

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。介護施設等の利用状況を調べるとともに、皆さまのご意見やご要望をお伺いし、計画策定にあたって、できる限り反映いたします。

対象者

介護保険施設サービス等を利用している要介護認定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。

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>

QRコード

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。



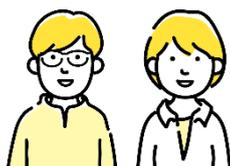
封筒のあて名ご本人についてご回答ください

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。



あて名の方の回答が難しい場合

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、お名前等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。

(名前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

- ◆ 入所（入居）されている施設等の種類について、あてはまる番号に○をつけてください。（1つに○）

- | | |
|--------------|------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 4. 有料老人ホーム（特定施設） |
| 2. 介護老人保健施設 | 5. 認知症グループホーム |
| 3. 介護医療院 | |

- ◆ あなた（あて名ご本人）かご家族が、何らかの事情により回答できない場合は、その理由にあてはまる番号に○をつけて、ご返送ください。（1つに○）

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 退所（居）・退院 | 3. 家族の意向 |
| 2. ご本人の意向 | 4. その他〔具体的に： 〕 |

- ◆ この調査票はどなたがご記入されますか。（1つに○）

- | |
|---------------------|
| 1. あなた（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. あて名ご本人のケアマネジャー |
| 5. その他〔具体的に： 〕 |

あなた（あて名ご本人）のことをおたずねします

※ あなたがおひとりで回答が難しい場合は、ご本人の立場に立ってご家族が記入してください。

- F1 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 |
|-------|-------|---------|

- F2 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. 65～69歳 | 5. 85～89歳 |
| 2. 70～74歳 | 6. 90～94歳 |
| 3. 75～79歳 | 7. 95歳以上 |
| 4. 80～84歳 | |

- F3 施設等に入所（入居）されてどのくらいですか。（1つに○）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 6か月以内 | 4. 2年以上3年未満 |
| 2. 6か月以上1年未満 | 5. 3年以上5年未満 |
| 3. 1年以上2年未満 | 6. 5年以上 |

F4 入所（入居）する前に同居（※）していた方はどなたですか。（いくつでも○）

※ 2世帯住宅は同居としてお答えください。

※ 配偶者の親族を含めてお答えください。

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. 一人暮らし | 4. 息子・娘との二世帯 |
| 2. 夫婦二人暮らし（配偶者 64 歳以下） | 5. その他〔具体的に： 〕 |
| 3. 夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上） | |

医療の状況についておたずねします

問1 あなたは、現在治療中、または、後遺症のある病気はありますか。

（いくつでも○）

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

現在の施設等に入所（入居）されるまでのことについておたずねします

問2 現在入所（入居）している施設等の種類は、希望していたものですか。（1つに○）

- | |
|---------------------------------|
| 1. 希望していたものである |
| 2. 当初希望していたものではないが、入所（入居）している |
| 3. 希望していたものではなく、次の施設等が空くのを待っている |

問3 あなたが、現在の施設等への入所（入居）が必要になってから（または希望してから）、現在の施設等に入所（入居）されるまでの期間はどれくらいでしたか。（1つに○）

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. 6か月未満 | 5. 3年以上5年未満 |
| 2. 6か月以上1年未満 | 6. 5年以上 |
| 3. 1年以上2年未満 | 7. その他〔具体的に： 〕 |
| 4. 2年以上3年未満 | |

問4 現在の施設に入所(入居)される直前の住まい・施設はどこでしたか。(1つに○)

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 病院 | 6. 認知症高齢者グループホーム |
| 2. 自宅 | 7. 有料老人ホーム |
| 3. 子どもの家 | 8. 特別養護老人ホーム |
| 4. 兄弟・姉妹など親族の家 | 9. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 5. 介護老人保健施設 | 10. その他〔具体的に： 〕 |

施設等での生活やサービスについておたずねします

問5 現在入所(入居)中のあなたの部屋の種類についてお答えください。(1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. 個室 | 2. 相部屋 |
|-------|--------|

問6 あなたは今後、どのような部屋で生活したいですか。(1つに○)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 経済的負担に関係なく個室がよい | 3. 経済的負担に関係なく相部屋がよい |
| 2. 経済的負担が比較的少ない部屋がよい | 4. どちらでもよい |

問7 生活するために必要になるサービスなどについて、詳しく説明が行われましたか。
(1つに○)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 十分説明を受けた | 4. 説明されなかった |
| 2. 少し説明を受けた | 5. 覚えていない・わからない |
| 3. あまり説明されなかった | |

問8 施設等から、ご本人の体の状況に応じたサービスの提案がありますか。
(1つに○)

- | | |
|--------------|----------|
| 1. たびたび提案がある | 3. 提案はない |
| 2. 1、2度あった | 4. わからない |

問9 あなたは、現在どの程度幸せですか。(当てはまる点数1つに○)
(「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)

とても不幸											とても幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

介護保険についておたずねします

問10 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(1つに○)

- | | |
|---------|---------|
| 1. 要介護1 | 4. 要介護4 |
| 2. 要介護2 | 5. 要介護5 |
| 3. 要介護3 | |

※ 現在の要介護度でお答えください。更新申請中などの理由で、結果が出ていない方は、わかっている介護度でお答えください。

問11 施設利用料（介護サービス費・食費・居住費等）について、どのようにお考えですか。(1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. 特に負担とは思わない | 4. 今の負担では苦しい |
| 2. 概ね妥当な額だと思う | 5. わからない |
| 3. これくらいの負担はやむをえない | |

問12 「介護保険制度」全体をよりよくするための環境整備として、市が力を入れるべきことは次のうちどれだと思いますか。(いくつでも○)

- | | |
|---|---|
| 1. サービス事業者の質を高める取組みを行うこと | |
| 2. ケアマネジャーやホームヘルパーなどの人材を育成すること | |
| 3. 市内に特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設を増やすこと | |
| 4. 利用料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減する経済的給付を増やすこと | |
| 5. 寝たきりにならないよう、介護予防のサービスに力を入れること | |
| 6. 地域全体で介護を支援するしくみづくりを行うこと | |
| 7. 在宅サービスや地域密着型サービスのような身近な地域でサービスが受けられる拠点を増やすこと | |
| 8. 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 | |
| 9. 家族介護の負担を軽減する保健福祉サービスを充実すること | |
| 10. 介護保険を効率的に運用するしくみづくりを行うこと | |
| 11. 地域包括支援センターの機能を充実すること | |
| 12. 介護保険サービス利用の制限をカバーする保健福祉サービスを充実すること | |
| 13. その他〔具体的に： | 〕 |
| 14. わからない | |

その他・市への要望についておたずねします

問15 小金井市では、「誰もがいきいきと暮らすことのできるまち」の実現をめざしています。あなたは、小金井市は「誰もがいきいきと暮らすことのできるまち」だと思えますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. そう思う | 3. どちらかといえばそう思わない |
| 2. どちらかといえばそう思う | 4. そう思わない |

問16 あなたは、今後も小金井市に住み続けたいと思えますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. そう思う | 3. どちらかといえばそう思わない |
| 2. どちらかといえばそう思う | 4. そう思わない |

問17 高齢者支援施策について、小金井市へのご意見・ご要望や知りたい情報などがありましたら、ご自由にお書きください。

——ご協力ありがとうございました——