高齢化基本計画
一般世論調査：詳細な計画の作成

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

ニューヨーク州は現在、すべてのニューヨーク州民が、年齢にかかわらず、健康で、自由と尊厳、また自立性を持って充実した生活を送れるようにするための、戦略的な詳細計画を示す高齢化基本計画（Master Plan for Aging, MPA）の策定に取り組んでいます。このアンケート調査は、生活環境や、ケアおよびサービスへのニーズ、そしてニューヨーク州居住者がMPAで取り上げられることを望んでいる重点分野を理解することを目的としています。

アンケート調査で得られた回答は、MPAに含めるべき戦略、政策、新しいまたは改善されたプログラムに関する情報として役立てられます。このアンケート調査は、MPAが皆さまや皆さまのご家族にどのように最善のサービスを提供できるかを伝えていただくための機会となります。

できるだけ早く、遅くとも2023年12月31日までにアンケート調査に回答をお願いいたします。他の方が参加できるようあなたが代理でこのアンケート調査に回答することもできます。回答は無記名で提出されます。

MPAの詳細については、www.ny.gov/mpaをご覧ください。本調査に関するご質問についてはMPA@health.ny.govまでお問合せください。

1. あなたはこのアンケートに誰かの代理で回答していますか？

- ☐ いいえ、他の人の代理で回答していません
- ☐ はい、他の人の代理で回答しています（以降のすべての回答は、私自身ではなくその他の人についてのものです）

2. あなたの主な居住所であるニューヨーク州の郡を選択してください。1つにのみチェックを入れてください。

☐ Albany	☐ Dutchess	☐ Madison	☐ Putnam	☐ Sullivan
☐ Allegany	☐ Erie	☐ Monroe	☐ Queens	☐ Tioga
☐ Bronx	☐ Essex	☐ Montgomery	☐ Rensselaer	☐ Tompkins
☐ Broome	☐ Franklin	☐ Nassau	☐ Richmond	☐ Ulster
☐ Cattaraugus	☐ Fulton	☐ New York	☐ Rockland	☐ Warren
☐ Cayuga	☐ Genesee	☐ Niagara	☐ St. Lawrence	☐ Washington
☐ Chautauqua	☐ Greene	☐ Oneida	☐ Saratoga	☐ Wayne
☐ Chemung	☐ Hamilton	☐ Onondaga	☐ Schenectady	☐ Westchester
☐ Chenango	☐ Herkimer	☐ Ontario	☐ Schoharie	☐ Wyoming
☐ Clinton	☐ Jefferson	☐ Orange	☐ Schuyler	☐ Yates
☐ Columbia	☐ Kings	☐ Orleans	☐ Seneca	
☐ Cortland	☐ Lewis	☐ Oswego	☐ Steuben	
☐ Delaware	☐ Livingston	☐ Otsego	☐ Suffolk	

3. あなたの主な居住地域に当てはまるものはどれですか？（1つを選択してください）

- ☐ 都市部
- ☐ 郊外
- ☐ 地方、農村部

4. お住まいの地域では、交通機関の利用は困難ですか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

5. 上記の質問に「はい」と答えた場合、交通機関を利用することができない最大の理由は何ですか？

- ☐ 利用できる交通手段に関する知識がない
- ☐ 利用できる交通手段にアクセスするために必要なテクノロジー機器がない
- ☐ 交通手段がない
- ☐ ADA（米国障害者法）に準拠した交通手段がない
- ☐ スケジュール、路線、停留所などを含め、交通機関を調べることができない
- ☐ 交通費を支払うことができない
- ☐ 運転することができない
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____

6. あなたは身体障害、制約、移動に関する問題を持っていますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

7. 上記の質問に「はい」と回答した場合、その身体障害、制約、または移動に関する問題が、移動や外出を困難にしていると思いますか。

- ☐ ほとんどの場合でそうである
- ☐ ときどきの場合でそうである
- ☐ ほとんどの場合そうではない

8. 6の質問で、身体障害、制約、または移動に関する問題があると回答した場合、お住まいの地域はどのくらい交通の便が良いと思いますか？つまり、身体障害、制約、または移動に関する問題を持つ人が、どれくらい便利に自宅を出てサービス等を利用したり、地域社会に参加できると思いますか？

- ☐ 非常に便利で、地域の中で自立できていると思う
- ☐ だいたいは便利で、必要なことはほとんど自分ですることができると思う
- ☐ あまり便利ではなく、必要なことのほとんどは援助があればできるが、援助がなければ難しい
- ☐ まったく利用することができない

9. お住まいの地域において、差別（年齢や能力に基づく差別を含め）を受けることはありますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

10. 9の質問に「はい」と答えた場合、どのくらいの頻度で差別を経験しますか？

- ☐ 日常的に（週一度など）
- ☐ ときどき（年に数回など）
- ☐ まれに（散発的に数回経験した）

11. ニューヨーク州は、差別から十分に保護していると思いますか？ それとも州はもっと保護することができると思いますか？

- ☐ 適切な保護を提供している
- ☐ 州は保護しているが、もっとできることがある
- ☐ 州は十分に人々を差別から保護していない

12. あなたの居住環境に最も近いものを選択してください：

- ☐ 個人宅を所有
- ☐ 個人宅を賃貸
- ☐ 家族と同居
- ☐ 自立型高齢者住宅（コミュニティ）
- ☐ 支援住宅（サポーティブハウジング）、入居型介護施設
- ☐ 特別養護老人ホーム、特養介護施設
- ☐ その他のタイプの住宅環境（具体的に記入してください）

_____

13. 現在の住居費は生活の負担になっていますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ
- ☐ 該当しない

14. 経済的に食事や栄養面でのニーズを満たすことができていますか？

- ☐ はい、ニーズを満たすことができています
- ☐ いいえ、ニーズを自分で満たすことはできていませんが、援助や給付金を受けています（例えば、地域、教会、政府、家族などから）
- ☐ いいえ、自分のニーズを満たすことはできておらず、また援助や給付金も受けていません

15. 自分で食事や栄養面でのニーズを満たすことができず、また援助や給付金も受けていない場合、援助や給付金を受けていない理由は何ですか？

- ☐ 何が利用できるのかわからない
- ☐ 利用資格の基準を満たしていない
- ☐ いかなる援助も望まない
- ☐ 該当しない

16. 経済的に医薬品のニーズを満たすことができていますか？

- ☐ はい、ニーズを満たすことができています
- ☐ いいえ、ニーズを自分で満たすことはできていませんが、援助や給付金を受けています（例えば、地域、教会、政府、家族などから）
- ☐ いいえ、自分のニーズを満たすことはできておらず、また援助や給付金も受けていません
- ☐ 該当しない

17. 自分で医薬品のニーズを満たすことができず、また援助や給付金も受けていない場合、援助や給付金を受けていない理由は何ですか？

- ☐ どんな支援が利用できるのかわからない
- ☐ 支援をどこにどのように申請すればよいかわからない
- ☐ 利用資格の基準を満たしていない
- ☐ いかなる援助も望まない
- ☐ 該当しない

18. あなたの雇用状況はどのようなものですか？

- ☐ フルタイム就業者
- ☐ パートタイム就業者
- ☐ 失業・求職者
- ☐ 働くことができないため障害給付金を受給
- ☐ 退職者ー自身の選択による
- ☐ 退職者ー自身の意志によるものではない（例：病気などの問題、障害、事故、家庭環境などで）
- ☐ 学生
- ☐ 専業主婦/主夫

19. 退職したら今お住まいの地域を離れる予定ですか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

20.「はい」と回答した場合、退職後他の地域に移ろうと思っている最大の理由は何ですか？

- ☐ 経済的な理由
- ☐ 医療上の理由
- ☐ 気候
- ☐ 家族の所在
- ☐ 介護者の事情
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____

21. 家族、友人、地域の人々と、望んでいる頻度で話をしていますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

22. 家族、友人、地域の人々と、どのくらいの頻度で話をしていますか？

☐ 毎日

☐ 週に一度程度

☐ 月に一度程度

☐ 2～3か月に一度

☐ 年に一度、またはそれよりも少ない

☐ まったく話さない

23. 自宅にインターネットへのアクセスはありますか？

☐ はい

☐ いいえ

24. インターネットがない場合、それはなぜですか？

☐ インターネットにかかる費用が払えない

☐ 住んでいる地域ではインターネットが利用できない、または安定していない

☐ インターネットを望まない

25. 次のいずれかの活動で他の人を支援することに時間を費やすことは多いですか？
当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

☐ 家事

☐ 移動、送り迎え

☐ 食料品、洗面用品、衣料品、その他の必需品を含む買い物

☐ 食事の用意、調理

☐ 家計の管理

☐ 予定のスケジュールを立てる

☐ 医薬品の投与

☐ 衛生ケア

☐ テクノロジー機器、電子機器、通信機器の利用

☐ 芝生の手入れ、除雪、家のメンテナンスまたは修理

☐ 子どもやペットの世話

☐ 宗教的実践、趣味、その他の関心事の継続のサポート

☐ 言語通訳・翻訳

☐ 緊急事態での支援

☐ 上記のいずれについても他人を支援していない、または支援することができない

☐ その他（具体的にご記入ください）_____

26. 25の質問であなたが誰かに支援を提供している場合、誰にその支援を提供していますか？ 当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- ☐ 家族
- ☐ 友人
- ☐ 地域住民
- ☐ 職場の同僚

27. 25の質問であなたが誰かに支援を提供している場合、その支援を提供している主な理由は何ですか？ 当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- ☐ 支援している人に疾患がある
- ☐ 支援している人に身体的制約がある
- ☐ 支援している人は精神障害、行動障害、薬物使用問題を持っている
- ☐ 支援している人に上記のような制約はないが、現在手に負えない状況を抱えている（例えば、育児、テクノロジーや電子機器を操作できない、など）

28. 25の質問であなたが誰かに支援を提供している場合、どのくらいの頻度でその支援を提供していますか？

- ☐ 平均で週30時間以上
- ☐ 平均で週15～30時間
- ☐ 平均で週7～14時間
- ☐ 平均で週7時間未満

29. 25の質問であなたが誰かに支援を提供している場合、その支援のための援助が必要ですか？ その援助は、金銭的援助、プログラムによる援助、その他のサポートである場合があります。

- ☐ はい
- ☐ いいえ
- ☐ 該当しない

30. 次の活動のいずれかについて、他の人から援助を受けていますか? 当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- ☐ 家事
- ☐ 移動、送り迎え
- ☐ 食料品、洗面用品、衣料品、その他の必需品を含む買い物
- ☐ 食事の用意、調理
- ☐ 家計の管理
- ☐ 予定のスケジュールを立てる
- ☐ 医薬品の投与
- ☐ 衛生ケア
- ☐ テクノロジー機器、電子機器、通信機器の利用
- ☐ 芝生の手入れ、除雪、家のメンテナンスまたは修理
- ☐ 子どもやペットの世話
- ☐ 宗教的実践、趣味、その他関心事の継続
- ☐ 言語通訳・翻訳
- ☐ 緊急時のニーズ
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____
- ☐ 該当しない

31. 30の質問で選択された作業のいずれかについて誰かから支援を受けている場合、その日常的な支援を提供している人は誰ですか？（当てはまるものをすべてチェックしてください）

- ☐ 家族
- ☐ 友人
- ☐ 地域住民
- ☐ 職場の同僚
- ☐ 報酬を支払っているスタッフ

32. 他の人から支援を受けている場合、どのくらいの頻度でその支援を受けていますか?

- ☐ 平均で週30時間以上
- ☐ 平均で週15～30時間
- ☐ 平均で週7～14時間
- ☐ 平均で週7時間未満

33. 地域の中で自立し、健康で、つながりを保つための最大の課題はどのようなものであると思いますか？次の中から5つまで選択してください。

- ☐ 住んでいる地域でどのようなサービスが利用できるかわからない
- ☐ 自分にどのような公的給付を受ける資格があるのかわからない、またはその公的給付を受ける方法がわからない（例えば、「補助的栄養支援プログラム（Supplemental Nutrition Assistance Program、SNAP）」、「家庭エネルギー支援プログラム（Home Energy Assistance Program、HEAP）」など）
- ☐ サービスや福利厚生の資格基準を満たしていない
- ☐ 必要なサービスのためのスタッフが見つからない、または雇用できない
- ☐ 利用できる地域サービスが自分のニーズを満たしていない
- ☐ 住宅費を支払うことができがない
- ☐ インターネットまたはブロードバンドへのアクセスに制限がある、まったくアクセスがない
- ☐ 携帯電話、タブレット、パソコンを持っていない
- ☐ テクノロジーの使い方がよくわからない
- ☐ 地域におけるサービス提供者や専門家が私の使用言語を話さない、または私の文化を理解していない
- ☐ 私が住む地域のサービス提供者や専門家を信頼できない
- ☐ 私の自宅または地域は物理的にアクセスが困難である（例：手すり、スロープ、強化された照明、歩道がない、駐車場がない、身体障害者対応の施設またはスペースがない、など）
- ☐ 病院用ベッド、車椅子、歩行器、杖、便器、補聴器、眼鏡などの適応型または医療器具・機器が必要だがそれらを持っていない
- ☐ 家の修理、庭仕事、除雪などの手伝いが必要だが、手伝いが得られない
- ☐ 行きたい場所に行くことができない（交通手段を見つけることが難しいため外出が困難である、など）
- ☐ 身体的制約や移動が困難であり、家から出ることが難しい
- ☐ 処方薬や医療費が高すぎる
- ☐ 他の人に自分の意思決定を依存している
- ☐ 医療提供者と福祉サービス提供者間の調整・コミュニケーションが不足している
- ☐ 自分の年齢により、他の人と異なる扱いを受けている
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____
- ☐ 私は地域の中で自立しており、健康で、つながりを保つのに困難はないと思う。

34. あなたの知る限りで、お住まいの地域のすべての地域住民、特に高齢者や知的障害者または発達障害者を持つ人にとって、最もアクセスしにくい福利厚生やサービスは次のうちどれですか？（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 医療
- ☐ 一般的な家事援助、買い物、洗濯、食事の準備、家計の管理など
- ☐ 入浴、着替え、身だしなみ、トイレの介助、移動に対する援助、服薬指導など
- ☐ 家の軽微な改造・修理
- ☐ 公的扶助や給付金の受給支援
- ☐ 食事の配達や、食事計画および準備の支援
- ☐ 虐待の防止と介入（例：虐待を特定、報告、対応するメカニズム）
- ☐ 精神障害や行動障害を持つ人に対するサービスと治療
- ☐ 薬物使用障害を持つ人に対するサービスと治療
- ☐ 知的障害および発達障害のある人に対するサービスと治療
- ☐ アルツハイマー病などの認知症患者に対するサービスと治療
- ☐ 慢性疾患の患者の自己管理
- ☐ 治療サービス（作業療法、身体療法、言語療法など）
- ☐ 透析治療
- ☐ 移動、送り迎え
- ☐ 交流の機会
- ☐ ケアのコーディネート、ケースマネジメントサービス
- ☐ 施設ベースの長期介護（例：老人ホーム、成人介護施設、介護付き住宅、ファミリータイプホーム、など）
- ☐ 統合と独立を促進する地域ベースの各種サービス
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____

35. 高齢化基本計画であなたが優先的な取り組みを望む最も重要な分野は何ですか？ 次の中から5つまで選択してください。

- ☐ 住居
- ☐ 地域の中で他の人と関わる機会（例：趣味や興味、ボランティア活動、権利擁護活動、投票などを交流して楽しめるようにすること、など）
- ☐ 精神障害、行動障害
- ☐ 薬物使用障害
- ☐ 知的障害および発達障害
- ☐ アルツハイマー病などの認知症
- ☐ 虐待の予防と介入（経済的搾取、身体的・性的・精神的・言葉による虐待やネグレクトを含む）

（次ページに続く）

- ☐ テクノロジーやテクノロジーの安全管理の充実
- ☐ 移動、送り迎え
- ☐ 施設ベースの長期介護サービスやサポート体制
- ☐ 地域サービスの選択肢の拡大
- ☐ ケアのコーディネート、ケースマネジメントサービス
- ☐ 在宅介護サービスを受ける人に支援を提供する有給の介護者や専門家（例：在宅医療補助者、パーソナルケア補助者、施設やプログラムなどのスタッフ、自主サービスで報酬を得る家族や友人などを含む労働力の採用および確保）
- ☐ 日常生活活動を支援する家族、友人、隣人、その他の無給の介護者に対するサポートおよび給付金の提供
- ☐ 食事の配達や、食事計画および準備の支援
- ☐ 公的給付プログラム（例：補足栄養支援プログラム（SNAP）、家庭エネルギー支援プログラム（HEAP）など）を通じた財政援助および補助サービスの資格基準の拡大
- ☐ 気候変動（例：猛暑、洪水など）
- ☐ 年齢差別と障害者差別の防止
- ☐ その他（具体的にご記入ください）_____
- ☐ 高齢化基本計画に優先分野はないと思う。

人口統計上の質問（回答は任意です）

1. あなたの年齢層はどれですか？

- ☐ 18歳未満
- ☐ 18～24歳
- ☐ 25～35歳
- ☐ 36～49歳
- ☐ 50～64歳
- ☐ 65～74歳
- ☐ 75～84歳
- ☐ 85歳以上

2. あなたの人種は何ですか？

- ☐ 白人（中近東および北アフリカを含む）
- ☐ 黒人またはアフリカ系アメリカ人
- ☐ ヒスパニック系
- ☐ アジア系
- ☐ ネイティブアメリカンまたはアラスカ先住民
- ☐ ハワイ先住民または他の太平洋諸島民
- ☐ ２つ以上の人種である、または別の方法で自分の人種を特定している（具体的にご記入ください）

_____

3. あなたの性的指向は何ですか？

- ☐ ストレートまたはヘテロセクシャル
- ☐ ゲイ
- ☐ レズビアン
- ☐ バイセクシャル
- ☐ クイア
- ☐ パンセクシャル
- ☐ アセクシャル
- ☐ 回答したくない
- ☐ 不明/疑問がある/わからない
- ☐ 上記に含まれていない（具体的にご記入ください）_____

4. 現在自認する性別

- ☐ 女性
- ☐ 男性
- ☐ トランスジェンダーの女性
- ☐ トランスジェンダーの男性
- ☐ ジェンダーノンコンフォーミング
- ☐ ノンバイナリー
- ☐ ジェンダーX（どちらにもあてはまらない）
- ☐ 回答したくない
- ☐ 不明/疑問がある/わからない
- ☐ 上記に含まれていない（具体的にご記入ください）_____

5. 生まれた時の性別

- ☐ 女性
- ☐ 男性
- ☐ インターセックス
- ☐ 回答を希望しない

アンケートにご協力いただきありがとうございます。いただいた回答は、高齢化基本計画が皆さまや皆さまのご家族にとって最も役立つ方法を判断するために役立てます。お住まいの地域の高齢者向け長期的サービスおよびサポートについては、NY Connects（**www.nyconnects.ny.gov**）または電話番号**800-342-9871**までお問い合わせください。

なお、高齢者虐待および差別に関する質問への回答は、心情的に困難であったかもしれないことを私たちは認識しています。あなた自身やあなたの大切な人が高齢者虐待を受けたり目撃したりした場合には、ニューヨーク州成人保護サービス局（APS）ヘルプライン（**1-844-697-3505**）まで被害を届け出ることができます（希望する場合は匿名も可）。また、以下のリンク先に掲載されている連絡先を確認し、お住まいの地域のAPSのオフィスに連絡することもできます：**https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**。

紙のアンケートをご希望の場合は、以下までお問い合わせください：

The Master Plan for Aging Team
New York State Department of Health
Office of Aging and Long Term Care
875 Central Avenue
Albany, NY 12206