

西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 策定のための市民アンケート調査（在宅介護実態調査） ご協力のお願い

日頃から、西東京市の高齢者保健福祉施策・介護保険事業の推進につきまして、格別のご理解とご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、標記計画は、老人福祉法及び介護保険法の規定により3年を計画期間として一体的に策定することとされており、西東京市では、令和8年度に、令和9年度から11年度までの「高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」を策定します。

このアンケート調査は、市内在住で要介護・要支援認定を受けている方のうち、在宅生活を送っている方とそのご家族を対象に、サービスの利用やこれからのこと、ご家族の仕事と介護の両立などについておたずねするものです。

ご多用のところ恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

令和7年11月

西東京市長 池澤 隆史

記入についてのお願い

1. この調査は、令和7年11月1日現在でお答えください。
2. この調査票は、【A票：あなた（あて名のご本人）について】と【B票：主な介護者の方について】の2種類あります。
3. 回答は、特に説明のない限り、あてはまる番号を選んでください。
4. 回答が「その他」にあてはまる場合は、その番号を選び、〔 〕内にその内容をご回答ください。
5. 対象者ご本人おひとりでの回答が難しい場合は、ご家族の方にお手伝いいただくか、対象者のご意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご回答ください。B票は、主な介護者がいない方は回答不要です。

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、

11月25日（火）までに ご返送ください。

【問い合わせ先】……………受付時間 午前9時～午後5時（土日・祝日を除く。）

★調査の内容、調査票の書き方や同封物の不足について

株式会社 生活構造研究所 TEL 0120-650-276（フリーダイヤル）

★調査の趣旨について

西東京市健康福祉部高齢者支援課 TEL 042-420-2810～2816（直通）

（この調査は西東京市が株式会社生活構造研究所に委託して実施しています。）

A票**あなた（あて名のご本人）について**

※以下の質問における、「あなた」とは封筒のあて名ご本人のことです。

問1 現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか。（いくつでも○）

1. 封筒のあて名ご本人
2. 主な介護者となっている家族・親族
3. 主な介護者以外の家族・親族
4. その他

問2 あなたの世帯類型について、ご回答ください。（1つに○）

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他〔具体的に： 〕

問3 あなたの性別について、ご回答ください。（1つに○）

1. 男性
2. 女性

問4 あなたの年齢について、ご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 65歳未満 | 4. 75～79歳 | 7. 90歳以上 |
| 2. 65～69歳 | 5. 80～84歳 | |
| 3. 70～74歳 | 6. 85～89歳 | |

問5 あなたの要介護度について、ご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5 |
| 2. 要支援2 | 5. 要介護3 | 8. わからない |
| 3. 要介護1 | 6. 要介護4 | |

問6 あなたは、施設等への入所・入居について検討していますか（「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、認知症高齢者グループホームなどを指します）。（1つに○）

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 入所・入居は検討していない | 3. すでに入所・入居申し込みをしている |
| 2. 入所・入居を検討している | |

問7 令和7年10月の1か月の間に、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用しましたか。（1つに○）

1. 利用した ⇒問8へ
2. 利用していない ⇒問9へ

問8 問7で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。

以下の介護保険サービスについて、令和7年10月の1か月間の利用状況をご回答ください。対象の介護保険サービスをご利用になっていない場合は、「利用していない（0回、1. 利用していない）」を選択してください（それぞれ1つに○）。

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	利用していない	週1回程度	週2回程度	週3回程度	週4回程度	週5回以上
（※回答例）●●●サービス	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
A. 訪問介護 （ホームヘルプサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
B. 訪問入浴介護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
C. 訪問看護	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
D. 訪問リハビリテーション	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
E. 通所介護 （デイサービス）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
F. 通所リハビリテーション （デイケア）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
G. 夜間対応型訪問介護 （※訪問のあった回数を回答）	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

	利用の有無（1つに○）	
H. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した
I. 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した
J. 看護小規模多機能型 居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した

	1か月あたりの利用日数（1つに○）				
	利用していない	月1～7日程度	月8～14日程度	月15～21日程度	月22日以上
H. ショートステイ	0日	1～7日	8～14日	15～21日	22日以上

	1か月あたりの利用回数（1つに○）				
	利用していない	月1回程度	月2回程度	月3回程度	月4回程度
I. 居宅療養管理指導	0回	1回	2回	3回	4回

問9 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（1つに○）

1. ない ⇒調査は終了です

2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない

3. 週に1～2日ある

4. 週に3～4日ある

5. ほぼ毎日ある

} ⇒B票へ進んでください

■次頁からのB票は、問9で「2」～「5」と回答した方が調査対象となります。次頁以降は「主な介護者」の方がご回答ください。

■「主な介護者」の方が回答できない場合は、あて名のご本人が、ご回答ください（ご回答が困難な場合は、無回答で結構です）。

B 票	主な介護者の方について
------------	--------------------

問1 ご家族やご親族の中で、あて名ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（1つに○）

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

- | |
|--|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない |
|--|

問2 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。（1つに○）

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. 20歳未満
2. 20代
3. 30代 | 4. 40代
5. 50代
6. 60代 | 7. 70代
8. 80歳以上
9. わからない |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|

問3 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）。

（3つまで○）

【身体介護】

- | | |
|--|---|
| 1. 日中の排せつ
2. 夜間の排せつ
3. 食事の介助（食べる時）
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
9. 服薬
10. 認知症状への対応
11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） | 【生活援助】
12. 食事の準備（調理等）
13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

【その他】
15. その他
16. 不安に感じていることは、特にな
17. 主な介護者に確認しないと、わからない |
|--|---|

問4 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。（1つに○）

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. フルタイムで働いている | } ⇒問5～問6へ |
| 2. パートタイムで働いている | |
| 3. 働いていない | } ⇒調査は終了です |
| 4. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」「嘱託」「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」「パートタイム」のいずれかを選択してください。

問5 問4で「1」または「2」と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。（いくつでも○）

- | |
|--|
| 1. 特に行っていない |
| 2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている |
| 3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている |
| 4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている |
| 5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている |
| 6. 主な介護者に確認しないと、わからない |

問6 問4で「1」または「2」と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。（1つに○）

- | |
|-----------------------|
| 1. 問題なく、続けていける |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい |
| 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない |

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、**11月25日（火）までに**お近くのポストに投函してください。