

## 二宮町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

日頃から二宮町の福祉行政に、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、二宮町では、令和5年度に高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の見直しを行うにあたり、より効果的な介護予防政策の立案に資するため、アンケート調査を実施いたします。

この調査は65歳以上（介護保険の要介護認定者を除く）の方の生活実態などについて、無作為に抽出した方を対象に実施するものです。本調査で収集した情報は、計画策定の目的以外には利用いたしませんので、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和4年11月

### ご記入にあたってのお願い

1. 令和4年11月1日の状況でご回答ください。
2. 調査票及び封筒は、無記名で構いません。
3. 調査票は、できるだけ宛名ご本人様にご回答ください。ご記入が難しい場合はご家族の方等にご記入ください。
4. 該当する番号を○で囲み、その他（ ）には、具体的にご記入ください。
5. 調査票は、令和4年12月5日（月）までに同封の返信用封筒に入れてお送りください（切手を貼る必要はありません）。

#### 【問合せ先】

二宮町健康福祉部高齢介護課	高齢福祉班
電話（直通）	0463（75）9542
FAX	0463（73）0134

調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。

- 1. あて名のご本人が記入
- 2. ご家族が記入（あて名のご本人からみた続柄）
- 3. その他

## 1 あなたご自身やご家族、生活状況について

問1 あなたの性別について、ご回答ください（1つを選択）

- 1. 男性
- 2. 女性

問2 あなたの年齢をご回答ください。

（ ）歳

問3 あなたの介護保険の要介護度をお答えください（1つを選択）

- 1. 介護の認定は受けていない
- 2. 総合事業対象者
- 3. 要支援1
- 4. 要支援2

問4 家族構成をお教えてください（1つを選択）

- 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 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つを選択）

- 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 10 15分位続けて歩いていますか（1つを選択）

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

問 11 過去1年間に転んだ経験がありますか（1つを選択）

- |          |         |       |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

問 12 転倒に対する不安は大きいですか（1つを選択）

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

問 13 週に1回以上は外出していますか（1つを選択）

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

問 14 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（1つを選択）

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

問 15 外出を控えていますか（1つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 15で「1」と回答した方にお伺いします。

問 15-1 外出を控えている理由は、次のどれですか（複数選択可）

- |                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| 1. 病気             | 2. 障害（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（                      ） |

問 16 外出する際の移動手段は何ですか（複数選択可）

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 徒歩              | 2. 自転車             |
| 3. バイク             | 4. 自動車（自分で運転）      |
| 5. 自動車（人に乗せてもらう）   | 6. 電車              |
| 7. バス（コミュニティバスを除く） | 8. コミュニティバス（にの♥バス） |
| 9. 病院や施設のバス        | 10. 車いす            |
| 11. 電動車いす（カート）     | 12. 歩行器・シルバーカー     |
| 13. タクシー           |                    |
| 14. その他（           | ）                  |

### 3 食べることについて

問 17 身長・体重をご記入ください

- |      |     |
|------|-----|
| ①身長（ | ）cm |
| ②体重（ | ）kg |

問 18 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（1つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 19 お茶や汁物等でむせることがありますか（1つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 20 口の渇きが気になりますか（1つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 21 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（1つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 22 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）（1つを選択）

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

問 22-1 噛み合わせは良いですか（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 22で「1」または「3」と回答した方にお伺いします。

問 22-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 23 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 24 どなたかと食事をとにもする機会がありますか（1つを選択）

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

#### 4 毎日の生活について

問 25 物忘れが多いと感じますか（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 26 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（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 27 今日が何月何日かわからない時がありますか（1つを選択）

1. はい

2. いいえ

問 28 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）（1つを選択）

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

問 29 自分で食品・日用品の買物をしていますか（1つを選択）

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

問 30 自分で食事の用意をしていますか（1つを選択）

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

問 31 自分で請求書の支払いをしていますか（1つを選択）

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

問 32 自分で預貯金の出し入れをしていますか（1つを選択）

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

問 33 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（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 34 新聞を読んでいますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 35 本や雑誌を読んでいますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 36 健康についての記事や番組に関心がありますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 37 友人の家を訪ねていますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 38 家族や友人の相談にのっていますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 39 病人を見舞うことができますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 40 若い人に自分から話しかけることがありますか（1つを選択）

1. はい                                              2. いいえ

問 41 趣味はありますか。ある場合は（                      ）内にご記入ください（1つを選択）

1. 趣味あり（                                              ）  
2. 思いつかない

問 42 生きがいがありますか。ある場合は（                      ）内にご記入ください（1つを選択）

1. 生きがいあり（                                              ）  
2. 思いつかない



## 6 あなたとまわりの人の「助け合い」について

問 48 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（複数選択可）

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 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 49 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（複数選択可）

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 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 50 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（複数選択可）

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 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 51 反対に、看病や世話をしてあげる人（複数選択可）

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 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 52 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（複数選択可）

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. 自治会・町内会・ゆめクラブ   | 2. 民生委員          |
| 3. 社会福祉協議会         | 4. ケアマネジャー       |
| 5. 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 | 6. 地域包括支援センター・役場 |
| 7. その他             | 8. そのような人はいない    |

問 53 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（1つを選択）

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

問 54 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（1つを選択）

- |            |          |         |
|------------|----------|---------|
| 1. 0人（いない） | 2. 1～2人  | 3. 3～5人 |
| 4. 6～9人    | 5. 10人以上 |         |

問 55 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか（複数選択可）

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人  | 2. 幼なじみ           |
| 3. 学生時代の友人    | 4. 仕事での同僚・元同僚     |
| 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他        | 8. いない            |

## 7 日常生活支援サービスについておたずねします

問 56 今後、日常生活に必要となる支援サービスまたは充実が必要と思う支援サービスはどのようなものですか（あてはまるものすべてに○）

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| 1. 配食           | 2. 調理       |
| 3. 掃除           | 4. 洗濯       |
| 5. 買い物（配食は含まない） | 6. ゴミ出し     |
| 7. 外出同行         | 8. 移送サービス   |
| 9. 見守り・声掛け      | 10. 地域の通いの場 |
| 11. その他（        | ）           |
| 12. 特になし        |             |

問 57 地域の高齢者の方がお困りのことがあれば、お手伝いすることは可能ですか（現在あるいは将来的にいずれかでも結構です）（1つを選択）

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1. 現在している              |   |
| 2. ボランティアでお手伝いする気持ちはある |   |
| 3. 多少の報酬があれば手伝いたい      |   |
| 4. そういう気持ちはなれない        |   |
| 5. 健康上できない             |   |
| 6. 時間がない               |   |
| 7. その他（                | ） |

問 57で「1」「2」「3」のいずれかを答えた方にお伺いします。

問 57-1 どのようなことお手伝いができますか（あてはまるものすべてに○）

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| 1. 配食           | 2. 調理       |
| 3. 掃除           | 4. 洗濯       |
| 5. 買い物（配食は含まない） | 6. ゴミ出し     |
| 7. 外出同行         | 8. 移送サービス   |
| 9. 見守り・声掛け      | 10. 地域の通いの場 |
| 11. その他（        | ）           |

## 8 健康について

問 58 現在のあなたの健康状態はいかがですか（1つを選択）

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

問 59 あなたは、現在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、ご記入ください）

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

問 60 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つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 61 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つを選択）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 62 お酒は飲みますか（1つを選択）

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む   | 2. 時々飲む     |
| 3. ほとんど飲まない | 4. もともと飲まない |

問 63 タバコは吸っていますか（1つを選択）

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

問 64 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（複数選択可）

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 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（            | ）                       |

## 9 認知症高齢者支援について

問 65 認知症についてどのようなことを不安に感じますか（3つまで選択可）

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1. 認知症の相談先・受診先   | 2. 認知症の症状の進行        |
| 3. 介護者の身体的負担     | 4. 介護者の精神的ストレス      |
| 5. 介護者の経済的負担     | 6. 家庭内の人間関係         |
| 7. 近所の人などの無理解や偏見 | 8. 財産管理             |
| 9. その他（          | ） 10. 不安に感じていることはない |

問 66 認知症対策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと考えますか（5つまで選択可）

- |                                          |   |
|------------------------------------------|---|
| 1. 「認知症初期集中支援チーム」の関わり                    |   |
| 2. 予防教室や講演会などの支援                         |   |
| 3. 家族の交流会や家族相談会などの支援（認知症カフェ）             |   |
| 4. 認知症の人と直接かかわり、本人の体験や本人が必要としていることを聞く    |   |
| 5. 家族向け研修会の開催（認知症の介護・コミュニケーション方法など）      |   |
| 6. 行方不明時の対処策の充実（ネットワーク形成・探知システム・声かけ運動など） |   |
| 7. 認知症を見守るボランティアの養成（認知症サポーターなど）          |   |
| 8. 学校教育や地域行事での住民啓発                       |   |
| 9. 成年後見制度や虐待防止など制度の充実                    |   |
| 10. 介護従事者（ヘルパーなど）に対する研修                  |   |
| 11. 認知症グループホームや特別養護老人ホームなどの施設整備          |   |
| 12. 若年性認知症に対する支援                         |   |
| 13. その他（                                 | ） |

※上記1.の「認知症初期集中支援チーム」とは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられることを目的として、医療・福祉・行政等の複数の専門職で構成されたチームのことを言います。認知症が疑われる方やその家族に早期に関わり、認知症初期の方を適切な支援機関に結び付け、早期発見・早期対応に向けた支援を行います。

問 67 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人はいますか（1つを選択）。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 68 認知症に関する相談窓口を知っていますか（1つを選択）。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|



## 10 在宅医療と介護、看取りについて

問 71 あなたに介護と医療が必要な場合、どこでどのように暮らしたいと思いますか。  
(1つを選択)

1. できれば自宅で、家族、親族のみの介護をうけながら必要な医療を受けて暮らしたい
2. 必要な医療や介護サービス、福祉サービスを利用しながら、自宅で暮らしたい
3. 老人ホームやサービス付高齢者向け住宅などの施設に移って、医療や介護サービスを受けたい
4. 病院で治療を受けたい
5. わからない
6. その他 ( )

問 72 ご親族に介護と医療が必要な場合、どこでどのように暮らしてほしいと思いますか  
(1つを選択)

1. できれば自宅で、家族、親族のみの介護をうけながら必要な医療を受けて暮らしてほしい
2. 必要な医療や介護サービス、福祉サービスを利用しながら、自宅で暮らしてほしい
3. 老人ホームやサービス付高齢者向け住宅などの施設に移って、医療や介護サービスを受けながら暮らしてほしい
4. 病院で治療を受けてほしい
5. わからない
6. その他 ( )

問 73 あなたは自宅で最期を迎えたいと思いますか (1つを選択)

1. はい
2. いいえ
3. わからない

問 73 で「2」と回答した方にお伺いします。

問 73-1. その理由は何ですか (複数選択可)

1. 居住環境が整っていない
2. 介護してくれる家族に負担をかけたくない
3. 介護をしてくれる家族がいない・少ない
4. 家族関係に問題がある
5. 往診してくれる医師がいない
6. 訪問看護・介護のサービスが整っていない
7. 24時間相談にのってくれるところがない
8. 病状が急変したときが不安
9. その他 ( )

問 74 介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活をするための在宅医療や在宅介護が課題となっていますがどのような整備が必要と思いますか。(3つまで選択可)

1. 在宅介護や在宅医療の相談窓口の充実
2. 定期的に訪問診療や訪問看護が受けられる体制
3. 24時間対応の在宅医療体制
4. 容態急変時や必要時の入院体制
5. 医療・介護関係機関の連携強化
6. 看取りについての相談窓口
7. その他 ( )

## 11 消費者被害等について

問 75 あなたは、過去5年以内に商品購入やサービスの質、契約上のトラブルなどがありましたか(3つまで選択可)

1. 訪問販売でトラブルにあったことがある
2. 通信販売(インターネット・ハガキ等による購入)でトラブルにあったことがある
3. 購入商品の質でトラブルにあったことがある
4. 投資関係でトラブルにあったことがある
5. 住宅リフォーム(改装、改築)でトラブルにあったことがある。
6. その他トラブル ( )
7. 消費トラブルにあったことはない

問 76 あなたは、商品購入やサービスの質、契約上のトラブルがあった場合の相談先として、消費生活相談窓口があることをご存知ですか(1つを選択)

1. 行政機関に消費生活相談窓口があることを知っている(平塚市消費生活センター、かながわ中央消費生活センター等)
2. 行政機関に消費生活相談窓口があることは知らなかった

## 12 災害時等の支援について

問 77 あなたには、災害時や緊急時に身近で手助けをしてくれる人がいますか（1つを選択）

1. いる

2. いない

問 77 で「1. いる」と答えた方にお伺いします。

問 77-1 その人はどなたですか（複数選択可）

1. 配偶者

2. 同居の家族・親族

3. 別居の家族・親族

4. 近所の人

5. 民生委員

6. 友人

7. その他（

）

問 78 あなたには、災害時や緊急時に身近で手助けをする人がいますか（1つを選択）

1. いる

2. いない

問 78 で「1. いる」と答えた方にお伺いします。

問 78-1 その人はどなたですか（複数選択可）

1. 配偶者

2. 同居の家族・親族

3. 別居の家族・親族

4. 近所の人

5. 友人

6. その他（

）



## 14 高齢者福祉政策全般について

問 82 「ことわらない相談窓口」を知っていますか。(1つを選択)

- |          |                        |
|----------|------------------------|
| 1. 知っている | 2. 聞いたことはあるが詳しい内容は知らない |
| 3. 知らない  |                        |

ことわらない相談窓口」は、介護や子育てのダブルケアや、高齢の親と同居しているひきこもりの子がいる世帯など、複合的な課題を抱える方に対して、関係機関と連携し課題解決に向け支援する福祉の相談窓口です。

問 83 町が取り組むべき高齢者の施策として、今後、特に充実させてほしいことは何ですか  
(複数選択可)

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 生きがいづくり・地域活動参加への支援     |
| 2. 就労支援                   |
| 3. 在宅の高齢者を支える福祉サービスの充実    |
| 4. 特別養護老人ホームや老人保健施設の整備    |
| 5. 医療施設(病院、診療所)の整備        |
| 6. 健康管理・健康づくりへの支援         |
| 7. 声かけや見守りなど一人暮らし高齢者への支援  |
| 8. 介護予防対策の充実              |
| 9. 認知症高齢者への支援             |
| 10. 高齢者虐待防止対策             |
| 11. 高齢者を介護している家族等への支援     |
| 12. 地域のボランティア活動・組織の支援     |
| 13. 高齢者の人権・財産などを守る相談窓口の充実 |
| 14. 外出しやすい道路や施設の整備        |
| 15. 高齢者向け住宅の整備            |
| 16. 災害対策                  |
| 17. 防犯対策・悪質商法対策           |
| 18. その他 ( )               |
| 19. 特にない                  |

◎ その他、町の高齢者施策に関してご意見、ご要望等がございましたら、お書きください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

