

新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査 (10.24)

《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、11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、同封の返信用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11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。
- ご記入いただきました調査票は、12月9日(金)までに、同封の返信用封筒にてご投かん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)。
- ふりがなつき版の必要な方は、下記「問い合わせ先」までご連絡ください。

※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。

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 (直通)

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11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。

[宛名ラベル]
〒住所、氏名
地区名

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

ここに
記載あり

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」を選んだ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4-2 <<問4で「2」～「7」を選んだ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」を選んだ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」を選んだ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 | 7. 町会・自治会の人 |
| 2. 別居の兄弟姉妹 | 8. マンションの管理人 |
| 3. 別居の親戚 | 9. 高齢者総合相談センター(※)の職員 |
| 4. 友人・知人 | 10. その他 () |
| 5. 近所の人 | |
| 6. 民生委員・児童委員 | |

※高齢者総合相談センター

高齢者の介護、福祉、健康、医療などに関して総合的な支援を行うために、区内10か所に設置している相談機関です。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の資格を持った職員が、連携しながらチームとなって相談支援にあたっています。

(全員におたずねします。)

問6 あなたは現在、収入のある仕事をしていますか。(1つに○)

1. している

2. していない

問7 あなたは、現在のご自身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

【健康状態や健康づくり等についておたずねします】

問8 あなたは、健康だと思いますか。(1つに○)

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

問9 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10へ

問9-1、問9-2へお進みください。

問9-1 <<問9で「1」を選んだ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9-2 <<問9で「1」を選んだ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 |
| 2. 診療所・クリニック(通院) |
| 3. 診療所・クリニック(往診や訪問診療) |

(全員におたずねします。)

問10 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11へ

2. いない

問10-1 <<問10で「2」を選んだ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. 健康で、かかりつけ医を持つ必要がないから |
| 2. 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 |
| 3. 近くに適切な診療所・クリニックがないから |
| 4. 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 |
| 5. 医療機関の情報がないため分からないから |
| 6. 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 |
| 7. その他 () |
| 8. 特にない |

(全員におたずねします。)

問11 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12へ

→問11-1 <<問11で「1」を選んだ方のみお答えください>>

退院にあたって困ったことは、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 家族の支援が得られなかった
2. 身の回りの世話をしてくれる人が見つからなかった
3. 自宅以外で過ごせる施設が見つからなかった
4. 往診してくれる医師が見つからなかった
5. すぐに介護保険サービスを受けられなかった
6. その他 ()
7. 特に困ったことはない

→問11-2 <<問11で「1」を選んだ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ために、どちらに相談しましたか。
(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) | 5. 高齢者総合相談センター |
| 2. かかりつけの診療所・クリニック | 6. 在宅医療相談窓口※1
・がん療養相談窓口※2 |
| 3. 訪問看護ステーション | 7. 保健所・保健センター |
| 4. 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー) | 8. その他 () |
| | 9. どこにも相談していない |

※1 在宅医療相談窓口

安心して在宅療養ができるように、介護支援専門員の資格を持つ看護師が、医療を中心としたさまざまな相談に対応しています。(場所：四谷保健センター等複合施設内)

※2 がん療養相談窓口(暮らしの保健室)

相談員(看護師・保健師)が、がん患者さんやご家族の「がん療養に関する相談」に、面接や電話相談で対応しています。(場所：戸山ハイツ33号棟125の1階商店街)

【歯科についておたずねします】

問12 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13 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

せつしょくえんげ
【摂食嚥下（食べる機能）についておたずねします】

問14 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。新
(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14-1 <<問14のア～ウのいずれかで「1」を選んだ方のみお答えください>>新
専門家に相談したことはありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない

(全員におたずねします。)

問15 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に、介護支援専門員の資格を持つ看護師が、医療を中心としたさまざまな相談に対応しています。(場所：四谷保健センター等複合施設内)

【薬局についておたずねします】

問16 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17へ

問16-1 <<問16で「1」を選んだ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17 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

元気な高齢者を含めた幅広い世代の区民、NPO、ボランティア、事業者等、様々な人や団体がサービスの担い手となることにより、支援の必要な高齢者への生活支援等を充実していくことが大切です。

問20 あなたは、支援を必要とする地域の高齢者の身の回りの世話（ごみ出しや買い物の付き添い、見守り等）や生活を支援するボランティア活動に機会があれば参加してみたいですか。（1つに○）**新**

- 1. 既に参加している
- 2. 参加してみたいと思っている
- 3. 参加してみたいとは思わない

問20-1 <問20で「3」を選んだ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. 体力・健康面に不安があるから
- 2. 支援するための技術や知識を持っていないから
- 3. 人間関係がわずらわしいから
- 4. 一人だと不安だから
- 5. どんな取り組みがあるか知らないから
- 6. 経済的な余裕がないから
- 7. 時間的な余裕がないから
- 8. 興味・関心がないから
- 9. 自分の趣味に時間を使いたいから
- 10. その他（ ）

（全員におたずねします。）

問21 支援を必要とする地域の高齢者の身の回りの世話（ごみ出しや買い物の付き添い、見守り等）や生活を支援するボランティア活動をした人が、何らかの対価を受け取ることに、あなたはどのように思いますか。（1つに○）**新**

- 1. 一切受け取るべきではない
- 2. 交通費等の実費は受け取ってもよい
- 3. 謝礼や報酬を受け取ってもよい
- 4. その他（ ）
- 5. わからない

問22 支援を必要とする地域の高齢者の身の周りの世話や生活を支援するボランティア活動として、あなたが担うことのできそうな支援・サービス(現在支援しているものを含む)はありますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. 配食 (食事をつくって届ける) | 7. 見守り、声かけ |
| 2. 調理 (訪問して食事をつくる) | 8. 話し相手 |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. ペットの世話 |
| 4. 買い物 | 10. サロンなどの定期的な通いの場の運営 |
| 5. 外出同行
(通院、買い物、散歩など) | 11. その他 () |
| 6. ゴミ出し | 12. 特にない |

問23 あなたは、支援を必要とする高齢者の身の回りの世話や生活を支援するボランティア活動を増やしていくために、どのようなサポートが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

- | |
|---------------------------|
| 1. 地域課題の共有や意識啓発 |
| 2. 活動自体に関する情報提供やあっせん |
| 3. 活動に必要な知識や技術などを教える研修や講座 |
| 4. 活動の見学や体験機会の場 |
| 5. 活動の拠点 |
| 6. 活動のコーディネーター (調整役、仲介役) |
| 7. 活動開始前後に相談できる窓口 |
| 8. ボランティア活動の保険に入ること |
| 9. 活動時の交通費など実費の支払い |
| 10. その他 () |
| 11. わからない |

【認知症についておたずねします】

問24 あなたは、この1年間に何度も、もの忘れに加えて、理解・判断力の低下などを感じたことがありますか。(1つに○)

- | | |
|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない →問25へ |
|-------|-------------|

→ 問24-1 <<問24で「1」を選んだ方のみお答えください>>
もの忘れや理解・判断力の低下などについて、どこかへ相談しましたか。
(1つに○)

- | | |
|-------|----------------|
| 1. した | 2. していない →問25へ |
|-------|----------------|

→ 問24-1-1へお進みください。

問24-1-1 <<問24-1で「1」を選んだ方のみお答えください>>
どちらに相談しましたか。(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. 精神科・神経科専門の病院・診療所
5. 認知症疾患医療センター (※)
6. 保健所・保健センター
7. 高齢者総合相談センター
8. その他 ()

※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。

(全員におたずねします。)

問25 あなたは、その日の活動(食事をする、衣服を選ぶなど)を自分で判断できますか。(1つに○)

1. 困難なくできる
2. いくつか困難であるが、できる
3. 判断するとき、他人からの合図や見守りが必要
4. ほとんど判断できない

問26 あなたは、食事を自分で食べられますか。(1つに○)

1. できる
2. 一部介助があればできる
3. できない

問27 あなたは、人に自分の考えをうまく伝えられますか。(1つに○)

1. 伝えられる
2. いくらか困難であるが、伝えられる
3. あまり伝えられない
4. ほとんど伝えられない

問28 毎日の生活で、5分前のことが思い出せないことがありますか。(1つに○)

1. ある
2. ない

問29 あなたは今までに、自身や家族等が認知症になったときのことについて、考えたことがありますか。(1つに○) **新**

1. ある

2. ない →問30へ

問29-1 <問29で「1」を選んだ方のみお答えください>

どのようなことを考えましたか。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 相談先について

6. 利用できるサービス等について

2. 病気の症状について

7. 後見人について

3. 日常の暮らし方について

8. 将来的な対応について

4. 費用面について

9. その他 ()

5. 就労面について

(全員におたずねします。)

問30 認知症が早期に発見された場合、進行を遅らせるなどの対応策があることがわかってきています。早期に発見された場合、どのような支援が必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 医療的な支援(認知症の進行に合わせた適切な指導・助言等)

2. 介護保険などの公的サービス

3. ボランティア等が行う地域活動による支援

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 ()

9. わからない

問30-1 <問30で「5」を選んだ方のみお答えください>

どのような情報提供が必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 専門の医師等の相談先

2. 診断方法・結果についての説明

3. 疾患についての説明

4. 治療方針・薬剤情報

5. 日常生活を送る上での注意点や工夫に関する情報

6. 支援制度(介護保険、福祉制度等)についての情報

7. 家族会等介護者のサポートに関する情報

8. その他 ()

【在宅療養等についておたずねします】

(全員におたずねします。)

問31 あなたは、介護が必要になった場合、どこ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（)

問32 あなたは、脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期の療養が必要になった場合、理想として自宅で療養を続けたいと思いますか。(1つに○) **新**

1. そう思う
2. そう思わない

問33 ご自宅での療養は実現可能だと思いますか。(1つに○) **新**

1. 実現可能だと思う
2. 実現は難しいと思う
3. わからない

問33-1 <問33で「2」を選んだ方のみお答えください>

実現は難しいと思う理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○) **新**

1. 在宅医療や在宅介護でどのようなケアが受けられるかがわからないから
2. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
3. 往診してくれる医師がいないから
4. 訪問看護や介護の体制が不十分だから
5. 家族に負担をかけるから
6. 療養できる部屋やトイレなど、住宅環境が整っていないから
7. 介護してくれる家族がいないから
8. お金がかかるから
9. その他（)
10. 特に理由はない

【人生の最終段階における医療についておたずねします】

(全員におたずねします。)

問34 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 | 4. その他 () |
| 2. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | 5. わからない |
| 3. 病院などの医療機関 | |

問35 あなたは、人生の最終段階において受けたい医療や受けたくない医療(※)について、ご家族とどのくらい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. 一応話し合ったことがある |
| 3. 全く話し合ったことがない |

問35-1 <<問35で「3」を選んだ方のみお答えください>>

それはどうですか。(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 () |

※人生の最終段階における医療の例

救命・延命処置には、心臓マッサージ、人工呼吸器、気管切開、輸血、点滴、経管栄養(胃ろう等)などがあり、苦痛を和らげる処置には、痛み止め、酸素吸入などがあります。また、特に処置は行わず、自然な状態で見守ってほしい方もいます。

将来、あなたが大病や介護が必要になった時について、あなたの希望や考えをご家族や医療者に事前に伝えておくことで、あなたや周りの方にとっても満足のいく治療やケアを受けることができます。

(全員におたずねします。)

問36 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か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 |
|-----------|-------------|----------|

