

高齢の方のためのアンケート調査にご協力をお願いいたします



市民の皆様には、日頃より高齢者福祉行政にご理解・ご協力いただき、誠にありがとうございます。

小金井市は、高齢の方が健康で住み慣れた地域で安心して住み続けることができるまちを目指して、「小金井市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画」の策定を予定しています。この度、計画策定のためのアンケート調査を実施することとなりました。

ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和7年11月 小金井市

調査について

この調査は、これからの小金井市の高齢者保健福祉施策や、介護保険サービスを検討するうえでの重要な調査です。生活に介護が必要な方やその方を主に介護している方の状況を調査し、計画策定にあたって参考にいたします。

対象者

要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請者の中から無作為に選ばれた方

回答期間

令和7年11月1日（土）～令和7年 **11月21日（金）**まで

※ 調査結果は、令和8年4月以降に市のホームページにて掲載予定です。

回答方法

WEBで回答する方法と、調査票に直接記入し郵送する方法のどちらかひとつをお選びください。

WEB



スマートフォンで右記の二次元コード、小金井市のホームページ、または、下記URLにアクセスし、ご回答ください。

QRコード

小金井市ホームページから
トップページ>健康・福祉>高齢者福祉>お知らせ>●●●…

<https://sample.webcas.com/sample/sample/sample>

確認番号：123456

郵送

- ① 調査票に記入し、同封の封筒に入れてください。
- ② 切手を貼らずに、ポストに投函してください。



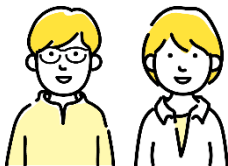
封筒のあて名ご本人についてご回答ください

調査票の設問中の「あなた」とは、封筒のあて名の方を指します。



あて名の方が回答できる場合

ご本人が回答してください。
※一部、主な介護者についての設問があります。



あて名の方の回答が難しい場合

ご家族や周りの方がお手伝いください。
それでも難しい場合は、ご本人の意見を聞いたうえで、
代わりにご回答ください。

郵送でご回答の方へ：回答の記入方法

- この調査票には、お名前・ご住所を記入しないでください。
- あてはまる選択肢の番号に○をつけてください。
- 「その他」に○をつけた方は、（ ）内に具体的にその内容をお書きください。

プライバシーの保護に万全を期しています

回答は、統計的に処理いたしますので、お答えいただいた方にご迷惑をおかけするようなことは一切ございません。

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりです。

なお、本調査へのご回答をもって、下記について同意いただいたものとさせていただきます。

- この調査は、効果的な高齢者保健福祉・介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、計画策定の目的以外には利用いたしません。また、当該情報については、小金井市において適切に管理いたします。
- 計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、表紙のログイン ID をもとに、あなたのサービス利用の情報等と合わせ、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・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。
(名前や住所など個人が識別される情報の登録は一切いたしません。)

はじめに、調査の回答者についておたずねします

◆あなた（あて名ご本人）は現在どちらにいらっしゃいますか。（1つに○）

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| 1. (2, 3以外の) 自宅 | 4. その他 |
| 2. サービス付き高齢者向け住宅
(特定施設入居者生活介護ではない) | 〔具体的に： _____〕 |
| 3. 住宅型有料老人ホーム | 5. 病院等に入院している |
| | 6. 市外に転出 _____ |

「5. 病院等に入院している」と「6. 市外に転出」に回答された方は、ここまでの記入で結構です。調査票を返信用封筒に入れ、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

◆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 | 4. あて名ご本人のケアマネジャー |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族 | 5. その他〔具体的に： _____〕 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | |

F 1 あなた（あて名ご本人）の性別はどちらですか。（1つに○）

- | | | |
|-------|-------|---------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. そのほか |
|-------|-------|---------|

F 2 あなた（あて名ご本人）の年齢は次のどれですか。（1つに○）

※ 令和7年11月1日現在の年齢でお答えください。

- | | |
|--------|----------|
| 1. 40代 | 4. 70代 |
| 2. 50代 | 5. 80歳以上 |
| 3. 60代 | 6. わからない |

本人の介護の概況についておたずねします

問1 あなたの世帯類型は次のうちどれですか。（1つに○）

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問2 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も入れてお答えください。（1つに○）

- | | |
|----------------------------|----------|
| 1. な い | } 問8へ |
| 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 | } 問3～問7へ |
| 4. 週に3～4日ある | |
| 5. ほぼ毎日ある | |



問3 主な介護者の方はどなたですか。(1つに○)

1. 配偶者
2. 子
3. 子の配偶者
4. 孫
5. 兄弟・姉妹
6. その他〔具体的に： 〕

問4 主な介護者の方の性別はどちらですか。(1つに○)

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

問5 主な介護者の方の年齢は次のどれですか。(1つに○)

※ 令和7年11月1日現在の年齢でお答えください。

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

問6 現在、主な介護者の方が行っている介護等は次のどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 9. 服薬 |
| 2. 夜間の排泄 | 10. 認知症状への対応 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） |
| 4. 入浴・洗身 | 12. 食事の準備（調理等） |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 6. 衣服の着脱 | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 15. その他〔具体的に： 〕 |
| 8. 外出の付き添い、送迎等 | 16. わからない |

問7 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。(いくつでも○)

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

ここからは全員の方がお答えください

問8 現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスはどれですか。
(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|---|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ（ひと声訪問（牛乳の配達）、
緊急通報システム、徘徊探索器の貸与を含む） |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他〔具体的に： 〕 |
| 5. ゴミ出し | 11. 利用していない |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問9 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）はどれですか。

(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|---|
| 1. 配食 | 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 2. 調理 | 8. 見守り、声かけ（ひと声訪問（牛乳の配達）、
緊急通報システム、徘徊探索器の貸与を含む） |
| 3. 掃除・洗濯 | 9. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 4. 買い物（宅配は含まない） | 10. その他〔具体的に： 〕 |
| 5. ゴミ出し | 11. 特になし |
| 6. 外出同行（通院、買い物など） | |

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問10 現時点での、施設等(※)への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。
(1つに○)

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

※ 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）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問11 あて名ご本人が現在抱えている傷病は次のどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中） | 9. 認知症 |
| 2. 心疾患（心臓病） | 10. パーキンソン病 |
| 3. 悪性新生物（がん） | 11. 難病（パーキンソン病を除く） |
| 4. 呼吸器疾患 | 12. 糖尿病 |
| 5. 腎疾患（透析） | 13. 眼科・耳鼻科疾患 |
| 6. 筋骨格系疾患
（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） | （視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 14. その他〔具体的に： 〕 |
| 8. 変形性関節疾患 | 15. なし |
| | 16. わからない |

問 12 あて名ご本人は、現在、訪問診療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 |
|-----------|------------|

※ 訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問 13 現在、(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ていますか。(1つに○)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問 14 問 13 で「2. 利用していない」と答えた方におうかがいします。
介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない2. 本人にサービス利用の希望がない3. 家族が介護をするため必要ない4. 以前、利用していたサービスに不満があった5. 利用料を支払うのが難しい6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない9. その他〔具体的に： | 〕 |
|---|---|

問 15 「新しい認知症観」という言葉を聞いたことがありますか。また、その内容についてご存じですか。(1つに○)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 内容を含めて知っている2. 言葉は聞いたことがあるが内容は知らない3. 知らない |
|---|

※ 新しい認知症観：認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできることややりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間などとながかりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方です。

問 16 認知症の人と共に生きる地域づくりに向けて、以下のことが地域において実現できていると思いますか。(いくつでも○)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 「新しい認知症観」について理解していること2. 認知症の人の意思が尊重され、本人が望む生活が継続できていること3. 認知症の人に自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいること4. 認知症の人が地域で役割を果たしていること5. 認知症の人が自分らしく暮らせること6. その他(7. わからない |) |
|---|---|

主な介護者の状況についておたずねします

※ 主な介護者様、もしくはご本人様にご回答・ご記入（調査票の該当する番号に○）をお願い致します。

問 17 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 18～問 19 へ |
| 2. パートタイム(※)で働いている | |
| 3. 働いていない | } 問 20 へ |
| 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 17 で「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」と答え
た方におたずねします。

問 18 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 19 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 |

ここからは全員の方がお答えください

問 20 主な介護者の方に、どのような支援があればよいと思いますか。

(いくつでも○)

1. 医療関係者の定期的な家庭訪問
2. 家族介護の知識・技術の支援
3. 認知症の知識や介護技術の支援
4. 食事の指導や歯科・口腔ケアの支援
5. 家族介護者のための相談事業・精神的サポート
6. 家族介護者の交流会・レクリエーション
7. 介護事業者やケアマネジャーの紹介
8. 介護保険以外の福祉サービスの紹介
9. その他〔具体的に： 〕

問 21 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○)

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 日中の排泄 | 10. 認知症状への対応 |
| 2. 夜間の排泄 | 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等） |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 12. 食事の準備（調理等） |
| 4. 入浴・洗身 | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等） |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 6. 衣服の着脱 | 15. その他 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 〔具体的に： 〕 |
| 8. 外出の付き添い、送迎等 | 16. 不安に感じていることは特にない |
| 9. 服薬 | 17. 主な介護者に確認しないとわからない |

問 22 主な介護者の方は、介護に関する相談先はありますか。（1つに○）

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

※介護についてご相談されたい方は、お近くの地域包括支援センター又は小金井市介護福祉課包括支援係へご連絡ください。

センター名	電話	担当地域
小金井きた	042-388-2440	梶野町、関野町、緑町、本町2～3丁目、桜町1・3丁目
小金井ひがし	042-386-6514	東町、中町、本町1丁目
小金井みなみ	042-388-8400	前原町、本町6丁目、貫井南町
小金井にし	042-386-7373	本町4～5丁目、桜町2丁目、貫井北町
介護福祉課包括支援係	042-387-9845	市全域

——ご協力ありがとうございました——