

## 資料 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、令和2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8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の65歳以上の方の中から、無作為に2,400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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。
  - 回答は、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。
  - 回答が「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、回答していくだた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の回答が難しい場合は、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は、回答不要です。下の枠内にいずれかに○印をつけてご返送ください。

- 医療機関入院中
- 福祉施設入所中
- 転居
- 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）に入れ、

12月17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が、以下までお問い合わせください。  
同居の方は、全員65歳以上ですか。（1つに○）

【連絡先】アンケートセンター TEL 03-6674-2693  
受付時間 10:00～12:00、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○）

- あて名ご本人
- あて名ご本人の家族
- 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2 あなたの性別をお答えください。（1つに○）

- 男 性
- 女 性

#### 問3 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

※令和元年11月1日現在の年齢でお答えください。

〔 〕歳

### 問4 あなたの住まいの地区をお答えください。（1つに○）

- 田無町
- 南町
- 西原町
- 緑町
- 谷戸町
- 北原町
- 向台町
- 芝久保町
- 新町
- 柳沢
- 東伏見
- 保谷町
- 富士町
- 中町
- 東町
- 泉町
- 住吉町
- ひばりが丘
- 米町
- 北町
- 保谷

### 問5 あなたの住まいは次のうちどれですか。（1つに○）

- 一戸建ての持ち家
- 一戸建ての借家
- 分譲マンション
- 民間賃アパート・マンション
- 公的賃貸住宅（都営・市営・公団・公社）
- 社宅・官舎
- 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）
- 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。

- ひとり暮らし
- 配偶者
- 息子・娘
- 息子・娘の配偶者
- 親
- 孫
- あなたや配偶者の兄弟姉妹
- その他〔 〕

#### 付問 問6で「2」「8」と回答した方におたずねします。

同居の方は、全員65歳以上ですか。（1つに○）

- はい
- いいえ

|   |   |   |   |   |   |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|--|--|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|---|
| 日頃の生活についておたずねします  |   |   |   |   |   |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| <p>問7 あなたは、福祉サービスなどの情報を、主にどこから入手していますか。(いくつでも○)</p> <p>1.特に入手していない ⇒付問へ (いくつでも○)</p> <p>2.市報 9.市役所</p> <p>3.東京都広報 10.市役所</p> <p>4.市のパンフレットなど 11.医療機関</p> <p>5.市のホームページ 12.福祉施設</p> <p>6.その他のホームページ 13.地域包括支援センター</p> <p>7.テレビ・ラジオ 14.友人や知人</p> <p>8.新聞・書籍 15.その他〔 〕</p>   |   |   |   |   |   |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| <p>付問 問7で「1」と回答した方におたずねします。<br/>今後、福祉サービスなどの情報が必要になったとき、どこから入手したいと思いますか。<br/>(いくつでも○)</p> <p>1.市報 8.SNS(ソーシャルエフェイスブックなど)</p> <p>2.東京都広報 9.市役所</p> <p>3.市のパンフレットなど 10.医療機関</p> <p>4.市のホームページ 11.福祉施設</p> <p>5.その他のホームページ 12.地域包括支援センター</p> <p>6.テレビ・ラジオ 13.友人や知人</p> <p>7.新聞・書籍 14.その他〔 〕</p>  |   |   |   |   |   |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| <p>問8 あなたは、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○)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①仕事</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> </tr> <tr> <td>②買物</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>③友人・知人とのおしゃべり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>④趣味活動</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>⑤体操(運動・スポーツ)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>⑥ボランティア活動</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>⑦町内会、自治会活動</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>⑧通院(やリハビ)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> |   |   |   |   |   |  |  | ①仕事 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ②買物 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ③友人・知人とのおしゃべり | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ④趣味活動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑤体操(運動・スポーツ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑥ボランティア活動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑦町内会、自治会活動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑧通院(やリハビ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ①仕事   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ②買物   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ③友人・知人とのおしゃべり   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ④趣味活動   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ⑤体操(運動・スポーツ)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ⑥ボランティア活動   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ⑦町内会、自治会活動  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |
| ⑧通院(やリハビ)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |     |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |               |   |   |   |   |   |       |   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |            |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>問9 あなたは、普段の生活の場面で困ったことがありますか。(3つまで○)</p> <p>1.日々の買物 9.入浴</p> <p>2.日々のごみ出し 10.外出の際の移動手段</p> <p>3.家具の移動 11.税金の支払や公共機関の手続き</p> <p>4.庭の手入れ 12.財産やお金の管理</p> <p>5.掃除 13.電化製品の扱い方</p> <p>6.洗濯 14.その他〔 〕</p> <p>7.炊事 15.特にない</p> <p>8.トイレ</p>                   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>問10 あなたは、普段の生活の中で困りごとがあつたとき、どこに(誰に)相談しますか。(いくつでも○)</p> <p>1.家族 7.病院の医師・看護師・相談員など</p> <p>2.親戚 8.市の職員</p> <p>3.友人・知人 9.社会福祉協議会職員</p> <p>4.近所の人 10.その他〔 〕</p> <p>5.民生委員 11.相談できる人がいない</p> <p>6.地域包括支援センターの職員</p>   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>問11 あなたは、普段の生活の中で、どのような交通や移動手段を利用していますか。(3つまで○)</p> <p>1.徒歩 4.バス 7.その他〔 〕</p> <p>2.自転車 5.電車 8.外出しないので利用しない</p> <p>3.自家用車・バイク 6.タクシー</p>   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>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○)</p> <p>1.頻繁にお互いの家の中まで行き来する程度</p> <p>2.簡単な頼みごとなどで気軽に会える程度</p> <p>3.外で会うとよく立ち話をする程度</p> <p>4.顔を合わせると挨拶をしあう程度</p> <p>5.顔は知っているがほとんど話したことがない</p> <p>6.顔も良く分からず、ほとんど付き合いがない</p> <p>⇒付問へ</p> <p>⇒付問へ</p> <p>⇒付問へ</p> |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>付問 問12で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。</p> <p>その理由は、次のうちどれですか。(いくつでも○)</p> <p>1.仕事や家事で忙しく時間がないから 5.あまりかかりわりを持ちたくないから</p> <p>2.普段付き合う機会がないから 6.隣近所以外の付き合いが多くあるから</p> <p>3.同世代の人が近くにいないから 7.その他〔 〕</p> <p>4.気の合う人・話の合う人が近くにいないから</p>                             |  |  |  |  |  |  |  |

## 問13 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○)

- 1.どの行事にも積極的に参加・協力する ⇒付問へ  
 2.関心があるものについては積極的に参加・協力する ⇒付問へ  
 3.頼まれれば参加・協力する ⇒付問へ  
 4.頼まれてもあまり参加・協力しない ⇒付問2へ  
 5.まったく参加しない ⇒付問2へ

付問1 間13で「1」「2」「3」と回答した方におたずねします。

地域の行事や活動に参加・協力している理由は次のうちどれですか。(いくつでも○)

- 1.地域とのかかわりを持ちたいから 5.生きがい、勉強になるから  
 2.地域の役に立ちたいから 6.この地域に住んでいるから  
 3.家族が参加しているから 7.周りの人が参加するので何となく  
 4.友人に勧められたから 8.その他〔 〕

付問2 間13で「4」「5」と回答した方におたずねします。

地域の行事や活動に参加・協力しない理由は何ですか。(いくつでも○)

- 1.地域とかかわりを持ちたくないから 5.活動場所までの移動が困難(面倒)だから  
 2.人づきあいが苦手(面倒)だから 6.興味の持てる行事や活動がないから  
 3.友人や知人がいないから 7.その他〔 〕  
 4.活動する体力・気力がないから

## 健康管理についておたずねします

## 医療の状況についておたずねします

## 問14 あなた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 4.病気がちで、寝ていることが多い  
 2.おおむね健康である 5.病気で、ほとんど寝つきである  
 3.病気がちだが、寝ていることは少ない 6.その他〔 〕

問15 あなたの普段の朝・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○)

※「中食」…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)。

|     | 1.自炊・手料理 | 2.中食 | 3.外食 | 4.食べない |
|-----|----------|------|------|--------|
| ①朝食 | 1        | 2    | 3    | 4      |
| ②昼食 | 1        | 2    | 3    | 4      |
| ③夕食 | 1        | 2    | 3    | 4      |

## 問16 あなたは、普段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17 あなたは、普段体調を維持するために行っ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.栄養のバランスなどに気をつけ、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.趣味活動などをを行い、ストレスをためないようにしている  
 7.その他〔 〕  
 8.特にない

## 問18 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.民間のスポーツジム・カルチャーセンター  
 3.福祉会館・老人福祉センター  
 4.公園・緑道等の屋外  
 5.公民館・図書館  
 6.その他〔 〕  
 7.特にない

## 問19 あなたは「フレイル」という言葉を知っていますか。(1つに○)

- 1.言葉も内容も知っている 2.言葉は聞いたことがある 3.知らない

## 問20 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.分からない

## 問21 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.分からない

## 問22 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.分からない

問23 あなたは、医療的ケアのため長期療養が必要になつた場合、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         | ⇒付問1へ   |
| 3.高齢者向けのケア付き住宅     | ⇒付問2へ   |
| 4.特別養護老人ホームなどの福祉施設 | ⇒付問2へ   |
| 5.病院などの医療施設        | ⇒付問2へ   |
| 6.その他〔<br>7.分からない  | 〕 ⇒付問2へ |

付問1 問23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.可能だとと思う         |       |
| 3.その他〔<br>4.分からない | 〕     |

付問2 問23で「3」～「6」のいずれか、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.在宅でのような医療や介護を受けられるか分らないから |   |
| 9.その他〔<br>7.分からない           | 〕 |

付問2 問24で「3」から「6」のいずれか、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.在宅でのような医療や介護を受けられるか分らないから |   |
| 9.その他〔<br>7.分からない           | 〕 |

付問2 問24で「3」から「6」のいずれか、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.在宅でのような医療や介護を受けられるか分らないから |   |
| 9.その他〔<br>7.分からない           | 〕 |

問25 あなたは、延命治療をどこまで希望しますか。(1つに○)

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| 1.最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい               | ⇒付問1へ |
| 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          | ⇒付問2へ |
| 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〔<br>5.分からない                     | 〕     |

問26 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〔<br>4.その他〔<br>5.分からない | 〕     |

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〔<br>6.その他〔<br>7.分からない | 〕 |

付問2 問26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.伝えることをためらっているから                     |   |
| 3.家族の希望に任せたいから                        |   |
| 4.その他〔<br>5.その他〔<br>6.その他〔<br>7.分からない | 〕 |

問24 あなたが、人生の最期を迎える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         | ⇒付問1へ   |
| 3.高齢者向けのケア付き住宅     | ⇒付問2へ   |
| 4.特別養護老人ホームなどの福祉施設 | ⇒付問2へ   |
| 5.病院などの医療施設        | ⇒付問2へ   |
| 6.その他〔<br>7.分からない  | 〕 ⇒付問2へ |

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.可能だとと思う         |       |
| 3.その他〔<br>4.分からない | 〕     |

## 生きがいについておたずねします

問27 あなたが現在継続して行っていること、もしくは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、読むこと(読書など)
- 3.旅行すること
- 4.買い物に出かけること
- 5.歌うこと(カラオケ、合唱など)
- 6.ゲームで遊ぶこと
- 7.スポーツを楽しむこと
- 8.インターネットを使うこと
- 9.自然にふれること(ガーデニング、家庭菜園など)
- 10.家族・親族とのふれあい
- 11.家族の介護
- 12.近所との付き合い
- 13.公民館・福祉会館・老人福祉センター等での活動(町内会、自治会、社会福祉協議会などの活動を含む)
- 14.個人、家族、趣味の会などの仲間内の活動(高齢者クラブ活動を含む)
- 15.ボランティア活動
- 16.その他〔  
17.特にない

問28 次のような活動のうち、あなたができると思うものはどれですか。(いくつでも○)

- 1.見守りや声かけなど
- 2.話し相手
- 3.ごみ出し、電球の取替えなど身の回りの簡単な手伝い
- 4.草むしり、雪かきなどの力仕事
- 5.買物の付き添い
- 6.医療機関通院時の付き添い
- 7.行事の手伝い
- 8.子育ての手伝い
- 9.趣味、特技を生かしたボランティア
- 10.上記のどれも参加は難しい、
- 11.分からない
- 12.その他〔

## 認知症についておたずねします

問29 将来、もしも認知症になった場合、心配なことは何ですか。(いくつでも○)

- 1.家族の負担が増える
- 2.世話をしてくれる人がいない
- 3.的なサービスが十分にあるのか心配
- 4.自宅で生活できるのか心配
- 5.お金の管理
- 6.心配なことはない
- 7.その他〔

問30 現在、認知症予防に取り組んでいることはありますか。(いくつでも○)

- 1.定期的な運動
- 2.栄養バランスの取れた食事を摂る
- 3.脳トレーニング
- 4.人と会って話す
- 5.特に何もしていない
- 6.その他〔

付問 問30で「5」と回答した方におたずねします。

認知症予防に取り組んでいない理由は何ですか。(いくつでも○)

- 1.現在健康であるため
- 2.定期的に病院を受診しているため
- 3.何に取り組んだら良いか分からない
- 4.運動する習慣がない
- 5.運動できる場所を知らない
- 6.予防の必要性を感じていない
- 7.その他〔

問31 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なうボランティア「認知症サポート」を増やす運動をしています。  
このような「認知症サポート」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
- 2.名前は知っているがよく知らない
- 3.全く知らない

問32 あなたが住む地域で、認知症と思われる高齢者がいた場合、あなたが地域でできること思えることは何ですか。(いくつでも○)

- 1.何か困っていることないか気にかけ、または声をかける
- 2.地域の見守り活動に参加する
- 3.地域包括支援センターへ相談する
- 4.市の相談窓口へ相談する
- 5.民生委員へ相談する
- 6.認知症に関するテレビ番組を見たり、講習に参加して理解を深める
- 7.認知症の普及活動に参加する
- 8.何もしない、又はできない
- 9.その他〔

付問 問32で「8」と回答した方におたずねします。

- 1.何もない、又はできない理由は何ですか。(1つに○)
- 2.どのように接したらよいか分からなかっため
- 3.自分にできることがないと思ったため
- 4.その他〔

## 高齢者虐待についておたずねします

問33 次の中で、あなたが高齢者虐待へつながる可能性があると思うものは何ですか。(いくつても○)

- 1.認知症の親が徘徊をしないように、部屋の外に出さなかつた
- 2.高齢の親に忘れっぽくなつた様子があつたため、なぜ忘れてしまうのかを繰り返し聞いた
- 3.高齢の親が体調が悪い様子であつたが、通院を拒否したため、そのままにした
- 4.オムツをしている高齢の親がトイレに失敗しズボンを濡らしてしまつたため、ズボンを履かせなかつた
- 5.忘れっぽくなつた高齢の親名義の定期預金を、子の判断で解約した
- 6.いずれも該当しない
- 7.分からない

## 問34 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 ⇒ 知っている相談先をご記入ください  
[ ]
- 2.知らない
- 3.分からない

## 高齢者を支えるしくみについておたずねします

問35 あなたは、「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」…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

- 1.知っている
- 2.知らない

付問 問35で「1」と回答した方におたずねします。

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

- 1.栄町地域包括支援センター
- 2.富士町地域包括支援センター
- 3.泉町地域包括支援センター
- 4.田無町地域包括支援センター
- 5.緑町地域包括支援センター
- 6.西原町地域包括支援センター
- 7.向台町地域包括支援センター
- 8.新町地域包括支援センター
- 9.知らない

問36 介護保険外の高齢者福祉サービス(紙おむつの支給、配食、緊急通報装置の貸出しなど)については、今後もますます利用が増えると予想されます。これに対応するために、あなたのお考えに一番近いものはどれですか。(1つに○)

- 1.サービスの対象者などの内容は変えず、財源である税金を増やして対応する
- 2.サービスの対象者などの内容は変えず、サービスを利用する人の自己負担を増やして対応する
- 3.税金や自己負担を増やすずに、サービスの対象者などの内容を変えて対応する
- 4.その他[ ]
- 5.分からない

問37 あなたが、今後地域で暮らしていくために必要なことは、次のどれですか。(3つまで○)

- 1.近所とのつながり
- 2.友人とのつながり
- 3.家族、親族とのつながり
- 4.就労の場
- 5.ボランティア等の社会貢献できる場
- 6.地域で気軽に集まり語り合える場
- 7.趣味や特技を発揮できる場
- 8.スポーツや運動などを楽しめる場
- 9.健康相談ができる場
- 10.病気やケガなどの医療の相談ができる場
- 11.暮らしに関する困りごとなどの相談ができる場
- 12.その他[ ]
- 13.分からない

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかともう一度お確かめの上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)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

問1 この調査票はどなたか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 [ ] |
|-----------|--------------|------------|

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、令和2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8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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。

2. 回答は、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲み、[ ]内になるべく具体的に

3. 回答が「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. 質問によつては、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難しい場合は、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は、回答不要です。下の枠のいずれかに○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. 訳居 | 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）に入れ、  
12月17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れば、以下までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2693  
受付時間 10:00～12:00、13:00～17:00（土日祝を除く）

問2 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)

※令和元年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. 茅町     |
| 3. 西原町 | 9. 新町   | 15. 東町    | 21. 北町     |
| 4. 緑町  | 10. 椎沢  | 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7 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・孫娘     |
| 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他 [ ]  |

| 日頃の生活についておたずねします  |  |
|---|--|
| 問7 あなたは、福祉サービスなどの情報を、主にどこから入手していますか。(いくつでも○)                                      | 1. 特に入手していない<br>2. 市報<br>3. 東京都広報<br>4. 市のパンフレットなど<br>5. 市のホームページ<br>6. その他のホームページ<br>7. テレビ・ラジオ<br>8. 新聞・書籍   |
| 付問 間7で「1」と回答した方におたずねします。<br>今後、福祉サービスなどの情報が必要になったとき、どこから入手したいと思いませんか。<br>(いくつでも○) | 1. 市報<br>2. 東京都広報<br>3. 市のパンフレットなど<br>4. 市のホームページ<br>5. その他のホームページ<br>6. テレビ・ラジオ<br>7. 新聞・書籍   |
| 問8 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。(いつも○)   | 1. 摘繁にお互いの家の中まで行き来する程度<br>2. 簡単な顔みごとなどで気軽に助け合える程度<br>3. 外で会うとよく立ち話ををする程度<br>4. 顔を合わせると挨拶をしあう程度<br>5. 顔は知っているがほとんど話したことがない<br>6. 顔も良く分からず、ほとんど付き合いがない |
| 付問 間8で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。<br>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<br>2. 普段付き合う機会がないから<br>3. 同世代の人が近くにいないから<br>4. 気の合う人・話の合う人が近くにいないから  |

| 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。(いつも○)        |  |
|---|--|
| 付問1 間9で「1」「2」「3」と回答した方におたずねします。               | 1. どの行事にも積極的に参加・協力する<br>2. 関心があるものについては積極的に参加・協力する<br>3. 類まれれば参加・協力する<br>4. 類まれてもあまり参加・協力しない<br>5. まったく参加しない   |
| 付問2 間9で「4」「5」と回答した方におたずねします。                  | 地域の行事や活動に参加・協力している理由は次のうちどれですか。(いくつでも○)<br>1. 地域とのかわりを持ちたいから<br>2. 地域の役に立ちたいから<br>3. 家族が参加しているから<br>4. 友人に勧められたから<br>5. 生きがい、勉強になるから<br>6. この地域に住んでいながら<br>7. 周りの人たちが参加するので何となく<br>8. その他〔 〕 |
| 付問3 間9で「4」「5」「6」と回答した方におたずねします。               | 地域の行事や活動に参加・協力しない理由は何かですか。(いくつでも○)<br>1. 地域とかわりを持ちたくないから<br>2. へつしあいが苦手(面倒)だから<br>3. 友人や知人がいないから<br>4. 活動する体力・気力がないから<br>5. 活動場所までの移動が困難(面倒)だから<br>6. 興味の持てる行事や活動がないから<br>7. その他〔 〕          |
| 付問4 間9 次のような活動のうち、あなたができると思うものはどれですか。(いくつでも○) | 1. 見守りや声かけなど<br>2. 話し相手<br>3. ごみ出し、電球の取替えなど身の回りの簡単な手伝い<br>4. 草むしり、雪かきなどの力仕事<br>5. 買物の付き添い<br>6. 医療機関通院時の付き添い<br>7. 行事の手伝い<br>8. 子育ての手伝い<br>9. 趣味、特技を生かしたボランティア<br>10. 上記のどれも参加は難しい           |

問18 あなたは、医療的ケアのため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○)

## 健健康管理についておたずねします

問11 あなた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             | 4. 病気がちで、寝ていることが多い |
| 2. おおむね健康である         | 5. 病気で、ほとんど寝つきりである |
| 3. 病気がちだが、寝ていることは少ない | 6. その他〔 〕          |

問12 あなたは、普段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13 あなたは、普段体調を維持するために行っ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          | 4. 病気の予防などについて、テレビ・本・講演会などを利用して知識を深めている |
| 2.栄養のバランスなどに気をつけ、食べている | 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   |
| 3. 規則正しい生活をするように心がけている | 6. 趣味活動などをを行い、ストレスをためないようにしている          |
| 7. その他〔 〕              | 8. 特にない                                 |

問14 あなたは「フレイル」という言葉を知っていますか。(1つに○)

|                |                |         |
|----------------|----------------|---------|
| 1. 言葉も内容も知っている | 2. 言葉は聞いたことがある | 3. 知らない |
|----------------|----------------|---------|

## 医療の状況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く、健康や病気のことを日々から、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。

問15 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. 分からない |
|-------|--------|----------|

問16 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. 分からない |
|-------|--------|----------|

問17 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. 分からない |
|-------|-------|----------|

問18 あなたは、医療的ケアのため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         | ⇒付問1へ |
| 3. 高齢者向けのケア付き住宅     | ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | ⇒付問2へ |
| 5. 病院などの医療施設        | ⇒付問2へ |
| 6. その他〔 〕           | ⇒付問2へ |
| 7. 分からない            |       |

付問1 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. 可能だと思います |       |
| 3. その他〔 〕   |       |
| 4. 分からない    |       |

付問2 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. 可能だと思います |       |
| 3. その他〔 〕   |       |
| 4. 分からない    |       |

付問3 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. 可能だと思います |       |
| 3. その他〔 〕   |       |
| 4. 分からない    |       |

付問4 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. 可能だと思います |       |
| 3. その他〔 〕   |       |
| 4. 分からない    |       |

付問5 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         | ⇒付問1へ |
| 3. 高齢者向けのケア付き住宅     | ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | ⇒付問2へ |
| 5. 病院などの医療施設        | ⇒付問2へ |
| 6. その他〔 〕           | ⇒付問2へ |
| 7. 分からない            |       |

付問6 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. 可能だと思います |       |
| 3. その他〔 〕   |       |
| 4. 分からない    |       |

付問2 間19で「3」から「6」のいずれか、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. 在宅でのような医療や介護を受けられるか分からぬから
9. その他〔 〕

問20 あなたは、延命治療をどこまで希望しますか。(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、延命治療はしないでほしい
4. その他〔 〕
5. 分からない

問21 間18から間20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 間21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ますか。(いくつでも○)

1. 口頭で
2. 私的メモで
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 間21で「2」と回答した方におたずねします。

自分の希望を伝え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. 伝えることをためらっているから
3. 家族の希望に任せたいから
4. その他〔 〕

認知症についておたずねします

問22 「若年性認知症」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
- 2.名前は知っているがよく知らない
- 3.全く知らない

問23 将来、もしもあなたや家族・友人、近所の人等が若年性認知症になった場合、どこに相談しますか。(いくつでも○)

1. 地域包括支援センター
2. 市の相談窓口
3. 民生委員
4. 病院の医師又は看護師

問24 将来、もしもあなたや家族・友人、近所の人等が若年性認知症になった場合、心配なことは何ですか。(いくつでも○)

1. 家族の負担が増える
2. 世話をしてくれる人がいない
3. 公的なサービスが十分にあるのか心配
4. 自宅で生活できるのが心配
5. 仕事ができなくなる
6. 収入がなくなる

問25 現在、認知症予防に取り組んでいることはありますか。(いくつでも○)

1. 定期的な運動
2. 栄養バランスの取れた食事を摂る
3. 脳トレーニング

付問 間25で「5」と回答した方におたずねします。

認知症予防に取り組んでない理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 現在健康であるため
2. 定期的に病院を受診しているため
3. 何に取り組んでも良い分からず
4. 運動する習慣がない

問26 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「認知症サポート」を増やす運動をしています。

- このような「認知症サポート」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
  - 2.名前は知っているがよく知らない
  - 3.全く知らない

問27 あなたが住む地域で認知症と思われる高齢者がいた場合、あなたが地域でできると思えることは何ですか。(いくつても○)

- 1.何か困っていることはないか気にかける、または声をかける
- 2.地域の見守り活動に参加する
- 3.地域包括支援センターへ相談する
- 4.市の相談窓口へ相談する
- 5.民生委員へ相談する
- 6.認知症に関するテレビ番組を見たり、講習に参加して理解を深める
- 7.認知症の普及活動に参加する
- 8.何もしない、又はできない
- 9.その他〔 〕

付問 問27で「8」と回答した方におたずねします。

何もしない、又はできない理由は何ですか。(1つに○)

- 1.どのように接したらよいか分からなかっため
- 2.認知症のことよく知らないため
- 3.自分にできることはないと思うため
- 4.その他〔 〕

問28 介護の経験についておたずねします

問28 あなたが中心となって介護をしている両親や親戚の方はいますか。(1つに○)

- 1.いる
- 2.いない

付問 問28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.施設に入居している ⇒ [具体的な施設の種類:]
- 4.その他〔 〕

付問 問28で「1」と回答した方におたずねします。

介護をする上で大変なことや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分からない
- 8.経済的な負担がかかる
- 9.介護の方法が分からない
- 10.自分以外に介護をする人がいない、
- 11.育児や家族の世話ができない
- 12.介護に関してどこに誰に相談したらよいか分からない
- 13.家族や親族の協力が得られない
- 14.事業所・医療機関などが家の近くにない
- 15.介護していることをどこか(誰か)に相談しようとは思えない
- 16.特にない
- 17.その他〔 〕

## 高齢者虐待についておたずねします

問29 次の中で、あなたが「高齢者虐待へつながる可能性があると思うものは何ですか。(いくつでも○)

1. 認知症の親が徘徊をしないように、部屋の外に出さなかつた
2. 高齢の親に忘れっぽくなつた様子があつたため、なぜ忘れててしまうのかを繰り返し聞いた
3. 高齢の親が体調が悪い様子であつたが、通院を拒否したため、そのままにした
4. オムツをしている高齢の親がトイレに失敗しズボンを濡らしてしまつたため、ズボンを履かせなかつた
5. 忘れっぽくなつた高齢の親名義の定期預金を、子の判断で解約した
6. いざれも該当しない
7. 分からない

問30 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 ⇒ 知っている相談先をご記入ください
2. 知らない

## 高齢者を支えるしくみについておたずねします

問31 あなたは、「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」…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どうながら、総合的に支えていく機関

1. 知っている ⇒ 付問へ
2. 知らない

付問 間31で「1」と回答した方におたずねします。

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

1. 栄町地域包括支援センター
2. 富士町地域包括支援センター
3. 泉町地域包括支援センター
4. 田無町地域包括支援センター
5. 緑町地域包括支援センター
6. 西原町地域包括支援センター
7. 向台町地域包括支援センター
8. 新町地域包括支援センター
9. 知らない

問32 介護保険外の高齢者福祉サービス(紙おむつの支給、配食、緊急通報装置の貸出など)については、今後もますます利用が増えると予想されます。これに対するために、あなたの方に一番近いものはどうですか。(1つに○)

1. サービスの対象者などの内容は変えず、財源である税金を増やして対応する
2. サービスの対象者などの内容は変えず、サービスを利用する人の自己負担を増やして対応する
3. 税金や自己負担を増やすずに、サービスの対象者などの内容を変えて対応する
4. その他〔 〕
5. 分からない

問33 あなたが、今後地域で暮らしていくために必要なことは、次のどれですか。(3つまで○)

1. 近所とのつながり
2. 友人とのつながり
3. 家族、親族とのつながり
4. 就労の場
5. ボランティア等の社会貢献できる場
6. 地域で気軽に語り合える場
7. 趣味や特技を発揮できる場
8. スポーツや運動などを楽しめる場
9. 健康相談ができる場
10. 滋病やケガなどの医療の相談ができる場
11. 善いに関する困りごとなどの相談ができる場
12. その他〔 〕
13. 分からない

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上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)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、令和2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8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の65歳以上の方で、介護保険の在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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。
  - 回答は、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。
  - 回答が「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。
  - 質問によつては、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の回答が難しい場合は、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は、回答不要です。下の枠内にいずれかに○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）に入れ、

12月17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ら、以下までお問い合わせください。  
【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2866  
受付時間 10:00～12:00、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。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた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）

※令和元年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
2. 南町
3. 西原町
4. 緑町
5. 谷戸町
6. 北原町
7. 向台町
8. 芝久保町
9. 新町
10. 柳沢
11. 東伏見
12. 保谷町
13. 富士町
14. 中町
15. 東町
16. 泉町
17. 住吉町
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. 寺院・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〔 〕

付問 問6で「2」～「8」と回答した方におたずねします。

同居の方は、全員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 |        |        |

## 医療の状況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く、健康や病気のことをおこなう、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。

問8 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.分からない |
|------|-------|---------|

問9 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.分からない |
|------|-------|---------|

問10 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.分からない |
|------|------|---------|

問11 あなたは、医療的ケアのため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 | 2.子ども、親族の家 | 3.高齢者向けのケア付き住宅     |
|      |            | 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.分からない    |                    |

付問1 1で「3」～「6」のいずれか、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○)

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

問12 あなたが、人生の最期を迎えたいた場所はどこですか。(1つに○)

- |      |            |                    |
|------|------------|--------------------|
| 1.自宅 | 2.子ども、親族の家 | 3.高齢者向けのケア付き住宅     |
|      |            | 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.分からない    |                    |

付問1 1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っていますか。(1つに○)

- 難しいと思う
- 可能だとと思う
- その他〔〕
- 分からない

付問2 1で「3」から「6」のいずれか、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○)

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

付問1 1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○)

- 難しいと思う
- 可能だとと思う
- その他〔〕
- 分からない

問13 あなたは、延命治療をどこまで希望しますか。(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、延命治療はしないでほしい  
 4.その他[  
 5.分からない]

問14 問11から問13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14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ますか。(いくつとも○)

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14で「2」と回答した方におたずねします。  
 自分の希望を伝えられ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.伝えることをためらっているから  
 3.家族の希望に任せたいから  
 4.その他[  
 ]

| ◆家庭への訪問や通いで受けけるサービス  | ★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 |
|--|----------------------|--------------|-------------------|
| 1.訪問介護★(ホームヘルパーの訪問)  | 1                    | 1            | 1                 |
| 2.訪問入浴介護★(入浴チームの訪問)  | 2                    | 2            | 2                 |
| 3.訪問看護★(看護師などの訪問)  | 3                    | 3            | 3                 |
| 4.訪問リハビリテーション★(リハビリ)の専門職の訪問)   | 4                    | 4            | 4                 |
| 5.居宅看護管理指導★(医師などによる指導)   | 5                    | 5            | 5                 |
| 6.通所介護(デイサービス)★<br>(日帰り介護施設などへの通所)   | 6                    | 6            | 6                 |
| 7.通所リハビリテーション(デイケア)★<br>(老人保健施設などへの通所)                                     | 7                    | 7            | 7                 |
| 8.短期入所生活介護(ショートステイ)★<br>(特別養護老人ホームへの短期入所)                                  | 8                    | 8            | 8                 |
| 9.短期入所療養介護(ショートステイ)★<br>(老人保健施設などへの短期入所)                                   | 9                    | 9            | 9                 |
| 10.特定施設入居者生活介護★<br>(有料老人ホームなどでの介護)   | 10                   | 10           | 10                |
| ◆施設などを利用するサービス   |                      |              |                   |
| 11.介護老人ホーム(特別養護老人ホーム)  | 11                   | 11           | 11                |
| 12.介護老人保健施設(老人保健施設)  | 12                   | 12           | 12                |
| 13.介護療養型医療施設または介護療養型医療施設   | 13                   | 13           | 13                |
| ◆身近な地域でのサービス   |                      |              |                   |
| 14.地域密着型通所介護<br>(定員18人以下の小規模な通所介護)   | 14                   | 14           | 14                |
| 15.小規模多機能型居宅介護★<br>(通所介護(デイサービス)を中心とした訪問介護)や「短期间入所(ショートステイ)」を組み合わせた介護サービス) | 15                   | 15           | 15                |
| 16.夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき<br>随時対応する訪問介護)                                | 16                   | 16           | 16                |
| 17.看護小規模多機能型居宅介護   | 17                   | 17           | 17                |
| 18.定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | 18                   | 18           | 18                |
| 19.認知症対応型通所介護★(認知症デイサービス)  | 19                   | 19           | 19                |
| 20.認知症対応型共同生活介護★<br>(認知症高齢者グループホーム)  | 20                   | 20           | 20                |
| ◆その他   |                      |              |                   |
| 21.福祉用具の貸与★(車いす・特殊寝台などの貸与)   | 21                   | 21           | 21                |
| 22.福祉用具の購入費の支給★<br>(入浴用いすなどの購入費の支給)  | 22                   | 22           | 22                |
| 23.住宅改修費の支給★<br>(手すりの取付けなど改修費の支給)  | 23                   | 23           | 23                |
| ◆介護予防・日常生活支援総合事業   |                      |              |                   |
| 24.訪問型サービス   | 24                   | 24           | 24                |
| 25.通所型サービス   | 25                   | 25           | 25                |

問16 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する上限の金額(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令和元年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○)  
 ⇒付問1へ  
 1. 利用限度額を超えている  
 2. 利用限度額内に入っている  
 3. 分からない

付問1 問16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. 分からない〕

付問2 問16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(シルバーセンター、宅配弁当など)を受けているから  
 7. どのようなサービスがあるのか分からないうち  
 8. その他〔  
 9. 分からない〕

問17 あなたは、次のような利用者負担軽減制度を知っていますか。(それぞれ1つに○)

①利用者負担額が高額になった人への軽減制度(高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス費)

1. 知っている  
 2. 知らない

②施設サービスが高額になった人への軽減制度(負担限度額認定)

1. 知っている  
 2. 知らない

③生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度

1. 知っている  
 2. 知らない

問18 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うになりましたか。(1つに○)

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

付問 問18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、悪くなか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19 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20 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. ふつう  
 4. やや不満である  
 5. 不満である  
 ⇒付問へ  
 ⇒付問へ

付問 問20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. 介護支援専門員の知識、経験不足  
 2. コミュニケーション不足  
 3. 自分に合ったケアプランになっていない  
 4. その他〔  
 〕

問21 あなたは、利用している居宅サービス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. ふつう  
 4. やや不満である  
 5. 不満である  
 ⇒付問へ  
 ⇒付問へ

付問 間21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。(いくつても○)

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は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〔  
6. 分からない

問24 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
2. 利用していない

付問 間24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。(いくつても○)

1. 介護保険サービスの上乗せサービス  
(宿泊デイ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. 見守り・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、金銭管理に関する支援など)

問23 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われますか。(いくつでも○)

1. 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助言に基づいて利用する
4. なるべく使わない、ないように自立した生活を送る
5. その他〔  
5. その他〔  
6. 分からない

問24 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
2. 利用していない

付問 間24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。(いくつても○)

1. 介護保険外の高齢者福祉サービス(紙おむつとの支給、配食、緊急通報装置の貸出しなど)については、今後もますます利用が増えると予想されます。これに対応するために、あなたのお考えに一番近いものはどれですか。(1つに○)
1. サービスの対象者などの内容は変えず、財源である税金を増やして対応する
2. サービスの対象者などの内容は変えず、サービスを利用する人の自己負担を増やして対応する
3. 税金や自己負担を増やすずに、サービスの対象者などの内容を変えて対応する
4. その他〔  
5. 分からない

問25 介護保険外の高齢者福祉サービス(紙おむつとの支給、配食、緊急通報装置の貸出しなど)については、今後もますます利用が増えると予想されます。これに対応するために、あなたのお考えに一番近いものはどれですか。(1つに○)

1. サービスの対象者などの内容は変えず、財源である税金を増やして対応する
2. サービスの対象者などの内容は変えず、サービスを利用する人の自己負担を増やして対応する
3. 税金や自己負担を増やすずに、サービスの対象者などの内容を変えて対応する
4. その他〔  
5. 分からない

## □ 介護予防、認知症、権利擁護についておたずねします

問26 あなたは、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○)

1.名称も内容も知っている 2.名称は聞いたことがある

問27 将来、もしも認知症になつた場合、心配なことは何ですか。(いくつても○)

- 1.家族の負担が増える 5.お金の管理
- 2.世話をしてくれる人がいない 6.心配なことはない
- 3.公的なサービスが十分にあるのか心配 7.その他〔 〕
- 4.自宅で生活できるのか心配

問28 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つた場合、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、どう思いますか。(1つに○)

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

問31 あなたが今後地域で暮らしていくために必要だと思うことは、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組を推進すること
- 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.高齢期になつても住み続けられるよう、多様な住まい方の施設を充実すること
- 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.寝つきにならぬよう、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.分からない

問32 西東京市の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。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

記入もれがないかともう一度お確かめの上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)までにお近くのボストに投函してください。

## □ 介護保険制度についておたずねします

問30 あなたは、「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」…高齢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

- 1.知っている 2.付問へ ⇒付問へ
- 2.知らない

付問 問30で「」と回答した方におたずねします。  
あなたの住まい地区を担当している「地域包括支援センター」を知っていますか。

(1つに○)

- 1.栄町地域包括支援センター
- 2.富士町地域包括支援センター
- 3.泉町地域包括支援センター
- 4.田無町地域包括支援センター
- 5.緑町地域包括支援センター
- 6.西原町地域包括支援センター
- 7.向台町地域包括支援センター
- 8.新町地域包括支援センター
- 9.知らない

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

## 西東京市介護保険事業計画策定のための 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、令和2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8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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。
  - 回答は、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。
  - 回答が「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、回答していくだた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いただくか、対象者がご本人おひとりでの回答が難しい場合は、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は、回答不要です。下の枠内にいずれかに○印をつけてご返送ください。

- 退所・退院等
- ご本人の意見を確認できない
- ご家族の意向
- 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）に入れ、

**12月17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、以下までお問い合わせください。  
【連絡先】アンケートセンター TEL 03-6674-2866  
受付時間 10:00～12:00、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○）

- あて名ご本人
- あて名ご本人の家族
- 施設等の職員
- その他〔 〕

### 問2 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 あなたの性別をお答えください。（1つに○）

- 男性
- 女性

### 問4 あなたの年齢をお答えください。（数字を記入）

\_\_\_\_\_ 歳

### 問5 あなたの現在の介護度はどれですか。（1つに○）

- 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

### 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。

- いない
- 配偶者
- 子ども
- 兄弟姉妹
- その他〔 〕

### 付問 問7で「2」～「5」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○）

- ほぼ毎日
- 数か月に1回程度
- 年に1回程度
- 年に1回程度
- ほとんど来ない

## これからの方についておたずねします

問8 今後、あなたはどう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  
3.自宅で介護保険サービスを利用して過ごしたい  
4.自宅ど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.分からない

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または介護医療院  
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.経費老人ホーム(ケアハウス)  
7.サービス付き高齢者向け住宅  
8.その他〔 〕

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.息子・娘の家  
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.分からない  
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〔 〕

問11 あなたは、現在の施設での「みどり※」を希望しますか。(1つに○)

※「みどり」…病状の改善が見込まれない方にに対し、延命治療のような積極的な医療行為は行わず、慣れ親しんだ施設で、ご家族やスタッフなどの見送りにより、最期の時を迎えていただきケア。

- 1.希望する  
2.希望しない

問12 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.ふつうである  
3.自分には合っていないと思う  
4.分からない

## 問13 現在入所されている施設についておたずねします。(それぞれ1つに○)

|                              |       |        |          |
|------------------------------|-------|--------|----------|
|                              | 1. はい | 2. いいえ | 3. 分からない |
| ①施設での生活は満足していますか。            | 1     | 2      | 3        |
| ②健康面での配慮はよしてくれますか。           | 1     | 2      | 3        |
| ③介護は丁寧に、こちらの状態を配慮してくれますか。    | 1     | 2      | 3        |
| 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     | 2      | 3        |
| ⑤心配なことなどの相談にののり丁寧に対応してくれますか。 | 1     | 2      | 3        |
| ⑥職員の対応はしっかりしていますか。           | 1     | 2      | 3        |
| ⑦こちらのうごとに十分耳を傾けてくれますか。       | 1     | 2      | 3        |
| ⑧終束したことを守ってくれますか。            | 1     | 2      | 3        |
| ⑨どの職員も同じように丁寧に接してくれますか。      | 1     | 2      | 3        |
| ⑩自分でできることを代わりにやってくれますか。      | 1     | 2      | 3        |
| ⑪プライバシーが守られていますか。            | 1     | 2      | 3        |
| ⑫リハビリ・機能訓練を十分にやってくれますか。      | 1     | 2      | 3        |

問16 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か。(1つに○)  
ように感じていますか。(1つに○)

|              |      |
|--------------|------|
| 1.妥当だと思う     |      |
| 2.おおむね妥当だと思う | ⇒付問へ |
| 3.少し負担に感じる   | ⇒付問へ |
| 4.非常に負担に感じる  |      |
| 5.分からない、     |      |

付問 間16で「3」「4」と回答した方におたずねします。  
あなたは、次のような利用者負担軽減制度を知っていますか。(それぞれ1つに○)

①利用者負担額が高額になった人への軽減制度(高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス費)

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

②施設サービスが高額になった人への軽減制度(負担限度額認定)

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

③生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度

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

問17 あなたはこれまで、サービスを利用する感じた不満や問題点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 ⇒付問1、2へ  
2.市の担当課に伝えた ⇒付問1、2へ  
3.家族に伝えた ⇒付問1、2へ  
4.施設等の他の入所者に伝えた ⇒付問1、2へ  
5.その他〔 〕 ⇒付問1、2へ  
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 間17で「1」「5」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する感じた不満や問題点は改善されましたか。(1つに○)  
伝えた結果、不満や問題点は改善されましたか。(1つに○)

1.改善された ⇒付問2  
2.一部は改善された ⇒付問2  
3.改善されなかった ⇒付問2

|            |          |
|------------|----------|
| 1.食事内容や世話  | 4.掛け声の世話 |
| 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15 施設を利用するには介護支援専門員(ケアマネジャー)があなた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○)

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○)

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  
2.やや満足している  
3.ふつう  
4.やや不満である  
5.不満である

付問 間17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する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

## 資料 使用した調査票

### 04 介護保険施設・居住系サービス利用者調査

#### 04 介護保険施設・居住系サービス利用者調査

#### 高齢者虐待についておたずねします

問18 次の中で、あなたが高齢者虐待を受けたことがあります、または発見したことがありますか。  
(いくつても○)

- 1.身体を傷つけるような暴力をふるうこと
- 2.暴言や無視などで心理的な傷を与えること
- 3.食事や世話をなどをせず衰弱させること
- 4.わいせつな行為をすること、またはさせること
- 5.高齢者の財産を無断で使うこと
- 6.分からぬ
- 7.その他〔 〕

#### 問19 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 ⇒ 知っている相談先をご記入ください  
〔 〕
- 2.知らない  
〔 〕

#### 介護保険制度についておたずねします

問20 あなたが今後地域で暮らしていくために必要だと思うことは、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組を推進すること
- 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.高齢期になつても住み続けられるよう、多様な住まい方の施設を充実すること
- 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.分からぬ  
〔 〕

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上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)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、令和2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8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つた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、ご回答いただい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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。

2. 回答は、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. 回答が「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難しい場合は、ご家族の方がお手伝いいただき、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は、回答不要です。下の枠内にいずれかに○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）に入れ、

12月17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る場合は、下記までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2693  
受付時間 10:00～12:00、13:00～17:00（土日祝を除く）

### 問1 この調査票はどなたかが記入されますか。（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。お間違えないようにお答えください。

#### 問2 あなた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）

※令和元年11月1日現在の年齢でお答えください。

[ ] 歳

#### 問4 あなたの住まいの地区をお答えください。（1つに○）

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

#### 問5 あなたの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. 配偶者
- 4. 息子・娘
- 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 間6で「2」～「8」と回答した方におたずねします。

同居の方は、全員65歳以上ですか。（1つに○）

1. はい

2. いいえ

## 日頃の生活についておたずねします

問7 平日の日中、あなたはひとりでいることが多いですか。(1つに○)  
1.ひとりでいることが多い  
2.ひとりでいることは少ない

問8 あなたは、普段の生活の中で困ったことがありますか。(3つまで○)

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

## 医療の状況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く、健康や病気のことを日々から、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。

問9 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.分からない問10 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.分からない問11 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.分からない問12 あなたの医療の受診形態は、次のどれですか。(いくつでも○)  
1.訪問診療を受けている  
2.往診を必要などきに利用している  
3.通院している

問13 今後、あなたは、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

- 1.自宅  
2.子ども、親族の家  
3.高齢者向けのケア付き住宅  
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.分からない〕

付問1 間12で「1」「2」と回答した方におたずねします。

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

付問2 間12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.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〔  
16.医療処置は受けない ⇒ 間13へ〕

付問3 今後の希望についておたずねします

問14 今後、あなたは、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

- 1.付問1へ  
2.付問1へ  
3.付問2へ  
4.付問2へ  
5.付問2へ  
6.付問2へ  
7.付問2へ  
8.その他〔  
9.分からない〕

付問1 間13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  
2. 可能だと思います  
3. その他〔  
4. 分からない

⇒付問2へ

付問2 間14で「3」から「6」のいずれか、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分からないから  
9. その他〔

付問2 間13で「3」～「6」のいずれか、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分からないから  
9. その他〔

問14 あなたが、人生の最期を迎える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. 高齢者向けのケア付き住宅  
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. 分からない

問15 間13から間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ますか。(1つに○)

1. 伝えている  
2. 伝えていない  
3. その他〔

付問1 間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1 間16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ますか。(いくつでも○)

1. まだ伝える時期ではないと思うから  
2. 伝えることをためらっているから  
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すねします

## 問17 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18 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.高齢者福祉サービス(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つたとき、すぐ利用できるから  
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19 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何ですか。(いくつても○)

- | ◆家庭への訪問や通いで受けけるサービス                            | ★は要支援1～2の方も利用できるサービス | ◆内容を<br>知っている<br>サービスに○ |
|--|----------------------|-------------------------|
| 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.訪問リハビリーション★(リハビリの専門職の訪問)                     | 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)★(日帰り介護施設などへの通所)                 | 6                    |                         |
| 7.通所リハビリーション(デイケア)★(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)★(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)★(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.介護老人へ福祉施設(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または介護医療院                           | 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★<br>(通所介護(デイサービス)を中心とした介護サービス)  | 15                   |                         |
| 16.夜間対応型通所介護(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.看護小規模多機能型居宅介護                               | 17                   |                         |
| 18.定期巡回・随時対応型訪問介護看護                            | 18                   |                         |
| 19.認知症対応型通所介護★(認知症デイサービス)                      | 19                   |                         |
| 20.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)                | 20                   |                         |
| ◆その他   |                      |                         |
| 21.福祉用具の貸与★(車いす・特殊寝台などの貸与)                     | 21                   |                         |
| 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)                | 22                   |                         |
| 23.住宅改修費の支給★(手すりの取付けなど改修費の支給)                  | 23                   |                         |
| ◆介護予防・日常生活支援給付事業                               |                      |                         |
| 24.訪問型サービス                                     | 24                   |                         |
| 25.通所型サービス                                     | 25                   |                         |
- 問21 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つた場合、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護などの介護を受けるサービス(1つに○)
- 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
  - 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
  - 分からない
- 問22 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するための希望するサービスを具体的に:〔 〕
- ⇒希望するサービスを具体的に:〔 〕
- 1.よいケアマネジャーが見つからないから  
2.利用料を支払うだけのお金がないから  
3.利用料がサービス内容に見合つてないと思うから  
4.利用料がサービス内容に見合つてないと思うから  
5.利用したいサービスがないから  
6.利用してみたい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つたから  
9.一時的なサービス(住宅改修など)だけによかつたから  
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.体調がよくなつたから  
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分からないから  
15.サービスの内容がよく分からないから  
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つてしまくないため  
20.その他〔 〕
- 問23 1.分からない

## (2) 自宅で掃除・調理・洗濯などを手伝つてもううサービス(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. 分からない

## (3) ディ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ロの中のケアなどをを行うサービス(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ヶ月程度の短期間で、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. 分からない

## 問22 介護保険外の高齢者福祉サービス(紙おむつの支給、配食、緊急通報装置の貸出など)については、今後もますます利用が増えると予想されます。これに対応するために、あなたの考えに一番近いものはどれですか。(1つに○)

1. サービスの対象者などの内容は変えず、財源である税金を増やして対応する

2. サービスの対象者などの内容は変えず、サービスを利用する人の自己負担を増やして対応する

3. 税金や自己負担を増やさずに、サービスの対象者などの内容を変えて対応する

4. その他[

5. 分からない

## 問23 あなたは、「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」…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

1. 知っている

⇒付問へ

2. 知らない

付問

問23で「」と回答した方におたずねします。

あなたの住まいの地区を担当している「地域包括支援センター」を知っていますか。

(1つに○)

1. 桜町地域包括支援センター
2. 富士町地域包括支援センター
3. 泉町地域包括支援センター
4. 田無町地域包括支援センター
5. 緑町地域包括支援センター
6. 西原町地域包括支援センター
7. 向台町地域包括支援センター
8. 新町地域包括支援センター
9. 知らない

## 問24 あなたは、今後西東京市が取り組む介護保険・高齢者福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきだとお考えですか。(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、ボランティアボ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. ICTを活用したサービス

22. その他[

## 問25 あなたが今後地域で暮らしていくために必要だと思うことは、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とどめること

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組を推進すること

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. 高齢期になつても住み続けられるよう、多様な住まい方の施設を充実すること

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. 分からない

## 資料 使用した調査票

05 介護保険サービス未利用者調査

問26 西東京市の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。

\_\_\_\_\_

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(1日あたり)

問34 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

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27 曜頃、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。

問28 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29 あて名ご本人を主に介護しているのは、本人からみてどちらですか。(1つに○)

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

問30 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)

※令和元年 11月1日現在の年齢でお答えください。

\_\_\_\_\_ 歳

問31 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 4. 西東京市内  
2. 同じ敷地内 5. 東京都内  
3. 同じ町内 6. 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。

記入もれががないかともう一度お確かめの上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)までにお近くのポストに投函してください。

西東京市介護保険制度についての意見・要望

- 12 -

- 11 -

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

### 貴事業所についておたずねします

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、令和2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8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。

令和元年11月

西東京市長 丸山 浩一

#### 問1 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. 通所介護
7. 通所リハビリテーション
8. 短期入所生活介護
9. 短期入所療養介護
10. 特定施設入居生活介護
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
14. 地域密着型通所介護
15. 小規模多機能型居宅介護
16. 夜間対応型訪問介護
17. 看護小規模多機能型居宅介護
18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
19. 認知症対応型通所介護
20. 認知症対応型共同生活介護
21. 福祉用具貸与・購入
22. 住宅改修
23. 訪問型サービス（総合事業）
24. 通所型サービス（総合事業）

#### 記入についてのお願い

1. この調査は、令和元年11月1日現在でお答えください。
2. この調査は、貴事業所名で提供するサービスについてお答えください。同じ事業所名で異なる種類のサービスを提供している場合、それぞれ調査票をお送りしております。ただし、施設併設の短期入所生活介護及び短期入所療養介護は施設サービスと併せてお答えください。
3. 回答は、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. 回答が「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）に入れ、  
12月17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れば、以下までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2693  
受付時間 10:00～12:00, 13:00～17:00（土日祝を除く）

問2 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（宿泊デイ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・移動販売または販売・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・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3 貴事業所の利用者についておたずねします。令和元年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    |

## 事業運営についておたずねします

問4 円滑な事業運営を進めいく上で、現在、特に困難に感じることは何ですか。(いくつても○)

- 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はない〕

## 問5 諸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.や不足 4.不足 5.大いに不足

## 問6 人材を確保するためにどのような取組を行っていますか。

|                         | (1)<br>現在<br>行っている<br>取組<br>(いくつても<br>○) | (2)<br>今後<br>行いたい<br>取組<br>(いくつても<br>○) |
|-------------------------|--|---|
| 1.新規採用枠の拡大              | 1  | 1                                       |
| 2.中途採用枠の拡大〔具体的に:〕       | 2  | 2                                       |
| 3.就業時間の見直し              | 3  | 3                                       |
| 4.福利厚生の充実               | 4  | 4                                       |
| 5.賃金面の充実                | 5  | 5                                       |
| 6.研修会への参加支援             | 6  | 6                                       |
| 7.資格取得の支援〔具体的に:〕        | 7  | 7                                       |
| 8.苦情・相談体制の充実            | 8  | 8                                       |
| 9.職員間の助け合い制度            | 9  | 9                                       |
| 10.同事業所内での人員確保          | 10                                       | 10                                      |
| 11.社外の協力体制の整備           | 11                                       | 11                                      |
| 12.求人広告掲載               | 12                                       | 12                                      |
| 13.その他〔<br>20.特に行っていない〕 | 13                                       | 13                                      |

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

## 問8 職員の早期離職防止や定着促進のためにどのような取組を行っていますか。(いくつでも○)

| (労働時間・勤務負担軽減)                            |  |
|--|--|
| 1.労働時間(時間帯・終労働時間)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                        |  |
| 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                   |  |
| 8.育児・介護等の休暇制度の活用を奨励している                  |  |
| 9.育児・介護(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    |  |
| 11.新人の指導担当・アドバイザーを置いている(メンターモードなど)       |  |
| 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                          |  |
| 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〔<br>20.特に行っていない〕                  |  |

## 問9 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実施していますか。(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承認
- 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

- 1.資格試験に合格した場合、受験料や登録費用等を負担
- 2.資格試験に合格した場合の報奨金
- 3.その他〔  
〕
- 4.特にない

(2)事業所内の講習会・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お書きください。(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.ほど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ますか。できていない場合は理由を具体的にお書きください。(1つに○)

- 1.支援している
- 2.十分でないが支援している
- 3.ほど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10 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
- 2.検討している
- 3.対応は考えていない
- 4.その他〔  
〕

## 問11 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。(いくつても○)

- 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・医療機関がいる
- 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.ケースカーナ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

- 1.医療機関との連携を進めるまでの課題は何ですか。(いくつでも○)
- 2.連携のための事務負担が大きい
- 3.連携の必要性を感じていない
- 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〔  
〕

## 問12 医療機関との連携についておたずねします

- 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

- 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〕

## 問13 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.費用がかかりすぎるから
- 2.メリットが分からぬから
- 3.評価機関の選び方が分からぬから
- 4.サービスの改善に結びつかないから
- 5.その他〔  
〕

## 付問 間14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.メリットが分からぬから
- 3.評価機関の選び方が分からぬから
- 4.サービスの改善に結びつかないから
- 5.その他〔  
〕

問15 サービスの質の向上に向けて、貴事業所で（1）現在課題などなっていること、また、（2）今後取り組むこと（または続けること）はありますか。1～23のそれらの項目について、あてはまる欄に○をつけてください。

|                            | (1)                         | (2) |
|----------------------------|-----------------------------|-----|
| 現在課題などなっていること（いくつてもOK）     | 今後取り組むこと（または続けること）（いくつてもOK） |     |
| 1. 事業所の経営理念の明確化            | 2. 従業員への経営理念の周知徹底           | 2   |
| 3. 職場内での人材育成・教育の充実         | 3                           | 3   |
| 4. ケアカンファレンスへの積極的な参加       | 4                           | 4   |
| 5. 専門職の定着・確保               | 5                           | 5   |
| 6. 利用者にとって有益な情報開示の推進       | 6                           | 6   |
| 7. 利用者に分かりやすい契約書の工夫        | 7                           | 7   |
| 8. 利用者の納得と意思の尊重            | 8                           | 8   |
| 9. 利用者のプライバシーの保護・個人情報管理の徹底 | 9                           | 9   |
| 10. 各種マニュアルの作成             | 10                          | 10  |
| 11. 苦情処理対応                 | 11                          | 11  |
| 12. サービスの自己評価の取組           | 12                          | 12  |
| 13. 従業員の労働条件               | 13                          | 13  |
| 14. 提供するサービスの量的拡大          | 14                          | 14  |
| 15. 提供するサービスエリアの拡大         | 15                          | 15  |
| 16. 福祉系事業所との連携             | 16                          | 16  |
| 17. 医療・保健系事業所との連携          | 17                          | 17  |
| 18. ボランティア活動団体との連携         | 18                          | 18  |
| 19. ボランティア愛人の拡大            | 19                          | 19  |
| 20. 家族等介護者とのつながり           | 20                          | 20  |
| 21. ユニットケアや個室化の推進          | 21                          | 21  |
| 22. 高齢者虐待防止への取組            |                             |     |
| 23. その他〔 〕                 | 22                          | 22  |

問16 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 |
|-------|----------|------------|---------|-------------|

問17 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17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ている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18 貴事業所ではICTや介護用ロボット等を活用していますか。または活用したいと思いますか。（1つに○）

- 1. はい
- 2. いいえ

⇒付問へ

付問 問18で「2」と回答した事業所におたずねします。

ICTや介護用ロボット等を活用していない、活用できない理由はなんですか。（いくつても○）

- 1. 価格が高いかから
- 2. 機器の扱いが難しそうであるから
- 3. 人で十分に対応できると思うから
- 4. 補助制度などが複雑だから
- 5. その他〔 〕

問19 対事業所では外国人の入村を受け入れていますか。または受け入れたいと思いますか。  
(1つに○)

1. はい 2.いいえ ⇒付問へ

付問 問19で「2」と回答した事業所におたずねします。

外国人の人材を受け入れない、受け入れられない理由はなんですか。(いくつとも○)

- 1.日本語のコミュニケーション能力に不安があるから
- 2.緊急時の判断や対応に不安があるから
- 3.外国人への指導のための他の職員の負担が増えるから
- 4.外国人からの接遇に入所者が慣れていないから
- 5.外国人職員を受け入れるための費用がかかるから
- 6.補助制度などが煩雑だから
- 7.その他〔 〕

問20 職員の処遇についておたずねします

問21 平成30年は前年(平成29年)を100%とした場合にどの程度の収支状況でしたか。  
(1つに○)

- 1.大きく増えた(120%以上)
- 2.増えた(110%以上～120%未満)
- 3.少し増えた(100%以上～110%未満)
- 4.変わらない(100%)
- 5.少し減った(90%以上～100%未満)
- 6.減った(80%以上～90%未満)
- 7.大きく減った(80%未満)
- 8.新規開設により前年と比較できない

付問 前年に比べ収支が増えた(減った)と考えられる最も大きな要因は何ですか。(1つに○)

- 1.利用者の増加(減少)
- 2.人件費の抑制(増加)
- 3.介護報酬単位の増額(減額)
- 4.介護報酬改定による加算が利用できた
- 5.その他〔 〕
- 6.利用できなかった

問22 國では介護報酬の改定を行っていますが、貴事業所では介護従事者の給与等の引き上げを行っていますか。(1つに○)

- 1.介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた ⇒付問1へ
- 2.介護報酬改定に合わせて給与等を引き上げた ⇒付問1へ
- 3.定期昇給を実施した ⇒付問1へ
- 4.給与等の引き上げを行わなかった ⇒付問3へ
- 5.給与等の引き下げを行った ⇒付問3へ
- 6.その他〔 〕

付問 問22で「1」「2」「3」と回答した事業所におたずねします。

- 1.介護従事者全員(予定を含む) ⇒付問1へ
- 2.何らかの要件に該当した介護従事者のみ(予定を含む) ⇒付問2へ
- 3.その他〔 〕

付問 問22で「2」と回答した事業所におたずねします。

- 1.勤続年数を要件として引き上げ
- 2.経験年数を要件として引き上げ
- 3.資格の保有を要件として引き上げ
- 4.勤務形態(常勤・非常勤)を要件として引き上げ
- 5.雇用形態(正規・非正規)を要件として引き上げ
- 6.勤務時間を要件として引き上げ
- 7.その他〔 〕

付問 問20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。

付問3 問22で「4」「5」と回答した事業所におたずねします。

給与等を引き上げなかったもしくは引き下げる理由はなんですか。(1つに○)

1. 利用者の減少や稼働率の低下のため
2. 事業上必須の固定費(システム利用、家賃、電話代等)の負担増のため
3. 安定的な利益確保や営収の見込みがたたないため
4. 個人の実績歩合の結果、または人事考課による結果のため
5. その他〔 〕

問23 介護従事者の各種手当について、引き上げまたは新設を行ったものはありませんか。(いくつでも○)

1. 処遇改善手当
2. 賃格手当
3. 職務手当(役付手当等)
4. 家族(扶養)手当
5. 夜勤手当
6. 時間外手当
7. その他〔 〕
8. 引き上げ、または新設なし

問24 賃金改善以外での改善策はありますか。(処遇全般、教育・研修、職場環境等)

(1) 処遇全般(いくつでも○)

1. 賃金体系等の人事制度の整備
2. 非正規職員から正規職員への転換
3. 短時間正規職員制度の導入
4. 給与又は昇格等の要件の明確化
5. 休暇制度、労働時間等の改善
6. 職員の増員による業務負担の軽減
7. その他〔 〕

(2) 教育・研修(いくつでも○)

1. 人材育成環境の整備
2. 資格取得、能力向上のための支援
3. 能力向上がみどめられた職員への処遇
4. 配置への反映
5. その他〔 〕

(3) 職場環境(いくつでも○)

1. 出産、子育て支援の強化
2. ミーティング等による職場内のコミュニケーションの円滑化
3. 事故、トラブル対応マニュアル等の作成
4. 介護補助器具等の購入、整備等
5. 健康診断、腰痛対策、これらの健康等の健康管理面の強化
6. 職員休憩室、分煙対策等の整備
7. 労働安全衛生対策の充実
8. 業務省力化対策
9. その他〔 〕

問25 職員の処遇改善を行う上で、課題となることは何ですか。(いくつでも○)

1. 介護報酬改定では、職員への処遇改善にまでは回らない
2. 事業所の経営の安定のために、基本給までは手をつけられない
3. 介護報酬改定後も経営状況は変わらないが、人材確保のために処遇改善せざるを得ない
4. 処遇改善だけでは、人材確保や定着に結びついていない
5. その他〔 〕

問26 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27 人材の確保・育成や早期離職防止と定着促進のために、問26であげたようなさまざまなもの

取組以外で、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組について優秀な事業者への表彰
14. その他〔 〕

西東京市への要望についておたずねします

問28 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. 研修会やサービス検討会の開催
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.特にない

問29 「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組を推進すること
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. 高齢期になつ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に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. 分からない

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上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)までにお近くのポストに投函してください。

問30 西東京市の介護保険制度について、ご意見・ご要望があれば、ご自由にお書きください。

## 西東京市介護保険事業計画策定のための 介護支援専門員アンケート調査 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、令和2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8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）の方々を対象に、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。

令和元年11月

西東京市長 丸山 浩一

### あなたのことについておたずねします

問1 あなたの性別をお答えください。(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)

※令和元年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     |

### 記入についてのお願い

1. この調査は、令和元年11月1日現在でお答えください。

2. 回答は、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. 回答が「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。

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

12月17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れば、以下までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートセンター TEL 03-6674-2866  
受付時間 10:00～12:00、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11 ケアプラン作成時に、介護事業所数もしくは定員など、(1)量的に不足していると感じるサービス、また、(2)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選んで番号を記入して下さい。(それぞれ3つまで○)

|                         | (1)<br>量的に<br>不足して<br>いる<br>サービス<br>(3つまで○) | (2)<br>ケアプランに<br>組み入れにくい<br>サービス<br>(3つまで○) |
|-------------------------|---|---|
| 1.訪問介護                  | 1   | 1   |
| 2.訪問看護                  | 2   | 2   |
| 3.訪問リハビリテーション           | 3   | 3   |
| 4.訪問入浴介護                | 4   | 4   |
| 5.居宅療養管理指導              | 5   | 5   |
| 6.通所介護                  | 6   | 6   |
| 7.通所リハビリテーション           | 7   | 7   |
| 8.短期入所生活介護              | 8   | 8   |
| 9.短期入所療養介護              | 9   | 9   |
| 10.特定施設入居者生活介護          | 10  | 10  |
| 11.福祉用具の貸与              | 11  | 11  |
| 12.特定福祉用具購入             | 12  | 12  |
| 13.住宅改修費の支給             | 13  | 13  |
| 14.介護老人保健施設             | 14  | 14  |
| 15.介護老人保健施設             | 15  | 15  |
| 16.夜間対応型訪問介護            | 16  | 16  |
| 17.定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 17  | 17  |
| 18.小規模多機能型居宅介護          | 18  | 18  |
| 19.看護小規模多機能型居宅介護        | 19  | 19  |
| 20.地域密着型通所介護            | 20  | 20  |
| 21.認知症対応型通所介護           | 21  | 21  |
| 22.認知症対応型共同生活介護         | 22  | 22  |
| 23.地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 23  | 23  |
| 24.特にない                 | 24  | 24  |

付問 組み入れにくい理由について、具体的にご記入ください。

介護保険サービスについておたずねします

問12 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。(いくつても○)

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

付問1 間12で「1」と回答した方におたずねします。

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

付問2 間12で「2」と回答した方におたずねします。

- 1.介護保険サービスの上乗せサービス (宿泊デイ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 (訪問理容サービス、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、緊急通報サービス)
- 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、預貯金整理、身元保証支援、金銭管理に関する支援など)
- 10.その他〔 〕

付問3 間12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○)

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あいまいになるから
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たから
6. ケアプランの見直しが複雑になるから
7. その他〔  
8. 特にない〕

付問 間15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. 忙しくて時間がないから
2. 事業所の雰囲気が出づらいから
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ない、または得にいかから
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13 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。

(1) 市が提供する高齢者福祉サービス(いくつでも○)

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〔  
〕

(2) 上記以外の介護保険外サービス(いくつでも○)

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. 見守り・安否確認・緊急連絡サービス
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14 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. ゼひ加えたい
2. 必要であれば加えたい
3. 加えたくない
4. 分からない

### スキルアップについておたずねします

問15 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

## 問19 高齢者のお住まい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. 訪問診療や生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〔 〕

## 西東京市への要望についておたずねします

## 問20 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がありますか。(いくつでも○)

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

## 問21 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. 分からない

## 問22 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いますか。(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組を推進すること
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. 高齢期になつても住み続けられるよう、多様な住まい方の施設を充実すること
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. 痛つきにならないよう、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. 分からない

## 問23 西東京市の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。

西東京市の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上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)までにお近くのボストに投函してください。

## 西東京市介護保険事業計画策定のための 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、令和2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8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、令和元年8月に介護保険の訪問看護を利用している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、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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。
- 回答は、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。
- 回答が「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。
- 質問によつては、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の回答が難しい場合は、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。
- 質問、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

調査票、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）に入れ、

12月17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が、以下までお問い合わせください。  
【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2693  
受付時間 10:00～12:00、13:00～17:00（土日祝を除く）

問1 おて名の方は、現在どこで生活していますか。（1つに○）

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 自宅            | 3. 病院            |
| 2. 子ども等他の家族・親族の家 | 4. 介護老人保健施設      |
|                  | 5. 特別養護老人ホーム     |
|                  | 6. 有料老人ホーム       |
|                  | 7. サービス付き高齢者向け住宅 |
|                  | 8. その他〔 〕        |

「3」～「8」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。〕

おて名の方についてお答えします

問2 この調査票はどなたがご記入されますか。おて名の方からみた結構でお答えください。

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

問3 お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 おて名の方の年齢をお答えください。（数字を記入）  
※令和元年11月1日現在の年齢でお答えください。

〔 〕歳

問5 お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. 実町     |
| 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 おて名の方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          |
| 2. 配偶者          | 3. 息子・娘         |
| 3. 息子・娘         | 4. 息子・娘の配偶者     |
| 4. 息子・娘の配偶者     | 5. 爪            |
| 5. 爪            | 6. 孫・ひ孫         |
| 6. 孫・ひ孫         | 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 |
| 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他〔 〕       |

付問 間6で「2」～「8」と回答した方におたずねします。

同居の方は、全員65歳以上ですか。(1つに○)

1.はい

2.いいえ

問7 おて名の方の要介護度は、次のどれですか。(1つに○)

1.要介護1

2.要介護2

3.要介護3

4.要介護4

5.要介護5

6.分からない

問8 平日の日中、おて名の方はひとりでいることが多いですか。(1つに○)

1.ひとりでいることが多い

2.ひとりでいることは少ない

## 医療の状況についておたずねします

※「かかりつけ医」がかりつけ歯科医「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く、健康や病気のことを日々から、気軽に相談できるような身近な専業医、歯科医、薬局をさします。

問9 おて名の方には、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

1.いる

2.いない

3.分からない

問10 おて名の方には、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

1.いる

2.ない

3.分からない

問11 おて名の方には、「かかりつけ薬局」がありますか。(1つに○)

1.ある

2.ない

3.分からない

問12 お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○)

1.脳血管疾患(脳卒中等)

2.関節疾患(変形性関節症、リウマチ等)

3.骨折・転倒

4.高齢による衰弱

5.認知症

6.心臓病

7.呼吸器疾患

8.糖尿病

9.脊髄疾患(変形性脊椎症など)、脊髄損傷

10.悪性新生物(がん)

11.ペーキンソン病等の特定疾病

12.その他〔 〕

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

問15 お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16 お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 | 4.緊急時に医師と連絡がとれない                    |
| 2.薬を飲み忘れることが多い             | 5.口腔ケアや歯科診療が受けられない                  |
| 3.デイサービスやショートステイが利用できない    | 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〔 〕                  | 15.その他〔 〕                           |

問17 お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○)

- |                   |       |
|-------------------|-------|
| 1.訪問診療を受けている      | ⇒問18へ |
| 2.往診を必要などきに利用している | ⇒問18へ |
| 3.通院している          | ⇒問20へ |

問13 お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18～問19は問17で「1」「2」と回答された方がお答えください

問18 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. もともとのかかりつけ医、知り合いから紹介された  
2. 入院していた病院から紹介された  
3. インターネットで検索した

問19 おでなの方は、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  
2. やや満足  
3. どちらともいえない  
4. やや不満  
5. 不満

⇒問24へお進みください

◎問20～問23は問17で「3」(通院している)と回答された方がお答えください

問20 おでなの方は、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21 おでなの方は、どのような方法で通院していますか。(いくつでも○)

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22 おでなの方は、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  
2.電車  
3.バス  
4.一般のタクシー  
5.介護タクシー  
6.その他[]

問23 おでな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[]  
7.分からない

問24 おでなの方は、在宅療養になる前に入院していましたか。(1つに○)

1.入院していた ⇒付問1へ  
2.入院していない ⇒問25へ

付問1 付問24で「1」と回答した方におたずねします。  
おでなの方は、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  
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2へ  
⇒付問2へ

付問2 付問1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いかった  
10.その他[]

問25 おでなの方は、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  
2.子ども、親族の家  
3.高齢者向けのケア付き住宅  
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.分からない  
⇒付問1へ  
⇒付問1へ  
⇒付問2へ  
⇒付問2へ  
⇒付問2へ  
⇒付問2へ

付問1 間25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ですか。(1つに○)

- 1. 難いと思う
- 2. 可能だと思う
- 3. その他〔 〕
- 4. 分からない

付問2 間25で「3」～「6」のいずれか、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

- 1. あて名の方は、在宅での療養は実現可能だと思いですか。(1つに○)
- 2. 介護してくれる家族や親族がいるから
- 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. 在宅でのどのような医療や介護を受けられるか分からないから
- 9. その他〔 〕

間26 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 ⇒付問1へ
- 3. 高齢者向けのケア付き住宅 ⇒付問2へ
- 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 ⇒付問2へ
- 5. 病院などの医療施設 ⇒付問2へ
- 6. その他〔 〕 ⇒付問2へ
- 7. 分からない

付問1 間26で「1」「2」と回答した方におたずねします。

あて名の方の希望は実現可能だと思いですか。(1つに○)

- 1. 難いと思う
- 2. 可能だと思う
- 3. その他〔 〕
- 4. 分からない

間27 あて名の方は、延命治療をどこまで希望しますか。(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、延命治療はしないでほしい
- 4. その他〔 〕
- 5. 分からない

付問1 間27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1 間27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. 伝えることをためらっているから
- 3. 家族の希望に任せたいから
- 4. その他〔 〕

あて名の方を主に介護されている方に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答えてください。

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。(数字を記入)  
※令和元年 11月1日現在の年齢でお答えください。

\_\_\_\_\_歳

問31 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
- 2. 同じ敷地内
- 3. 同じ町内
- 4. 西東京市内
- 5. 東京都内
- 6. その他 [ ]

問32 あて名ご本人を主に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(1日あたり)

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

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがかかるかどうかもう一度お確かめの上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、  
12月17日(火)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、令和2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8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、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、西東京市にお住まいの65歳以上の方の中から、無作為に2,400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うかがいするものです。ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。なお、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、ご協力をお願ひいたします。

令和元年11月

西東京市長 丸山 浩一

## 問1 調査票の記入日をご記入ください。

|     |          |
|-----|----------|
| 記入日 | 令和元年 月 日 |
|-----|----------|

## 問2 調査票を記入されたのはどなたですか。

1. お名の「本人」が記入  
2. ご家族が記入〔お名の「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 あなたの性別をお答えください。

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)

※令和元年11月1日現在の年齢でお答えください。

\_\_\_\_\_ 歳

- 記入についてのお願い
- この調査は、令和元年11月1日現在でお答えください。
  - 回答は、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。
  - 回答が「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、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の回答が難しい場合は、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は、回答不要です。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)に入れ、

12月17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、以下までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートセンター TEL 03-6674-2866  
受付時間 10:00~12:00、13:00~17:00(土日祝を除く)

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

## 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。

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

## 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. 介護・介助は必要ない  
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない  
3. 現在、何らかの介護を受けている  
(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「3.現在、何らかの介護を受けている」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) 9. 腎疾患(透析)  
2. 心臓病 10. 視覚・聴覚・障害  
3. がん(悪性新生物) 11. 不安である 12. 脊椎損傷  
4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) 13. 高齢による衰弱  
5. 關節の病気(リウマチ等) 14. その他[  
6. 認知症(アルツハイマー病等) ]  
7. ハーフキンソン病  
8. 糖尿病

付問2 問8において「3.現在、何らかの介護を受けている」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) 4. 子の配偶者 7. 介護サービスのヘルパー  
2. 息子 5. 孫 8. その他  
3. 娘 6. 兄弟・姉妹 [ ]

## 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. 大変苦しい 3. ふつう 5. 大変ゆとりがある  
2. やや苦しい 4. ややゆとりがある

## 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. 持家(一戸建て) 4. 民間賃貸住宅(一戸建て) 7. その他  
2. 特家(集合住宅) 5. 民間賃貸住宅(集合住宅)  
3. 公営賃貸住宅 6. 借家

## 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らずに昇っていますか。

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. 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13 15分位続けて歩っていますか。

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14 過去1年間に転んだ経験がありますか。

1. 何度もある 2. 一度ある  
3. ない

## 問15 転倒に対する不安は大きいですか。

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  
11. 肩こり 12. 脊椎損傷  
13. 高齢による衰弱  
14. その他[  
15. 不明 ]

## 問16 週に1回以上は外出していますか。

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. 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  
1. はい 2.いいえ

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. 病気 6. 目の障害  
2. 損害(脳卒中の後遺症など) 7. 外での楽しみがない  
3. 足腰などの痛み 8. 経済的に出られない  
4. ハートの心配(失禁など) 9. 交通手段がない  
5. 耳の障害(聞こえの問題など) 10. その他[  
 ]

## 09 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 09 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 問 19 外出する際の移動手段は何ですか。(いくつても)

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

## 食べることにについておたずねします

## 問 20 身長・体重

身長  cm

体重  kg

## 問 21 半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか。

1. はい  
2. いいえ

## 問 28 物忘れが多いと感じますか。

1. はい  
2. いいえ

## 問 27 どうなたかと食事をともにする機会はありますか。

1. 毎日ある  
2. 週に何度もある  
3. 月に何度もある  
4. 年に何度もある  
5. ほとんどない

## 問 29 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。

1. はい  
2. いいえ

## 問 30 今日が何月何日かわからぬ時がありますか。

1. はい  
2. いいえ

## 問 31 バスや電車を使って一人で外出していますか。(自家用車でも可)

1. できるししている  
2. できるけどしていない  
3. できない

## 問 32 自分で食品・日用品の買物をしていますか。

1. できるししている  
2. できるけどしていない  
3. できない

## 問 33 自分で食事の用意をしていますか。

1. できるししている  
2. できるけどしていない  
3. できない

## 問 34 自分で請求書の支払いをしていますか。

1. できるししている  
2. できるけどしていない  
3. できない

## 付問 1 噛み合せは良いですか。

1. はい  
2. いいえ

問 35 自分で預貯金の出し入れをしていますか。

- 1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない

地域での活動についておたずねします

問 36 年金などの書類(役所や病院などに提出する書類)が書けますか。  
回答してください。

- 1.はい 2.いいえ

問 37 新聞を読んでいますか。

- 1.はい 2.いいえ

問 38 本や雑誌を読んでいますか。

- 1.はい 2.いいえ

問 46 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。※①～⑧それぞれに

| 回答してください。  | 週4回以上 | 週2～3回 | 週1回 | 月～3回 | 年に数回 | 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(街中いこいなサロン、いきいきミニティ、いきいき百歳体操など)<br>介護予防のための通いの場 | 1     | 2     | 3   | 4    | 5    | 6  |
| ⑥老人クラブ   | 1     | 2     | 3   | 4    | 5    | 6  |
| ⑦町内会・自治会   | 1     | 2     | 3   | 4    | 5    | 6  |
| ⑧収入のある仕事   | 1     | 2     | 3   | 4    | 5    | 6  |

問 47 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきま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としてみたいと思いますか。

- 1.是非参加したい 2.参加してもよい 3.参加したくない 4.既に参加している

問 48 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきま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いますか。

- 1.是非参加したい 2.参加してもよい 3.参加したくない 4.既に参加している

問 49 生きがいはありますか。

- 1.生きがいあり → [ ]  
2.思いつかない

問 50 生きがいはありますか。

- 1.生きがいあり → [ ]  
2.思いつかない

09 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査  
問49 あなたは、お住まいの地域の方から何かの役割を期待されたり、頼りにされたりしていると思いませんか。  
※自分なりにできること、会やグループでの役、隣近所のちょうどしたこと、お手伝いやお願ひなど

- 1.とても思う 2.思う 3.やや思う 4.あまりそう思わない 5.そう思わない

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すか。(いくつても)

- 1.配偶者 4.兄弟姉妹・親戚・親・孫  
2.同居の子ども 5.近隣  
3.別居の子ども 6.友人  
7.その他  
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すか。  
(いくつても)

- 1.配偶者 4.兄弟姉妹・親戚・親・孫  
2.同居の子ども 5.近隣  
3.別居の子ども 6.友人  
7.その他  
8.そのような人はいない

問52 あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人はいますか。  
(いくつても)

- 1.配偶者 4.兄弟姉妹・親戚・親・孫  
2.同居の子ども 5.近隣  
3.別居の子ども 6.友人  
7.その他  
8.そのような人はいない

問53 反対に、看病や世話をしてくれる人はいますか。(いくつても)

- 1.配偶者 4.兄弟姉妹・親戚・親・孫  
2.同居の子ども 5.近隣  
3.別居の子ども 6.友人  
7.その他  
8.そのような人はいない

問54 家族や友人・知人以外で、何かあつたときに相談する相手を教えてください。  
(いくつても)

- 1.自治会・町内会・老人クラブ  
2.社会福祉協議会・民生委員  
3.ケアマネジャー  
4.医師・歯科医師・看護師  
5.地域包括支援センター・役所・役場  
6.その他  
7.そのような人はいない

09 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

問55 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。

- 1.毎日ある 3.月に何度がある  
2.週に何度がある 4.年に何度がある  
5.ほんんどない  
1.0人(いらない) 3.3~5人  
2.1~2人 4.6~8人  
5.10人以上

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。

- 1.0人(いらない) 3.3~5人  
2.1~2人 4.6~8人  
5.10人以上  
1.近所・同じ地域の人 4.仕事での同僚・元同僚  
2.幼なじみ 5.趣味や興心が同じ友人  
3.学生時代の友人 6.ボランティア等の活動での友人  
8.いない

問57 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(いくつても)

- 1.近所・同じ地域の人 4.仕事での同僚・元同僚  
2.幼なじみ 5.趣味や興心が同じ友人  
3.学生時代の友人 6.ボランティア等の活動での友人  
7.その他  
1.とてもよい 2.まあよい 3.あまりよくない 4.よくない  
1.はい 2.いいえ  
1.はい 2.いいえ  
1.はい 2.いいえ

問58 現在のあなたの健康状態はいかがですか。  
問59 あなたは、現在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。)  
問60 この1か月間、気分が沈んだり、やううな気持ちになったりすることがありましたか。  
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ない感じがよくありましたか。

## 09 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 問 63 タバコは吸っていますか。

1. ほぼ毎日吸っている  
 2. 時々吸っている  
 3. 吸っていたがやめた  
 4. もともと吸っていない

## 問 64 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(いくつても)

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

## 認知症にかかる相談窓口の把握についておたずねします

## 問 65 認知症の症状がある、又は家族に認知症の症状がある人がいますか。

1. はい  
 2. いいえ

## 問 66 認知症に関する相談窓口を知っていますか。

1. はい  
 2. いいえ

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一度お確かめの上、同封の返信用封筒（切手は不要）に入れて、

12月17日（火）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策定のための 医療機関アンケート調査 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、令和2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8期）」の基礎資料として、医療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。

令和元年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、令和元年11月1日現在でお答えください。
- 回答は、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。
- 回答は、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。

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）に入れ、  
12月17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、以下までお問い合わせください。

【連絡先】アンケートコールセンター TEL 03-6674-2866  
受付時間 10:00～12:00、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 記入者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 貴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. 実施するためのノハハウの不足   | 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〔 〕           |

※問5～8は病院以外の方がお答えください。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（令和元年10月中）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）一般診療所

令和元年10月中に以下の在宅医療を行いましたか。

|                         |   |   |        |
|-------------------------|---|---|--------|
| ①訪問診療                   | 1 | 2 | 行わなかつた |
| ②往診                     | 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）歯科診療所

令和元年10月中に以下の在宅医療を行いましたか。

|           |   |   |        |
|-----------|---|---|--------|
| ①訪問歯科診療   | 1 | 2 | 行わなかつた |
| ②居宅療養管理指導 | 1 | 2 |        |

（3）薬局

令和元年10月中に以下の在宅医療を行いましたか。

|               |   |   |        |
|---------------|---|---|--------|
| ①在宅患者訪問薬剤管理指導 | 1 | 2 | 行わなかつた |
| ②居宅療養管理指導     | 1 | 2 |        |

問6 令和元年10月の1か月間ににおける、貴機関の在宅医療患者数（実人數）について、居住別にご記入ください。

| 市内の退院先区分   | （件数）<br>(実人數) | 左記のうち退院時カンファレンス実施件数<br>介護支援連携加算あり | 左記のうち退院時カンファレンス実施件数<br>介護支援連携加算あり |
|--|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 自宅   | 人             | 人                                 | 件                                 |
| 居住系施設※   | 人             | 人                                 | 件                                 |
| 介護老人福祉施設（特養）                                       | 人             | 人                                 | 件                                 |
| 介護老人保健施設   | 人             | 人                                 | 件                                 |
| その他〔<br>〕  | 人             | 人                                 | 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                    |               |                                   |                                   |
| 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   | 3.6～10人       | 人                                 | 件                                 |
| 2.1～5人   | 4.11人以上       | 人                                 | 件                                 |

※「居住系施設」…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：<br>4.特に決めてない                  |  |

※問9～12は病院の方がお答えください。それ以外の方は問13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 貴病院では、退院時だけではなく、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   |

|  |
|--|
| 問10 平成30年11月1日～令和元年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（実人數）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。 |
| 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 貴病院について、退院支援・退院調整を実施するま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、関係者の退院時カウンターシンの理解が不足している
5. 院外の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12 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しますか。  
(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. 在宅療養連携支援センター(通称:にしのわ)
13. 保健所
14. 市役所
15. 社会福祉協議会
16. その他〔 〕
17. 特になし

付問 問12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。

350

医療と介護の連携についておたずねします

- 問13 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すか。  
(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 ⇒付問1へ
  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 ⇒付問2へ
  5. 分からない

付問 問13で「1」「2」と回答した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〔 〕

付問2 問13で「3」「4」と回答した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ついない
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が分かららない
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14 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～ソそれぞれ1つに○)

- |                         | 連携している | 少しは連携している | あまり連携していない | 連携していない | 業務上聞いがれない |
|-------------------------|--------|-----------|------------|---------|-----------|
| ア.病院                    | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| イ.一般診療所                 | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| ウ.歯科診療所                 | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| エ.薬局                    | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| オ.居宅介護支援事業所             | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| カ.訪問看護事業所(ステーション)       | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| キ.訪問介護事業所               | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| ク.リハビリテーション施設           | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| ケ.介護老人福祉施設(特養)          | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| コ.介護老人保健施設              | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| サ.地域包括支援センター            | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| シ.在宅療養連携支援センター(通称:にしのわ) | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| ス.保健所                   | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| セ.市役所                   | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |
| ソ.社会福祉協議会               | 1      | 2         | 3          | 4       | 5         |

問15 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。（□に○）

問19 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。

1.ある ⇒付問へ 2.ない

付問 問15で「」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。具体的にお書きください。

問 16 資機関は、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思いますか。  
(いくつでもOK)

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17 貢機関(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

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18 市では今後も医療と介護との連携を推進していく方針ですが、貴機関として今後の意向

- をわ聞かれてござい。(いづに)

  - 1.ぜひひ協力したい
  - 2.できる限り協力したい
  - 3.協力したいが多忙などの理由により難い
  - 4.協力したくない
  - 5.余からない

調査に基づき誠にありがとうございました

記入もわがれないかどうかがもう一度お確かめの上、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、12月17日(火)までにお近くのポストに投函してください。

