

# 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、

〇月〇日（〇）までに 〇ご返送ください。

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 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(あて名ご本人)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」がいますか。(1つに○)

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 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. 往診を必要な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 |
| 6. 在宅酸素療養  | 12. じょくそう | ]               |

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                      |
| 4. デイサービスやショートステイが利用できない             |
| 5. 緊急時に医師と連絡がとれない                    |
| 6. 口腔ケアや歯科診療が受けられない                  |
| 7. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない           |
| 8. 医療や介護サービスにお金がかかる                  |
| 9. 介護者にゆとりがない                        |
| 10. 在宅療養サービスについての情報が不足している           |
| 11. 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 |
| 12. 医師の対応に不安がある                      |
| 13. 訪問看護の対応に不安がある                    |
| 14. ケアマネジャーの対応に不安がある                 |
| 15. 介護サービスの対応に不安がある                  |
| 16. 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。

--







問 22 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
<b>◆家庭への訪問や通いで受けるサービス</b>		
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）		
<b>◆施設などを利用するサービス</b>		
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		
<b>◆身近な地域でのサービス</b>		
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. 福祉用具の貸与★（車いす・特殊寝台などの貸与）		
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）		
21. 住宅改修費の支給★（手すりの取付けなど改修費の支給）		
<b>◆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）</b> ※利用は要支援者、事業対象者のみ		
22. 訪問型サービス		
23. 通所型サービス		

付問 問 22 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又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 23 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 23 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 23 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 24 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 | } ⇒付問へ |
| 2. やや改善した | 4. 悪くなった       |        |

付問 問 24 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、悪くなった理由はなんですか。(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 25 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 | 3. 一部反映されていない |
| 2. ほぼ反映されている  | 4. 全く反映されていない |

問 26 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   | 4. やや不満である | } ⇒付問へ |
| 2. やや満足している | 5. 不満である   |        |
| 3. ぶつう      |            |        |

付問 問 26 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そう       |
| 4. サービスの理解ができないまま使いはじめてしまった |
| 5. その他〔                     |

問 27 あなたが利用している居宅サービスはどのように思いますか。(1つに○)

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

付問 問 27 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. サービスを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 28 あなたは、介護サービスについて、最終的にどのように利用すると思われますか。  
現在思っていることに最も近いものに○をつけてください。(1つに○)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. できるだけ自宅で最期まで過ごす                   |   |
| 2. 家族に負担をかけたくないので、最後はお金のかからない施設を選ぶ   |   |
| 3. 有料老人ホームなど、お金はかかるが家族に負担がかからない施設を選ぶ |   |
| 4. その他〔                              | 〕 |
| 5. 特に考えていない                          |   |
| 6. わからない                             |   |

問 29 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29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<br>(支給限度基準額を超えて利用したサービスや時間延長して利用したサービス)         |   |
| 2. 家事援助等サービス<br>(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<br>(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<br>(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<br>(日常生活用品や食材の通信販売・移動販売又は貸与・お届けなど)                       |   |
| 6. 安否確認・緊急通報サービス<br>(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<br>(移送サービス、通院・入院・外出付き添い等)                          |   |
| 8. 通い・サロンサービス<br>(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<br>(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〔具体的に：                                                       | 〕 |

付問2 問29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○)

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. 検討する | 2. 検討しない | 3. わからない |
|---------|----------|----------|

問 30 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31 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の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・洗濯等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) デイサービス等に通い、食事や入浴、衰えた運動能力等の回復や口の中のケア等を行うサービス(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や民間団体等からの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の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32 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ほしい
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、ゴミだしなどの家事援助をしてくれる
6. 訪問理美容サービス、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



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した。

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○）

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お世話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お世話しているのは、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 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。

〔      〕 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〔      〕

問 41 あて名の方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 あて名の方を直接お世話・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受けていますか。（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(具体的に: )        |
| 10. 虐待をしてしまう(衝動を持つ)時がある | 20. 特にない               |

問 45 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つぎのどれですか。(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、○月○日(○)までにお近くのポストに投函してください。