

資料 <調査票>



## (1) 一般高齢者調査

# 習志野市高齢者等実態調査

## 65歳以上の方へ ご協力をお願い



日ごろより習志野市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。

本市では現在、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を築くため、『習志野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定し、事業の推進を図っています。

この計画に皆さまのご意見を反映させるため、このたび **65歳以上の市民の方 1,500名を無作為に選び**、実態調査を行うことにいたしました。調査の結果は、高齢者への保健福祉や介護サービス充実のための貴重な資料とさせていただきます。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

令和4年12月

習志野市長 宮本 泰介

### 【記入についてのお願い】

- ①この実態調査は、原則として、あて名のご本人がお答えください。ご本人の状態により、お答えが難しいときは、ご家族の方などが、ご本人の代わりに回答されてもかまいません。
- ②回答は、選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- ③回答は、「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記が無い場合は、選択肢の中から 1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、

**1月10日(火)まで** にご返送ください。

・この調査は無記名です。ご回答内容は、調査の目的に沿って統計的に処理を行いますので、個人のプライバシーの侵害などご迷惑をお掛けすることはありません。

・この調査票は、令和4年11月15日現在の情報に基づきお送りしています。既に転出などにより習志野市にお住まいでない場合は、回答の必要はありません。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533(直通)

## 【高齢者等実態調査 調査票(65歳以上の方)】

○このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. あて名のご本人   | 2. あて名の方の配偶者(夫・妻) |
| 3. あて名の方の子ども | 4. あて名の方の親族       |
| 5. 友人・知人     | 6. その他( )         |

### 問A あなた(あて名のご本人)のご家族や生活状況などについて

①あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|
| 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～94歳 | 7. 95歳～99歳 | 8. 100歳以上  |

②お住まいの地区名をお答えください。

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 谷津、谷津町、奏の杜      | 2. 秋津、茜浜、香澄、芝園、袖ヶ浦   |
| 3. 津田沼、鷺沼、鷺沼台、藤崎   | 4. 花咲、屋敷、泉町、大久保、本大久保 |
| 5. 実籾、実籾本郷、新栄、東習志野 |                      |

③あなたの性別をお答えください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

④家族構成をお教えてください。

1. 一人暮らし → ⑤へ
2. 夫婦二人暮らし(配偶者 65歳以上) → ④-1へ
3. 夫婦二人暮らし(配偶者 64歳以下) → ④-1へ
4. 息子・娘との2世帯 → ④-1へ
5. その他(施設入所なども含む) → ⑤へ

④-1 (ご家族と同居されている方のみ) 日中、一人になることがありますか。

- |         |          |       |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

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. 介護・介助は必要ない → ⑥へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → ⑤-1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) → ⑤-1・⑤-2へ

⑤-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(○はいくつでも)

- |   |  |
|---|--|
| 1. 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> | 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)<br><small>はいきしゅ</small> |
| 5. 関節の病気(リウマチ等)   | 6. 認知症(アルツハイマー病等)<br><small>にんちしょう</small> |
| 7. パーキンソン病  | 8. 糖尿病<br><small>とうにょうびょう</small>          |
| 9. 腎疾患(透析)<br><small>じんしつかん</small>                       | 10. 視覚・聴覚障がい<br><small>しかく ちようかく</small>   |
| 11. 骨折・転倒<br><small>こっせつ てんとう</small>                     | 12. 脊椎損傷<br><small>せきついそんしやう</small>       |
| 13. 高齢による衰弱<br><small>すいじやく</small>                       | 14. その他( )                                 |
| 15. 不明  |  |

⑤-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(○はいくつでも)

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

⑥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。

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

⑦お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 持家(一戸建て)              | 2. 持家(集合住宅)           |
| 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て)       |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅)          | 6. 借家(賃貸借契約を結んでいない住宅) |
| 7. その他                   |                       |

⑧市民税の課税状況をお答えください。

1. 私を含む世帯全員の市民税が非課税である
2. 私の市民税は非課税だが、世帯員に市民税課税者がいる
3. 私は市民税課税者である

## 問B からだを動かすことについて

①階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

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

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. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

③15分位続けて歩いていますか。(買い物、散歩など、目的は問いません)

- |              |               |         |
|--------------|---------------|---------|
| 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. 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. 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。(手段・目的は問いません)

- |              |        |          |          |
|--------------|--------|----------|----------|
| 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(令和3年)と比べて外出の回数が減っていますか。

- |             |          |              |           |
|-------------|----------|--------------|-----------|
| 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外出を控えていますか。

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. はい → ⑧-1へ | 2. いいえ → ⑨へ |
|--------------|-------------|

⑧-1 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○はいくつでも)

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. 病気              | 2. 障がい(脳卒中 <sup>のうそっちゅう</sup> の後遺症 <sup>こういしょう</sup> など) |
| 3. 足腰などの痛み         | 4. トイレの心配(失禁など)  |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題など) | 6. 目の障がい   |
| 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( )   |

⑨ 買い物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか。

	① ほぼ毎日	② 週4~5日	③ 週2~3日	④ 週1日	⑤ 週1日未満
買い物	1	2	3	4	5
散歩	1	2	3	4	5

⑩ 外出する際の移動手段は何ですか。(○はいくつでも)

- |                |                  |          |
|----------------|------------------|----------|
| 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. 路線バス        | 8. 病院や施設のバス      | 9. 車いす   |
| 10. 電動車いす(カート) | 11. 歩行器・シルバーカー   | 12. タクシー |
| 13. その他( )     |                  |          |

## 問C 食べることについて

① 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。 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. はい 2. いいえ

④ 口の渇きが気になりますか。 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. はい 2. いいえ

⑥ 定期的に歯科受診(\*健診を含む)をしていますか。 1. はい 2. いいえ

⑦ 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。)

- 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 → ⑦-1へ
- 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし → ⑧へ
- 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 → ⑦-1へ
- 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし → ⑧へ

⑦-1 毎日入れ歯の手入れをしていますか。	1. はい 2. いいえ
⑧噛み合わせは良いですか。	1. はい 2. いいえ
⑨6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
⑩どなたかと食事をとにもする機会がありますか。 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D 毎日の生活について

①物忘れが多いと感じますか。	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. 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. はい 2. いいえ
④バスや電車を使って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	
⑤自分で食品・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 →⑥へ                                      →⑤-1へ                                      →⑤-1へ	
⑤-1 食品・日用品の買い物をする人は主にどなたですか。(○は1つ) 1. 同居の家族                      2. 別居の家族                      3. ヘルパー 4. 配達を依頼                      5. その他	
⑥自分で食事の用意をしていますか。 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 →⑦へ                                      →⑥-1へ                                      →⑥-1へ	
⑥-1 食事の用意をする人は主にどなたですか。(○は1つ) 1. 同居の家族                      2. 別居の家族                      3. ヘルパー 4. 配食サービスを利用              5. その他	
⑦自分で請求書の支払いをしていますか。 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	
⑧自分で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	
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。	1. はい 2. いいえ

⑩新聞を読んでいますか。	1. はい 2. いいえ
⑪本や雑誌を読んでいますか。	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. はい 2. いいえ
⑬友人の家を訪ねていますか。	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. はい 2. いいえ
⑮病人を見舞うことができますか。	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. はい 2. いいえ
⑰趣味はありますか。	1. 趣味あり → ( ) 2. 思いつかない
⑱生きがいがありますか。	1. 生きがいあり → ( ) 2. 思いつかない

## 問E 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(個人の活動も含みます)。

(1)~(10)について、あてはまる欄に○をつけてください。

会・グループ等	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	1	2	3	4	5	6
(2)スポーツ関係	1	2	3	4	5	6
(3)趣味関係	1	2	3	4	5	6
(4)学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
(5)てんとうむし体操 (転倒予防体操)	1	2	3	4	5	6
(6)地域サロン (地域テラス)	1	2	3	4	5	6
(7)高齢者のつどい	1	2	3	4	5	6
(8)老人クラブ	1	2	3	4	5	6
(9)町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
(10)収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

◎(1)~(10)のいずれかで「週4回以上」「週2~3回」「週1回」「月1~3回」「年に数回」のいずれかを選択 ⇒①-1へ

①-1 活動場所までの交通手段をお教えてください。(○はいくつでも)

1. 徒歩 2. 自転車 3. 自動車 4. バス・電車 5. その他( )





②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。(○はいくつでも)

1. 自治会・町内会・老人クラブ
2. 社会福祉協議会・民生委員
3. 高齢者相談員
4. ケアマネジャー
5. 医師・歯科医師・看護師
6. 薬剤師
7. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)・市役所
8. その他( )
9. そのような人はいない

---

③友人関係についておうかがいします。

(1) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

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	

---

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

---

(3) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

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

**問G 健康について**

①現在のあなたの健康状態はいかがですか。

1. とても良い	2. まあ良い	3. あまり良くない	4. 良くない
----------	---------	------------	---------

---

②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、あてはまる点数を「○」で囲んでください。

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

---

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。	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. はい 2. いいえ



⑩-1 ACPという言葉はどこで知りましたか。

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 1. テレビ・新聞・インターネット | 2. 雑誌・本                  |
| 3. 医師・病院          | 4. 市役所                   |
| 5. 保健所            | 6. 高齢者相談センター(地域包括支援センター) |
| 7. 家族・親族・友人・知人    | 8. その他( )                |

⑪ 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、家族等や医療・ケアチームとあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと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. 賛成である | 2. 反対である | 3. わからない |
|----------|----------|----------|

⑫ 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。

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

⑬ 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1. はい → ⑬-1へ | 2. いいえ → ⑭へ |
|--------------|-------------|

⑬-1 どこに相談すると思いますか、または相談しましたか。(○はいくつでも)

1. 医師・病院
2. 民生委員・高齢者相談員
3. 市役所
4. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ)
5. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
6. ケアマネジャー
7. 介護サービス事業所(ホームヘルパー、デイサービス等)
8. 家族・親族
9. 友人・知人
10. その他( )

⑭ 今までに、自分自身や家族が認知症になったときどうしたらいいのか、考えたことがありますか。

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. 考えたことがある → ⑭-1へ | 2. 考えたことはない → ⑭-2へ |
|--------------------|--------------------|

⑭-1 どのようなことを考えましたか。(○はいくつでも)

- |           |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 介護のこと  | 2. 経済的なこと | 3. 症状のこと |
| 4. 地域との関係 | 5. その他( ) |          |

⑭-2 考えたことがなかった理由は何だと思えますか。

1. 自分や自分の家族は認知症にならないと思うから
2. 自分や自分の家族が認知症になるかどうかを考えたこともなかったから
3. その他( )

⑮ 認知症サポーター養成講座を受けたことがありますか。

- |             |             |          |
|-------------|-------------|----------|
| 1. 受けたことがある | 2. 受けたことがない | 3. わからない |
|-------------|-------------|----------|

⑩あなたは、1年以内に健康診査（特定健康診査・後期高齢者健康診査・人間ドック・職場の健診等）を受けましたか。

1. はい → ⑩-1へ

2. いいえ → ⑩-2へ

⑩-1 どちらで健康診査を受けましたか。

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 1. 市が行う健康診査等 | 2. 職場または健康保険組合が行う健康診査 |
| 3. 人間ドック     | 4. その他( )             |

⑩-2 健康診査を受けなかった理由は何ですか。

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 知らなかったから              | 2. 時間が取れなかったから           |
| 3. 定期的に通院しているから          | 4. 健康状態に自信があり、必要性を感じないから |
| 5. 必要な時はいつでも医療機関を受診できるから | 6. 面倒だから                 |
| 7. その他( )                |                          |

⑪あなたは、1年以内にがん検診を受けましたか。

1. はい → ⑪-1へ

2. いいえ → 問Hへ

⑪-1 どちらでがん検診を受けましたか。

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 1. 市が行うがん検診 | 2. 職場または健康保険組合が行うがん検診 |
| 3. 人間ドック    | 4. その他( )             |

## 問H 日常生活で困っていることや将来の不安について

①現在困っていることと、将来についての不安はありますか。

あてはまる欄に○を付けてください。(それぞれ○は3つまで)

	1 現在困っていること	2 将来についての不安
(1)自分や家族の健康や病気のこと	1	2
(2)自分や家族の身体が不自由になり介護が必要となること	1	2
(3)生活のための収入のこと	1	2
(4)財産管理や相続のこと	1	2
(5)だまされたり犯罪に巻き込まれたりすること	1	2
(6)大地震などの災害が起こること	1	2
(7)人(近隣、親族、友人)とのつきあいのこと	1	2
(8)家族との人間関係のこと	1	2
(9)頼れる人がいなくなって一人きりになること	1	2
(10)社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと	1	2
(11)もの忘れなどにより自分に自信が持てなくなること	1	2
(12)自分が死亡した後の手続き(葬儀、遺品の整理等)のこと	1	2
(13)その他( )	1	2
(14)特にない	1	2

## 問I 介護保険制度・高齢者施策について

①介護保険制度は、40歳以上の方から保険料を徴収して介護が必要な方にサービスを提供する費用にあてていますが、保険料と介護サービスのあり方について、あなたのご意見に近いものはどれですか。

1. 保険料が多少高くても、使えるサービスが充実していれば良い
2. 使えるサービスが多少抑えられても、保険料が安ければ良い
3. どちらとも言えない

②65歳以上の方の保険料に関して「低所得者に配慮するために、高所得者の負担を多少増やすのもやむを得ない」ということについて、あなたはどのようにお考えですか。

1. そう思う
2. そう思わない
3. どちらとも言えない

③今後、もしあなたご自身が介護が必要となった場合、どのようにしたいとお考えですか。(○は1つ)

1. 家族などを中心にしてできる限り自宅で介護を受けたい
2. 介護保険制度のサービスや保健福祉サービスを活用しながらできる限り自宅で介護を受けたい
3. 高齢者向けの住宅に移り、介護を受けたい
4. 軽費老人ホーム(ケアハウス)のような低所得者に配慮した住宅に移り、介護を受けたい
5. 介護保険制度のサービス対象となる特別養護老人ホーム、老人保健施設などに入所したい
6. 介護は受けたいが、利用料等の負担を考え、介護保険制度のサービスの利用は控える
7. その他( )
8. わからない

④介護予防のために参加したい活動はありますか。(○はいくつでも)

1. 体操や運動の方法を教えてくれる活動
2. 栄養や食事について教えてくれる活動
3. 病気に関する情報や知識を教えてくれる活動
4. 一緒に健康維持に取り組む仲間づくりを進める活動
5. 認知症予防につながる活動
6. 歯や口の健康を維持する方法を教えてくれる活動
7. その他( )
8. 特になし

⑤「介護予防・日常生活支援総合事業」についてうかがいます。

介護予防・日常生活支援総合事業は、65歳以上のすべての方の日常生活の支援を目的とした事業です。

本事業の利用状況や新たなサービスの実施に向けた意向について、おたずねします。

(それぞれ〇は1つ)

	1 利用している	2 今後利用したい	3 知っているが利用したことはない	4 利用したくない
(1) 生活支援や見守り・介護予防のための訪問や通所の支援(要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2	3	4
(2) 住民組織やNPOが主体となった、集いの場やサービス提供(要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2	3	4

⑥支援を必要とする高齢者を支える地域のボランティア活動があれば、あなたはその活動に支援者として参加してみたいと思いますか。

1. 是非参加したい → ⑥-1へ

2. 参加してもよい → ⑥-1へ

3. 参加したくない → ⑦へ

4. 既に参加している → ⑥-1へ

⑥-1 支援を必要とする高齢者を支える地域のボランティア活動では、支援者としてどの活動に参加したいですか。また、どの活動に参加していますか。(〇はいくつでも)

1. 見守り活動(日常の声掛けなど)

2. 家事のお手伝い(食事のお届け、炊事、掃除、洗濯、困りごとへの対応など)

3. 外出のお手伝い(病院の付き添いなど)

4. 健康づくりのお手伝い(転倒予防体操・ウォーキングの実施など)

5. 生きがいづくりのお手伝い(趣味サークルの実施など)

6. 介護保険施設や介護事業所でのボランティア(話し相手、レクリエーションの補助、職員の補助など)

7. その他( )

⑦高齢者外出支援事業についてうかがいます。

市では、高齢者が自宅に引きこもらず気軽に外出し、健康で自分らしい生活を送っていただくこと、また、経済的負担の軽減を目的として在宅で生活する 75 歳以上の非課税世帯に対して、高齢者外出支援事業として、1 枚 500 円のタクシー券を月3枚(年間最大 36 枚)、交付していますがご存じですか。

1. 知っていた → ⑦-1へ

2. 知らなかった → ⑧へ

⑦-1 本事業を何で知りましたか。

1. 市役所(広報習志野・ホームページ・市からのお知らせ)
2. 親族・友人・知人からの情報
3. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
4. その他( )

⑧より良い高齢者の外出支援策とするには、今後どのような事業の見直しを行うのが良いと思いますか。

1. 現状のタクシー券のまま維持してほしい
2. タクシー券に代わるものとして、タクシー利用に加えて電車・バス・コミュニティバスなど公共交通全般にも利用できる助成にほしい
3. その他( )

⑨近年、高齢者ドライバーが当事者となる痛ましい事故が多発し、運転免許証の自主返納に大きな関心が集まっています。本市の公共交通は比較的充実していることから、現時点でタクシー券等の支給は行っていませんが、今後、運転免許証を自主返納した方に対する税金を使った支援は必要であると思いますか。

1. 必要である → ⑨-1へ

2. 必要ない → ⑩へ

3. わからない → ⑩へ

⑨-1 どのような支援が必要であると思いますか。

1. タクシー券の支給
2. バス券の支給、定期券購入費の助成
3. 免許返納にかかる証明書などの発行手数料の助成
4. その他( )



⑩あなたは、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を続けていくために、主としてどのような市の施策が必要であると考えますか。(○は5つまで)

1. 24時間いつでも在宅で受けられる介護・看護サービスの充実
2. 自宅など本人が望む場所で看取りができる在宅医療の充実
3. 多様な介護サービスを一体的に受けられる複合型サービスの充実
4. 日常生活を支援するサービスの付いた高齢者用住宅の充実
5. 配食サービスなどの生活支援
6. 緊急通報装置など安否確認システムの設置支援や見守り体制の構築
7. 外出時の移動支援
8. 持ち家のバリアフリー化の推進等の安心・安全な住まいづくりの支援
9. 高齢者の働く場の充実
10. 高齢者が交流するための場の充実
11. 趣味や社会活動などの生きがい対策の充実
12. 高齢者に役立つ情報提供の充実
13. 困ったときに気軽に相談できる窓口の充実
14. 介護予防や要介護状態等の軽減、悪化の防止のための健康づくりの事業・保健事業の充実
15. その他( )
16. 特にない

## 問J 将来への備えについて

①あなたの身に緊急事態が起きた時(事故等による介護を要する状態、認知症など)に、治療の方針の決定や介護サービスの利用に必要な手続き、金銭管理をしてくれる身内の方はいますか。いる場合は、主にどなたですか。(○は1つ)

- |         |   |           |        |
|---------|---|-----------|--------|
| 1. 配偶者  | 2. 同居の子ども                                     | 3. 別居の子ども | 4. 親   |
| 5. 兄弟姉妹 | 6. 甥 <small>おい</small> または姪 <small>めい</small> | 7. その他( ) | 8. いない |

②あなたは「成年後見制度」について、どの程度ご存知ですか。(○は1つ)

「成年後見制度」とは、認知症や障がいなどにより、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所へ申立てをして、その方の権利を守る援助者を選び、法律的に支援する制度です。

1. 制度の手続きをしたことがある、または検討している
2. 制度の概要を理解している
3. 名称のみ知っている
4. 全く知らない



## (2) 在宅要支援認定者等調査

# 習志野市高齢者等実態調査

## 要支援認定を受けている方、事業対象者の方へ

### ご協力をお願い

日ごろより習志野市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。  
本市では現在、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を築くため、『習志野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定し、事業の推進を図っています。



この計画に皆さまのご意見を反映させるため、このたびは要支援認定を受けている方又は事業対象者の方 1,500 名を無作為に選び、実態調査を行うことにいたしました。調査の結果は、高齢者への保健福祉や介護サービス充実のための貴重な資料とさせていただきます。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

令和4年12月

習志野市長 宮本 泰介

#### 【記入についてのお願い】

- ①この実態調査は、原則として、あて名のご本人がお答えください。ご本人の状態により、お答えが難しいときは、ご家族などがご本人の代わりに回答されてもかまいません。一部、介護者の方に回答していただく質問もございます。
- ②回答は、選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- ③回答は、「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記が無い場合は、選択肢の中から1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、

1月10日(火)までにご返送ください。

- ・この調査は無記名です。ご回答内容は、調査の目的に沿って統計的に処理を行いますので、個人のプライバシーの侵害などご迷惑をお掛けすることはありません。
- ・この調査票は、令和4年11月15日現在の情報に基づきお送りしています。既に転出などにより習志野市にお住まいでない場合は、回答の必要はありません。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (Tel) 047-454-7533 (直通)

## 【高齢者等実態調査 調査票（要支援認定者、事業対象者の方）】

○このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |             |                   |              |
|-------------|-------------------|--------------|
| 1. あて名のご本人  | 2. あて名の方の配偶者(夫・妻) | 3. あて名の方の子ども |
| 4. あて名の方の親族 | 5. 友人・知人          | 6. ケアマネジャー   |
| 7. 施設の職員    | 8. ホームヘルパー        | 9. その他( )    |

### 問A あなた(あて名のご本人)のご家族や生活状況などについて

①あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|
| 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～94歳 | 7. 95歳～99歳 | 8. 100歳以上  |

②お住まいの地区名をお答えください。

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 谷津、谷津町、奏の杜      | 2. 秋津、茜浜、香澄、芝園、袖ヶ浦   |
| 3. 津田沼、鷺沼、鷺沼台、藤崎   | 4. 花咲、屋敷、泉町、大久保、本大久保 |
| 5. 実籾、実籾本郷、新栄、東習志野 |                      |

③あなたの性別をお答えください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

④家族構成をお教えてください。

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 一人暮らし              | 2. 夫婦二人暮らし(配偶者 65歳以上) |
| 3. 夫婦二人暮らし(配偶者 64歳以下) | 4. 息子・娘との2世帯          |
| 5. その他(施設入所なども含む)     |                       |

◎「1」・「5」選択 ⇒⑤へ

「2」～「4」選択 ⇒④-1へ

④-1 (ご家族と同居されている方のみ) 日中、一人になることがありますか。

- |         |          |       |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

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. 介護・介助は必要ない ⇒⑥へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒⑤-1へ
3. 現在、何らかの介護を受けている ⇒⑤-1・2へ

⑤-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(○はいくつでも)

- |   |  |
|---|--|
| 1. 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> | 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)<br><small>はいきしゅ</small> |
| 5. 関節の病気(リウマチ等)   | 6. 認知症(アルツハイマー病等)<br><small>にんちしょう</small> |
| 7. パーキンソン病  | 8. 糖尿病<br><small>とうようびょう</small>           |
| 9. 腎疾患(透析)<br><small>じんしつかん</small>                       | 10. 視覚・聴覚障がい<br><small>しかく ちようかく</small>   |
| 11. 骨折・転倒<br><small>こっせつ てんとう</small>                     | 12. 脊椎損傷<br><small>せきついそんしょう</small>       |
| 13. 高齢による衰弱<br><small>すいじやく</small>                       | 14. その他( )                                 |
| 15. 不明  |  |

⑤-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(○はいくつでも)

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

⑥あなたの認定区分は次のどれにあたりますか。

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 事業対象者 |
|---------|---------|----------|

⑦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。

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

⑧お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 持家(一戸建て)              | 2. 持家(集合住宅)           |
| 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て)       |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅)          | 6. 借家(賃貸借契約を結んでいない住宅) |
| 7. その他                   |                       |

⑨市民税の課税状況をお答えください。

1. 私を含む世帯全員の市民税が非課税である
2. 私の市民税は非課税だが、世帯員に市民税課税者がいる
3. 私は市民税課税者である

## 問B からだを動かすことについて

①階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

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

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. できるし、している      2. できるけどしていない      3. できない

③15分位続けて歩いていますか。(買い物、散歩など、目的は問いません)

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. 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. 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。(手段・目的は問いません)

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(令和3年)と比べて外出の回数が減っていますか。

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外出を控えていますか。

1. はい → ⑧-1へ      2. いいえ → ⑨へ

⑧-1 外出を控えている理由は、次のどれですか。(○はいくつでも)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. 病気              | 2. 障がい(脳卒中 <sup>のうそちゅう</sup> の後遺症 <sup>こういしょう</sup> など) |
| 3. 足腰などの痛み         | 4. トイレの心配(失禁など)   |
| 5. 耳の障がい(聞こえの問題など) | 6. 目の障がい  |
| 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(                      )                         |

⑨買い物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか。

	① ほぼ毎日	② 週4~5日	③ 週2~3日	④ 週1日	⑤ 週1日未満
買い物	1	2	3	4	5
散歩	1	2	3	4	5

⑩外出する際の移動手段は何ですか。(○はいくつでも)

- |                                 |                  |          |
|---------------------------------|------------------|----------|
| 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. 路線バス                         | 8. 病院や施設のバス      | 9. 車いす   |
| 10. 電動車いす(カート)                  | 11. 歩行器・シルバーカー   | 12. タクシー |
| 13. その他(                      ) |                  |          |

## 問C 食べることについて

① 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。	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.はい 2.いいえ
④口の渇きが気になりますか。	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.はい 2.いいえ
⑥定期的に歯科受診(*健診を含む)をしていますか。	1.はい 2.いいえ
<p>⑦歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。</p> <p>(*成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。)</p> <p>1.自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 → ⑦-1へ</p> <p>2.自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし → ⑧へ</p> <p>3.自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 → ⑦-1へ</p> <p>4.自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし → ⑧へ</p>	
⑦-1 毎日入れ歯の手入れをしていますか。	1.はい 2.いいえ
⑧噛み合わせは良いですか。	1.はい 2.いいえ
⑨6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
<p>⑩どなたかと食事をともにする機会がありますか。</p> <p>1.毎日ある                      2.週に何度かある                      3.月に何度かある</p> <p>4.年に何度かある              5.ほとんどない</p>	

## 問D 毎日の生活について

①物忘れが多いと感じますか。	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. 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. はい 2. いいえ
④バスや電車を使って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	
⑤自分で食品・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 ➡⑥へ                              ➡⑤-1へ                              ➡⑤-1へ	
⑤-1 食品・日用品の買い物をする人は主にどなたですか。(○は1つ) 1. 同居の家族      2. 別居の家族      3. ヘルパー 4. 配達を依頼      5. その他	
⑥自分で食事の用意をしていますか。 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 ➡⑦へ                              ➡⑥-1へ                              ➡⑥-1へ	
⑥-1 食事の用意をする人は主にどなたですか。(○は1つ) 1. 同居の家族      2. 別居の家族      3. ヘルパー 4. 配食サービスを利用      5. その他	
⑦自分で請求書の支払いをしていますか。 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	
⑧自分で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	
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。	1. はい 2. いいえ
⑩新聞を読んでいますか。	1. はい 2. いいえ
⑪本や雑誌を読んでいますか。	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. はい 2. いいえ
⑬友人の家を訪ねていますか。	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. はい 2. いいえ
⑮病人を見舞うことができますか。	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. はい 2. いいえ
⑰趣味はありますか。	1. 趣味あり → (                              )      2. 思いつかない
⑱生きがいはありますか。	1. 生きがいあり → (                              )      2. 思いつかない



## 問E 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(個人の活動も含みます)。  
 (1)~(10)について、あてはまる欄に○をつけてください。

会・グループ等	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	1	2	3	4	5	6
(2)スポーツ関係	1	2	3	4	5	6
(3)趣味関係	1	2	3	4	5	6
(4)学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
(5)てんとうむし体操 (転倒予防体操)	1	2	3	4	5	6
(6)地域サロン (地域テラス)	1	2	3	4	5	6
(7)高齢者のつどい	1	2	3	4	5	6
(8)老人クラブ	1	2	3	4	5	6
(9)町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
(10)収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

◎(1)~(10)で「週4回以上」「週2~3回」「週1回」「月1~3回」「年に数回」の  
 いずれかを選択 ⇒①-1へ

①-1 活動場所までの交通手段をお教えてください。(○はいくつでも)

1. 徒歩      2. 自転車      3. 自動車      4. バス・電車      5. その他(      )

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。

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

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。

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F 「たすけあい」について

①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。

以下に挙げる人について、あてはまる欄に○印をつけてください。(それぞれ○はいくつでも)

「その他」の場合は欄に具体的にご記入ください。

	1 配偶者	2 同居の 子ども	3 別居の 子ども	4 戚・親・孫 兄弟姉妹・親	5 近隣(同じ 地域の人)	6 友人	7 その他	8 そのような 人はいない
(1)心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人	1	2	3	4	5	6	( 7 )	8
(2)反対に、心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人	1	2	3	4	5	6	( 7 )	8
(3)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	1	2	3	4	5	6	( 7 )	8
(4)反対に、看病や世話をし てあげる人	1	2	3	4	5	6	( 7 )	8

②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。(○はいくつでも)

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ             | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. 高齢者相談員                    | 4. ケアマネジャー      |
| 5. 医師・歯科医師・看護師               | 6. 薬剤師          |
| 7. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)・市役所 | 8. その他( )       |
| 9. そのような人はいない                |                 |

③友人関係についておうかがいします。

(1)友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

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

(2)この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。

\*同じ人とは何度会っても1人と数えることとします。

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

(3)よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(○はいくつでも)

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





## 問I 日常生活で困っていることや将来の不安について

①現在困っていることと、将来についての不安はありますか。

あてはまる欄に○を付けてください。(それぞれ○は3つまで)

	1 現在困っていること	2 将来についての不安
(1)自分や家族の健康や病気のこと	1	2
(2)自分や家族の身体が不自由になり介護が必要となること	1	2
(3)生活のための収入のこと	1	2
(4)財産管理や相続のこと	1	2
(5)だまされたり犯罪に巻き込まれたりすること	1	2
(6)大地震などの災害が起こること	1	2
(7)人(近隣、親族、友人)とのつきあいのこと	1	2
(8)家族との人間関係のこと	1	2
(9)頼れる人がいなくなって一人きりになること	1	2
(10)社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと	1	2
(11)もの忘れなどにより自分に自信が持てなくなること	1	2
(12)自分が死亡した後の手続き(葬儀、遺品の整理等)のこと	1	2
(13)その他( )	1	2
(14)特にない	1	2

## 問J 介護保険の利用について

①ケアマネジャーの対応に満足していますか。

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. 満足している                           | 2. ほぼ満足している          |
| 3. 不満なためケアマネジャーを<br>変更した結果、今は満足している | 4. 不満である             |
| 5. わからない・何とも言えない                    | 6. ケアマネジャーに依頼したことがない |

②あなたは、この1か月に介護保険のサービスを利用しましたか。

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 利用している → ②-2・3へ | 2. 利用していない → ②-1へ |
|--------------------|-------------------|

②-1 (利用していない方へ) 利用していない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 病院に入院しているから
2. 今のところ家族介護でやっていけるから
3. 今のところ自分でやっていけるから
4. 他人を自宅に入れたくないから
5. 外出したり、他人と関わったりしたくないから
6. どのようなサービスがあるのかわからないから
7. 利用者負担(費用の1~3割や実費)が大きいから
8. 家族が利用をいやがるから
9. ケアプラン(介護サービス計画)が自分の実情に合わないから
10. 念のため要介護認定を受けただけだから
11. 手続きが面倒だから
12. その他( )

②-2 (利用している方へ) 以下のサービスを利用していますか。(〇はいくつでも)

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. 訪問診療(医師の訪問)                | 2. 訪問介護(ヘルパー)                                      |
| 3. 訪問歯科診療                     | 4. 夜間対応型訪問介護                                       |
| 5. 訪問入浴介護                     | 6. 訪問看護  |
| 7. 訪問リハビリテーション                | 8. 通所介護・地域密着型通所介護(デイサービス)                          |
| 9. 認知症対応型通所介護                 | 10. 通所リハビリテーション(デイケア)                              |
| 11. 短期入所(ショートステイ)             | 12. 小規模多機能型居宅介護                                    |
| 13. 認知症対応型共同生活介護<br>(グループホーム) | 14. 特定施設入居者生活介護<br>(有料老人ホームなどに入所して受ける介護や機能訓練のサービス) |
| 15. 管理栄養士や歯科衛生士などによる療養上の指導    | 16. 医師、歯科医師、薬剤師による療養上の指導                           |
| 17. その他( )                    |  |

②-3 (利用している方へ) 現在利用しているサービスに満足していますか。

- |           |              |
|-----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. どちらとも言えない |
| 3. 不満である  | 4. わからない     |

③介護サービスを受けるためには、所得に応じてサービス利用費用（\*食費・居住費を除く）を自己負担していただく必要があります。

(1)あなたの自己負担割合をお答えください。

1. 1割                      2. 2割                      3. 3割

(2) (1)でお答えいただいた費用（自己負担分）について、どのように感じていますか。

1. 安いと感じている  
2. 適正だと感じている  
3. 高いと感じている  
4. とても高いと感じている（サービスの利用をやめた、減らした、またはそれらを考えている）  
5. どちらとも言えない

## 問K 介護保険制度・高齢者施策について

①介護保険制度は、40歳以上の方から保険料を徴収して介護が必要な方にサービスを提供する費用にあてていますが、保険料と介護サービスのあり方について、あなたのご意見に近いものはどれですか。

1. 保険料が多少高くても、使えるサービスが充実していれば良い  
2. 使えるサービスが多少抑えられても、保険料が安ければ良い  
3. どちらとも言えない

②65歳以上の方の保険料に関して「低所得者に配慮するために、高所得者の負担を多少増やすのもやむを得ない」ということについて、あなたはどのようにお考えですか。

1. そう思う                      2. そう思わない                      3. どちらとも言えない

③今後希望する生活場所についてうかがいます。

1. 現在のまま住み続けようと思う  
2. 現在の住まいを改修するなどして住み続けようと思う  
3. 家族や親族、兄弟姉妹のところへ移り住もうと思う  
4. 高齢者向けの住宅へ移り住もうと思う  
5. 介護保険の施設※ に入所しようと思う  
6. その他（                      ）  
7. わからない

※介護保険の施設…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 等

④「介護予防・日常生活支援総合事業」についてうかがいます。

介護予防・日常生活支援総合事業は、65 歳以上のすべての方の日常生活の支援を目的とした事業です。

本事業の利用状況について、おたずねします。(それぞれ○は1つ)

	1 利用している	2 今後利用したい	3 知っているが利用したことはない	4 利用したくない
(1) 生活支援や見守り・介護予防のための訪問や通所の支援(要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2	3	4
(2) 住民組織や NPO が主体となった、集いの場やサービス提供(要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2	3	4

⑤高齢者外出支援事業についてうかがいます。

市では、高齢者が自宅に引きこもらず気軽に外出し、健康で自分らしい生活を送っていただくこと、また、経済的負担の軽減を目的として在宅で生活する 75 歳以上の非課税世帯に対して、高齢者外出支援事業として、1 枚 500 円のタクシー券を月 3 枚(年間最大 36 枚)、交付していますがご存じですか。

1. 知っていた ➡ ⑤-1へ

2. 知らなかった ➡ ⑥へ

⑤-1 本事業を何で知りましたか。

1. 市役所(広報習志野・ホームページ・市からのお知らせ)
2. 親族・友人・知人からの情報
3. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
4. その他( )

⑥より良い高齢者の外出支援策とするには、今後どのような事業の見直しを行うのが良いと思いますか。

1. 現状のタクシー券のまま維持してほしい
2. タクシー券に代わるものとして、タクシー利用に加えて電車・バス・コミュニティバスなど公共交通全般にも利用できる助成にしてほしい
3. その他( )

⑦近年、高齢者ドライバーが当事者となる痛ましい事故が多発し、運転免許証の自主返納に大きな関心が集まっています。本市の公共交通は比較的充実していることから、現時点でタクシー券等の支給は行っていませんが、今後、運転免許証を自主返納した方に対する税金を使った支援は必要であると思いますか。

1. 必要である ➡ ⑦-1へ

2. 必要ない ➡ ⑧へ

3. わからない ➡ ⑧へ



⑦-1 どのような支援が必要であると思いますか。

1. タクシー券の支給
2. バス券の支給、定期券購入費の助成
3. 免許返納にかかる証明書などの発行手数料の助成
4. その他( )

⑧あなたは、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を続けていくために、主としてどのような市の施策が必要であると考えますか。(○は5つまで)

1. 24時間いつでも在宅で受けられる介護・看護サービスの充実
2. 自宅など本人が望む場所で看取りができる在宅医療の充実
3. 多様な介護サービスを一体的に受けられる複合型サービスの充実
4. 日常生活を支援するサービスの付いた高齢者用住宅の充実
5. 配食サービスなどの生活支援
6. 緊急通報装置など安否確認システムの設置支援や見守り体制の構築
7. 外出時の移動支援
8. 持ち家のバリアフリー化の推進等の安心・安全な住まいづくりの支援
9. 高齢者の働く場の充実
10. 高齢者が交流するための場の充実
11. 趣味や社会活動などの生きがい対策の充実
12. 高齢者に役立つ情報提供の充実
13. 困ったときに気軽に相談できる窓口の充実
14. 介護予防や要介護状態等の軽減、悪化の防止のための健康づくりの事業・保健事業の充実
15. その他( )



⑥認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。		
1. はい	2. いいえ	
⑦認知症に関する相談窓口を知っていますか。		
1. はい →⑦へ	2. いいえ →⑧へ	
⑦-1 どこに相談すると思いますか。または相談しましたか。(○はいくつでも)		
1. 医師・病院	2. 民生委員・高齢者相談員	
3. 市役所	4. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ)	
5. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)	6. ケアマネジャー	
7. 介護サービス事業者	8. 家族・親族	
(ホームヘルパー、デイサービス等)		
⑧今までに、自分自身や家族が認知症になったときどうしたらいいのか、考えたことがありますか。		
1. 考えたことがある →⑧-1へ	2. 考えたことはない →⑧-2へ	
⑧-1 どのようなことを考えましたか。(○はいくつでも)		
1. 介護のこと	2. 経済的なこと	3. 症状のこと
4. 地域との関係	5. その他( )	
⑧-2 考えたことがなかった理由は何だと思えますか。		
1. 自分や自分の家族は認知症にならないと思うから		
2. 自分や自分の家族が認知症になるかどうかを考えたこともなかったから		
3. その他( )		
⑨認知症サポーター養成講座を受けたことがありますか。		
1. 受けたことがある	2. 受けたことがない	3. わからない

問M

主な介護者の方にかがいます。  
(介護者がいない場合は、回答されなくてかまいません。)

①あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 18歳未満   | 2. 18歳～29歳 | 3. 30歳～39歳 |
| 4. 40歳～49歳 | 5. 50歳～59歳 | 6. 60歳～69歳 |
| 7. 70歳～79歳 | 8. 80歳～89歳 | 9. 90歳以上   |

②現在、主な介護者の方が行っている介護等は、次のどれですか。(○はいくつでも)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 屋内の移乗(ベッド、車いす等)・移動   | 2. 外出の付き添い、送迎等         |
| 3. 入浴・洗身                | 4. 日中の排せつ              |
| 5. 夜間の排せつ               | 6. 食事の準備(調理等)          |
| 7. 食事の介助(食べる時)          | 8. 服薬                  |
| 9. 認知症状への対応             | 10. 衣服の着脱              |
| 11. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)      | 12. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 13. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き   |
| 15. その他                 | 16. わからない              |

③介護を行う上で困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 介護の方法がわからない
2. 本人が介護サービスを利用したがない
3. 家族や近隣の方などの理解が足りない
4. 介護者の心身の負担が大きい
5. 介護に要する費用がかかりすぎる
6. 仕事との両立が難しい
7. 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である
8. 介護者のリフレッシュのための時間がとれない
9. 医療サービスが必要になった時に、相談先がない
10. 気軽に相談できる人や場所がない
11. その他( )
12. 特にない

④介護サービスを利用することによって、介護している方はどのように変化しましたか。

(○はいくつでも)

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 介護に関わる時間が減った    | 2. 介護に関わる時間が増えた |
| 3. 身体的に楽になった       | 4. 身体的にきつくなった   |
| 5. 精神的に楽になった       | 6. 精神的にきつくなった   |
| 7. 経済的に楽になった       | 8. 経済的に苦しくなった   |
| 9. 体調が良くなった        | 10. 体調が悪くなった    |
| 11. 時間に余裕ができた      | 12. 時間に余裕がなくなった |
| 13. その他( )         | 14. 特に変化していない   |
| 15. 介護サービスを利用していない |                 |

⑤介護者として、介護に関してどのような支援があったらいいと思いますか。(〇は3つまで)

1. 介護に関する情報の提供
2. 介護の技術を教える講座の開催
3. 介護者同士の交流の場の開催
4. 介護に必要な物品の支給
5. 介護に関する相談窓口の充実
6. いざという時に利用しやすい短期入所の提供
7. 「老人福祉センター」や通所介護(デイサービス)など日中の居場所の充実
8. その他( )

⑥あなたの現在の勤務形態等についてお答えください。

1. フルタイムで働いている
2. パートタイムで働いている
3. 働いていない
4. 学生
5. その他( )

⑥-1 (フルタイム、パートタイムで働いている方へ)

あなたは、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いますか。(〇は3つまで)

1. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
2. 制度を利用しやすい職場づくり
3. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
4. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
5. 介護をしている従業員への経済的な支援
6. その他( )
7. わからない
8. 特にない
9. 自営業・フリーランス等のため勤め先はない



### (3) 在宅要介護認定者調査

## 習志野市高齢者等実態調査

### 要介護認定を受けている方へ ご協力をお願い



日ごろより習志野市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。

本市では現在、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を築くため、『習志野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定し、事業の推進を図っています。

この計画に皆さまのご意見を反映させるため、このたびは要介護認定を受けている方 1,500 名を無作為に選び、実態調査を行うことにいたしました。調査の結果は、高齢者への保健福祉や介護サービス充実のための貴重な資料とさせていただきます。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

令和4年12月

習志野市長 宮本 泰介

#### 【記入についてのお願い】

- ①この実態調査は、原則として、あて名のご本人がお答えください。ご本人の状態により、お答えが難しいときは、ご家族などがご本人の代わりに回答されてもかまいません。一部、介護者の方に回答していただく質問もございます。
- ②回答は、選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- ③回答は、「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記が無い場合は、選択肢の中から1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

**1月10日(火)まで** にご返送ください。

・この調査は無記名です。ご回答内容は、調査の目的に沿って統計的に処理を行いますので、個人のプライバシーの侵害などご迷惑をお掛けすることはありません。

・この調査票は、令和4年11月15日現在の情報に基づきお送りしています。既に転出などにより習志野市にお住まいでない場合は、回答の必要はありません。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533 (直通)

## 【高齢者等実態調査 調査票(要介護認定者の方)】

○このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. あて名のご本人   | 2. あて名の方の配偶者(夫・妻) |
| 3. あて名の方の子ども | 4. あて名の方の親族       |
| 5. 友人・知人     | 6. ケアマネジャー        |
| 7. 施設の職員     | 8. ホームヘルパー        |
| 9. その他( )    |                   |

### 問A あなた(あて名のご本人)のご家族や生活状況などについて

①あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1. 40歳~64歳 | 2. 65歳~69歳 | 3. 70歳~74歳 | 4. 75歳~79歳 | 5. 80歳~84歳 |
| 6. 85歳~89歳 | 7. 90歳~94歳 | 8. 95歳~99歳 | 9. 100歳以上  |            |

②お住まいの地区名をお答えください。

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 谷津、谷津町、奏の杜      | 2. 秋津、茜浜、香澄、芝園、袖ヶ浦   |
| 3. 津田沼、鷺沼、鷺沼台、藤崎   | 4. 花咲、屋敷、泉町、大久保、本大久保 |
| 5. 実籾、実籾本郷、新栄、東習志野 |                      |

③あなたの性別をお答えください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

④家族構成をお教えてください。

1. 一人暮らし → ⑤へ
2. 夫婦二人暮らし(配偶者 65歳以上) → ④-1へ
3. 夫婦二人暮らし(配偶者 64歳以下) → ④-1へ
4. 息子・娘との2世帯 → ④-1へ
5. その他(施設入所なども含む) → ⑤へ

④-1 (ご家族と同居されている方のみ) 日中、一人になることがありますか。

- |         |          |       |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

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. 介護・介助は必要ない → ⑥へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない → ⑤-1へ
3. 現在、何らかの介護を受けている → ⑤-1・2へ

⑤-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(○はいくつでも)

- |   |  |
|---|--|
| 1. 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> | 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)<br><small>はいきしゅ</small> |
| 5. 関節の病気(リウマチ等)   | 6. 認知症(アルツハイマー病等)<br><small>にんちしょう</small> |
| 7. パーキンソン病  | 8. 糖尿病<br><small>とうによびびょう</small>          |
| 9. 腎疾患(透析)<br><small>じんしつかん</small>                       | 10. 視覚・聴覚障がい<br><small>しかく ちょうかく</small>   |
| 11. 骨折・転倒<br><small>こっせつ てんとう</small>                     | 12. 脊椎損傷<br><small>せきついそんしょう</small>       |
| 13. 高齢による衰弱<br><small>すいじやく</small>                       | 14. その他( )                                 |
| 15. 不明  |  |



⑤-2 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(○はいくつでも)

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

⑥あなたの要介護区分は次のどれにあたりますか。

1. 要介護1      2. 要介護2      3. 要介護3      4. 要介護4      5. 要介護5

⑦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。

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

⑧お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 持家(一戸建て)              | 2. 持家(集合住宅)           |
| 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) | 4. 民間賃貸住宅(一戸建て)       |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅)          | 6. 借家(賃貸借契約を結んでいない住宅) |
| 7. その他                   |                       |

⑨市民税の課税状況をお答えください。

1. 私を含む世帯全員の市民税が非課税である  
2. 私の市民税は非課税だが、世帯員に市民税課税者がいる  
3. 私は市民税課税者である

## 問B 地域交流・ボランティアについて

①独居世帯や高齢者世帯が近年増えていますが、隣近所や地域で高齢者を支えることが必要だと思えますか。

1. 必要である      2. 必要ない      3. わからない

②高齢者を支える地域のボランティア活動があれば、支援を受けてみたいと思えますか。

1. 支援を受けたい → ②-1へ      2. 支援を受けたくない → 次ページへ  
3. わからない → 次ページへ      4. 支援を受ける必要がない → 次ページへ

②-1 高齢者を支える地域のボランティア活動で、どの支援を利用したいですか。  
(○はいくつでも)

1. 見守り活動(日常の声掛けなど)  
2. 家事のお手伝い(食事のお届け、炊事、掃除、洗濯、困りごとへの対応など)  
3. 外出のお手伝い(病院の付き添いなど)  
4. 健康づくりのお手伝い(転倒予防体操、ウォーキングの実施など)  
5. 生きがいづくりのお手伝い(趣味サークルの実施など)  
6. 介護保険施設や介護事業所でのボランティア(話し相手、レクリエーションの補助、職員の補助など)  
7. その他( )

## 問C 日常生活で困っていることや将来の不安について

①現在困っていることと、将来についての不安はありますか。

あてはまる欄に○を付けてください。(それぞれ○は3つまで)

	1 現在困っていること	2 将来についての不安
(1)自分や家族の健康や病気のこと	1	2
(2)自分や家族の身体が不自由になり介護が必要となること	1	2
(3)生活のための収入のこと	1	2
(4)財産管理や相続のこと	1	2
(5)だまされたり犯罪に巻き込まれたりすること	1	2
(6)大地震などの災害が起こること	1	2
(7)人(近隣、親族、友人)とのつきあいのこと	1	2
(8)家族との人間関係のこと	1	2
(9)頼れる人がいなくなって一人きりになること	1	2
(10)社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと	1	2
(11)もの忘れなどにより自分に自信が持てなくなること	1	2
(12)自分が死亡した後の手続き(葬儀、遺品の整理等)のこと	1	2
(13)その他( )	1	2
(14)特にない	1	2



## 問D 介護保険の利用について

①ケアマネジャーの対応に満足していますか。

1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. 不満なためケアマネジャーを変更した結果、今は満足している
4. 不満である
5. わからない・何とも言えない

②あなたは、この1か月に介護保険のサービスを利用しましたか。

1. 利用している → ②-2・3へ

2. 利用していない → ②-1へ

②-1 (利用していない方へ) 利用していない理由は何ですか。(○はいくつでも)

1. 病院に入院しているから
2. 今のところ家族介護でやっていけるから
3. 今のところ自分でやっていけるから
4. 他人を自宅に入れたくないから
5. 外出したり、他人と関わったりしたくないから
6. どのようなサービスがあるのかわからないから
7. 利用者負担(費用の1~3割や実費)が大きいから
8. 家族が利用をいやがるから
9. ケアプラン(介護サービス計画)が自分の実情に合わないから
10. 念のため要介護認定をうけたただけだから
11. 手続きが面倒だから
12. その他( )

②-2 (利用している方へ) 以下のサービスを利用していますか。(○はいくつでも)

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. 訪問診療(医師の訪問)   | 2. 訪問介護(ヘルパー)                  |
| 3. 訪問歯科診療  | 4. 夜間対応型訪問介護                   |
| 5. 訪問入浴介護  | 6. 訪問看護                        |
| 7. 訪問リハビリテーション   | 8. 通所介護・地域密着型通所介護(デイサービス)      |
| 9. 認知症対応型通所介護  | 10. 通所リハビリテーション(デイケア)          |
| 11. 短期入所(ショートステイ)                                      | 12. 小規模多機能型居宅介護                |
| 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                   | 14. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)      |
| 15. 特定施設入居者生活介護<br>(有料老人ホームなどに入所して<br>受ける介護や機能訓練のサービス) | 16. 管理栄養士や歯科衛生士などによる<br>療養上の指導 |
| 17. 医師、歯科医師、薬剤師による<br>療養上の指導                           | 18. その他( )                     |

②-3 (利用している方へ) 現在利用しているサービスに満足していますか。

- |           |              |
|-----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. どちらとも言えない |
| 3. 不満である  | 4. わからない     |

③介護サービスを受けるためには、所得に応じてサービス利用費用(\*食費・居住費を除く)を自己負担していただく必要があります。

(1) あなたの自己負担割合をお答えください。

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1. 1割 | 2. 2割 | 3. 3割 |
|-------|-------|-------|

(2) (1)でお答えいただいた費用(自己負担分)について、どのように感じていますか。

1. 安いと感じている
2. 適正だと感じている
3. 高いと感じている
4. とても高いと感じている(サービスの利用をやめた、減らした、またはそれらを考えている)
5. どちらとも言えない

## 問E 介護保険制度・高齢者施策について

①介護保険制度は、40歳以上の方から保険料を徴収して介護が必要な方にサービスを提供する費用にあてていますが、保険料と介護サービスのあり方について、あなたのご意見に近いものはどれですか。

1. 保険料が多少高くても、使えるサービスが充実していれば良い
2. 使えるサービスが多少抑えられても、保険料が安ければ良い
3. どちらとも言えない

②65歳以上の方の保険料に関して「低所得者に配慮するために、高所得者の負担を多少増やすのもやむを得ない」ということについて、あなたはどのようにお考えですか。

- |         |           |              |
|---------|-----------|--------------|
| 1. そう思う | 2. そう思わない | 3. どちらとも言えない |
|---------|-----------|--------------|

③今後希望する生活場所についてうかがいます。

1. 現在のまま住み続けようと思う
2. 現在の住まいを改修するなどして住み続けようと思う
3. 家族や親族、兄弟姉妹のところへ移り住もうと思う
4. 高齢者向けの住宅へ移り住もうと思う
5. 介護保険の施設※に入所しようと思う
6. その他( )
7. わからない

※介護保険の施設…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 等



⑦あなたは、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を続けていくために、主としてどのような市の施策が必要であると考えますか。(○は5つまで)

1. 24時間いつでも在宅で受けられる介護・看護サービスの充実
2. 自宅など本人が望む場所で看取りができる在宅医療の充実
3. 多様な介護サービスを一体的に受けられる複合型サービスの充実
4. 日常生活を支援するサービスの付いた高齢者用住宅の充実
5. 配食サービスなどの生活支援
6. 緊急通報装置など安否確認システムの設置支援や見守り体制の構築
7. 外出時の移動支援
8. 持ち家のバリアフリー化の推進等の安心・安全な住まいづくりの支援
9. 高齢者の働く場の充実
10. 高齢者が交流するための場の充実
11. 趣味や社会活動などの生きがい対策の充実
12. 高齢者に役立つ情報提供の充実
13. 困ったときに気軽に相談できる窓口の充実
14. 介護予防や要介護状態等の軽減、悪化の防止のための健康づくりの事業・保健事業の充実
15. その他( )
16. 特にない

## 問F 将来への備え等について

①あなたの身に緊急事態が起きた時(事故等による介護を要する状態、認知症など)に、治療の方針の決定や介護サービスの利用に必要な手続き、金銭管理をしてくれる身内の方はいますか。いる場合は、主にどなたですか。(○は1つ)

- |           |           |   |
|-----------|-----------|---|
| 1. 配偶者    | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども                                     |
| 4. 親      | 5. 兄弟姉妹   | 6. 甥 <small>おい</small> または姪 <small>めい</small> |
| 7. その他( ) | 8. いない    |   |

②あなたは「成年後見制度」について、どの程度ご存知ですか。(○は1つ)

「成年後見制度」とは、認知症や障がいなどにより、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所へ申立てをして、その方の権利を守る援助者を選び、法律的に支援する制度です。

1. 制度の手続きをしたことがある、または検討している
2. 制度の概要を理解している
3. 名称のみ知っている
4. 全く知らない

③医療や介護についての知識や情報を、何から得ていますか。(○はいくつでも)

1. テレビ
2. インターネット(パソコン・スマートフォンなど)
3. 新聞・雑誌・本
4. 医師・病院
5. 市役所
6. 保健所
7. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
8. 家族・親族・知人・友人

④人生会議またはアドバンス・ケア・プランニング(ACP)<sup>\*</sup>という言葉を知っていますか。

1 知っている →④-1へ

2 知らない →⑤へ

※もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと

④-1 ACPという言葉をごどこで知りましたか。

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 1. テレビ・新聞・インターネット | 2. 雑誌・本                  |
| 3. 医師・病院          | 4. 市役所                   |
| 5. 保健所            | 6. 高齢者相談センター(地域包括支援センター) |
| 7. 家族・親族・友人・知人    | 8. その他( )                |

⑤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、家族等や医療・ケアチームとあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことが重要と言われています。このような話し合いを進めることについて、あなたはごどう思いますか。

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. 賛成である | 2. 反対である | 3. わからない |
|----------|----------|----------|

⑥認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。

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

⑦認知症に関する相談窓口を知っていますか。

1. はい →⑦-1へ

2. いいえ →⑧へ

⑦-1 どこに相談すると思いますか。または相談しましたか。(○はいくつでも)

1. 医師・病院
2. 民生委員・高齢者相談員
3. 市役所
4. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ)
5. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
6. ケアマネジャー
7. 介護サービス事業者(ホームヘルパー、デイサービス等)
8. 家族・親族
9. 友人・知人
10. その他( )

問G

主な介護者の方にかかっています。

(介護者がいない場合は、回答されなくてかまいません。)

①あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 18歳未満   | 2. 18歳～29歳 | 3. 30歳～39歳 |
| 4. 40歳～49歳 | 5. 50歳～59歳 | 6. 60歳～69歳 |
| 7. 70歳～79歳 | 8. 80歳～89歳 | 9. 90歳以上   |

②現在、主な介護者の方が行っている介護等は、次のどれですか。(○はいくつでも)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 屋内の移乗(ベッド、車いす等)・移動   | 2. 外出の付き添い、送迎等         |
| 3. 入浴・洗身                | 4. 日中の排せつ              |
| 5. 夜間の排せつ               | 6. 食事の準備(調理等)          |
| 7. 食事の介助(食べる時)          | 8. 服薬                  |
| 9. 認知症状への対応             | 10. 衣服の着脱              |
| 11. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)      | 12. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) |
| 13. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き   |
| 15. その他( )              | 16. わからない              |

③介護を行う上で困っていることは何ですか。(○はいくつでも)

1. 介護の方法がわからない
2. 本人が介護サービスを利用したがない
3. 家族や近隣の方などの理解が足りない
4. 介護者の心身の負担が大きい
5. 介護に要する費用がかかりすぎる
6. 仕事との両立が難しい
7. 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である
8. 介護者のリフレッシュのための時間がとれない
9. 医療サービスが必要になった時に、相談先がない
10. 気軽に相談できる人や場所がない
11. その他( )
12. 特にない





④介護サービスを利用することによって、介護している方はどのように変化しましたか。

(○はいくつでも)

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 介護に関わる時間が減った    | 2. 介護に関わる時間が増えた |
| 3. 身体的に楽になった       | 4. 身体的にきつくなった   |
| 5. 精神的に楽になった       | 6. 精神的にきつくなった   |
| 7. 経済的に楽になった       | 8. 経済的に苦しくなった   |
| 9. 体調が良くなった        | 10. 体調が悪くなった    |
| 11. 時間に余裕ができた      | 12. 時間に余裕がなくなった |
| 13. その他( )         | 14. 特に変化していない   |
| 15. 介護サービスを利用していない |                 |

⑤介護者として、介護に関してどのような支援があったらいいと思いますか。(○は3つまで)

1. 介護に関する情報の提供
2. 介護の技術を教える講座の開催
3. 介護者同士の交流の場の開催
4. 介護に必要な物品の支給
5. 介護に関する相談窓口の充実
6. いざという時に利用しやすい短期入所の提供
7. 「老人福祉センター」や通所介護(デイサービス)など日中の居場所の充実
8. その他( )

⑥あなたの現在の勤務形態等についてお答えください。

- |                |                 |           |
|----------------|-----------------|-----------|
| 1. フルタイムで働いている | 2. パートタイムで働いている | 3. 働いていない |
| 4. 学生          | 5. その他( )       |           |

⑥-1 (フルタイム、パートタイムで働いている方へ)

あなたは、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いますか。(○は3つまで)

1. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
2. 制度を利用しやすい職場づくり
3. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
4. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
5. 介護をしている従業員への経済的な支援
6. その他( )
7. わからない
8. 特にない
9. 自営業・フリーランス等のため勤め先はない



## (4) 施設入所者調査

# 習志野市高齢者等実態調査

## 介護保険施設ご利用の方へ

### ご協力をお願い



日ごろより習志野市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。  
本市では現在、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を築くため、『習志野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定し、事業の推進を図っています。

この計画に皆さまのご意見を反映させるため、このたびは介護保険施設をご利用の方全員に、実態調査を行うことにいたしました。調査の結果は、高齢者への保健福祉や介護サービス充実のための貴重な資料とさせていただきます。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

令和4年12月

習志野市長 宮本 泰介

#### 【記入についてのお願い】

- ①この実態調査は、原則として、あて名のご本人がお答えください。ご本人の状態により、お答えが難しいときは、ご家族の方などがご本人の代わりに回答されてもかまいません。
- ②回答は、選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- ③回答は「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記が無い場合は、選択肢の中から1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

**1月10日(火)まで** にご返送ください。

・この調査は無記名です。ご回答内容は、調査の目的に沿って統計的に処理を行うもので、個人のプライバシーの侵害などご迷惑をお掛けすることはありません。

・この調査票は、令和4年11月15日現在の情報に基づきお送りしています。既に転出などにより習志野市にお住まいでない場合は、回答の必要はありません。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533 (直通)

## 【高齢者等実態調査 調査票(介護施設ご利用の方)】

○このアンケートに答えていただくのはどなたですか。

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. あて名のご本人   | 2. あて名の方の配偶者(夫・妻) |
| 3. あて名の方の子ども | 4. あて名の方の親族       |
| 5. 友人・知人     | 6. ケアマネジャー        |
| 7. 施設の職員     | 8. その他( )         |

### 【代理で回答される方へ】

アンケートのあて名の方が、質問の内容がわからなかったり、答えることができない場合には、その方の立場に立ってお答えください。

## あなた(あて名のご本人)の年齢や性別などについて

問1 あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 40～64 歳 | 2. 65～69 歳 | 3. 70～74 歳 |
| 4. 75～79 歳 | 5. 80～84 歳 | 6. 85 歳以上  |

問2 あなたの性別をお答えください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問3 あなたの要介護度は次のどれにあたりますか。

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 2. 要介護2 | 3. 要介護3 |
| 4. 要介護4 | 5. 要介護5 |         |

問4 市民税の課税状況をお答えください。

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 私を含む世帯全員の市民税が非課税である       |
| 2. 私の市民税は非課税だが、世帯員に市民税課税者がいる |
| 3. 私は市民税課税者である               |

## 入所している施設について

問5 あなたは現在、どの施設に入所していますか。

- |                        |         |
|------------------------|---------|
| 1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | → 問5-1へ |
| 2. 介護老人保健施設(老人保健施設)    | } 問6へ   |
| 3. 介護療養型医療施設(病院・診療所等)  |         |
| 4. 介護医療院(病院・診療所等)      |         |

問5-1 入所申込をされてから、入所するまでの期間はどの程度でしたか。

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. 3か月未満     | 2. 3か月以上6か月未満 |
| 3. 6か月以上1年未満 | 4. 1年以上2年未満   |
| 5. 2年以上3年未満  | 6. 3年以上4年未満   |
| 7. 4年以上      | 8. わからない      |

問6 施設の入所を選んだ主な理由は何ですか。

1. 介護者がいなかったから
2. 介護している人の負担が大きかったから
3. 在宅サービスの利用では十分なサービスを受けられなかったから
4. 自宅の居住環境では介護を受け続けていくことが難しかったから
5. 専門的なケア(医療ケア、認知症ケア等)が必要だったから
6. 家族の勧めがあったから
7. その他( )

問7 あなたの部屋の定員は何人ですか。

- |                   |          |             |
|-------------------|----------|-------------|
| 1. 1人(個室・ユニット型個室) | 2. 2人~4人 | 3. それ以上( )人 |
|-------------------|----------|-------------|

問8 部屋は個室と多床室のどちらを望めますか。

1. プライバシーがしっかり守られる個室が良い
2. 話し相手がいるため多床室(定員2~4名)が良い
3. 居住費が安い多床室(定員2~4名)が良い
4. どちらともいえない
5. わからない

問9 今後、あなたはどのような介護を希望しますか。

1. 家族などを中心に自宅で介護してほしい
2. 介護保険のサービスや保健福祉サービスを活用しながら自宅で介護してほしい
3. 別の施設(介護保険施設または介護保険施設以外の施設)に入所したい
4. このまま現在の施設での生活を続けたい
5. わからない

問 10 現在入所している施設のサービスに満足していますか。

- |              |       |             |       |
|--------------|-------|-------------|-------|
| 1. 満足している    | →問11へ | 2. ほぼ満足している | →問11へ |
| 3. どちらともいえない | →問13へ | 4. やや不満である  | →問12へ |
| 5. 不満である     | →問12へ |             |       |

問 11 あなたにとって、現在の施設サービスを受けて良かったと思うことは何ですか。(○はいくつでも)

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 精神的に楽になった                |
| 2. 家族に対する気兼ねが減った            |
| 3. 外出の機会が増えた                |
| 4. 人と話す機会が増えた               |
| 5. 自分で身の回りのことをしようとする意欲が出てきた |
| 6. 体調が良くなった                 |
| 7. その他( )                   |

⇒問13へお進みください。

問 12 あなたが、現在の施設サービスを受けて不満に思う理由は何ですか。(○はいくつでも)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. おむつ交換や入浴などの介護の内容に不満がある       |
| 2. 介護の仕方がおぼつかなくて、危なっかしい         |
| 3. 介護の内容や方法などについて、希望を聞き入れてくれない  |
| 4. 施設の職員の態度や言葉づかいなどが悪い          |
| 5. 入所者の人権やプライバシーに対する配慮が足りない     |
| 6. 食事の内容に不満がある(メニューや食事のあたたかさなど) |
| 7. その他( )                       |

## 現在の心配ごとや悩みごとについて

問 13 あなたには、現在、心配ごとや悩みごとはありますか。(○はいくつでも)

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 自分の健康のこと        | 2. 家族の健康のこと     |
| 3. 家族に先立たれた後の生活のこと | 4. 生活費など経済的なこと  |
| 5. 趣味や生きがいがないこと    | 6. 自分が死亡した後の手続き |
| 7. その他( )          | (葬儀、遺品の整理等)のこと  |
| 8. 特にない            |                 |

## 介護保険制度・高齢者施策について

問14 介護保険制度をはじめ、介護に関わるこれからの施策のあり方について、特に力を入れるべきことは何だと思えますか。(〇は5つまで)

1. 自宅や地域で受けられる介護サービスの充実
2. 夜間や緊急時に受けられる介護サービスの充実
3. 入所の要望にすぐに応えられるような施設の確保
4. ケアマネジャーの質の向上
5. ケアマネジャーやサービス提供事業者に関する情報の充実
6. 介護保険制度の仕組みや利用方法に関する情報の充実
7. 認知症の方やその家族への支援
8. 成年後見制度などの権利を守るための施策の充実
9. 介護予防や要介護状態等の軽減、悪化の防止のための健康づくり事業・保健事業の充実
10. 家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実
11. その他( )
12. わからない
13. 特にない

問15 介護保険制度は、40歳以上の方から保険料を徴収して介護が必要な方にサービスを提供する費用にあてていますが、保険料と介護サービスのあり方について、あなたのご意見に近いものはどれですか。

1. 保険料が多少高くても、使えるサービスが充実していれば良い
2. 使えるサービスが多少抑えられても、保険料が安ければ良い
3. どちらとも言えない

問16 65歳以上の方の保険料に関して「低所得者に配慮するために、高所得者の負担を多少増やすのもやむを得ない」ということについて、あなたはどのようにお考えですか。

1. そう思う
2. そう思わない
3. どちらとも言えない

問17 介護サービスを受けるためには、所得に応じてサービス利用費用（\*食費・居住費を除く）を自己負担していただいております。

(1) あなたの自己負担割合をお答えください。

1. 1割

2. 2割

3. 3割

(2) (1)でお答えいただいた費用（自己負担分）について、どのように感じていますか。

1. 安いと感じている

2. 適正だと感じている

3. 高いと感じている（施設利用は継続する）

4. 高いと感じている（施設利用をやめることを考えている）

5. どちらとも言えない

## 将来への備えについて

問 18 あなたの身に緊急事態が起きた時（事故等による介護を要する状態、認知症など）に、治療の方針の決定や介護サービスの利用に必要な手続き、金銭管理をしてくれる身内の方はいますか。いる場合は、主にどなたですか。（○は1つ）

1. 配偶者

2. 同居の子ども

3. 別居の子ども

4. 親

5. 兄弟姉妹

6. 甥おいまたは姪めい

7. その他（ ）

8. いない

問19 あなたは「成年後見制度」について、どの程度ご存知ですか。（○は1つ）

「成年後見制度」とは、認知症や障がいなどにより、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所へ申立てをして、その方の権利を守る援助者を選び、法律的に支援する制度です。

1. 制度の手続きをしたことがある、または検討している

2. 制度の概要を理解している

3. 名称のみ知っている

4. 全く知らない





## (5) 一般若年者調査

# 習志野市高齢者等実態調査

## 40歳以上64歳以下の方へ

### ご協力のお願い



日ごろより習志野市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。

本市では現在、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を築くため、『習志野市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定し、事業の推進を図っています。

この計画に皆さまのご意見を反映させるため、このたび **40歳以上64歳以下の方1,500名を無作為に選び**、実態調査を行うことにいたしました。調査の結果は、高齢者への保健福祉や介護サービス充実のための貴重な資料とさせていただきます。

調査票の質問が多く、回答の際にはお手数をおかけしますが、なにとぞ趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

令和4年12月

習志野市長 宮本 泰介

#### 【記入についてのお願い】

- ①この実態調査は、原則として、あて名のご本人がお答えください。
- ②回答は、選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- ③回答は、「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記が無い場合は、選択肢の中から1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

**1月10日(火)まで** にご返送ください。

・この調査は無記名です。ご回答内容は、調査の目的に沿って統計的に処理を行いますので、個人のプライバシーの侵害などご迷惑をお掛けすることはありません。

・この調査票は、令和4年11月15日現在の情報に基づきお送りしています。既に転出などにより習志野市にお住まいでない場合は、回答の必要はありません。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533 (直通)

## 【高齢者等実態調査 調査票(40歳~64歳の方)】

あなた(あて名のご本人)の年齢や性別などについて

問1 あなたの年齢をお答えください。

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 40歳~44歳 | 2. 45歳~49歳 | 3. 50歳~54歳 |
| 4. 55歳~59歳 | 5. 60歳~64歳 |            |

問2 お住まいの地区名をお答えください。

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 谷津、谷津町、奏の杜      | 2. 秋津、茜浜、香澄、芝園、袖ヶ浦   |
| 3. 津田沼、鷺沼、鷺沼台、藤崎   | 4. 花咲、屋敷、泉町、大久保、本大久保 |
| 5. 実籾、実籾本郷、新栄、東習志野 |                      |

問3 あなたの性別をお答えください。

- |       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問4 家族構成をお教えてください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 一人暮らし(一世代)                  |
| 2. 夫婦二人暮らし(一世代)                |
| 3. 息子・娘と同居(二世帯)                |
| 4. 親と同居(二世帯)(同一敷地内や二世帯住宅も含みます) |
| 5. 三世帯以上同居(同一敷地内や二世帯住宅も含みます)   |
| 6. その他(「1」~「5」以外の世帯)( )        |

問5 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 持家(一戸建て)              |
| 2. 持家(集合住宅)              |
| 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) |
| 4. 民間賃貸住宅(一戸建て)          |
| 5. 民間賃貸住宅(集合住宅)          |
| 6. 借家(賃貸借契約を結んでいない住宅)    |
| 7. その他                   |

## 健康について

問6 あなたは、日頃、自分の健康に気をつけていますか。

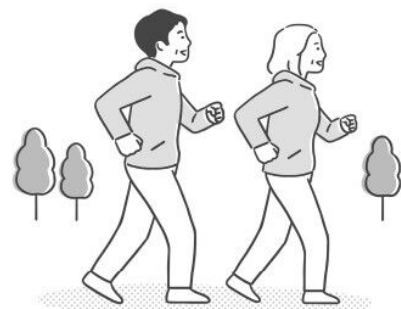
- |                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| 1. 気をつけている → 問6-1へ   | 2. ある程度は気をつけている → 問6-1へ |
| 3. あまり気をつけていない → 問7へ | 4. 気をつけていない → 問7へ       |

問6-1 何か実行していることがありますか。(○はいくつでも)

1. 食事、栄養に気をつけている(バランスの良い食事をとるようにしている)
2. 日頃、体を動かしたり、運動をするようにしている
3. 過労に注意し、睡眠・休養を十分とるようにしている
4. 規則正しい生活を送っている
5. 定期的に健康診断を受けている
6. 気持ちをなるべく明るく持つ、またはストレスを溜めないようにしている
7. 歯や口の健康に気をつけている
8. たばこを控えている
9. お酒を控えている
10. 安全な食品や飲み水に気をつけている
11. 体の具合が悪いときは、早めに医療機関を受診している
12. 健康について家族や友人などと話をする
13. 役割や目的意識を持って毎日生活している
14. 新聞、テレビ、雑誌などで健康に関する情報や知識を得るようにしている
15. その他( )

問7 医療や介護についての知識や情報を、何から得ていますか。(○はいくつでも)

1. テレビ
2. インターネット(パソコン・スマートフォンなど)
3. 新聞・雑誌・本
4. 医師・病院
5. 市役所
6. 保健所
7. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
8. 家族・親族・知人・友人
9. その他( )



問8 人生会議またはアドバンス・ケア・プランニング(ACP)<sup>\*</sup>という言葉を知っていますか。

1. 知っている → 問8-1へ

2. 知らない → 問9へ

※もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと

問8-1 ACPという言葉はどこで知りましたか。

1. テレビ・新聞・インターネット

2. 雑誌・本

3. 医師・病院

4. 市役所

5. 保健所

6. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)

7. 家族・親族・友人・知人

8. その他( )

問9 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、家族等や医療・ケアチームとあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと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. 賛成である

2. 反対である

3. わからない

問10 認知症の症状がある、または家族に認知症の症状がある人がいますか。

1. はい

2. いいえ

問11 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

1. はい → 問11-1へ

2. いいえ → 問12へ

問11-1 どこに相談すると思いますか、または相談しましたか。(〇はいくつでも)

1. 医師・病院

2. 民生委員・高齢者相談員

3. 市役所

4. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ)

5. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)

6. ケアマネジャー

7. 介護サービス事業所(ホームヘルパー、デイサービス等)

8. 家族・親族

9. 友人・知人

10. その他( )

問 12 今までに、自分自身や家族が認知症になったときどうしたらいいのか、考えたことがありますか。

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 考えたことがある →問 12-1へ | 2. 考えたことはない →問 12-2へ |
|----------------------|----------------------|

問 12-1 どのようなことを考えましたか。(○はいくつでも)

- |           |           |          |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 介護のこと  | 2. 経済的なこと | 3. 症状のこと |
| 4. 地域との関係 | 5. その他( ) |          |

問 12-2 考えたことがなかった理由は何だと思えますか。

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 自分や自分の家族は認知症にならないと思うから           |
| 2. 自分や自分の家族が認知症になるかどうかを考えたこともなかったから |
| 3. その他( )                           |

問 13 認知症サポーター養成講座を受けたことがありますか。

- |             |             |          |
|-------------|-------------|----------|
| 1. 受けたことがある | 2. 受けたことがない | 3. わからない |
|-------------|-------------|----------|

問 14 あなたは、1年以内に健康診査(特定健康診査、人間ドック、職場の健診等)を受けましたか。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. はい →問 14-1へ | 2. いいえ →問 14-2へ |
|----------------|-----------------|

問 14-1 どちらで健康診査を受けましたか。

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 1. 市が行う健康診査等 | 2. 職場または健康保険組合が行う健康診査 |
| 3. 人間ドック     | 4. その他( )             |

問 14-2 健康診査を受けなかった理由は何ですか。

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 知らなかったから              | 2. 時間が取れなかったから           |
| 3. 定期的に通院しているから          | 4. 健康状態に自信があり、必要性を感じないから |
| 5. 必要な時はいつでも医療機関を受診できるから | 6. 面倒だから                 |
| 7. その他( )                |                          |

問 15 あなたは、1年以内にがん検診を受けましたか。

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. はい →問 15-1へ | 2. いいえ →問 16へ |
|----------------|---------------|

問 15-1 どちらでがん検診を受けましたか。

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 1. 市が行うがん検診 | 2. 職場または健康保険組合が行うがん検診 |
| 3. 人間ドック    | 4. その他( )             |

問 16 あなたは、1年以内に歯科健康診査を受けましたか。

1. はい →問 16-1へ

2. いいえ →問 17へ

問 16-1 どちらで歯科健康診査を受けましたか。

1. 市内医療機関

2. 市外医療機関

3. その他( )

問 17 あなたは、ものを噛んで食べる時、どのような状態ですか。(＊入れ歯を使っても結構です。)

1. 何でも噛んで食べることができる

2. 噛めない食べ物が少しある

3. 噛めない食べ物が多い

4. 噛んで食べることができない

## 就労や社会参画などについて

問 18 あなたは、現在、仕事をしていますか。

1. している →問 18-1へ

2. 家事労働をしている →問 18-1へ

3. していない →問 19へ

問 18-1 あなたは何歳ぐらいまで働きたいと思いますか。

1. 60歳ぐらいまで

2. 65歳ぐらいまで

3. 70歳ぐらいまで

4. 働ける限りずっと続けたい

5. できればやめたい

6. その他( )

問 19 あなたが現在まで行っていることで、生きがいを感じるのとはどんなことですか。

また、今後やってみたい(続けたい)ことはどんなことですか。(○はそれぞれいくつでも)

	①現在、 生きがいを 感じること	②今後、 やってみたい (続けたい)こと
(1) 働くこと	1	1
(2) 学習や教養を高めるための活動	2	2
(3) 健康づくり・体力づくり	3	3
(4) スポーツ	4	4
(5) 家族や孫と過ごすこと(団らん)	5	5
(6) 友人や気の合った仲間とのつきあい	6	6
(7) 趣味の活動	7	7
(8) 社会奉仕(ボランティア)活動	8	8
(9) 町内会、自治会等の地域活動	9	9
(10) その他( )	10	10

問 20 今後、ボランティア活動の輪を広げていくために、どのようなことが必要だと思いますか。

(○は3つまで)

1. ボランティア活動に関する相談や拠点となる場所を提供する
2. ボランティア研修を開催する
3. ボランティアとボランティアを必要とする人を結びつける仕組みを拡充する
4. ボランティアについての普及啓発(積極的な呼びかけ)を行う
5. 自分自身の資格・趣味をいかして活動する仕組みをつくる
6. ボランティアに経済的負担がかからないように交通費などの実費を援助する
7. その他( )
8. わからない

## 地域における交流について

問 21 あなたは、隣近所とどの程度のつきあいをしていますか。

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 1. お互いに訪問し合う | 2. 時々世間話をする    |
| 3. あいさつをする程度 | 4. ほとんどつきあいはない |

問 22 あなたは、隣近所の方々との交流をどの程度望まれていますか。

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1. 積極的に関わりたい      | 2. 機会があれば関わりたい |
| 3. あまり関わりたいとは思わない | 4. 関わりたいとは思わない |

問 23 独居世帯や高齢者世帯が近年増えていますが、隣近所や地域で高齢者を支えることが必要だと思いますか。

- |          |         |          |
|----------|---------|----------|
| 1. 必要である | 2. 必要ない | 3. わからない |
|----------|---------|----------|

## 介護保険制度・高齢者施策について

問 24 介護保険制度は、40歳以上の方から保険料を徴収して介護が必要な方にサービスを提供する費用にあてていますが、保険料と介護サービスのあり方について、あなたのご意見に近いものはどれですか。

1. 保険料が多少高くても、使えるサービスが充実していれば良い
2. 使えるサービスが多少抑えられても、保険料が安ければ良い
3. どちらとも言えない



問 25 今後、もしあなたご自身が介護が必要となった場合、どのようにしたいとお考えですか。

(○は1つ)

1. 家族などを中心にしてできる限り自宅で介護を受けたい
2. 介護保険制度のサービスや保健福祉サービスを活用しながらできる限り自宅で介護を受けたい
3. 高齢者向けの住宅に移り、介護を受けたい
4. 軽費老人ホーム(ケアハウス)のような低所得者に配慮した住宅に移り、介護を受けたい
5. 介護保険制度のサービス対象となる介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、老人保健施設などに入所したい
6. 介護は受けたいが、利用料等の負担を考え、介護保険制度のサービスの利用は控える
7. その他( )
8. わからない

問 26 あなたは、ご家族などの介護をしたことがありますか。

1. 現在している → 問 26-1 へ
2. 以前したことがある → 問 26-1 へ
3. したことはない → 問 27 へ

問 26-1 介護を行う上で困っていること(困ったこと)について教えてください。(○はいくつでも)

1. 介護の方法がわからない
2. 本人が介護サービスを利用したがない
3. 家族や近隣の方などの理解が足りない
4. 介護者の心身の負担が大きい
5. 介護に要する費用がかかりすぎる
6. 仕事との両立が難しい
7. 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である
8. 介護者のリフレッシュのための時間がとれない
9. 医療サービスが必要になった時に、相談先がない
10. 気軽に相談できる人や場所がない
11. その他( )
12. 特にない



問 27 介護予防・日常生活支援総合事業についてうかがいます。

介護予防・日常生活支援総合事業は、65 歳以上のすべての方の日常生活の支援を目的とした事業です。

本市では、下記の取組を行っていますが、ご存じですか。(それぞれ○は1つ)

	1 知っている	2 知らない
(1)生活支援や見守り・介護予防のための訪問や通所の支援 (要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2
(2)住民組織や NPO が主体となった、集いの場やサービス提供 (要介護認定にかかわらず利用可能な場合あり)	1	2

問 28 支援を必要とする高齢者を支える地域のボランティア活動があれば、あなたはその活動に支援者として参加してみたいと思いますか。

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 是非参加したい → 問 28-1 へ | 2. 参加してもよい → 問 28-1 へ  |
| 3. 参加したくない → 問 29 へ   | 4. 既に参加している → 問 28-1 へ |

問 28-1 支援を必要とする高齢者を支える地域のボランティア活動では、支援者としてどの活動に参加したいですか。また、どの活動に参加していますか。(○はいくつでも)

- |  |
|--|
| 1. 見守り活動(日常の声掛けなど)<br>2. 家事のお手伝い(食事のお届け、炊事、掃除、洗濯、困りごとへの対応など)<br>3. 外出のお手伝い(病院の付き添いなど)<br>4. 健康づくりのお手伝い(転倒予防体操・ウォーキングの実施など)<br>5. 生きがいづくりのお手伝い(趣味サークルの実施など)<br>6. 介護保険施設や介護事業所でのボランティア(話し相手、レクリエーションの補助、職員の補助など)<br>7. その他( ) |
|--|

問 29 高齢者外出支援事業についてうかがいます。

市では、高齢者が自宅に引きこもらず気軽に外出し、健康で自分らしい生活を送っていただくこと、また、経済的負担の軽減を目的として在宅で生活する 75 歳以上の非課税世帯に対して、高齢者外出支援事業として、1 枚 500 円のタクシー券を月3枚(年間最大 36 枚)、交付していますがご存じでしたか。

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 知っていた → 問 29-1 へ | 2. 知らなかった → 問 30 へ |
|---------------------|--------------------|

問 29-1 本事業を何で知りましたか。

- |  |
|--|
| 1. 市役所(広報習志野・ホームページ・市からのお知らせ)<br>2. 親族・友人・知人からの情報<br>3. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)<br>4. その他( ) |
|--|

問 30 より良い高齢者の外出支援策とするには、今後どのような事業の見直しを行うのが良いと思いますか。

1. 現状のタクシー券のまま維持してほしい
2. タクシー券に代わるものとして、タクシー利用に加えて電車・バス・コミュニティバスなど公共交通全般にも利用できる助成にほしい
3. その他( )

問 31 近年、高齢者ドライバーが当事者となる痛ましい事故が多発し、運転免許証の自主返納に大きな関心が集まっています。本市の公共交通は比較的充実していることから、現時点でタクシー券等の支給は行っていませんが、今後、運転免許証を自主返納した方に対する税金を使った支援は必要であると思いますか。

1. 必要である ➡問 31-1へ
2. 必要ない ➡問 32へ
3. わからない

問 31-1 どのような支援が必要であると思いますか。

1. タクシー券の支給 ➡問 32へ
2. バス券の支給、定期券購入費の助成
3. 免許返納にかかる証明書などの発行手数料の助成
4. その他( )

問 32 あなたは、高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を続けていくために、主としてどのような市の施策が必要であると考えますか。(○は5つまで)

1. 24時間いつでも在宅で受けられる介護・看護サービスの充実
2. 自宅など本人が望む場所で看取りができる在宅医療の充実
3. 多様な介護サービスを一体的に受けられる複合型サービスの充実
4. 日常生活を支援するサービスの付いた高齢者用住宅の充実
5. 配食サービスなどの生活支援
6. 緊急通報装置など安否確認システムの設置支援や見守り体制の構築
7. 外出時の移動支援
8. 持ち家のバリアフリー化の推進等の安心・安全な住まいづくりの支援
9. 高齢者の働く場の充実
10. 高齢者が交流するための場の充実
11. 趣味や社会活動などの生きがい対策の充実
12. 高齢者に役立つ情報提供の充実
13. 困ったときに気軽に相談できる窓口の充実
14. 介護予防や要介護状態等の軽減、悪化の防止のための健康づくりの事業・保健事業の充実
15. その他( )
16. 特にない

## 将来の不安、備えについて

問 33 あなたは、ご自分の将来についてどんな不安がありますか。(○は3つまで)

1. 自分や家族の健康や病気のこと
2. 自分や家族の身体が不自由になり介護が必要となること
3. 生活のための収入のこと
4. 財産管理や相続のこと
5. だまされたり犯罪に巻き込まれたりすること
6. 大地震などの災害が起こること
7. 人(近隣、親族、友人)とのつきあいのこと
8. 家族との人間関係のこと
9. 頼れる人がいなくなって一人きりになること
10. 社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと
11. もの忘れなどにより自分に自信が持てなくなること
12. 自分が死亡した後の手続き(葬儀、遺品の整理等)のこと
13. その他( )
14. 特にない

問 34 あなたは、ご自分の将来、特に老後の生活に備えて、現在どのようなことをしていますか、またはどのようなことが必要だと思えますか。(○は3つまで)

1. 友人や仲間づくりをすること
2. 仕事を継続するための専門的スキル・知識を習得すること
3. 趣味を持つこと
4. 健康を維持・増進すること
5. 生活していくための収入源や貯蓄などを確保すること
6. 高齢者になっても暮らしやすいよう家の改築をすること
7. 高齢者向けの住宅を探すこと
8. 料理や洗濯など、日常生活に必要な生活技術を身に付けること
9. その他( )
10. 特にない

問 35 あなたの身に緊急事態が起きた時(事故等による介護を要する状態、認知症など)に、治療の方針の決定や介護サービスの利用に必要な手続き、金銭管理をしてくれる身内の方はいますか。いる場合は、主にどなたですか。(○は1つ)

- |           |           |   |
|-----------|-----------|---|
| 1. 配偶者    | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども                                     |
| 4. 親      | 5. 兄弟姉妹   | 6. 甥 <small>おい</small> または姪 <small>めい</small> |
| 7. その他( ) | 8. いない    |   |

問 36 あなたは「成年後見制度」について、どの程度ご存知ですか。(○は1つ)

「成年後見制度」とは、認知症や障がいなどにより、判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所へ申立てをして、その方の権利を守る援助者を選び、法律的に支援する制度です。

1. 制度の手続きをしたことがある、または検討している
2. 制度の概要を理解している
3. 名称のみ知っている
4. 全く知らない

◎最後に、市の高齢者保健福祉施策についてご意見、ご要望等がありましたら自由にご記入ください。


たくさんの質問にお答えいただき、誠にありがとうございました。

質問にお答えいただいた皆様のためにも、充実した計画を策定してまいります。

誠に恐縮ですが、この調査票は 1月 10 日(火)まで に

返信用封筒にて返送していただきますよう、お願いいたします。

## (6) サービス提供事業者調査

# 習志野市介護保険事業計画策定のための アンケート調査

## 介護サービス提供事業者様へ

### ご協力をお願い

日頃より介護保険サービスの提供にご尽力いただき、ありがとうございます。

習志野市では、令和5年度に予定しております『習志野市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画』策定に向けた基礎資料とするために、介護保険サービスを提供している事業者の状況について、実態調査を行うことといたしました。

調査の結果は、高齢者の保健福祉や介護サービスの充実のために活用させていただきます。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、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4年12月

習志野市長 宮本 泰介

#### 【記入についてのお願い】

- 1 回答は選択肢の番号を○で囲んでください。また、具体的な記述を書き入れていただく質問では、簡潔にご記入ください。
- 2 回答は、「○はいくつでも」との表記が無い場合は、選択肢の中から1つお選びください。

・記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、

**1月10日(火)まで**にご返送ください。

実態調査についての問い合わせ先

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533 (直通)

貴事業者名、所在地をお書きください。

事業者名	
所在地	

## 貴事業者の概要について

問1 貴事業者が現在、本市で実施しているサービスは何ですか。(〇はいくつでも)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護                | 2. 訪問入浴介護(介護予防)         |
| 3. 訪問看護(介護予防)          | 4. 訪問リハビリテーション(介護予防)    |
| 5. 居宅療養管理指導(介護予防)      | 6. 通所介護                 |
| 7. 通所リハビリテーション(介護予防)   | 8. 短期入所生活介護(介護予防)       |
| 9. 短期入所療養介護(介護予防)      | 10. 特定施設入居者生活介護(介護予防)   |
| 11. 福祉用具貸与             | 12. 地域密着型通所介護           |
| 13. 認知症対応型共同生活介護(介護予防) | 14. 認知症対応型通所介護(介護予防)    |
| 15. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)  | 16. 夜間対応型訪問介護           |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設      | 18. 地域密着型特定施設入居者生活介護    |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 20. 看護小規模多機能型居宅介護(介護予防) |
| 21. 介護老人福祉施設           | 22. 介護老人保健施設            |
| 23. 介護療養型医療施設          | 24. 介護医療院               |
| 25. 居宅介護支援             | 26. 介護予防支援              |
| 27. 介護予防訪問型サービス        | 28. 介護予防通所型サービス         |
| 29. 介護予防ケアマネジメント       | 30. その他(具体的に: )         |

## 介護保険サービスについて

問2 次の①から③⑩までのサービスのうち、貴事業者において提供しているサービスについて、(1)から(3)のそれぞれ当てはまるものに○をご記入ください。

	(1)利用者からの利用申込みへの対応は。			(2)事業者の収支状況は。			(3)今後の事業展開は。			
	余裕はない	余裕はややある	余裕は十分ある	赤字である	収支はほぼ均衡	黒字である	現時点ではわからない	縮小を考えている	現状のまま	拡大を考えている
①訪問介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
②訪問入浴介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
③訪問看護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
④訪問リハビリテーション(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑤居宅療養管理指導(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑥通所介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑦通所リハビリテーション(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑧短期入所生活介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑨短期入所療養介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑩特定施設入居者生活介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑪福祉用具貸与	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑫地域密着型通所介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑬認知症対応型共同生活介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑭認知症対応型通所介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑮小規模多機能型居宅介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑯夜間対応型訪問介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑰地域密着型介護老人福祉施設	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑱地域密着型特定施設入居者生活介護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑲定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
⑳看護小規模多機能型居宅介護(介護予防)	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉑介護老人福祉施設	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉒介護老人保健施設	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉓介護療養型医療施設	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉔介護医療院	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉕居宅介護支援	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉖介護予防支援	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉗介護予防訪問型サービス	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉘介護予防通所型サービス	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
㉙介護予防ケアマネジメント	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
③⑩その他	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4



問3 貴事業者が今後、新たに実施したいサービスは何ですか。(○はいくつでも)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護                | 2. 訪問入浴介護(介護予防)         |
| 3. 訪問看護(介護予防)          | 4. 訪問リハビリテーション(介護予防)    |
| 5. 居宅療養管理指導(介護予防)      | 6. 通所介護                 |
| 7. 通所リハビリテーション(介護予防)   | 8. 短期入所生活介護(介護予防)       |
| 9. 短期入所療養介護(介護予防)      | 10. 特定施設入居者生活介護(介護予防)   |
| 11. 福祉用具貸与             | 12. 地域密着型通所介護           |
| 13. 認知症対応型共同生活介護(介護予防) | 14. 認知症対応型通所介護(介護予防)    |
| 15. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)  | 16. 夜間対応型訪問介護           |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設      | 18. 地域密着型特定施設入居者生活介護    |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 20. 看護小規模多機能型居宅介護(介護予防) |
| 21. 介護老人福祉施設           | 22. 介護老人保健施設            |
| 23. 介護療養型医療施設          | 24. 介護医療院               |
| 25. 居宅介護支援             | 26. 介護予防支援              |
| 27. 介護予防訪問型サービス        | 28. 介護予防通所型サービス         |
| 29. 介護予防ケアマネジメント       | 30. 移動支援に関するサービス        |
| 31. その他                | (送迎の空き時間の活用や買い物支援など)    |

問3-1 上記を選択した理由をお教えてください。


問4 貴事業者がサービスを提供するうえで困っていることはありますか。(〇はいくつでも)

- |             |                     |
|-------------|---------------------|
| 1. 報酬が低すぎる  | 2. マンパワーが不足している     |
| 3. 規制が多い    | 4. 経費がかかりすぎる        |
| 5. 利用が低調である | 6. 競合事業者が多い         |
| 7. わからない    | 8. その他(具体的に: _____) |
| 9. 特に困っていない |                     |

問4-1 (問4の質問で「2 マンパワーが不足している」と答えた事業者におたずねします。)

不足しているのはどのサービスですか。また、どの職種ですか。(〇はいくつでも)

ーサービスー

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護                | 2. 訪問入浴介護(介護予防)         |
| 3. 訪問看護(介護予防)          | 4. 訪問リハビリテーション(介護予防)    |
| 5. 居宅療養管理指導(介護予防)      | 6. 通所介護                 |
| 7. 通所リハビリテーション(介護予防)   | 8. 短期入所生活介護(介護予防)       |
| 9. 短期入所療養介護(介護予防)      | 10. 特定施設入居者生活介護(介護予防)   |
| 11. 福祉用具貸与             | 12. 地域密着型通所介護           |
| 13. 認知症対応型共同生活介護(介護予防) | 14. 認知症対応型通所介護(介護予防)    |
| 15. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)  | 16. 夜間対応型訪問介護           |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設      | 18. 地域密着型特定施設入居者生活介護    |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 20. 看護小規模多機能型居宅介護(介護予防) |
| 21. 介護老人福祉施設           | 22. 介護老人保健施設            |
| 23. 介護療養型医療施設          | 24. 介護医療院               |
| 25. 居宅介護支援             | 26. 介護予防支援              |
| 27. 介護予防訪問型サービス        | 28. 介護予防通所型サービス         |
| 29. 介護予防ケアマネジメント       | 30. 移動支援に関するサービス        |
| 31. その他(具体的に: _____)   | (送迎の空き時間の活用や買い物支援など)    |

ー職種ー

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. 介護職員              | 2. 看護職員             |
| 3. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 4. 生活相談員            |
| 5. 栄養士・管理栄養士         | 6. 介護支援専門員          |
| 7. 管理者(候補含む。)        | 8. その他(具体的に: _____) |

## サービスの質の向上について

問5 サービスの質を高めるために貴事業者が行っていることはどんなことですか。(〇はいくつでも)

1. 利用者の苦情や不満をくみ取る
2. 新たな介護知識や介護技術の導入に努める
3. 利用者及び家族との面談の時間を十分にとる
4. 新たな施設や設備の導入に努める
5. 人員を多く配置し、手厚いサービス提供体制をとる
6. 研修等を実施し、職員の能力向上を図る
7. 利用人数をできる限り抑えるようにする
8. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

問6 介護知識や介護技術などをレベルアップし、サービスの質的向上を図るうえでの課題は何だと思えますか。(〇はいくつでも)

1. 担当者間でのレベルの差が大きい
2. 適切な研修の機会が不足している
3. 職員の入れ替わりが激しく、レベルが下がっている
4. 利用者の声がサービスの質的向上に活かされていない
5. 第三者評価が活用されていない
6. 費用をかける余裕がない
7. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)
8. 特にない

問7 貴事業者における職員の雇用・勤務面での課題は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 十分な報酬が支払えない
2. 経験豊富な人材が少ない
3. 職員の精神的ケアが不足している
4. 専門職の兼務が多い
5. 臨時職員、パート職員が多い
6. 職員の健康面のケアが不足している
7. 男性が不足している
8. 超過勤務が多い
9. 休日出勤が多い
10. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)
11. 特にない

問8 貴事業者がサービスを提供したり利用者から声を聞く中で、支援が必要であるにもかかわらず、福祉サービスの利用に結びついていない高齢者はいますか。

- 1. いる →問8-1・8-2へ
- 2. いない →問9へ
- 3. わからない・何ともいえない →問9へ

問8-1 結びついていないサービスは次のうちどれですか。

- 1. 介護サービス
- 2. 市の福祉サービス
- 3. 社会福祉協議会のサービス
- 4. 民間企業のサービス
- 5. その他(具体的に: )

問8-2 結びついていない理由は次のうちどれですか。

- 1. その人に合った適切なサービスがないため
- 2. その人に合ったサービスにつなぐ支援者がいないため
- 3. サービスにかかる費用が負担になるため
- 4. その他(具体的に: )

問9 貴事業者は、歯や口腔の健康づくりについて、どのようなことに取り組んでいますか。

- 1. 食後の口腔ケアの実施
- 2. 歯科医師の定期的な訪問
- 3. 定期的な歯科検診
- 4. 歯科衛生士やリハビリテーション職による指導
- 5. その他(具体的に: )
- 6. 特に取り組んでいない

問10 貴事業者では、利用者からどのような声をよく聞きますか。

-----
-----
-----
-----

## ケアマネジメントについて

※ ケアマネジャーがいる事業者がお答えください。

(ケアマネジャーがいない事業者は、問16へお進みください。)

問11 現在不足していると感じるサービスは何ですか。(〇はいくつでも)

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 訪問介護                | 2. 訪問入浴介護(介護予防)         |
| 3. 訪問看護(介護予防)          | 4. 訪問リハビリテーション(介護予防)    |
| 5. 居宅療養管理指導(介護予防)      | 6. 通所介護                 |
| 7. 通所リハビリテーション(介護予防)   | 8. 短期入所生活介護(介護予防)       |
| 9. 短期入所療養介護(介護予防)      | 10. 特定施設入居者生活介護(介護予防)   |
| 11. 福祉用具貸与             | 12. 地域密着型通所介護           |
| 13. 認知症対応型共同生活介護(介護予防) | 14. 認知症対応型通所介護(介護予防)    |
| 15. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)  | 16. 夜間対応型訪問介護           |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設      | 18. 地域密着型特定施設入居者生活介護    |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 20. 看護小規模多機能型居宅介護(介護予防) |
| 21. 介護老人福祉施設           | 22. 介護老人保健施設            |
| 23. 介護療養型医療施設          | 24. 介護医療院               |
| 25. 居宅介護支援             | 26. 介護予防支援              |
| 27. 介護予防訪問型サービス        | 28. 介護予防通所型サービス         |
| 29. 介護予防ケアマネジメント       | 30. 移動支援に関するサービス        |
| 31. その他(具体的に: )        | (送迎の空き時間の活用や買い物支援など)    |

問11-1 不足と感じている理由は何ですか。


問12 ケアマネジャーの質を高めるために行っていることは、どんなことですか。(〇はいくつでも)

1. 定期的な内部研修(勉強会)の実施
2. 外部研修への参加
3. 利用者の満足度の確認(利用者アンケートなど)
4. 働きやすい職場環境づくり
5. その他(具体的に: )
6. 特に行っていない

問13 高齢者相談センター(地域包括支援センター)は、次のような役割を十分に果たしていると思いますか。果たしていると考えるものを選んでください。(〇はいくつでも)

1. 高齢者に関する総合相談
2. 予防給付の介護予防ケアマネジメント
3. ケアマネジャーの個別支援・相談支援、ネットワーク支援
4. 困難事例、多問題家族への支援
5. 権利擁護の相談と対応
6. 虐待防止の相談と対応
7. 多職種連携マネジメント
8. その他(具体的に: )
9. どれもあまり果たしていない

問14 ケアプランを作成する際に、インフォーマルなサービスを活用して立てていますか。

1. できるだけ活用している
2. たまに活用することがある
3. どのような社会資源があるか把握しているが、活用していない
4. どのような社会資源があるのか把握していない
5. その他(具体的に: )

問14-1 (問14の質問で、「1」または「2」と答えた事業者におたずねします。)

活用した/しているのはどのようなインフォーマルサービスですか。


問15 他事業者のケアマネジャーについて、ケアマネジャーの対応に差があると感じていますか。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 感じている  | 2. 若干感じている |
| 3. 感じていない | 4. わからない   |

## 今後の高齢者介護について

問16 介護保険は急速に利用が増え、現状のまま伸びていくと、将来の介護保険料は現在よりもかなり高額になることが予測されます。介護サービスの維持・充実と介護保険料とのバランスについて、どう考えますか。

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 1. 介護保険料が上がってもよいので、介護サービスは大いに充実させるべきだ |
| 2. 介護サービスが今より充実するなら、介護保険料が上がるのはやむを得ない |
| 3. 介護サービスが現状を維持できる範囲で、介護保険料の上昇は抑えるべきだ |
| 4. 介護サービスが低下しても構わないので、介護保険料は上げるべきではない |
| 5. わからない                              |

問17 高齢者への介護サービスの充実のため、行政にどのようなことを希望しますか。(○はいくつでも)

- |   |
|---|
| 1. 不足している介護保険居宅サービス・地域密着型サービスの整備推進<br>(具体的なサービス名: ) |
| 2. 特別養護老人ホームや老人保健施設等の入所施設整備の推進                      |
| 3. 介護保険外の生活支援サービスの充実<br>(具体的に: )                    |
| 4. 家族で介護ができるような家族支援策の充実                             |
| 5. 高齢者が安心して住めるための住み替えなどの住宅施策                        |
| 6. 高齢者を支える連携体制(地域・事業者・ボランティアなど)の構築                  |
| 7. 介護サービスと医療サービスの連携体制の構築                            |
| 8. 地域や市民の福祉活動を育てるような市民活動の育成                         |
| 9. 介護が必要にならないような予防施策の充実                             |
| 10. 認知症への正しい理解の普及・啓発、認知症の方とその家族を支える体制づくり            |
| 11. 介護サービス事業所・施設への支援(*具体的には 問18で記入)                 |
| 12. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)の充実                        |
| 13. わからない   |
| 14. その他(具体的に: )                                     |
| 15. 特に希望しない   |

問18 貴事業者は、自治体にどのような支援をしてほしいですか。


◎最後に、介護保険制度や介護保険サービスについて、日頃からお考えのこと等をご自由にお書きください。


たくさんの質問にお答えいただき、誠にありがとうございました。

質問にお答えいただいた皆様のためにも、充実した計画を策定してまいります。

誠に恐縮ですが、この調査票は 1月10日(火)まで に  
返信用封筒にて返送していただきますよう、お願いいたします。





# 高齢者等実態調査結果報告書

令和5年3月

習志野市