

# (案)

1-《連番》

## 寒川町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票

— 調査へのご協力をお願い —

皆様には、日頃より町政にご理解ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

町では、令和8年度に予定している「第10次寒川町高齢者保健福祉計画（介護保険事業計画）」の策定に先立ち、皆様の日常生活の実態や高齢福祉・介護保険のサービス等に対するご意見を幅広くお聞きするためのニーズ調査を実施いたします。

この調査は、令和7年11月1日現在で65歳以上の方から、要介護の認定を受けていない400名を無作為に選ばせていただき実施するものです。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきご協力をお願いいたします。

令和7年12月

寒川町長 木村俊雄

### ◆この調査票のご記入にあたってのお願い◆

- 回答は原則として、封筒のあて名の方ご本人がお答え下さい。
- あて名のご本人が回答できない場合は、ご家族の方、介助者の方などが、ご本人の立場で（ご本人の意見に沿って）お答え下さい。
- この調査で「あなた」とあるのは、『あて名ご本人』のことです。
- 回答はあてはまる選択肢の番号に直接○印をつけてお答えください。
- 「その他」と回答された場合は、（ ）内に具体的にその内容をご記入ください。
- 回答していただく方が限られる設問もありますので、ご注意ください。
- ニーズ調査票や返信用封筒には、住所・氏名を記入する必要はありません。また、返信用封筒の中には、ニーズ調査票以外のものは入れないで下さい。
- ご記入いただいた調査票は、1月●日（●）までに、同封の返信用封筒にてご返送願います。（切手は不要です）
- ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。ただし、計画策定時に厚生労働省のデータベースに情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがありますのでご了承ください。
- 転出・死亡・長期の入院（6ヵ月以上）等の理由で、あて名ご本人が既に寒川町にお住まいでない場合は、ご回答いただかなくても結構です。お手数ですが、調査票はご処分ください。

### 《お問い合わせ》

寒川町役場 高齢介護課

電話 0467-74-1111（内線：131、134）

## 問 1 あなたのご家族や生活状況についておうかがいします

### (1) 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)へ
2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上) →(付問1-1)へ
3. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳未満) →(付問1-1)へ
4. 息子・娘との2世帯 →(付問1-1)へ
5. その他( ) →(付問1-1)へ

(1)で「2」「3」「4」「5」と回答した方にうかがいます。 ※「1」の方は(2)へ

### (付問1-1) 日中、5時間以上1人になることがありますか(1つを選択)

1. よくある
2. たまにある
3. ない

### (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(1つを選択)

1. 介護・介助は必要ない →(付問2-4)へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない →(付問2-4)へ
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)  
→(付問2-1)へ

(2)で「3」と回答した方にうかがいます。 ※「1」「2」の方は(付問2-4)へ

### (付問2-1) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(いくつでも)

1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
2. 心臓病
3. がん(悪性新生物)
4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等)
5. 関節の病気(リウマチ等)
6. 認知症(アルツハイマー病等)
7. パーキンソン病
8. 糖尿病
9. 腎疾患(透析)
10. 視覚・聴覚障害
11. 骨折・転倒
12. 脊椎損傷
13. 高齢による衰弱
14. その他( )
15. 不明

### (付問2-2) 主にどなたの介護・介助を受けていますか(いくつでも)

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. 介護サービスのヘルパー
8. その他( )

**(付問2-3) 主に介護・介助している方の年齢をお教えてください(1つを選択)**

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満  | 3. 75～84歳 |
| 2. 65～74歳 | 4. 85歳以上  |

(2)で「1」「2」と回答した方にうかがいます。

**(付問2-4) あなたに介護が必要になったら(介護が必要なら)、どのようなサービスを使ってみたいと思いますか(いくつでも)**

1. デイサービスなど、自宅から事業所に通ってサービスを受けたい。
2. ショートステイなど、自宅から短期間だけ事業所に宿泊してサービスを受けたい
3. 介護ヘルパーに自宅へ訪問してもらうサービスを受けたい。
4. 老人ホームなどの施設に入所して、サービスを受けたい。
5. リハビリや医療関係者によるケアなど、療養上のサービスを受けたい。
6. 自分が暮らしている住宅に手すりをつけたり、段差を解消する工事を介護保険を使って行いたい。
7. 介護ベッドなどのレンタルや、介護に役立つ用具の購入を介護保険を使って行いたい。

**(3) 現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じていますか(1つを選択)**

- |          |             |
|----------|-------------|
| 1. 大変苦しい | 4. ややゆとりがある |
| 2. やや苦しい | 5. 大変ゆとりがある |
| 3. ふつう   |             |

**(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(1つを選択)**

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 持家(一戸建て)     | 5. 民間賃貸住宅(集合住宅) |
| 2. 持家(集合住宅)     | 6. 借家           |
| 3. 公営賃貸住宅       | 7. その他          |
| 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) |                 |

**問2 からだを動かすことについておうかがいします**

**(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか(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 |
|--------------|---------------|---------|

**(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 |
|--------------|---------------|---------|

**(3) 15分位続けて歩くことができますか(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

**(4) 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

**(5) 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      3. あまり不安でない  
2. やや不安である      4. 不安でない

**(6) 週に何回外出していますか(1つを選択)**

1. ほとんど外出しない      3. 週2～4回  
2. 週1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(1つを選択)**

1. とても減っている      3. あまり減っていない  
2. 減っている      4. 減っていない

**(8) 外出を控えていますか(1つを選択)**

1. はい → (付問8-1)へ      2. いいえ → (9)へ

**(8)で「1」と回答した方にうかがいます。 ※「2」の方は(9)へ**

**(付問8-1) 外出を控えている理由は、次のどれですか(いくつでも)**

1. 病気      7. 外での楽しみがない  
2. 障害(脳卒中の後遺症など)      8. 経済的に出られない  
3. 足腰などの痛み      9. 交通手段がない  
4. トイレの心配(失禁など)      10. インフルエンザや新型コロナウイルス等の感染予防  
5. 耳の障害(聞こえの問題など)      11. その他(      )  
6. 目の障害

**(9) 外出する際の移動手段は何ですか(いくつでも)**

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. 徒歩                       | 8. 病院や施設のバス     |
| 2. 自転車                      | 9. 車いす          |
| 3. バイク → (付問 9-1) へ         | 10. 電動車いす (カート) |
| 4. 自動車 (自分で運転) → (付問 9-1) へ | 11. 歩行器・シルバーカー  |
| 5. 自動車 (人に乗せてもらう)           | 12. タクシー        |
| 6. 電車                       | 13. その他 ( )     |
| 7. 路線バス                     |                 |

(9)で「3」「4」と回答した方にかがいます。 ※「3」「4」以外の方は(10)へ

**(付問9-1) もし、あなたが自分の運転技術に不安を感じたら、運転免許証を自主返納しますか(1つを選択)**

1. 運転技術に不安を感じた時点で、運転免許証を自主返納する
2. 運転技術に不安を感じた時点で、運転はしないが、運転免許証は自主返納しない
3. 運転技術に不安を感じても、しばらくは運転を続けると思う

**(10) 過去1年間で、寒川町の開催する介護予防の教室や認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座に参加したことがありますか。(1つを選択)**

1. はい →(付問 10-1) へ
2. いいえ→問 3 へ

(10)で「1」と回答した方にかがいます。 ※「2」の方は問3へ

**(付問10-1) 参加したことがある教室は、次のどれですか(いくつでも)**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. 元気はっけん広場                  | 1. 週1回寒川総合体育館等に集合し講師指導の下介護予防運動を行う教室           |
| 2. 認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座    | 2. 認知症の人や家族を温かく見守り支援できるように自分でできることを学ぶ講座       |
| 3. 高齢者健康トレーニング教室             | 3. 週1回総合体育館のトレーニングルームを使って器具の使い方を学びながら行う介護予防教室 |
| 4. 介護予防講師派遣事業を利用した地域での介護予防教室 | 4. 地域の通いの場(シニアクラブ等)に講師を町が派遣して行う介護予防教室         |

**問3 食べることについておうかがいします**

**(1) 身長・体重 (※小数点以下切り捨て)**

①身長    cm      ②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(1つを選択)**

1. はい
2. いいえ

(3) 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

(4) 口の渇きが気になりますか(1つを選択)

1. はい 2. 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(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください(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

(付問6-1) 噛み合わせは良いですか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

入れ歯を利用している方にうかがいます。 ※利用していない方は(7)へ

(付問6-2) 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

(7) 定期的(半年に1回程度)歯医者に通院していますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

(8) 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

(9) どなたかと食事をとる機会がありますか(1つを選択)

1. 毎日ある 4. 年に何度かある  
2. 週に何度かある 5. ほとんどない  
3. 月に何度かある

#### 問4 毎日の生活についておうかがいします

(1) 物忘れが多いと感じますか(1つを選択)

1. はい 2. 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(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

(3) 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

(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)(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

(5) 自分で食品・日用品の買い物をしていますか(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

(6) 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

(7) 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

(8) 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

(9) 自分で年金などの書類(役場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

(10) 新聞を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

(11) 本や雑誌を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. 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(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

**(13) 友人の家を訪ねていますか(1つを選択)**

1. はい 2. いいえ

**(14) 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

**(15) 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

**(16) 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

**(17) 趣味はありますか(1つを選択)**

1. 趣味あり (具体的に : )  
2. 思いつかない

**(18) 生きがいがありますか(1つを選択)**

1. 生きがいあり (具体的に : )  
2. 思いつかない

**(19) 生きがいづくりで、あなたが今後、特に町に力を入れてほしいものは何ですか  
(あてはまるもの3つまで選択)**

1. 趣味の会や文化・スポーツサークルなどの活動内容の紹介  
2. 生涯学習・スポーツ講座や、文化祭、スポーツ大会などの充実  
3. ボランティア活動の紹介  
4. シニアクラブの育成  
5. 就労機会の拡大  
6. 福祉会館などの高齢者関連施設の整備  
7. その他 ( )

**問5 地域での活動についておうかがいします**

(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。

**(付問1-1) ボランティアのグループ(1つを選択)**

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

**(付問1-2) スポーツ関係のグループやクラブ(1つを選択)**

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

**(付問1-3) 趣味関係のグループ(1つを選択)**

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

**(付問1-4) 学習・教養サークル(1つを選択)**

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

**(付問1-5) (健康体操教室や地域サロンなど)介護予防のための通いの場(1つを選択)**

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

**(付問1-6) シニアクラブ(1つを選択)**

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

**(付問1-7) 町内会・自治会(1つを選択)**

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

**(付問1-8) 収入のある仕事(1つを選択)**

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

**(2) シニアクラブについて知っていますか(1つを選択)**

1. はい 2. いいえ

**(3) シニアクラブにどのような活動を希望しますか(いくつでも)**

1. 体操教室 6. ペタンク  
2. グランドゴルフ 7. 麻雀教室  
3. ニュースポーツ講習会 8. 囲碁教室  
4. カラオケ教室 9. その他 ( )  
5. ウォーキング

**(4) シニアクラブに参加しない場合の理由をお教えてください**

( )

**(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参加者として参加してみたいと思いますか(1つを選択)**

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

**(6) 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(1つを選択)**

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

**問6 就労についておうかがいします**

**(1) 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 5. 自営業  
2. 引退した 6. 求職中  
3. 常勤(フルタイム) 7. その他 ( )  
4. 非常勤(パート・アルバイト等)

**【(1)において「2. 引退した」の方のみ】**

① 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7 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(いくつでも)**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 配偶者         | 5. 近隣         |
| 2. 同居の子ども      | 6. 友人         |
| 3. 別居の子ども      | 7. その他 ( )    |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 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         | 5. 近隣         |
| 2. 同居の子ども      | 6. 友人         |
| 3. 別居の子ども      | 7. その他 ( )    |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8. 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(いくつでも)**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 配偶者         | 5. 近隣         |
| 2. 同居の子ども      | 6. 友人         |
| 3. 別居の子ども      | 7. その他 ( )    |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 8. 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(いくつでも)**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. 配偶者         | 5. 近隣         |
| 2. 同居の子ども      | 6. 友人         |
| 3. 別居の子ども      | 7. その他 ( )    |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 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お教えてください(いくつでも)**

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

**(6) 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    | 4. 年に何度かある |
| 2. 週に何度かある | 5. ほとんどない  |
| 3. 月に何度かある |            |

**(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか(1つを選択)  
同じ人には何度会っても1人と数えることとします**

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

**(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか(いくつでも)**

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

**問8 健康についておうかがいします**

**(1) 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 | 3. あまりよくない |
| 2. まあよい  | 4. よくない    |

**(2) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(いくつでも)**

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1. 高血圧                 | 11. がん(悪性新生物)      |
| 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)       | 12. 血液・免疫の病気       |
| 3. 心臓病                 | 13. うつ病            |
| 4. 糖尿病                 | 14. 認知症(アルツハイマー病等) |
| 5. 高脂血症(脂質異常)          | 15. パーキンソン病        |
| 6. 呼吸器の病気(肺炎・気管支炎等)    | 16. 目の病気           |
| 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気        | 17. 耳の病気           |
| 8. 腎臓・前立腺の病気           | 18. その他 ( )        |
| 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症・関節症等) | 19. ない             |
| 10. 外傷(転倒・骨折等)         |                    |



**(9) 今後、健康診断等を受けたいと思いますか(1つを選択)**

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 定期的に受け続けたい   | 3. あまり受けるつもりはない |
| 2. 気が向いたら受けるつもり |                 |

**(10) いつも行く病院・診療所(かかりつけ医)は決まっていますか(1つを選択)**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 決まっている | 2. 決まっていない |
|-----------|------------|

**(11) いつも行く歯科(かかりつけ歯科医)は決まっていますか(1つを選択)**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 決まっている | 2. 決まっていない |
|-----------|------------|

**(12) いつも行く薬局(かかりつけ薬局)は決まっていますか(1つを選択)**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 決まっている | 2. 決まっていない |
|-----------|------------|

**(13) 健康のために特に気をつけていることはありますか(あてはまるもの3つまで選択)**

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. 運動をする          | 7. たばこを吸わない   |
| 2. バランスの良い食生活     | 8. 歯や口腔の健康    |
| 3. ストレスをためない      | 9. 人との交流を持つ   |
| 4. 十分な休養・睡眠       | 10. その他 ( )   |
| 5. 生きがい・やりがいを持つ   | 11. 特に何もしていない |
| 6. お酒を飲まない・飲みすぎない |               |

**問 9 認知症にかかる相談窓口の把握についておうかがいします**

**(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つを選択)**

- |       |        |
|-------|--------|
| 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つを選択)**

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

**問 10 高齢者に対する町の施策についておうかがいします**

**(1) 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(あてはまるもの3つまで選択)**

1. 在宅の高齢者を支える福祉サービスの充実
2. 特別養護老人ホームや老人保健施設の整備

3. 健康管理・健康づくりへの支援
4. 声かけや見守りなど一人暮らし高齢者への支援
5. 介護予防対策の充実
6. 認知症高齢者への支援
7. 高齢者を介護している家族等への支援
8. その他 ( )
9. 特にない

**(2) 町の保健・福祉・介護保険サービスに関する情報は、主にどこから得ていますか  
(あてはまるもの3つまで選択)**

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 家族・親族      | 7. 地域包括支援センター  |
| 2. 友人・知人      | 8. 介護保険サービス事業者 |
| 3. 民生委員       | 9. 回覧          |
| 4. 町役場の窓口     | 10. 特にない       |
| 5. 町役場のホームページ | 11. LINE       |
| 6. 町の広報誌      | 12. その他 ( )    |

**(3) あなたは、介護保険料について、どのように感じていますか(令和6～令和8年度は、1号被保険者(65歳以上)基準月額 5,200 円(所得に応じて 0.455 倍～2.4 倍))(1つを選択)**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. 高い    | 4. やや安い  |
| 2. やや高い  | 5. 安い    |
| 3. 妥当である | 6. わからない |

**(4) あなたは、介護保険のサービスと介護保険料の負担について、どのようにお考えですか  
(1つを選択)**

1. サービスは最低限でよいから、保険料はなるべく安い方がよい
2. 保険料もサービス内容も今の水準程度がよい
3. 保険料が多少高くても、サービス内容が充実しているほうがよい
4. その他 ( )

**(5) 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続けるための、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だと思いますか(いくつでも)**

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. 終末期の介護についての相談窓口
7. 介護保険を利用するための手順の説明窓口
8. 介護保険を利用するタイミングを助言できる体制・窓口
9. その他 ( )

**(6) 今後、健康づくりや介護予防の施策を充実させるために、必要だと思うことは何ですか(いくつでも)**

1. 認知症予防
2. 相談窓口の充実
3. 生活習慣病の予防
4. 高齢期のうつ予防
5. 食生活(栄養など)改善
6. 口腔機能(のみこむ、かむこと)の向上
7. 気軽に集える場所づくり
8. 身体機能の維持
9. その他 ( )

**(7) あなたは、町役場内に設置されている地域住民の保健・医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する「地域包括支援センター」を知っていますか(1つを選択)**

1. 支援内容まで知っている → (付問7-1)へ
2. 支援内容はよく知らないが、センターのことは聞いたことがある → (付問7-1)へ
3. 知らなかった → (8)へ

(7)で「1」「2」と回答した方にうかがいます。 ※「3」の方は(8)へ

**(付問7-1) 地域包括支援センター職員の訪問を受けたことがありますか(1つを選択)**

1. はい
2. いいえ

**(付問7-2) 地域包括支援センターに相談をしたことがありますか(1つを選択)**

1. はい → (付問7-3)へ
2. いいえ → (8)へ

**(付問7-2)で「1」と回答した方にかがいます。 ※「2」の方は(8)へ**

**(付問7-3) どのような相談をしたことがありますか(いくつでも)**

1. 自分の健康や生活について
2. 家族の介護について
3. 自分や家族の財産について
4. 消費生活のトラブルについて
5. その他 ( )

**(8) 町では、平成29年度から、医療・介護の関係者や地域住民からの在宅医療や介護に関する相談を受け、適切な情報提供などを行う「在宅ケア相談窓口」を、茅ヶ崎市と協同で茅ヶ崎市役所内に設置しています。あなたはこのことをご存知でしたか(1つを選択)**

1. 支援内容まで知っている
2. 支援内容はよく知らないが、相談窓口のことは聞いたことはある
3. 知らなかった

**(9) あなたは自分らしい最後を迎えるために、何か準備をしていますか(1つを選択)**

1. 既に準備している
2. 必要だと思うがまだ準備していない
3. 必要ない (理由 )

**(10) 問9で「1. 既に準備している」「2. 必要だと思うがまだ準備していない」に○をつけた方におたずねします。どのようなことを準備していますか。また、どのようなことが必要だと思いますか。(いくつでも)**

1. 思い出の品物の整理や処分の方法
2. 自分で判断できなくなった場合に備えた財産管理
3. 延命処置など医療に関する希望やどこで最後を迎えたいかなど、家族への明言
4. 財産等の遺言書の作成
5. エンディングノート(わたしのノート)の記録
6. その他 ( )

**(11) あなたは、自分らしい最後を迎えるために、エンディングノート(わたしのノート)や家族等への伝言など、具体的に考える機会があれば参加してみたいですか(1つを選択)**

1. 参加してみたい
2. 参加したことがある
3. 参加したいとは思わない

(12) その他、寒川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、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

記入した調査票は、同封の「返信用封筒」に入れて、1月●日（●）までに、郵便ポストにご投函ください。（切手を貼る必要はありません）

#### 個人情報の取り扱いについて

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い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、効果的な介護予防政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、介護保険事業計画策定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、適切に管理いたします。
- ・ただし、介護保険事業計画策定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市町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。