

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 ご協力のお願い

日ごろより、習志野市政にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

本市では、令和9年度から11年度までの『習志野市高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画
及び認知症施策推進計画』を策定するため、市民の皆様を対象としたアンケート調査を行います。

本調査は、高齢者の方が住み慣れた地域で安心して過ごすことができる社会を築くための調査です。調査の結果は、高齢者への保険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、よろしくお願ひいたします。

令和7年12月
習志野市長 宮本 泰介

【調査対象者】

要支援認定を受けている方又は事業対象者の方の中から無作為に抽出した1,500名の方



【回答期限】

調査票記入後は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、

令和8年1月●日()までにご返送ください。

【ご記入にあたってのお願い】

- 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。一部、介護者の方に回答していただく質問もございます。
- 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。
- 回答は「○はいくつでも」、「○は5つまで」等の表記がない場合は、選択肢の中から1つお選びください。

※この調査票は、令和7年11月●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はない場合は、回答の必要はありません。

【実態調査についてのお問い合わせ先】

習志野市 健康福祉部 高齢者支援課 (TEL) 047-454-7533

高齢者等実態調査 調査票（要支援認定者、事業対象者の方）

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護及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、下記に同意したものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及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、市町村による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、市町村内で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できます。

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. あて名の方のこども | 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 | 7.ホームヘルパー |
| 8.その他() | |

問A あなた(あて名ご本人)のご家族や生活状況について

(1) あなたの年齢をお答えください。

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

(2) お住いの地区名を教えてください。

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 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. 実糀、実糀本郷、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. どちらとも言えない・わからない | 4. 答えたくない |

(4) 家族構成をお答えください。

1. 一人暮らし → (5) へ
2. 夫婦二人暮らし(配偶者65歳以上)
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
5. その他(施設入所なども含む) → (5) へ

→ (ご家族と同居されている方)

(4)-1 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

→ 「2.」もしくは「3.」を選択された方)

(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) | 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・聴覚障がい |
| 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 | |

→ (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見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()

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ら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
- (3) 15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6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
- (1. はい)を選択された方
(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 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・体重を教えてください。

身長()cm 体重()kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 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. 自分の歯は 20 本以上、かつ入れ歯を利用 → (7)-1 へ
 - 2. 自分の歯は 20 本以上、入れ歯の利用なし → (8) へ
 - 3. 自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用 → (7)-1 へ
 - 4. 自分の歯は 19 本以下、入れ歯の利用なし → (8) へ

→ 「1.」もしくは「3.」を選択された方)

(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

(9) 6か月で2~3kg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もにする機会はありますか。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度がある | 3. 月に何度がある |
| 4. 年に何度がある | 5. ほとんどない | |

問D 健康について

(1) 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。



(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになりまし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らない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。

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

(5) 現在、病院・医院(診療所・クリニック)に通院していますか。また、その頻度はどれくらいですか

- | |
|-------------|
| 1. 週1回以上 |
| 2. 月2~3回 |
| 3. 月1回程度 |
| 4. 2か月に1回程度 |
| 5. 3か月に1回程度 |
| 6. 通院していない |

(5)-1へ

(6)へ

→ (「1.」~「5.」を選択された方)

(5)-1 通院に介助が必要ですか。

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

(6) お酒は飲みますか。

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

(7) タバコは吸っていますか。

1. ほぼ毎日 2. 時々 3. 吸っていたがやめ 4. もともと吸っていない
吸っている 吸っている た い

(8) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(○はいくつでも)

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. 歯の病気 20. その他()

問 E 每日の生活について			
(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
→ 「(2.)と(3.)を選択された方」	(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 → (7) へ	2. できるけどしていない → (6)-1 へ	3. できない → (6)-1 へ
→ (「2.」と「3.」を選択された方)		
(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. 配達を依頼	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・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) あなたにとっての楽しみや生きがいは、どのようなことですか。(○はいくつでも)		
1. 趣味・習い事	2. 旅行	3. 健康づくり・スポーツ
4. 資格取得・生涯学習	5. 読書	6. テレビ・ラジオ
7. インターネット	8. 家族の団らん	9. 友人との交流
10. 仕事	11. ボランティア活動・地域活動	12. 賭け事・ギャンブル
13. 思いつかない	14. その他()	

問F 地域での活動・ボランティアについて

- (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

1~5のいずれかを選んだら
(1)-1 へ

- (「週4回以上」「週2~3回」「週1回」「月1~3回」「年に数回」のいずれかを選択された方)

- (1)-1 活動場所までの交通手段をお教えください。(○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

- 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

- 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. ぜひ参加したい 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

- 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なら、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。

(4) 独身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
(5) あなたは自宅での生活を続けるために、どのようなサービスが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)		
1. 見守り・声かけ 4. 宅配・弁当配達 7. 日常的な掃除 10. 電球交換 13. 外出の付き添い 16. 定期的な通いの場 19. 生きがいづくり 21. その他()	2. 移動販売 5. 調理 8. 換気扇や窓ふきなどの大掛かりな掃除 11. 庭の手入れ 14. 移送サービス 17. スマホ・パソコン指導 20. 介護保険施設や介護事業所でのボランティア 22. 特になし	3. 買い物 6. 洗濯 9. ゴミ出し 12. 薬の受け取り 15. 公的機関などの必要な手続き 18. 健康づくり(フレイル予防・生活習慣病予防)
(6) あなたがボランティア(無償もしくは有償)として活動するとしたら、協力できる内容はありますか。(あてはまるものすべてに○)		
1. 見守り・声かけ 4. 宅配・弁当配達 7. 日常的な掃除 10. 電球交換 13. 外出の付き添い 16. 定期的な通いの場 19. 生きがいづくり 21. その他()	2. 移動販売 5. 調理 8. 換気扇や窓ふきなどの大掛かりな掃除 11. 庭の手入れ 14. 移送サービス 17. スマホ・パソコン指導 20. 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) 22. 特になし	3. 買い物 6. 洗濯 9. ゴミ出し 12. 薬の受け取り 15. 公的機関などの必要な手続き 18. 健康づくり(フレイル予防・生活習慣病予防)

問 G 就労について

(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 → 問 H へ
2. 引退した → (1)-1 へ
3. 常勤
4. 非常勤
5. 自営業
6. 求職中
7. その他

問 H へ

→ (「2. 引退した」を選択された方)

(1)-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 H 「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○をつけてください。(それぞれ○はいくつでも)
「その他」の場合は具体的にご記入ください。

	1 配偶	2 同居 者	3 配偶 者	4 兄弟 姉妹	5 隣 居 (同じ 境 の 人)	6 友 友	7 の 他	8 ● 人 は
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・薬剤師
6. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)・市役所
7. その他()
8. 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. 週に何度がある
3. 月に何度がある
4. 年に何度がある
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なこと	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特がない	1	2

問J 将来への備え等について

(1) 人生会議またはアドバンス・ケア・プランニング(ACP)※という言葉を知っていますか。

※アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

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

1. 知っている → (1)-1・(1)-2 ▶ 2. 知らない → (2) ▶

→ (「1. 知っている」を選択された方))

(1)-1 ACP という言葉を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()

→ (1)-2 実際に家族や信頼する人たちと自分の考えを話し合ったり、共有していますか。

1. 共有している
2. 共有していない

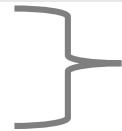
(2) 人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、家族等や医療・ケアチームとあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うことが重要といわれています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどう思いますか。

1. 賛成である
2. 反対である
3. わからない

(3) 終活についておうかがいします。

あなたは、終活に向けて何か準備していますか。

1. 既に準備している
2. まだ始めていないが、今後、準備を進めたい
3. 関心がある
4. 終活を知らない(または関心がない)



(3)-1 へ



(4) へ

→ (「1.」～「3.」を選択された方)

(3)-1 終活のために準備している(または準備を進めたい)ことはありますか。(あてはまるものすべてに○)

1. エンディングノートの作成
2. 相続の手続き・遺言書作成
3. 家財等の整理・処分
4. 葬儀・納骨の準備
5. お墓の準備(墓じまいを含む)
6. 終末期医療や介護
7. その他()

(4) 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、認知症などのこと)についておうかがいします。

① 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. 同居のこども | 3. 別居のこども |
| 4. 親 | 5. 兄弟姉妹 | 6. 哥哥または姉 |
| 7. その他() | 8. いない | |

② 親族以外が身元保証等を行ってくれる制度は必要であると思いますか。

1. 必要性を感じる
2. 必要性を感じない
3. わからない

(5) 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」

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し立てをして、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。

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

(6) 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

問 K 認知症について

(1) 令和6年1月に認知症基本法が策定され、その中の考え方として「新しい認知症観」※の普及を推進しています。「新しい認知症観」を知っていますか。

※新しい認知症観

認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできること、やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間などつながりを持ち、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方。

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

(2) 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 |
|-------|--------|

(3) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

- | | | | |
|-------|---------|--------|-------|
| 1. はい | → (3)-1 | 2. いいえ | → (4) |
|-------|---------|--------|-------|

➡ 「2.はい」を選択された方)

(3)-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. かかりつけ医
2. 脳神経外科内科・精神科・メンタルクリニック
3. 民生委員・高齢者相談員
4. 市役所窓口
5. 高齢者相談センター(地域包括支援センター)
6. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ)
7. 認知症の人と家族の会
8. 家族・親族
9. 友人・知人
10. その他()

(4) 自分自身が認知症になったときどうしたらいいのか、不安に感じることは何ですか。(○はいくつでも)	
1. 介護のこと 3. 症状のこと 5. 不安に感じることはない	2. 経済的なこと 4. 地域との関係 6. その他()
(5) 自分や家族が認知症になった場合、周囲に認知症であることを伝えたいと思いますか。	
1. 伝えたい(伝えている) 2. 伝えたたくない 3. わからない	
(6) 認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けたいと思いますか。	
1. はい	2. いいえ → (7)へ
➡ 「1.はい」を選択された方 (6)-1 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域を作っていくために必要であると思うことは何ですか。(○はいくつでも)	
1. 認知症についての正しい知識や正しい理解 2. 認知症の人や家族が地域のつながりのなかで安心して暮らし続けるために、手助けとなる環境が整備されている(バリアフリー化) 3. 見守りや声かけなどの地域における支え合い 4. 認知症の人が社会の中での役割や生きがいを持って活動できる機会や場所 5. 適切な医療や福祉サービス 6. 不安や困りごとを気軽に相談できる体制 7. その他()	
(7) 市が取り組んでいる認知症施策等で知っているものがありますか。	
1. 認知症サポーター養成講座 2. 認知症高齢者介護相談 3. 認知症あんしんガイド 4. 認知症月間 5. 認知症シンポジウム 6. ならしのオレンジテラス(認知症カフェ) 7. 認知症サポート事業所 8. 認知症地域推進員 9. 認知症初期集中支援チーム 10. 認知症の人と家族の会	

問L 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
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・(2)-3へ
2. 利用していない → (2)-1へ

→ (「2.利用していない」を選択された方)

(2)-1 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受けただけだから
11. 手続きが面倒だから
12. その他()

→ (「1.利用している」を選択された方)

(2)-2 以下のサービスを利用していますか。(○はいくつでも)

1. 訪問介護(ヘルパー)
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 認知症対応型通所介護
6. 通所リハビリテーション(デイケア)
7. 短期入所(ショートステイ)
8. 小規模多機能型居宅介護
9. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
10. 特定施設入居者生活介護(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)
11. 管理栄養士や歯科衛生士などによる療養上の指導
12. 医師、歯科医師、薬剤師による療養上の指導
13. 福祉用具貸与
14. その他()

→ (「1.利用している」を選択された方)

(2)-3 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

②①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M 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

(2) 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

(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) 高齢者外出支援事業についてうかがいます。

市では、高齢者が自宅にひ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 → (4)-1へ
2. 知らなかった → (5)へ

➡ 「1. 知っていた」を選択された方)

(4)-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()

(5) 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継続してほしい
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()

<p>(6) 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。</p>		
1. 必要である → (6)-1 へ	2. 必要ない → (7) へ	3. わからない → (7) へ
<p>→ (「1. 必要である」を選択された方)) (6)-1 どのような支援が必要であると思いますか。</p>		
<p>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()</p>		
<p>(7) 高齢者相談センターで、センター内での生活支援や介護予防についての相談ができるご存じですか。もしくは利用していますか。</p>		
<p>1. 利用している 2. 知っているが、利用していない 3. 知らない</p>		
<p>(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施策が必要であると考えますか。(○は 5 つまで)</p>		
<p>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</p>		



問N 主な介護者の方にうかがいます。

(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らない
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. 体調が良くなかった
10. 体調が悪くなかった
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

(5) 介護者として、介護に関してどのような支援があつ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 へ 次のページの自由記述へ

- ➡ (フルタイム・パートタイムで働いている方)
- (6)-1 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つくり
 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

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、ご自由にご記入ください。

アンケートはこれで最後です。

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●日(●)までに
返信用封筒にて返送してくださいますよう、お願ひいたします。

