

しんじゅくくこうれいしゃ ほけん ふくし かん ちょうさ
新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査 (7.22案)

ちょうさ きょうりょく ねが
《アンケート調査ご協力についてのお願い》

皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

新宿区では、高齢者が住み慣れた地域の中でその人らしく安心して心豊かに暮らし続けることができるよう、平成27～29年度を計画期間とする「高齢者保健福祉計画」及び「介護保険事業計画」を策定し、区のめざすべき基本的な目標や施策の方向性を明らかにしています。

このたび、次期計画（平成30～32年度）の策定を行うにあたり、その検討の基礎資料とするため、アンケート調査を実施します。

この調査は、介護保険の要支援・要介護認定を受けている在宅の方及び介護者の方を対象に、サービスのご利用の状況やご希望をお伺いするものです。調査の実施にあたり、1,500人の方を無作為に選ばせていただきました。

調査票には、お名前を書きいただく必要はありません。また、お答えいただいた回答の内容はすべて統計的に処理し、個々の回答やプライバシーに関わる内容が公表されることは一切ありません。お忙しい中恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

なお、誠に勝手ながら、**●月●日(●)までに、同封の返信用封筒にてご投函くださいますようお願いいたします**(切手を貼る必要はありません)。

平成28年(2016年)

《アンケート調査ご記入にあたってのお願い》

◆下の枠の中から調査票を記入した人に○をつけてください。

この調査は宛名のご本人にお願いしていますが、ご本人が回答できない場合、代理記入でも結構です。その場合は、ご家族等がご本人の意思を尊重して回答してください。

1. ご本人	2. ご家族	3. その他 ()
--------	--------	------------

◆ご本人が何らかの事情によりご不在の場合

この調査は、●月1日現在の情報でお送りしています。ご本人が何らかの事情によりご不在で、ご家族等が代わりに記入することが難しい場合には、下の枠のいずれかに○をつけ、同封の封筒で調査票を返送してください。

1. 医療機関に入院中	2. 福祉施設に入所中	3. 転居	4. 死亡
5. その他 ()			

◆ご記入にあたっては、以下の点にご注意ください。

- ・この調査は、平成28年●月1日現在の状況でお答えください。

- ・回答は、あてはまる番号に○をつけてください。

- ・○の数はそれぞれの質問の指示に従ってください。

- ・質問の回答が「その他」に該当する場合は () 内に具体的に記入してください。

- ・調査内容についてご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。また、**ふりがなつき版や英語版、中国語版、韓国語版の必要な方は、同封の【調査の対象となられた方(この封筒を受け取られた方)へ】を参照いただき、ご連絡ください。**

お問い合わせ先 新宿区 Shinjuku City 新宿区政府 신주쿠구청

福祉部地域包括ケア推進課 担当：青山(あおやま)・沼尾(ぬまお)

〒160-8484 新宿区歌舞伎町一丁目4番1号 Tel 03-5273-4193(直)

Fax 03-6205-5083

【あなた（宛名のご本人）のことをおたずねします】

問1 あなたの性別をお選びください。（1つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問2 あなたの年齢をご記入ください。

※平成28年●月1日現在の年齢でお答えください。

満（ ）歳 ※数字を記入してください

問3 あなたのお住まいは、どの特別出張所管内ですか。（1つに○）

※封筒の宛名ラベルの右下に記載されています。

- | | | | |
|--------|--------|---------|--------|
| 1. 四谷 | 4. 若松町 | 7. 落合第一 | 10. 角筈 |
| 2. 笹筒町 | 5. 大久保 | 8. 落合第二 | |
| 3. 榎町 | 6. 戸塚 | 9. 柏木 | |

問4 現在、あなたはどなたかと同居していますか。同居している場合は、あなたからみた続柄で、同居している方すべてに○をしてください。

（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|----------|------|-----------|
| 1. 一人暮らし | | |
| 2. 妻または夫 | 4. 子 | 6. 兄弟姉妹 |
| 3. 親 | 5. 孫 | 7. その他（ ） |

問4-1 ≪問4で「1」と回答した方のみお答えください≫

あなたは、ご家族やご親戚と連絡をどのくらいとっていますか。（1つに○）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 頻繁に連絡をとっている | 5. ほとんど連絡をとっていない |
| 2. 2週間に1回位連絡をとっている | 6. その他（ ） |
| 3. 1か月に1回位連絡をとっている | 7. 家族や親戚はいない |
| 4. 1年に数回連絡をとっている | |

（問4-1を回答した方は、次に問5に進んでください。）

問4-2 ≪問4で「2」～「7」と回答した方のみお答えください≫

同居の方は、全員65歳以上ですか。（1つに○）

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

問4-3 ≪問4で「2」～「7」と回答した方のみお答えください≫

日中、一人になることはありますか。（1つに○）

- | | | |
|---------|----------|-----------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ほとんどない |
|---------|----------|-----------|

(全員におたずねします。)

問5 あなたが日常生活で困ったことがあった時、同居者以外に誰か手助けを頼める人がいますか。(1つに○)

1. いる

2. いない →問6へ

問5-1 <<問5で「1」と回答した方のみお答えください>>

手助けを頼める人はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 別居の子ども

8. マンションの管理人

2. 別居の兄弟姉妹

9. ホームヘルパー

3. 別居の親戚

10. ケアマネジャー

4. 友人・知人

11. 高齢者総合相談センターの職員

5. 近所の人

12. 行政(区役所、特別出張所)

6. 民生委員・児童委員

13. その他()

7. 町会・自治会の人

(全員におたずねします。)

問6 あなたご本人の収入は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 仕事による収入

5. 仕送り・援助

2. 公的年金(老齢年金等)

6. 生活保護

3. 預貯金の切りくずし

7. その他()

4. 利子・配当・不動産等の収入

問7 あなたは、あなたの現在の暮らし向きをどのように感じていますか。(1つに○)

1. ゆとりがある

2. ややゆとりがある

3. やや苦しい

4. 苦しい

【お住まいについておたずねします。】(施策12)

問8 あなたは、現在のお住まいに何年住んでいますか。(1つに○)

1. 1年未満

5. 10年以上20年未満

2. 1年以上3年未満

6. 20年以上30年未満

3. 3年以上5年未満

7. 30年以上

4. 5年以上10年未満

問9 現在のお住まいは、次のうちどれですか。戸建ての場合は建物の階数、集合住宅の場合は住んでいる階数をそれぞれご記入ください。(1つに○)

戸建て	集合住宅
1. 所有する戸建て 2. 賃貸の戸建て 3. 社宅・寮・公務員官舎の戸建て 4. その他 ()	5. 分譲マンション・アパート 6. 高齢者向けの民間賃貸住宅 7. 民間の賃貸マンション・アパート 8. 賃貸のUR都市機構(旧公団)・公社のマンション・アパート 9. 都営住宅・区営住宅 10. 社宅・寮・公務員官舎 11. その他 ()
↓	↓
() 階建て	() 階に住んでいる

(全員におたずねします。)

問10 現在のお住まいにエレベーターは設置されていますか。(1つに○)

1. 設置されている	2. 設置されていない
------------	-------------

問11 あなたは、現在のお住まいに住み続けたいですか。(1つに○)

1. 現在の住まいに住み続けたい	4. わからない
2. 新宿区内での住み替えを考えている	
3. 新宿区外への住み替えを考えている	

問11-1 ≪問11で「2」または「3」と回答した方のみお答えください≫
住み替え先は、どのような形を考えていますか。(1つに○)

1. 住宅(分譲アパート、マンション、戸建て)を購入する 2. 民間の賃貸住宅(アパート、マンション、戸建て)を借りる 3. UR都市機構(旧公団)、公社のマンション・アパートを借りる 4. 都営住宅・区営住宅を借りる 5. 家族や親戚、兄弟姉妹の家で同居する 6. 介護、見守りや食事の提供などがついている高齢者向けの民間賃貸住宅を借りる 7. 有料老人ホームなどの介護施設に入居する 8. その他 () 9. わからない

(全員におたずねします。)

問12 あなたが、現在のお住まいで、不便や不安を感じていることは、次のうちどれですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 階段の昇り降りが大変 | 8. 震災対策ができていない |
| 2. エレベーターが設置されていない | 9. 家賃・税金の負担が大きい |
| 3. 浴室・浴槽が使いにくい | 10. 立ち退きを迫られている |
| 4. トイレが使いにくい | 11. いつまでここに住めるか不安 |
| 5. お風呂がない | 12. その他 () |
| 6. 室内に段差がある | 13. 特に不便や不安を感じることはない |
| 7. 空調機 (エアコン) がない | |

【日ごろの生活についておたずねします】

問13 あなたは、ご近所の方とどのようなお付き合いをしていますか。(1つに○)

- | |
|------------------------------------|
| 1. お互いの家を行き来したり、一緒に出かけたりするなどのお付き合い |
| 2. 日常的に立ち話をする程度のお付き合い |
| 3. あいさつをする程度の最小限のお付き合い |
| 4. お付き合いはしていない |

問14 あなたは、日々の暮らしの中で、地域のつながり（住民同士の助け合い・支え合いなど）は必要だと思いますか。(1つに○)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 必要だと思う | 3. どちらかといえば必要ないと思う |
| 2. どちらかといえば必要だと思う | 4. 必要ないと思う |

問15 あなたは、実際に日々の暮らしの中で、地域のつながり（住民同士の助け合い・支え合いなど）があると感じていますか。(1つに○) **新**

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 感じる | 3. どちらかといえば感じない |
| 2. どちらかといえば感じる | 4. 感じない |

【要介護認定についておたずねします】

問16 あなたの現在の要介護度は、次のうちどれですか。(1つに○)

この問いは重要です。おわかりにならない場合は、ご家族やケアマネジャーにおたずねになり、必ず記入してください。

【要介護度】

- | | | | |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 5. 要介護3 | 7. 要介護5 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 6. 要介護4 | |

問17 あなたが、介護を必要とするようになった主な原因は、次のうちどれですか。
(1つに○)

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1. 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等) | 8. がん(悪性新生物) |
| 2. 骨折・転倒 | 9. 呼吸器疾患 |
| 3. 高齢による衰弱 | 10. 糖尿病 |
| 4. 心臓病 | 11. 脊髄損傷 |
| 5. 関節の病気(リウマチ・変形性膝関節症等) | 12. 視覚・聴覚障害 |
| 6. 認知症 | 13. その他 () |
| 7. 難病(パーキンソン病等) | 14. わからない |

【医療機関の受診等についておたずねします】

問18 あなたは、現在治療中の病気がありますか。(1つに○)

- | | |
|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない →問19へ |
|-------|-------------|

問18-1 《問18で「1」と回答した方のみお答えください》

治療中の病気は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 高血圧症 | 10. 眼の病気 |
| 2. 脂質異常症(高脂血症) | 11. 呼吸器(肺炎等)の病気 |
| 3. 糖尿病 | 12. 消化器(食道・胃・腸)の病気 |
| 4. がん(悪性新生物) | 13. 腰痛 |
| 5. 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等) | 14. 難病(パーキンソン病等) |
| 6. 心臓病 | 15. 認知症 |
| 7. 腎臓・泌尿器の病気 | 16. うつ病 |
| 8. 骨折・骨粗しょう症 | 17. うつ病以外の精神科疾患 |
| 9. 関節の病気(リウマチ・変形性膝関節症等) | 18. その他 () |

問18-2 《問18で「1」と回答した方のみお答えください》

受診している医療機関は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 病院 | 3. 診療所・クリニック(往診) |
| 2. 診療所・クリニック(通院) | |

(全員におたずねします。)

問19 あなたには、継続的に診療を受けていたり、体調が悪いときなどに気軽に相談できる診療所・クリニックの「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

1. いる ⇒問20へ

2. いない

問19-1 ≪問19で「2」と回答した方のみお答えください≫

かかりつけ医がいない理由は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 病院に通院しているため、診療所・クリニックにはほとんど行かないから
2. 近くに適切な診療所・クリニックがないから
3. どのような診療所・クリニックを選べばよいかわからないから
4. 今まで病気になったらその都度、受診先を決めているから
5. その他 ()
6. 特にない

(全員におたずねします。)

問20 あなたは、過去1年以内に入院した経験がありますか。(1つに○)

1. ある

2. ない →問21へ

問20-1 ≪問20で「1」と回答した方のみお答えください≫

退院にあたって、自宅で治療や介護を受けるのに、どこに相談しましたか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 入院していた病院
(医師・看護師・地域連携室等)
2. かかりつけの診療所・クリニック
(かかりつけ医)
3. 訪問看護ステーション
4. 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
5. 高齢者総合相談センター
6. 在宅医療相談窓口・がん療養相談窓口
7. 保健所・保健センター
8. その他 ()
9. どこにも相談していない

(全員におたずねします。)

問21 あなたは、治療や予防のために気軽に受診できる「かかりつけ歯科医」がいますか。
(1つに○)

1. いる

2. いない

問22 あなたは、往診してくれる歯科医院があることをご存じですか。(1つに○)

1. はい

2. いいえ

問23 あなたの食べる機能について、ア～ウのすべての質問にお答えください。
(それぞれ1つに○)

ア. 半年前に比べて硬いものが食べにくいですか。	1. はい 2. いいえ
イ. お茶や汁等でむせることはありますか。	1. はい 2. いいえ
ウ. 口の渇きが気になりますか。	1. はい 2. いいえ

問24 あなたは、食べる機能が衰えてきた時、区の在宅医療相談窓口(※)等で、相談にのってもらえることをご存じですか。(1つに○) **新**

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※在宅医療相談窓口
安心して在宅療養ができるよう、介護支援専門員の資格を持つ看護師が、様々な看護・介護の相談に応じます。

問25 あなたは、病院・診療所から処方された薬をもらう薬局は決まっていますか。
(1つに○) **新**

1. 1か所の決まった薬局でもらっている	2. 特に決めていない →問26へ
----------------------	-------------------

→ 問25-1 <<問25で「1」と回答した方のみお答えください>> **新**

その薬局では、薬の説明を聞いたり、相談をすることができますか。(1つに○)

1. 相談することができる	2. 相談することは難しい
---------------	---------------

問26 医師や薬剤師に見せることであなたの薬の情報が正しく伝わり、治療方針を検討する役に立てることができる「お薬手帳」を活用していますか。(1つに○) **新**

1. 活用している	2. 活用していない
-----------	------------

問27 あなたは、次の内容で該当するものはありますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| 1. つまずいたりすべったりする | 6. 2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である |
| 2. 階段を上るのに手すりが必要である | 7. 家のやや重い仕事(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)が困難である |
| 3. 15分程度歩き続けることができない | 8. 言葉を聞き取りづらいことがある |
| 4. 横断歩道を青信号で渡りきれない | 9. 上記1～8で該当するものはない |
| 5. 片足立ちで靴下がはけない | |

※一般調査(基本)と同様の設問。

【介護保険サービスの利用状況と利用意向についておたずねします】(施策6)

問28 あなたは、現在介護保険サービスを利用していますか。(1つに○)

- | | |
|------------|---------|
| 1. 利用している | →問28-2へ |
| 2. 利用していない | |

→問28-1 《問28で「2」と回答した方のみお答えください》

介護保険サービスを利用していない理由は、次のうちどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | |
|-----------------------------|
| 1. できるだけ他人の世話にはなりたくないから |
| 2. 家族等の介護で十分だから |
| 3. 利用料金が安いから |
| 4. 介護保険サービス事業者の対応がよくないから |
| 5. 介護保険サービスの利用の仕方がよくわからないから |
| 6. 現在は介護保険サービスを受ける必要がないから |
| 7. その他 () |

(問28-1を回答した方は、次に問29へ進んでください。)

問28-2 現在ご利用の介護保険サービスと利用満足度についておたずねします。

介護保険サービス名 ※上記のサービスは介護予防も含む		①現在利用しているサービス (番号すべてに○)	②現在利用しているすべてのサービスの満足度 (それぞれ1-5)
訪問系	1. 訪問介護(訪問型サービスを含む) (ホームヘルプサービス)	1	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	3. 夜間対応型訪問介護	3	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	4. 訪問入浴介護	4	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	5. 訪問看護	5	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	6. 訪問リハビリテーション	6	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	7. 居宅療養管理指導	7	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
通所系	8. 通所介護(通所型サービスを含む) (デイサービス)	8	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	9. 認知症対応型通所介護	9	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	10. 通所リハビリテーション(デイケア)	10	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	11. 地域密着型通所介護	11	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
短期入所	12. 短期入所生活介護(ショートステイ)	12	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	13. 短期入所療養介護(ショートステイ)	13	1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満

介護保険サービス名 ※上記のサービスは介護予防も含む		①現在利用しているサービス (番号すべてに○)	②現在利用しているすべてのサービスの満足度 (それぞれ1つに○)
多機能型	14. 小規模多機能型居宅介護	小規模な施設への「通い」を中心に、自宅に来てもらう「訪問(介護)」、施設に「泊まる」サービスを柔軟に利用できる	14 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	15. 看護小規模多機能型居宅介護	小規模な施設への「通い」を中心に、自宅に来てもらう「訪問(介護)」に加え、看護師などによる「訪問(看護)」、施設に「泊まる」サービスを柔軟に利用できる	15 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
居住系	16. 特定施設入居者生活介護	介護型の有料老人ホームなどに入所している人が利用するサービス。食事・入浴などの介護や機能訓練を利用できる	16 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	17. 地域密着型特定施設入居者生活介護	定員が29人以下の小規模な介護専用の有料老人ホームなどに入居している人が利用するサービス。食事・入浴などの介護や機能訓練を利用できる	17 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	18. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症の高齢者が共同で生活しながら、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練を利用できる	18 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	19. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	定員が29人以下の小規模な介護老人福祉施設で、食事・入浴などの介護や健康管理を利用できる	19 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
施設系	20. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	つねに介護が必要で、自宅では介護ができない方が対象の施設。食事・入浴など日常生活の介護や健康管理を利用できる	20 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	21. 介護老人保健施設	病状が安定し、リハビリに重点をおいた介護が必要な方が対象の施設。医学的な管理のもとでの介護や看護、機能訓練を利用することによって、家庭への復帰を目指す	21 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	22. 介護療養型医療施設	急性期の治療が終わり、症状は安定しているものの、長期間にわたり療養が必要な方が対象の施設。介護体制の整った医療施設(病院)で、医療や看護などを利用できる	22 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
その他	23. 福祉用具貸与	車いすやベッドなどの福祉用具の貸与を受ける(費用の(利用者負担割合が自己負担)1割または2割が利用者負担)	23 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	24. 特定福祉用具購入費の支給	福祉用具を指定の事業者から購入したときは、いったん全額支払ったあとに費用の利用者負担を除いた額が支給される。要介護区分に関係なく10万円が上限。	24 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満
	25. 住宅改修費の支給	生活環境を整えるため住宅改修を行ったときは、いったん全額支払ったあとに費用の利用者負担を除いた額が支給される。要介護区分に関係なく20万円が上限。	25 1. 満足 3. やや不満 2. おおむね満足 4. 不満

<p>(全員におたずねします。)</p> <p>総合的な満足度は、次のうちどれですか。(○は1つ)</p>	<p>1. 満足 3. やや不満</p> <p>2. おおむね満足 4. 不満</p>
--	---

(全員におたずねします。)

問29 介護保険サービスで、あなたが今後新たに利用してみたい（または続けたい）ものは、次のうちどれですか。（あてはまるものすべてに○）

[訪問系]	[居住系]
1. 訪問介護	15. 特定施設入居者生活介護
2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護
3. 夜間対応型訪問介護	17. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
4. 訪問入浴介護	18. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
5. 訪問看護	
6. 訪問リハビリテーション	[施設系]
7. 居宅療養管理指導	19. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
[通所系]	20. 介護老人保健施設
8. 通所介護(デイサービス)	21. 介護療養型医療施設
9. 認知症対応型通所介護	[介護予防・生活支援サービス事業]
10. 通所リハビリテーション(デイケア)	22. 訪問型サービス
[短期入所]	23. 通所型サービス
11. 短期入所生活介護(ショートステイ)	[その他]
12. 短期入所療養介護(ショートステイ)	24. 福祉用具貸与
[多機能型]	25. 特定福祉用具購入費の支給
13. 小規模多機能型居宅介護	26. 住宅改修費の支給
14. 看護小規模多機能型居宅介護	27. 特になし

問30 あなたは、これからも今のお住まい（自宅等）で生活を続けたいと思いますか。（1つに○）

1. 可能な限り自宅で生活を続けたい
2. 施設（特別養護老人ホームなど）へ入居したい
3. 介護、見守りや食事の提供などがついている高齢者専用の住居（有料老人ホーム、ケア付き賃貸住宅など）に入居したい
4. その他（ <input type="text"/> ）

問31 介護や医療が必要になっても、在宅で暮らし続けるために、あなたが特に重要だと思うものは何ですか。(あてはまるもの3つに〇)

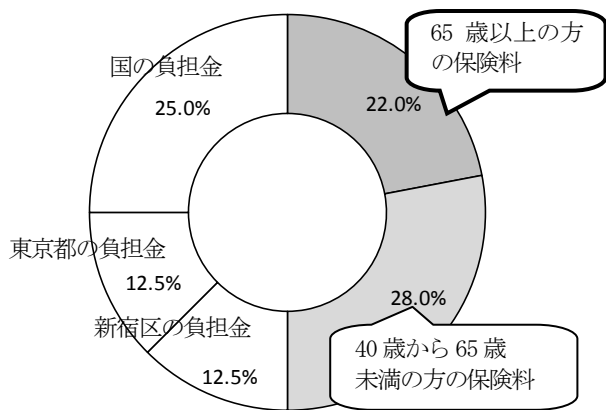
- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. 介護してくれる家族等 | 8. 見守りや手助けをしてくれる人 |
| 2. 安心して住み続けられる住まい | 9. 食事や日用品などの宅配サービス |
| 3. 往診してくれる医療機関 | 10. 安否状態を誰かに知らせてくれる仕組み |
| 4. いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス | 11. 介護者の負担を軽くする仕組み |
| 5. 必要な時に宿泊できる施設 | 12. その他 () |
| 6. 体の状態を維持改善できるサービス | 13. 特にない |
| 7. 気軽に立ち寄って話や相談ができる場所 | |

【介護保険制度についておたずねします】

介護保険制度は、**40歳以上の方が加入者となり保険料を納め介護が必要になった時にサービスを利用できる制度です。**

介護保険サービス費用に対する保険料、公費(税)の負担割合が決まっていますので、サービス利用が多くなり費用が増加すれば、保険料もそれに応じて上昇する仕組みです。

費用負担の割合(給付費)



問32 介護保険のサービスと保険料について、あなたのお考えに最も近いものは、次のうちどれですか。(1つに〇)

- | |
|---|
| 1. 介護保険料が上昇したとしても、必要な介護保険サービスを提供すべきである |
| 2. 介護保険サービスの利用時に支払う 利用者負担額 が増えたとしても、必要な介護保険サービスを提供すべきである |
| 3. 介護保険料の上昇を抑えるために、介護保険サービスの水準を抑えるべきである |
| 4. 介護保険サービスの利用時に支払う 利用者負担額 を抑えるために、介護保険サービスの水準を抑えるべきである |
| 5. 現在の介護保険料や介護保険サービスの水準などを維持すべきである |
| 6. その他 () |
| 7. わからない |

問33 あなたが、在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じるものも含む)はありますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 7. 見守り、声かけ |
| 2. 調理 | 8. 話し相手 |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. ペットの世話 |
| 4. 買い物 | 8. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 5. 外出同行(通院、買い物など) | 10. その他() |
| 6. ごみ出し | 11. 特にない・わからない |

※国の「試行調査」をもとに編集。支援ニーズの需要側の把握。基本調査にも同様の供給側の設問あり。

【緩和医療・ケアについておたずねします】

現在、新宿区民の3～4人に1人は、がんで亡くなられています。国においても、この傾向は同じです。このため、がんの「緩和医療・ケア(※)」を充実させていくことが必要です。

※緩和医療・ケア

ご本人の価値観や生き方を十分に尊重した最善の医療やケアのことで、がんの治療に伴う体、心、生活のつらさなど、さまざまな「つらさ」を抱えたご本人とその家族を総合的に支える医療・ケアです。

問34 あなたは、がんの「緩和医療・ケア」について、ご存じですか。(1つに○)

- | | | |
|----------|----------------|---------|
| 1. 知っている | 2. 名称は聞いたことがある | 3. 知らない |
|----------|----------------|---------|

問35 あなたは、がんで、病状の回復が期待できない場合、「緩和医療・ケア」を受けたいですか。(1つに○)

- | | | |
|---------|-----------|----------|
| 1. 受けたい | 2. 受けたくない | 3. わからない |
|---------|-----------|----------|

また、国民の死因については、年齢が高くなる(おおよそ90歳代以降)とともに、がん以外の病気(肺炎、心疾患、脳血管疾患など)の占める割合も高くなります。

問36 あなたは、がん以外の病気で、病状の回復が期待できない場合、症状の緩和を主とした医療・ケアを受けたいですか。(1つに○)

- | | | |
|---------|-----------|----------|
| 1. 受けたい | 2. 受けたくない | 3. わからない |
|---------|-----------|----------|

【看取りについておたずねします】

問37 あなたは、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族と話し合ったことがありますか。(1つに○) **新**

- 1. 詳しく話し合っている
- 2. 多少話し合ったことがある
- 3. 話し合ったことはない

問37-1 《問37で「3」と回答した方のみお答えください》

それはどうしてですか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- 1. まだ最期を考えるような健康状態ではないから
- 2. その時の成り行きで良いと思うから
- 3. 家族は自分の意向をわかってくれているはずだから
- 4. 考えたくないから
- 5. 話し合うタイミングがなかったから
- 6. その他 ()

(全員におたずねします。)

問38 あなたは、自分で判断出来なくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかあるいは受けたくないなどを記載した書面(エンディングノートなど)をあらかじめ作成しておくことについて、どう思いますか。(1つに○) **新**

- 1. 必要だと思う
- 2. 必要だと思わない
- 3. わからない

問38-1 《問38で「1」と回答した方のみお答えください》

エンディングノートを書いたことがありますか。(1つに○) **新**

- 1. 書いたことがある
- 2. 書いたことはない
- 3. いずれ書きたい
- 4. 考えていない

(全員におたずねします。)

問39 あなたは、ご自身の最期をどこで迎えたいと思いますか。(1つに○)

- 1. 自宅
- 2. 特別養護老人ホームなどの福祉施設
- 3. 病院などの医療機関
- 4. その他 ()
- 5. わからない

【権利擁護についておたずねします】（施策13）

問40 あなたが成年後見制度(※1)を利用することになった場合、どのような人に後見人になって欲しいと思いますか。すでに利用している方もお答えください。

(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 親族後見人（家族・親族）
2. 専門職後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士など）
3. 法人による後見人（社会福祉協議会(※2)など公的機関）
4. 法人による後見人（法律又は福祉に携わる民間法人）
5. 市民後見人（地域の人による社会貢献型後見人）
6. その他（ ）
7. わからない

※1 成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない人の権利を守る制度です。具体的には、成年後見人などがこうした人の意思を尊重し、その人らしい生活を守るため、法律面や生活面で支援する仕組みです。

※2 社会福祉協議会

民間の社会福祉活動を推進することを目的とした営利を目的としない民間組織です。昭和26年（1951年）に制定された社会福祉事業法（現在の「社会福祉法」）に基づき、設置されています。

問41 あなたが成年後見制度を利用することになった場合、期待する役割は何ですか。すでに利用している方もお答えください。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 土地や建物などの重要な財産の管理
2. 年金の受取りや公共料金の支払いなど生活費の管理
3. 介護サービスの利用など福祉サービスの希望の代弁
4. 通院、入院などの医療に関する契約
5. 老人ホームなどの入所に関する契約
6. 年金、保険など様々な行政手続
7. その他（ ）
8. わからない

問42 成年後見制度において、社会福祉協議会に期待する役割は何ですか。

(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 後見人になること
2. 後見人を監督すること
3. 判断能力が十分なうちに後見人になることを依頼しておくこと (任意後見人)
4. 市民後見人 (社会貢献型後見人) の育成
5. 研修等による後見人への活動支援
6. 成年後見制度に関する様々な相談
7. その他 ()
8. わからない

区では、成年後見制度の身近な相談窓口として新宿区社会福祉協議会の中に「新宿区成年後見センター (※)」を設置しています。

問43 あなたは、「新宿区成年後見センター」をご存じですか。(1つに○)

1. 名称も、何をする機関かも知っている
2. 名称は聞いたことがある
3. 知らない

※成年後見センター

専門家の協力のもと、成年後見制度の説明や申し立て手続きのお手伝い、後見活動の相談やその活動の支援を行っています。

【災害時の支援についておたずねします。】 (施策16)

問44 災害で困った時、同居者以外で頼りになる人がいますか。(1つに○) **新**

1. いる
2. いない →問45へ

→問44-1 《問44で「1」と回答した方のみお答えください》

それはどなたですか。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 別居の子ども
2. 別居の兄弟姉妹
3. 別居の親戚
4. 友人・知人
5. 近所の人
6. 民生委員・児童委員
7. 町会・自治会の人
8. マンションの管理人
9. 高齢者総合相談センターの職員
10. 行政 (区役所、特別出張所)
11. その他 ()

【健康・福祉サービスの情報や相談窓口についておたずねします】

区では、高齢者を総合的に支援する身近な相談機関として、区内各地域に「高齢者総合相談センター」を設置しています。

問45 あなたは、「高齢者総合相談センター」の名称をご存じですか。(1つに○)

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

問46 あなたは、「高齢者総合相談センター」が何をする機関かご存じですか。

(1つに○)

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

問47 あなたは、あなたのお住まいの地域を担当する「高齢者総合相談センター」がどこにあるかご存じですか。(1つに○)

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

「ご相談ください」は、新宿区の形をヒントにした高齢者総合相談センターのイメージキャラクターです。



問48 あなたは日ごろ、健康や福祉サービスに関する情報をどのような手段で入手していますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. 家族や親戚 | 8. ケアマネジャー |
| 2. 友人・知人、近所の人 | 9. 高齢者総合相談センター |
| 3. 民生委員・児童委員 | 10. 区の広報紙 |
| 4. 区役所、特別出張所 | 11. インターネット (区のホームページなど) |
| 5. 保健所・保健センター | 12. その他 () |
| 6. 区民健康センター | 13. 特に入手していない |
| 7. 診療所・病院 | |

問49 あなたの入手している健康や福祉サービスに関する情報量は足りていると思いますか。

(1つに○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 足りている | 3. やや不足している |
| 2. おおむね足りている | 4. 不足している |

問50 高齢者の保健と福祉に関する施策や介護保険について、区へのご要望・ご意見がありましたらご自由にお書きください。

問51 あなたを主に介護している方はどなたですか。(1つに○)

1. 同居の家族・親族等

2. 別居の家族・親族等

3. 知人・友人

4. その他 ()

5. いない

これで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒(切手不要)で、●月●日(●)までにご投函ください。

次ページからは、あなた(宛名のご本人)の
主な介護者の方におたずねするものです。

(主な介護者の方に本調査票を渡し、続きのご記入をお願いしてください)



【家族等介護者の状況についておたずねします】

★ 主な介護者の方（以下、「あなた」）におたずねします。

問52 あなたの性別をお選びください。（1つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問53 あなたの年齢をご記入ください。 ※平成28年●月1日現在の年齢でお答えください。

満（ ）歳 ※数字を記入してください

問54 あなたは、介護保険の認定を受けていますか。（1つに○）

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない →問55へ |
|----------|-----------------|

→問54-1 《問54で「1」と回答した方のみお答えください》
要介護度は、次のうちどれですか。（1つに○）

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5 |
| | 5. 要介護3 | |

（全員におたずねします。）

問55 あなたからみて、宛名のご本人はどちらにあたりますか。（1つに○）

- | | | |
|----------|--------|-----------|
| 1. 自身の親 | 3. 配偶者 | 5. 子の配偶者 |
| 2. 配偶者の親 | 4. 子 | 6. その他（ ） |

問56 あなたは、宛名のご本人を何年介護していますか。（1つに○）

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. 1年未満 | 4. 5年以上10年未満 |
| 2. 1年以上3年未満 | 5. 10年以上 |
| 3. 3年以上5年未満 | |

問57 あなたを手助けするような、副介護者の方はいますか。（1つに○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問58 あなたの現在の勤務形態は、次のどれですか。(1つに○) **新** ※国の試行調査

1. フルタイムで働いている
2. パートタイム（アルバイト、嘱託、契約社員等を含む）で働いている
3. 働いていない ⇒問59へ

問58-1 ≪問58で「1」「2」のいずれかに回答した方のみお答えください≫
介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。
(あてはまるものすべてに○) **新** ※国の試行調査

1. 特に行っていない
2. 介護のために「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら働いている
3. 介護のために「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のため、2～4以外の調整をしながら、働いている

全員におたずねします。)

問59 あなたの介護負担感は、次のうちどれですか。(1つに○)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. 負担である | 3. どちらかといえば負担ではない |
| 2. どちらかといえば負担である | 4. 負担ではない |

→問59-1 《問59で「1」「2」のいずれかに回答した方のみお答えください》
それはどのような理由からですか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 仕事との両立が大変なこと | 4. 経済的負担が大きいこと |
| 2. 孫などの子育てとの両立が大変なこと | 5. 精神的負担が大きいこと |
| 3. 2人の介護が大変なこと | 6. 肉体的な負担が大きいこと |
| | 7. その他 () |

(全員におたずねします。)

問60 介護者(あなた)への支援として、新宿区に力を入れてほしいことは、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 介護に関する相談機能の充実 |
| 2. 医療に関する相談機能の充実 |
| 3. 家族など介護者のリフレッシュのための制度 |
| 4. 家族介護教室など介護技術を学ぶ講座の充実 |
| 5. 介護者同士の交流の場の充実 |
| 6. 介護に関する資料が充実している情報コーナーの設置 |
| 7. 介護ボランティア・グループやNPO(民間非営利団体)の育成 |
| 8. その他 () |
| 9. 特にない |

【(宛名ご本人の) 認知症についておたずねします】(施策9)

問61 あなたが介護をしている方(宛名のご本人)には、認知症の症状がありますか。
(1つに○)

1. ある 2. ない →問62へ 3. わからない

問61-1 ≪問61で「1」と回答した方のみお答えください≫

介護している方に、認知症ではないかと気づいた、あるいは不安になった時に、どちらかに相談しましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 診療所・クリニックのかかりつけ医
2. 病院の内科、神経内科、精神科など
3. 老年科・もの忘れ外来など認知症の専門外来がある病院
4. 認知症疾患医療センター (※)
5. 保健所・保健センター
6. 高齢者総合相談センター
7. ケアマネジャー
8. その他 ()
9. 相談していない

※認知症疾患医療センター

認知症専門医療の提供と保健・福祉・介護の連携のための中核機関として都道府県が指定した医療機関です。

問61-1-1 ≪問61-1で「9」と回答した方のみお答えください≫

相談していない理由は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談するほどのことではないから
2. 年だから仕方がないと思うから
3. 相談場所がわからないから
4. 認知症であると分かることが怖かったから
5. 本人が相談に同意しないから
6. その他 ()

問61-2 《問61で「1」と回答した方のみお答えください》**新**

認知症のご家族を介護する日々の暮らしの中で、身近な周囲の人々（家族、親戚、ご近所等）の認知症への理解についてどのように思われますか。（1つに○）

1. 十分理解されている
2. ある程度は理解されている
3. どちらともいえない
4. あまり理解されていない
5. 全く理解されていない

（全員におたずねします。）

問62 認知症のご本人の介護において、必要と思うことは何ですか。**新**

（あてはまるものすべてに○）

1. 医療的な支援（認知症の進行に合わせた適切な支援・助言等）
2. 介護保険などの公的サービスの充実
3. ボランティア等のインフォーマルな支援
4. 介護する家族等への支援
5. 認知症に関する情報提供
6. 認知症に関する相談窓口の充実
7. 地域住民の理解や見守り
8. その他（）

問63 介護者の立場から、高齢者の保健と福祉に関する施策や介護保険について、区へのご要望・ご意見がありましたらご自由にお書きください。

～ ご協力ありがとうございました ～

ご記入が済みましたら同封の返信用封筒（切手不要）**に入れて**

●月●日(●)までにご投函ください。

ご不明な点がありましたら、お手数ですが、表紙の問い合わせ先にお電話をお願いいたします。