

- ・(無印) …必須質問項目。国から提示された項目で、一切修正不可
- ・【独自】 …安城市独自質問項目。安城市が自由に設定できる。
- ・(追加) …今回調査から追加した項目

一般高齢者

安城市高齢者福祉・介護保険に関する調査

日頃は、市政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

高齢者人口が増加する中、高齢者が健康で生きがいを持ち、また介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちを目指して安城市版地域包括ケアシステムを推進するため、本市では、令和2年度に「安城市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の改定を予定しています。改定に先立ち、皆様の日常生活の実態やご意見・ご要望を幅広くお聞きするため、アンケート調査を実施することといたしました。

この調査は、市内にお住まいの65歳以上の方の中から約2,000人を無作為に抽出し、ご協力をお願いするものです。回答は、すべて統計的に処理いたします。回答された方が特定されたり、個人の回答内容が明らかにされたりすることはございません。また、ご回答の内容は計画策定の目的にのみ使用いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年11月

安城市長 神谷 学

記入にあたってのご注意

- 無記名のアンケートです。
- 鉛筆、シャープペンシルまたはボールペンでご記入ください。
- 封筒のあて名のご本人以外の方がお答えになる場合は、ご本人の立場で、ご本人の意思をくみとってご回答ください。
- 選択肢がある質問は、番号に○をつけてください。
- ご記入後、**12月10日(火)**までに、同封の返信用封筒に入れ、ポストに投函してください(切手は不要です)。

このアンケートについてのお問い合わせ先

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 電話 0566-71-2290

I. 家族や住まいについて

問1 性別について、お答えください **★必須**

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

問2 年齢について、お答えください **★必須**

※11月1日時点でお答えください

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

問3 お住まいの地区を中学校区で、お答えください **【独自】**

- | | | | |
|----------------|--------|-------|-------|
| 1. 東山 | 2. 安城北 | 3. 篠目 | 4. 安祥 |
| 5. 安城南 | 6. 安城西 | 7. 明祥 | 8. 桜井 |
| 9. わからない(町名:) | | | |

問4 家族構成をお教えてください。 **★必須**

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

問5 身長・体重をお教えてください。(それぞれ数字を記入) **★必須**

①身長

cm

②体重

kg

問6 あなたは介護をした経験がありますか。(○は1つだけ) **★必須**

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 特にない |
| 2. 手伝ったことがある |
| 3. したことがある、または現在している(ヘルパーなど職業も含みます) |

問 7 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 **★必須**

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)

問 8 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 **★必須**

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

問 9 お住まいは、一戸建て、または集合住宅のどちらですか **オプション**

1. 持家(一戸建て)
2. 持家(集合住宅)
3. 公営賃貸住宅こうえいちんたいじゅうたく
4. 民間賃貸住宅(一戸建て)みんかんちんたいじゅうたく
5. 民間賃貸住宅(集合住宅)みんかんちんたいじゅうたく
6. その他

問 10 あなたに介護・介助が必要になった時、または、必要な時に、主となって介護・介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 **【独自】**

※時間は、車・自転車・徒歩・電車など主な介護者が利用する方法を想定してご回答ください。

1. 同居・同一敷地内に住んでいる(配偶者を含む)
2. 20分以内のところ
3. 20分を超え1時間以内のところ
4. 1時間を超えるところ
5. 介護・介助を期待できる家族・親族・友人等はいない

問 11 認知症にかかる相談窓口の把握について

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。 **★必須**

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。 **★必須**

1. はい
2. いいえ

Ⅱ. 社会参加について

問 1 2 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか※①～⑧それぞれに回答してください ★必須

	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サロン※や町内健康体操 教室などの通いの場	1	2	3	4	5	6
②ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
③スポーツ関係のグループ やクラブ	1	2	3	4	5	6
④趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
⑤学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑥老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧収入のある仕事	1	2	3	4	5	6
⑨その他の会や団体	1	2	3	4	5	6

※高齢者の方を対象とした、地域の人との交流の場のこと。各町内公民館等で、ボランティアを中心に運営し、行動が消極的になりやすい高齢者の閉じこもり防止、仲間づくりに努めています。

問 1 3 問12①で「6. 参加していない」と回答した人にお聞きします。

サロンなどを利用していない理由を以下から選んでください。(○はいくつでも) 【独自】

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. そもそも、サロンや健康体操教室というものを知らない 2. 具体的にどのような活動をしているのか、わからない 3. どこで行われているか、わからない 4. 自宅の近くで行われていない 5. 親しい人がいないので参加しづらい 6. いろいろな人が集まる場所は苦手だから 7. もう少し、上の年齢になったら参加を考えたい 8. 健康上、参加が難しい 9. サロンの活動内容に興味がない 10. その他() |
|--|

問 1 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、いきい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 **★必須**

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

問 1 5 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、いきい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 **★必須**

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

問 1 6 今後、高齢者の支援や援助を目的とする、以下のようなボランティア活動・支え合い活動に参加したいですか(○はいくつでも) **【独自】**

※現在活動していて、続けていきたいことにも○をつけてください。

1. 高齢者を訪問し、話し相手をする
2. ちょっとした日常生活の手伝い(ゴミ出し、掃除、草むしり、電球替など)
3. 買物や通院など、外出の手伝い
4. 病院や福祉施設での手伝いや話し相手をする
5. 地域での高齢者の会食や憩いの場づくり
6. 日ごろの見守りや災害時の安否確認
7. 認知症についての啓発活動や認知症の方の見守り
8. 高齢者の健康づくりの支援活動
9. その他(具体的に:)
10. 参加したくない

Ⅲ. 健康について

問17 あなたの健康に関して、お尋ねします。 **★必須**

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、現在どの程度幸せですか **★必須**

(「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)

とても不幸										とても幸せ
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

★必須

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らない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか **★必須**

1. はい 2. いいえ

⑤ タバコは吸っていますか **★必須**

1. ほぼ毎日吸っている 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)
<small>のうそっちゅう のうしゅつけつ のうこうそくなど</small> |
| 4. 心臓病 | 5. 糖尿病
<small>とうにょうびょう</small> | 6. 高脂血症(脂質異常)
<small>こうしけつしょう しじつじょう</small> |
| 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
<small>じんぞう ぜんりつせん</small> | 10. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)
<small>きんこつかく こつそ</small> | |
| 11. 外傷(転倒・骨折等)
<small>がいしょう てんとう こっせつなど</small> | 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)
<small>にんちしょう</small> | 16. パーキンソン病 | |
| 17. 目の病気 | 18. 耳の病気 | 19. その他() |

IV. 日常生活について

問18 日常生活や運動についてはいかがですか。(それぞれ○は1つ)

① 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか **★必須**

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 **★必須**

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 15分位続けて歩いていますか **★必須**

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 過去1年間に転んだ経験がありますか **★必須**

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

⑤ 転倒に対する不安は大きいですか **★必須**

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

⑥ 週に1回以上は外出していますか **★必須**

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

⑦ 昨年と比べて外出の回数が減っていますか **★必須**

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

⑧ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか **★必須**

1. はい 2. いいえ

⑨ 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください **★必須**

(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

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

⑩ どなたかと食事をともにする機会がありますか **★必須**

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

⑪ 物忘れが多いと感じますか **★必須**

1. はい
2. いいえ

⑫ 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) **★必須**

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

⑬ 自分で食品・日用品の買物をしていますか **★必須**

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

⑭ 自分で食事の用意をしていますか **★必須**

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

⑮ 自分で請求書の支払いをしていますか **★必須**

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

⑯ 自分で預貯金の出し入れをしていますか **★必須**

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

⑰ 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。(追加)

- | | |
|-----------|--------------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に3～5日 |
| 3. 週に1～2日 | 4. ほとんど会話しない |

問19 あなたは、介護予防のためにどのようなことに取り組みたいですか。(○は3つまで)(追加)

- | |
|-------------------------|
| 1. 筋力を維持・向上すること |
| 2. 腰や膝の痛みが改善すること |
| 3. 食事・栄養を改善すること |
| 4. 嚙む、飲み込むなど口腔機能が改善すること |
| 5. 認知症の予防 |
| 6. うつや閉じこもりの予防 |
| 7. その他() |
| 8. 特にない |

問20 健康のため若い時(30～50代)に気をつけておけば良かったと思うことはありますか(あてはまるものすべてに○)(追加)

- | |
|-------------------------|
| 1. 野菜をたくさんとれば良かった |
| 2. 健康診査を受けておけば良かった |
| 3. 体力づくりや運動を習慣にすれば良かった |
| 4. たばこ・酒をひかえる又はやめれば良かった |
| 5. 歯を大切にすれば良かった |
| 6. 体重に気を付けておけば良かった |
| 7. その他() |

問21 外出(移動)に関することについてお聞きします。

① 現在、自動車の運転免許証を持っていますか。(追加)

- | |
|-------------------------------|
| 1. 持っている |
| 2. 元々、持っていない |
| 3. 持っていたが、すでに返納したので持っていない |
| 4. 持っているが、更新していない(有効期限が切れている) |

② 外出する時の移動手段(月1回以上)(あてはまるものすべてに○)【独自】

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. 自分で移動(自動車、自転車など) | |
| 2. 家族による送迎 | 3. 友人・地域住民・ボランティアによる送迎 |
| 4. タクシー | 5. バス |
| 6. NPO等の福祉有償運送 | 7. 外出は月1回未満である |
| 8. その他() | |

③ 今後、利用を増やしたい外出の方法【独自】

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. 自分で移動(自動車、自転車など) | |
| 2. 家族による送迎 | 3. 友人・地域住民・ボランティアによる送迎 |
| 4. タクシー | 5. バス |
| 6. NPO等の福祉有償運送 | 7. 特になし(今のままで良い) |
| 8. その他() | |

④ 外出する際の主な行き先・目的を以下から選んでください(あてはまるもの全てに○)。
(追加)

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1. 買い物 | 2. 病院 |
| 3. 銀行(金融機関) | 4. 公共施設(市役所・福祉センターなど) |
| 5. その他() | |

⑤ 外出(移動)をすることに関して、不便を感じたことがありますか。【独自】

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. 不便を感じたことがある | 2. 特に不便を感じない |
|----------------|--------------|

⑥ ⑤で「1.」と回答した方にお聞きします。

具体的にもっともお困りのことは何ですか(○は1つ)【独自】

- | |
|---------------------------|
| 1. 車・自転車がない、使えない |
| 2. 足腰が悪いなど、歩いて出かけることが難しい |
| 3. 家族や友人など、送迎をお願いできる人がいない |
| 4. バス、電車が使いにくい |
| 5. タクシー料金の負担が大きい |
| 6. その他() |

V. 介護や在宅医療について

問 2 2 あなたの住まいの地域で、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: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。(追加)

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 2 3 家族や友人・知人以外で、福祉や健康について困ったときに相談する相手を教えてください(いくつでも) **★必須**

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. 町内会・町内福祉委員会 | 2. 民生委員 |
| 3. 老人クラブ | 4. 地域包括支援センター |
| 5. 市役所 | |
| 6. 社会福祉協議会(福祉センター・地区社協) | |
| 7. 医師・歯科医師・薬剤師 | 8. 保健センター |
| 9. その他() | 10. そのような人はいない |

★必須

問 2 4 あなたには健康状態や病気のことを相談する身近な「かかりつけ医」がいますか

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. かかりつけ医がいる | 2. 特に、かかりつけ医はない |
|--------------|-----------------|

問 2 5 自宅で訪問診療(医師の往診を含む)や訪問看護を受けられることを、知っていますか **【独自】**

- | | | |
|------------|------------|---------|
| 1. よく知っている | 2. 少し知っている | 3. 知らない |
|------------|------------|---------|

問 2 6 もしも、あなたが食事や排せつ(トイレ)、着替えなどに介護・介助が必要になった場合に、どのように介護・介助をしてほしいとお考えですか(○は1つ) **【独自】**

1. 自宅で、家族などを中心に介護してほしい
2. 自宅で、外部の介護・生活支援サービス(ホームヘルプや見守り・配食等)を活用しながら介護してほしい
3. 高齢者向けの住宅(有料老人ホーム等)で、外部の介護・生活支援サービス(ホームヘルプや見守り・配食など)を活用しながら介護してほしい
4. 特別養護老人ホームなどの介護施設に入所(入居)して、施設の職員に介護してほしい
5. その他(具体的に:)

問 2 7 住み慣れた地域で暮らし続けるために、どのようなことが重要だとお考えですか
(3つまで) 【独自】

1. 食事(食べる行為)や排せつ(トイレ)など、こまめに介護サービスが自宅で受けられること
2. 訪問看護や訪問診療など自宅で適切な医療が受けられること
3. 食事の準備(調理・配膳等)、買物、洗濯、ごみ出しなど、日常生活の支援が受けられること
4. 認知症になっても適切な医療・介護・日常生活の支援が受けられること
5. 外出時の支援が受けられること
6. 見守りや話し相手、安否確認など、地域住民からの支援があること
7. 段差の解消や手すりの設置など、高齢者が暮らしやすい住宅であること
8. 心配になったときに、専門的な相談が受けられること
9. 緊急時に対応してもらえる仕組みがあること
10. 家族介護者に対する支援があること
11. その他()

問 2 8 あなたは、人生の最期を、どこで迎えたいですか(○は1つ) 【独自】

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

問 2 9 看取りに関することについてお聞きします。(追加)

- ① あなたは、人生の最終段階における医療・介護について、これまでに考えたことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

- ② あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、愛称:人生会議)について、知っていますか。

- | | | |
|------------|-------------|-----------|
| 1. よく知っている | 2. 聞いたことはある | 3. 全く知らない |
|------------|-------------|-----------|

③ 人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング)が重要とされています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどのように思いますか。

1. 賛成	2. 反対	3. わからない
-------	-------	----------

④ 人生の最終段階において、受けたい医療・介護、受けたくない医療・介護について、ご家族等や医療介護関係者と話し合ったことはありますか。

1. 詳しく話し合ったことがある	2. 一応、話し合ったことはある
3. 全く話し合ったことがない	

問30 あなたの住まいの地域について、どのようにお考えですか 【独自】

	① そう思う	② そう思う どちらかといえば	③ どちらかといえば そうは思わない	④ そうは思わない	⑤ わからない
高齢者が困ったときには、手助けをする雰囲気がある	1	2	3	4	5
認知症であっても、近所の人やお店の人が、温かく見守り助けてくれる	1	2	3	4	5
自宅で訪問医療や訪問看護が、必要になったときに受けられる	1	2	3	4	5
介護が必要になったときに、介護保険サービスを利用できる	1	2	3	4	5

■ 高齢者福祉・介護保険などについて、ご要望がありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

12月10日までに同封の返信用封筒に入れ、ポストに投函してください。