

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で、平成28年8月に介護保険の訪問看護を利用して
 いた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、封筒のあて名の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、

○月○日（○）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した。

[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。

あなた(あて名ご本人)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。(1つに○)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 40～64歳 | 3. 70～74歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90歳以上 |
| 2. 65～69歳 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89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. 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 |
| ひとり暮らしでない方は、同居している方すべてに○ | 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 () |

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○)

- | | | |
|------------|-----------|--------------|
| 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○)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 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○)

- | |
|-----------------------------|
| 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. 在宅療養支援についての情報が不足している |
| 10. 医師の対応に不安がある |
| 11. 訪問看護の対応に不安がある |
| 12. ケアマネジャーの対応に不安がある |
| 13. 介護サービスの対応に不安がある |
| 14. 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○)

※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 | } ⇒問 21 へ |
| 2. 往診を必要なときに利用している | |
| 3. 通院している ⇒問 23 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けましたか。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 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. 往診を受けている」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、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 | } ⇒付問へ |
| 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 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、満足する回答がなかった
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」「4」「5」と回答した方、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。(○は3つまで)

1. 家族等に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族がないから
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ないから
5. 訪問してくれる看護師がないから
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○)

- | | |
|---------------------|---------|
| 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。(○は1つ)

- | | |
|-----------|-------|
| 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」「4」「5」と回答した方、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。(○は3つまで)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 家族等に負担をかけるから | |
| 2. 介護してくれる家族がないから | |
| 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ないから | |
| 5. 訪問してくれる看護師がないから | |
| 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。(○は1つ)

- | | |
|---|---|
| 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. 昏睡状態で、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. 重篤な脳障害を受け(例えば目を開くことができるが話したり理解することはできない状態)、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 | |
| 6. その他〔 | 〕 |
| 7. 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あなたや家族に伝えてありますか。

(○は1つ)

- | |
|------------------|
| 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ありますか。(いくつでも○)

- | |
|--------------------------|
| 1. 口頭で |
| 2. 私的なメモで |
| 3. 遺言などで |
| 4. エンディングノートなどの規定の書式のもので |
| 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せんか。(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 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○)

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 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せんか。(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 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		
<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用回数をお答えください</p> <p style="text-align: center;">月 <input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> 回</p>	<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用していない理由を以下から1つお選びください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>] </td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]
1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]		

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		
<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用回数をお答えください</p> <p style="text-align: center;">月 <input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> 回</p>	<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用していない理由を以下から1つお選びください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>] </td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]
1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]		

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		
<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用回数をお答えください</p> <p style="text-align: center;">月 <input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> 回</p>	<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用していない理由を以下から1つお選びください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>] </td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]
1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]		

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		
<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用回数をお答えください</p> <p style="text-align: center;">月 <input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> 回</p>	<p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">↓</p> <p style="background-color: #92d050; padding: 2px;">利用していない理由を以下から1つお選びください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>] </td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]
1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから	4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input style="width: 60px; height: 15px; border: none;" type="text"/>]		

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」を組み合わせ、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	↓ 利用していない理由を以下から 1 つお選びください
月 <input type="text"/> 回	1. 近くにサービス提供事業所がないから 2. 予約がいっぱいで利用できないから 3. 医療ニーズに対応できないから 4. 自身が希望していないから 5. その他 [<input type="text"/>]

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。お間違えのないように教えてください。

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。

歳

問 31 あなた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 | 4. 西東京市内 | 6. その他 [<input type="text"/>] 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 か月

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 36 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〔] |

問 37 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市に取り組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、**○月○日(○)まで**にお近くのポストに投函してください。