

## 医療と介護の連携支援センターに関するアンケート

医療と介護の連携支援センターの業務改善の参考とさせていただくため、アンケート調査にご協力をお願いいたします。なお、回答結果は統計処理をした上で個別の医療機関名は公表しませんので率直なご意見をお聞かせください。

医院名【 】

本調査につきましては、町田市が実施しております。  
本アンケートは、2020年4月に設立した医療と介護の連携支援センターについてお聞きします。  
ご記入いただいたアンケート票は、**2026年11月30日まで**に、同封の返信用封筒でご返送いただくか、  
以下に記載のメールアドレス・FAX番号宛に、メールかFAXにてご返信ください。

このアンケートについての提出先  
町田市高齢者支援課 地域支援事業推進担当 【メールアドレス】 ikiiki040\_06@city.machida.tokyo.jp  
【FAX】 050-3101-6180

問1 医療と介護の連携支援センターとの関わりについてお聞きします。  
(該当する項目に○をつけてください)

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 センターの事業内容を知っており、利用したことがある(※1) |
| <input type="checkbox"/> | 2 センターの事業内容を知っているが、利用したことはない    |
| <input type="checkbox"/> | 3 センターの存在は知っているが、事業内容について知らない   |
| <input type="checkbox"/> | 4 センターの存在を知らない                  |

(※1) 相談したことがある、  
連携して対応したことがある  
等、何等かの関わりがあった場  
合に選択してください

問2 問1で「1 利用したことがある」を選択されたかたにお聞きします。  
医療と介護の連携支援センターを利用した際の対応についてお答えください。

(1) 医療と介護の連携支援センターの対応は迅速でしたか？

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 迅速だった       |
| <input type="checkbox"/> | 2 おおむね迅速だった   |
| <input type="checkbox"/> | 3 あまり迅速ではなかった |
| <input type="checkbox"/> | 4 迅速ではなかった    |

理  
由

(2) 医療と介護の連携について、適切な提案や支援(※2)がありましたか？

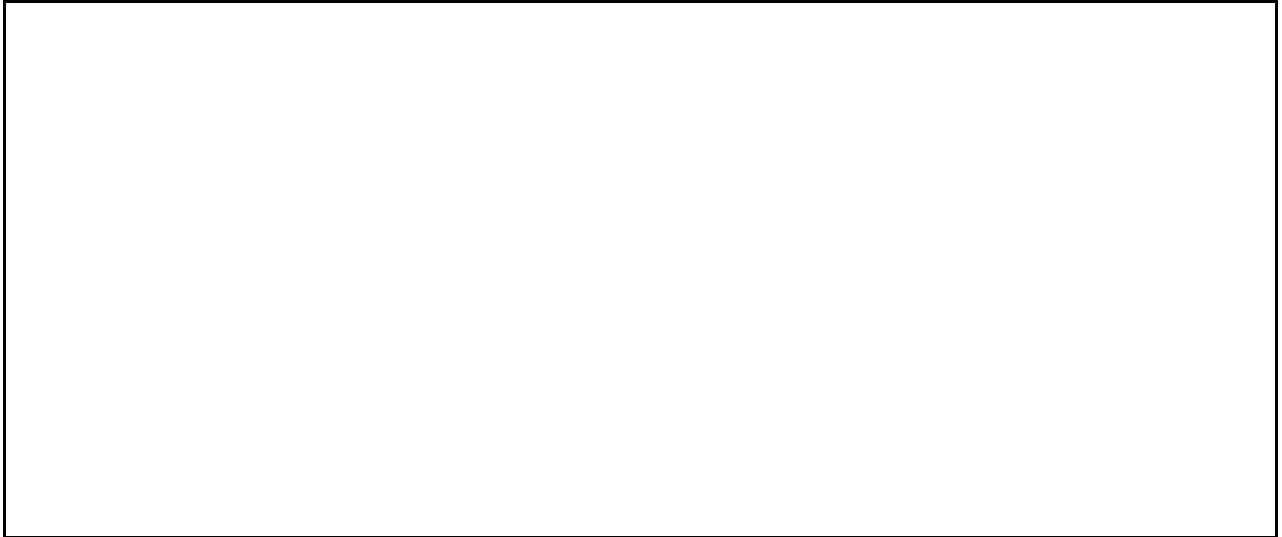
|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 適切だった       |
| <input type="checkbox"/> | 2 おおむね適切だった   |
| <input type="checkbox"/> | 3 あまり適切ではなかった |
| <input type="checkbox"/> | 4 適切ではなかった    |

(※2) 適切な提案や支援とは、例えば、相談  
に対する的確な回答があった場合や、課題解決  
に役立つ情報提供があった場合等が挙げられま  
す。

理  
由

裏面に続きます

問3 医療と介護の連携支援センターについて、お気づきの点などあれば、ご自由にお書きください。



アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

【アンケートについての問合せ先】

町田市高齢者支援課 地域支援事業推進担当

【電話】 042-785-5199