

## 豊島区 要介護認定者調査のお願い (案)

日頃より、豊島区の介護保険事業にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。  
 ございます。

豊島区では、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の策定にあたり、自立支援・重度化防止に効果的な施策の実施に向けた検討を行うため、高齢者の皆様の生活状況やご意見をおうかがいする調査を実施いたします。

この調査は、令和7年MM月DD日現在、豊島区にお住まいの要介護認定を受けている65歳以上の皆様から、無作為に抽出しました1,500人の方に送付しています。調査結果は要介護認定データと関連付けて分析しますが、個人が特定されることや目的外に利用することはありません。

質問数が多く、大変お手数をおかけしますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年MM月 豊島区 福祉部 介護保険課

■ URL :

■ ID :   
 ※重複回答の確認のための番号となり、  
 個人を特定するものではありません。

■ 二次元バーコード

二次元コード  
 挿入予定

本調査にご協力いただける方は、下記に日付・氏名の記入をお願いいたします。  
(個人情報の取扱いについて同意できないが、調査にご協力いただける方は、無記名  
 のままこのページを切り取ってご返送ください。)

上記調査に係るデータの活用について、同意いたします。

令和 年 月 日 署名

本人は署名ができないため、代筆しました。 代筆者

## 記入上の注意

回答方法は「①アンケート用紙で回答」と「②WEBで回答」があります。  
いずれか一方の方法で回答してください。

### 【①アンケート用紙で回答】

1. 濃い鉛筆または黒のボールペンで記入してください。
2. 印は、番号を囲むように濃くつけてください。（例：①・2・3）
3. 「その他」を選択された場合は（ ）内に具体的内容を記入してください。
4. 表面の同意書以外にあなたのお名前やご住所などを書かないでください。
5. ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に封入し、令和7年MM月DD日（@）までにご返送ください。

### 【②WEBで回答】

1. パソコン、タブレット、スマートフォンで表紙のURLか、二次元バーコード（QRコード）から回答画面にアクセスいただき、IDを入力の上画面の指示に従って回答してください。

この調査に関するお問い合わせは、以下の担当までお願いいたします。

#### 【調査についての問合せ先】

豊島区 福祉部 介護保険課 電話：03-3981-1942（直通）  
（平日8：30～17：00）

問1 この調査票にご回答いただいている方は、どなたですか。（ひとつだけ○）

- |   |   |
|---|---|
| 1 | あて名のご本人が記入                                |
| 2 | あて名のご本人の話を聞き、ご家族が記入                       |
| 3 | その他（ <span style="float: right;">）</span> |

※これ以降、あて名のご本人様（あなた）についておうかがいます。

※あて名の方以外の方が記入される場合にも、特に指定のない限り、あて名のご本人様についてご回答ください。

## 1. あて名のご本人様ご自身及びご家族について

問2 あなたの性別をお答えください。（ひとつだけ○）

- |   |     |   |    |
|---|-----|---|----|
| 1 | 男性  | 2 | 女性 |
| 3 | その他 |   |    |

問3 あなたの令和7年11月1日現在の年齢をお答えください。（ひとつだけ○）

- |   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| 1 | 65歳～69歳 | 2 | 70歳～74歳 |
| 3 | 75歳～79歳 | 4 | 80歳～84歳 |
| 5 | 85歳～89歳 | 6 | 90歳以上   |

問4 あなたは現在、どちらにお住まいですか。（ひとつだけ○）

1	ご自宅（ショートステイ利用者含む）	
2	区内の親族等の家	➡問5へ
3	入院中	
4	区外へ転出した	調査は終わりです。
5	その他 （介護施設へ入所している等含む）	➡ご協力ありがとうございました。 返信用の封筒に入れMM月DD日までに投函してください。

問5 あなたがお住まいの地域をお答えください。(ひとつだけ○)

- |              |             |              |
|--------------|-------------|--------------|
| 1 駒込1～7丁目    | 2 巣鴨1・2丁目   | 3 巣鴨3～5丁目    |
| 4 西巣鴨1～4丁目   | 5 南大塚1～3丁目  | 6 北大塚1・2丁目   |
| 7 北大塚3丁目     | 8 上池袋1～4丁目  | 9 東池袋1～5丁目   |
| 10 南池袋1～4丁目  | 11 西池袋1～5丁目 | 12 池袋1・2丁目   |
| 13 池袋3丁目     | 14 池袋4丁目    | 15 池袋本町1～4丁目 |
| 16 雑司が谷1～3丁目 | 17 高田1～3丁目  | 18 目白1・2丁目   |
| 19 目白3～5丁目   | 20 南長崎1～6丁目 | 21 長崎1丁目     |
| 22 長崎2～6丁目   | 23 千早1～4丁目  | 24 要町1～3丁目   |
| 25 高松1～3丁目   | 26 千川1・2丁目  |              |

問6 あなたの現在のお住まいを、以下の中からお答えください。(ひとつだけ○)

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1 持ち家(一戸建て)         | 2 持ち家(集合住宅)    |
| 3 公営賃貸住宅(区営住宅・都営住宅) | 4 民間賃貸住宅(一戸建て) |
| 5 民間賃貸住宅(集合住宅)      | 6 借家           |
| 7 その他( )            |                |

問7 あなたの現在の世帯の状況を、以下の中からお答えください。(ひとつだけ○)

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

問8 あなたは現在の暮らしの経済的な状況をどう感じていますか。(ひとつだけ○)

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

## 2. 介護について

問9 あなたの現在の要介護度は次のどれにあたりますか。(ひとつだけ○)

- |        |         |
|--------|---------|
| 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10 あなたが、介護が必要になった主な原因は何ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

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

問11 現在、あなたは、（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（ひとつだけ○）

- |           |          |
|-----------|----------|
| 1 利用している  | ➡ 問11-1へ |
| 2 利用していない | ➡ 問11-3へ |

問11-1 【問11で、「1 利用している」に回答した方のみにおうかがいします。】  
あなたが利用している介護保険サービスはどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

**【訪問サービス】**

- 1 訪問介護（ご自宅で、掃除、食事や排せつの介助などを受けるもの）
- 2 訪問入浴介護（ご自宅で、移動式浴槽などを用いて入浴の介助を受けるもの）
- 3 訪問看護（ご自宅で、医療処置、医療機器の管理、床ずれ予防などを受けるもの）
- 4 訪問リハビリテーション（ご自宅で、リハビリテーションの支援などを受けるもの）

**【通所サービス】**

- 5 通所介護（デイサービス。ご自宅から施設に通い、食事や入浴、排せつの介助などを受けるもの）
- 6 通所リハビリテーション（デイケア。ご自宅から施設に通い、主にリハビリテーションを受けるもの）

**【短期入所サービス】**

- 7 ショートステイ（短期間施設に入所し、食事、入浴、排せつの介助などを受けるもの）

**【地域密着型サービス】**

- 8 夜間対応型訪問介護（夜間に定期巡回や通報に応じて訪問し、食事や入浴、排せつの介助などを受けるもの）
- 9 認知症対応型通所介護（認知症の方に配慮した専門的な介護や機能訓練を受けるもの）
- 10 地域密着型通所介護（小規模施設で、地域住民が日中に入浴・食事などの介護を受けるもの）
- 11 小規模多機能型居宅介護（1事業所から訪問・通所・短期入所のサービスを受けるもの）
- 12 看護小規模多機能型居宅介護（1事業所から通所・宿泊・訪問介護・看護のサービスを受けるもの）
- 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（1日複数回と緊急時の訪問にて介護・看護を受けるもの）
- 14 その他（ )

問11-2 【問11で、「1 利用している」に回答した方のみにおうかがいします。】  
あなたが現在利用している介護保険サービスに対する満足度はいかがですか。  
(ひとつだけ○)

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1 満足している    | 2 ほぼ満足している |
| 3 どちらともいえない | 4 やや不満である  |
| 5 不満である     |            |

問11-3 【問11で、「2 利用していない」に回答した方のみにおうかがいします。】  
あなたが介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                            |
|----------------------------|
| 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わからない |
| 9 その他 ( )                  |

問12 あなたは、介護保険サービスの利用に要する費用についてどのようにお感じですか。  
(ひとつだけ○)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1 受けているサービスに対し、安価な料金である              |
| 2 受けているサービスに対し、適切な料金である              |
| 3 負担感はあるが、必要なサービス利用のためにはやむを得ない       |
| 4 負担が重く、費用が高くなならないようにサービスの利用量を調整している |
| 5 費用は全く気にしていない                       |
| 6 わからない                              |

問13 あなたの介護度が現在より悪化した場合、どこで介護を受けたいですか。  
(ひとつだけ○)

- |           |          |
|-----------|----------|
| 1 自宅      | 2 介護施設   |
| 3 病院      | 4 どこでもよい |
| 5 その他 ( ) | 6 わからない  |

問14 あなたは、今後も介護を受けながら、安心して、住み慣れた地域で暮らし続けるにはどのようなことが必要だと考えますか。（あてはまるもの3つまで○）

- |    |   |
|----|---|
| 1  | 福祉や介護に関する情報提供や相談体制が充実している                 |
| 2  | 身近な人による見守りや助言がある                          |
| 3  | 日中往診や緊急時対応などの医療サービスが整っている                 |
| 4  | 夜間や緊急時でも利用できる介護サービスがある                    |
| 5  | 認知症に対する介護サービスの充実や地域の理解がある                 |
| 6  | 家事などの生活を支援するサービスがある                       |
| 7  | 介護に適した住宅に改修、または住み替えができる                   |
| 8  | 家族介護者を支援してくれる仕組みがある                       |
| 9  | 契約や財産管理などを支援してくれる仕組みがある                   |
| 10 | 災害時に支援してくれる体制がある                          |
| 11 | その他（ <span style="float: right;">）</span> |
| 12 | わからない                                     |

問15 あなたは、現在、施設※などへの入所・入居を検討していますか（ひとつだけ○）

1	入所・入居は検討していない	➡ 問16へ
2	入所・入居を検討している	➡ 問15-1へ
3	すでに入所・入居申し込みをしている	

※施設には主に以下のような種類があります。

- ① 特別養護老人ホーム：常に介護が必要で、自宅で介護を受けることが困難な方の施設
- ② 老人保健施設：リハビリなどを提供し、在宅復帰を目指す施設
- ③ 介護医療院：医療の必要な高齢者が、長期的に療養を受ける施設
- ④ 特定施設
  - 民間施設：有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの民間施設
  - 公的施設：ケアハウス、養護老人ホームなどの公的施設
- ⑤ 認知症高齢者グループホーム：認知症の方が、小規模の介護施設で共同生活を行う施設

問15-1 【問15で、「2 入所・入居を検討している」または「3 すでに入所・入居申し込みをしている」に回答した方のみにおうかがいします。】入所申し込み（検討）をした施設はどれですか。（あてはまるものすべてに○）

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

問16 あなたが施設に入るとしたら、施設の場所をどの範囲まで検討しますか。  
(ひとつだけ○)

- |         |             |
|---------|-------------|
| 1 豊島区内  | 2 豊島区外（都内）  |
| 3 都外の近郊 | 4 場所はどこでもよい |

問17 あなたが施設に入るとしたら、部屋の種類はどのようなものがよいと思いますか。  
(ひとつだけ○)

- |                                |
|--------------------------------|
| 1 費用は多少高くても個室を希望する             |
| 2 費用は安いほうがよいので大部屋（例：4人部屋）を希望する |
| 3 入所できればどちらでもよい                |

問18 あなたが施設に入ること希望したときに、区内で不足していると感じる施設はありますか。(ひとつだけ○)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1 特別養護老人ホーム     | 2 老人保健施設          |
| 3 介護医療院         | 4 特定施設（有料老人ホーム等）  |
| 5 認知症高齢者グループホーム | 6 不足していると感じる施設はない |

問19 あなたが地域密着型サービスを希望したときに、区内で不足していると感じるサービスはありますか。(ひとつだけ○)  
※サービスの内容は、問11-1をご覧ください

- |                     |
|---------------------|
| 1 夜間対応型訪問介護         |
| 2 認知症対応型通所介護        |
| 3 地域密着型通所介護         |
| 4 小規模多機能型居宅介護       |
| 5 看護小規模多機能型居宅介護     |
| 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  |
| 7 不足していると感じるサービスはない |



## 4. 医療について

問23 あなたが、現在抱えている傷病についてお答えください。  
(あてはまるものすべてに○)

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

問24 あなたは、現在、訪問診療を利用していますか。（ひとつだけ○）

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

問25 あなたは、現在、訪問歯科診療を利用していますか。（ひとつだけ○）

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

問26 あなたは、かかりつけ医はいますか。（歯科・薬局を含む）（ひとつだけ○）

- |   |    |   |     |
|---|----|---|-----|
| 1 | いる | 2 | いない |
|---|----|---|-----|

※かかりつけ医：日頃から自分の健康状態をよく知っていて、日常的な健康管理をまかせられる医師のことをいいます。

## 5. 地域とのつながりについて

問27 あなたは週に1回以上は外出していますか。(ひとつだけ○)

- |               |         |
|---------------|---------|
| 1 ほとんど外出していない | 2 週1回   |
| 3 週2～4回       | 4 週5回以上 |

問28 あなたとまわりの人の「たすけあい」についてお伺いします。

① あなたの、心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人はどなたですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |               |              |          |
|---------------|--------------|----------|
| 1 配偶者         | 2 同居の子ども     | 3 別居の子ども |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5 近隣         | 6 友人     |
| 7 その他( )      | 8 そのような人はいない |          |

② あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人はどなたですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |               |              |          |
|---------------|--------------|----------|
| 1 配偶者         | 2 同居の子ども     | 3 別居の子ども |
| 4 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5 近隣         | 6 友人     |
| 7 その他( )      | 8 そのような人はいない |          |

問29 あなたの思いや望みを聞いてくれる人はどなたですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |               |                     |
|---------------|---------------------|
| 1 家族          | 2 友人・知人             |
| 3 民生委員        | 4 ケアマネジャー           |
| 5 医師・歯科医師・看護師 | 6 高齢者総合相談センター・区役所職員 |
| 7 その他( )      | 8 そのような人はいない        |

問30 家族や友人・知人以外で、何かあったときの相談先を教えてください。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1 町会・自治会・高齢者クラブ | 2 社会福祉協議会         |
| 3 民生委員          | 4 ケアマネジャー         |
| 5 医師・歯科医師・看護師   | 6 高齢者総合相談センター・区役所 |
| 7 その他( )        | 8 そのような人はいない      |









問39-3 【問39で、「1 フルタイムで働いている」または「2 パートタイムで働いている」に回答した方のみにおうかがいします。】  
 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。（あてはまるもの3つまで○）

- |    |   |
|----|---|
| 1  | 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない                     |
| 2  | 介護休業・介護休暇等の制度の充実                          |
| 3  | 制度を利用しやすい職場づくり                            |
| 4  | 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）                   |
| 5  | 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）                    |
| 6  | 仕事と介護の両立に関する情報の提供                         |
| 7  | 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置                       |
| 8  | 介護をしている従業員への経済的な支援                        |
| 9  | その他（ <span style="float: right;">)</span> |
| 10 | 特になし                                      |

問39-4 【問39で、「1 フルタイムで働いている」または「2 パートタイムで働いている」に回答した方のみにおうかがいします。】  
 今後も働きながら、介護を続けていくことができそうですか。  
 （ひとつだけ○）

1	問題なく続けていくことができる	➡ 問40へ
2	問題はあるが何とか続けていくことができる	
3	続けていくことはやや難しい	➡ 問39-5へ
4	続けていくことは、かなり難しい	

問39-5 【問39-4で、「3 続けていくことはやや難しい」または「4 続けていくことは、かなり難しい」に回答した方のみにおうかがいします。】  
 主な介護者の方が続けていくのが難しいと回答した理由は何ですか。  
 （ひとつだけ○）

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 勤務先の介護に関する支援制度がない、もしくはわからない               |
| 2 | 勤務先に介護に関する制度はあっても利用しにくい雰囲気がある             |
| 3 | 介護の負担が大きい                                 |
| 4 | ほかに介護を分担してくれる家族や親族がいない                    |
| 5 | 介護がいつまで続くかわからず、将来の見通しを立てにくい               |
| 6 | その他（ <span style="float: right;">)</span> |

問40 介護をしていて、主な介護者の方が困ったことや負担に感じることは、どのようなことですか。（あてはまるものすべてに○）

- 1 適切な介護方法がわからない
- 2 認知症状への対応方法がわからない
- 3 身体的負担が大きい（睡眠不足・腰痛など）
- 4 夜間の介護負担が大きい
- 5 経済的不安が大きい
- 6 介護にストレスを感じることもある
- 7 日中、家を空けるのを不安に感じる
- 8 自分の自由になる時間を持ってない
- 9 日々の介護に手いっぱい先のことを考える余裕がない
- 10 介護のために介護や育児、仕事が思うようにできない
- 11 サービス事業者やケアマネジャー等との関係がうまくいかない
- 12 どこに相談していいかわからない、相談できる窓口がない
- 13 夜間や休日など、相談したい時間に相談窓口が空いていない
- 14 その他（）



問42 最後に、在宅介護や介護保険に関するご意見やご希望がございましたらご自由にご記入ください。

質問は以上で終わりです。調査にご協力いただきまして、誠にありがとうございました。調査票を同封の返信用封筒に入れて、MM月DD日（@）までに返送（投函）してください。（切手を貼る必要はありません。）