

## 第IV部 資料編



## 資料 1 大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 「あんしんプラン」第 8 期計画の策定経過

令和 2（2020）年度第 1 回大田原市介護保険運営協議会

日 時：令和 2（2020）年 7 月 9 日（木）  
午後 1 時 30 分から午後 3 時 25 分まで

場 所：大田原市役所本庁舎 1 階 102 会議室

内 容：

- (1) 令和元（2019）年度介護保険特別会計について
- (2) 令和元（2019）年度介護保険事業の実施状況について
- (3) 大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（あんしんプラン）第 7 期計画の進捗状況について
- (4) 大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（あんしんプラン）第 8 期計画の策定について
  - ① 計画の策定について
  - ② 国の基本指針について
  - ③ 計画策定に係る基礎調査について
  - ④ 策定スケジュールについて

令和 2（2020）年度第 2 回大田原市介護保険運営協議会

日 時：令和 2（2020）年 11 月 26 日（木）  
午後 1 時 30 分から午後 2 時 45 分まで

場 所：大田原市役所本庁舎 1 階 101・102 会議室

内 容：

- (1) あんしんプラン第 8 期計画素案について
- (2) 介護サービス基盤整備について
- (3) 第 8 期計画における介護保険料の推計について

令和 2（2020）年度第 3 回大田原市介護保険運営協議会

※新型コロナウイルス感染症予防の観点から書面送付による開催となりました。

送 付 日：令和 3（2021）年 1 月 18 日（月）

内 容：

- (1) あんしんプラン第 8 期計画（案）について
- (2) 第 8 期計画における介護保険料について

令和 2（2020）年度第 4 回大田原市介護保険運営協議会

日 時：令和 3（2021）年 2 月 25 日(木)

午後 1 時 30 分から午後 3 時まで

場 所：大田原市役所南別館 2 階会議室

内 容：

- (1) あんしんプラン第 8 期計画の諮問について
- (2) 令和 3 年度介護保険特別会計予算（案）について



## 資料2 大田原市介護保険運営協議会委員名簿

令和2(2020)年4月1日現在

No.	氏名	委員種別	職業又は所属
1	植木 重治	第1号被保険者	市いきいきクラブ連合会会長理事(大田原地区)
2	稲村 隆夫	第1号被保険者	// 副会長理事(湯津上地区)
3	高崎 清一	第1号被保険者	// 総務理事(黒羽地区)
4	渡部 貢	第2号被保険者	連合栃木那須地域協議会事務局次長
5	川上 千代子	第2号被保険者	在宅介護
6	松本 美代子	第2号被保険者	在宅介護
7	阿久津 雅章	介護サービス事業者	大田原市介護サービス事業者連絡協議会会長
8	根本 修	介護サービス事業者	// 副会長
9	八木 良	介護サービス事業者	// (地域密着型サービス部会長)
10	安藤 美代子	介護サービス事業者	// (居宅サービス部会長)
11	高橋 順一	介護サービス事業者	// (施設部会長)
12	会田 真由美	介護サービス事業者	大田原市ケアマネジャー連絡協議会会長
13	小野田 公	公益代表委員	国際医療福祉大学
14	磯 政裕	公益代表委員	那須郡市医師会大田原地区医師会会長
15	増山 茂樹	公益代表委員	那須郡市医師会大田原地区医師会
16	伊藤 都	公益代表委員	市女性団体連絡協議会会長
17	高安 喜久次	公益代表委員	市民生委員児童委員協議会連合会代表
18	川上 清	公益代表委員	市民生委員児童委員協議会連合会代表

## 資料3 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査票

第8期

### 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 【調査票】

#### はじめに

市民の皆さまには、日頃から大田原市の市政発展のためご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

大田原市では、来年度「大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（あんしんプラン）第8期計画」（計画期間：令和3年度～令和5年度）の策定を予定しております。

計画策定に当たり、この計画がより実のあるものとなるよう、皆さまの日頃の生活状況や大田原市の介護保険制度に対するご意見やご要望をお聞かせいただく「介護予防・日常生活圏域二一ズ調査」を実施いたします。

調査対象は、市内にお住まいの要介護1～5以外の65歳以上の方々から、5,000人の方を無作為に選びました。

お答えいただきました内容は、全て統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。

お忙しい中恐れ入りますが、調査の目的をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和2年1月

大田原市長 津久井 富雄

**調査票記入後は、3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、  
令和2年1月30日（木）までに投函（切手不要）してください。**

大田原市 保健福祉部 高齢者幸福課

## 記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、令和元年12月1日現在、要介護1～5以外の65歳以上の方です。
2. ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
3. ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する回答に☑(シ点チェック)をつけてください。また、その他( )には、具体的にご記入ください。
4. 数字を記入する欄は右詰め(例 

0	6	2
---	---	---

 kg)でご記入ください。
5. この調査で使う用語の意味は、以下のとおりです。  
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも、  
常時ご家族などの援助を受けている状態  
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態

## 個人情報の取扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただけたものと見なさせていただきます。

### 【個人情報の保護および活用目的について】

- ◆この調査は、効果的な介護予防施策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定と効果評価の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、大田原市が適切に管理いたします。
- ◆ただし、計画策定時および効果評価時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

### 【この調査のお問い合わせ先】

大田原市 保健福祉部 高齢者幸福課 介護管理係  
〒324-8641 大田原市本町1丁目4番1号  
電 話：0287-23-8865

質問の該当する答えに☑（レ点チェック）をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

①. 記入日について、ご回答ください
令和2年          月          日
②. 調査票を記入されたのはどなたですか（回答は1つ）
<input type="checkbox"/> あて名のご本人が記入
<input type="checkbox"/> ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄 _____）
<input type="checkbox"/> その他

**問1**    あなたのご家族や生活状況について

**(1) 家族構成をお教えてください（回答は1つ）**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1人暮らし             | <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） |
| <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） | <input type="checkbox"/> 息子・娘との2世帯         |
| <input type="checkbox"/> その他               |  |

**(2) 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（回答は1つ）**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 介護・介助は必要ない                                       |
| <input type="checkbox"/> 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない                         |
| <input type="checkbox"/> 現在、何らかの介護を受けている<br>（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） |

【(2) において「介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

①介護・介助が必要になった主な原因はなんですか  
(あてはまるものすべてに回答)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)<br><small>のうそっちゅう のうしゅっけつ・のうこうそく</small> | <input type="checkbox"/> 心臓病                                      |
| <input type="checkbox"/> がん (悪性新生物)  | <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等)<br><small>はいきしゅ</small> |
| <input type="checkbox"/> 関節の病気 (リウマチ等)   | <input type="checkbox"/> 認知症 (アルツハイマー病等)<br><small>にんちしょう</small> |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病   | <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><small>とうにょうびょう</small>           |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患 (透析)<br><small>じんしっかん どうせき</small>                  | <input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障害<br><small>しかく ちょうかくしょうがい</small> |
| <input type="checkbox"/> 骨折・転倒<br><small>こっせつ てんとう</small>                       | <input type="checkbox"/> 脊椎損傷<br><small>せきついそんしょう</small>         |
| <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱<br><small>すいじゃく</small>                         | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                  |
| <input type="checkbox"/> 不明  |   |

【(2) において「現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

②主にどなたの介護・介助を受けていますか (あてはまるものすべてに回答)

- |                                      |                                  |                                |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者 (夫・妻)   | <input type="checkbox"/> 息子      | <input type="checkbox"/> 娘     |
| <input type="checkbox"/> 子の配偶者       | <input type="checkbox"/> 孫       | <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 |
| <input type="checkbox"/> 介護サービスのヘルパー | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |

(3) 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 (回答は1つ)

- |                                   |                                   |                              |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大変苦しい    | <input type="checkbox"/> やや苦しい    | <input type="checkbox"/> ふつう |
| <input type="checkbox"/> ややゆとりがある | <input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある |                              |

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか (回答は1つ)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 持家 (一戸建て)                                     | <input type="checkbox"/> 持家 (集合住宅)                                     |
| <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅<br><small>こうえいちんたいじゅうたく</small>        | <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅 (一戸建て)<br><small>みんかんちんたいじゅうたく</small> |
| <input type="checkbox"/> 民間賃貸住宅 (集合住宅)<br><small>みんかんちんたいじゅうたく</small> | <input type="checkbox"/> 借家  |
| <input type="checkbox"/> その他   |  |



(9) 外出する際の移動手段は何ですか (あてはまるものすべてに回答)

- |                                      |   |                               |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徒歩          | <input type="checkbox"/> 自転車            | <input type="checkbox"/> バイク  |
| <input type="checkbox"/> 自動車 (自分で運転) | <input type="checkbox"/> 自動車 (人に乗せてもらう) | <input type="checkbox"/> 電車   |
| <input type="checkbox"/> 路線バス        | <input type="checkbox"/> 病院や施設のバス       | <input type="checkbox"/> 車いす  |
| <input type="checkbox"/> 電動車いす (カート) | <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー     | <input type="checkbox"/> タクシー |
| <input type="checkbox"/> その他 (       |   | )                             |

### 問3 食べることについて

(1) 身長・体重をご記入ください

身長    cm                      体重    kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (回答は1つ)

- はい                                       いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか (回答は1つ)

- はい                                       いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか (回答は1つ)

- はい                                       いいえ

(5) 歯磨き (人にやってもらう場合も含む) を毎日していますか (回答は1つ)

- はい                                       いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください (回答は1つ)  
(成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし |
| <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 | <input type="checkbox"/> 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし |

①<sup>か</sup>噛み合わせは良いですか (回答は1つ)

- はい                                       いいえ

【(6)において「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】		
②毎日入れ歯の手入れをしていますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(8) どなたかと食事をとにする機会がありますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> 毎日ある	<input type="checkbox"/> 週に何度かある	<input type="checkbox"/> 月に何度かある
<input type="checkbox"/> 年に何度かある	<input type="checkbox"/> ほとんどない	

<b>問4</b>	<b>毎日の生活について</b>	
(1) 物忘れが多いと感じますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(4) 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) (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない
(6) 自分で食事の用意をしていますか (回答は1つ)		
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない	<input type="checkbox"/> できない



(7) 自分で請求書の支払いをしていますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない
<input type="checkbox"/> できない	
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> できるし、している	<input type="checkbox"/> できるけどしていない
<input type="checkbox"/> できない	
(9) 年金などの書類 (役所や病院などに出す書類) が書けますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(10) 新聞を読んでいますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(11) 本や雑誌を読んでいますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(13) 友人の家を訪ねていますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(14) 家族や友人の相談にのっていますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(15) 病人を見舞うことができますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(17) 趣味はありますか。ある場合は ( ) 内にご記入ください (回答は1つ)	
<input type="checkbox"/> 趣味あり	—————→ ( )
<input type="checkbox"/> 思いつかない	

(18) 生きがいがありますか。ある場合は ( ) 内にご記入ください  
(回答は1つ)

- 生きがいあり → ( )
- 思いつかない

**問5** 地域での活動について

(1) 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(それぞれ回答は1つ)

	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 ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② スポーツ関係のグループ やクラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ ほほえみセンター・ささえ愛サロン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2) 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(回答は1つ)

- 是非参加したい  参加してもよい  参加したくない  既に参加している

(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(回答は1つ)

- 是非参加したい  参加してもよい  参加したくない  既に参加している

**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」についておうかがいします

**(1) あなたの心配事や愚痴ぐちを聞いてくれる人 (あてはまるものすべてに回答)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> 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  
(あてはまるものすべてに回答)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**(3) あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人  
(あてはまるものすべてに回答)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> そのような人はいない |                                 |

**(4) 反対に、看病や世話をしてあげる人 (あてはまるものすべてに回答)**

- |                                      |                                     |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者         | <input type="checkbox"/> 同居の子ども     | <input type="checkbox"/> 別居の子ども |
| <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | <input type="checkbox"/> 近隣         | <input type="checkbox"/> 友人     |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     | <input type="checkbox"/> 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  
(あてはまるものすべてに回答)**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自治会・町内会・老人クラブ  | <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー        | <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・看護師  |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・市役所 | <input type="checkbox"/> その他          |
| <input type="checkbox"/> そのような人はいない     |                                       |

<b>(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか (回答は1つ)</b>		
<input type="checkbox"/> 毎日ある	<input type="checkbox"/> 週に何度かある	<input type="checkbox"/> 月に何度かある
<input type="checkbox"/> 年に何度かある	<input type="checkbox"/> ほとんどない	
<b>(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか 同じ人には何度会っても1人と数えることとします (回答は1つ)</b>		
<input type="checkbox"/> 0人 (いない)	<input type="checkbox"/> 1~2人	<input type="checkbox"/> 3~5人
<input type="checkbox"/> 6~9人	<input type="checkbox"/> 10人以上	
<b>(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (あてはまるものすべてに回答)</b>		
<input type="checkbox"/> 近所・同じ地域の人	<input type="checkbox"/> 幼なじみ	
<input type="checkbox"/> 学生時代の友人	<input type="checkbox"/> 仕事での同僚・元同僚	
<input type="checkbox"/> 趣味や関心が同じ友人	<input type="checkbox"/> ボランティア等の活動での友人	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> いない	

### 問7 健康について

<b>(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか (回答は1つ)</b>										
<input type="checkbox"/> とてもよい		<input type="checkbox"/> まあよい			<input type="checkbox"/> あまりよくない			<input type="checkbox"/> よくない		
<b>(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (回答は1つ)</b> (「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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(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 (回答は1つ)</b>										
<input type="checkbox"/> はい					<input type="checkbox"/> いいえ					
<b>(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 (回答は1つ)</b>										
<input type="checkbox"/> はい					<input type="checkbox"/> いいえ					

**(5) お酒は飲みますか (回答は1つ)**

- ほぼ毎日飲む       時々飲む       ほとんど飲まない  
 もともと飲まない

**(6) タバコは吸っていますか (回答は1つ)**

- ほぼ毎日吸っている       時々吸っている       吸っていたがやめた  
 もともと吸っていない

**(7) 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回答)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> 高血圧  |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)<br><small>のうそっちゅう　のうしゅっけつ・のうこうそくなど</small> | <input type="checkbox"/> 心臓病  |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><small>とうりょうびょう</small>                            | <input type="checkbox"/> 高脂血症 (脂質異常)<br><small>こうしけっしょう　しつじいじょう</small>         |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)   | <input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・胆のうの病気   |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・前立腺の病気<br><small>じんぞう　ぜんりつせん</small>                   | <input type="checkbox"/> 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)<br><small>きんこつかく　こつそ　しじょう</small> |
| <input type="checkbox"/> 外傷 (転倒・骨折等)<br><small>がいしょう　てんどう　こっせつなど</small>           | <input type="checkbox"/> がん (悪性新生物)   |
| <input type="checkbox"/> 血液・免疫の病気<br><small>めんえき</small>                           | <input type="checkbox"/> うつ病  |
| <input type="checkbox"/> 認知症 (アルツハイマー病等)<br><small>にんちしょう</small>                  | <input type="checkbox"/> パーキンソン病  |
| <input type="checkbox"/> 目の病気  | <input type="checkbox"/> 耳の病気   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |

**問8 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  
(回答は1つ)**

- はい       いいえ

**(2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか (回答は1つ)**

- はい       いいえ

**問9 介護保険事業・高齢者施策について**

(1) 介護予防のために以下のような事業への参加を紹介された場合、どれに参加したいですか (あてはまるものすべてに回答)

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 運動 (筋力向上) | <input type="checkbox"/> 転倒予防          | <input type="checkbox"/> 腰痛・膝痛対策・予防         |
| <input type="checkbox"/> 栄養        | <input type="checkbox"/> 口腔 (お口の中の手入れ) | <input type="checkbox"/> 認知症予防              |
| <input type="checkbox"/> 閉じこもり予防   | <input type="checkbox"/> うつ予防          | <input type="checkbox"/> その他 (            ) |

(2) 今後、本市が取組むべき高齢者施策として、次のうちどれを優先して充実すべきだとお考えですか (回答は2つまで)

- 介護予防や寝たきり予防のための支援
- 健康の増進や教養向上のための支援
- ボランティアや地域活動の支援や参加促進
- 在宅高齢者を支える保健福祉サービスの充実
- 道路段差解消など外出しやすいまちづくり
- ひとり暮らし高齢者の見守りなど支えあいの地域づくり
- 成年後見・虐待防止等の権利擁護のとりくみ
- その他 (            )

(3) 介護保険料について、あなたのお考えに近いものはどれですか (回答は1つ)

- 保険料が多少高くても介護サービスが充実している方がよい
- ほどほどの保険料で、ある程度の介護サービスが受けられればよい
- 介護サービスが多少抑えられても、保険料が安い方がよい
- わからない

**(4) 介護保険制度をよくするため、あなたは次のうちどれに力を入れるべきだとお考えですか (回答は3つまで)**

- 介護サービスの利用が増えるよう、啓発・PRを進めること
- 在宅生活が続けられるための在宅介護サービスを充実させること
- 生活機能の維持回復を図る予防サービスを充実させること
- 要介護認定の申請手続きやサービスを充実させること
- 困ったときに気軽に相談できる場所を増やすこと
- 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
- サービス事業者の質の向上に努めること
- 特別養護老人ホームなどの施設を増やしていくこと
- 生活が困難と認められる低所得者への対策を講じること
- その他 ( )
- わからない

**問10 在宅医療について**

**(1) あなたが病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合、自宅で療養したいと思いますか (回答は1つ)**

- そう思う
- そう思わない

**【(1)において「そう思う」の方のみ】**

**① 自宅での療養は可能だと思いますか (回答は1つ)**

- 実現可能だと思う
- 実現は難しいと思う

**【①において「実現は難しいと思う」の方のみ】**

**②自宅での療養が難しいと思う理由は何ですか（回答は3つまで）**

- 急に病状が悪化した時の対応が不安だから
- 家族に負担がかかるから
- 療養できる部屋やトイレなどの療養環境が整っていないから
- 自宅に往診してくれる医師や看護師が見つからないから
- 介護してくれる家族がないから
- 医師や看護師に自宅の中を見られたくないから
- その他

**【(1)において「そう思わない」の方のみ】**

**③自宅での療養を希望しない理由は何ですか（回答は3つまで）**

- 急に病状が悪化した時の対応が不安だから
- 家族に負担がかかるから
- 療養できる部屋やトイレなどの療養環境が整っていないから
- 自宅に往診してくれる医師や看護師が見つからないから
- 介護してくれる家族がないから
- 医師や看護師に自宅の中を見られたくないから
- その他

**(2) 在宅医療を支える仕組みのひとつに「訪問診療(※)」がありますが、あなたはこのサービスを知っていますか（回答は1つ）**

※「訪問診療」とは、通院が困難な患者の自宅等を医師が定期的に訪問して行う医療サービスのことです

- 利用したことがある
- 内容は知っているが、利用したことはない
- 内容は知らないが、聞いたことはある
- 聞いたこともない



(3) 在宅医療を支える仕組みのひとつに「訪問看護(※)」がありますが、あなたはこのサービスを知っていますか(回答は1つ)

※「訪問看護」とは、看護師が医師の指示を受け、患者の自宅等を訪問して行う看護サービスのことです

- 利用したことがある  内容は知っているが、利用したことはない  
 内容は知らないが、聞いたことはある  聞いたこともない

(4) あなたが病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合、病院や介護事業所が近くにある地域(市内中心部など)に住み替えたいと思いますか(回答は1つ)

- そう思う  そう思わない  
 すでにそうした地域に住んでいる

#### 問11 成年後見制度について

(1) 成年後見制度を知っていますか(回答は1つ)

※成年後見制度とは、20歳以上の方が知的障害や精神障害、認知症などによって判断能力が不十分な場合、契約などで不利益を被ってしまうことを防ぐために保護・支援する制度です

- 制度の内容を理解している  制度があることは知っている  
 全く知らない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。  
調査票を3つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、  
令和2年1月30日(木)までに投函(切手不要)してください。

## 資料4 在宅介護実態調査票

### 大田原市在宅介護実態調査 調査票

被保険者番号[ \_\_\_\_\_ ]

**この調査票の該当する番号に直接○をご記入ください。**

※【★】の設問には必ずご回答ください。

**【聞き取りを行った相手の方は、どなたですか】（複数選択可）**

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 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. 調査対象者のケアマネジャー    |
| 5. その他           |                     |

#### **A票 認定調査員が、概況調査等と並行して記載する項目**

**【★】問1 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 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                     | } 問8(裏面)へ |           |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない |           | } 問3～問13へ |
| 3. 週に1～2日ある               |           |           |
| 4. 週に3～4日ある               |           |           |
| 5. ほぼ毎日ある                 |           |           |

**問3 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4 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5 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 |        |

問6 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. わからない |
|---------|-----------|

【★】問7 ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)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。

● ここから再び、全員に調査してください。

問8 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9 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 10 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)

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、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 11 ご本人(認定調査対象者)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 12 ご本人(認定調査対象者)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 13 現在、(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

● 問 13 で「2.」を回答した場合は、問 14 も調査してください。

問 14 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

● 問2で「2.」～「5.」を回答し、さらに「主な介護者」が調査に同席している場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いしてください。

● 「主な介護者」の方が同席されていない場合は、ご本人(調査対象者の方)にご回答・ご記入をお願いしてください(ご本人にご回答・ご記入をお願いすることが困難な場合は、無回答で結構です)。

## 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。特に【★】の設問には必ずご回答いただけますようお願いいたします。

【★】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5へ  |
| 2. パートタイムで働いている       |   |         |
| 3. 働いていない             | } | 問5(裏面)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(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、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思えますか(3つまで選択可)

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない  | 2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実        |
| 3. 制度を利用しやすい職場づくり         | 4. 労働時間の柔軟な選択(フレックスタイム制など) |
| 5. 働く場所の多様化(在宅勤務・テレワークなど) | 6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供       |
| 7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置    | 8. 介護をしている従業員への経済的な支援      |
| 9. その他                    | 10. 特になし                   |
| 11. 主な介護者に確認しないと、わからない    |                            |

【★】問4 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        | 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 |                     |

● **ここから再び、全員の方にお伺いします。**

【★】問5 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。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、特にない |
| 17. 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。



---

大田原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

## あんしんプラン（第8期計画）

令和3（2021）年3月



発行 大田原市

編集 大田原市保健福祉部高齢者幸福課

住所 〒324-8641

栃木県大田原市本町 1-4-1

TEL 0287-23-8865

URL <http://www.city.ohawara.tochigi.jp>

---





