

資料を使用した調査票

西東京市高齢者保健福祉計画策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市にお住まいの65歳以上の方の中から、無作為に3,000人を選び、お聴きいただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中 2. 福祉施設入所中 3. 転居 4. その他〔 〕

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。
記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までにご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042（438）4028（直通）
（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。（1つに○）

1. あてご本人 2. あてご本人の家族 3. その他〔 〕

あなた（あてご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あてご本人のことです。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた（あてご本人）の性別をお答えください。（1つに○）

1. 男性 2. 女性

問3 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

〔 〕 歳

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。（1つに○）

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。（1つに○）

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. 一戸建ての持ち家 | 6. 社宅・官舎 |
| 2. 一戸建ての借家 | 7. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅） |
| 3. 分譲マンション | 8. その他〔 〕 |
| 4. 民間賃貸アパート・マンション | |
| 5. 公的賃貸住宅（都営・市営、公団、公社） | |

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| | 3. 息子・娘 |
| | 4. 息子・娘の配偶者 |
| | 5. 親 |
| | 6. 孫・ひ孫 |
| | 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 |
| | 8. その他〔 〕 |

ひとり暮らしでない方は、
同居している方すべてに○

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。

同居の方は、皆さん65歳以上ですか。（1つに○）

1. はい 2. いいえ

問7 平日の日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

1. ひとりであることが多い 2. ひとりであることは少ない

日ごろの生活についておたずねします

問8 あなた(あて各ご本人)は、外出の機会がどれだけありますか。次の目的別にお答えください。(それぞれ1つに○)

	1 ほぼ毎日	2 程度1日おき	3 程度2日おき	4 程度1週に1日	5 11日か程度に1回	6 外出しない
①仕事	1	2	3	4	5	6
②買い物	1	2	3	4	5	6
③友人・知人とのおしゃべり	1	2	3	4	5	6
④趣味活動	1	2	3	4	5	6
⑤体操(運動・スポーツ)	1	2	3	4	5	6
⑥ボランティア活動	1	2	3	4	5	6
⑦町内会、自治会活動	1	2	3	4	5	6
⑧通院やリハビリ	1	2	3	4	5	6
⑨その他〔 〕	1	2	3	4	5	6

付問 あなたが外出するときに主に利用している交通手段は次のどれですか。(いくつでも○)

1. 自家用車 3. バス 5. 介護タクシー
2. 電車 4. 一般のタクシー 6. その他〔 〕

問9 西東京市で生活を続けるために必要な、交通や移動手段について、どのようなことを望みますか。(3つまで○)

1. 路線バス・はなバスの本数を増やしてほしい
2. バス停がもっと家の近くにあるとよい
3. バス停に、屋根をつけたりベンチを置いてほしい
4. バスの乗り降りをもっと楽にできるようにしてほしい
5. 通院などで気軽に使える送迎サービスがあるとうよい
6. まちなかで車椅子、電動カートなどを貸出してほしい
7. その他〔 〕
8. 特にない

問10 あなたは、日常生活の中で困ったことがありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問へ 2. ない

付問 問10で「1」と回答した方におたずねします。

日常生活の中で困ったことは次のうちどれですか。(3つまで○)

1. 外出の際の移動手段 8. 掃除
2. 税金の支払や公共機関の手続き 9. 洗濯
3. 財産やお金の管理 10. 炊事
4. 日々の買物 11. 電化製品の扱い方
5. 日々のごみ出し 12. トイレ
6. 家具の移動 13. 入浴
7. 庭の手入れ 14. その他〔 〕

問11 あなたは、日常生活の中で困りごとがあったとき、どこに(誰に)相談しますか。(いくつでも○)

1. 親戚 8. ケアマネジャー
2. 家族 9. 社会福祉協議会職員
3. 近所の人 10. 民生委員・児童委員
4. 友人・知人 11. 病院の医師・ケースワーカー・看護師など
5. 市の保健福祉窓口職員 12. 地域包括支援センターの職員
6. ホームヘルパーなど 13. その他〔 〕
7. 訪問看護師 14. 相談できる人がいない

問12 あなたが日常生活を送る上で不自由な状態になったとき、安心して暮らしていくため、どのような生活支援サービスがあったらいいですか。(いくつでも○)

1. 安否確認 6. 話し相手や相談相手
2. 買物やごみ出し 7. 緊急時の手助け
3. 食事の提供 8. その他〔 〕
4. 掃除・洗濯などの家事援助
5. 通院や外出の手助け 9. 特にない

問13 あなたは、日ごろ、隣近所との程度のお付き合いをしていますか。(1つに○)

1. お茶飲みや手助けなど、家族同様に、頻繁に家の中まで行き来している
2. 玄関先での簡単な頼みごとや、もの貸し借りなど、気軽に助け合っている
3. 外で会うと、世間話や情報交換など、よく立ち話をする程度の付き合いである
4. 顔を合わせると、挨拶をしあう程度の付き合いである
5. 町内会等の集まりで顔を合わせる程度であり、ほとんど話したことがない ⇒付問へ
6. 顔も良くかわからず、ほとんど付き合いがない

付問 問13で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。

その理由は、次のうちどれですか。(いくつでも○)

1. 仕事や家事で忙しく時間がなから 5. 気の合う人・話の合う人が近くにいないから
2. 引越してきて間もないから
3. 心だん付き合いの機会がないから 6. あまりかわわりを持ちたくないから
4. 同世代の人が近くにいないから 7. その他〔 〕

問14 あなたは、隣近所には、認知症や閉じこもりなど、無事に生活が送れているかどうか心配な高齢者がいますか。(1つに○)

1. いる ⇒付問へ 2. いない 3. わからない

付問 問14で「1」と回答した方におたずねします。

あなたは、その高齢者をどのように見守っていますか。(いくつでも)

1. 機会をみて、高齢者宅を訪問し、声かけを行っている
2. 高齢者宅の隣近所の住民に様子を聞いている
3. 郵便受けの新聞・配達物や電気の点検確認など、さりげなく見守っている
4. 地域の集いの場や定期的なサロンなどへの参加状況を把握している
5. 地域住民による見守りのネットワークを形成し、見守りと情報共有を行っている
6. 民生委員や地域包括支援センター、市役所などと情報交換を行っている
7. その他()
8. 特に何もしていない

問15 次のような活動のうち、あなたができると思うものは次のどれですか。

(いくつでも)

1. 高齢者の見守りや高齢者への声かけ、安否確認
2. 高齢者の話し相手
3. 高齢者宅のこみ出しの手伝い
4. 高齢者宅の買物の手伝いなど
5. 高齢者宅で、電球等簡単な器具の取替えや雪かきなど
6. 高齢者施設の行事の手伝い
7. 高齢者施設の洗濯物たみの手伝い
8. 医療機関通院時の手伝い(付き添い)
9. 上記のどれも参加は難しい
10. 現段階としてはなんとも言えない
11. その他の方法で参加できる()

医療の状況についておたずねします

問16 現在の医療機関の受診状況についておたずねします。あなた(あて名ご本人)は、治療中の病気がありますか。(1つに○)

1. ある	2. ない
-------	-------

問17 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。
※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

1. いる	2. いない	3. わからない
-------	--------	----------

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

1. いる	2. いない	3. わからない
-------	--------	----------

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1. ある	2. ない	3. わからない
-------	-------	----------

問18 あなたは、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師による次の在宅医療(患者さんの住まいに訪問して行う医療)の取り組みを知っていますか。(ア～カそれぞれ1つに○)

	1. 名称も内容も知っている	2. 名称は聞いたことがある	3. はじめて聞いた
【医師】			
ア 訪問診療*1	1	2	3
イ 住診*2	1	2	3
ウ 看取り	1	2	3
【歯科医師】			
エ 訪問歯科診療*3	1	2	3
【薬剤師】			
オ 訪問薬剤管理指導*4	1	2	3
【訪問看護師】			
カ 訪問看護*5	1	2	3

※1 訪問診療：医師が定期的かつ計画的に患者の自宅を訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談・指導等を行います。

※2 住診：患者の要請を受けて、医師がその都度、患者の自宅を訪問して診療を行います。

※3 訪問歯科診療：歯科診療所に通院できない方に対し、歯科医師、歯科衛生士が自宅や介護施設等に訪問し、歯科診療や口腔ケアを行います。

※4 訪問薬剤管理指導：在宅で療養し、通院することが困難な人に対して、医師の指示に基づき、保健薬剤師(保険調剤を行う薬剤師)が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行います。

※5 訪問看護：看護師等が自宅へ訪問し、看護ケアを提供することで自立への援助を促し、療養生活を支援します。

問19 あなたは、脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期療養が必要になった場合、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

1. 自宅	⇒付問1へ
2. 子供、親族の家	
3. 高齢者向けのケア住宅	
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設	
5. 病院などの医療施設	
6. その他()	⇒付問2へ
7. わからない	

付問1 問19で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う ⇒付問2へ
2. 可能だと思う
3. その他()
4. わからない

付問2 問19で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

1. 家族や親族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族や親族がいないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がいないから
5. 訪問してくれる看護師がいないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔 〕

問20 あなたが、人生の最期を迎えたい場所はどこですか。(1つに○)

1. 自宅
2. 子ども、親族の家
3. 高齢者向けのケア住宅
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設
5. 病院などの医療施設
6. その他〔 〕
7. わからない

⇒付問1へ

⇒付問2へ

付問1 問20で「1」「2」と回答した方におたずねします。
あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う ⇒付問2へ
2. 可能だと思う
3. その他〔 〕
4. わからない

付問2 問20で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

1. 家族や親族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族や親族がいないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がいないから
5. 訪問してくれる看護師がいないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔 〕

問21 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。(1つに○)

1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい
2. 延命治療よりも苦痛をやらわらせる緩和的治療をしてほしい
3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
4. その他〔 〕
5. わからない

問22 問19から問21までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。(1つに○)

1. 伝えている ⇒付問1へ
2. 伝えていない ⇒付問2へ
3. その他〔 〕

付問1 問22で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。(いくつでも○)

1. 口頭で
2. 私的なメモで
3. 遺言などで
4. 終活ノート(エンディングノート)で
5. その他〔 〕

付問2 問22で「2」と回答した方におたずねします。
自分の希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでも○)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他〔 〕

問23 西東京市では、在宅療養を実現するための一つの方法として、医師会と連携して「在宅療養後方支援病床確保事業※」に取り組んでいます。

※事前に登録しておけば、かかりつけ医を通じて「ご本人の体調が変化したとき」「お世話をしてくれるご家族の急な用事」などのいざというときに、市内の受け入れ病院(後方支援病院)に確保してあるベッドに速やかに入院できる事業です。

(1) あなたは、「在宅療養後方支援病床確保事業」をご存知ですか。(1つに○)

1. 名称も内容も知っている
2. 名称は聞いたことがある
3. はじめて聞いた

(2) あなたは、このような在宅療養を実現するための取り組みを、市は積極的に進めるべきだと思いますか。(1つに○)

1. 進めるべきである
2. 進めるべきでない ⇒付問へ
3. わからない

付問 問23(2)で「2」と回答した方におたずねします。
その理由をご記入ください。

これからの住まい方についておたずねします

問24 あなた(あて名ご本人)は、現在のお住まいを建て替えたり、リフォームをした
りして住む予定はありますか。(1つに○)

1. 建て替えやリフォームを予定である
2. 建て替えやリフォームの必要がない(できない)ため、現在の住まいで住み続ける予定である
3. 建て替えやリフォームは金銭的に難しいため、現在の住まいで住み続ける予定である
4. 別の住宅を求めて住み替えるつもりである
5. その他〔 〕
6. 特に考えていない

問25 あなたが、住み替えをすとしたら、課題となることは何ですか。(いくつでも○)

1. 転居費用が準備できないこと
2. 保証人がいないこと
3. 今の住宅の取り扱い(売却)
4. 今の住宅のローンの支払い負担
5. 自分や家族の高齢を理由に入居を断られること
6. 家族の同意が得にくいこと
7. 希望の条件(価格、間取りなど)にあう物件がないこと
8. 緊急連絡先がないこと
9. 住み慣れた地域を離れること
10. 近所付き合いがなくなること
11. 気の合う仲間とはなれること
12. 主治医のところに通いつらくなること
13. その他〔 〕
14. 特にない

生きがいについておたずねします

問26 あなた(あて名ご本人)が現在継続して行っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 働くこと
2. 文章を書くこと
3. 旅行すること
4. 買い物に出かけること
5. 家族・親族とのふれあい
6. 家族の介護
7. 近所との付き合い
8. 公民館等での活動
9. 福祉会館・老人福祉センターでの活動
10. スポーツ活動
11. ボランティア活動
12. 個人、家族、趣味の会などの仲間内の活動
13. 町内会、自治会の活動
14. 高齢者クラブ活動
15. 社会福祉協議会の活動
16. その他〔 〕
17. 特にない

問27 あなたが今後、行いたいことは何ですか。(いくつでも○)

1. 働くこと
2. 文章を書くこと
3. 旅行すること
4. 買い物に出かけること
5. 家族・親族とのふれあい
6. 家族の介護
7. 近所との付き合い
8. 公民館等での活動
9. 福祉会館・老人福祉センターでの活動
10. スポーツ活動
11. ボランティア活動
12. 個人、家族、趣味の会などの仲間内の活動
13. 町内会、自治会の活動
14. 高齢者クラブ活動
15. 社会福祉協議会の活動
16. その他〔 〕
17. 特にない

問28 あなたが、高齢者の生きがいづくりで、今後、西東京市に特に力を入れてほしいものは何ですか。(3つまで○)

1. 老人福祉センター・福祉会館の充実
2. 高齢者スポーツ活動の充実
3. 高齢者文化・教養活動の充実
4. 高齢者クラブの育成
5. 共通の趣味や反たちをつくる場の紹介
6. ボランティア活動の紹介
7. パソコン教室の実施
8. 就労機会の拡大
9. その他〔 〕
10. 特にない

健康管理についておたずねします

問29 あなた(あて名ご本人)の健康状態は次のどれに該当しますか。(1つに○)

1. 健康である
2. おおむね健康である
3. 病気がちだが、寝ていることは少ない
4. 病気がちで、寝ていることが多い
5. 病気で、ほとんど寝たきりである
6. その他〔 〕

問 30 あなたのふだんの朝・昼・夜の食事は、自炊・手料理、中食*、夕食のどれになることが多いですか。(それぞれ1つに○)

	1. 自炊・手料理	2. 中食	3. 夕食
①朝	1	2	3
②昼	1	2	3
③夜	1	2	3

*家庭外で調理されたものを、購入もしくは配達等によって、家庭内で食べる食事形態のこと(冷凍食品、カップラーメンなどのインスタント食品を含む)。

問 31 あなたは、ふだんどなたかと一緒に食事をする機会がありますか。(1つに○)

1. 1日1回以上	3. 月1回以上
2. 週1回以上	4. ほとんどない

問 32 あなたは、ふだん体調を維持するためにに行っていることはありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問1. 2へ	2. ない
----------------	-------

付問 1 問32で「1」と回答した方におたずねします。

あなたがふだん体調を維持するためにに行っていることは何ですか。

(いくつでも○)

1. 定期的に運動している]
2. 食生活や食事のバランスなどに気をつけ、よくかんで食べている	
3. 規則正しい生活をするように心がけている	
4. 病気の予防法などについて、テレビ・本・講演会などを利用して知識を深めている	
5. かかりつけの医師・歯科医師に、健康チェックをしてもらうようにしている	
6. 趣味活動などを行い、ストレスをためないようにしている	
7. その他()	

付問 2 問32で「1」と回答した方におたずねします。

あなたは、介護を必要としない健康な生活を送るために、または介護が必要な状態を悪化させないために、市から支援してほしいと思うことはありますか。(いくつでも○)

1. 広報や健康教室などによる情報や知識の提供]
2. 介護予防に関する相談窓口の充実	
3. 自身の機能に関する健康診断の実施	
4. 介護予防のための教室・講演会などの開催	
5. ささまざまな趣味・余暇活動や地域活動などの場所や機会の提供	
6. 健康体操などの場所や機会の提供	
7. 栄養や口腔に関する情報や知識の提供	
8. その他()	
9. 持たない	

問 33 スポーツ施設などの利用状況についておたずねします。

(1) 健康維持のために、以下のような場所(施設)を利用していますか。(いくつでも○)

1. 市立のスポーツセンター・体育館]
2. 公民館	
3. 民間のスポーツジム・カルチャーセンター	
4. 公園・緑道等の屋外	
5. 福祉会館・老人福祉センター	
6. その他()	
7. 一つもない	

(2) 健康維持のために、今後利用する(したい)場所(施設)はどこですか。

(いくつでも○)

1. 市立のスポーツセンター・体育館]
2. 公民館	
3. 民間のスポーツジム・カルチャーセンター	
4. 公園・緑道等の屋外	
5. 福祉会館・老人福祉センター	
6. その他()	
7. 持たない	

介護予防についておたずねします

問 34 あなた(あて名ご本人)は、平成28年4月より始めた「介護予防・日常生活支援総合事業*」をご存知ですか。(1つに○)

*介護保険サービスのうち、全国一律のサービスであった介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、地域の実情に合わせて区市町村が取り組む事業に移行するとともに、一般介護予防事業も充実させることで、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的として実施する事業。

1. 名称も内容も知っている	2. 名称は聞いたことがある	3. はじめて聞いた
----------------	----------------	------------

問 35 あなたは、日常生活を送るために、家族以外の人からの介護や手助けが必要になった場合、次の(1)～(3)のサービスについて、どのような内容のサービスを受けたいですか。

(1) 自宅でトイレやお風呂の介助などの介護を受けるサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい]
2. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい	
3. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい	
4. わからない	

(2) 自宅で掃除・調理・洗濯などを手伝ってもらうサービス (1つに○)

1. 料金をこたわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい
3. わからない

(3) デイサービスなどに通い、食事や入浴、衰えた運動能力の回復や口の中のケアなどを行うサービス (1つに○)

1. 料金をこたわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. 介護の専門家によるサービスにこだわらないので、料金が安いなら、NPOや民間団体等からサービスを受けたい
3. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい
4. あまりお金をかけずに、住民主体のサロンや運動・交流の場でサービスを受けたい
5. わからない

問 36 あなたは、今後西東京市が取り組む介護保険・保健福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきとお考えですか。(5つまで○)

1. 介護が必要な状態にならないための予防に関する事業
2. 住民が身近な場で主体的に取り組むことができる介護予防活動
3. 在宅での介護を支援する、ホームヘルパーの派遣や入浴などのサービス
4. 在宅で介護を受ける方のための通所で行うデイサービス
5. 健康診査・がん検診などの保健サービス
6. 機能訓練・訪問指導・相談など、健康維持のためのサービス
7. 老人ホームなど、常時介護が必要な方のための入所施設
8. 介護を必要とする方を短期間お預かりする短期入所施設 (ショートステイ)
9. 見守りが必要な人のための生活支援型住宅 (サービス付き高齢者向け住宅等)
10. 地域包括支援センターなど、身近なところで相談などを行うための入所施設
11. 介護老人保健施設 (老人保健施設) など、リハビリなどを行うための入所施設
12. 福祉会館など、健康の推進や趣味・教養向上のための施設
13. 住診やかかりつけ医・歯科医、訪問看護など、医療の充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. 趣味や教育の向上、生きがい対策など気軽に参加できる催し物・講座等の充実
16. ボランティアなど、高齢者の地域活動参加の促進や支援
17. 住民同士の支え合いを促進する、ボランティアポイント制度などの新しい仕組みの構築
18. 高齢者の就労支援
19. 認知症高齢者やその家族の支援
20. 認知症などで、判断能力が低下した方の財産保全等権利擁護に関する取り組み
21. その他 []

問 37 福祉に関する情報などを、どのような方法で知りたいと思えますか (なお、この設問の選択肢には現在行われていないサービスも含まれています)。

(いくつでも○)

1. 市の相談窓口
2. 地域包括支援センター
3. 民生委員・児童委員
4. 市報などのお知らせ
5. 市のホームページ
6. その他のホームページ []
7. 公民館や福祉会館など施設の掲示板
8. 町内の回覧板などのお知らせ
9. 老人会などの出張相談・説明会
10. 福祉の便利帳の定期配布
11. 社会福祉協議会
12. その他 []

認知症や権利擁護についておたずねします

問 38 あなた (あて名ご本人) は、周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ

問 39 現在、あなたは認知症に対する不安はありますか。(1つに○)

1. ある
2. 少しある
3. あまりない
4. ない

問 40 将来、もしも認知症状態になった場合、心配なことは何ですか。(1つに○)

1. 財産管理
2. 世話をしてくれる人がいない
3. 家族の負担が増える
4. 介護サービスが受けられるか心配
5. 心配なことがない
6. その他 []

問 41 あなた自身や家族が物忘れや認知症になった場合の相談先はありますか。(いくつでも○)

1. 家族・親族
2. 友人
3. かかりつけ医
4. 認知症の専門医
5. 地域包括支援センター
6. その他 []
7. 誰にも相談しない
8. 相談先がわからない
9. 相談先がない

問 42 あなたは、認知症予防に関心がありますか。(1つに○)

1. 関心がある
2. 少し関心がある
3. あまり関心がない
4. 関心がない

問 43 あなたが、認知症予防のために取り組んでいることや気をつけていることはありますか。(いくつでも○)

1. 定期的に運動している
2. 新聞や本を読んだり、ゲームやパズルなどをしていて
3. 人と会ったり、話す機会を持つようにしている
4. バランスのとれた食生活を心がけている
5. 十分な睡眠をとるようにしている
6. 社会参加・趣味活動に参加している
7. 外出するようにしている
8. タバコやお酒を控えている
9. くよくよしないよう明るく生活を送るように心がけている
10. その他 []

問 44 あなたのお住まいの地域に、認知症であるために困っている方がいた場合は、何かしらのお手伝いをしたいと思いますか。(1つに○)

1. したい
2. したくない ⇒付問へ

付問 問44で「2」と回答した方におたずねします。

「したくない」理由はなんですか。(いくつでも)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 認知症についてよくわからないから | 4. 対応に時間がかかりそうだから |
| 2. 認知症の人にかかわりたくないから | 5. 犯罪に巻き込まれる可能性があるから |
| 3. どこに相談すればよいかわからないから | 6. その他〔 〕 |

問45 西東京市のホームページに掲載されている認知症簡易チャットサイトを知っていますか。(1つに○)

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

問46 現在、西東京市では、認知症の正しい知識をもち、認知症の人や家族を応援しながら、暮らしやすいまちづくりを行うボランティア「認知症サポーター」を一人でも増やそう、という運動をしています。このような「認知症サポーター」の制度について、あなたは知っていますか。(1つに○)

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. よく知っている | 3. 聞いたことはあるが、あまり知らない |
| 2. ある程度知っている | 4. 全く知らない |

問47 「認知症サポーター」の制度について、あなたは関心がありますか。(1つに○)

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 関心がある | 3. あまり関心がない |
| 2. 少し関心がある | 4. 関心がない |

412 問48 認知症になっても暮らしていきけるようにするために、まちにどのような仕組みがあるとよいと思いますか。(いくつでも)

- | | |
|---|--|
| 1. 認知症のケアに詳しい専門家が增多るとよい | |
| 2. 近所ぐるみで、こみ出しや掃除など、生活を支える仕組みをつくるとよい | |
| 3. 地域の商店などが、高齢者の外出などを見守る仕組みをつくるとよい | |
| 4. 警察、消防などが、緊急時に対応できる仕組みがあるとよい | |
| 5. 悪質商法などから高齢者を守る、権利擁護の仕組みが広まるとよい | |
| 6. 介護する家族を支援する、相談窓口が充実するとよい | |
| 7. 認知症の高齢者が生活できるグループホームが、充実するとよい | |
| 8. 地域の中に、「通い」や「泊まり」など、さまざまなサービスが受けられる場所があるとよい | |
| 9. その他〔 〕 | |
| 10. 特にない | |

高齢者虐待についておたずねします

問49 以下の中で、あなた(あて名ご本人)が高齢者虐待だと思うことは何ですか。(いくつでも)

- | | |
|--|--|
| 1. 身体に外傷が生じ、または生じる恐れのある暴力を加えること | |
| 2. 衰弱させるような著しい減食、または長時間の放置その他擁護すべき義務を著しく怠ること | |
| 3. 著しい暴言、または著しく拒絶的な対応その他著しい心理的外傷を与える言動を行うこと | |
| 4. わいせつな行為をすること、またはさせること | |
| 5. 財産を不当に処分すること、その他高齢者から不当に財産上の利益を得ること | |
| 6. その他〔 〕 | |

問50 あなたは今までに、高齢者虐待と疑われる状況を見たり、気づいたりしたことがありますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

問51 高齢者虐待に気づいたときの通報先または相談先を知っていますか。(1つに○)

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

問52 高齢者虐待が起きる理由や背景はどのようなことだと思えますか。(いくつでも)

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. 介護をする家族が介護に疲れ、ストレスがたまるから | |
| 2. 介護を受ける側が介護者に過大な要求をするから | |
| 3. 介護をする側が暴力で問題を解決しようとするから | |
| 4. 高齢者や若いに対する理解が不足しているから | |
| 5. 認知症の症状に対する理解が不足しているから | |
| 6. 高齢者虐待に対する理解や社会的認識が不足しているから | |
| 7. 対応する専門機関がどのようなところかわからないから | |
| 8. 家族や親戚が高齢者の介護に無関心だから | |
| 9. 地域の人々が高齢者の介護に無関心だから | |
| 10. その他〔 〕 | |
| 11. わからない | |

介護の経験についておたずねします

問53 あなた(あて名ご本人)が中心になって介護をしている両親や親せきの方などはいますか。(1つに○)

- | | |
|---------------|--------|
| 1. いる ⇒付問1、2へ | 2. いない |
|---------------|--------|

付問1 問53で「1」と回答した方におたずねします。どのような形で介護をしていますか。(1つに○)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. 一緒に暮らしながら介護をしている | |
| 2. 別世帯で暮らしているが、訪問して介護をしている | |
| 3. 施設に入居させている(具体的な施設形態: 〕 | |
| 4. その他〔 〕 | |

付問2 問53で「1」と回答した方におたずねします。

介護をするうえで困っていることはありませんか。(いくつでも〇)

1. 十分な睡眠時間が確保できない
2. 希望するサービスが受けられない
3. 精神的に疲れ、ストレスがたまる
4. 肉体的に疲れる
5. 自分の自由な時間がない
6. 家族や自分の仕事に影響がある
7. 介護がいつまで続くのかわからない
8. 経済的な負担がかさむ
9. 介護の方法がわからない
10. 虐待をしてしま(う)う(衝動を持つ)時がある
11. 自分以外に介護をする人がいない
12. 育原や家族の世話ができない
13. 介護従事者のサービスの質が悪い
14. 介護に関して相談する相手がいない
15. 介護サービスに関する情報が少ない
16. 家族や親族の協力が得られない
17. 夜間や休日のサービスが足りない
18. 夜間のサービスが足りない
19. その他〔 〕
20. 特にない

介護保険制度についておたずねします

問54 あなた(あて各ご本人)は、「地域包括支援センター*」を知っていますか。

(1つに〇)

※地域包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた地域で暮らし続けることができよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から関係機関との連携をとりながら、総合的に支えていく機関です。

1. 知っている ⇒付問へ
2. 知らない

413

付問 問54で「1」と回答した方におたずねします。

あなたのお住まいの地区を担当している「地域包括支援センター」の場所を知っていますか。(1つに〇)

1. 知っている
2. 知らない

問55 今後、もし介護が必要な状態になった場合、あなたはどのようになりたいとお考えですか。(1つに〇)

1. 在宅で、介護保険サービスを利用しながら生活したい
2. 在宅で、家族などの介護を中心に生活したい
3. 在宅で、介護保険サービスと家族の介護を組み合わせた生活がしたい
4. 老人ホームや施設・病院などに入所(入院)し、介護を受けたい
5. その他〔 〕
6. わからない

問56 介護保険サービスの利用について、あなたのお考えに近いものをお答えください。(1つに〇)

1. 介護保険料を支払っているので、積極的に利用する
2. 自分の望む生活(自立した生活)を送ることができる、最低限のサービス利用にする
3. 家族の要望やケアマネジャーの計画とおりに利用する
4. なるべく使わないようにする
5. その他〔 〕
6. わからない

問57 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするため、西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のどれですか。(3つまで〇)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実を力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 療たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔 〕
15. わからない

問58 西東京市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、**12月15日(木)まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市高齢者保健福祉計画策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市にお住まいの55～64歳の方の中から、無作為に1,500人を選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中 2. 福祉施設入所中 3. 転居 4. その他〔 〕

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までに ご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042（438）4028（直通）
（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。（1つに○）

1. あてご本人 2. あてご本人の家族 3. その他〔 〕

あなた（あてご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あてご本人のことで、お間違えないようにお答えください。

問2 あなた（あてご本人）の性別をお答えください。（1つに○）

1. 男性 2. 女性

問3 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

歳

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。（1つに○）

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。（1つに○）

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. 一戸建ての持ち家 | 5. 公的賃貸住宅（都営・市営、公団、公社） |
| 2. 一戸建ての借家 | 6. 社宅・官舎 |
| 3. 分譲マンション | 7. その他〔 〕 |
| 4. 民間賃貸アパート・マンション | |

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

- | | |
|-----------|-----------------|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| | 3. 息子・娘 |
| | 4. 息子・娘の配偶者 |
| | 5. 親 |
| | 6. 孫・ひ孫 |
| | 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 |
| | 8. その他〔 〕 |

ひとり暮らしでない方は、同居している方すべてに○

日ごろの生活についておたずねします

問7 あなた（あてご本人）が、日常生活を送る上で不自由な状態になったとき、安心して暮らしていくため、どのような生活支援サービスがあったらいいですか。（いくつでもO）

1. 安否確認
2. 買物やごみ出し
3. 食事の提供
4. 掃除・洗濯などの家事援助
5. 通院や外出の助手
6. 話し相手や相談相手
7. 緊急時の手助け
8. その他
9. 特にない

問8 あなたは日ごろ、隣近所とどの程度のお付き合いをしていますか。（1つにO）

1. お茶飲みや手助けなど、家族同様に、頻繁に家の中まで行き来している
2. 玄関先での簡単な頼みごとや、ものの貸し借りなど、気軽に助け合っている
3. 外で会うと、世間話や情報交換など、よく立ち話をする程度
4. 顔を合わせると、挨拶をしあう程度
5. 町内会等の集まりで顔を合わせる程度であり、ほとんど話したことがない
6. 顔も良くかわからず、ほとんど付き合いがない

付問 問8で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。

その理由は、次のうちどれですか。（いくつでもO）

1. 仕事や家事で忙しく時間がないから
2. 引越してきて間もないから
3. ふだん付き合い合う機会がないから
4. 同世代の人が近くにいないから
5. 気の合う人・話の合う人が近くにいないから
6. あまりかかわりを持ちたくないから
7. その他

問9 あなたは、地域の行事や活動には、どの程度参加していますか。（1つにO）

1. どの行事にも進んで積極的に参加・協力する
2. 関心があるものについては積極的に参加・協力する
3. 頼まれては参加・協力する
4. 頼まれてもあまり参加・協力しない
5. まったく参加しない

付問 1 問9で「1」「2」「3」と回答した方におたずねします。
あなたは半年以内に、どのような活動に参加しましたか。具体的に記入してください。

付問 2 問9で「1」「2」「3」と回答した方におたずねします。

地域の活動に参加している理由は次のうちどれですか。（いくつでもO）

1. 地域とのかかわりを持ちたいから
2. 地域の役に立ちたいから
3. 家族が参加しているから
4. 友人に勧められたから
5. 生きがい、勉強になるから
6. 代々、この地域に住んでいるから
7. お互いさだから
8. その他

問10 あなたの隣近所には、認知症や閉じこもりなど、無事に生活が送れているかどうか心配な高齢者がいますか。（1つにO）

1. いる ⇒ 付問へ
2. いない
3. わからない

付問 問10で「1」と回答した方におたずねします。

あなたは、その高齢者をどのように見守っていますか。（いくつでもO）

1. 機会をみて、高齢者を訪問し、声かけを行っている
2. 高齢者の隣近所の住民に様子を聞いている
3. 郵便受けの新聞・配達物や電気の点検確認など、さりげなく見守っている
4. 地域の集いの場や定期的なサロン等などへの参加状況を把握している
5. 地域住民による見守りのネットワークを形成し、見守りと情報共有を行っている
6. 民生委員や地域包括支援センター、市役所などと情報交換を行っている
7. その他
8. 特に何もしていない

問11 次のような活動のうち、あなたができると思うものは次のどれですか。（いくつでもO）

1. 高齢者の見守りや高齢者への声かけ、安否確認
2. 高齢者の話し相手
3. 高齢者宅のごみ出しの手伝い
4. 高齢者宅の買物の手伝いなど
5. 高齢者宅で、電球等簡単な器具の取替えや雪かきなど
6. 高齢者施設の手伝い
7. 高齢者施設の洗濯物たための手伝い
8. 医療機関通院時の手伝い（付き添い）
9. 上記のどれも参加は難しい
10. 現段階としてはなんとも言えない
11. その他の方法で参加できる

医療の状況についておたずねします

問12 現在の医療機関の受診状況についておたずねします。あなた（あてご本人）は、治療中の病気がありますか。（1つにO）

1. ある
2. ない

問13 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。

※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。（1つにO）

1. いる
2. いない
3. わからない

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。（1つにO）

1. いる
2. いない
3. わからない

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. わからない

問 14 あなたは、脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期療養が必要になった場合、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

1. 自宅	}	⇒付問 1 へ
2. 子供、親族の家		
3. 高齢者向けのケア住宅	}	⇒付問 2 へ
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設		
5. 病院などの医療施設	}	
6. その他〔		
7. わからない		

付問 1 問 14 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う	}	⇒付問 2 へ
2. 可能だと思う		
3. その他〔		
4. わからない		

付問 2 問 14 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 1 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

1. 家族や親族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族や親族がいないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がいないから
5. 訪問してくれる看護師がいないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔

問 15 あなたが、人生の最期を迎えたい場所はどこですか。(1つに○)

1. 自宅	}	⇒付問 1 へ
2. 子ども、親族の家		
3. 高齢者向けのケア住宅	}	⇒付問 2 へ
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設		
5. 病院などの医療施設	}	
6. その他〔		
7. わからない		

付問 1 問 15 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う	}	⇒付問 2 へ
2. 可能だと思う		
3. その他〔		
4. わからない		

付問 2 問 15 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 1 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

1. 家族や親族に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族や親族がいないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がいないから
5. 訪問してくれる看護師がいないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔

問 16 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。(1つに○)

1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい
2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい
3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないほしい
4. その他〔
5. わからない

問 17 問 14 から問 16 までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。(1つに○)

1. 伝えている	}	⇒付問 1 へ
2. 伝えていない		
3. その他〔		

付問 1 問 17 で「1」と回答した方におたずねします。

どのような形で伝えていきますか。(いくつでも○)

1. 口頭で
2. 私的なメモで
3. 遺言などで
4. 終活ノート(エンディングノート)で
5. その他〔

付問2 問17で「2」と回答した方におたずねします。

自分の希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでも○)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他 ()

健康管理についておたずねします

問18 あなた(あて名ご本人)の健康状態は次のどれに該当しますか。(1つに○)

1. 健康である
2. おおむね健康である
3. 病気がちだが、寝ていることは少ない
4. 病気がちで、寝ていることが多い
5. 病気で、ほとんど寝たきりである
6. その他 ()

問19 あなたのふだんの朝・昼・夜の食事は、自炊・手料理、中食*、外食のどれになることが多いですか。(それぞれ1つに○)

	1. 自炊・手料理	2. 中食	3. 外食
①朝	1	2	3
②昼	1	2	3
③夜	1	2	3

*家庭外で調理されたものを、購入もしくは配達等によって、家庭内で食べる食事形態のこと(冷凍食品、カップラーメンなどのインスタント食品を含む)。

問20 あなたは、ふだんどなたかと一緒に食事をする機会がありますか。(1つに○)

1. 1日1回以上
2. 週1回以上
3. 月1回以上
4. ほとんどない

問21 あなたは、ふだん体調を維持するためにに行っていることはありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問へ
2. ない

付問 問21で「1」とお答えの方におたずねします。

あなたがふだん体調を維持するためにに行っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 定期的に運動している
2. 食生活や食事のバランスなどに気をつけ、よくかんで食べている
3. 規則正しい生活をするように心がけている
4. 病気の予防法などについて、テレビ・本・講演会などを利用して知識を深めている
5. かかりつけの医師・歯科医師に、健康チェックをしてもらうようしている
6. 趣味活動などを行い、ストレスをためないようにしている
7. その他 ()

問22 あなたは、次の中で健康維持などのために知りたい情報がありますか。(いくつでも○)

1. カンや生活習慣病の予防
2. 食生活
3. 運動・スポーツ
4. 寝たきり予防
5. 認知症の予防
6. 介護予防
7. 健康維持などに関する催しなどの情報
8. 歯や入れ歯の手入れ、歯周疾患の予防
9. その他 ()

認知症や権利擁護についておたずねします

問23 現在、西東京市では、認知症の正しい知識をもち、認知症の人や家族を応援しながら、暮らしやすいまちづくりを行うボランティア「認知症サポーター」を一人でも増やそう、という運動をしています。このような「認知症サポーター」の制度について、あなた(あて名ご本人)は知っていますか。(1つに○)

1. よく知っている
2. ある程度知っている
3. 聞いたことはあるが、あまり知らない
4. 全く知らない

問24 「認知症サポーター」の制度について、あなたは関心がありますか。(1つに○)

1. 関心がある
2. 少し関心がある
3. あまり関心がない
4. 関心がない

問25 認知症になっても喜ばしうにできるようにするために、まさにどのような仕組みがあるとよいと思いますか。(いくつでも○)

1. 認知症のケアに詳しい専門家が増えることよい
2. 近所ぐるみで、こみ出しや掃除など、生活を支える仕組みをつくるとよい
3. 地域の商店などが、高齢者の外出などを見守る仕組みをつくるとよい
4. 警察、消防などが、緊急時に対応できる仕組みがあるとよい
5. 悪質商法などから高齢者を守る、権利擁護の仕組みが広まるとよい
6. 介護する家族を支援する、相談窓口が充実することよい
7. 認知症の高齢者が生活できるグループホームが、充実することよい
8. 地域の中に、「通い」や「泊まり」など、さまざまなサービスが受けられる場所があるとよい
9. その他 ()
10. 特にない

介護の経験についておたずねします

問26 あなた(あて名ご本人)が中心になって介護をしている両親や親せきの方などはいますか。(1つに○)

1. い る ⇒付問1. 2へ
2. いない

付問1 問26で「1」とお答えの方におたずねします。
どのような形で介護をしていますか。(1つに○)

1. 一緒に暮らしながら介護をしている
2. 別世帯で暮らしているが、訪問して介護をしている
3. 施設に入居させている(具体的な施設形態:)
4. その他()

付問2 問26で「1」と回答した方におたずねします。
介護をするうえで困っていることはありますか。(いくつでも○)

1. 十分な睡眠時間が確保できない
2. 希望するサービスが受けられない
3. 精神的に疲れ、ストレスがたまる
4. 肉体的に疲れる
5. 自分の自由な時間がない
6. 家族や自分の仕事に影響がある
7. 介護がいつまで続くのかわからない
8. 経済的な負担がかさむ
9. 介護の方法がわからない
10. 虐待をしよう(衝動を持つ)時がある
11. 自分以外に介護をする人がいない
12. 育児や家族の世話ができない
13. 介護従事者のサービスの質が悪い
14. 介護に関して相談する相手がいない
15. 介護サービスに関する情報が少ない
16. 家族や親族の協力が得られない
17. 事業所・医療機関などが家の近くにない
18. 夜間のサービスが足りない
19. その他()
20. 特 にない

介護保険制度についておたずねします

問27 今後、もし介護の必要な状態になった場合、あなた(あて名ご本人)はどのようなしだいとお考えですか。(1つに○)

1. 在宅で、介護保険サービスを利用しながら生活したい
2. 在宅で、家族などの介護を中心に生活したい
3. 在宅で、介護保険サービスと家族の介護を組み合わせて生活したい
4. 老人ホームや施設・病院などに入所(入院)し、介護を受けたい
5. その他()
6. わからない

問28 介護保険サービスの利用について、あなたのお考えに近いものをお答えください。(1つに○)

1. 介護保険料を支払っているので、積極的に利用する
2. 自分の望む生活(自立した生活)を送ることができる、最低限のサービス利用にする
3. 家族の要望やケアマネジャーの計画とおりに利用する
4. なるべく使わないようにする
5. その他()
6. わからない

問29 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするため、西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実にか力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの施設を増やしていくこと
7. 高齢者になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 障たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他()
15. わからない

西東京市の介護保険・保健福祉サービスについておたずねします

問30 あなた(あて名ご本人)は、今後西東京市が取り組む介護保険・保健福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきとお考えですか。(5つまで○)

1. 介護が必要な状態にならないための予防に関する事業
2. 住民が身近な場で主体的に取り組むことができる介護予防活動
3. 在宅での介護を支援する、ホームヘルパーの派遣や入浴などのサービス
4. 在宅で介護を受ける方のための通所で行うデイサービス
5. 健康診査・がん検診などの保健サービス
6. 機能訓練・訪問指導・相談など、健康維持のためのサービス
7. 老人ホームなど、常時介護が必要な方のための入所施設
8. 介護を必要とする方を短期間お預かりする短期入所施設(ショートステイ)
9. 見守りが必要な人のための生活支援型住宅(サービス付き高齢者向け住宅等)
10. 地域包括支援センターなど、身近なところで相談などを行える施設
11. 介護老人保健施設(老人保健施設)など、リハビリなどを行うための入所施設
12. 福祉会館など、健康の推進や趣味・教養向上のための施設
13. 住診やかかりつけ医・歯科医、訪問看護など、医療の充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. 趣味や教育の向上、生 ぎがい対策など気軽に参加できる催し物・講座等の充実
16. ホランティアなど、高齢者の地域活動参加の促進や支援
17. 住民同士の支え合いを促進する、ボランティアポイント制度などの新しい仕組みの構築
18. 高齢者の就労支援
19. 認知症高齢者やその家族の支援
20. 認知症などで、判断能力が低下した方の財産保全等権利擁護に関する取り組み
21. その他()

西東京市高齢者保健福祉計画策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、平成27年度に西東京市が通年実施している健康体操・マシントレーニング、介護予防講座に参加された方200人に、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中	2. 福祉施設入所中	3. 転居	4. その他〔 〕
------------	------------	-------	-----------

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。
記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までにご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4029 (直通)
(受付時間 8:30~12:00、13:00~17:00 (土日祝を除く))

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。(1つに○)

- | | | |
|-----------|--------------|-----------|
| 1. あて名ご本人 | 2. あて名ご本人の家族 | 3. その他〔 〕 |
|-----------|--------------|-----------|

あなた（あて名ご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あて名ご本人のことです。お間違えのないようにお答えください。

問2 あなた（あて名ご本人）の性別をお答えください。(1つに○)

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

問3 あなたの年齢をお答えください。(数字を記入)

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

	歳
--	---

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。(1つに○)

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。(1つに○)

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. 一戸建ての持ち家 | 6. 社宅・官舎 |
| 2. 一戸建ての借家 | 7. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅） |
| 3. 分譲マンション | 8. その他〔 〕 |
| 4. 民間賃貸アパート・マンション | |
| 5. 公的賃貸住宅（都営・市営・公団、公社） | |

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| 3. 息子・娘 | 4. 息子・娘の配偶者 |
| 5. 親 | 6. 孫・ひ孫 |
| 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他〔 〕 |

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。

同居の方は、皆さん65歳以上ですか。(1つに○)

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

問7 平日の日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

1. ひとりであることが多い 2. ひとりであることは少ない

日ごろの生活についておたずねします

問8 あなた(あてご本人)は、外出の機会がどれだけありますか。次の目的別にお答えください。(それぞれ1つに○)

	1 ほぼ毎日	2 程度1日おき	3 おき2程度3日	4 程度1週に1日	5 11日か程度に	6 外出しない
①仕事	1	2	3	4	5	6
②買物	1	2	3	4	5	6
③友人・知人とおしゃべり	1	2	3	4	5	6
④趣味活動	1	2	3	4	5	6
⑤体操(運動・スポーツ)	1	2	3	4	5	6
⑥ボランティア活動	1	2	3	4	5	6
⑦町内会、自治会活動	1	2	3	4	5	6
⑧通院やリハビリ	1	2	3	4	5	6
⑨その他〔 〕	1	2	3	4	5	6

付問 あなたが外出するときに主に利用している交通手段は次のどれですか。(いくつでも○)

1. 自家用車 3. バス 5. 介護タクシー
2. 電車 4. 一般のタクシー 6. その他〔 〕

問9 あなたは、日常生活の中で困ったことがありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問へ 2. ない

付問 問9で「1」と回答した方におたずねします。
日常生活の中で困ったことは次のうちどれですか。(3つまで○)

1. 外出の際の移動手段 8. 掃除
2. 税金の支払や公共機関の手続き 9. 洗濯
3. 財産やお金の管理 10. 炊事
4. 日々の買物 11. 電化製品の扱い方
5. 日々のごみ出し 12. トイレ
6. 家具の移動 13. 入浴
7. 庭の手入れ 14. その他〔 〕

問10 あなたは、日常生活の中で困りごとがあったとき、どこに(誰に)相談しますか。(いくつでも○)

1. 親戚 8. ケアマネジャー
2. 家族 9. 社会福祉協議会職員
3. 近所の人 10. 民生委員・児童委員
4. 友人・知人 11. 病院の医師・ケースワーカー・看護師など
5. 市の保健福祉窓口職員 12. 地域包括支援センターの職員
6. ホームヘルパーなど 13. その他〔 〕
7. 訪問看護師 14. 相談できる人がいない

問11 あなたが、日常生活を送る上で不自由な状態になったとき、安心して暮らしているために、どのような生活支援サービスがあったらいいですか。(いくつでも○)

1. 安否確認 6. 話し相手や相談相手
2. 買物やごみ出し 7. 緊急時の手助け
3. 食事の提供 8. その他〔 〕
4. 掃除・洗濯などの家事援助
5. 通院や外出の手助け 9. 特にない

問12 あなたは、日ごろ、隣近所との程度のお付き合いをしていますか。(1つに○)

1. お茶飲みや手助けなど、家族同様に、頻りに家の中まで行き来している
2. 玄関先での簡単な頼みごとや、ものの貸し借りなど、気軽に助け合っている
3. 外で会うと、世間話や情報交換など、よく立ち話をする程度の付き合いである
4. 顔を合わせると、挨拶をしあう程度の付き合いである
5. 町内会等の集まりで顔を合わせる程度であり、ほとんど話したことがない ⇒付問へ
6. 顔も良くかわからず、ほとんど付き合いがない

付問 問12で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。

その理由は、次のうちどれですか。(いくつでも○)

1. 仕事や家事で忙しく時間がないから 5. 気の合う人・話の合う人が近くにいない
2. 引越してきて間もないから から
3. ふだん付き合う機会がないから 6. あまりかわりを持ちたくないから
4. 同世代の人が近くにいないから 7. その他〔 〕

医療の状況についておたずねします

問13 現在の医療機関の受診状況についておたずねします。あなた(あてご本人)は、治療中の病気がありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない

問14 あなたは、将来のご自分の健康状態に不安がありますか。(1つに○)

1. 不安がある 3. あまり不安はない
2. 少し不安がある 4. 不安はない

問 15 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。
 ※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない 3. わからない

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない 3. わからない

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. わからない

問 16 あなたは、脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期療養が必要になった場合、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. 自宅 | ⇒付問1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | } |
| 6. その他 | |
| 7. わからない | |

付問1 問16で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う ⇒付問2へ
 2. 可能だと思う
 3. その他
 4. わからない

付問2 問16で「3」から「6」のいずれかを回答した方、および付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから |
| 9. その他 |

問 17 あなたが、人生の最期を迎えたい場所はどこですか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. 自宅 | ⇒付問1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | } |
| 6. その他 | |
| 7. わからない | |

付問1 問17で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あなたの希望の実現は可能だと思いますか。(1つに○)

1. 難しいと思う ⇒付問2へ
 2. 可能だと思う
 3. その他
 4. わからない

付問2 問17で「3」から「6」のいずれかを回答した方、および付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから |
| 9. その他 |

問 18 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。(1つに○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい |
| 2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい |
| 3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないほしい |
| 4. その他 |
| 5. わからない |

問 19 問16から問18までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。(1つに○)

- | |
|-----------------|
| 1. 伝えている ⇒付問1へ |
| 2. 伝えていない ⇒付問2へ |
| 3. その他 |

付問1 問19で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。(いくつでもO)

1. 口頭で
2. 私的なメモで
3. 遺言などで
4. 終活ノート(エンディングノート)で
5. その他〔 〕

付問2 問19で「2」と回答した方におたずねします。

自分の希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでもO)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他〔 〕

生きがいについておたずねします

問20 あなた(あて名ご本人)が現在継続して行っていることは何ですか。(いくつでもO)

1. 働くこと
2. 文章を書くこと
3. 旅行すること
4. 買い物に出かけること
5. 家族・親族とのふれあい
6. 家族の介護
7. 近所との付き合い
8. 公民館等での活動
9. 福祉会館・老人福祉センターでの活動
10. スポーツ活動
11. ボランティア活動
12. 個人、家族、趣味の会などの仲間内の活動
13. 町内会、自治会の活動
14. 高齢者クラブ活動
15. 社会福祉協議会の活動
16. その他〔 〕
17. 特にない

問21 あなたが今後、行いたいことは何ですか。(いくつでもO)

1. 働くこと
2. 文章を書くこと
3. 旅行すること
4. 買い物に出かけること
5. 家族・親族とのふれあい
6. 家族の介護
7. 近所との付き合い
8. 公民館等での活動
9. 福祉会館・老人福祉センターでの活動
10. スポーツ活動
11. ボランティア活動
12. 個人、家族、趣味の会などの仲間内の活動
13. 町内会、自治会の活動
14. 高齢者クラブ活動
15. 社会福祉協議会の活動
16. その他〔 〕
17. 特にない

問22 あなたが、高齢者の生きがいづくりで、今後、西東京市に特に力を入れてほしいものは何ですか。(3つまでO)

1. 老人福祉センター・福祉会館の充実
2. 高齢者スポーツ活動の充実
3. 高齢者文化・教養活動の充実
4. 高齢者クラブの育成
5. 共通の趣味や友だちをつくる場の紹介
6. ボランティア活動の紹介
7. ハソコン教室の実施
8. 就労機会の拡大
9. その他〔 〕
10. 特にない

健康管理についておたずねします

問23 あなた(あて名ご本人)の健康状態は次のどれに該当しますか。(1つにO)

1. 健康である
2. おおむね健康である
3. 病気がちだが、寝ていることは少ない
4. 病気がちで、寝ていることが多い
5. 病気で、ほとんど寝たきりである
6. その他〔 〕

問24 あなたのふだんの朝・昼・夜の食事は、自炊・手料理、中食*、外食のどれになることが多いですか。(それぞれ1つにO)

	1. 自炊・手料理	2. 中食	3. 外食
①朝	1	2	3
②昼	1	2	3
③夜	1	2	3

*家庭外で調理されたものを、購入もしくは配達等によって、家庭内で食べる食事形態のこと(冷凍食品、フッパラーメンなどのインスタント食品を含む)。

問25 あなたは、ふだんどなたかと一緒に食事をする機会がありますか。(1つにO)

1. 1日1回以上
2. 週1回以上
3. 月1回以上
4. ほとんどない

問26 あなたは、ふだん体調を維持するためにに行っていることはありますか。(1つにO)

1. ある ⇒付問へ
2. ない

付問 問26で「1」と回答した方におたずねします。

あなたがふだん体調を維持するためにに行っていることは何ですか。(いくつでもO)

1. 定期的に運動している
2. 食生活や食事のバランスなどに気をつけ、よくかんで食べている
3. 規則正しい生活をするように心がけている
4. 病気の予防法などについて、テレビ・本・講演会などを利用して知識を深めている
5. かかりつけの医師・歯科医師に、健康チェックをしてもらうようにしている
6. 趣味活動などを行い、ストレスをためないようにしている
7. その他〔 〕

問27 スポーツ施設などの利用状況についておたずねします。

(1) 健康維持のために、以下のような場所（施設）を利用していますか。

(いくつでもO)

1. 市立のスポーツセンター・体育館	
2. 公民館	
3. 民間のスポーツジム・カルチャーセンター	
4. 公園・緑道の屋外	
5. 福祉会館・老人福祉センター	
6. その他〔	
7. 一つもない	〕

(2) 健康維持のために、今後利用する（したい）場所（施設）はどこですか。

(いくつでもO)

1. 市立のスポーツセンター・体育館	
2. 公民館	
3. 民間のスポーツジム・カルチャーセンター	
4. 公園・緑道の屋外	
5. 福祉会館・老人福祉センター	
6. その他〔	
7. 持たない	〕

介護予防についておたずねします

問28 西京市では、要支援・要介護状態になる前からの介護予防が重要と位置づけ、次のようなサービスを実施していますが、あなた（あて名ご本人）が利用したサービスはどれですか。(いくつでもO)

1. 運動して元気講座 (マシンを使ったトレニング、マシンを使わないトレニング) (転倒・尿失禁予防講座、接骨院サテライト講座)	
2. さわやか筋力アップ講座 (野外健康器具を使ったトレニング)	
3. まるごと知って元気講座 (栄養・運動・口腔機能向上教室)	
4. 閉じこもり予防講座	
5. 認知症予防講座	
6. 専門職による訪問事業 (管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士による訪問指導)	

付問 サービスを利用して、あなたの生活や気持ちに変化はありましたか。

(いくつでもO)

1. 体調がよくなった、元気になった	
2. 歩く距離が増えた	
3. 外出の頻度が増えた	
4. 気持ちが前向きになった	
5. 新しい友人ができた	
6. 運動をする習慣ができた	
7. ひざや腰などの痛みが改善した	
8. 通院回数が減った	
9. その他〔	
10. 具体的効果はなかった	〕

問29 介護予防事業の終了後、あなたが継続している取り組みはどのようなものですか。(いくつでもO)

1. 不定期だが、できる範囲で運動を行っている	
2. 週に1回以上の定期的な運動を行っている	
3. 身近に運動できる場を作り（または身近な運動の場に参加し）、運動を行っている	
4. 趣味活動やボランティア活動に参加している	
5. サークル活動やサロン活動に参加している	
6. その他〔	
7. 継続して取り組んでいることはない	⇒付問へ

付問 問29で「7」とお答えの方におたずねします。

継続していないのはなぜですか。(いくつでもO)

1. 自宅から遠い	
2. 時間があわない	
3. 難しい	
4. つまらない	
5. 仲間がいない	
6. 効果が実感できない	
7. 講座を終了したが、その後行ける講座がない	
8. その他〔	

問30 あなたがこれからの介護予防に求めることは何ですか。(いくつでもO)

1. 自宅でできること	
2. 近所でできること	
3. いつでも気軽に取り組めること	
4. 簡単で覚えやすいこと	
5. 楽しみながらできること	
6. 仲間がいること	
7. 専門家のアドバイスが受けられること	
8. 定期的に評価が受けられること	
9. その他〔	

介護保険制度についておたずねします

問31 あなた（あて名ご本人）は、「地域包括支援センター※」を知っていますか。(1つにO)

※地域包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から関係機関との連携をとりながら、総合的に支えていく機関です。

1. 知っている	
2. 知らない	

付問 問31で「1」と回答した人におたずねします。

あなたのお住まいの地区を担当している「地域包括支援センター」の場所を知っていますか。(1つにO)

1. 知っている	
2. 知らない	

問 32 今後、もし介護が必要な状態になった場合、あなたはどのようなようにしたいとお考えですか。(1つに○)

1. 在宅で、介護保険サービスを利用しながら生活したい
2. 在宅で、家族などの介護を中心に生活したい
3. 在宅で、介護保険サービスと家族の介護を組み合わせた生活がしたい
4. 老人ホームや施設・病院などに入所（入院）し、介護を受けたい
5. その他（
6. わからない

問 33 介護保険サービスの利用について、あなたのお考えに近いものをお答えください。(1つに○)

1. 介護保険料を支払っているの、積極的に利用する
2. 自分の望む生活（自立した生活）を送ることができる、最低限のサービス利用にする
3. 家族の要望やケアマネジャーの計画どおりに利用する
4. なるべく使わないようにする
5. その他（
6. わからない

問 34 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするため、西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実を力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 寝たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他（
15. わからない

西東京市の介護保険・保健福祉サービスについておたずねします

問 35 あなた（あて名ご本人）は、今後西東京市が取り組む介護保険・保健福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきとお考えですか。(5つまで○)

1. 介護が必要な状態にならないための予防に関する事業
2. 住民が身近な場で主体的に取り組むことができる介護予防活動
3. 在宅での介護を支援する、ホームヘルパーの派遣や入浴などのサービス
4. 在宅で介護を受ける方のための通所で行うデイサービス
5. 健康診査・がん検診などの保健サービス
6. 機能訓練・訪問指導・相談など、健康維持のためのサービス
7. 老人ホームなど、常時介護が必要な方のための入所施設
8. 介護を必要とする方を短期間預かりする短期入所施設（ショートステイ）
9. 見守りが必要となるための生活支援型住宅（サービス付き高齢者向け住宅等）
10. 地域包括支援センターなど、身近なところで相談などを行える施設
11. 介護老人保健施設（老人保健施設）など、リハビリなどを行うための入所施設
12. 福祉会館など、健康の推進や趣味・教養向上のための施設
13. 住診やかかりつけ医・歯科医、訪問看護など、医療の充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. 趣味や教育の向上、生きがい対策など気軽に参加できる催し物・講座等の充実
16. ボランティアなど、高齢者の地域活動参加の促進や支援
17. 住民同士の支え合いを促進する、ボランティアポイント制度などの新しい仕組みの構築
18. 高齢者の就労支援
19. 認知症高齢者やその家族の支援
20. 認知症などで、判断能力が低下した方の財産保全等権利擁護に関する取り組み
21. その他（

問 36 福祉に関する情報などを、どのような方法で知りたいと思いますか。(なお、この設問の選択肢には現在行われていないサービスも含まれています)(いくつでも○)

1. 市の相談窓口
2. 地域包括支援センター
3. 民生委員・児童委員
4. 市報などのお知らせ
5. 市のホームページ
6. その他のホームページ
7. 公民館や福祉会館など施設の掲示板
8. 町内の回覧板などのお知らせ
9. 老人会などの出張相談・説明会
10. 福祉の便利帳の定期配布
11. 社会福祉協議会
12. その他（

問 37 西東京市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、**12月15日（木）までに**お近くのポストに投函してください。

調査にご協力いただき誠にありがとうございます。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、**12月15日（木）までに**お近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市にお住まいの65歳以上の方で、介護保険の居宅サービスを利用されている方の中から、無作為に1,000人を選ばせていただき、ご意見やご要望をお聞きいたします。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
 2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
 3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
 4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
 5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。
- ★対象の方が何らかの事情により不在または記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中 2. 福祉施設入所中 3. 転居 4. その他〔 〕

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。
記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までにご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042（438）4030（直通）
（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。（1つに○）

1. あてご本人 2. あてご本人の家族 3. その他〔 〕

あなた（あてご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あてご本人のことで、お間違えないようにお答えください。

問2 あなた（あてご本人）の性別をお答えください。（1つに○）

1. 男性 2. 女性

問3 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

歳

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。（1つに○）

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。（1つに○）

1. 一戸建ての持ち家
2. 一戸建ての借家
3. 分譲マンション
4. 民間賃貸アパート・マンション
5. 公的賃貸住宅（都営・市営・公団、公社）
6. 社宅・官舎
7. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）
8. その他〔 〕

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

1. ひとり暮らし
2. 配偶者
3. 息子・娘
4. 息子・娘の配偶者
5. 親
6. 孫・ひ孫
7. あなたや配偶者の兄弟姉妹
8. その他〔 〕

ひとり暮らしでない方は、
同居している方すべてに○

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。

同居の方は、皆さん65歳以上ですか。（1つに○）

1. はい 2. いいえ

問7 あなたの現在の介護度はどれですか。(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 | | |

問8 平日の日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ひとりであることが多い | 2. ひとりであることは少ない |
|----------------|-----------------|

医療の状況についておたずねします

問9 あなた(あてご本人)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 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。

※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

4/7

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

問11 あなたの医療の受診形態は、次のどれですか。(いくつでも○)

※ここでいう「訪問診療」とは、医師に定期的に自宅訪問による診療を受けていることを言い、「往診」とは、医師に連絡したときに自宅訪問による診療を受けていることを言います。

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1. 訪問診療を受けている | } ⇒付問1、2へ |
| 2. 往診を必要ときに利用している | |
| 3. 通院している | |

付問1 問11で「1」「2」と回答した方におたずねします。

現在、次のような医療処置を受けていますか。(いくつでも○)

- | | | |
|------------|-----------------|-------------|
| 1. 点滴の管理 | 7. 疼痛の看護 | 13. 留置カテーテル |
| 2. ストーマの処置 | 8. 人工透析 | 14. インスリン |
| 3. 気管切開 | 9. 人工呼吸器 | 15. その他 |
| 4. 中心静脈栄養 | 10. 経管栄養 | } |
| 5. たんの吸引 | 11. 胃ろう | |
| 6. 在宅酸素療養 | 12. じょくそう | |
| | 16. 医療処置は受けていない | |

付問2 問11で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。(いくつでも○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 在宅療養(看取りを含む)について相談する場がない |
| 2. 薬を飲み忘れることが多い |
| 3. テイサービスやショートステイが利用できない |
| 4. 緊急時に医師と連絡がとれない |
| 5. 口腔ケアや歯科診療が受けられない |
| 6. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない |
| 7. 医療や介護サービスにお金がかかる |
| 8. 介護者にゆとりがない |
| 9. 在宅療養サービスについての情報が不足している |
| 10. 体調が急変したときなど、いざというときに入院できるのか不安がある |
| 11. 医師の対応に不安がある |
| 12. 訪問看護の対応に不安がある |
| 13. ケアマネジャーの対応に不安がある |
| 14. 介護サービスの対応に不安がある |
| 15. その他() |

問12 あなたは、現在受けている在宅医療にどの程度満足していますか。(1つに○)

- | | | |
|---------|--------------|-------|
| 1. 満足 | 3. どちらともいえない | 5. 不満 |
| 2. やや満足 | 4. やや不満 | |

問13 西東京市では、在宅療養を実現するための一つの方法として、医師会と連携して

「在宅療養後方支援病床確保事業※」に取り組んでいます。

※事前に登録しておけば、かかりつけ医を通じて「ご本人の体調が変化したとき」「お世話をしてくれるご家族の急な用事」などのいざというときに、市内の受け入れ病院(後方支援病院)に確保してあるベッドに速やかに入院できる事業です。

(1) あなたは、「在宅療養後方支援病床確保事業」をご存知ですか。(1つに○)

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 名称も内容も知っている | 2. 名称は聞いたことがある | 3. はじめて聞いた |
|----------------|----------------|------------|

(2) あなたは、このような在宅療養を実現するための取り組みを、市は積極的に進めるべきだと思いますか。(1つに○)

- | | | | |
|-------------|-------------|------|----------|
| 1. 進めるべきである | 2. 進めるべきでない | ⇒付問へ | 3. わからない |
|-------------|-------------|------|----------|

付問 問13(2)で「2」と回答した方におたずねします。

その理由をご記入ください。

<p>その理由をご記入ください。</p>

今後の希望についておたずねします

問 14 今後、あなた（あて名ご本人）はどこで生活したいと思いますか。（1つに○）

- | | |
|---------------------|----------|
| 1. 自宅 | ⇒付問 1、2へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | ⇒付問 3へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他（ | } |
| 7. わからない | |

付問 1 問 14 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養生活を希望する理由は何ですか。（いくつでも○）

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 住み慣れた家にいたい | 5. 自宅で最期を迎えたい |
| 2. 家族との時間を多く持ちたい | 6. 病院より退院等を迫られ希望せざるを得ない |
| 3. 病院での治療を望んでいない | 7. その他（ |
| 4. 病院へ行くことが経済的に負担が大きい | } |

付問 2 問 14 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

今後、あなたの在宅での療養は実現可能だと思いますか。（1つに○）

- | | |
|-----------|--------|
| 1. 難しいと思う | ⇒付問 3へ |
| 2. 可能だと思う | } |
| 3. その他（ | |
| 4. わからない | |

付問 3 問 14 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 2 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。（3つまで○）

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから | } |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから | |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから | |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから | |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから | |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから | |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから | |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから | |
| 9. その他（ | |

問 15 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。（1つに○）

- | | |
|---------------------|--------|
| 1. 自宅 | ⇒付問 1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | ⇒付問 2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他（ | } |
| 7. わからない | |

付問 1 問 15 で「1」「2」と回答した方におたずねします。
あなたは、あなたの希望は実現可能だと思いますか。（1つに○）

- | | |
|-----------|--------|
| 1. 難しいと思う | ⇒付問 2へ |
| 2. 可能だと思う | } |
| 3. その他（ | |
| 4. わからない | |

付問 2 問 15 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 1 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。（3つまで○）

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから | } |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから | |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから | |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから | |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから | |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから | |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから | |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから | |
| 9. その他（ | |

問 16 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。（1つに○）

- | | |
|--|---|
| 1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい | } |
| 2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい | |
| 3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないしてほしい | |
| 4. その他（ | |
| 5. わからない | |

問 17 あなたは、問 14 から問 16 までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。（1つに○）

- | | |
|-----------|--------|
| 1. 伝えている | ⇒付問 1へ |
| 2. 伝えていない | ⇒付問 2へ |
| 3. その他（ | } |
| | |

付問 1 問 17 で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。（いくつでも○）

- | | |
|----------------------|---|
| 1. 口頭で | } |
| 2. 私的なメモで | |
| 3. 遺言などで | |
| 4. 終活ノート（エンディングノート）で | |
| 5. その他（ | |

付問2 問17で「2」と回答した方におたずねします。

あなたが、希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでも)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他

介護予防についておたずねします

問18 あなた(あて名のご本人)は、平成28年4月より始めた「介護予防・日常生活支援総合事業*」をご存知ですか。(1つに○)

※介護保険サービスのうち、全国一律のサービスであった介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、地域の実情に合わせて区市町村が取り組む事業に移行するとともに、一般介護予防事業も充実させることで、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的として実施する事業。

1. 名称も内容も知っている
2. 名称は聞いたことがある
3. はじめて聞いた

問19 あなたは、日常生活を送るために、家族以外の人からの介護や手助けが必要になった場合、次の(1)～(3)のサービスについて、どのような内容のサービスを受けたいですか。

(1) 自宅でトイレやお風呂の介助などの介護を受けるサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい
3. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい
4. わからない

(2) 自宅で掃除・調理・洗濯などを手伝ってもらうサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい
3. わからない

(3) デイサービスなどに通い、食事や入浴、食事を入浴、衰えた運動能力の回復や口の中のケアなどを行うサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. 介護の専門家によるサービスの他に、ボランティアやNPOや民間団体等からサービスを受けたい
3. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい
4. あまりお金をかけずに、住民主体のサロンや運動・交流の場でサービスを受けたい
5. わからない

認知症や権利擁護についておたずねします

問20 判断能力が不十分な方に代わり、財産管理や福祉サービスの利用援助などを行う成年後見制度があります。あなた(あて名のご本人)は、「成年後見制度」についてどの程度ご存じですか。(1つに○)

1. 言葉も内容も知っていた
2. 言葉は知っていたが、内容は知らなかった
3. 聞いたことがない

問21 あなたが、万一病気などで自分自身では判断ができなくなった場合、あなたに代わって家族や家族以外の信頼できる方などから家庭裁判所が選んだ「成年後見人」に財産管理などを任せることについて、どう思われますか。(1つに○)

1. 任せてもよい
2. 一部なら任せてもよい
3. 任せたくない
4. わからない

問22 物忘れや認知症状のある方への支援として、適切な福祉サービスを選択したり、日常的な金銭管理や書類などの預かりを行う日常生活自立支援事業があります。あなたは、「日常生活自立支援事業」についてどの程度ご存じですか。(1つに○)

1. 言葉も内容も知っていた
2. 言葉は知っていたが、内容は知らなかった
3. 聞いたことがない

介護保険サービスの利用についておたずねします

問23 あなた(あて名のご本人)は、介護保険の「要介護認定」の申請を誰に勧められましたか。(1つに○)

1. 家族
2. 親戚
3. 近所の人
4. 友人・知人
5. 市の保健福祉窓口職員
6. ケアマネジャー
7. 社会福祉協議会職員
8. 民生委員・児童委員
9. 地域包括支援センターの職員
10. 医師
11. 福祉用具販売事業者・住宅改修事業者
12. その他
13. 自分自身(誰にも勧められていない)

問 24 現在、あなたが利用している介護保険サービスと、今後回数や日数を増やしたいサービス、あるいは現在利用していないが、今後新たに利用したいサービスは何ですか。(それぞれあてはまるものに○)

※★は要支援1～2の方も利用できるサービス

現在利用しているサービス	今後増やしたい、利用したいサービス
◆家庭への訪問や通いで受けるサービス	
1. 訪問介護★(ホームヘルパーの訪問)	1
2. 訪問入浴介護★(入浴チームの訪問)	2
3. 訪問看護★(看護師などの訪問)	3
4. 訪問リハビリテーション★(リハビリの専門職による訪問)	4
5. 居宅療養管理指導★(医師などによる指導)	5
6. 通所介護(デイサービス)★(日帰りの介護施設などへの通所)	6
7. 通所リハビリテーション(デイケア)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの通所)	7
8. 短期入所生活介護(ショートステイ)★(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への短期入所)	8
9. 短期入所療養介護(ショートステイ)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの短期入所)	9
10. 特定施設入居者生活介護★(有料老人ホームなどでの介護)	10
◆施設などを利用するサービス	
11. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	11
12. 介護老人保健施設(老人保健施設)	12
13. 介護療養型医療施設	13
◆身近な地域でのサービス	
14. 地域密着型通所介護(定員18人以下の小規模な通所介護)	14
15. 小規模多機能型居宅介護★(通所介護(デイサービス)を中心に、「訪問介護」や「短期入所(ショートステイ)」を組み合わせた介護サービス)	15
16. 夜間対応型訪問介護(夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護)	16
17. 認知症対応型通所介護★(認知症デイサービス)	17
18. 認知症対応型共同生活介護★(認知症高齢者グループホーム)	18
◆その他	
19. 福祉用具の貸与★(車いす・特殊寝台などの貸与)	19
20. 福祉用具の購入費の支給★(入浴用いすなどの購入費の支給)	20
21. 住宅改修費の支給★(手すりの取付けなど改修費の支給)	21
◆介護予防・日常生活支援総合事業(平成28年4月からのサービス)	
※利用は要支援者、事業対象者のみ	
22. 訪問型サービス	22
23. 通所型サービス	23

付問 問 24 の身近な地域でのサービスとして、平成24年度に創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「看護小規模多機能型居宅介護」についておたずねします。

※現在、西東京市では実施していないサービスです。

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護*を利用したいですか。(1つに○)

※日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行います。

1. 利用したい	2. 利用したくない	3. わからない
----------	------------	----------

(2) 看護小規模多機能型居宅介護*を利用したいですか。(1つに○)

※要介護度が高く、医療的なケアを必要とする人に、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせるサービスを利用することができます。

1. 利用したい	2. 利用したくない	3. わからない
----------	------------	----------

問 25 介護保険で利用できるサービスは、要介護状態区分に応じてサービスを利用できる上限の金額(利用限度額)が決まっています。あなたの介護保険サービスの平成28年10月の利用料は、利用限度額を超えていますか。限度内に入っていますか。(1つに○)

1. 利用限度額を超えている ⇒付問1へ	3. わからない
2. 利用限度額内に入っている ⇒付問2へ	

付問 1 問 25 で「1」と回答した方におたずねします。

利用限度額を超えている理由は次のうちどれですか。(いくつでも○)

1. 必要なサービスが足りないから	}
2. 全額自己負担しても希望するサービスを受けたいから	
3. その他〔	
4. わからない	

付問 2 問 25 で「2」と回答した方におたずねします。

その理由は次のうちどれですか。(いくつでも○)

1. いま受けているサービスで足りているから	}
2. 経済的に負担が大きいから	
3. 家族が介護してくれるから	
4. サービスに空きがないから	
5. 希望するサービスがないから	
6. 民間の家事援助サービス(シルバー人材、宅配弁当など)を受けている	
7. どのようなサービスがあるのかわからないから	
8. その他〔	
9. わからない	

問 26 介護保険サービスを利用するようになってから、あなたの生活環境はどのようになりましたか。(1つに○)

1. 改善した	}	3. 以前とあまり変わらない
2. やや改善した		4. 悪くなった

付問 問26で「3」「4」と回答した方におたずねします。

生活環境が変わらない、悪くなった理由は何ですか。(いくつでも)

1. 本人や家族の希望が反映されていない 2. 希望した回数や時間が確保されていない 3. 希望したサービスが入っていない 4. 希望しないサービスが入っている 5. その他〔 〕
--

問27 あなたの居宅サービス計画（ケアプラン）には、あなたやご家族の希望は反映されていますか。(1つに○)

1. 十分に反映されている 2. ほぼ反映されている 3. 一部反映されていない 4. 全く反映されていない

問28 あなたは、介護支援専門員（ケアマネジャー）に満足していますか。(1つに○)

1. 満足している 2. やや満足している 3. ぶつう 4. やや不満である } ⇒付問へ 5. 不満である

付問 問28で「4」「5」と回答した方におたずねします。

どんなことに不満を感じましたか。(いくつでも)

1. 知識、経験不足 2. 職員の態度が悪い 3. もっと時間を割いてほしいのに忙しい 4. サービスの理解ができていないまま使いはじめてしまった 5. その他〔 〕

問29 あなたが利用している居宅サービスはどのように思えますか。(1つに○)

1. よい 2. まあよい 3. ぶつう 4. やや悪い } ⇒付問へ 5. 悪い

付問 問29で「4」「5」と回答した方におたずねします。

その理由は何ですか。(いくつでも)

1. サービス利用しても自分が望む生活（自立）を実現できていないから 2. サービスの内容や質や質が希望したものと違うから 3. サービス提供職員がよく替わるから 4. 職員によってサービスにばらつきがあるから 5. 介護に関する知識や技術水準が低いから 6. 本人や家族への気配りが足りないから 7. サービスを提供する職員の態度が悪いから 8. その他〔 〕
--

問30 介護保険サービスの利用について、あなたのお考えに近いものをお答えください。

(1つに○)

1. 介護保険料を支払っているので、積極的に利用する 2. 自分の望む生活（自立した生活）を送ることができる、最低限のサービス利用にする 3. 家族の要望やケアマネジャーの計画どおりに利用する 4. なるべく使わないようにする 5. その他〔 〕 6. わからない

問31 あなたの暮らしを支える上で、どんなサービスや手助けがあればいいと思いますか。(いくつでも)

1. 自分や介護する家族の具合が悪くなった時など、緊急に、または一時的に、介護をお願いできる 2. 自分や介護する家族の具合が悪くなった時など、緊急に、または一時的に、家事をお願いできる 3. 自分や介護する家族の具合が悪くなった時など、緊急時に入院できるベッドを確保してくれる 4. 支給限度額を超えても（利用者負担による）介護保険サービスを提供してくれる 5. 掃除や洗濯、買物、ごみ出しなどの家事援助をしてくれる 6. 訪問美容サービス、訪問マッサージなどに来てくれる 7. 調理した食事を居住施設まで配達してくれる 8. 日常生活用品や食材を移動販売・通信販売をしてくれる 9. 定期的な安否確認や緊急時に通報を行ってくれる 10. 病院などへの移送サービスや、通院・外出に付き添いしてくれる 11. 喫茶・レストラン・会食サービス、生活健康講座・相談・指導サービス、趣味講座・レクリエーションなどを提供してくれる 12. 成年後見や葬儀への対応、身元保証、金銭管理などをしてくれる 13. 話し相手や相談相手をしてくれる 14. 気軽に立ち寄り、仲間や知り合いと一緒に過ごせる場所がある 15. その他〔 〕 16. わからない
--

問32 あなたは、介護保険外のサービスを利用していますか。(1つに○)

1. 利用している ⇒付問1へ 2. 利用していない ⇒付問2へ

付問1 問32で「1」と回答した方におたずねします。

どのようなサービスを利用していますか。(いくつでも)

1. 介護保険サービスの上乗せサービス
(宿泊サービスなどの時間延長して利用したサービスや支給限度基準額を超えて利用したサービス)
2. 家事援助等サービス
(掃除、洗濯、調理、買物等の代行、ごみ出し、簡単な大工仕事、庭仕事・ペットの散歩など)
3. 訪問サービス
(訪問美容サービス、訪問マッサージ、訪問趣味講座、訪問生活健康相談など)
4. 配食サービス
(調理した食事を居住施設まで配達するサービス)
5. 物販等サービス
(日常生活用品や食材の通信販売・移動販売または貸与・お届けなど)
6. 安否確認・緊急通報サービス
(定期訪問サービス、定期的な電話サービス、緊急通報・安否確認機器販売・貸与・設置)
7. 移動支援・付き添いサービス
(移送サービス、通院・入院・外出付き添いなど)
8. 通い・サロンサービス
(喫茶・レストラン・食食サービス、生活健康講座・相談・指導サービス、趣味講座・レクリエーションなど)
9. 金銭管理・契約代行サービス
(成年後見、葬儀対応、残存家財整理、身元保証支援、金銭管理に関わる支援など)
10. その他〔 〕

432

付問2 問32で「2」と回答した方におたずねします。

介護保険外のサービスについて、料金や内容が明確になれば利用することも検討されますか。(1つに〇)

1. 検討する
2. 検討しない
3. わからない

介護保険制度についておたずねします

問33 あなた(あて名のご本人)は、「地域包括支援センター※」を知っていますか。(1つに〇)

※地域包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から関係機関との連携をとりながら、総合的に支えていく機関です。

1. 知っている ⇒付問へ
2. 知らない

付問 問33で「1」と回答した方におたずねします。

あなたのお住まいの地区を担当している「地域包括支援センター」の場所を知っていますか。(1つに〇)

1. 知っている
2. 知らない

問34 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするために西東京市が力を入れるべき

だと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで〇)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実に力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 抱たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔 〕
15. わからない

問35 西東京市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望が

ありましたら、ご自由にお書きください。

ここからは、あて名ご本人をお世話している
ご家族の方についておたずねします

※ご家族の方が回答できない場合は、回答いただく必要はございません。ご協力ありがとうございます。

問36 日頃、あなた(あて名ご本人)を介護なさっている方はいらっしゃいますか。

(1つに〇)

1. いる
2. 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。

以下の質問は、あて名ご本人を介護されている方がお答えください

問 37 あて名ご本人を主に介護している方の性別はどちらですか。(1つに○)

1. 男性 2. 女性

問 38 あて名ご本人を主に介護しているのは、本人からみてもなただですか。(1つに○)

1. 夫または妻 4. 娘・息子の配偶者 7. その他の親類
2. 娘 5. 兄弟姉妹 8. 友人・知人、近所の人
3. 息子 6. 親 9. その他〔 〕

問 39 あて名ご本人を主に介護している方の年齢をご記入ください。(数字を記入)

※平成 28 年 11 月 1 日現在の年齢でお答えください。

〔 〕 歳

問 40 あて名ご本人を主に介護している方はどこに住んでいますか。(1つに○)

1. 同じ住宅 3. 同じ町内 5. 東京都内
2. 同じ敷地内 4. 西東京市内 6. その他〔 〕

433 問 41 あて名ご本人を介護している期間はどのくらいですか。具体的な期間をご記入ください。

約 〔 〕 年 〔 〕 か月

問 42 あて名ご本人を直接お世話・介護している時間は、1 日にどれくらいですか。具体的な時間数をご記入ください。

約 〔 〕 時間

問 43 あて名ご本人は、医師から認知症の診断をうけていますか。(1つに○)

1. 受けている 2. 受けていない

問 44 あなたには、介護をしている「負担感」がありますか。(1つに○)

1. ある 3. どちらともいえない 4. あまりない
2. とまどきある 5. な い

問 45 あなたが、介護をするうえで、困っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 十分な睡眠時間が確保できない 11. 自分以外に介護をする人がいない
2. 希望するサービスが受けられない 12. 育児や家族の世話ができない
3. 精神的に疲れ、ストレスがたまる 13. 介護従事者のサービスの質が悪い
4. 肉体的に疲れる 14. 介護に関して相談する相手がない
5. 自分の自由な時間が少ない 15. 介護サービスの提供する情報が少ない
6. 家族や自分の仕事に影響がある 16. 家族や親族の協力が得られない
7. 介護がいつまで続くのかわからない 17. 事業所・医療機関などが家の近くにない
8. 経済的な負担がかさむ 18. 夜間のサービスが足りない
9. 介護の方法がわからない 19. その他〔 〕
10. 虐待をしてしまう(衝動を持つ)時がある 20. 特 に ない

問 46 これから介護者の支援策として、あなたが必要だと思うのは次のどれですか。(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
3. リフレッシュのための日帰旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 介護者が集まって話せる場づくり
6. 家族会や介護者の自助グループづくり
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔 〕

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、**12月15日(木)まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市の要支援・要介護認定を受けている方で、介護保険施設等に入所されている方の中から、無作為に500人を選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりでの回答がむずかしい場合は、ご家族や施設職員の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族や施設職員の方が代わりにご記入くださいますよう、ご協力のほどお願いいたします。

★対象の方が事情により回答できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 退所・退院等	2. ご本人の意見を確認できない	3. ご家族の意向
4. その他〔 〕		

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までに ご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042（438）4030（直通）

（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。（1つに○）

1. あてご本人	3. 施設等の職員
2. あてご本人の家族	4. その他〔 〕

あなた（あてご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あてご本人のことです。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた（あてご本人）の性別をお答えください。（1つに○）

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

〔 〕 歳

問4 あなたの現在の介護度はどれですか。（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	

問5 あなたがお過ごしになっているのはどの施設ですか。（1つに○）

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）	
3. 介護療養型医療施設	
4. 有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	
5. グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	
6. その他〔 〕	

問6 現在の施設に入所されてどのくらいですか。（1つに○）

1. 半年未満	3. 1年以上2年未満	5. 3年以上5年未満
2. 半年以上1年未満	4. 2年以上3年未満	6. 5年以上

問7 ご家族はいらっしゃいますか。（1つに○）

1. 配偶者	⇒付問へ	3. 兄弟姉妹		5. いない
2. 子ども	⇒付問へ	4. その他〔 〕	⇒付問へ	

付問 問7で「1」～「4」と回答した方におたずねします。

ご家族の面会の頻度はどのくらいですか。（1つに○）

1. ほぼ毎日	4. 数か月に1回程度	7. ほとんど来ない
2. 週に1回程度	5. 半年に1回程度	
3. 月に1回程度	6. 年に1回程度	

これからの住まい方についておたずねします

問8 今後、あなた（あて名ご本人）はどのように過ごしたいと考えていますか。（1つに○）

1. 引き続きこの施設で過ごしたい
2. 別の施設で過ごしたい ⇒付問1へ
3. 自宅で介護保険サービスを利用して過ごしたい ⇒付問2へ
4. 自宅と施設を行き来しながら過ごしたい
5. 家族の意向に任せている
6. わからない

付問1 問8で「2」と回答した方におたずねします。
それはどのような施設ですか。（1つに○）

1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 介護療養型医療施設
4. 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
5. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）
6. 軽費老人ホーム（ケアハウス）
7. サービス付き高齢者向け住宅
8. その他〔 〕

435

付問2 問8で「3」と回答した方におたずねします。
どのようなサービスを利用したいですか。（いくつでも○）

1. 訪問介護
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護（デイサービス）
7. 通所リハビリテーション
8. 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）
9. 住宅改修
10. 福祉用具の貸与・販売
11. その他〔 〕

問9 この施設を退所される場合、帰宅先はどちらになりますか。（1つに○）

1. 自宅
2. 娘・息子の家
3. 兄弟姉妹の家
4. おい・めいなどの親族の家
5. その他〔具体的に： 〕
6. わからない
7. な い

問10 帰宅にあたり、問題となることがあるとしたら、どのようなことですか。（いくつでも○）

1. 家が狭いこと
2. 自分で使える部屋がないこと
3. 介護してくれる人がいないこと
4. 段差が多いなど過ごしにくいこと
5. 一緒に過ごす仲間がいなくなること
6. 家族がいないこと、帰宅できる家がないこと
7. 介護用の設備や用具がないこと
8. 介護費用の負担が大きいこと
9. 家族が介護するには心身の負担が大きいこと
10. その他〔 〕

介護保険サービスの利用についておたずねします

問11 現在の施設での生活は全般的にみていかがですか。（1つに○）

1. 快適である
2. ぶつうである
3. 自分には合っていないと思う
4. わからない

問12 現在入所されている施設についておたずねします。

(1) 施設での生活は満足していますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(2) 健康面での配慮はよくしてくれますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(3) 介護は丁寧に、こちらの状態を配慮してくれますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(4) レクリエーションやクラブ活動を楽しんでいますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(5) 心配なことなどの相談のったり十分に対応してくれますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(6) 職員の対応はゆとりが感じられますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(7) こちらのいうことに十分耳を傾けてくれますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(8) 約束したことを守ってくれますか。（1つに○）

1. はい
2. いいえ
3. わからない

問 9) どの職員も同じように丁寧に接してくれますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

問 10) 自分でではできないことを代わりにやってくれますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

問 11) プライバシーが守られていますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

問 12) リハビリ・機能訓練を十分にやってくれますか。(1つに○)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

問 13) 施設に改善してほしいことがありますか。(いくつでも○)

1. 食事内容や世話 4. 排せつの世話
2. レクリエーション 5. 職員の対応
3. 入浴の世話 6. その他 ()

問 14) 施設を利用する際には介護支援専門員(ケアマネジャー)があなた(あて名ご本人)に合った施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。あなたはこの施設サービス計画を知っていますか。(1つに○)

1. 知っている ⇒付問へ 2. 知らない

付問 問 14で「1」と回答した方におたずねします。

あなたは施設サービス計画(ケアプラン)に満足していますか。(1つに○)

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

問 15) 施設利用月額(限度額)について利用料を負担されていますが、あなたはその負担をどのように感じていますか。(1つに○)

1. 妥当だと思う 4. 非常に負担に感じる
2. おおむね妥当だと思う 5. わからない
3. 少し負担に感じる

問 16) あなたはこれまで、サービスを利用して感じた不満や問題などを誰かに伝えましたか。(いくつでも○)

1. 施設の職員やケアマネジャーに伝えた
2. 市の担当課に伝えた
3. 家族に伝えた
4. 施設等の他の入所者に伝えた
5. その他 ()
6. 特に何もしなかった ⇒付問 2へ
7. 特に不満や問題点はない
- ⇒付問 1、2へ

付問 1 問16で「1」～「5」と回答した方におたずねします。

伝えられた結果、不満や問題点は改善されましたか。(1つに○)

1. 改善された
2. 一部は改善された
3. 改善されなかった

付問 2 問16で「1」～「6」と回答した方におたずねします。

あなたが、これまでサービスを利用して感じた不満や問題点の具体的な内容をお聞かせください。(いくつでも○)

1. 施設で提供しているサービスの内容について
2. 施設職員の対応について
3. 介護保険サービスの利用料について
4. 要介護度について
5. その他 ()

介護保険制度についておたずねします

問 17) あなた(あて名ご本人)が、「介護保険制度」全体をよりよくするため東京都が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実に関力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 隠たさりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他 ()
15. わからない

問 18 西東京市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望が
ありましたら、ご自由にお書きください。

--

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）
に入れて、12月15日（木）までにお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力のお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市の要支援・要介護認定を受けている方の中から、介護保険サービスを利用されなかった300人を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. **この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。**
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中	2. 福祉施設入所中	3. 転居	4. その他〔 〕
------------	------------	-------	-----------

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までに ご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4105 (直通)
(受付時間 8:30~12:00、13:30~17:00 (土日祝を除く))

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。(1つに○)

- | | | |
|----------|-------------|-----------|
| 1. あてご本人 | 2. あてご本人の家族 | 3. その他〔 〕 |
|----------|-------------|-----------|

あなた（あてご本人）についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あてご本人のことです。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた（あてご本人）の性別をお答えください。(1つに○)

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

問3 あなたの年齢をお答えください。(数字を記入)

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

	歳
--	---

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。(1つに○)

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。(1つに○)

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. 一戸建ての持ち家 | 6. 社宅・官舎 |
| 2. 一戸建ての借家 | 7. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅） |
| 3. 分譲マンション | 8. その他〔 〕 |
| 4. 民間賃貸アパート・マンション | |
| 5. 公的賃貸住宅（都営・市営、公団、公社） | |

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| 3. 息子・娘 | 4. 息子・娘の配偶者 |
| 5. 親 | 6. 孫・ひ孫 |
| 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他〔 〕 |

ひとり暮らしでない方は、同居している方すべてに○

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。

同居の方は、皆さん65歳以上ですか。(1つに○)

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

問7 平日の日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

1. ひとりであることが多い 2. ひとりであることは少ない

日ごろの生活についておたずねします

問8 あなた(あて各ご本人)は、日常生活の中で困ったことがありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問へ 2. ない

付問 問8で「1」と回答した方におたずねします。
日常生活の中で困ったことは次のうちどれですか。(3つまで○)

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. 外出の際の移動手段 | 9. 洗濯 |
| 2. 税金の支払や公共機関の手続き | 10. 炊事 |
| 3. 財産やお金の管理 | 11. 電化製品の扱い方 |
| 4. 日々の買い物 | 12. トイレ |
| 5. 日々のごみ出し | 13. 入浴 |
| 6. 家具の移動 | 14. 通院・入所 |
| 7. 庭の手入れ他 | 15. その他 |
| 8. 掃除 | [] |

医療の状況についておたずねします

問9 あなた(あて各ご本人)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 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。

※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない 3. わからない

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない 3. わからない

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. わからない

問11 あなたの医療の受診形態は、次のどれですか。(いくつでも○)

※ここでいう「訪問診療」とは、医師に定期的に自宅訪問による診療を受けていることを言い、「往診」とは、医師に連絡したときに自宅訪問による診療を受けていることを言います。

1. 訪問診療を受けている } ⇒付問1, 2へ
2. 往診を必要ときに利用している
3. 通院している

付問1 問11で「1」「2」と回答した方におたずねします。

現在、次のような医療処置を受けていますか。(いくつでも○)

- | | | |
|------------|-----------|----------------------|
| 1. 点滴の管理 | 7. 疼痛の看護 | 13. 留置カテーテル |
| 2. ストーマの処置 | 8. 人工透析 | 14. インスリン |
| 3. 気管切開 | 9. 人工呼吸器 | 15. その他 |
| 4. 中心静脈栄養 | 10. 経管栄養 | [] |
| 5. たんの吸引 | 11. 胃ろう | 16. 医療処置は受けていない⇒問12へ |
| 6. 在宅酸素療法 | 12. じょうそく | |

付問2 問11で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。(いくつでも○)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 在宅療養(看取りを含む)について相談する場がない |
| 2. 薬を飲み忘れることが多い |
| 3. テイサービスやショートステイが利用できない |
| 4. 緊急時に医師と連絡がとれない |
| 5. 口腔ケアや歯科診療が受けられない |
| 6. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない |
| 7. 医療や介護サービスにお金がかかる |
| 8. 介護者にゆとりがない |
| 9. 在宅療養サービスについての情報が不足している |
| 10. 体調が急変したときなど、いざというときに入院できるのか不安がある |
| 11. 医師の対応に不安がある |
| 12. 訪問看護の対応に不安がある |
| 13. ケアマネジャーの対応に不安がある |
| 14. 介護サービスの対応に不安がある |
| 15. その他 [] |

問12 西東京市では、在宅療養を実現するための一つの方法として、医師会と連携して「在宅療養後方支援病床確保事業※」に取り組んでいます。

※事前に登録しておけば、かかりつけ医を通じて「ご本人の体調が変化したとき」「お世話をしてくれるご家族の急な用事」などのいざというときに、市内の受け入れ病院(後方支援病院)に確保してあるベッドに速やかに入院できる事業です。

(1) あなたは、「在宅療養後方支援病床確保事業」をご存知ですか。(1つに○)

1. 名称も内容も知っている 2. 名称は聞いたことがある 3. はじめて聞いた

(2) あなたは、このような在宅療養を実現するための取り組みを、市は積極的に進め
るべきだと思いますか。(1つに〇)

1. 進めるべきである 2. 進めるべきでない ⇒付問へ 3. わからない

付問 問 12 (2) で「2」と回答した方におたずねします。

その理由をご記入ください。

今後の希望についておたずねします

問 13 今後、あなたは(あて名ご本人)、どこで生活したいと思いますか。(1つに〇)

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. 自宅 | } ⇒付問 1、2へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他〔 | } ⇒付問 3へ |
| 7. わからない | |

付問 1 問 13 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養生活を希望する理由は何ですか。(いくつでも〇)

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1. 住み慣れた家にいたい | } ⇒付問 1、2へ |
| 2. 家族との時間を多く持ちたい | |
| 3. 病院での治療を望んでいない | |
| 4. 病院へ行くこと経済的に負担が大きい | |
| 5. 自宅で最期を迎えたい | |
| 6. 病院より退院等を迫られ希望せざるを得ない | } ⇒付問 3へ |
| 7. その他〔 | |

付問 2 問 13 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

今後、あなたの、在宅での療養は実現可能だと思いますか。(1つに〇)

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 難しいと思う | } ⇒付問 3へ |
| 2. 可能だと思う | |
| 3. その他〔 | |
| 4. わからない | |

付問 3 問 13 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 2 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで〇)

- | | |
|--------------------------------|----------|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから | } ⇒付問 1へ |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから | |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから | |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから | |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから | |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから | |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから | |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから | |
| 9. その他〔 | |

問 14 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(1つに〇)

- | | |
|---------------------|----------|
| 1. 自宅 | } ⇒付問 1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他〔 | } ⇒付問 2へ |
| 7. わからない | |

付問 1 問 14 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたの希望は実現可能だと思いますか。(1つに〇)

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 難しいと思う | } ⇒付問 2へ |
| 2. 可能だと思う | |
| 3. その他〔 | |
| 4. わからない | |

付問 2 問 14 で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問 1 で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで〇)

- | | |
|--------------------------------|----------|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから | } ⇒付問 1へ |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから | |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから | |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから | |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから | |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから | |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから | |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから | |
| 9. その他〔 | |

問 15 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。(1つに○)

1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい
2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい
3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないしてほしい
4. その他 ()
5. わからない

問 16 あなたは、問 13 から問 15 までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。(1つに○)

1. 伝えている ⇒付問 1へ
2. 伝えていない ⇒付問 2へ
3. その他 ()

付問 1 問 16 で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。(いくつでも○)

1. 口頭で
2. 私的なメモで
3. 遺言などで
4. 終活ノート (エンディングノート) で
5. その他 ()

44 付問 2 問 16 で「2」と回答した方におたずねします。
あなたが、希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでも○)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他 ()

介護保険サービスの利用についておたずねします

問 17 あなた (あて名ご本人) の現在の介護度はどれですか。(1つに○)

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

問 18 あなたは、介護保険の「要介護認定」の申請を誰に勧められましたか。(1つに○)

1. 家族
2. 親戚
3. 近所の人
4. 友人・知人
5. 市の保健福祉窓口職員
6. ケアマネジャー
7. 社会福祉協議会職員
8. 民生委員・児童委員
9. 地域包括支援センターの職員
10. 医師
11. 福祉用具販売事業者・住宅改修事業者
12. その他 ()
13. 自分自身 (誰にも勧められていない)

問 19 介護保険の「要介護認定」を申請された理由は何ですか。(1つに○)

1. 保健福祉サービス (家族介護慰労金、おむつ助成など) を受けるのに必要だから
2. サービスを利用したくなくなったとき、すぐに利用できるから
3. 福祉用具購入や住宅改修をしたいから
4. 車いすや介護用ベッドなどの福祉用具を借りたいから
5. 特別養護老人ホームなどに申し込みをするため
6. その他 ()

問 20 あなたは、「要介護認定」を受けながら、介護保険サービスを利用しない理由はありますか。(いくつでも○)

1. 家族が介護してくれるから
2. 家族以外に介護してもらうことが不安だから
3. 契約することが不安だから
4. 利用料を支払うだけのお金がないから
5. 利用料がサービス内容に見合っていないと思うから
6. 利用したいサービスがないから
(希望するサービスを具体的に：)
7. よいケアマネジャーが見つからないから
8. ケアマネジャーの対応がよくなかったから
9. 一時サービス (住宅改修など) だけでよかったから
10. まだ利用しなくてもよいと思うから
11. 病院に入院しているから
12. 体調がよくなったから
13. よいサービス事業者が見つからないから
14. サービス利用の申請方法がわからないから
15. サービスの内容がよくわからないから
16. 障害者控除に介護度の証明が必要だから
17. 紙おむつ助成金や外出支援サービスなどのサービスを利用するため
18. 介護認定をされているだけで安心感があるため
19. 家族以外の人に家に入ってほしくないため
20. その他 ()
21. わからない

問 21 介護保険サービスのうち、あなたが内容をご存知のサービスは次のうちどれですか。(いくつでも)

※★は要支援1～2の方も利用できるサービス

- ◆**家庭への訪問や通いで受けるサービス**
1. 訪問介護★(ホームヘルパーの訪問)
 2. 訪問入浴介護★(入浴チームの訪問)
 3. 訪問看護★(看護師などの訪問)
 4. 訪問リハビリテーション★(リハビリの専門職による訪問)
 5. 居宅療養管理指導★(医師などによる指導)
 6. 通所介護(デイサービス)★(日帰りの介護施設などへの通所)
 7. 通所リハビリテーション(デイケア)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの通所)
 8. 短期入所生活介護(ショートステイ)★(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への短期入所)
 9. 短期入所療養介護(ショートステイ)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの短期入所)
 10. 特定施設入居者生活介護★(有料老人ホームなどでの介護)
- ◆**施設などを利用するサービス**
11. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
 12. 介護老人保健施設(老人保健施設)
 13. 介護療養型医療施設
- ◆**身近な地域でのサービス**
14. 地域密着型通所介護(定員18人以下の小規模な通所介護)
 15. 小規模多機能型居宅介護★(通所介護(デイサービス)を中心に、「訪問介護」や「短期入所(ショートステイ)」を組み合わせさせた介護サービス)
 16. 夜間対応型訪問介護(夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護)
 17. 認知症対応型通所介護★(認知症デイサービス)
 18. 認知症対応型共同生活介護★(認知症高齢者グループホーム)
 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携したサービス)
またはそれぞれが密接に連携したサービス)
 20. 看護小規模多機能型居宅介護(「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせたサービス)
- ◆**その他**
21. 福祉用具の貸与★(車いす・特殊寝台などの貸与)
 22. 福祉用具の購入費の支給★(入浴用いすなどの購入費の支給)
 23. 住宅改修費の支給★(手すりの取付けなど改修費の支給)

問 22 今後、あなたはどのように過ごしたいと考えていますか。(1つに○)

現在思っていることに、最も近いものはどれですか。(1つに○)

1. できるだけ在宅で、介護保険サービスを利用しながら最期まで生活したい
2. できるだけ在宅で、家族の介護と介護保険サービスを受けながら最期まで生活したい
3. 在宅で、介護保険サービスを利用しないで最期まで生活したい
4. 家族に負担をかけたくないから、最後はお金のかからない老人ホームや施設・病院などに入所(入院)したい
5. 有料老人ホームなどお金がかかるが、家族に負担がかからない施設に入りたい
6. その他()
7. 特に考えていない
8. わからない

問 23 あなたは、平成28年4月より始めた「介護予防・日常生活支援総合事業※」をご存知ですか。(1つに○)

※介護保険サービスのうち、全国一律のサービスのうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、地域の実情に合わせて区市町村が取り組む事業に移行するとともに、一般介護予防事業も充実させることで、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的として実施する事業。

1. 名称も内容も知っている
2. 名称は聞いたことがある
3. はじめて聞いた

問 24 あなたは、日常生活を送るために、家族以外の人からの介護や手助けが必要になった場合、次の(1)～(3)のサービスについて、どのような内容のサービスを受けたいですか。

(1) 自宅でトイレやお風呂の介助などの介護を受けるサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい
3. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい
4. わからない

(2) 自宅で掃除・調理・洗濯などを手伝わしてもらうサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい
3. わからない

(3) デイサービスなどに通い、食事や入浴、食事も入浴、衰えた運動能力の回復や口の中のケアなどを行うサービス(1つに○)

1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい
2. 介護の専門家によるサービスにこだわらないので、料金が安いなら、NPOや民間団体等からサービスを受けたい
3. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からサービスを受けたい
4. あまりお金をかけずに、住民主体のサロンや運動・交流の場でサービスを受けたい
5. わからない

西東京市の介護保険・保健福祉サービスについておたずねします

問 25 あなた(あて名ご本人)は、「地域包括支援センター※」を知っていますか。(1つに○)

※地域包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から関係機関との連携をとりながら、総合的に支えていく機関です。

1. 知っている ⇒付問へ
2. 知らない

付問 問25で「1」と回答した方におたずねします。

あなたのお住まいの地区を担当している「地域包括支援センター」の場所を知っていますか。(1つに○)

1. 知っている
2. 知らない

問 26 あなたは、今後西東京市が取り組む介護保険・保健福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきとお考えですか。(5つまで○)

1. 介護が必要な状態にならないための予防に関する事業
2. 住民が身近な場で主体的に取り組むことができる介護予防活動
3. 在宅での介護を支援する、ホームヘルパーの派遣や入浴などのサービス
4. 在宅で介護を受ける方のための通所で行うデイサービス
5. 健康診査・がん検診などの保健サービス
6. 機能訓練・訪問指導・相談など、健康維持のためのサービス
7. 老人ホームなど、常時介護が必要な方のための入所施設
8. 介護を必要とする方を短期間お預かりする短期入所施設（ショートステイ）
9. 見守りが必要な人のための生活支援型施設（サービス付き高齢者向け住宅等）
10. 地域包括支援センターなど、身近なところで相談などを行える施設
11. 介護老人保健施設（老人保健施設）など、リハビリなどを行うための入所施設
12. 福祉会館など、健康の推進や趣味・教養向上のための施設
13. 住診やかかりつけ医・歯科医、訪問看護など、医療の充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. 趣味や教育の向上、生きがい対策など気軽に参加できる催し物・講座等の充実
16. ボランティアなど、高齢者の地域活動参加の促進や支援
17. 住民同士の支え合いを促進する、ボランティアポイント制度などの新しい仕組みの構築
18. 高齢者の就労支援
19. 認知症高齢者やその家族の支援
20. 認知症などで、判断能力が低下した方の財産保全等権利擁護に関する取り組み
21. その他〔 〕

43 問 27 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするために西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実に向けた取り組みを推進すること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 果たさりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔 〕
15. わからない

問 28 西東京市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

ここからは、あて名ご本人をお世話しているご家族の方についておたずねします
※ご家族の方が回答できない場合は、回答いただく必要はありません。ご協力ありがとうございます。

問 29 日頃、あなた（あて名ご本人）を介護なさっている方はいらっしゃいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない ⇒これら調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

以下の質問は、あて名ご本人を介護されている方がお答えください

問 30 あて名ご本人を主に介護している方の性別はどちらですか。(1つに○)

1. 男性 2. 女性

問 31 あて名ご本人を主に介護しているのは、本人からみてどなたですか。(1つに○)

- | | | |
|----------|-------------|---------------|
| 1. 夫または妻 | 4. 娘・息子の配偶者 | 7. その他の親類 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. 友人・知人、近所の人 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 9. その他〔 〕 |

問 32 あて名ご本人を主に介護している方の年齢をご記入ください。（数字を記入）
 ※平成 28 年 11 月 1 日現在の年齢でお答えください。

	歳	
問 33 あて名ご本人を主に介護している方はどこに住んでいますか。（1 つに○）		
1. 同じ住宅	3. 同じ町内	5. 東京都内
2. 同じ敷地内	4. 西東京市内	6. その他（ ）

問 34 あて名ご本人を介護している期間はどのくらいですか。具体的な期間をご記入ください。

	約		年		約		か		月
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

問 35 あて名ご本人を直接お世話・介護している時間は、1 日にどれくらいですか。具体的な時間を記入ください。

	約		時間
--	---	--	----

問 36 あて名ご本人は、医師から認知症の診断をうけていますか。（1 つに○）

	1. 受けている	2. 受けていない
--	----------	-----------

問 37 あなたには、介護をしている「負担感」がありますか。（1 つに○）

	1. ある	3. どちらともいえない	4. あまりない	5. な い
	2. と きど きある			

問 38 あなたが、介護をするうえで、困っていることは何ですか。（いくつでも○）

	1. 十分な睡眠時間が確保できない	11. 自分以外に介護をする人がいない
	2. 希望するサービスが受けられない	12. 育児や家族の世話ができない
	3. 精神的に疲れ、ストレスがたまる	13. 介護従事者のサービスの質が悪い
	4. 肉体的に疲れる	14. 介護に関して相談する相手がいない
	5. 自分の自由な時間がない	15. 介護サービスに関する情報が少ない
	6. 家族や自分の仕事に影響がある	16. 家族や親族の協力が得られない
	7. 介護がいつまで続くのかわからない	17. 事業所・医療機関などが家の近くにない
	8. 経済的な負担がかさむ	18. 夜間のサービスが足りない
	9. 介護の方法がわからない	19. その他（ ）
	10. 虐待をしてしまう（衝動を持つ）時がある	20. 特 にない

問 39 これから介護者の支援策として、あなたが必要だと思うのは次のどれですか。（いくつでも○）

	1. 介護者に対する定期的な情報提供
	2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
	3. リフレッシュのための日帰旅行などの機会提供
	4. 電話や訪問による相談サービス
	5. 介護者が集まって話せる場づくり
	6. 家族会や介護者の自助グループづくり
	7. 在宅介護者への手当
	8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
	9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援策
	10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
	11. その他（ ）

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、**12月15日（木）まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 事業者アンケート調査 ご協力のお願い

皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。
西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計
画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、サービス提供事業者アンケート調
査を実施することになりました。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願
いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
2. 本調査で「事業所」とは、同じ所在地であれば複数のサービスを提供していても
同一の事業所としています。
3. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
4. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべ
く具体的にその内容をご記入ください。
5. 質問によっては、回答していただく質問番号への案内にご注意ください。
など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。

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。
記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までに ご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4032 (直通)
(受付時間 8:30~12:00, 13:00~17:00 (土日祝を除く))

貴事業所についておたずねします

問1 貴事業所の所在地はどこですか。(1つに○)

1. 西東京市内
2. 西東京市外

問2 貴事業所で提供している介護保険サービス(予防含む)は何ですか。(いくつでも○)

1. 居宅介護支援
2. 訪問介護
3. 訪問入浴介護
4. 訪問看護
5. 訪問リハビリテーション
6. 居宅療養管理指導
7. 通所介護
8. 通所リハビリテーション
9. 短期入所生活介護
10. 短期入所療養介護
11. 特定施設入居者生活介護
12. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
13. 介護老人保健施設(老人保健施設)
14. 介護療養型医療施設
15. 地域密着型通所介護
16. 小規模多機能型居宅介護
17. 夜間対応型訪問介護
18. 認知症対応型通所介護
19. 認知症対応型共同生活介護
20. 福祉用具貸与・購入
21. 住宅改修
22. 訪問型サービス(総合事業)
23. 通所型サービス(総合事業)

問3 次の介護保険外サービスのうち、貴事業所で提供しているものはどれですか。
(いくつでも○)

1. 介護保険サービスの上乗せサービス
(宿泊サービスなどの時間延長して利用したサービスや支給限度基準額を超えて利用したサービス)
2. 家事援助等サービス
(掃除、洗濯、調理、買物等の代行、ごみ出し、簡単な大仕事、庭仕事・ペットの散歩など)
3. 訪問サービス
(訪問美容サービス、訪問マッサージ、訪問趣味講座、訪問生活健康相談など)
4. 配食サービス
(調理した食事を居住施設まで配達するサービス)
5. 物販等サービス
(日常生活用品や食材の通信販売・移動販売または貸与・お掛けなど)
6. 安否確認・緊急通報サービス
(定期訪問サービス、定期的な電話サービス、緊急通報・安否確認機器販売・貸与・設置)
7. 移動支援・付き添いサービス
(移送サービス、通院・入院・外出付き添いなど)
8. 通い・サロンサービス
(喫茶・レストラン・会食サービス、生活健康講座・相談・指導サービス、趣味講座・レクリエーションなど)
9. 金銭管理・契約代行サービス
(成年後見、葬儀対応、残存家財整理、身元保証支援、金銭管理に関わる支援など)
10. その他〔
11. いずれも提供していない〕

問4 貴事業所の利用者についておたずねします。平成28年11月1日時点における利用者総数と西東京市民の利用者数を要介護度別にご記入ください。

利用者総数	要支援					要介護					
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				
うち、西東京市民	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問5 貴事業所の職員について、職種別、居住地別（西東京市内・西東京市外）、常勤・非常勤別に人数を記入してください。

※1人が複数の資格を持っている場合は、重複して教えてください。ただし、職員総人数は、実際の職員数と同じになるように記入してください（内訳合計と総人数の一致は不要です）。

区分	居住地			
	西東京市内		西東京市外	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
介護支援専門員	人	人	人	人
介護福祉士	人	人	人	人
介護職員初任者研修修了者（旧ホームヘルパー2級）	人	人	人	人
ホームヘルパー1級・介護職員基礎研修修了者	人	人	人	人
介護職員実務者研修修了者	人	人	人	人
介護職（資格なし）	人	人	人	人
社会福祉士	人	人	人	人
医師	人	人	人	人
歯科医師	人	人	人	人
看護師・准看護師	人	人	人	人
歯科衛生士	人	人	人	人
保健師	人	人	人	人
薬剤師	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人
管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
音楽療法士	人	人	人	人
あん摩マッサージ指圧師・鍼灸師	人	人	人	人
事務職	人	人	人	人
その他〔 〕	人	人	人	人
職員総人数	常勤：西東京市内 人、西東京市外 人		人	
	非常勤：西東京市内 人、西東京市外 人		人	

事業運営についておたずねします

問6 円滑な事業運営を進めていくうえで、現在、特に困難に感じていることは何ですか。（いくつでも）

1. 従事者の確保が難しい
2. 利用者の確保が難しい
3. 事務作業が多い
4. 施設・設備の改善が難しい
5. 必要な情報の入手に支障がある
6. 従事者の資質向上を図ることが難しい
7. 利用者や家族の制度に対する理解が進んでいない
8. 市町村等との連携を図ることが難しい
9. その他〔 〕
10. 特に困難に感じることがない

問7 職員の充足状況についてお答えください。（1つに○）

1. 過剰
2. 適正
3. やや不足
4. 不足
5. 大いに不足

問8 人材を確保するためにどのような取り組みを行っていますか。

(1) 現在行っている取り組み（いくつでも○）

1. 新規採用枠の拡大
2. 中途採用枠の拡大
3. 就業時間の見直し
4. 福利厚生の実施
5. 資金面の充実
6. 研修会への参加支援
7. 資格取得の支援
8. 苦情・相談体制の充実
9. 職員間の助け合い制度
〔具体的に： 〕
10. 同事業所内での人員確保
11. 社外の協力体制の整備
12. 求人広告掲載
13. その他
〔 〕

(2) 今後行いたい取り組み（いくつでも○）

1. 新規採用枠の拡大
2. 中途採用枠の拡大
3. 就業時間の見直し
4. 福利厚生の実施
5. 資金面の充実
6. 研修会への参加支援
7. 資格取得の支援
8. 苦情・相談体制の充実
9. 職員間の助け合い制度
〔具体的に： 〕
10. 同事業所内での人員確保
11. 社外の協力体制の整備
12. 求人広告掲載
13. その他
〔 〕

問9 貴事業所において、特に確保の困難な職種はどれですか。(いくつでも○)

1. 介護支援専門員	9. 歯科衛生士	17. 音楽療法士
2. 介護福祉士	10. 保健師	18. あん摩マッサージ指圧師・鍼灸師
3. 訪問介護員	11. 薬剤師	19. 事務職
4. 介護職（資格なし）	12. 理学療法士	20. その他
5. 社会福祉士	13. 作業療法士	〔 〕
6. 医師	14. 言語聴覚士	21. 特にない
7. 歯科医師	15. 機能訓練指導員	
8. 看護師・准看護師	16. 管理栄養士・栄養士	

問10 職員の早期離職防止や定着促進のためにどのような取り組みを行っていますか。(いくつでも○)

(労働時間・勤務負担軽減)
1. 労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞いている
2. 時間外労働時間の削減に取り組んでいる
3. 年次有給休暇等の取得を促進している
(職員の健康支援)
4. 職員の健康教育や身体的健康対策（生活習慣病対策等）に取り組んでいる
5. 感染症予防対策に取り組んでいる
(いじめ・ハラスメント)
6. いじめやハラスメント等へ対応できる体制を整備している
7. 職員のメンタルヘルス対策に取り組んでいる
(仕事と子育て・介護等の両立支援)
8. 育児・介護等の休暇制度の活用を奨励している
9. 子育て支援（託児所を設ける、保育費用の助成など）や介護支援を行っている
10. 多様な勤務形態（短時間勤務、短日勤務、交代制勤務など）を活用している
(キャリア形成支援)
11. 新人の指導担当・アドバイザーを置いている（メンター制度など）
12. キャリアパスを作成している
13. 能力や仕事ぶりを評価し、配置や処遇に反映している
14. キャリアに応じた給与体系を整備している
(職場風土・環境整備、定着支援)
15. 経営者や役員との意見交換がしやすい職場環境づくりを行っている
16. 定期的なミーティング等の実施による、風通しのよい職場環境づくりを行っている
17. 福利厚生を充実させている
(業務の効率化・負担軽減)
18. 情報通信機器を活用した業務の効率化、省力化を推進している
19. その他〔 〕
20. 特に行っていない

問11 キャリア支援についておたずねします。

(1) 貴事業所では、どのような研修や資格取得支援などを行っていますか。(いくつでも○)

1. 採用を前提とした資格取得支援の研修（採用前）
2. 事業所内での採用時研修（新任研修）
3. 事業所内での資格取得支援の研修（既採用職員向け）
4. 事業所内での定期的な現任研修の実施
5. 事業所内での事例検討会や、外部研修受講者による報告会
6. 西東京市介護サービス事業者連絡会が実施する研修等への参加を奨励
7. 東京都社会福祉協議会が実施している研修等への参加を奨励
8. その他民間団体が実施している研修等への参加を奨励
9. 業務として勤務時間中の研修参加を承認
10. 研修受講費用の補助
11. 資格試験に合格した場合、受験料や登録費用等を負担
12. 資格試験に合格した場合の報奨金
13. その他〔 〕
14. 特に行っていない

(2) 事業所内での講習会・研修は十分実施できていると思いますか。できていない場合は理由を具体的に書きください。(1つに○)

1. 十分実施できている
2. 十分ではないが実施できている
3. ほとんど実施できていない〔理由： 〕
4. その他〔 〕

(3) 外部の研修や事例検討、勉強会について職員が積極的に参加できるよう支援していただけますか。できていない場合は理由を具体的に書きください。(1つに○)

1. 支援している
2. 十分でないが支援している
3. ほとんど支援していない〔理由： 〕
4. 支援したいができない〔理由： 〕
5. その他〔 〕

問12 貴事業所では、介護職員によるたんの吸引など、医療的ケアへの対応は実施していますか。(1つに○)

1. すでに実施している	3. 対応は考えていない
2. 検討している	4. その他〔 〕

問 13 医療機関との連携について、貴事業所として取り組んでいることはありますか。(いくつでも○)

1. 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている 2. 往診をしてくれる医師・医療機関がある 3. 急変時の受入を依頼できる病院を確保している 4. 提携している診療所や病院があり、入院を受け入れてもらっている 5. 職員への研修講師などをお願いしている 6. ケースカンファレンスへ参加している 7. 緊急時の対応に同行している 8. その他 () 9. 特にない
--

問 14 医療機関との連携を進めるうえでの課題は何ですか。(いくつでも○)

1. 医療機関の協力が得られない 2. 情報共有システムが確立されていない 3. 共有すべき情報がわからない 4. 連携のための事務負担が大きい 5. 連携の必要性を感じていない 6. その他 ()

448 問 15 平成 27 年度の貴事業所の介護事業会計についておたずねします。介護事業収支は、どのような状況ですか。(1つに○)

1. 大幅な赤字である 2. やや赤字である 3. ほぼ収支が均衡している 4. やや赤字である 5. 大幅な赤字である
--

サービスの質の向上に向けた取り組みについておたずねします

問 16 これまでに利用者や家族からどのような苦情を受けていますか。(いくつでも○)

1. サービス内容に関するもの 2. 利用手続に関するもの 3. 職員の態度に関するもの 4. 施設・設備に関するもの 5. 保険外負担（その他日常生活費等）に関するもの 6. その他 () 7. 特に苦情を受けていない

問 17 今後、第三者評価を実施する予定はありますか。(1つに○)

1. 実施の予定がある 2. 実施の予定はない ⇒ 付問へ 3. すでに実施した（実施年月： 年 月）

付問 問 17 で「2」と回答した事業所におたずねします。その理由は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 費用がかかりすぎるから 2. メリットがわからないから 3. 評価機関の選び方がわからないから 4. サービスの改善に結びつくかわからないから 5. その他 ()

問 18 サービスの質の向上に向けて、貴事業所で課題としてあげられること、また、今後取り組みること（または続けること）はありますか。ア～ニのそれぞれ別の項目について、あてはまる欄に○をつけてください。

現在、課題としてとりあげられること

今後取り組みること（または続けること）

ア. 事業所の経営理念の明確化	1	2
イ. 従業員への経営理念の周知徹底	1	2
ウ. 職場内での人材育成・教育の充実	1	2
エ. ケアカンファレンスへの積極的な参加	1	2
オ. 専門職の定着・確保	1	2
カ. 利用者にとって有益な情報開示の推進	1	2
キ. 利用者にわかりやすい契約書の工夫	1	2
ク. 利用者の納得と意思の尊重	1	2
ケ. 利用者のプライバシーの保護・個人情報管理の徹底	1	2
コ. 各種マニュアルの作成	1	2
サ. 苦情処理対応	1	2
シ. サービスの自己評価の取り組み	1	2
ス. 従業員の労働条件	1	2
セ. 提供するサービスの量的拡大	1	2
ソ. 提供するサービスエリアの拡大	1	2
タ. 福祉系事業所との連携	1	2
チ. 医療・保健系事業所との連携	1	2
ツ. ボランティア活動団体との連携	1	2
テ. ボランティア受入の拡大	1	2
ト. 家族等介護者とのつながり	1	2
ナ. コミュニティケアや個室化の推進	1	2
ニ. その他（具体的に下の欄にご記入ください）	1	2

【その他の内容】具体的に記入してください。

●現在、課題としてあげられること

●今後取り組みること（または続けること）

問 19 貴事業所の職員は、利用者の望む生活（自立支援）を意識したサービス提供を行っていると思いますか。（1つに○）

1. 思う
2. 少しは思う
3. あまり思わない
4. 思わない
5. 考えたことはない

今後の運営方針についておたずねします

問 20 貴事業所で提供しているサービスについて、今後、どのように考えていますか。（1つに○）

1. 現状維持で考えている
2. 事業規模の拡大を考えている
3. 事業規模の縮小を考えている
4. その他（ ）

付問 問 20で「3」と回答した事業所におたずねします。

事業規模の縮小を考えた理由は次のうちどれですか。（2つまで○）

1. 事業展開するのに十分な需要が見込まれないため
2. 競合の事業所に利用者が集中する傾向がみられるため
3. 新たな事業所が参入してきているため
4. 利用者負担を考慮して、利用者がサービスの利用を控えているため
5. 医療保険などのほかの制度を利用するケースが見込み以上に多いため
6. 必要な従事者を確保できないため
7. 介護報酬単価が低く、利益が見込まれないため
8. その他（ ）

問 21 貴事業所では、仕事としての介護のイメージアップを図るためには、どのような取り組みが必要とお考えですか。（3つまで○）

1. 介護職員を中学校・高校に派遣し、介護の仕事の魅力、やりがいをPRする
2. 中学生や高校生を対象にした介護の魅力に掲載した冊子の作成・配布する
3. 学生の進路選択資料の作成など、介護職場情報の提供を通じて介護の魅力向上を図る
4. 介護の日(11月11日)などにおいて、介護保険サービスや介護の仕事をPRする
5. 中学生・高校生を対象に施設等介護の現場の見学を開催する
6. 中学生・高校生を対象にボランティア体験の機会を提供する
7. 高校生を対象にした施設等介護の現場での職場体験（インターンシップ）を行う
8. その他（ ）
9. 特にない

地域包括支援センターについておたずねします

問 22 西東京市の地域包括支援センターの4つの役割について、どの程度機能していると思いますか。（ア～エそれぞれ1つに○）

	よく機能している	機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	ほとんど機能していない	わからない
ア. 介護予防事業のケアマネジメント	1	2	3	4	5	6
イ. 介護保険外サービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援	1	2	3	4	5	6
ウ. 被保険者に対する虐待の防止、早期発見等の権利擁護事業	1	2	3	4	5	6
エ. 保健医療の向上及び福祉の増進を包括的・継続的に支援	1	2	3	4	5	6

付問 問 22で回答した理由を教えてください。また、地域包括支援センターについて、ご意見・ご要望があれば、ご自由にお書きください。

西東京市への意向についておたずねします

問 23 採用・求人募集について、西東京市にどのようなことを望みますか。（3つまで○）

1. 都内で合同採用面接会を開催
2. 地方で合同採用面接会を開催
3. 求人広告費用を助成
4. ハローワークへの働きかけ
5. 求職フェア等のイベント開催
6. 市内事業者の介護求人情報システムを構築
7. 介護の仕事に興味を持つ人の介護初任者研修の受講費用を助成
8. その他（ ）
9. 特にない

問 24 人材の確保・育成や早期離職防止と定着促進のために、問 23 であげたようなさまざまな取り組み以外で、次のうち有効と考えられるものは何ですか。(3つまで○)

1. 人材育成や研修の専門家の派遣
2. 離職率改善事例の紹介
3. 離職した介護従事者などの潜在的有資格者が職場復帰した事例の紹介
4. 福利厚生の充実支援
5. 研修時の代替職員確保の支援
6. 処遇改善のための助成
7. 退職金や企業年金など各種諸手当の助成
8. 介護職員のための住宅確保・助成
9. メンタルヘルスや雇用環境に関する相談窓口の設置
10. ICT等の活用支援（業務の効率化、利用者情報の共有、医療連携、介護連携など）
11. 介護ロボットの活用支援
12. 資格を必要としない生活支援の担い手（市民）の育成
13. 人材育成や処遇改善の取り組みについて優秀な事業者への表彰
14. その他〔 〕

問 25 今後保険者としての西東京市に対し、事業者として望むことは次のうちどれですか。(3つまで○)

1. 苦情相談への指導・助言・援助
2. ケアプランの指導
3. 施設等の空き情報の提供
4. 処遇困難ケースの指導・助言・援助
5. 介護保険制度の最新情報提供
6. 研修会やケース検討会の開催
7. 医療と介護の連携
8. 被保険者・家族への制度の周知
9. 事業者に対するサービスの質の評価
10. その他〔 〕
11. 特になし

問 26 「介護保険制度」全体をよりよくするため西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実に関心をいれこめること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 隠たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔 〕
15. わからない

問 27 介護保険事業について、ご意見、ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、**12月15日（木）まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 介護支援専門員アンケート調査 ご協力をお願いします

皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。
西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、居宅介護支援事業所で勤務をされている介護支援専門員（ケアマネジャー）の方を対象に、アンケート調査を行うことといたしました。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。

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。
記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までにご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4032（直通）
（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

あなたのことについておたずねします

問1 あなたの性別は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 男性 2. 女性

問2 あなたの年齢をお答えください。(数字を記入)
※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

[] 歳

問3 あなたの勤務形態は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 常勤 2. 非常勤

問4 あなたの介護支援専門員としての経験年数は次のうちどれですか。(1つに○)

1. 1年未満 4. 5年以上7年未満
2. 1年以上3年未満 5. 7年以上10年未満
3. 3年以上5年未満 6. 10年以上

問5 あなたが介護支援専門員以外にお持ちの資格はどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|---|--|
| <p>1. 社会福祉士 8. 准看護師 15. 柔道整復師</p> <p>2. 介護福祉士 9. 歯科衛生士 16. 薬剤師</p> <p>3. 精神保健福祉士 10. 理学療法士 17. ホームヘルパー1級</p> <p>4. 医師 11. 作業療法士 18. ホームヘルパー2級</p> <p>5. 歯科医師 12. 栄養士（管理栄養士含む） 19. 介護職員初任者</p> <p>6. 保健師 13. あん摩マッサージ指圧師 20. その他</p> <p>7. 看護師 14. はり師・きゆう師 []</p> | |
|---|--|

貴事業所についておたずねします

問6 あなたが担当している西東京市内の利用者数と西東京市外（他市）の利用者数のおおよその割合はどのくらいですか。

西東京市内：西東京市外 = [] : []

問7 あなたの事業所には介護支援専門員が何人いますか。あなたご自身も含めて年代別・居住地別にご記入ください。(平成28年11月1日時点)

	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
居住地							
西東京市内	人	人	人	人	人	人	人
西東京市外	人	人	人	人	人	人	人

問8 所属する事業所と同じ所在地内において、居宅介護支援事業の他に介護保険サービス事業を運営していますか。(1つに○)

1. 居宅介護支援事業だけを運営している
2. 他の介護保険サービス事業も運営している ⇒付問へ

付問 問8で「2」と回答した方におたずねします。
サービス内容はどれですか。(いくつでも○)

1. 居宅介護支援
2. 訪問介護
3. 訪問入浴介護
4. 訪問看護
5. 訪問リハビリテーション
6. 居宅療養管理指導
7. 通所介護
8. 通所リハビリテーション
9. 短期入所生活介護
10. 短期入所療養介護
11. 特定施設入居者生活介護
12. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
13. 介護老人保健施設(老人保健施設)
14. 介護療養型医療施設
15. 地域密着型通所介護
16. 小規模多機能型居宅介護
17. 夜間対応型訪問介護
18. 認知症対応型通所介護
19. 認知症対応型共同生活介護
20. 福祉用具貸与・購入
21. 住宅改修
22. 訪問型サービス(総合事業)
23. 通所型サービス(総合事業)

ケアマネジメントについておたずねします

問9 あなたが現在、ケアマネジメントする上で困難を感じることは次のどれですか。(いくつでも○)

1. 家族と本人の意見が合わず、調整が困難なことがある
2. 家族間で意見の相違があり、振り回されてしまう
3. 認知症等で利用者の意思の確認ができない
4. 望ましいサービスを提案しても、本人や家族の理解を得られない
5. 本人の経済的な理由で必要なサービスを組み入れられない
6. 介護保険サービスに関する情報が少ない
7. 介護保険外サービスに関する情報が少ない
8. 制度上、適切なサービスを位置づけられないかわからない
9. 希望の日にサービスを利用できない
10. サービス資源が不足している
11. 主治医との連携ができない
12. 医療関係者との連携がうまくとれない
13. サービス事業者との連携がうまくとれない
14. 保険者(市役所)への相談がしにくい
15. 地域包括支援センターへの相談がしにくい } ⇒付問へ
16. 作成しなければならぬ書類が多い
17. その他 []

付問 問9で「15」「16」と回答した方におたずねします。
「相談がしにくい」理由を具体的に書きください。

[]

問10 あなたはこれまでにケアプランの作成(アセスメントからモニタリングまで)が困難と感じるケースを担当したことがありますか。(1つに○)

1. はい ⇒付問へ
2. いいえ

付問 問10で「1」と回答した方におたずねします。
どのようなケースですか。(いくつでも○)

1. 医療依存度が高い
2. 利用者と家族の間の意見が違ふ
3. 利用者の要望に答えられない
4. 同居家族に精神疾患などがあり協力を得られない
5. 本人や家族がアルコール依存症や精神疾患のため意思判断ができない
6. 介護拒否があるためサービスを利用してもらえない
7. 独居などでキーパーソンがいない
8. 独居の認知症高齢者のため意思判断ができない
9. 経済的、金銭的な問題を抱えている
10. キャンセルが多くサービスの調整に手間取る
11. 深刻な虐待が疑われる
12. その他 []

問11 あなたは困難なケースを担当したとき、主にどのようなように対応していますか。(1つに○)

1. 地域包括支援センターに相談している
2. 保険者(市役所)に相談している
3. 事業者内で解決できているので外部には相談していない
4. 相談していない
5. その他 []

問12 あなたは、ご自身が担当している方の摂食嚥下や口腔ケアについて、そのニーズを把握し、対応できていますか。(1つに○)

1. できている
2. できていない ⇒付問へ
3. わからない ⇒付問へ

付問 問12で「2」「3」と回答した方におたずねします。
その理由はなぜですか。(いくつでも○)

1. 対応の仕方がわからない
2. 対応する機会がない
3. 研修や勉強する機会がない
4. 指導してくれる人がいない
5. 対応するつもりはない
6. その他 []

問13 あなたが担当している方は、「在宅訪問歯科診療」を利用していますか。(いくつでも○)

1. 利用している(市内の歯科医院)
2. 利用している(市外の歯科医院)
3. 利用していない

問 14 あなたは、ご自身が担当している方の望む生活（自立支援）に向けたケアプランの作成が十分にできてきていると思いますか。（1つに○）

1. 思う	4. 思わない	⇒付問へ
2. 少しは思う	5. 考えたことはない	⇒付問へ
3. あまり思わない		⇒付問へ

付問 問 14で「3」「4」「5」と回答した方におたずねします。
そのように思う理由について具体的に下記記入ください。

--

問 15 ケアプラン作成時に、介護事業所数もしくは定員など、量的に不足していると感じるサービス、また、ケアプランに組み入れにくいサービスはありますか。下記の介護保険サービスからそれぞれ3つまで選んで番号を記入して下さい。

(1) 量的に不足しているサービス

(2) ケアプランに組み入れにくいサービス

--	--

1. 訪問介護	13. 住宅改修費の支給
2. 訪問看護	14. 介護老人福祉施設
3. 訪問リハビリテーション	15. 介護老人保健施設
4. 訪問入浴介護	16. 夜間対応型訪問介護
5. 居宅療養管理指導	17. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
6. 通所介護	18. 小規模多機能型居宅介護
7. 通所リハビリテーション	19. 看護小規模多機能型居宅介護
8. 短期入所生活介護	20. 地域密着型通所介護
9. 短期入所療養介護	21. 認知症対応型通所介護
10. 特定施設入居者生活介護	22. 認知症対応型共同生活介護
11. 福祉用具の貸与	23. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
12. 特定福祉用具購入	24. 特になし

問 16 ケアプランの作成以外で、最も負担に感じるものはどれですか。（1つに○）

1. 給付管理	6. 利用者の入院先や施設入所先の手配
2. 住宅改修理由書の作成	7. 管理者としての業務
3. 要介護認定調査	8. 関係機関と連絡調整
4. 事業所の相談窓口業務	9. その他（
5. 利用者の通院同行（受診付添含む）	）

問 17 地域包括支援センターは、あなたの仕事にとって役に立っていると思いますか。（1つに○）

1. そう思う	3. あまりそう思わない	} ⇒付問へ
2. ややそう思う	4. 思わない	
	5. わからない	

付問 問 17で「3」「4」「5」と回答した方におたずねします。
その理由について、ご自由にお書きください。

例) 相談するきっかけがない、相談したがるような対応がなかった 等

--

問 18 これから地域包括支援センターに期待するのはどのようなことですか。（いくつでも○）

1. 地域のネットワークづくり	7. 認知症高齢者の把握や対応
2. 介護予防事業対象者の把握やマネジメント	8. 消費者被害や振り込み詐欺等の防止
3. 総合相談の充実	9. 困難ケースへの対応
4. 介護支援専門員の支援、指導	10. 医療機関との連携
5. 権利擁護事業	11. 住民への意識啓発
6. 独居高齢者の把握や対応	12. その他（

介護保険外サービスについておたずねします

問 19 あなたが担当する利用者に、介護保険外の支援として、近隣の居住者の支援を受けている方はいます（いました）か。（1つに○）

1. いる（いた）	2. いない（いなかった）	3. わからない
-----------	---------------	----------

問 20 あなたは介護保険サービス以外のサービスをケアプランに加えたことがありますか。（いくつでも○）

1. 市の高齢者サービスを加えたことがある	⇒付問 1、3へ
2. 市の高齢者サービス以外のサービスを加えたことがある	⇒付問 2、3へ
3. どちらもない	⇒付問 4へ

付問1 問20で「1」と回答した方におたずねします。
どのような内容ですか。(いくつでも0)

1. 配食サービス
2. 緊急通報装置の設置
3. 高齢者緊急短期入所サービス
4. 高齢者入浴券支給サービス
5. 日常生活用具等給付サービス
6. 住宅改造等給付サービス
7. 認知症及びねたきの高齢者等紙おむつ給付サービス
8. 寝具乾燥サービス
9. ねたきの高齢者理・美容券交付サービス
10. 認知症高齢者徘徊位置探索サービス
11. 高齢者等外出支援サービス
12. その他〔 〕

付問2 問20で「2」と回答した方におたずねします。
それはどのような内容ですか。(いくつでも0)

1. 介護保険サービスの上乗せサービス
(宿泊サービスなどの時間延長して利用したサービスや支給限度基準額を超えて利用したサービス)
2. 家事援助等サービス
(掃除、洗濯、調理、買物等の代行、ごみ出し、簡単な大工仕事、庭仕事・パットの散歩など)
3. 訪問サービス
(訪問理美容サービス、訪問マッサージ、訪問趣味講座、訪問生活健康相談など)
4. 配食サービス
(調理した食事を居住施設まで配達するサービス)
5. 物販等サービス
(日常生活用品や食材の通信販売・移動販売または貸与・お届けなど)
6. 安否確認・緊急通報サービス
(定期訪問サービス、定期的な電話サービス、緊急通報・安否確認機器販売・貸与・設置)
7. 移動支援・付き添いサービス
(移送サービス、通院・入院・外出付き添いなど)
8. 通い・サロンサービス
(喫茶・レストラン・会食サービス、生活健康講座・相談・指導サービス、趣味講座・レクリエーションなど)
9. 金銭管理・契約代行サービス
(成年後見、葬儀対応、残存家財整理、身元保証支援、金銭管理に関わる支援など)
10. その他〔 〕

付問3 問20で「1」「2」と回答した方におたずねします。
加えるにあたり困難に感じたことは次のどれですか。(いくつでも0)

1. 利用料が高い
2. 利用できる資源が少ない
3. どこにどのような資源があるのかわからない
4. 質の高いサービス事業者が少ない
5. サービスはあるが時間帯などがニーズに合わない
6. 手続きが煩雑で利用しにくい
7. 申し込んでから時間がかかる
8. サービスはあるが対象者などが合わない
9. 利用者・家族が必要性を感しない
10. その他〔 〕
11. 困難に感じたことは特になし

付問4 問20で「3」と回答した方におたずねします。

ケアプランに介護保険外サービスを加えたことのない理由は次のどれですか。
(いくつでも0)

1. サービスの必要性を感じないから
2. 利用者からの希望がないから
3. ケアプランの責任の範囲が狭いから
4. どのようなサービスがあるか知らないから
5. 利用者の負担が増えるから
6. ケアプランの見直しが必要になるから
7. その他〔 〕
8. 特になし

問21 西東京市内で、量的に不足していると感じる介護保険外サービスはどれですか。(いくつでも0)

【市が提供する高齢者サービス】 (いくつでも0)	【上記以外の介護保険外サービス】 (いくつでも0)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 配食サービス 2. 緊急通報装置の設置 3. 高齢者緊急短期入所サービス 4. 高齢者入浴券支給サービス 5. 日常生活用具等給付サービス 6. 住宅改造等給付サービス 7. 認知症及びねたきの高齢者等紙おむつ給付サービス 8. 寝具乾燥サービス 9. ねたきの高齢者理・美容券交付サービス 10. 認知症高齢者徘徊位置探索サービス 11. 高齢者等外出支援サービス 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険サービスの上乗せサービス 2. 家事援助等サービス 3. 訪問サービス 4. 配食サービス 5. 物販等サービス 6. 安否確認・緊急通報サービス 7. 移動支援・付き添いサービス 8. 通い・サロンサービス 9. 金銭管理・契約代行サービス 10. その他〔 〕

問 22 あなたはこれから、介護保険外サービスを積極的にケアプランに加えたいと思いますか。(1つに○)

1. ぜひ加えたい
2. 必要であれば加えたい
3. 加えたくない
4. わからない

問 23 介護保険外サービスを充実させていくためにはどのようなことが必要だと思いますか。ご自由にお書きください。

例) 保険外サービス資源や情報を整備すること、サービスの開発を進めること 等

スキルアップについておたずねします

問 24 あなたはこの1年以内に、スキルアップのための研修や講習会に参加しましたか。(1つに○)

1. はい
2. いいえ ⇒付問へ

付問 問 24 で「2」と回答した方におたずねします。

研修や講習会に参加しなかったのはどのような理由からですか。(いくつでも○)

1. 忙しくて時間が無いから
2. 事業所の雰囲気が出づらいうから
3. 事業所の方針で出られないから
4. 研修や講習会に関する情報が無い、または得にくいから
5. 参加するための費用を負担に感じるから
6. 必要と思わないから
7. その他

問 25 あなたは今後、どのような研修や講習会に参加したいと思いますか。(3つまで○)

1. 基礎研修課程 I
2. 基礎研修課程 II
3. 専門研修課程
4. 主任ケアマネジャー研修
5. リスクマネジメント研修
6. ケアプランの作成・評価
7. 困難事例の検討
8. 介護予防に関する知識・技術
9. リハビリテーションに関する知識
10. 医学一般に関する知識
11. 摂食嚥下や口腔ケアなどに関する知識
12. 住宅・住環境に関する知識
13. 福祉用具に関する知識
14. 認知症ケア、認知症医療
15. 成年後見制度など権利擁護関連制度
16. 消費者問題などの法律知識
17. 介護福祉士等の資格取得
18. 職業倫理に関する知識
19. その他
20. 特にない

医療と介護の連携の状況についておたずねします

問 26 在宅で療養生活を続けている高齢者への医療と介護は、サービス担当者会議を通じて連携していると思いますか。(1つに○)

1. 十分連携していると思う
2. ある程度連携していると思う
3. 連携が不十分であると思う
4. ほとんど連携していないと思う

⇒付問へ

付問 問 26 で「3」「4」と回答した方におたずねします。その理由は何か。(3つまで○)

1. 医療と介護の関係者間で共通の目的を持っていない
2. 医学知識や医療制度がわからない
3. お互いに多忙で連絡がとれない
4. 個人情報や保護の観点から情報が共有されない
5. 交流の場がない
6. 誰と連絡をとればいいのかわからない
7. 医療関係者の介護保険に関する知識や理解が不足している
8. その他

問 27 あなたは、担当している方の医学的な情報を十分把握していますか。(1つに○)

1. 十分把握している
2. ある程度把握している
3. あまり把握していない
4. ほとんど把握していない

問 28 あなたは、医療と介護の連携を図る上で情報の共有化をどのように進めれば良いとお考えですか。具体的にお書きください。

問 29 あなたと次の関係機関、職種との連携状況をお答えください。(A～Eそれぞれ1つに○)

	よく連携している	ある程度連携している	あまり連携していない	ほとんど連携がない
A. 病院の医師	1	2	3	4
イ. 病院の看護師	1	2	3	4
ウ. 病院の地域連携室 (医療ソーシャルワーカー)	1	2	3	4
エ. サービス利用者のかかりつけ医	1	2	3	4
オ. サービス利用者に必要と考えられる診療科の医師	1	2	3	4
カ. 歯科医師	1	2	3	4
キ. 薬剤師	1	2	3	4
ク. 地域包括支援センター	1	2	3	4
ケ. 訪問看護ステーション	1	2	3	4
コ. ホームヘルパー	1	2	3	4
サ. 通所介護 (デイサービス)	1	2	3	4
シ. 訪問・通所リハビリテーション	1	2	3	4
ス. 短期入所生活介護 (ショートステイ)	1	2	3	4
セ. 市の職員	1	2	3	4

問 30 高齢者の在宅療養を進めていく上で不足している機能は何ですか。(いくつでも○)

1. 訪問診療や往診をしてくれる診療所
2. 訪問看護(訪問看護ステーション)
3. 訪問・通所リハビリテーションなどリハビリテーション施設
4. 介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの介護保険施設
5. 一人ひとりの状況に応じて関係者が連携して対応するチームケア
6. その他〔 〕

西東京市への意向についておたずねします

問 31 あなたは、ケアマネジメントを実施する上で、保険者(西東京市)との連携はどれいていますか。(1つに○)

1. 十分とれていると思う
2. ある程度とれていると思う
3. あまりとれていないと思う
4. まったくとれていないと思う
5. わからない

問 32 西東京市で特に必要だと思うサービスを、その理由もあわせ、ご自由にお書きください。

〔 〕

問 33 今後保険者としての西東京市に対し、介護支援専門員として望むことは次のうちどれですか。(3つまで○)

1. 苦情相談への指導・助言・援助
 2. ケアプランの指導
 3. 施設等の空き情報の提供
 4. 処遇困難ケースの指導・助言・援助
 5. 介護保険制度の最新情報提供
 6. 研修会やケース検討会の開催
 7. 医療と介護の連携
 8. 被保険者・家族への制度の周知
 9. 事業者に対するサービスの質の評価
 10. その他
- 〔 〕
11. 特になし

問 34 「介護保険制度」全体をよりよくするため西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。(3つまで○)

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実を力を入れること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実を図ること
6. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの施設を増やしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 褒たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所を増やすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔 〕
15. わからない

問 35 介護保険事業について、ご意見、ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

〔 〕

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、**12月15日(木)まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力をお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市にお住まいで、平成28年8月に介護保険の訪問看護を利用して40歳以上の要介護認定者の中から無作為に300人を選ばせていただき、在宅医療と介護についてご意見やご要望をおうかがいするものです。

なお、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。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
2. ご回答は、封筒のあて名をご本人を主に介護されている方がご記入ください。
3. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
4. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
5. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）までに ご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042（438）4102（直通）
（受付時間 8：30～12：00、13：00～17：00（土日祝を除く））

問1 あて名の方は、現在どこで生活していますか。（1つに○）

- | | | |
|------------------|--------------|--------|
| 1. 自宅 | 4. 介護老人保健施設 | 7. その他 |
| 2. 子ども等他の家族・親族の家 | 5. 特別養護老人ホーム | 〔 〕 |
| 3. 病院 | 6. 有料老人ホーム | |

※問1で「3」～「7」とお答えの方は、ここまでのご記入で結構です。返送してください。調査にご協力いただき誠にありがとうございます。

〔問2以降は、問1で「1」「2」のいずれかに○をつけた方がお答えください。〕

あて名の方についておたずねします

問2 この調査票はどなたがご記入されますか。あて名の方からみた続柄でお答えください。（1つに○）

- | | | |
|----------|-------------|---------------|
| 1. 夫または妻 | 4. 娘・息子の配偶者 | 7. その他の親類 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. 友人・知人、近所の人 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 9. その他〔 〕 |

問3 あて名の方の性別をお答えください。（1つに○）

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

問4 あて名の方の年齢をお答えください。（数字を記入）

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

〔 〕 歳

問5 あて名の方のお住まいはどちらですか。（1つに○）

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 米町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問6 あて名の方と同居している家族をお答えください。

- | | |
|-------------------------|-------------|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| 3. 息子・娘 | 4. 息子・娘の配偶者 |
| 5. 親 | 6. 孫・ひ孫 |
| 7. あて名の方やあて名の方の配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他〔 〕 |

ひとり暮らしでない方は、同居している方すべてに○

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。
同居の方は、皆さん65歳以上ですか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問7 あて名の方の要介護度は、次のどれですか。(1つに〇)

1. 要介護1 3. 要介護3 5. 要介護5
2. 要介護2 4. 要介護4 6. わからない

問8 平日の日中、あて名の方はひとりであることが多いですか。(1つに〇)

1. ひとりであることが多い 2. ひとりであることは少ない

医療の状況についておたずねします

問9 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。

※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あて名の方の生活の状況などを理解して、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あて名の方には、「かかりつけ医」がいますか。(1つに〇)
1. いる 2. いない 3. わからない

(2) あて名の方には、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに〇)
1. いる 2. いない 3. わからない

(3) あて名の方には、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに〇)
1. ある 2. ない 3. わからない

問10 あて名の方の療養が必要になった主な原因は何ですか。(1つに〇)

1. 脳血管疾患(脳卒中等) 7. 呼吸器疾患
2. 関節疾患(変形性関節症、リウマチ等) 8. 糖尿病
3. 骨折・転倒 9. 脊髄疾患(変形性脊椎症など)、背髄損傷
4. 高齢による衰弱 10. 悪性新生物(がん)
5. 認知症 11. パーキンソン病等の特定疾病
6. 心臓病 12. その他〔 〕

問11 あて名の方が在宅で医療を受けられるようになってどのくらい経ちますか。

〔 〕年〔 〕か月

問12 あて名の方は、どのような医療処置を受けていますか。(いくつでも〇)

1. 点滴の管理 7. 疼痛の看護 13. 留置カテーテル
2. ストーマの処置 8. 人工透析 14. インスリン
3. 気管切開 9. 人工呼吸器 15. その他〔 〕
4. 中心静脈栄養 10. 経管栄養 16. 特に受けていない
5. たんの吸引 11. 胃ろう
6. 在宅酸素療養 12. じょくそう

問13 あて名の方の体調が急変したとき、どこに連絡しますか。(1つに〇)

1. かかりつけ医に連絡する 4. 家族・親族に連絡する
2. 訪問看護師に連絡する 5. 救急車を呼ぶ
3. ケアマネジャーに連絡する 6. その他〔 〕

問14 あて名の方が在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。(いくつでも〇)

1. 在宅療養(看取りを含む)について相談する場がない
2. 薬を飲み忘れることが多い
3. デイサービスやショートステイが利用できない
4. 緊急時に医師と連絡がとれない
5. 口腔ケアや歯科診療が受けられない
6. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない
7. 医療や介護サービスにお金がかかる
8. 介護者にゆとりがない
9. 在宅療養サービスについての情報が不足している
10. 体調が急変したときなど、いざというときに入院できるのか不安がある
11. 医師の対応に不安がある
12. 訪問看護の対応に不安がある
13. ケアマネジャーの対応に不安がある
14. 介護サービスの対応に不安がある
15. その他〔 〕

問15 あて名の方の医療の受診形態は、次のどれですか。(いくつでも〇)

※ここでいう「訪問診療」とは、医師に定期的に自宅訪問による診療を受けていることを言い、「往診」とは、医師に連絡したときに自宅訪問による診療を受けていることを言います。

1. 訪問診療を受けている
2. 往診を必要ときに利用している
3. 通院している →問18へ

問16 訪問診療(往診)してもらっている医療機関は、どのようにして見つめましたか。(いくつでも〇)

1. 入院していた病院から紹介された 4. ケアマネジャーから紹介された
2. インターネットで検索した 5. その他
3. 地域包括支援センターから紹介された〔 〕

問 17 あなたは、あて名の方が現在受けている在宅医療にどの程度満足していますか。
(1つに○)

- | | | |
|---------|--------------|-------|
| 1. 満足 | 3. どちらともいえない | 5. 不満 |
| 2. やや満足 | 4. やや不満 | |

[問 15 で「1. 訪問診療を受けている」または「2. 往診を必要ときに利用している」と回答した方は、問 22へ進んでください]

[問 18～問 21は、問 15で「3. 通院している」と回答した方がお答えください]

問 18 あて名の方は、1か月に何回くらい通院していますか。

1か月に〔 〕回くらい

問 19 あて名の方は、どのような方法で通院していますか。(1つに○)

- | |
|----------------------------|
| 1. ご自身のみで通院している |
| 2. 家族の介助で通院している |
| 3. ヘルパーなどサービス事業者の介助で通院している |

問 20 あて名の方は、どのような手段で通院していますか。(いくつでも○)

- | | | |
|---------|------------|-----------|
| 1. 自家用車 | 3. バス | 5. 介護タクシー |
| 2. 電車 | 4. 一般のタクシー | 6. その他〔 〕 |

問 21 あて名の方が訪問診療を受けていない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 通院できるから |
| 2. かかりつけ医が訪問診療(往診)を行っていないから |
| 3. 家の中に家族以外の人が入ることに抵抗があるから |
| 4. 訪問診療(往診)を受けたいが、必要な診療科の往診がないから |
| 5. 医療や介護サービスにお金がかかるから |
| 6. その他〔 〕 |

退院時のことについておたずねします

[問 22 は、在宅療養となる前に「入院した方」がお答えください。入院していない方は次の問 23へ進んでください]

問 22 あなたは、あて名の方が入院していた病院から受けた退院支援の援助に満足していますか。(1つに○)

- | |
|--------------|
| 1. 満足している |
| 2. やや満足している |
| 3. どちらともいえない |
| 4. やや不満である |
| 5. 不満である |
- } ⇒付問へ

付問 問 22で「4」「5」と回答した方におたずねします。
退院支援の援助で不満なことは何ですか。(いくつでも○)

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 症状がどの程度回復するか、満足する説明がなかった |
| 2. 退院後の治療について、満足する説明がなかった |
| 3. 退院後の注意点について、満足する説明がなかった |
| 4. 退院後の生活や治療への希望について、満足する説明がなかった |
| 5. 介護サービスの利用方法について、満足する説明がなかった |
| 6. 退院後の介護サービスについて、十分な検討ができなかった |
| 7. 退院先についての助言や訪問診療や往診をしてくれる医師の紹介がなかった |
| 8. 介護について、満足する説明がなかった |
| 9. 退院後の生活の不安について、十分聞いてもらえなかった |
| 10. その他〔 〕 |

今後の希望についておたずねします

問 23 あて名の方は、今後どこで療養生活を送りたいと希望していますか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|---------|
| 1. 自宅 | } ⇒付問1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | } ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他〔 〕 | |
| 7. わからない | |

付問1 問 23で「1」「2」と回答した方におたずねします。

今後、あて名の方の、在宅での療養は実現可能だと思いますか。(1つに○)

- | | |
|-----------|-------|
| 1. 難しいと思う | ⇒付問2へ |
| 2. 可能だと思う | |
| 3. その他〔 〕 | |
| 4. わからない | |

付問2 問 23で「3」から「6」のいずれかを回答した方、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 家族や親族に負担をかけるから |
| 2. 介護してくれる家族や親族がいないから |
| 3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから |
| 4. 訪問してくれる医師がいないから |
| 5. 訪問してくれる看護師がいないから |
| 6. 療養できる居住環境が整っていないから |
| 7. 介護のサービス体制が整っていないから |
| 8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから |
| 9. その他〔 〕 |

問 24 あて名の方は、人生の最期をどこで迎えることを希望していますか。(1つに〇)

1. 自宅	⇒付問1へ
2. 子ども、親族の家	
3. 高齢者向けのケア住宅	⇒付問2へ
4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設	
5. 病院などの医療施設	
6. その他〔	〕
7. わからない	

付問1 問24で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あなたは、あて名の方の希望は実現可能だと思いますか。(1つに〇)

1. 難しいと思う	⇒付問2へ
2. 可能だと思う	
3. その他〔	〕
4. わからない	

付問2 問24で「3」から「6」のいずれかを回答した方、付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(3つまで〇)

1. 家族や親族に負担をかけるから	
2. 介護してくれる家族や親族がいないから	
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから	
4. 訪問してくれる医師がいないから	
5. 訪問してくれる看護師がいないから	
6. 療養できる居住環境が整っていないから	
7. 介護のサービス体制が整っていないから	
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから	
9. その他〔	〕

問 25 あて名の方は、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望していますか。(1つに〇)

1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい	
2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい	
3. 意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい	
4. その他〔	〕
5. わからない	

問 26 あて名の方は、問23から問25までの設問でお聞きした希望を家族や身近な方に伝えていきますか。(1つに〇)

1. 伝えている	⇒付問1へ
2. 伝えていない	⇒付問2へ
3. その他〔	〕

付問1 問26で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。(いくつでも〇)

1. 口頭で	
2. 私的なメモで	
3. 遺言などで	
4. 終活ノート(エンディングノート)で	
5. その他〔	〕

付問2 問26で「2」と回答した方におたずねします。

あて名の方が、希望を伝えていないのはなぜだと思いますか。(いくつでも〇)

1. まだ伝える時期ではないと思うから	
2. 伝えることに躊躇しているから	
3. 家族の希望に任せたいから	
4. その他〔	〕

問 27 西東京市では、在宅療養を実現するための一つの方法として、医師会と連携して「在宅療養後方支援病床確保事業*」に取り組んでいます。

※事前に登録しておけば、かかりつけ医を通じて「ご本人の体調が変化したとき」「お世話をしてくれるご家族の急な用事」などのいざというときに、市内の受け入れ病院(後方支援病院)に確保してあるベッドに速やかに入院できる事業です。

(1) あなたは、「在宅療養後方支援病床確保事業」をご存知ですか。(1つに〇)

1. 名称も内容も知っている	2. 名称は聞いたことがある	3. はじめて聞いた
----------------	----------------	------------

(2) あなたは、このような在宅療養を実現するための取り組みを、市は積極的に進めるべきだと思いますか。(1つに〇)

1. 進めるべきである	2. 進めるべきでない	⇒付問へ	3. わからない
-------------	-------------	------	----------

付問 問27(2)で「2」と回答した方におたずねします。
その理由をご記入ください。

--

介護保険サービスの利用についておたずねします

問 28 あて名の方は、次の介護サービスを利用していますか。ア～オのサービスごとに「1. 利用している」「2. 利用していない」のいずれかに○をつけ、サービスを利
用している方は1か月の利用回数を、サービスを利用していない方は利
用していない主な理由を1つお答えください。

ア. 訪問看護

1. 利用している 2. 利用していない

利用回数をお答えください

月 回

利用していない理由を以下から1つお選びください

1. 近くにサービス提供事 4. 自身が希望して
業所がないから いないから
2. 予約がいつばいで利用 5. その他
できなから
3. 医療ニーズに対応でき
ないから

イ. 訪問介護（ホームヘルプサービス）

1. 利用している 2. 利用していない

利用回数をお答えください

月 回

利用していない理由を以下から1つお選びください

1. 近くにサービス提供事 4. 自身が希望して
業所がないから いないから
2. 予約がいつばいで利用 5. その他
できなから
3. 医療ニーズに対応でき
ないから

ウ. 通所介護（デイサービス）

1. 利用している 2. 利用していない

利用回数をお答えください

月 回

利用していない理由を以下から1つお選びください

1. 近くにサービス提供事 4. 自身が希望して
業所がないから いないから
2. 予約がいつばいで利用 5. その他
できなから
3. 医療ニーズに対応でき
ないから

エ. 短期入所生活介護（ショートステイ）

1. 利用している 2. 利用していない

利用回数をお答えください

月 回

利用していない理由を以下から1つお選びください

1. 近くにサービス提供事 4. 自身が希望して
業所がないから いないから
2. 予約がいつばいで利用 5. その他
できなから
3. 医療ニーズに対応でき
ないから

オ. 小規模多機能型居宅介護

※利用者の選択に応じて、サービス拠点への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。

1. 利用している 2. 利用していない

利用回数をお答えください

月 回

利用していない理由を以下から1つお選びください

1. 近くにサービス提供事 4. 自身が希望して
業所がないから いないから
2. 予約がいつばいで利用 5. その他
できなから
3. 医療ニーズに対応でき
ないから

あて名の方を主に介護されている方についておたずねします

※以下の質問で、「あなた」とはあて名の方を主に介護されている方のことです。お問
違えのないようにお答えください。

問 29 あなたの性別はどちらですか。(1つに○)

1. 男 性 2. 女 性

問 30 あなたの年齢をご記入ください。(数字を記入)
※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

約 歳

問 31 あなたはどこに住んでいますか。(1つに○)

1. 同じ住居 3. 同じ町内 5. 東京都内

2. 同じ敷地 4. 西東京市内 6. その他 道府県

問 32 あて名ご本人を介護している期間はどのくらいですか。具体的な期間をご記入く
ださい。

約 年 月 日

問 33 あて名ご本人を直接お世話・介護している時間は、1日にどれくらいですか。
具体的な時間数をご記入ください。

約 時間

問 34 あなたご自身は、要介護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 35 あなたには、介護をしている「負担感」がありますか。(1つに○)

1. ある
2. ときどきある
3. どちらともいえない
4. あまりない
5. ない

問 36 あなたが、介護をするうえで、困っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 十分な睡眠時間が確保できない
2. 希望するサービスが受けられない
3. 精神的に疲れ、ストレスがたまると肉体的に疲れる
4. 肉体的に疲れる
5. 自分の自由な時間がない
6. 家族や自分の仕事に影響がある
7. 介護がいつまで続くのかわからない
8. 経済的な負担がかさむ
9. 介護の方法がわからない
10. 虐待をしよう(衝動を持つ)時がある
11. 自分以外に介護をする人がいない
12. 育児や家族の世話ができない
13. 介護従事者のサービスの質が悪い
14. 介護に関して相談する相手がいない
15. 介護サービスに関する情報が少ない
16. 家族や親族の協力が得られない
17. 事業所・医療機関などが家の近くにない
18. 夜間のサービスが足りない
19. その他〔
〕
20. 特にない

問 37 これから介護者の支援策として、あなたが必要だと思うのは次のどれですか。(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会の提供
3. リフレッシュのための日帰旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 介護者が集まって話せる場づくり
6. 家族会や介護者の自助グループづくり
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔
〕

問 38 最後に、あて名の方の医療や介護サービスについてのお考え、医療機関と介護サービス事業者の連携を図るために西東京市に取り組みんでほしいことなどについて、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、**12月15日(木)まで**にお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力をお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきたきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、厚生労働省の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査手法により、西東京市に住まいの65歳以上の方の中から、無作為に1,200人を選ばせていただき、介護予防の観点から日常生活の状況や健康行動についてお聞きするものです。なお、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、本調査で得られたデータを、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがありますので、予めご了承ください。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

- この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
- お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
- お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
- 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印(⇒)など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
- 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりで回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中	2. 福祉施設入所中	3. 転居	4. その他〔 〕
------------	------------	-------	-----------

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月15日（木）まで

にご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話042 (438) 4029 (直通)

(受付時間 8:30~12:00、13:00~17:00 (土日祝を除く))

問1 調査票の記入日をご記入ください。

記入日	平成28年	月	日
-----	-------	---	---

問2 調査票を記入されたのはどなたですか。(1つに○)

1. あて名のご本人が記入		
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄))
3. その他		

あなた (あて名ご本人) についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あて名ご本人のことです。お間違えないようにお答えください。

問3 あなた (あて名ご本人) の性別をお答えください。(1つに○)

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問4 あなたの年齢をお答えください。(数字を記入)

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

[] 歳

問5 あなたの要支援認定の状況についてお答えください。(1つに○)

※平成28年11月1日現在の状況でお答えください。更新申請などの理由で、結果が出ない方は、わかっている状況でお答えください。

1. 認定なし	3. 要支援2	5. わからない
2. 要支援1	4. 事業対象者	

問6 あなたのお住まいの地区をお答えください。(1つに○)

1. 田無町	7. 向台町	13. 富士町	19. ひばりが丘北
2. 南町	8. 芝久保町	14. 中町	20. 柴町
3. 西原町	9. 新町	15. 東町	21. 北町
4. 緑町	10. 柳沢	16. 泉町	22. 下保谷
5. 谷戸町	11. 東伏見	17. 住吉町	
6. 北原町	12. 保谷町	18. ひばりが丘	

あなたのご家族や生活状況についておたずねします

問7 家族構成をお教えてください。(1つに○)

1. 1人暮らし
2. 夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)
3. 夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)
4. 息子・娘との2世帯
5. その他

問8 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。(1つに○)

1. 介護・介助は必要ない ⇒問9へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒付問1. 2へ
3. 現在、何らかの介護を受けている ⇒付問1. 2へ
(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

付問1 問8において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ
介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(いくつでも○)

1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
2. 心臓病
3. がん(悪性新生物)
4. 呼吸器の病気(肺炎腫・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. 糖尿病
9. 腎疾患(透析)
10. 視覚・聴覚障害
11. 骨折・転倒
12. 背椎損傷
13. 高齢による衰弱
14. その他〔 〕
15. 不明

付問2 問8において「1. 介護・介助は必要ない」以外の方のみ
主にどなたの介護、介助を受けていますか。(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. 介護サービスのヘルパー
8. その他
- 〔 〕

問9 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。(1つに○)

1. 大変苦しい
2. やや苦しい
3. ふうふう
4. ややゆとりがある
5. 大変ゆとりがある

問10 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(1つに○)

1. 持家(一戸建て)
2. 持家(集合住宅)
3. 公営賃貸住宅
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

からだを動かすことについておたずねします

問11 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。(1つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていません
3. できない

問12 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つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていません
3. できない

問13 15分位続けて歩いていきますか。(1つに○)

1. できるし、している
2. できるけどしていません
3. できない

問14 過去1年間に転んだ経験がありますか。(1つに○)

1. 何度もある
2. 1度ある
3. ない

問15 転倒に対する不安は大きいですか。(1つに○)

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

問16 週に1回以上は外出していますか。(1つに○)

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

問17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(1つに○)

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

問18 外出を控えていますか。(1つに○)

1. はい ⇒付問へ
2. いいえ ⇒問19へ

付問 問18で「1. はい」(外出を控えている)の方のみ
外出を控えている理由は、次のどれですか。(いくつでも○)

1. 病氣
2. 障害(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. 耳の障害(聞こえの問題など)
6. 目の障害
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〔 〕

問 19 外出する際の移動手段は何ですか。(いくつでも)

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. 徒歩 | 8. 病院や施設のバス |
| 2. 自転車 | 9. 車いす |
| 3. バイク | 10. 電動車いす (カート) |
| 4. 自動車 (自分で運転) | 11. 歩行者・シルバーカー |
| 5. 自動車 (人に乗せてもらう) | 12. タクシー |
| 6. 電車 | 13. その他 () |
| 7. 路線バス | |

食べることにしておたずねします

問 20 身長・体重をお答えください。

身長 cm 体重 kg

問 21 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(1つに○)

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

45 問 22 お茶や汁物等でむせることがありますか。(1つに○)

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

問 23 口の渴きが気になりますか。(1つに○)

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

問 24 歯磨き (人にやらしてもらった場合も含む) を毎日していますか。(1つに○)

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

問 25 噛み合わせは良いですか。(1つに○)

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

問 26 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、期知らずを含めて32本です。)(1つに○)

- | | |
|------------------------|--------|
| 1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用 | ⇒問 27へ |
| 2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし | ⇒問 27へ |
| 3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用 | ⇒問 27へ |
| 4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし | ⇒問 27へ |

付問 問 26で「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ

毎日入れ歯の手入れをしていますか。(1つに○)

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

問 27 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。(1つに○)

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

問 28 どなたかと食事をともにする機会はありますか。(1つに○)

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1. 毎日ある | 3. 月に何度かある | 5. ほとんどない |
| 2. 週に何度かある | 4. 年に何度かある | |

毎日の生活についておたずねします

問 29 物忘れが多いと感じますか。(1つに○)

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

問 30 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つに○)

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

問 31 今日が何月何日かわからない時がありますか。(1つに○)

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

問 32 バスや電車を使って1人で外出していますか。(自家用車でも可)(1つに○)

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

問 33 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(1つに○)

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

問 34 自分で食事の用意をしていますか。(1つに○)

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

問 35 自分で請求書の支払いをしていますか。(1つに○)

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

問 36 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(1つに〇)

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

問 37 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つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 38 新聞を読んでいますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 39 本や雑誌を読んでいますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 40 健康についての記事や番組に関心がありますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 41 友人の家を訪ねていますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 42 家族や友人の相談にのっていますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 43 病人を見舞うことができますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 44 若い人に自分から話しかけることがありますか。(1つに〇)

1. はい 2. いいえ

問 45 趣味はありますか。(1つに〇)

1. 趣味あり → []
2. 思いつかない

問 46 生きがいがありますか。(1つに〇)

1. 生きがいあり → []
2. 思いつかない

地域での活動についておたずねします

問 47 以下のような会・グループ等にとどのくらいの頻度で参加していますか。※①～⑦それぞれに回答してください。(それぞれ1つに〇)

	週 4回以上	週 2～3回	週 1回	月 1～3回	年に 回数	参 加し ない
①ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
②スポーツ関係のグループや クラブ	1	2	3	4	5	6
③趣味関係のグループ	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

問 48 地域住民の有志によって、健康づくりの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えますか。(1つに〇)

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 49 地域住民の有志によって、健康づくりの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えますか。(1つに〇)

1. 是非参加したい 2. 参加してもよい 3. 参加したくない

たすけあいについて

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

問50 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいませんか。（いくつでも○）

- | | | |
|-----------|----------------|---------------|
| 1. 配偶者 | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 7. その他 |
| 2. 同居の子ども | 5. 近隣 | 〔 〕 |
| 3. 別居の子ども | 6. 友人 | 8. そのような人はいない |

問51 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はいませんか。

（いくつでも○）

- | | | |
|-----------|----------------|---------------|
| 1. 配偶者 | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 7. その他 |
| 2. 同居の子ども | 5. 近隣 | 〔 〕 |
| 3. 別居の子ども | 6. 友人 | 8. そのような人はいない |

問52 あなたが病気で数日間入院したときに、看病や世話をしてくれる人はいませんか。

（いくつでも○）

- | | | |
|-----------|----------------|---------------|
| 1. 配偶者 | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 7. その他 |
| 2. 同居の子ども | 5. 近隣 | 〔 〕 |
| 3. 別居の子ども | 6. 友人 | 8. そのような人はいない |

問53 反対に、看病や世話をしにあげる人はいませんか。（いくつでも○）

- | | | |
|-----------|----------------|---------------|
| 1. 配偶者 | 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 7. その他 |
| 2. 同居の子ども | 5. 近隣 | 〔 〕 |
| 3. 別居の子ども | 6. 友人 | 8. そのような人はいない |

問54 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。

（いくつでも○）

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 5. 地域包括支援センター・役所・役場 |
| 2. 社会福祉協議会・民生委員 | 6. その他 |
| 3. ケアマネジャー | 7. そのような人はいない |
| 4. 医師・歯科医師・看護師 | |

問55 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（1つに○）

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1. 毎日ある | 3. 月に何度かある | 5. ほとんどない |
| 2. 週に何度かある | 4. 年に何度かある | |

問56 この1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1人と数えることとします。（1つに○）

- | | | |
|------------|---------|----------|
| 1. 0人（いない） | 3. 3～5人 | 5. 10人以上 |
| 2. 1～2人 | 4. 6～9人 | |

問57 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。（いくつでも○）

- | | | |
|--------------|-------------------|--------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 4. 仕事での同僚・元同僚 | 7. その他 |
| 2. 幼なじみ | 5. 趣味や関心が同じ友人 | 8. いない |
| 3. 学生時代の友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 | |

健康についておたずねします

問58 現在のあなたの健康状態はいかがですか。（1つに○）

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

問59 あなたは、現在のどの程度幸せですか。（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください。）

- | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|
| とても不幸 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 | とても幸せ |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|

問60 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つに○）

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

問61 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る感じがよくなりましたか。（1つに○）

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

問62 お酒は飲みますか。（1つに○）

- | | | | |
|-----------|---------|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 2. 時々飲む | 3. ほとんど飲まない | 4. ともとも飲まない |
|-----------|---------|-------------|-------------|

問63 タバコは吸っていますか。（1つに○）

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 3. 吸っていたがやめた |
| 2. 時々吸っている | 4. ともとも吸っていない |

問64 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(いくつでもO)

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

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒 (切手は不要) に入れて、**12月15日 (木) までに**お近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 医療関係機関アンケート調査 ご協力をお願いします

皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、医療関係機関アンケート調査を実施することになりました。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年12月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年12月1日現在でお答えください（設問で期日を指定している場合を除く）。
2. お答えは、貴医療機関としてのお考えを表明できる方がお答えください。
3. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
4. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
5. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。

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。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

12月27日（火）までにご返送ください。

調査について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。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4102 (直通)
(受付時間 8:30~12:00、13:00~17:00 (土日祝を除く))

貴医療機関についておたずねします

問1 あなたの職種は次のどれですか。（1つに○）

- | | | |
|---------|----------------|--------|
| 1. 医師 | 4. 看護師 | 7. その他 |
| 2. 歯科医師 | 5. 医療ソーシャルワーカー | 〔 |
| 3. 薬剤師 | 6. 事務職 | 〕 |

問2 あなたが所属されている医療機関を教えてください。（1つに○）

- | |
|------------------------------|
| 1. 病院 |
| 2. 一般診療所（在宅療養支援診療所としての届出有） |
| 3. 一般診療所（在宅療養支援診療所としての届出無） |
| 4. 歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所としての届出有） |
| 5. 歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所としての届出無） |
| 6. 薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導に係わる届出有） |
| 7. 薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導に係わる届出無） |
| 8. その他〔 |
| 〕 |

問3 貴機関は、在宅医療の実施に関してどのようなようにお考えですか。（1つに○）

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 積極的に提供していきたい | 3. 提供したいが、できない |
| 2. 提供しているが、積極的ではない | 4. 提供するつもりはない |

問4 貴機関について、在宅医療を実施する上での課題をお答えください。（いくつでも○）

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 訪問するための時間が確保できない | 6. 採算がとれない |
| 2. スタッフが不足している | 7. 病院との連携が難しい |
| 3. 患者からのニーズが少ない | 8. 他の（歯科）診療所との連携が難しい |
| 4. 実施するためのノウハウの不足 | 9. 介護事業者との連携が難しい |
| 5. 体力的に無理がある | 10. その他〔 |
| | 〕 |

※病院以外の方は問5～8へ、病院の方は問9へお進みください。

在宅医療の取組状況についておたずねします

問5 西東京市民への在宅医療の取組状況についておたずねします。

(1) は一般診療所、(2) は歯科診療所、(3) は薬局の方がお答えください。

(1) 貴診療所では、平成28年10月中に在宅医療を行いましたか。

(①～⑥それぞれ1つに○)

	行った	行わなかった
①訪問診療	1	2
②住 診	1	2
③訪問看護ステーションへの訪問看護指示書の交付	1	2
④在宅での看取り	1	2
⑤居宅療養管理指導	1	2

(2) 貴歯科診療所では、平成28年10月中に在宅医療を行いましたか。

(①～②それぞれ1つに○)

	行った	行わなかった
①訪問歯科診療	1	2
②居宅療養管理指導	1	2

(3) 貴薬局では、平成28年10月中に在宅医療を行いましたか。

(①～②それぞれ1つに○)

	行った	行わなかった
①在宅患者訪問薬剤管理指導	1	2
②居宅療養管理指導	1	2

問6 平成28年10月1か月間における、貴機関の在宅医療患者数(実人数)について、居住地別にご記入ください。

	居住地	
	西東京市内	西東京市外
自 宅	人	人
居住系施設*	人	人
介護老人福祉施設(特養)	人	人
介護老人保健施設	人	人
その他〔 〕	人	人

*有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等

付問 問6で記入した在宅医療患者数に対し、さらに何人程度の患者に対応できると考えますか。(1つに○)

1. 0人
2. 1～5人
3. 6～10人
4. 11人以上

問7 貴機関は、在宅医療を行う区域や距離を決めていますか。決めている場合は、具体的な内容をご記入ください。(1つに○)

1. 区域を決めている→〔具体的に： 〕
2. 距離を決めている→〔具体的に： 〕
3. その他 →〔具体的に： 〕
4. 特に決めていない

問8 貴機関は、在宅医療を行う時間帯を決めていますか。(1つに○)

1. 24時間365日対応している
2. 営業時間内(外来診療時間内・開局時間内)のみ対応している
3. 営業時間外(外来診療時間外・開局時間外)のみ対応している
4. 平日のみ対応している
5. 曜日や時間を決めて対応している
〔 〕曜日〔 〕時〔 〕分～〔 〕時〔 〕分
6. その他〔具体的に： 〕
7. 特に決めていない

※病院の方は問9～14へ、それ以外の方は問15へお進みください。

退院支援・退院調整についておたずねします

問9 平成27年11月1日～平成28年10月31日における貴病院の患者数(実人数)について、居住地別・年齢別にご記入ください。

	西東京市	
	0～64歳 (昭和27年以降に生まれた方)	65歳以上 (昭和26年以前に生まれた方)
人	人	西東京市以外
人	人	人

問10 貴病院では、退院だけでなく、入院時からケアマネジャーをはじめとした介護関係者と情報交換を行い、連携を図っていますか。(1つに○)

1. 連携している
2. 少しは連携している
3. あまり連携していない
4. 連携していない

問 11 貴病院には、地域との連携のための退院調整部署を設置していますか。(1つに○)
 1. 設置している ⇒付問1へ
 2. 設置していないが担当者はいる ⇒付問2へ
 3. 設置していない

付問 1 問 11 で「1」とお答えの方におたずねします。
 部署の職員数と対応時間をお答えください。

職員数	退院調整看護師〔 〕人 MSW（社会福祉士含む）〔 〕人 事務職員〔 〕人 その他〔 〕人	病棟看護師〔 〕人
対応時間 (1つに○)	1. 24時間365日対応 2. 外来診療時間内のみ 3. その他〔 〕	

付問 2 問 11 で「2」とお答えの方におたずねします。
 退院調整部署が無い場合の退院調整の主な実施者についてお答えください。
 (1つに○)

1. 医師	4. MSW
2. 病棟看護師	5. 事務職員
3. 退院調整看護師	6. その他〔 〕

問 12 平成 27 年 11 月 1 日～平成 28 年 10 月 31 日における貴病院の 65 歳以上の西
 東京市民で市内の退院先へ退院された方の件数（実人数）と、そのうち介護支援連
 携加算または退院時共同指導加算を算定した退院時カンファレンス実施件数につい
 て、ご記入ください。

市内の退院先区分	件数 (実人数)	左記のうち退院時カンファレンス実施件数	
		介護支援連携加算 あり	退院時共同指導加算 あり
自宅	人	件	件
病院（回復期リハビリテーション病棟）	人	件	件
病院（地域包括ケア病棟）	人	件	件
病院（一般病棟）	人	件	件
病院（療養病棟）	人	件	件
居住施設※	人	件	件
介護老人福祉施設（特養）	人	件	件
介護老人保健施設	人	件	件
その他 〔 〕	人	件	件

※有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等

問 13 貴病院について、退院支援・退院調整を実施する上での課題についてお答えくださ
 い。(いくつでも○)

1. 十分な退院調整を行う時間的な余裕がない
2. 退院支援・退院調整の開始時期の見極めが困難である
3. 院内での退院支援・退院調整の理解が不足している
4. 患者、家族を含め、関係者の退院時カンファレンスの理解が不足している
5. 多職種との情報共有が不十分である
6. 退院支援・退院調整のマニュアルが整備されていない
7. 認定情報などの介護の情報を十分に把握できない
8. 家族の協力を得ることが難しい
9. その他〔 〕

問 14 貴病院では、退院支援・退院調整の実施にあたって、市内のどのような施設や事業
 所との連携が難しいと思いますか。(いくつでも○)

1. 病院
2. 一般診療所
3. 歯科診療所
4. 薬局
5. 居宅介護支援事業所
6. 訪問看護事業所（ステーション）
7. 訪問介護事業所
8. リハビリテーション施設
9. 介護老人福祉施設（特養）
10. 介護老人保健施設
11. 地域包括支援センター
12. 保健所
13. 市役所
14. 社会福祉協議会
15. その他〔 〕
16. 特になし

付問 問 14 で○をつけた施設や事業所との連携が難しい理由について、ご記入ください。

※問 15 からはすべての方がお答えください。

医療と介護の連携についておたずねします

問 15 貴機関の職員は、介護保険制度及び介護保険サービスの内容についてどの程度理解
 していますか。(1つに○)

1. 十分理解している
2. やや理解している
3. あまり理解していない
4. 全く理解していない

問 16 貴機関を受診する患者への対応について、医療と介護は連携していると思いませんか。
(1つに○)

1. 十分連携していると思う	⇒付問 1へ
2. ある程度連携していると思う	
3. 連携が不十分であると思う	⇒付問 2へ
4. ほとんど連携していないと思う	
5. わからない	

付問 1 問 16 で「1」「2」とお答えの方におたずねします。
貴機関は、どのような方法で連携していますか。(いくつでも○)

1. サービス担当者会議に参加している]
2. カンファレンスを行っている	
3. 日常的に顔の見える関係を築くための会合を行っている	
4. 電話で行っている	
5. FAXで行っている	
6. 電子メールで行っている	
7. パソコンやタブレット端末、TV 電話などの ICT システムで行っている	
8. その他 [

472

付問 2 問 16 で「3」「4」とお答えの方におたずねします。
貴機関がそのように考える理由は何ですか。(3つまで○)

1. 医療と介護の関係者間で共通の目的を持っていない]
2. お互いに多忙で連絡がとれない	
3. 過剰な個人情報保護の観点から情報が共有されない	
4. 交流の場がない	
5. 誰と連絡をとればいいのかわからない	
6. 医療関係者の介護に関する知識や理解が不足している	
7. 介護関係者の医療に関する知識や理解が不足している	
8. その他 [

問 17 貴機関を受診する患者への対応について、次の関係機関、職種との連携状況をお答えください。(ア～セそれぞれ1つに○)

	連携している	連携している ②	連携していない	連携していない
記入例) 病院	1	②	3	4
ア. 病院	1	2	3	4
イ. 一般診療所	1	2	3	4
ウ. 歯科診療所	1	2	3	4
エ. 薬局	1	2	3	4
オ. 居宅介護支援事業所	1	2	3	4
カ. 訪問看護事業所 (ステーション)	1	2	3	4
キ. 訪問介護事業所	1	2	3	4
ク. リハビリテーション施設	1	2	3	4
ケ. 介護老人福祉施設 (特養)	1	2	3	4
コ. 介護老人保健施設	1	2	3	4
サ. 地域包括支援センター	1	2	3	4
シ. 保健所	1	2	3	4
ス. 市役所	1	2	3	4
セ. 社会福祉協議会	1	2	3	4

問 18 貴機関は、介護サービス事業者との連携において問題やトラブルの発生を経験したことがありますか。(1つに○)

1. ある ⇒付問へ	2. ない
------------	-------

付問 問 18 で「1」とお答えの方におたずねします。

どのような問題やトラブルの発生を経験しましたか。具体的に書きください。

--

問 19 貴機関は、医療職と介護職が連携するために、どのようなことが充実するとよいと思いますか。(いくつでも○)

1. 医療と介護の関係者間で共通の目的を持つ
2. 医師・歯科医師がケアマネジャー（介護支援専門員）の相談を受け付ける時間「ケアマネタイム」を充実する
3. 在宅医療患者の情報を共有するための統一的なフォーマットを作成する
4. 医療と介護の連携マニュアルを作成する
5. 医療関係者と介護関係者が情報交換できる交流の場（勉強会、研修会等）を確保する
6. 関係者のためのネット上で連絡が取れるような仕組みを構築する
7. 医療（病院・診療所）と介護の役割分担を明確にする
8. 医療と介護の連携を支援する機能が充実する
9. その他〔 〕

問 20 貴機関では、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所（ステーション）、訪問介護事業所、リハビリテーション施設、福祉施設職員にどのようなことを期待しますか。それぞれ具体的に書きください。

居宅介護支援事業所	
訪問看護事業所（ステーション）	
訪問介護事業所	
リハビリテーション施設	
福祉施設職員	
その他	

問 21 貴機関（回答しているあなた）は、西東京市が医療と介護の連携を支援する機関として設置した「在宅療養連携支援センター（通称：にしのわ）＊」を知っていますか。(1つに○)

※市民の日々の暮らしを支える医療や介護の職種同士の連携を支援し、主に関係者からの相談を受け付けます。

1. 名称も内容も知っている
2. 名称は聞いたことがある
3. はじめて聞いた

問 22 最後に、医療と介護の連携についてのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、12月27日（火）までにお近くのポストに投函してください。