

令和7年度 東久留米市高齢者アンケート調査 (在宅介護実態調査) 調査票 (案)

はじめに

日頃から東久留米市介護保険事業にご理解とご協力をたまわり、厚くお礼申し上げます。

現在、市では令和9年度から令和11年度の3年間を計画期間とした、「第10期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定に向けた作業を進めています。

この計画は、市が計画期間中に実施する高齢者に関する施策、介護保険事業の方向性を定める重要な計画です。

つきましては、本計画に要介護（要支援）認定を受けている方やそのご家族のご意向を反映するために、本アンケート調査を実施いたします。

本調査の趣旨にご理解をいただき、ご協力くださいますよう、宜しくお願いします。

令和7年12月 東久留米市長 富田 竜馬

ご記入の前に、お読みください

- この調査は、本市に在住の65歳以上の方で、**要支援1・2または要介護1～5の認定を受けており、ご自宅で生活されていると思われる方**の中から1,200人を無作為に抽出し、皆様にご協力をお願いしております。
- A票**（2ページ～5ページ）は**封筒のあて名の方ご本人について**、**B票**（6ページ～8ページ）は**封筒のあて名の方のご家族等「主な介護者」の方について**、お答えください。また、**A票**→**B票**の順番でお答えください。
- ご回答は、**あてはまる回答の番号を○で囲んでください**。回答数は、各設問文に（○印は1つ）（○印はいくつでも）など指定してありますので、それに従ってご回答ください。また、（ ）がある回答は、記述でご回答ください。
- ご記入いただいた調査票は、**令和7年12月22日（月）**までに、同封の返信用封筒に入れて、**切手を貼らずに無記名で郵送してください**。
- インターネットによる回答の場合は、右の二次元コードを読み込むか、下記のURLにアクセスしてください。インターネットでご回答いただく場合は、調査票の返送は不要です。



<https://questant.jp/q/0000>

6. 本調査は、個人が識別されない形で行われます（皆様の個人情報との紐付けは行いません）。

7. ご不明の点は、最終ページに記載した介護福祉課の連絡先までご連絡ください。

はじめに、お答えください

問1 封筒のあて名のご本人は、令和7年11月現在、ご自宅で生活されていますか（病院等の医療機関に長期入院中の方、高齢者施設等に入居されている方を除く）。（○印は1つ）

1. はい

2. いいえ

「1. はい」の方 ⇒ 引き続き、**A票**及び**B票**の順にご回答ください。

「2. いいえ」の方 ⇒ **A票**及び**B票**は回答せず、このまま、調査票をご返送ください。

A票 封筒のあて名のご本人について、おたずねします

- ・以降の回答は、封筒のあて名の「ご本人」（以下「ご本人」という。）をご記入をお願いします。
- ・「ご本人」による記入が難しい場合は、「主な介護者」の方が代わってご記入をお願いします。

問1 この調査票にご記入されているのは、どなたですか。（○印は1つ）

1. 封筒のあて名のご本人

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 ご家族（世帯類型）について、教えてください。（○印は1つ）

1. 単身世帯

2. 夫婦のみ世帯

3. その他

問3 ご本人の性別について、教えてください。（○印は1つ）

1. 男性

2. 女性

問4 ご本人の令和7年11月末時点の年齢について、教えてください。（○印は1つ）

1. 65～69歳

2. 70～74歳

3. 75～79歳

4. 80～84歳

5. 85～89歳

6. 90～94歳

7. 95歳以上

問5 ご本人の居住地を教えてください。（○印は1つ）

1. 上の原

2. 神宝町

3. 金山町

4. 氷川台

5. 大門町

6. 東本町

7. 新川町

8. 浅間町

9. 学園町

10. ひばりが丘団地

11. 本町

12. 小山

13. 幸町

14. 中央町

15. 南沢

16. 前沢1～3丁目

17. 前沢4～5丁目

18. 南町

19. 滝山

20. 下里1・7丁目

21. 下里2～6丁目

22. 柳窪

23. 野火止

24. 八幡町

25. 弥生

問6 ご本人の要介護度を、教えてください。(○印は1つ)

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

問7 あなたは、現在どの程度幸せですか(「とても不幸」を10点、「とても不幸」を0点として、ご記入ください)。(あてはまる点数を1つ、○印で囲む)

← 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

問8 家族や友人と会う頻度はどれくらいですか。(○印は1つ)

- | | |
|--------------------------|---------------|
| 1. 毎日近くで会っている(同居またはほぼ毎日) | 2. 週に1~3回程度 |
| 3. 月に1~3回程度 | 4. 年に数回程度 |
| 5. ほとんど会わない、会うことがない | 6. 該当なし、わからない |

問9 あなたは、家族や親族の中で以下のような役割を果たしていますか。(○印はいくつでも)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 家事を担っている(食事作り・掃除・洗濯など) |
| 2. 小さな子どもの世話をしている(おむつ替え・送り迎え・遊び相手など) |
| 3. 家族・親族の相談相手になっている |
| 4. 家族の支え手(収入を支えている)である |
| 5. 家族や親族関係のまとめ役(話し合いの調整役など)をしている |
| 6. 病気や障害を持つ家族の世話をしている(介護など) |
| 7. その他() |
| 8. 特に役割はない |

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、教えてください。(○印は1つ)

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 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・入居の申し込みをしている | |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設(有料老人ホーム等)、認知症対応型共同生活介護(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17 ご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。(○印は1つ)

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

問18 ご本人は、人生の^{さいご}最期の時期をどこで迎えたいと思いますか。(○印は1つ)

- | | | |
|---------|------------|--------------------|
| 1. 自宅 | 2. 病院 | 3. 緩和ケア病棟 (ホスピスなど) |
| 4. 介護施設 | 5. その他 () | 6. わからない |

問19 認知症に対して備えていることや取り組んでいることはありますか。(○印はいくつでも)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 家族と話し合っている |
| 2. 生活習慣病や認知症などの予防に取り組んでいる |
| 3. 成年後見制度などの権利擁護の制度について検討している |
| 4. 専門の病院を受診している |
| 5. TV や雑誌、インターネット等のメディアから情報を入手している |
| 6. 講演会や広報紙等、市の実施事業等から情報を入手している |
| 7. その他 () |
| 8. 特にしていない |

問20 あなたは「認知症」に対してどのようなイメージを持っていますか。(○印はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 地域や周囲の理解があれば暮らせる | 2. 認知症になってもやりたいことができる |
| 3. 認知症になっても何も変わらないと思う | 4. 早期に気づけば対応できる |
| 5. 怖い病気だと思う | 6. 誰でもなる可能性がある |
| 9. 本人の気持ちがわかりにくい | 9. その他 () |
| 10. よくわからない | |

問21 あなたは、認知症のあるご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(○印はいくつでも)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 認知症について正しく理解できる機会 (講座・広報など) の充実 |
| 2. 認知症のある人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備 |
| 3. 認知症のある人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保 |
| 4. 認知症のある人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり |
| 5. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備 |
| 6. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実 |
| 7. 認知症の予防に関する情報や取り組みの推進 |
| 8. その他 () |

問2 2 「ACP (アドバンス・ケア・プランニング)」または「人生会議」について、
知っていますか。(○印は1つ)

- | | |
|----------|-------------------|
| 1. 知っている | 2. 言葉くらいは聞いたことがある |
| 3. 知らない | |

問2 3 「ACP (アドバンス・ケア・プランニング)」または「人生会議」とは、も
しものときのために、高齢者本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族
や医療関係者等と話し合い、共有することをいいます。このことについて、備え
ていることや取り組んでいることはありますか。(○印はいくつでも)

- | |
|-------------------------------------------------------|
| 1. 「わたしの覚え書きノート (東久留米市版)」やエンディングノートなどに取り組み、
準備している |
| 2. 家族と話し合っている |
| 3. 医療・介護関係者 (かかりつけ医師・ケアマネジャーなど) と話し合っている |
| 4. TV や雑誌、インターネット等のメディアから情報を入手している |
| 5. 講演会や広報紙等、市の実施事業等から情報を入手している |
| 6. その他 () |
| 7. 特にしていない |

問2 4 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
ないご家族やご親族の方からの介護を含む)。(○印は1つ)

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 1. ない | 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 | |

「1. ない」の方 ⇒ アンケート調査は終了です。最終ページをご覧ください。

「2」~「5」の方 ⇒ 引き続き、**B票** (8~11ページ) にお進みください。

B 票 主な介護者の方について、おたずねします

- ・以降の回答は、ご家族・ご親族などの「主な介護者」の方がご記入をお願いします。
- ・「主な介護者」の方のご記入が難しい場合は、あて名「ご本人」またはその他のご家族・ご親族の方が「主な介護者」に代わって記入してもかまいません。

問1 主な介護者の方は、どなたですか。(○印は1つ)

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問2 主な介護者の方の性別について、教えてください。(○印は1つ)

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

問3 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(○印は1つ)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 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4 主な介護者の方は同居していますか。別居の場合、どの程度の時間で駆け付けられますか。(○印は1つ)

- | | | |
|-----------|---------------|---------------|
| 1. 同居している | 2. 別居 (30分以内) | 3. 別居 (30分以上) |
|-----------|---------------|---------------|

問5 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(○印はいくつでも)

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1. 日中の排泄 <small>はいせつ</small> | 2. 夜間の排泄 <small>はいせつ</small> | 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. 通院 | 9. 外出の付き添い |
| 10. 服薬 | 11. 認知症状への対応 | |
| 12. 医療面での対応 (経管栄養、ストーマ等) | 13. 食事の準備 (調理等) | |
| 14. その他の家事 (掃除、洗濯、買い物等) | 15. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |
| 16. その他 | 17. わからない | |

問6 あなたは「認知症」に対してどのようなイメージを持っていますか。(○印はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 地域や周囲の理解があれば暮らせる | 2. 認知症になってもやりたいことができる |
| 3. 認知症になっても何も変わらないと思う | 4. 早期に気づけば対応できる |
| 5. 怖い病気だと思う | 6. 誰でもなる可能性がある |
| 8. 本人の気持ちがわかりにくい | 8. その他 () |
| 9. よくわからない | |

問7 あなたは、認知症のあるご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(○印はいくつでも)

1. 認知症について正しく理解できる機会(講座・広報など)の充実
2. 認知症のある人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備
3. 認知症のある人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保
4. 認知症のある人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり
5. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備
6. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実
7. 認知症の予防に関する情報や取り組みの推進
8. その他()

問8 ご家族・ご親族のことで、地域包括支援センター(包括)に相談をしたことがありますか。(○印は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. なし |
|-------|-------|

※ 問8で「1. ある」と回答した方のみ、お答えください。

問9 地域包括支援センター(包括)に相談をした際の対応はいかがでしたか。(○印は1つ)

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. 普通 |
| 4. やや不満 | 5. 不満 | 6. わからない |

※ ここから再び、すべての方がお答えください。

問10 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を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)。(○印は3つまで)

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 <small>はいせつ</small> | 2. 夜間の排泄 <small>はいせつ</small> | 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. 通院 | 9. 外出の付き添い |
| 10. 服薬 | 11. 認知症状への対応 | |
| 12. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | 13. 食事の準備(調理等) | |
| 14. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) | 15. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |
| 16. その他 | 17. 不安に感じていることは、特になし | |
| 18. 主な介護者に確認しないと、わからない | | |

問 1 1 介護を行う上で特に困っていることについて教えてください。(○印は3つまで)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. 介護の方法がわからない | 2. 本人が介護サービスを利用したがない |
| 3. 家族や近隣の方などの理解が足りない | 4. 心身の負担が大きい |
| 5. 介護に要する費用がかかりすぎる | 6. 早朝・夜間・深夜などの突発的な対応が大変である |
| 7. 介護者のリフレッシュのための時間がとれない | 8. 医療サービスが必要になったときに、相談先がない |
| 9. 気軽に相談できる人や場所がない | 10. その他 |
| 11. 特にない | |

問 1 2 介護を行う上でどのような介護者教室・交流会(支援)があれば利用したいですか。(○印はいくつでも)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 身体介助についての知識・技術の紹介 |
| 2. 認知症など、精神的な症状についての知識・対応方法の紹介 |
| 3. 口腔・栄養・食事バランスについての知識の紹介 |
| 4. 服薬管理の方法についての紹介 |
| 5. 自宅での運動やリハビリに関する知識の紹介 |
| 6. 仕事と介護の両立のための方法や支援制度の紹介 |
| 7. 家族介護者の身体的・精神的な健康を維持するための方法の紹介 |
| 8. 家族介護者同士での介護の悩みや経験の共有 |
| 9. 家族介護者同士のレクリエーション |
| 10. 専門職等のゲストを招いての交流 |
| 11. その他() |

問 1 3 ご家族やご親族の中で、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)。
(○印はいくつでも)

- | |
|-------------------------------|
| 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 |

問 1 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。(○印は1つ)

- | | |
|----------------|-----------------------|
| 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 |
| 3. 働いていない | 4. 主な介護者に確認しないと、わからない |

「1」または「2」の方 ⇒ **引き続き、問15にお進みください。**

「3」または「4」の方 ⇒ **アンケート調査は終了です。最終ページをご覧ください。**

※ 問14で「1. フルタイム」または「2. パートタイム」と回答した方のみ、お答えください。

問 1 5 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行っていますか。(○印はいくつでも)

- | |
|-------------------------------------------------------|
| 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14で「1. フルタイム」または「2. パートタイム」と回答した方のみ、お答えください。

問 1 6 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。(○印は1つ)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 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 | |

お疲れさまです。以上で、アンケート調査は終了です。

この度は調査にご協力いただきまして、ありがとうございました。

最後にもう一度、**A票**（2～7ページ）は「あて名のご本人」について、**B票**（8～11ページ）は「主な介護者」について記載されているかをご確認ください。

※ 「あて名のご本人」が、ご自宅で生活されていない場合は、**A票**、**B票**ともに記載は不要です。

※ 「あて名のご本人」が、ご家族などからの介護を受けていない方は、**B票**の記載は不要です。

確認後、ご記入済みの調査票は三つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、
切手は貼らずに無記名で、

令和7年12月22日（月曜日）

までに、郵便ポストにご投函ください。

ご回答は、市の高齢者施策・介護保険事業に活かしてまいります。

調査に関するお問い合わせ等は、下記までご連絡ください。

東久留米市役所 福祉保健部 介護福祉課
☎ 042-470-7777（内線4910・4911）