

介護保険・高齢者福祉に関するニーズ調査

ご協力のお願い

日ごろより、介護保険行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、東三河広域連合では、高齢者やそのご家族の方々が地域の中で安心して暮らし続けていくことができるよう、家族介護者を支援する事業をはじめ、各種の施策を行っています。今後、第8期介護保険事業計画（令和3年度から令和5年度）の策定に向けて、住民の皆さまのお考え、ご意見などをうかがいたく調査を実施することといたしました。

なお、この調査は、令和元年6月1日現在、東三河地域にお住まいの要介護認定を受けていない65歳以上の皆様から、無作為に抽出しました15,000人の方に送付しています。

調査においては、個人の回答内容が他に漏れることはございません。

ご多忙のところ恐縮に存じますが、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。

令和元年8月

東三河広域連合 介護保険課

記入上の注意

1. 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
2. ○印は、番号を囲むように濃くつけてください。（例：①・2・3）
3. 「その他」を選択された場合は（ ）内に具体的内容を記入してください。
4. 調査票や封筒にあなたのお名前やご住所などを書かないでください。無記名の調査です。
5. ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に封入し、令和元年8月16日（金）までにご返送ください。
6. この調査に関するお問い合わせは、以下の担当までお願いいたします。

問い合わせ先 東三河広域連合 介護保険課

〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地

（豊橋市職員会館5階）

電話番号：0532-26-8459

はじめに

- あて名のご本人様（あなた）について うかがいます。
- あて名の方以外の方が記入される場合にも、あて名のご本人様について ご回答ください。

1. あて名のご本人様ご自身およびご家族について

問1. あなたの性別をお答えください。（ひとつだけ○）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問2. あなたの令和元年8月1日現在の満年齢をお答えください。（ひとつだけ○）

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

問3. あなたがお住まいの市町村名をお答えください。（ひとつだけ○）

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 豊橋市 | 2. 豊川市 | 3. 蒲郡市 | 4. 新城市 |
| 5. 田原市 | 6. 設楽町 | 7. 東栄町 | 8. 豊根村 |

問4. あなたの現在の世帯の状況を、以下の中からお答えください。（ひとつだけ○）

- | |
|---|
| 1. 一人暮らし |
| 2. 家族など同居（二世帯住宅を含む）している |
| 3. 施設などに入所している（有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など） |
| 4. その他 |

問4-1. 問4で2に○をつけた方にうかがいます。あなたはご自身を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。

(1) 同居は自分を含めて	(2) 同居者（あてはまるものすべてに○）								
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> 人	<table><tr><td>1. 配偶者(夫・妻)</td><td>2. 息子</td></tr><tr><td>3. 娘</td><td>4. 子の配偶者</td></tr><tr><td>5. 孫</td><td>6. 兄弟・姉妹</td></tr><tr><td>7. その他 ()</td><td></td></tr></table>	1. 配偶者(夫・妻)	2. 息子	3. 娘	4. 子の配偶者	5. 孫	6. 兄弟・姉妹	7. その他 ()	
1. 配偶者(夫・妻)	2. 息子								
3. 娘	4. 子の配偶者								
5. 孫	6. 兄弟・姉妹								
7. その他 ()									

2. 心身の状態について

問5. 運動・外出の状況についてうかがいます。(それぞれひとつだけ○)

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	1. はい	2. いいえ
(2) イス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. はい	2. いいえ
(3) 15分位続けて歩いていますか。	1. はい	2. いいえ
(4) 週に1回以上は外出していますか。	1. はい	2. いいえ
(5) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	1. はい	2. いいえ

問6. 転倒についてうかがいます。(それぞれひとつだけ○)

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) この1年間に転んだことがありますか。	1. はい	2. いいえ
(2) 転倒に対する不安は大きいですか。	1. はい	2. いいえ
(3) 背中が丸くなってきましたか。	1. はい	2. いいえ
(4) 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい	2. いいえ
(5) 杖を使っていますか。	1. はい	2. いいえ

問7. 口腔・栄養についてうかがいます。((2)を除き、それぞれひとつだけ○)

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい	2. いいえ					
(2) 身長と体重を <u>整数</u> (小数第1位は四捨五入)でお書きください。							
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
(3) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. はい	2. いいえ					
(4) お茶や汁物などでむせることがありますか。	1. はい	2. いいえ					
(5) 口の渇きが気になりますか。	1. はい	2. いいえ					

問8. 物忘れの状況についてうかがいます。(それぞれひとつだけ○)

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがある と言われますか。	1. はい	2. いいえ
(2) 自分で番号を調べて電話をかけることをしていますか。	1. はい	2. いいえ
(3) 今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. はい	2. いいえ
(4) 5分前のことが思い出せますか。	1. はい	2. いいえ
(5) その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか。		
1. 困難なくできる	2. いくらか困難であるが、できる	
3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要	4. ほとんど判断できない	
(6) 人に自分の考えをうまく伝えられますか。		
1. 伝えられる	2. いくらか困難であるが、伝えられる	
3. あまり伝えられない	4. ほとんど伝えられない	

問9. 日常生活などの状況についてうかがいます。(それぞれひとつだけ○)

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) バスや電車で一人で外出していますか。(自家用車でも可)			
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) 日用品の買い物をしていますか。			
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	
(3) 預貯金の出し入れをしていますか。			
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	
(4) 食事は自分で食べられますか。			
1. できる	2. 一部介助（おかずを切ってもらうなど）があればできる	3. できない	
(5) 友人の家を訪ねていますか。	1. はい	2. いいえ	
(6) 家族や友人の相談に乗っていますか。	1. はい	2. いいえ	

問10. 健康についてうかがいます。

※無回答の項目がないよう、ご確認ください。

(1) 普段、ご自分で健康だと思えますか。(ひとつだけ○)			
1. とても健康	2. まあまあ健康	3. あまり健康でない	4. 健康でない
(2) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(あてはまるものすべてに○)			
1. 高血圧	2. 脳卒中 (脳出血・脳こうそくなど)		
3. 心臓病	4. 糖尿病		
5. 高脂血症 (脂質異常)	6. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎など)		
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気		
9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症など)	10. 外傷 (転倒・骨折など)		
11. がん (悪性新生物)	12. 血液・免疫の病気		
13. うつ病	14. 認知症 (アルツハイマー病など)		
15. パーキンソン病	16. 目の病気		
17. 耳の病気	18. その他 ()		
19. ない			
(3) 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでありますか。(ひとつだけ○)			
1. 1種類	2. 2種類	3. 3種類	
4. 4種類	5. 5種類以上	6. 飲んでいない	
(4) (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。	1. はい	2. いいえ	
(5) (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが 楽しめなくなった。	1. はい	2. いいえ	
(6) (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今では おっくうに感じられる。	1. はい	2. いいえ	
(7) (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。	1. はい	2. いいえ	
(8) (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。	1. はい	2. いいえ	

3. 介護予防について

問11. あなたは、健康や介護予防、認知症予防のために、普段から活動していることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 栄養バランスやかむ回数に気をつけて食事をしている
2. 口の中を清潔にしている(歯みがき、うがいなど)
3. ウォーキングや体操など、定期的に運動している
4. 規則的な生活を心がけている(夜更かしをしないなど)
5. たばこを吸わない、または本数を減らしている
6. お酒を飲まない、または飲みすぎない
7. パズルや計算作業など、認知症予防に取り組んでいる
8. 定期的に健康診断を受けている
9. かかりつけの医師(主治医)に定期的に診てもらっている
10. 休養や睡眠を十分にとっている
11. 趣味を楽しんでいる
12. 友人や家族とよく会話をしている
13. 閉じこもらないように外に出る頻度を増やしている
14. その他 ()
15. 特にない

問12. 次のうち、あなたが趣味や私的活動・交流として実施していることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 図書館、公園、プールなど、身近な施設へ出かけること
2. 近所に買い物に出かけること
3. 国内旅行や海外旅行に行くこと
4. 自分の好きな俳優や劇団などのショーやコンサートに出かけること
5. 野球や相撲などスポーツを観戦すること
6. ジムやフィットネスクラブなどで、身体を動かすこと
7. 囲碁や書道、音楽、絵画、語学など趣味を楽しむこと
8. みんなと一緒に食事をしたり、食事を作ったりして楽しむこと
9. 子どもや孫など家族と一緒に触れあうこと
10. 健康や介護に関するテレビや本を見ること
11. その他 ()

問13. あなたは買い物、通院などの生活に必要な外出をどれくらいしていますか。
(ひとつだけ○)

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 週に5~7日(ほぼ毎日)外出する | 2. 週に3~4日くらい外出する |
| 3. 週に1~2日くらい外出する | 4. 月に2~3日くらい外出する |
| 5. 月に1回程度外出する | 6. したくないからしない |
| 7. 必要がないからしない | |
| 8. したいができない(理由:) | |

4. 生活支援について

問14. あなたが普段の生活の中で十分にできておらず、手助けしてほしいことはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. ごみ出し | 2. 買い物 |
| 3. 調理 | 4. 洗濯や部屋の掃除 |
| 5. 玄関前や庭などの家周りの掃除 | 6. 簡単な力仕事 |
| 7. 病院への送迎 | 8. 病院への付き添いや薬の受け取り |
| 9. 病院以外の外出時の送迎 | 10. 病院以外の外出時の付き添い |
| 11. 声かけ・見守り | 12. 日ごろの話し相手 |
| 13. 金銭管理・書類の確認 | 14. 市役所・町村役場などでの手続き |
| 15. 家電器具やパソコンなどの操作 | 16. 特にない |
| 17. その他 () | |

問15. あなたは運転免許証の自主返納について考えたことはありますか。また、実際に返納をしましたか。(ひとつだけ○)

- | |
|--------------------------|
| 1. 返納について考え、実際に返納した |
| 2. 返納について考えたが、返納していない |
| 3. 返納について考えていないし、返納していない |
| 4. 運転免許証を持っていない |

問 15-1. 問 15 で 2 または 3 に ○ を つ け た 方 に う か が い ま す。

あなたは、どのような支援が充実していれば運転免許を返納できますか。(特にあてはまるもの3つに○)

- | |
|-----------------------------|
| 1. バス・タクシーの利用補助 |
| 2. コミュニティバスの利用が無料 (または補助) |
| 3. コミュニティバスの路線や本数を増やす |
| 4. 買い物などの配送サービスが無料 (または補助) |
| 5. 商品代・飲食代の一部補助 |
| 6. 入浴施設の利用料の補助 |
| 7. その他 () |
| 8. いずれの支援があっても返納できない (理由:) |

【参考】東三河地域では、運転免許返納者に対し、以下のような施設・団体にて割引・サービスがあります

- ・ドラッグストア ・スーパー ・入浴施設 ・車買取店 ・飲食店・食品販売店
- ・クリーニング ・宿泊施設 ・理美容店 ・タクシー など

※詳細は愛知県警ホームページ「高齢者交通安全サポーター一覧」をご確認ください。

(<http://www.pref.aichi.jp/police/koutsu/koureisha/sup-index.html>)

5. 社会参加について

問16. あなたは以下のような地域活動・社会参加活動をしていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 自然保護活動
2. 公園や近隣の清掃など美化活動やリサイクル活動
3. 地域（学校・施設・商店街・自治会など）のイベントの支援
4. 福祉施設などでの活動
5. 趣味やスポーツの指導
6. 交通安全や防犯・防災に関する活動
7. ご高齢の方・障害のある方の話し相手や身の回りの世話
8. 子育ての相談や手伝い
9. 青少年の健全育成に関する活動
10. 外国人への支援活動
11. 寄付・募金活動
12. 祭り・行事
13. 自治会・町内会
14. サークル・自主グループ（住民グループ）
15. 老人クラブ（老人会）
16. ボランティア活動
17. その他（)
18. 参加していない

問17. あなたはお住まいの地域で、何か他の人の手助けや活動（ボランティアを含む）をしたいと思いますか。（ひとつだけ○）

1. すでに手助けや活動（ボランティアを含む）をしている
2. ぜひ手助けや活動（ボランティアを含む）をしたい
3. できれば手助けや活動（ボランティアを含む）をしたい
4. 有償の手助けや活動（ボランティアを含む）であればしてみたい
5. あまり手助けや活動（ボランティアを含む）をしたいとは思わない
6. どんな手助けや活動（ボランティアを含む）もしたいとは思わない
7. わからない

問 17-1. 問 17 で 1～4 に ○ を つ け た 方 に う か が い ま す。

それはどのような手助けや活動ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. ごみ出し | 2. 買い物 |
| 3. 調理 | 4. 洗濯や部屋の掃除 |
| 5. 玄関前や庭などの家周りの掃除 | 6. 簡単な力仕事 |
| 7. 病院への送迎 | 8. 病院への付き添いや薬の受け取り |
| 9. 病院以外の外出時の送迎 | 10. 病院以外の外出時の付き添い |
| 11. 声かけ・見守り | 12. 日ごろの話し相手 |
| 13. 金銭管理・書類の確認 | 14. 市役所・町村役場などでの手続き |
| 15. 家電器具やパソコンなどの操作 | |
| 16. その他（ | ） |

6. 介護について

問18. あなたは将来、介護が必要になったときには、どこで介護を受けたいですか。
(ひとつだけ○)

1. 自宅
2. 病院
3. 介護施設など
4. その他 ()
5. わからない

問 18-1. 問 18 で 2 または 3 に ○ を つ け た 方 に う か が い ま す 。

あなたがその場所を選んだのは、なぜですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 在宅で介護してくれる親族などがないから
2. 親族などの世話になることに気が引けるから
3. 介護を受ける環境が整っているから
4. 自分の希望する介護を受けることができると思うから
5. 経済的に余裕がないから
6. 経済的に余裕があるから
7. 在宅に近い環境が好ましいから
8. その他 ()

問19. あなたは人生の最期を迎える場所として、どこを希望していますか。(ひとつだけ○)

1. 自宅
2. 病院
3. 介護施設など
4. どこでもよい
5. わからない
6. その他 ()

問20. あなたはご家族に認知症の方はいらっしゃいますか。(ひとつだけ○)

1. はい

2. いいえ

問 20-1. 問 20 で 1 に ○ を つ け た 方 に う か が い ま す。

あなたは、認知症の方やその家族に対する支援として、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○)

1. 認知症予防教室の開催と参加促進
2. カウンセリングなどの充実
3. 認知症に関する相談窓口の設置
4. 認知症の早期発見のための診断の実施
5. 認知症の進行にあわせた医療の適切な指導・助言
6. 認知症の発見から治療までの道筋についての情報
7. 地域の見守り・支援体制づくり
8. 認知症に対する地域の理解
9. 認知症専門の医療機関の充実
10. 認知症専門の介護サービスの充実
11. 家族の会など精神的な支えとなる機会の充実
12. ボランティアなど公的サービス以外の充実
13. 認知症の方の家族同士が相談しあえる場所
14. 認知症の方本人同士が相談しあえる場所
15. その他 ()
16. わからない
17. 特にない

問21. 現在あなたは、認知症の方を介護する中で不安を感じたり、将来ご自身やご家族が認知症になるおそれがあることに対して不安を感じたりすることはありますか。また、誰かに相談することでその不安を軽減できていますか。(ひとつだけ○)

1. 不安があるが、軽減できている

2. 不安があるが軽減できていない

3. 不安はない

問22. 介護保険制度で提供する介護サービスや介護予防のためのサービスの範囲について、あなたの考えにもっとも近いものは、次のうちどれですか。(ひとつだけ○)

1. サービスは最低限でよいから、保険料はなるべく安いほうがよい
2. 保険料もサービス内容も今の水準程度がよい
3. 保険料が高くても、施設・居住系サービス(※1)が充実しているほうがよい
4. 保険料が高くても、居宅サービス(※2)が充実しているほうがよい
5. その他()
6. わからない

【参考】

※1 施設・居住系サービスには 施設系サービス と 居住系サービス があります。

施設系サービス は以下のサービスのことをいいます。

- ・ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ・ 介護老人保健施設（老人保健施設）
- ・ 介護療養型医療施設（療養病床）
- ・ 介護医療院

居住系サービス は以下のサービスのことをいいます。

- ・ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ・ 特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）

※2 **居宅サービス** は以下のサービスを含みます。

- ・ 介護士や看護師などの専門職に自宅に訪問してもらい受けるサービス
例：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション
- ・ 自宅から施設に通って受けるサービス
例：通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）
- ・ 施設に短期間のみ入所して受けるサービス
例：短期入所生活介護、短期入所療養介護
- ・ 介護環境を整えるために介護に必要な用具を貸与・販売するサービス
例：福祉用具貸与、特定福祉用具販売

問23. あなたは地域包括支援センター（または、高齢者相談センター・高齢者支援センター）を知っていますか。また、相談したことがありますか。(それぞれひとつだけ○)

(1) 知っていますか。	(2) 相談したことがありますか。
<ol style="list-style-type: none"> 1. 内容をよく知っている 2. だいたいの内容は知っている 3. 名前は知っているが内容は知らない 4. まったく知らない 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ある 2. ない

7. 医療について

問24. あなたにはかかりつけの医師（※）がいますか。（あてはまるものすべてに○）

1. いる

2. いない

※かかりつけの医師：日頃から自分の健康状態をよく知っていて、日常的な健康管理をまかせられる医師

問25. あなたは脳卒中の後遺症やがんなどで、長期の治療・療養が必要になった場合、在宅医療を希望しますか。（ひとつだけ○）

1. 希望する

2. 希望しない

3. 現在、在宅医療を受けている

4. 在宅医療がよくわからないため、判断できない

問 25-1. 問 25 で 2 に○をつけた方にうかがいます。

あなたが在宅医療を希望しない理由はどのようなことですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 見てくれる家族などがいないから

2. 家族に負担（肉体的、精神的）がかかることが不安だから

3. 緊急時や救急時の対応が不安だから

4. 部屋やトイレなど住居の環境が整っていないから（廊下が狭い、段差が多いなど）

5. その他（ ）

8. 広域連合が実施する事業について

問26. 東三河広域連合は要介護・要支援状態となることを予防し、地域において自立した日常生活を営むことができるようさまざまな支援を行っています。

あなたは東三河広域連合が取り組む以下の事業について知っていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要支援の方を対象とした介護予防訪問サービスや介護予防通所サービス
2. 地域の活動などへのリハビリ専門職の派遣
3. 徘徊高齢者用のGPSなどの位置情報検索機器の購入助成
4. 成年後見制度の利用支援
5. 低所得者を対象としたグループホームの入居者負担軽減
6. 介護マークの配布
7. 低所得者を対象とした介護用品の購入支援
8. 介護予防教室
9. いずれの取組も知らない

問27. あなたは、普段、介護に関する情報をどのように収集していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 広報ひがしみかわ
2. 市役所・町村役場の配布物や掲示板
3. 地域包括支援センター（または、高齢者相談センター・高齢者支援センター）での相談
4. ケアマネジャーに相談
5. 市役所・町役場での相談
6. 東三河広域連合のホームページ
7. 広域連合以外のホームページ
8. 口コミ
9. その他（)
10. 入手していない

問28. 東三河広域連合では、様々な媒体で介護に関する情報の提供を実施しています。
次のうち、あなたが知りたい介護に関する情報は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護保険制度のしくみ
2. 介護保険料 (金額・納め方)
3. 要介護認定 (申請・審査)
4. 利用できる介護サービスの種類
5. 地域支援事業 (サービス内容)
6. 広域連合や市町村の窓口連絡先
7. 介護に関する申請や更新手続きのQ & A
8. 介護サービスの利用方法
9. 介護事業所の一覧
10. 介護予防教室など住民が参加できる教室
11. その他 ()

問29. あなたは家族介護支援に関する情報や、介護予防教室に関する教室の案内について、自身のパソコンやスマートフォンから情報収集できるアプリケーションを利用したいですか。また、実際にそのようなアプリケーションを利用する方法が分かりますか。(ひとつだけ○)

1. 利用したいし、利用するための方法がおおむね分かる
2. 利用したいが、利用するための方法が分からない
3. 利用したくない
4. パソコンやスマートフォンを持っていない

