主体の組織形態として、あてはまるものはどれですか。(○は1つ)

1. 株式会社などの民間企業	2. 社会福祉法人
3. 医療法人	4. 社団・財団などの法人
5. 特定非営利活動法人 (NPO)	6. 生活協同組合・農業協同組合
7. その他	

問4 貴法人において「豊田市内」の事業所で、介護保険サービスに従事する従業員数の合計は何人ですか。(○は1つ)

- \* 令和7年10月1日時点
- \* 事務職員等を含めて直接雇用している人数を教えてください。また非常勤職員も、1人として換算してください。
- \* 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、総合事業も含めてください。

1. 1~4人	2. 5~9人	3. 10~19人	4. 20~49人
5. 50~99人	6. 100人以上		

運営について

問5 次のサービス (予防サービス・総合事業を含む) について、貴法人による「豊田市内」での、提供状況、拡大等の意向について、A Bそれぞれお答えください。(あてはまるものすべてに○)

	A.提供しているサービス	B.拡大・新たに実施したいサービス
① 特になし	1	1
② 居宅介護支援	2	2
③ 訪問介護	3	3
④ 訪問入浴介護	4	4
⑤ 訪問看護	5	5
⑥ 訪問リハビリテーション	6	6
⑦ 居宅療養管理指導	7	7
⑧ 通所介護	8	8
⑨ 通所リハビリテーション	9	9
⑩ 短期入所生活介護	10	10
⑪ 短期入所療養介護	11	11
⑫ 特定施設入居者生活介護	12	12
⑬ 福祉用具貸与	13	13
⑭ 特定福祉用具販売	14	14
⑮ 地域密着型通所介護	15	15
⑯ 認知症対応型通所介護	16	16
⑰ 夜間対応型訪問介護	17	17
⑱ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	18	18
⑲ 小規模多機能型居宅介護	19	19
⑳ 看護小規模多機能型居宅介護	20	20
㉑ 認知症対応型共同生活介護	21	21
㉒ 地域密着型特定施設入居者生活介護	22	22
㉓ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	23	23
㉔ 介護老人福祉施設	24	24
㉕ 介護老人保健施設	25	25
㉖ 介護医療院	26	26

問6 「豊田市内」で介護保険サービス以外にどのような事業を提供していますか。また、拡大等の意向がありますか。A B それぞれお答えください。(あてはまるものすべてに○)

	A. 提供しているサービス	B. 拡大・新たに実施したいサービス
① 特になし	1	1
② 介護保険外のホームヘルプ・家事支援サービス	2	2
③ 介護保険外のデイサービス・お泊りデイ	3	3
④ 在宅医療（病院、診療所、医療保険の訪問看護等）	4	4
⑤ 障がい者支援事業	5	5
⑥ サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム等の運営	6	6
⑦ 配食・給食	7	7
⑧ 移動、外出支援サービス（旅行支援を含む）	8	8
⑨ 理美容関連	9	9
⑩ 健康・介護予防関連（マッサージ、リハビリ、指導等）	10	10
⑪ 安全（安否確認、見守り、相談等）	11	11
⑫ 趣味・文化関連（カルチャースクール、レク・スポーツ支援等）	12	12
⑬ その他（ ）	13	13

問7 貴法人において、人材不足で現在のサービス提供の維持が難しいとお考えの職種はありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 経営者・管理職	2. 介護職	3. 看護職
4. リハ職	5. 事務職	6. ケアマネジャー
7. その他（ ）		8. 特になし

ここからは、介護保険サービスに従事する介護職員について、うかがいます。

\* 看護職員が介護職員の業務を兼務している場合も人数に含めてください。

\* 介護職員の配置基準に入れるすべての職員の実人数をカウントしてください。なお、非常勤職員も1人としてカウントしてください。

問8 「豊田市内」の事業所の従業員数、採用者数、離職者数をお教えてください。(数字を記入)

\* 0人の場合、0とご記入ください。

\* 非常勤職員は、当該事業所における勤務時間が、「当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数」に達していない人としてご記入ください。

○従業員数（介護職員）

	常勤職員	非常勤職員
令和5年10月1日	人	人
令和6年10月1日	人	人
令和7年10月1日	人	人

○採用者数（介護職員）

	常勤職員	非常勤職員
令和5年10月1日～ 令和6年9月30日	人	人
令和6年10月1日～ 令和7年9月30日	人	人

○離職者数（介護職員）

	常勤職員	非常勤職員
令和5年10月1日～ 令和6年9月30日	人	人
令和6年10月1日～ 令和7年9月30日	人	人

問9 「介護職員」の採用のためのどのような取組をしていますか。また、効果があったと感じている取組はどれですか。A～Dそれぞれお答えください。（あてはまるものすべてに○）

	A.行っている取組	採用につながった取組		
		B.新卒採用 (正規職員)	C.中途採用 (正規職員)	D.非正規職員
① 自社の説明会・HP				
② ハローワーク				
③ 有料職業紹介				
④ 求人サイト・情報誌				
⑤ 就職セミナー、採用説明会				
⑥ 福祉人材センターなど県や市の事業				
⑦ 学校や介護実習等のPR				
⑧ 職員の口コミ				
⑨ スポットワーク				
⑩ 職場見学・体験				
⑪ その他 ( )				
⑫ 近年、募集していない				

問10 貴法人での介護職員（豊田市内）の離職事由のうち、特に多い要因は何ですか。（○は3つまで）

\* 本来の理由として、ご担当者がお感じになっていることも含めて、ご回答ください。

1. 職場の人間関係	2. 腰痛など身体的負担
3. 勤務形態（夜勤・土日勤務・休暇の少なさ）	4. 収入面
5. 家庭の事情（出産・介護・転居など）	6. ケアや支援の提供方針
7. 利用者や利用者家族とのトラブル	8. 高齢のため
9. その他 ( )	10. 近年、退職者はいない

問11 介護職員の採用や職場定着のためのどのような取組をしていますか。また、採用と職場定着に効果があったと感じている取組はどれですか。ABC それぞれお答えください。（あてはまるものすべてに○）

	A.行っている取組	B.採用に効果があった取組	C.職場定着に効果があった取組
① 賃金水準の向上			
② 時間外労働の削減、シフトの見直し、有給休暇等の取得推進			
③ 柔軟な働き方（ワークライフバランス）の推進			
④ 人間関係が良好な職場づくり			
⑤ 研修の充実やキャリアアップの支援			
⑥ 介護ロボット・ICT 機器の導入			
⑦ 能力や仕事ぶりを評価し、賞金等に反映			
⑧ 管理者やリーダー層のマネジメント能力の向上支援			
⑨ その他 ( )			
⑩ 特に取り組んでいない			

問12 人材確保に関して豊田市に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（○は3つまで）

\* この質問の介護人材は、介護職員・看護職員・その他職員を対象とします。

1. 介護の魅力発信や啓発
2. 介護人材の育成に関する支援
3. 介護人材の採用に関する支援
4. 介護人材の定着に関する支援
5. 生産性向上に向けた業務改善の支援
6. 外国人介護人材の受入支援
7. その他
8. 特にない

具体的に

これでアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。  
同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、  
令和7年11月20日（木）までに、郵便ポストへご投函ください。

## 豊田市介護人材・高齢者福祉に関するアンケート調査

～ 豊田市 福祉部 介護保険課からのアンケート調査のお願い ～

日頃から高齢者福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
豊田市では、令和9年度から11年度までの高齢者福祉や介護保険の方向性を定める「第10期豊田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定を令和8年度に行う予定です。

この調査は、介護人材の確保と定着を目的として実施いたします。ご回答内容は、広く高齢者保健福祉・介護保険事業の推進に活用させていただきますが、個人が識別されない形で公表する場合があります。

ご多忙のことは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年10月

豊田市長 太田 稔彦

＜ご回答に当たってのお願い＞

- 管理者の方にご回答をお願いしております。
- 令和7年10月1日現在の内容でご回答ください。
- このアンケートは市内の介護保険サービス事業所、住宅型有料老人ホーム、ケアハウスにお送りいたします。事業所単位でご回答をお願いします。
- 居宅介護支援事業、居住系・施設系の事業者様におかれましては、先日、ケアマネジメントや居所変更に関するアンケートをお送りしております。お手数をおかけいたしますが、そちらにつきましてもご協力をお願いします。
- ご記入いただいた内容は、統計的に処理します。また、自由回答は調査対象団体が特定できないように留意して報告書にとりまとめます。
- ご記入後、**同封の返信用封筒に入れ11月20日(木)までに郵便ポストに投函**してください（切手は不要です）。

【お問合せ先】 豊田市 福祉部 介護保険課 計画推進担当

電話：0565-34-6634

## 調査委託先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 研究開発第2部（名古屋）  
名古屋市中区錦 3-21-24 E-mail：nago\_keikaku@murc.jp 担当：小澤、岩室

### ■ 個人情報等の扱いにつきまして

- ・ お預かりする個人情報は、調査委託先である三菱UFJリサーチ&コンサルティング㈱の「個人情報保護方針」（<http://www.murc.jp/corporate/privacy/>）及び「個人情報の取り扱いについて」（<http://www.murc.jp/privacy/>）に従って適切に取り扱います。
- ・ 皆様からいただきましたご回答は、統計的に処理します。また、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。
- ・ お預かりしました個人情報は、データ入力作業のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るように定め、適切に取り扱います。
- ・ お預かりしました個人情報の開示、削除等のお申し出、その他のお問い合わせにつきましては、調査委託先（nago\_keikaku@murc.jp）までお願い申し上げます。

## 貴事業所について

問1 宛名の事業所名とご回答者名等をご記入ください。

貴事業所名	
ご回答者名	
お電話番号	

問2 組織形態として、あてはまるものはどれですか。(○は1つ)

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. 株式会社などの民間企業     | 2. 社会福祉法人        |
| 3. 医療法人            | 4. 社団・財団などの法人    |
| 5. 特定非営利活動法人 (NPO) | 6. 生活協同組合・農業協同組合 |
| 7. その他             |                  |

問3 貴事業所において、介護保険サービスに従事する従業員数の合計は何人ですか。(○は1つ)

\* 令和7年10月1日時点  
\* 事務職員等を含めて直接雇用している人数を教えてください。また非常勤職員も、1人として換算してください。

1. 1人	2. 2～4人	3. 5～9人	4. 10～19人
5. 20～49人	6. 50～99人	7. 100人以上	

問4 サービスを提供している地域 (あてはまるものすべてに○)

1. 挙母	2. 高橋	3. 上郷	4. 高岡	5. 猿投
6. 松平・下山	7. 藤岡・小原	8. 足助・旭・稲武		

問5 貴事業所が提供するサービス (宛名に記載のサービスに○を1つ)

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1. 訪問介護 (総合事業含む)             | 2. 訪問入浴介護              |
| 3. 訪問看護                      | 4. 訪問リハビリテーション         |
| 5. 夜間対応型訪問介護                 | 6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護    |
| 7. 小規模多機能型居宅介護               | 8. 看護小規模多機能型居宅介護       |
| 9. 通所介護 (総合事業含む)             | 10. 地域密着型通所介護 (総合事業含む) |
| 11. 認知症対応型通所介護               | 12. 通所リハビリテーション        |
| 13. 短期入所生活介護                 | 14. 短期入所療養介護           |
| 15. 認知症対応型共同生活介護             | 16. 特定施設入居者生活介護        |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護     | 18. 介護老人福祉施設           |
| 19. 介護老人保健施設                 | 20. 介護医療院              |
| 21. 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 | 22. 軽費老人ホーム            |
| 23. 居宅介護支援                   |                        |

※問5で「1. 訪問介護 (総合事業を含む)」をお答えの方にお尋ねします。

問6 訪問介護サービスにおける、「住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅」の割合についてお教えてください。(0～100の整数を記入してください。)

・回数ベース

約	割
---	---

※問5で「1. 訪問介護 (総合事業を含む)」をお答えの方にお尋ねします。

問7 ヘルパーの不足状況を時間帯別にお教えてください。(A～Fそれぞれ1つに○)

	不足している	やや不足している	不足していない
A 6時～8時	1	2	3
B 8時～11時	1	2	3
C 11時～14時	1	2	3
D 14時～18時	1	2	3
E 18時～22時	1	2	3
F 22時～翌朝6時	1	2	3

## 貴事業所の運営について

問8 貴事業所の職場環境は、魅力があると思いますか。(A～Iそれぞれ1つに○)

\*ご回答者の考えで結構です。

	1. 介護業界だけでなく、他産業と比較しても魅力がある	2. 介護業界では魅力がある	3. あまり魅力がない
A 仕事の内容・やりがい	1	2	3
B 有給休暇の取りやすさ	1	2	3
C 柔軟な働き方(ワークライフバランス)	1	2	3
D 人事評価	1	2	3
E 賃金水準	1	2	3
F 職場の人間関係	1	2	3
G 施設・設備	1	2	3
H スキルアップ・キャリアアップ	1	2	3
I 心身の負担感	1	2	3

問9 貴事業所の運営にあたり、特になごうなことが課題となっておりますか。(○は3つまで)

1. 職員の採用	2. 職員の育成
3. 職員の定着	4. サービスの質の向上
5. 利用者の確保	6. 処遇困難者やトラブルの対応
7. 施設や設備の改善	8. 経営改善
9. 労務管理や人事制度の改善	10. 様々な機関との連携
11. その他 ( )	
12. 特にない	

## 人材の確保について

問10 現在の貴事業所の稼働状況はいかがですか。(○は1つ)

1. 人員体制は整っているが、利用ニーズが少ない(稼働に余裕がある)
2. サービス需要とサービス提供量のバランスが取れている
3. 人員が不足していて、受け入れ数を制限せざるを得ない

※問10で「3.人員が不足していて、受け入れ数を制限せざるを得ない」とお答えの方にお尋ねします。

問11 現状の貴事業所の人員に追加で何名採用できるとサービス需要と供給のバランスがとれると思いますか。(数字を記入)

\*「0人」の場合は「0」をご記入ください。

介護職員	人
看護職員	人
その他 ( )	人

問12 人材確保に関して豊田市に期待するサポートがあれば、ご回答ください(○は3つまで)

\* 介護人材は、問11と同様に、介護職員・看護職員・その他の職員を対象とします。

1. 介護の魅力発信や啓発
2. 介護人材*の育成に関する支援
3. 介護人材の採用に関する支援
4. 介護人材の定着に関する支援
5. 生産性向上に向けた業務改善の支援
6. 外国人介護人材に関する支援
7. その他
8. 特にない

具体的に(法人アンケートでご記載の場合、ご記入は不要です)
-------------------------------



問18 貴事業所に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

回答方法 設問	※番号1つ記載		※数値を記入		※番号1つ記載		※数値を記入		※番号1つ記載		※数値を記入	
	(1)資格の取得、研修の状況	(2)雇用形態	(3)性別	(4)年齢	(5)過去1週間の勤務時間	(6)現在の施設等での勤務年数	(7)現在の施設等が初めての勤務先を含む	(8)雇用の職種	(9)現在の施設等	(10)同一の市区町村内	(11)現在の施設等	(12)同一の市区町村内
設問	1.介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2.介護福祉士業務研修 3.介護職員初任者研修 4.ヘルパー2級 5.上記のいずれも該当	1.常勤職員 2.非常勤職員	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代 8.不明	※就業時間を含む。休憩時間は除く。 1.1日以上【回答終了】 2.1日以上【(7)へ】 3.特異、老健、療養型・介護医療院 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回・定時巡回 6.通所介護、通所リハ、認知症ケア 7.住宅型有料、サ高住(特定施設以外) 8.その他介護サービス 9.不明 ⇒【回答終了】	1.現在の施設等 2.介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3.特異、老健、療養型・介護医療院 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回・定時巡回 6.通所介護、通所リハ、認知症ケア 7.住宅型有料、サ高住(特定施設以外) 8.その他介護サービス 9.不明 ⇒【回答終了】	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明
記入例	1	1	1	3	40	2	2	1	2			
01					時間							
02					時間							
03					時間							
04					時間							
05					時間							
06					時間							
07					時間							
08					時間							
09					時間							
10					時間							
11					時間							
12					時間							
13					時間							
14					時間							
15					時間							
16					時間							
17					時間							
18					時間							
19					時間							
20					時間							
21					時間							
22					時間							
23					時間							
24					時間							
25					時間							
26					時間							
27					時間							
28					時間							
29					時間							
30					時間							

回答方法 設問	※番号1つ記載		※数値を記入		※番号1つ記載		※数値を記入		※番号1つ記載		※数値を記入	
	(1)資格の取得、研修の状況	(2)雇用形態	(3)性別	(4)年齢	(5)過去1週間の勤務時間	(6)現在の施設等での勤務年数	(7)現在の施設等が初めての勤務先を含む	(8)雇用の職種	(9)現在の施設等	(10)同一の市区町村内	(11)現在の施設等	(12)同一の市区町村内
設問	1.介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2.介護福祉士業務研修 3.介護職員初任者研修 4.ヘルパー2級 5.上記のいずれも該当	1.常勤職員 2.非常勤職員	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代 8.不明	※就業時間を含む。休憩時間は除く。 1.1日以上【回答終了】 2.1日以上【(7)へ】 3.特異、老健、療養型・介護医療院 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回・定時巡回 6.通所介護、通所リハ、認知症ケア 7.住宅型有料、サ高住(特定施設以外) 8.その他介護サービス 9.不明 ⇒【回答終了】	1.現在の施設等 2.介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3.特異、老健、療養型・介護医療院 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回・定時巡回 6.通所介護、通所リハ、認知症ケア 7.住宅型有料、サ高住(特定施設以外) 8.その他介護サービス 9.不明 ⇒【回答終了】	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明	1.現在の施設等 2.同一の市区町村内 3.不明
記入例	1	1	1	3	40	2	2	1	2			
31					時間							
32					時間							
33					時間							
34					時間							
35					時間							
36					時間							
37					時間							
38					時間							
39					時間							
40					時間							
41					時間							
42					時間							
43					時間							
44					時間							
45					時間							
46					時間							
47					時間							
48					時間							
49					時間							
50					時間							
51					時間							
52					時間							
53					時間							
54					時間							
55					時間							

これでアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、

令和7年11月20日（木）までに、郵便ポストへご投函ください。