

# 流山市高齢者等実態調査

(在宅で要支援・要介護認定を受けている方へ)

## 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。  
流山市では現在、高齢者のための施策を総合的かつ計画的に推進していくため、「流山市高齢者支援計画（高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画）」の策定を進めています。

このたび、介護保険に関する意識や福祉サービスの利用状況、普段の生活でお困りのことなどについてご意見・ご要望をうかがい、計画策定の基礎資料とするため、アンケート調査を行うこととしました。

この調査は、平成26年2月1日現在、65歳以上の市民の方（在宅の要支援・要介護認定の方）から無作為で抽出した人を対象としています。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。なお、調査項目は対象の方に、すべて同じ内容でお尋ねしています。よって、お身体の状況によっては、答えにくい質問があると存じますが、その場合は可能な範囲でご回答ください。

調査票の質問が多く、お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、何卒よろしく申し上げます。

平成26年2月

流山市長 井崎 義治

## 記入についてのお願い

1. お答えは、できるだけ宛名のご本人がご記入ください。  
どうしてもご本人がご記入できない場合は、ご家族等がご本人からお話を聞いてご記入ください。また、質問の内容が分からなかったり、答えることができない場合には、その方の立場になってお答えください。
2. お答えは、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
3. 回答に記入欄がある場合には具体的なお答えを記入してください。

□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、

**3月14日(金)までに** ご返送ください。

□調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

□調査についてのご質問などがありましたら、下記までお問い合わせください。

流山市役所 健康福祉部 社会福祉課（健康福祉政策室）

(Tel)04-7150-6079(直通)

# 問1 あなたやご家族の生活状況について

Q1：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歳以上  |           |           |

Q2：性別をお答えください。

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

Q3：お住まいの地区はどちらですか。（番号に○をつけてください）

北部	中部	東部	南部
1. 富士見台	17. 東初石	33. 松ヶ丘	47. 流山1～9丁目
2. 小屋	18. 駒木	34. 西松ヶ丘	48. 平和台1～5丁目
3. 中野久木	19. 駒木台	35. 中	49. 大字三輪野山
4. 美原	20. 十太夫	36. 向小金	50. 大字加
5. こうのす台	21. 美田	37. 前ヶ崎	51. 加1～6丁目
6. 東深井	22. 若葉台	38. 名都借	52. 木
7. 西深井	23. 桐ヶ谷	39. 宮園	53. 三輪野山
8. 深井新田	24. 谷	40. 思井	1～5丁目
9. 平方	25. 上新宿新田	41. 古間木	54. 大字鱒ヶ崎
10. 南	27～34番地	42. 野々下	55. 鱒ヶ崎
11. 江戸川台東	26. 上新宿	43. 芝崎	56. 南流山1～8丁目
12. 江戸川台西	27. 西初石	44. 前平井	57. 西平井
13. 北	1丁目73番地	45. 後平井	58. 市野谷
14. 平方村新田	28. 青田	46. 長崎	59. 流山
15. 上新宿新田	29. 下花輪		933～1155番地
35～98番地	30. 西初石		2456～2625番地
16. 西初石	2～6丁目		
1丁目70～72番地	31. 上貝塚		
740～778番地	32. 大畔		

Q4：家族構成をお教えてください。

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. 一人暮らし ⇒Q5へ       | 2. 家族などと同居（二世帯住宅を含む） ⇒Q4-1～3へ |
| 3. その他（施設入居など） ⇒Q5へ |                               |

（ご家族などと同居されている方のみ）

Q4-1：宛名のご本人を含めて何人で暮らしていますか。

人
---

Q4-2：同居されている方はどなたですか。(〇はいくつでも)

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. その他 ( )	

Q4-3：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
---------	----------	-------

Q5：2月1日現在の介護度を教えてください。(〇は1つ)

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	

Q6：普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(〇は1つ)

1. 介護・介助は必要ない	⇒Q7へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	⇒Q6-1へ
3. 現在、何らかの介護を受けている	⇒Q6-1～3へ

(介護サービスを受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

**(介護・介助が必要な方のみ)**

Q6-1：介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(〇はいくつでも)

1. 高血圧	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	3. 心臓病	4. 糖尿病
5. 高脂血症(脂質異常症)	6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)		
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気		
9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症・関節症等)	10. 外傷(転倒・骨折等)		
11. がん(悪性新生物)	12. 血液・免疫の病気	13. パーキンソン病	
14. うつ病	15. 認知症(アルツハイマー病等)	16. 目の病気	
17. 耳の病気	18. その他 ( )	19. なし	

**(介護・介助を受けている方のみ)**

Q6-2：主にどなたの介護・介助を受けていますか。

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 ( )		

Q6-3：主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか。

1. 65歳未満	2. 65～74歳	3. 75～84歳	4. 85歳以上
----------	-----------	-----------	----------

**(再び全員へ)**

Q7：年金の種類は次のどれですか。(〇はいくつでも)

1. 国民年金	2. 厚生年金(企業年金あり)	3. 厚生年金(企業年金なし)
4. 共済年金	5. 年金はない	6. その他 ( )

Q8：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。(〇は1つ)

- |        |          |             |           |
|--------|----------|-------------|-----------|
| 1. 苦しい | 2. やや苦しい | 3. ややゆとりがある | 4. ゆとりがある |
|--------|----------|-------------|-----------|

Q9：加入している健康保険は次のうちどれですか。(〇は1つ)

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 国民健康保険    | 2. 後期高齢者医療保険 | 3. 社会保険の本人   |
| 4. 社会保険の被扶養者 | 5. 共済組合の本人   | 6. 共済組合の被扶養者 |
| 7. その他 ( )   |              |              |

Q10：お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. 一戸建て | 2. 集合住宅 |
|---------|---------|

Q11：お住まいは、次のどれにあたりますか(〇は1つ)

- |       |            |                          |
|-------|------------|--------------------------|
| 1. 持家 | 2. 民間賃貸住宅  | 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) |
| 4. 借間 | 5. その他 ( ) |                          |

Q12：お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか。

- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. はい⇒Q12-1へ | 2. いいえ⇒問2へ |
|--------------|------------|

(主に2階以上の階で生活している方のみ)

Q12-1：お住まいにエレベーターは設置されていますか。

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

(再び全員へ)

## 問2 運動・閉じこもりについて

- |                                       |       |        |
|---------------------------------------|-------|--------|
| Q1：階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。             | 1. はい | 2. いいえ |
| Q2：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. はい | 2. いいえ |
| Q3：15分位続けて歩いていますか。                    | 1. はい | 2. いいえ |
| Q4：5m以上歩けますか。                         | 1. はい | 2. いいえ |
| Q5：週に1回以上は外出していますか。                   | 1. はい | 2. いいえ |
| Q6：定期的に運動していますか。(1回20～30分以上の運動を週2回以上) | 1. はい | 2. いいえ |
| Q7：昨年と比べて外出の回数が減っていますか。               | 1. はい | 2. いいえ |



(再び全員へ)

Q2：転倒に対する不安は大きいですか。	1. はい	2. いいえ
Q3：背中が丸くなってきましたか。	1. はい	2. いいえ
Q4：以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい	2. いいえ
Q5：杖を使っていますか。	1. はい	2. いいえ

## 問4 口腔・栄養について

Q1：6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

Q2：現在の身長と体重をお教えてください。

身長 ( ) cm

体重 ( ) kg

Q3：一日の食事の回数は何回ですか。

1. 朝昼晩の3食    2. 朝晩の2食    3. 朝昼の2食    4. 昼晩の2食  
5. 1食    6. その他 ( )

Q4：食事を抜くことがありますか。

1. 毎日ある    2. 週に何度かある    3. 月に何度かある    4. ほとんどない

Q5：自分一人でなく、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    ⇒Q5-1へ    2. 週に何度かある    ⇒Q5-1へ  
3. 月に何度かある    ⇒Q5-1へ    4. 年に何度かある    ⇒Q5-1へ  
5. ほとんどない    ⇒Q6へ

(どなたかと食事をとにもする機会がある方のみ)

Q5-1：食事をとにもする人はどなたですか。(○はいくつでも)

1. 家族    2. 近所の人や友人    3. デイサービスの仲間    4. その他 ( )

(再び全員へ)

Q6：1日2回以上主食、主菜、副菜のそろった食事をしていますか。	1. はい	2. いいえ
Q7：1日2回、肉・魚・卵・大豆及びその製品のいずれかをご自身のこぶし大くらい食べていますか。	1. はい	2. いいえ
Q8：1日2回、野菜(色の濃いもの薄いものを混ぜて)ご自身の片手に山盛り一杯食べていますか。	1. はい	2. いいえ
Q9：食事を楽しんでいますか。	1. はい	2. いいえ
Q10：健康のために食事を大切にしていますか。	1. はい	2. いいえ
Q11：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
Q12：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
Q13：口の渇きが気になりますか。	1. はい	2. いいえ
Q14：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
Q15：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

Q16：入れ歯を使用していますか。	1. はい	2. いいえ
	⇒Q16-1・2へ	⇒Q17へ
<b>(入れ歯のある方のみ)</b>		
Q16-1：噛み合わせは良いですか。	1. はい	2. いいえ
Q16-2：毎日入れ歯の手入れをしていますか。	1. はい	2. いいえ

**(再び全員へ)**

Q17：現在、どれくらいのが噛めますか。(入れ歯を使っても結構です)

1. どんなものでも噛んで食べられる
2. 噛みにくいものはあるが、たいていのものは食べられる
3. あまり噛めないので、食べられるものが限られる
4. ほとんど噛めない

**問5 物忘れについて**

Q1：周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか。	1. はい	2. いいえ
Q2：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
Q3：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
Q4：5分前のことが思い出せますか。	1. はい	2. いいえ
Q5：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。(○は1つ)		
1. 困難なくできる	2. いくらか困難であるが、できる	
3. 判断するときに、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	
Q6：人に自分の考えをうまく伝えられますか。(○は1つ)		
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6 日常生活について**

Q1：バスや電車で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. できるけれど、していない	3. できない
Q2：日用品の買物をしていますか。		
1. できるし、している	2. できるけれど、していない	3. できない
⇒Q3へ	⇒Q2-1へ	⇒Q2-1へ
<b>(日用品の買物をしていない、できない方のみ)</b>		
Q2-1：日用品の買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 ( )	

(再び全員へ)

Q3：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. できるけれど、していない | 3. できない |
| ⇒Q4へ         | ⇒Q3-1へ          | ⇒Q3-1へ  |

(自分で食事の用意をしていない、できない方のみ)

Q3-1：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. 配食サービス利用 | 5. その他( ) |         |

(再び全員へ)

Q4：請求書の支払いをしていますか。

- |              |                 |         |
|--------------|-----------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけれど、していない | 3. できない |
|--------------|-----------------|---------|

Q5：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. できるけれど、していない | 3. できない |
|--------------|-----------------|---------|

Q6：食事は自分で食べられますか。

- |         |                              |
|---------|------------------------------|
| 1. できる  | 2. 一部介助（おかずを切ってもらうなど）があればできる |
| 3. できない |                              |

Q7：寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか。

- |         |                |              |
|---------|----------------|--------------|
| 1. 受けない | 2. 一部介助があればできる | 3. 全面的な介助が必要 |
|---------|----------------|--------------|

Q8：座っていることができますか。

- |        |          |         |
|--------|----------|---------|
| 1. できる | 2. 支えが必要 | 3. できない |
|--------|----------|---------|

Q9：自分で洗面や歯磨きができますか。

- |        |                |         |
|--------|----------------|---------|
| 1. できる | 2. 一部介助があればできる | 3. できない |
|--------|----------------|---------|

Q10：自分で排泄ができますか。

- |         |                           |
|---------|---------------------------|
| 1. できる  | 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる |
| 3. できない |                           |

Q11：自分で入浴ができますか。

- |         |                           |
|---------|---------------------------|
| 1. できる  | 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる |
| 3. できない |                           |

Q12：50m以上歩けますか。

- |         |                           |
|---------|---------------------------|
| 1. できる  | 2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる |
| 3. できない |                           |

Q13：階段を昇り降りできますか。

- |        |              |         |
|--------|--------------|---------|
| 1. できる | 2. 介助があればできる | 3. できない |
|--------|--------------|---------|

Q14：自分で着替えができますか。

- |        |              |         |
|--------|--------------|---------|
| 1. できる | 2. 介助があればできる | 3. できない |
|--------|--------------|---------|

Q15：大便の失敗がありますか。

- |       |           |         |
|-------|-----------|---------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. よくある |
|-------|-----------|---------|

Q16：尿もれや尿失禁がありますか。

- |       |           |         |
|-------|-----------|---------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. よくある |
|-------|-----------|---------|

Q17：家事全般ができていますか。

- |          |           |            |
|----------|-----------|------------|
| 1. できている | 2. できていない | 3. 元々していない |
|----------|-----------|------------|



## 問7 社会参加・地域との関わりについて

Q1：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

Q2：新聞を読んでいますか。 1. はい 2. いいえ

Q3：本や雑誌を読んでいますか。 1. はい 2. いいえ

Q4：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

Q5：友人の家を訪ねていますか。 1. はい 2. いいえ

Q6：家族や友人の相談にのっていますか。 1. はい 2. いいえ

Q7：病人を見舞うことができますか。 1. はい 2. いいえ

Q8：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

Q9：趣味はありますか。 1. はい 2. いいえ

Q10：生きがいはありますか。 1. はい 2. いいえ

Q11：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。

### （1）ボランティアのグループ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （2）スポーツ関係のグループやクラブ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （3）趣味関係のグループ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （4）老人クラブ

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （5）町内会・自治会

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （6）学習・教養サークル

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

### （7）その他の団体や会

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい

Q12：以下のような活動（社会参加活動や仕事）をどのくらいの頻度でしていますか。

### （1）見守りが必要な高齢者を支援する活動

1. 週4回以上 2. 週2～3回 3. 週1回 4. 月1～3回 5. 年に数回  
6. 参加していない、今後も参加予定はない 7. 参加していないが今後参加したい



Q14：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。(〇はいくつでも)

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 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. ケアマネジャー        | 4. 医師・歯科医師・看護師  |
| 5. 地域包括支援センター・市役所 | 6. その他 ( )      |
| 7. そのような人はいない     |                 |

Q15：友人関係についてお伺いします。

(1) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

- |           |          |        |          |         |
|-----------|----------|--------|----------|---------|
| 1. 週4回以上  | 2. 週2～3回 | 3. 週1回 | 4. 月1～3回 | 5. 年に数回 |
| 6. 会っていない |          |        |          |         |

(2) この一か月間、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一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. いない            |            |               |

## 問8 健康について

Q1：普段、健康だと思いますか。(〇は1つ)

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

Q2：現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(〇は1つ)

- |              |            |
|--------------|------------|
| 1. ある ⇒Q2-1へ | 2. ない ⇒Q3へ |
|--------------|------------|

(現在治療中、または後遺症のある病気がある方のみ)

Q2-1：①現在治療中の病気や後遺症のある病気は何ですか。(該当する病気については②治療の状況についてもお答えください)

① 現在治療中、または後遺症のある病気 (〇はいくつでも)	② 治療状況 (それぞれ〇は1つ)
【記入例】 ① 高血圧	1. 中断                      ② 治療中
1. 高血圧	1. 中断                      2. 治療中
2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1. 中断                      2. 治療中
3. 心臓病	1. 中断                      2. 治療中
4. 糖尿病	1. 中断                      2. 治療中
5. 高脂血症(脂質異常)	1. 中断                      2. 治療中
6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	1. 中断                      2. 治療中
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	1. 中断                      2. 治療中
8. 腎臓・前立腺の病気	1. 中断                      2. 治療中



Q7：かかりつけのお医者さんに最も期待することはなんですか。(〇は1つ)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. いつでも安心して受診できる   | 2. 常に健康状態がチェックできる |
| 3. かるい病気でも受診できる    | 4. いつでも気軽に相談できる   |
| 5. いつもゆっくり話をきいてくれる | 6. 他の病院を紹介してくれる   |
| 7. 往診してくれる         | 8. その他 ( )        |
| 9. 特にない・わからない      |                   |

Q8：定期的に健(検)診を受けていますか。(〇は1つ)

- |                      |                          |                     |
|----------------------|--------------------------|---------------------|
| 1. 毎年受けている<br>⇒Q8-1へ | 2. 毎年でないが受けている<br>⇒Q8-1へ | 3. 受けていない<br>⇒Q8-2へ |
|----------------------|--------------------------|---------------------|

(定期的に健(検)診を受けている方のみ回答)

Q8-1：どの健(検)診を受けていますか。(〇はいくつでも)

- |                |           |            |
|----------------|-----------|------------|
| 1. 特定健診または健康診査 | 2. 人間ドック  | 3. 胃がん検診   |
| 4. 大腸がん検診      | 5. 子宮がん検診 | 6. 乳がん検診   |
| 7. 結核・肺がん検診    | 8. 歯周病検診  | 9. その他 ( ) |

(定期的に健(検)診を受けていない方のみ回答)

Q8-2：健(検)診を受けたことがない理由をお聞かせください。(〇は1つ)

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 関心がない・受けたくない          | 2. 日程が合わない         |
| 3. 受けるのが怖い(病気が発見されるのが怖い) | 4. 定期的に医療機関にかかっている |
| 5. その他 ( )               | 6. 特に理由はない         |

(再び全員へ)

Q9：お酒は飲みますか。(〇は1つ)

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

Q10：タバコは吸っていますか。(〇は1つ)

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

Q11：(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。 1. はい 2. いいえ

Q12：(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。 1. はい 2. いいえ

Q13：(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる。 1. はい 2. いいえ

Q14：(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。 1. はい 2. いいえ

Q15：(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。 1. はい 2. いいえ

Q16：健康について、どのようなことが知りたいですか。(〇はいくつでも)

- |                                 |               |              |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| 1. がんや高血圧などの生活習慣病にならないための工夫について |               |              |
| 2. バランスのよい食生活について               |               | 3. 運動の方法について |
| 4. 健(検)診の内容や受け方について             | 5. 転倒予防について   | 6. 歯の健康について  |
| 7. 認知症の予防について                   | 8. 禁煙のしかたについて | 9. 適正な飲酒について |
| 10. ストレス解消法について                 | 11. その他 ( )   | 12. 特にない     |

Q17：日頃、自分の健康に気をつけていますか。(〇は1つ)

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 1. 気をつけている ⇒Q17-1へ  | 2. ある程度は気をつけている ⇒Q17-1へ |
| 3. あまり気をつけていない ⇒問9へ | 4. 気をつけていない ⇒問9へ        |

(Q17で「1. 気をつけている」「2. ある程度は気をつけている」と回答した方のみ)

Q17-1：何か実行していることがありますか。(〇はいくつでも)

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. 食事、栄養に気をつけている(バランスのよ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. ささいなことにくよくよせず、物事を前向きに考えるようにしている    |
| 7. 歯と歯ぐき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、早めに医療機関に受診している         | 12. 健康について、家族や友人などと話をする               |
| 13. 地域の活動に参加している                      | 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9 要支援認定を受けている方にお尋ねします。**

※ 問9は、現在、要支援1及び要支援2の認定を受けている方のみお答えください。

Q1：あなたが、いま日常生活を送るうえで、お困り・ご不安なことはどのようなことですか。(〇はいくつでも)

- |                         |                  |          |                 |
|-------------------------|------------------|----------|-----------------|
| 1. 買い物                  | 2. ごみ出し          | 3. 掃除、洗濯 | 4. 食事づくり        |
| 5. 電球交換や障子貼りなどのちょっとした作業 |                  |          | 6. 灯油の給油        |
| 7. 散歩や外出時の付き添い          | 8. 通院時の交通手段      |          |                 |
| 9. 困ったことや不安を打ち明ける相談相手   |                  |          | 10. 草むしりや庭木の手入れ |
| 11. 地震など災害時の手助け         | 12. (ご自身の)急病時の対応 |          |                 |
| 13. 困っていることや不安はない       | 14. その他 ( )      |          |                 |

現在国では、要支援1及び要支援2の認定を受けている方を対象とした介護保険給付の見直しを進めています。それによれば、平成27年度から平成29年度までの間において、介護予防給付のうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が、全国一律のサービス内容から、市町村の実施する介護予防事業に基づいて実施することになる予定です。

そこで、次の2つの問いにお答えください。

Q2 あなたは、上記のような介護保険制度の見直しが進められていることご存じでしたか。

1. 知っていた

2. 知らなかった

Q3 仮に、現在国で検討されている制度見直しが予定どおり実施された場合、流山市は、要支援認定の方に適した介護予防事業を用意していく計画ですが、その場合に重視すべき点として、どのようなことを望みますか。（〇は3つまで）

1. 見守り、話し相手、庭の草むしりなど現在の訪問介護では提供できないサービスを利用できるようにしてほしい
2. ゴミ出し、掃除、買い物といったちょっとした手助けを気軽に利用できる仕組みをつくってほしい
3. 生活援助（掃除、買い物、洗濯など身体に触れないで行うサービスを言います。）について、安価な費用で利用できる仕組みを構築してほしい
4. 地域の人たちの支え合いの仕組みを構築してほしい
5. 現在利用している介護保険サービス事業者のサービスが引き続き利用できるようにしてほしい
6. 身体の機能が低下しないようにリハビリを中心としたサービスを充実させてほしい
7. 自宅から歩いて行ける距離に気軽に集える場や、リハビリに取り組める場所をつくってほしい
8. 自分の心身の状態に合わせて医療や介護が総合的に支える仕組みをつくってほしい
9. NPOやボランティアによるサービスを構築する場合は、マナーや技能に優れた人に支援してほしい
10. 特に望むことはない
11. わからない

（再び全員へ）

## 問10 地域包括支援センターについて

地域包括支援センターとは

地域の高齢者の総合相談窓口です。介護、福祉に関する相談に専門のスタッフが対応します。市内には、北部、中部、東部、南部の4地域にあります。

Q1：地域包括支援センターをご存知ですか。（〇は1つ）

1. はい ⇒Q1-1・2へ

2. いいえ ⇒問11へ

(Q1で「1. はい」と答えた方のみ)

Q1-1：地域包括支援センターの活動内容をご存知ですか。(〇はいくつでも)

- |                  |            |                     |
|------------------|------------|---------------------|
| 1. 高齢者の一般的な相談    | 2. 認知症の相談  | 3. 施設、医療機関の相談       |
| 4. 消費者被害、高齢者虐待防止 | 5. 成年後見制度  | 6. 介護予防のためのケアプランの作成 |
| 7. 詳しくはわからない     | 8. その他 ( ) |                     |

Q1-2：地域包括支援センターを実際に利用したことがありますか。自宅や入院先に地域包括支援センターの職員が訪問した場合の利用も含まれます。(〇は1つ)

- |                  |        |
|------------------|--------|
| 1. はい ⇒Q1-2-1・2へ | 2. いいえ |
|------------------|--------|

(Q1-2で「1. はい」と答えた方のみ)

Q1-2-1：地域包括支援センターを利用した感想を教えてください。(〇はいくつでも)

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 丁寧に應對してくれた                  |
| 2. 制度や仕組みをわかりやすく説明してくれた        |
| 3. すぐに訪問してくれた                  |
| 4. 悩みや不安の解消(緩和)につながった          |
| 5. 態度や言葉遣いがよくなかった              |
| 6. こちらの知りたかった事について上手く説明ができなかった |
| 7. 実際に対応してくれるまで思った以上に時間がかかった   |
| 8. その他 ( )                     |

Q1-2-2：もっと利用しやすくするためにどのようなことが必要と思いますか。(〇はいくつでも)

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| 1. 業務の周知         | 2. 高齢者宅への訪問等による実態把握など積極的関与 |
| 3. 身近でアクセスが便利な場所 | 4. 相談時のプライバシーの確保           |
| 5. その他 ( )       |                            |

(再び全員へ)

## 問11 成年後見制度について

成年後見制度とは

認知症、知的障害、精神障害などによって判断能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者(成年後見人等)を選ぶことで本人を法律的に支援する制度です。

Q1：成年後見制度の内容を知っていますか。(〇は1つ)

- |                 |
|-----------------|
| 1. 知っている ⇒Q1-1へ |
| 2. 知らない ⇒Q2へ    |



(Q1で「1. 知っている」と回答した方のみ)

Q1-1：成年後見制度をどのように知りましたか。(〇はいくつでも)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 広報紙やパンフレットなどで知った     | 2. テレビやラジオ、新聞などで知った    |
| 3. 市役所や地域包括支援センターなどで知った | 4. ケアマネジャーや介護職員などから聞いた |
| 5. 支援団体の広報活動や相談会で知った    | 6. その他 ( )             |

(再び全員へ)

Q2：成年後見制度を利用するとしたら、どのように利用したいですか。(〇はいくつでも)

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 預貯金や財産などの管理    | 2. 介護保険サービス等を受ける際の契約手続き |
| 3. 消費者被害等の財産被害の防止 | 4. その他 ( )              |
| 5. わからない          |                         |

市民後見人とは

認知症高齢者の急増等により成年後見制度を必要とする人が増えている一方で、今まで後見人の中心を担ってきた弁護士や司法書士といった専門家だけでは対応できなくなってきました。そこで、後見の内容や範囲が簡易な方を中心として、成年後見の仕組みやマナーを習得した市民が成年後見人となって対応していくことを目指したものです。

Q3：市民後見人についてご存知ですか。(〇は1つ)

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 名称は聞いたことがあるが内容はよくわからない |
| 2. 内容も含めある程度知っている         |
| 3. よく知っている                |
| 4. 知らない                   |

Q4：あなたが、もし成年後見制度を利用するとしたら、誰に後見人を頼みたいですか。(〇は1つ)

- |               |             |                 |
|---------------|-------------|-----------------|
| 1. 家族、親族      | 2. 弁護士等の専門家 | 3. 第三者(市民後見人など) |
| 4. 今のところわからない |             |                 |

Q5：今後、成年後見制度を利用する方がますます増えていった場合、市民後見人を養成し、活用する仕組みが必要になっていきます。あなたは市民後見人のあり方についてどう考えますか。また、何を望みますか。(〇は2つまで)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 利用できるならば利用してみたいと思う                |
| 2. 必要としている人が利用できるように市民後見人を増やしていくべきだ  |
| 3. 知識や技能を習得し信頼できる人物ならば利用を検討したい       |
| 4. 市民後見人の活動に際しては弁護士等専門家の助言や監督を確保すべきだ |
| 5. 知識や技能を習得しても専門資格が無い人は信用できない。       |
| 6. 市民後見人が信頼できるように体制を構築していくべきだ        |
| 7. わからない                             |

## 問12 要介護1～5の方にケアマネジャーについてお尋ねします。

※ 問12は、現在、要介護1～5の認定を受けている方のみお答えください。

Q1：ケアマネジャーは、あなたや家族からのサービス利用に関する相談や、日常生活の悩みや不安の訴えについてどのように対応してくれていますか。(〇は1つ)

1. 親身になって聴き、又は対応してくれる
2. 専門的立場からアドバイスを言ってくれる
3. 悩みや不安の緩和につながる対応をしてくれる
4. いそがしく時間がないのでなかなか最後まで聴いてくれない
5. あまり反応がない
6. 適切なアドバイスは言ってくれない
7. まったく聴こうとしてくれない
8. わからない

Q2：あなたは、介護サービスの利用を決定するに当たり、ケアマネジャーから、ご自身の心身の状況や生活環境に見合った介護サービスの利用の仕方について提案や十分な説明を受けましたか。(〇は1つ)

1. はい(受けた) ⇒ Q2-1へ
2. いいえ(受けていない) ⇒ 問13へ
3. わからない ⇒ 問13へ

Q2-1：ケアマネジャーについて、あなたの総合的な満足度を教えてください。(〇は1つ)

1. 満足している
2. やや満足している
3. ふつう
4. やや不満である
5. 不満である
6. わからない

(再び全員へ)

## 問13 介護保険サービスについて

Q1：現在、あなたは介護保険サービスを利用していますか。(〇は1つ)

1. 利用している ⇒Q1-1・2へ                      2. 利用していない ⇒Q1-3へ

(介護サービスを利用している方のみ)

Q1-1：現在、あなたが利用しているサービスは何ですか。(〇はいくつでも)

選択肢 (〇はいくつでも)	サービスの概要
【記入例】 ①. ホームヘルプサービス (訪問介護)	ホームヘルパー(訪問介護員)が家庭を訪問し、身体介護や生活支援等を行うサービスです。
1. ホームヘルプサービス (訪問介護)	ホームヘルパー(訪問介護員)が家庭を訪問し、身体介護や生活支援等を行うサービスです。
2. 訪問入浴介護	移動入浴車が訪問し、入浴の介護を行うサービスです。
3. 訪問診療 (医師の訪問)	医師が通院困難な方の自宅に定期的に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談や指導を行います。
4. 訪問看護	看護師等が家庭を訪問し、療養上の世話又は必要な診療補助を行うサービスです。
5. 訪問リハビリテーション	心身機能の維持回復及び日常生活の自立支援等を目的に、要介護者の家庭において、必要なリハビリテーションを行うサービスです。
6. デイサービス (通所介護)	心身機能の維持向上等による自立的な生活を支援することを目的とした生活指導や日常動作訓練、健康チェック、入浴等を行うサービスです。
7. デイケア (通所リハビリテーション)	心身機能の維持回復及び日常生活の自立支援等を目的に、要介護者が老人保健施設や病院等に通所し、必要なリハビリテーションを受けるサービスです。
8. ショートステイ (短期入所)	介護者の疾病や出産、急な用事、休息や旅行等の理由により一時的に介護が困難になった場合に、短期間、特別養護老人ホームや老人保健施設等で介護するサービスです。
9. 福祉用具貸与・購入	日常生活を支援する特殊寝台等を貸与、またはシャワーチェア等の購入費用を支給するサービスです。
10. 住宅改修	手すりの取付けや段差の解消等の住宅の改修を行ったときに、改修費を支給するサービスです。
11. 認知症対応型デイサービス (認知症の方を対象とした通所介護)	認知症の方が、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練などを受けることができるサービスです。
12. 小規模多機能型居宅介護	介護者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、サービス拠点への「通い」を中心に、随時「訪問」や「泊まり」を組みあわせて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練などを行うサービスです。

Q1-2：介護保険サービスを利用した満足度についてお聞かせください。(〇は1つ)

1. 満足                      ⇒Q2へ                      2. どちらかという満足                      ⇒Q2へ  
3. どちらかという不満                      ⇒Q1-2-1へ                      4. 不満                      ⇒Q1-2-1へ

**(介護サービスを利用して不満を感じた方のみ)**

Q1-2-1：サービスの内容に不満がある原因は何ですか。(〇はいくつでも)

→ 回答後、Q2へお進みください。

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 希望する回数が利用できない  | 2. 希望する日時に利用できない     |
| 3. 事業者が希望を聞いてくれない | 4. 約束どおりにサービスが提供されない |
| 5. サービスのレベルが低い    | 6. 言葉づかいや対応が悪い       |
| 7. その他 ( )        |                      |

**(介護サービスを利用していない方のみ)**

Q1-3：介護サービスを利用していない理由は何ですか。(〇は3つまで)

→ 回答後、Q2へお進みください。

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. 現在、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. 他人を自宅にいたくれないから     |
| 5. 外出したり他人とかかわりたくないから             | 6. サービスの利用の仕方がわからないから |
| 7. 利用者負担(サービス利用料の1割)が高いから         |                       |
| 8. 家族が利用をいやがるから                   | 9. 利用したいサービスが利用できないから |
| 10. 将来に備えて要介護認定をうけただけだから          |                       |
| 11. 介護サービス以外のサービスを利用しているから        |                       |
| 12. 過去に利用したことがあったがサービス内容に不満があったから |                       |
| 13. その他 ( )                       |                       |

**(再び全員へ)**

Q2：現在、あなたが、利用したいのに利用できない在宅サービスはありますか。(〇はいくつでも)

- |                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| 1. ホームヘルプサービス(訪問介護)               | 2. 訪問入浴介護        |
| 3. 訪問診療(医師の訪問)                    | 4. 訪問看護          |
| 5. 訪問リハビリテーション                    | 6. デイサービス(通所介護)  |
| 7. デイケア(通所リハビリテーション)              | 8. ショートステイ(短期入所) |
| 9. 福祉用具貸与・購入                      | 10. 住宅改修         |
| 11. 認知症対応型デイサービス(認知症の方を対象とした通所介護) |                  |
| 12. 小規模多機能型居宅介護                   | 13. 特にない         |

流山市では、介護が必要となった場合でも、できる限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで継続することができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援といったサービスや制度が総合的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。

#### 定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは

地域包括ケアシステムの中心を担う在宅サービスとして、食事の提供やトイレ・お風呂など、さまざまな介護サービスを1日に何度でも訪問して提供するとともに、専用の回線機能を使って相談員がいつでも応答して緊急訪問を行うほか、医療が必要な方には訪問看護サービスを提供するサービスです。流山市内では、平成25年4月から実施しています。

Q3：あなたは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスを知っていましたか。(〇は1つ)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

Q4：あなたは、こうした24時間対応型の在宅サービスを利用してみたいと思いますか。(〇は1つ)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 利用したいと思う        | 2. どちらかと言えば利用したいと思う |
| 3. どちらかと言えば利用したくない | 4. 利用したいと思わない       |
| 5. わからない           |                     |

Q5：できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするために、特に力を入れていくべきものはどれだと思いますか。(〇は5つまで)

- |   |
|---|
| 1. 健康づくり・介護予防の推進                          |
| 2. 生きがい活動や就労の支援                           |
| 3. 地域でのボランティア活動等への支援                      |
| 4. 声かけや安否確認など地域で高齢者を見守る体制づくり              |
| 5. 体調を崩した時にごみ出しや買い物などを支援する体制              |
| 6. 高齢者の権利・利益の保護                           |
| 7. 食事の配送などの食事サービスの充実                      |
| 8. 高齢者を介護する家族へのおむつ等介護用品支給の充実              |
| 9. 認知症高齢者とその家族への支援                        |
| 10. 介護者のための講座                             |
| 11. 日常生活について困ったときの相談窓口の充実                 |
| 12. 訪問介護や通所介護など在宅介護サービスの充実                |
| 13. 往診する医療機関や訪問看護の充実                      |
| 14. 介護者の休息がとれたり、緊急時に泊まれるようなショートステイサービスの充実 |
| 15. 在宅が困難になった時のための特別養護老人ホームなどの施設サービスの充実   |
| 16. 安心できて、住みやすい住まいの確保                     |
| 17. 高齢者等の外出や移動に配慮したまちづくりの推進               |
| 18. その他 ( )                               |
| 19. わからない                                 |

Q6：今後、認知症対策をすすめていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。(〇は3つまで)

- |  |
|--|
| 1. 早期発見や診断ができるとうい<br>2. かかりつけ医が認知症の治療もできるようにしてほしい<br>3. 専門医が近くにいてよい<br>4. 病院や介護サービスなどを紹介してほしい<br>5. 家族の介護について相談にのってほしい<br>6. 地域の皆が認知症について理解し見守ってほしい<br>7. 金銭の管理や支払いについて手助けしてほしい<br>8. 悪徳商法等に狙われないように見守ってほしい<br>9. 若年(65歳未満)で発症する認知症についてサポートがあるとよい<br>10. 徘徊した時に地域で見守ってほしい<br>11. その他 ( ) |
|--|

## 問14 介護保険料について

Q1：あなたの介護保険料段階は次のうちどれですか。(〇は1つ)

※介護保険料額決定通知書または介護保険料納入通知書をご覧ください。

保険料段階 (こちらの選択肢に〇をつけてください)	対象
1. 第1段階(年額：16,500円)	生活保護または老齢福祉年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の方
2. 第2段階(年額：22,000円)	本人及び世帯全員が住民税非課税で、本人の課税対象の年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下の方
3. 第3段階特例(年額：33,000円)	本人及び世帯全員が住民税非課税で、本人の課税対象の年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円超120万円以下の方
4. 第3段階(年額：38,500円)	本人及び世帯全員が住民税非課税で、本人の課税対象の年金収入額と合計所得金額の合計額が120万円超の方
5. 第4段階特例(年額：49,500円)	世帯内に住民税を課税されている方がおり、本人が住民税非課税で課税対象の年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下の方
6. 第4段階(年額：55,000円)	世帯内に住民税を課税されている方がおり、本人が住民税非課税で課税対象の年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円超の方
7. 第5段階(年額：66,000円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が125万円未満の方
8. 第6段階(年額：71,500円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が125万円以上200万円未満の方
9. 第7段階(年額：82,500円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が200万円以上400万円未満の方
10. 第8段階(年額：88,000円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が400万円以上600万円未満の方
11. 第9段階(年額：93,500円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が600万円以上800万円未満の方
12. 第10段階(年額：99,000円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が800万円以上1,000万円未満の方
13. 第11段階(年額：110,000円)	本人が住民税課税で、合計所得金額が1,000万円以上の方
14. わからない	

Q2：介護保険料の支払いについてどのように感じていますか。(〇は1つ)

- |             |               |              |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. 負担に感じない  | 2. あまり負担に感じない | 3. どちらとも言えない |
| 4. 多少負担を感じる | 5. かなり負担を感じる  | 6. わからない     |

Q3：介護保険料と介護保険サービスについて、どのように思われますか。(〇は1つ)

- |   |
|---|
| 1. 介護保険料が多少高くても、市内に入所施設やサービス事業所などが十分にあったほうがよい |
| 2. 介護保険料が高くなるなら、介護サービスを充実させる必要はない             |
| 3. 提供されるサービスを多少おさえても、介護保険料が低いほうがよい            |
| 4. わからない                                      |

Q4：流山市では、介護保険料について、所得に応じた負担をしていただくため11段階(13区分)の保険料段階を設けています。保険料段階のあり方について、あなたはどのようにお考えですか。(〇は1つ)

- |   |
|---|
| 1. 低所得者の負担を減らす配慮をするためには、高所得者の負担が増えるのはやむをえない |
| 2. 低所得者の負担を減らす配慮をするために、高所得者の負担を増やすのは好ましくない  |
| 3. どちらともいえない                                |

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。

まことに恐縮ですが、この調査票は、3月14日(金)までに同封の返信用封筒にて返送していただきますよう、よろしく願いいたします。