

高齢者の福祉や介護に関するアンケート調査についてのお願い

【市民ニーズ調査】

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、厚くお礼申しあげます。

現在、町田市では、2024から2026年度までの介護保険のサービス量の見込みや、介護保険料等について定める「第9期町田市介護保険事業計画」策定の準備を進めています。この計画の策定にあたって、皆さまの生活実態やご意見・ご要望などを把握し、基礎資料として活用させていただきたく、「市民ニーズ調査」を実施いたします。

この調査は、65歳以上の要介護1から5の町田市民の方の中から、無作為に選ばせていただいた方に対し、ご協力をお願いしております。

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でございますが、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。

2022年11月 町田市

1. 記入の方法

アンケートの回答は、この調査票に直接ご記入ください。筆記用具は、鉛筆またはボールペンなどをお使いください。

2. アンケートの対象者

封筒のあて名の方がアンケートの対象者となっています。

3. アンケート回答者（記入者）

できる限り、アンケート対象者（あて名の方）ご本人がご回答（記入）ください。ただし、ご本人による回答（記入）が難しい場合は、ご家族の方などがご本人の状況や意志を反映して、ご記入いただきますようお願いいたします。

4. 返送の方法

同封の返信用封筒（切手不要）に、ご記入いただいた調査票を入れて、2022年11月30日（水）までにご返送ください。切手を貼らずに郵便ポストに投函していただきますようお願いいたします。

5. 返送いただいた回答について

無記名での回答となりますので、回答者が特定されることはありません。

【問い合わせ先】 町田市役所いきいき生活部いきいき総務課企画総務係

郵便番号 194-8520

住 所 東京都町田市森野2-2-22

電 話 042-722-3111（代表）

FAX 050-3101-4315

問1 ご回答いただく方はどなたですか。(〇は1つ)

1. あて名のご本人が記入

2. ご家族が記入

あて名のご本人からみた続柄

1. 配偶者 2. 子 3. 孫 4. 兄弟姉妹 5. 親 6. その他

3. その他 (友人知人、訪問介護員 等)

《あなた (あて名ご本人) とそのご家族や、お住まい等について》

問2 あなた (あて名ご本人) の性別 (〇は1つ)

1. 男性

2. 女性

3. その他

4. 無回答

問3 あなたの年齢 (記入日時点) (〇は1つ)

1. 65～69歳

5. 85～89歳

2. 70～74歳

6. 90～94歳

3. 75～79歳

7. 95～99歳

4. 80～84歳

8. 100歳以上

問4 あなたのご家族について、現在同居されている方をお教えてください。
(当てはまるもの全てに〇)

1. 配偶者 (65歳以上)

2. 配偶者 (64歳以下)

3. 兄弟姉妹 (65歳以上)

4. 兄弟姉妹 (64歳以下)

5. 子 (65歳以上)

6. 子 (64歳以下)

7. 孫

8. 親

9. その他

10. 同居者はいない

問5 あなたは、どちらの地域にお住まいですか。(〇は1つ)

1. 堺第1 (相原町)
2. 堺第2 (小山町、小山ヶ丘、上小山田町)
3. 忠生第1 (下小山田町、忠生、小山田桜台、矢部町、常盤町、根岸町、根岸、図師町)
4. 忠生第2 (山崎町、山崎、木曾町、木曾西、木曾東)
5. 鶴川第1 (小野路町、野津田町、金井、金井町、金井ヶ丘、大蔵町、薬師台)
6. 鶴川第2 (能ヶ谷、三輪町、三輪緑山、広袴町、広袴、真光寺町、真光寺、鶴川)
7. 町田第1 (原町田、中町、森野、旭町)
8. 町田第2 (本町田、藤の台)
9. 町田第3 (玉川学園、東玉川学園、南大谷)
10. 南第1 (鶴間、小川、つくし野、南つくし野、南町田)
11. 南第2 (金森、金森東、南成瀬、成瀬が丘)
12. 南第3 (成瀬、西成瀬、高ヶ坂、成瀬台)

問6 あなたは、現在どちらにお住まいですか。(〇は1つ)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">●1. 自宅 (兄弟姉妹、子、親戚等の家を含む)2. 病院 (長期的な入院)3. 施設 (入所中) ● →4. その他 | <p>【施設の種類】(〇は1つ)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 特別養護老人ホーム2. 介護老人保健施設3. 介護医療院4. 認知症高齢者グループホーム5. 介護付有料老人ホーム6. 住宅型有料老人ホーム7. サービス付き高齢者向け住宅8. その他の施設 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※問6で「1」と回答した方におたずねします。

問6-1 現在のお住まいについて、所有の状況(持ち家/賃貸)と建物の種類をお答えください。(〇はそれぞれ1つ)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【所有の状況】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 持ち家2. 公営賃貸3. 民間賃貸4. その他 | <p>【建物の種類】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 一戸建て2. 集合住宅 (マンション・アパート等)3. その他 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※問6で「1」と回答した方におたずねします。

→問6-2 今後5年以内に現在の住まいから住み替えたい考えはありますか。
(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

《お身体や介護・介助の状況、生活の状況について》

問7 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。
(当てはまるもの全てに○)

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

問8 あなたの要介護度は次のうちどれですか。(○は1つ)

- | | |
|---------|----------|
| 1. 要介護1 | 6. わからない |
| 2. 要介護2 | 7. その他 |
| 3. 要介護3 | |
| 4. 要介護4 | |
| 5. 要介護5 | |

問9 あなたは、あなた自身またはあなたと同居するご家族が利用する介護保険のサービスについて、満足していますか。「不満である」を0点、「満足である」を10点としてご回答ください。(〇は1つ)

不満である	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	満足である
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

問10 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(当てはまるもの全てに〇)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) | 9. 視覚障害 |
| 2. 心臓病 | 10. 聴覚障害 |
| 3. 糖尿病 | 11. 骨折・転倒 |
| 4. がん (悪性新生物) | 12. 関節の病気 (リウマチ等) |
| 5. 呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等) | 13. 脊椎損傷 |
| 6. 認知症 (アルツハイマー病等) | 14. 高齢による衰弱 |
| 7. パーキンソン病 | 15. その他 () |
| 8. 腎疾患 (透析) | 16. 不明 |

問11 主にどなたの介護・介助を受けていますか。(当てはまるもの全てに〇)

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. 配偶者 (夫・妻) | 5. 孫 |
| 2. 息子 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 3. 娘 | 7. 介護サービスのヘルパー |
| 4. 子の配偶者 | 8. その他 () |

問12 日中、一人になることがありますか。(〇は1つ)

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

問13 あなたは、地域のご近所の方とどのようなお付き合いをされていますか。(〇は1つ)

- | |
|------------------------------------------|
| 1. 互いに相談したり日用品を貸し借りするなど、生活面で協力しあっている人がいる |
| 2. 日常的に立ち話をする程度の付き合いはしている |
| 3. あいさつ程度の最低限の付き合いしかしていない |
| 4. 全く付き合いをしていない |

問14 あなたは、下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。(○は1つ)

	1. 週4回 以上	2. 週2～ 3回	3. 週1回	4. 月1～ 3回	5. 年に数 回	6. 参加し ていな 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老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑤町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑥学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑦健康体操やサロンなどの介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑧特技や経験を他者に伝える活動	1	2	3	4	5	6
⑨収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

問15 自身の生活（住まいや趣味、暮らし方等）や、健康（受診や治療方針等）について決めるとき、周りの人はあなたの考えを尊重してくれていると思いますか。（〇は1つ）

1. そう思う
2. どちらかといえばそう思う
3. どちらともいえない
4. どちらかというとそう思わない
5. そう思わない

問16 次の中で、情報を得るために使用しているものはありますか。
（当てはまるもの全てに〇）

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 本、雑誌 | 6. その他（) |
| 2. 新聞 | 7. 特にない |
| 3. テレビ | |
| 4. ラジオ | |
| 5. インターネット | |

問17 あなたの世帯において、介護や子育てによる負担、生活困窮といった困りごとはありますか。（当てはまるもの全てに〇）

1. 介護の負担
2. 子育ての負担
3. 障がいのある家族のケアの負担
4. 病気の治療
5. 生活の困窮
6. 就職困難・就労継続困難
7. 引きこもり・孤立
8. 虐待・家庭内暴力（DV）
9. その他（)
10. 困りごとはない

問18 現在の暮らし（家計）の状況を総合的にみてどう感じていますか。
(○は1つ)

- | | |
|----------|-------------|
| 1. 大変苦しい | 4. ややゆとりがある |
| 2. やや苦しい | 5. 大変ゆとりがある |
| 3. ふつう | |

問19 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点としてご回答ください。
(○は1つ)

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

《物忘れについて》

問20 物忘れが多いと感じますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問21 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。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問22 今日が何月何日かわからない時がありますか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問23 あなたは病院で認知症と診断されたことがありますか。(○は1つ)

- | | |
|---------|--------|
| • 1. はい | 2. いいえ |
|---------|--------|

※問23で「1」と回答した方におたずねします。

→問23-1 認知症の症状を理由に、次のサービス等の利用を断られたことはありますか。(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. デイサービス | 4. 病院 |
| 2. 特別養護老人ホーム | 5. その他 () |
| 3. ショートステイ | |

問24 あなたは、認知症に関する相談窓口として次のものを知っていますか。
(当てはまるもの全てに○)

1. 高齢者支援センター
2. 認知症電話相談窓口※
3. 認知症疾患医療センター（鶴川サナトリウム病院）
4. Dフレンズ町田
5. 東京都多摩若年性認知症総合支援センター
6. いずれも知らない

※ 認知症電話相談窓口とは
認知症のことを専門の相談員に気軽に電話で相談できる窓口のこと。
電話番号：0120-115-513

問25 あなたは、町田市の認知症に関する取り組みについて、次のものを知っていますか。(当てはまるもの全てに○)

1. Dボックス
2. Dカフェ
3. Dサミット
4. 認知症サポーター
5. 16のまちだアイ・ステートメント
6. いずれも知らない

《在宅療養について》

問26 あなたが、病気やケガで長期の治療、療養が必要になった場合、在宅療養※を希望しますか。(○は1つ)

※在宅療養とは、自宅で訪問診療などの医療サービスや訪問介護等の介護サービスを受けながら、療養生活を送ることをいう。

1. 希望するし実現可能だと思う（現在、在宅療養中を含む）
2. 希望するが実現は難しいと思う
3. 希望しない

問27 在宅療養について不安に感じることは何ですか。

(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. 家族の負担(肉体的・精神的) | 7. 訪問看護や介護の体制 |
| 2. 経済的な負担 | 8. 事業者の訪問が精神的に負担 |
| 3. 緊急時や救急時の対応 | 9. その他 |
| 4. みてくれる人がいない | () |
| 5. 部屋やトイレ等の住環境が整っていない | 10. 不安はない |
| 6. 見てくれる医師を知らない | |

問28 訪問診療(訪問看護を含む)を利用していますか。(○は1つ)

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

《災害時の対応について》

問29 あなたは、災害時にどこへ避難するかを、事前に計画していますか。

(○は1つ)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 計画している | 2. 計画していない |
|-----------|------------|

※「警戒レベル3 高齢者等避難」が発令された場合は、高齢者は危険な場所から避難してください。

問30 あなたは、災害時に、一人で避難することができますか。(○は1つ)

- | |
|------------------------|
| 1. 一人で判断し、避難できる |
| 2. 一人で判断できるが、避難はできない |
| 3. 一人では判断できないし、避難もできない |

問31 【2、3と回答した方】手助けをしてくれる人は決まっていますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. 同居の家族 | 5. 民生委員 |
| 2. 別居の家族 | 6. 施設職員やヘルパーなどの介護事業者 |
| 3. 友人、知人 | 7. その他 () |
| 4. 町内会や自治会の人 | 8. 決まっていない |

《介護保険サービスについて》

問32 現在、利用している介護保険サービスを、下記の「介護保険サービス一覧」からお答えください。（当てはまるもの全てを回答）
 また、利用されているサービスの満足度をお答えいただき、「3.不満である」と回答されたサービスについては、その理由をお答えください。
 （自由記載）

記入例

利用しているサービス(番号)	満足度			不満である理由
	1. 満足である	2. 普通	3. 不満である	
6	1	2	3	回数や時間が足りない など
	1	2	3	
	1	2	3	
	1	2	3	
	1	2	3	
	1	2	3	
	1	2	3	
	1	2	3	

※利用しているサービスを一覧より選んで番号を記入してください

＜介護保険サービス一覧＞

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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（デイケア） 8. 短期入所生活介護（ショートステイ） 9. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 10. 夜間対応型訪問介護 | <ul style="list-style-type: none"> 1 1. 認知症対応型通所介護 1 2. （看護）小規模多機能型居宅介護 1 3. 認知症高齢者グループホーム 1 4. 介護付有料老人ホーム 1 5. 特別養護老人ホーム 1 6. 介護老人保健施設 1 7. 介護医療院 1 8. 福祉用具貸与 1 9. 福祉用具購入 2 0. 住宅改修 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

問33 現在利用中のサービス以外で、利用を検討しているサービスや施設など
はありますか。お答えください。(当てはまるもの全てに○)

1. 訪問介護	12. (看護) 小規模多機能型居宅介護
2. 訪問入浴介護	13. 認知症高齢者グループホーム
3. 訪問看護	14. 介護付有料老人ホーム
4. 訪問リハビリテーション	15. 特別養護老人ホーム
5. 居宅療養管理指導	16. 介護老人保健施設
6. 通所介護 (地域密着型含む)	17. 介護医療院
7. 通所リハビリテーション	18. 福祉用具貸与
8. 短期入所生活 (療養) 介護	19. 福祉用具購入
9. 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	20. 住宅改修
10. 夜間対応型訪問介護	21. 住宅型有料老人ホーム
11. 認知症対応型通所介護	22. サービス付き高齢者向け住宅
	23. その他 ()
	24. 検討していない

問34 将来、自分の最期はどこで迎えたいと思いますか。(○は1つ)

1. 自宅	2. 介護施設	3. 医療施設
-------	---------	---------

問35 これからの介護についてどのような形が望ましいとお考えですか。
(○は1つ)

1. 住み慣れた自宅を中心に様々な介護サービスを利用して生活する
2. 特別養護老人ホームやグループホーム等の施設に入所する
3. その他 ()

《高齢者支援センターについて》

問36 高齢者支援センター*を知っていますか。(○は1つ)

※ 高齢者支援センターは、高齢者の皆様へ必要な支援や情報提供を行う総合相談窓口のことです。

※ 町田市では、地域包括支援センターを「高齢者支援センター」と呼んでいます。

1. 知っており、高齢者支援センターの場所も知っている
2. 知っているが、どこにあるかは知らない
3. 知らない

問37 虐待を受けたとき、または高齢者の虐待を見たとき、相談できる場所を知っていますか。(〇は1つ)

1. 知っている
2. 知らない
3. 聞いたことはあるが詳しくは知らない

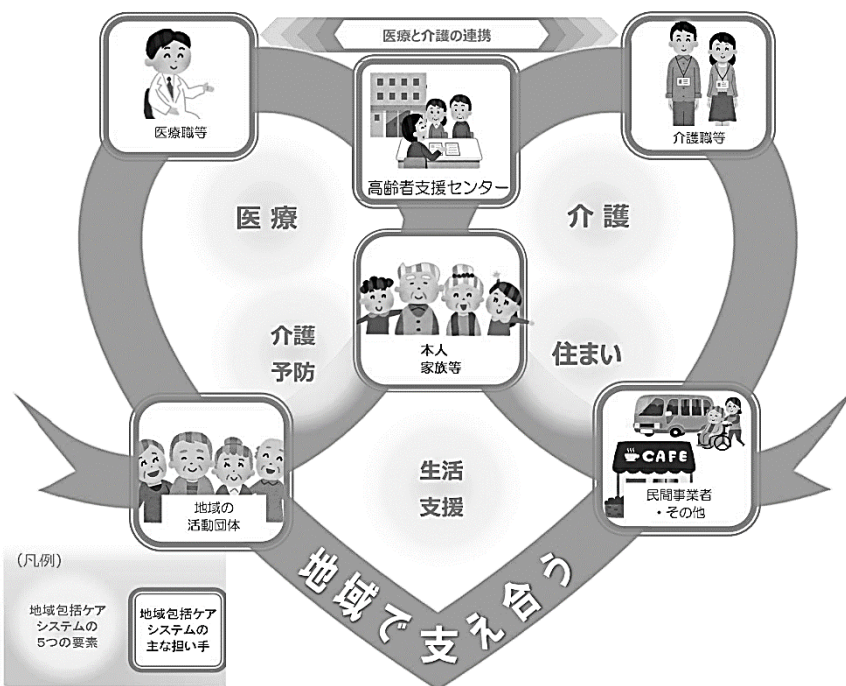
《地域包括ケアシステムの考え方について》

【町田市地域包括ケアシステム】

「地域包括ケアシステム」とは、在宅での生活に必要な5つの要素である「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」に関するサービスを必要に応じて利用することで、住みなれた地域で元気に暮らし続けることを目指す考え方です。

市は、必要な時に必要な支援を受けられる生活環境の整備を進めていきます。

また、高齢者の生活を支えるには、介護保険のサービスだけでは必ずしも十分ではないため、自助・互助・共助といった地域の助け合いが促進される環境づくりも進めていきます。



問38 住みなれた地域で暮らし続ける(地域包括ケアシステムの実現)のために、あなたが特に重要だと思うものはどれですか。(当てはまるもの全てに〇)

1. 高齢者の総合相談窓口(高齢者支援センター)の充実
2. 介護状態の悪化防止、軽減、予防
3. 地域による高齢者の見守りへの支援
4. 認知症の早期対応
5. かかりつけ医を持つこと
6. 訪問診療の普及
7. 医療と介護の連携
8. 配食などの生活支援
9. 介護する家族への支援
10. 在宅介護保険サービスの充実
11. 自分にあった住まいの選択
12. 介護・生活支援サービスの担い手の確保・育成
13. その他 ()

問39 町田市の介護保険サービス・高齢者福祉施策について、ご意見・ご要望がありましたらお書きください。(自由記述)

※ご記入いただいた内容についての個別の回答は控えさせていただきますので、予めご了承ください。

★ ここからは、現在、特別養護老人ホームへの入所申し込みをされている方(待機者)のみにおたずねします。

《特別養護老人ホームの入所待機について》

問40 特別養護老人ホームに申し込んだ主な理由は何ですか。(〇は1つ)

1. 今は自宅で生活できているが将来の介護に不安を感じた
2. 本人の状態が変化し自宅生活が困難になった
3. 家族の介護継続が困難になった
4. その他 ()

問41 特別養護老人ホームへの入所を希望する理由は何ですか。(当てはまるもの全てに〇)

1. 24時間の介護がある	4. その他
2. 費用が安い	()
3. 終 <small>つい</small> の住みかになる	

問42 今、申し込んだ施設から入所通知が来た場合、どうしますか。(〇は1つ)

1. すぐに入所する	3. すぐには決められない
2. 希望の施設なら入所する	4. お断りする

問43 特別養護老人ホームの入所先を選択する時に、どのような点を重視しましたか。(当てはまるもの全てに○)

1. 多床室がある
2. 個室がある
3. 現在、お住まいの近くに施設がある
4. 交通の便が良い場所に施設がある
5. 来客用の駐車場が十分に完備されている
6. 信頼できる運営法人である
7. 施設の運営理念、運営内容
8. 入所までの待機期間（待機者数）が短い
9. 施設の評判
10. 重視した点はない（市内の特別養護老人ホームであれば、どこでも良い）

問44 特別養護老人ホームに入所する場合、ご自宅からどのくらいの移動時間内にある施設であれば入所を希望しますか。(○は1つ)

1. 15分以内
2. 30分以内
3. 1時間以内
4. 自宅からの移動時間は重視しない

アンケートは以上です。

ご記入いただいたアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずにポストに投函してください。

ご協力いただきありがとうございました。