

習志野市高齢者等実態調査

要支援・要介護認定を受けている方 介護予防・日常生活支援総合事業の対象の方へ ご協力のお願い

日ごろより市政にご理解、ご協力をいただき、ありがとうございます。

習志野市では現在、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**要支援・要介護認定を受けている方 及び介護予防・日常生活支援総合事業の対象の方 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。

令和元年 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、お答え（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（金）まで にご返送ください。

- ・この実態調査は、無記名です。調査内容は、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のご迷惑をお掛けすることはありません。

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（在宅の方）】

○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 | 6 その他() |

③あなたの性別をお答えください。

- | | | | |
|------|------|------------|---------|
| 1 男性 | 2 女性 | 3 男性女性以外の性 | 4 わからない |
|------|------|------------|---------|

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。（○は1つ）

- | |
|----------------------------------|
| 1 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 |
| 2 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・ <small>のうこうそく</small> 脳梗塞等) | 2 心臓病 | 3 がん(悪性新生物) |
| 4 呼吸器の病気(<small>はいきしよ</small> 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 <small>とうようびょう</small> 糖尿病 |
| 9 <small>じんしっかん</small> 腎疾患(透析) | 10 視覚・聴覚障がい | 11 骨折・転倒 |
| 12 <small>せきついそんしょう</small> 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1つ）

- | | | | | |
|------------|---------------|----------|---------|-----|
| 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 要支援1	2 要支援2	3 要介護1	4 要介護2
5 要介護3	6 要介護4	7 要介護5	8 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。（○は1つ）			
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。（○は1つ）			
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	7 その他	
⑨あなたもしくは世帯の市民税の課税状況をお答えください。			
1 世帯全員の市民税が非課税である			
2 あなたの市民税が非課税だが、世帯員に市民税を課税されている方がいる			
3 あなたの市民税が課税である			

※以下、「事業対象者」「要支援（1・2）」の方は、そのまま問Bへお進みください。
「要介護（1～5）」の方は、8ページの問Hへお進みください。

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に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 ⇒⑧へ	

1月10日（金）までにご返送ください

- ⑧ー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。あてはまる欄に○印を付けてください。

	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。）

- 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

◎「1」・「3」選択 ⇒⑦ー1へ 「2」・「4」選択 ⇒⑧へ

⑦ー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

⑩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）～（７）についてあてはまる欄に○をつけてください。（それぞれ○は１つずつ）

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）老人クラブ	1	2	3	4	5	6
（６）町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
（７）収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

◎（１）～（５）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。

- 1 徒歩 2 自転車 3 バス・電車 4 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

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

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 兄弟姉妹 ・親戚・ 親・孫	5 近隣・同 じ地域の 人	6 友人	7 その他	8 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、看病や病気の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くれる人	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・高齢者相談員
3 ケアマネジャー 4 医師・歯科医師・看護師 5 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。(○は1つ)

- 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。(○は1つ)

* 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。(〇はいくつでも)

- 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 いらない

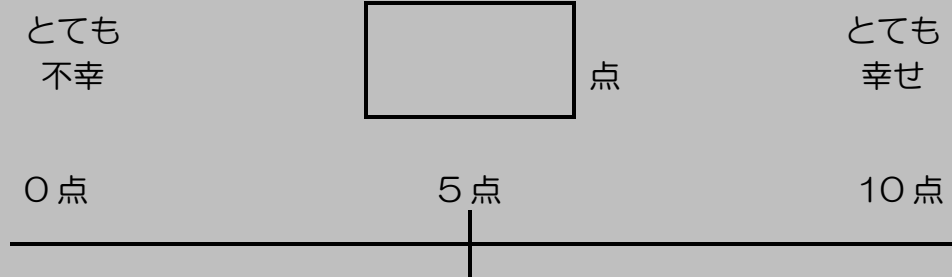
問G 健康について

①現在のあなたの健康状態はいかがですか。（○は1つ）

- 1 とても良い 2 まあまあ良い 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。

下の図を参考に、「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、回答欄に直接、数字（整数で）を書き入れてください。



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

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。（○は1つ）

- 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

◎「1」～「5」選択 ⇒⑤-1へ

「6」選択 ⇒⑥へ

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（＊週5日以上）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 ほぼ毎日吸っている 2 時々吸っている
3 吸っていたがやめた 4 もともと吸っていない

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 高血圧症 3 脳卒中(脳出血・のうこうそく脳梗塞等) 4 心臓病 5 とうようびょう糖尿病
6 こうしけっしょう しじつじょう高脂血症(脂質異常) 7 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 8 胃腸・肝臓・たん胆のうの病気
9 じんぞう腎臓・前立腺の病気 10 きんこっかく こつそ筋骨格の病気(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 にんちしょう認知症(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H 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いますか。

- 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たいと思いますか。

- 1 支援を受けたい 2 支援を受けたくない
3 わからない 4 支援を受ける必要がない

◎「1」選択⇒②-1へ 「2」～「4」選択⇒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 利用していない |
|----------|-----------|

⇒②-2・3へ

⇒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受けたただから
- 11 手続きが面倒だから
- 12 その他（ ）

⇒③へ進んでください

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 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | | |
| 14 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） | | |
| 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割と２割に加えて、平成 30 年 8 月から、特に所得の高い方は費用の 3 割を負担していただくこととなっています。

(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

◎ 「1」・「2」選択 ⇒ (2)へ

「3」選択 $\Rightarrow (2) \cdot (3) \wedge$

(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 とても安いと感じている

2 安いと感じている

3 適正だと感じている

4 高いと感じている

5 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）

6 何とも言えない

(3) (3割負担の方へ) 3割になったことにより、サービスの利用を減らしましたか。

1 減らした

2 減らしていない

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。（○は1つ）

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。(○は1つ)

1 そう思う

2 そう思わない

3どちらもとも言えない

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 知らない
(1) 高齢者相談センター（地域包括支援センター）での、生活上の困りごとや介護予防についての相談	1	2	3	4
(2) 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
(3) 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、タクシー券の支給（高齢者外出支援事業）をしておりますが、ご存じですか。

1 知っている ⇒⑤-1・2・3へ

2 知らない ⇒⑤-3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）

⑤-2 本事業を利用していますか。

- 1 利用している（利用していた）
- 2 利用していない（利用したことがない）
- 3 対象者ではない（75歳未満の方）

⑤-3 本事業では、1枚500円のタクシー券を月3枚（年間最大36枚）支給しておりますが、今後、高齢化の進展により予算が増大することが見込まれており、このままの状況を維持することは非常に困難です。今後の事業の見直しについてどう思いますか。

- 1 現状のまま維持してほしい
- 2 事業を継続するなら、支給枚数等が減ってもやむを得ない
- 3 タクシー券受給に代わる公共交通機関への助成（バス乗車券の助成等）を行ってほしい
- 4 廃止になってもやむを得ない
- 5 その他（ ）

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支給等はありませんが、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

⇒⑥-1へ

2 必要ない

⇒⑦へ

3 わからない

⇒⑦へ

⑥-1 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（

）

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。（〇は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Ⅱ 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、必要な手続きや金銭管理をしてくれる身内の方はいですか。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 <small>おい</small> 甥または <small>めい</small> 姪 | 7 その他（ | ） |
| 8 いない | | | |

②あなたの判断能力が低下した場合、あなたに代わって治療の方針・介護施設の利用・財産の使い方など重要な事項の決定を、誰にしてほしいと思いますか。（○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 <small>おい</small> 甥または <small>めい</small> 姪 | 7 その他（ | ） |
| 8 いない | | | |

③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_{こおむ}らないように家庭裁判所へ申立てをして、その方を援助してくれる人を付けてもらう制度です。

- 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

④日頃、在宅での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・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・知人・友人 | 8 その他（ | ） |

⑤在宅での医療や介護に関する講演会などがあったら、参加したいと思いますか。

- | | | |
|-----------|---------------|-----------|
| 1 是非参加したい | 2 機会があれば参加したい | 3 参加したくない |
|-----------|---------------|-----------|

⑥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 |
|------------|------------|---------|

⑦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 | 2 考えたことはない |
|------------|------------|

⇒⑦-1へ

⇒⑦-2へ

⑦-1 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 病気のこと |
| 4 地域との関係 | 5 その他（ | ） |

⑦-2 考えたことがなかった理由は何だと思いますか。

- ⑧自分の身近な方に認知症の疑いがあるとき、どこに相談すると思いますか。(〇はいくつでも)

問M	<p>主な介護者の方にかかっています。</p> <p>(介護者がいない場合は、回答されなくてかまいません。)</p>																				
<p>①あなたの年齢をお答えください。</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/> 歳 </div>																					
<p>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)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 屋内の移乗(ベッド、車いす等)・移動</td> <td>2 外出の付き添い、送迎等</td> </tr> <tr> <td>3 入浴・洗身</td> <td>4 日中の排せつ</td> </tr> <tr> <td>5 夜間の排せつ</td> <td>6 食事の準備(調理等)</td> </tr> <tr> <td>7 食事の介助(食べる時)</td> <td>8 服薬</td> </tr> <tr> <td>9 認知症状への対応</td> <td>10 衣服の着脱</td> </tr> <tr> <td>11 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)</td> <td>12 その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">14 金銭管理や生活面に必要な諸手続き</td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">16 わからない</td> </tr> </table>		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	
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																					
<p>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)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 介護の方法がわからない</td> <td>2 本人が介護サービスを利用したがない</td> </tr> <tr> <td>3 家族や近隣の方などの理解が足りない</td> <td>4 介護者の心身の負担が大きい</td> </tr> <tr> <td>5 介護に要する費用がかかりすぎる</td> <td>6 仕事との両立が難しい</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8 介護者のリフレッシュのための時間がとれない</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 医療サービスが必要になった時に、相談先がない</td> </tr> <tr> <td colspan="2">10 気軽に相談できる人や場所がない</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12 特にない</td> </tr> </table>		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			
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																					
<p>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)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 介護に関わる時間が減った</td> <td>2 介護に関わる時間が増えた</td> </tr> <tr> <td>3 身体的に楽になった</td> <td>4 身体的にきつくなった</td> </tr> <tr> <td>5 精神的に楽になった</td> <td>6 精神的にきつくなった</td> </tr> <tr> <td>7 経済的に楽になった</td> <td>8 経済的に苦しくなった</td> </tr> <tr> <td>9 体調が良くなった</td> <td>10 体調が悪くなった</td> </tr> <tr> <td>11 時間に余裕ができた</td> <td>12 時間に余裕がなくなった</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 その他()</td> </tr> <tr> <td>14 特に変化していない</td> <td>15 介護サービスを利用していない</td> </tr> </table>		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				
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																				

1月10日（金）までにご返送ください

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。（○は1つ）

- | | |
|---------------|----------------|
| 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 その他（ ） |

◎「1」・「2」選択 ⇒⑥-1へ

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 |

1月10日（金）までにご返送ください

◎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（金）まで に
返信用封筒にて返送していただきますよう、お願い致します。