

回答にかかる時間は 15 分程度です

ID: (シール貼付)

PW:

「第 11 次芦屋すこやか長寿プラン 21」策定に向けたアンケート調査

【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

市民の皆様には、平素より市政の推進に温かいご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、必要な福祉サービス・介護保険サービス基盤の整備に向けて、3 年を 1 期とする計画を策定しております。次期計画の策定に向けた基礎資料とするため、今般アンケート調査を実施します。

この調査は、皆様の介護サービスの質の向上を目的に、生活の実態や介護保険に対する考え・意向などを把握するためのものであり、調査結果は、今後の高齢者福祉事業及び介護保険事業の充実に活用します。

大変お忙しい中、誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願い申し上げます。

令和 8 年 1 月

芦屋市

調査票記入後は、3 つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、

令和 8 年 2 月 6 日（金）までにポストに投函し、ご返送ください（※切手は不要です）。

本調査はウェブでの回答が可能です。（ウェブ回答にご協力をお願いいたします。）

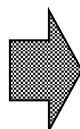
下記 URL にアクセスするか、右記の QR コードを読み取り、このページの右上に貼付された ID とパスワード（PW）でログインしてください。

インターネットを利用して回答いただく場合も令和 8 年 2 月 6 日（金）までにご回答ください。この場合、回答用紙の返送は不要です。

URL <https://●●●●●●●●●●>

※あて名のご本人が何らかの事情により、**回答できない（代筆も困難な）場合**には、その理由について、下記の中から、あてはまる番号に○をつけてください。

1. 病院などに入院中
2. 介護保険施設などに入所中
3. 市外転出
4. 死亡
5. その他（ ）



これらのいずれかに該当する場合は、これ以降の質問にお答えいただく必要はありません。

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒に入れて、この**調査票をご返送ください**。

記入に際してのお願い

1. この調査の対象者は、要介護1～5以外の65歳以上の方の中から無作為に抽出した方です。
2. ご回答は、ご家族の方がご本人の代理として、または一緒に行っていただいてもかまいません。
3. 各質問について、あてはまるお答えの番号に○（または文字など）を記入してください。なお、質問によっては、“○は3つまで”など、○の数が決まっている場合がありますのでご注意ください。
4. 回答で「その他」を選んだ場合は、（ ）内に具体的に記入してください。
5. 令和8年1月1日（木）現在の状況を記入してください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。
なお、本調査票のご返送及びウェブでのご回答をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護及び活用目的について】

- ・この調査は、効果的な高齢者福祉施策及び介護予防施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、上記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、市で適切に管理いたします。
- ・ただし、計画策定時及び効果評価時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市町村のデータベースに情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

◆ この調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

芦屋市 高齢介護課（電話）0797-38-2044

これは^{あしや し}芦屋市の^{こうれいしゃふくししさく}高齢者福祉施策についてのアンケート^{ちようさひよう}調査票です。
ふりがな^つ付きのアンケート^{ちようさひよう}調査票が^{ひつよう}必要な場合は、^{れんらく}ご連絡ください。

^{あしや し}芦屋市 ^{こうれいかいご か}高齢介護課 e-mail : koureikaigo@city.ashiya.lg.jp

Survey on the Elderly Welfare in Ashiya City

If you need a Japanese with furigana version of the questionnaire,
please contact the office below:

Ashiya City Senior Citizens' Long-term Care Section

基礎情報について

⑥

(1) 記入者

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： _____ ）
3. その他（ _____ ）

問1 あなた（あて名のご本人）のご家族や生活状況について

⑥

(1) 家族構成をお教えてください（1つに○）

1. 1人暮らし
2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）
3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下）
4. 息子・娘との2世帯
5. その他（ _____ ）

⑥

(2) 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要です（1つに○）

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
3. 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）

⑥

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか（1つに○）

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

☐

(4) お住まいは戸建て、または集合住宅のどちらですか（1つに○）

1. 持家（戸建て）
2. 持家（集合住宅）
3. 公営賃貸住宅
4. 民間賃貸住宅（戸建て）
5. 民間賃貸住宅（集合住宅）
6. 借家
7. その他（ _____ ）

問2 からだを動かすことについて

⑥

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（1つに○）

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

⑥

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか（1つに○）

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

⑥

(3) 15分位続けて歩いていますか（1つに○）

1. できるし、している
2. できるけどしていない
3. できない

④ (4) 過去1年間に転んだ経験がありますか (1つに○)

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

④ (5) 転倒に対する不安は大きいですか (1つに○)

1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

④ (6) 週に1回以上は外出していますか (1つに○)

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2～4回 4. 週5回以上

④ (7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (1つに○)

1. とても減っている
2. 減っている
3. あまり減っていない
4. 減っていない

④

外出が減った理由は、次のどれですか
(○は主なもの3つまで)

1. 病気・体の障害
2. 足腰などの痛み
3. トイレの心配(失禁など)
4. 耳が聞こえづらくなった
5. 目が見えづらくなった
6. 出かける理由が減った
7. 経済的理由
8. 運転免許の返納
9. 公共交通の減便・廃止
10. 外出を介助してくれる人がいない
11. その他()

④ (8) 外出する際の移動手段は何ですか (○はいくつでも)

1. 徒歩
2. 自転車
3. バイク
4. 自動車(自分で運転)
5. 自動車(人に乗せてもらう)
6. 電車
7. 路線バス
8. 病院や施設のバス
9. 車いす
10. 電動車いす(カート)
11. 歩行器・シルバーカー
12. タクシー
13. その他()

④

どれくらいの頻度で利用しますか
(1つに○。両方利用の方は
①路線バス、②タクシーそれぞれ1つに○)

①路線バス	②タクシー
1. 年数回	1. 年数回
2. 月1回	2. 月1回
3. 月2、3回	3. 月2、3回
4. 週1回	4. 週1回
5. 週2回	5. 週2回
6. 週3、4回	6. 週3、4回
7. 週5、6回	7. 週5、6回
8. 毎日	8. 毎日

問3 食べることについて

⑥ (1) 身長・体重 身長

--	--	--

 cm 体重

--	--	--

 kg

⑦ (2) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか

1. はい 2. いいえ

⑧ (3) おおむね1日に三食（朝食・昼食・夕食）食べていますか（1つに○）

1. 三食食べる 2. 朝・昼食だけ食べる 3. 昼・夕食だけ食べる
4. 朝・夕食だけ食べる 5. 朝食だけ食べる 6. 昼食だけ食べる
7. 夕食だけ食べる 8. その他（ ）

⑨ (4) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

1. はい 2. いいえ

⑩ (5) お茶や汁物等でむせることがありますか

1. はい 2. いいえ

⑪ (6) 口の渇きが気になりますか

1. はい 2. いいえ

⑫ (7) 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか

1. はい 2. いいえ

⑬ (8) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（1つに○）

※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

⑭

毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい
2. いいえ

⑮ (9) 歯の定期検診や歯科医への通院をしていますか

1. はい 2. いいえ

⑤ (10) どなたかと食事をとにもする機会がありますか (1つに○)

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 3. 月に何度かある |
| 4. 年に何度かある | 5. ほとんどない | |

問4 毎日の生活について

⑥ (1) 物忘れが多いと感じますか

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

⑦ (2) バスや電車を使って1人で外出していますか (自家用車でも可) (1つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

⑧ (3) 自分で食品・日用品の買物をしていますか (1つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

⑨ (4) 自分で食事の用意をしていますか (1つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

⑩ (5) 自分で請求書の支払いをしていますか (1つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

⑪ (6) 自分で預貯金の出し入れをしていますか (1つに○)

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1. できるし、している | 2. できるけどしていない | 3. できない |
|--------------|---------------|---------|

☐ (7) 年金などの書類 (役所や病院などに出す書類) が書けますか

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

☐ (8) 新聞を読んでいますか

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

☐ (9) 本や雑誌を読んでいますか

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

☐ (10) 健康についての記事や番組に関心がありますか

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

独 (11) スマートフォンやタブレットを使って公的サービス等の情報を得ていますか

1. はい

2. いいえ

独

スマートフォンやタブレットの使い方（公的サービス等の情報を得る方法）を教えてください

1. はい

2. いいえ

オ (12) 趣味はありますか

1. 趣味あり → 趣味を記入ください

(

)

2. 思いつかない

オ (13) 生きがい（あるいは、日々の楽しみなど）はありますか

1. 生きがいあり → 生きがいを記入ください

(

)

2. 思いつかない

オ (14) あなたの現在の就労状態はどれですか（○はいくつでも）

1. 職についたことがない

2. 引退した

3. 常勤（フルタイム）

4. 非常勤（パート・アルバイト等）

5. 自営業

6. 求職中

7. その他（

）

独

何歳まで働きたいですか。近いものに

○をつけてください（1つに○）

1. 70歳

2. 75歳

3. 80歳

4. 85歳以上

5. その他（

）

6. 働きたくない

独 (15) 現在の就労状況にかかわらず、これからどんな仕事がしてみたいですか（1つに○）

1. 趣味や得意分野を生かした仕事

2. 地域貢献や社会貢献に関わる仕事

3. これまでの仕事の経験を生かした仕事

4. 在宅や近所でできる仕事

5. その他（

）

6. 働きたくない

独 (16) これから取り組んでみたいことや、挑戦してみたいことを教えてください（趣味や仕事、地域活動等、何でも自由にご記入ください）

⑩ (17) シルバー人材センターに登録して、活動してみたいと思いますか (1つに○)

1. はい 2. いいえ 3. 既に登録している
4. シルバー人材センターを知らない

⑩ (18) 高齢者向けのイベントやサービスに関する情報を、どこから得ていますか (○は主なもの3つまで)

1. 家族 2. 友人・隣人
3. テレビ 4. ラジオ
5. スマートフォンやタブレット 6. 新聞 (タウン誌を含む)
7. 市の広報紙 8. 自治会の案内
9. 高齢者向け雑誌、出版物 10. ケアマネジャー・介護サービス事業所等
11. 主治医 (かかりつけ医) 12. 公的施設 (市役所・保健福祉センターなど)
13. 高齢者生活支援センター 14. その他 ()
15. 特にない

問5 地域での活動について

⑩ (1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか (○は1つずつ) ※①～⑧それぞれについて、回答してください

	週4回 以上	週 2～3	週1回	月 1～3	年に数回	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学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤介護予防のための通いの場 (さわか教室、介護予防センターなど)	1	2	3	4	5	6
⑥老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑦町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑧収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

④ (2) 今後新たに参加してみたい活動は何ですか (○は主なもの3つまで)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| 1. ボランティアのグループ | 2. スポーツ関係のグループやクラブ |
| 3. 趣味関係のグループ | 4. 学習・教養サークル |
| 5. 介護予防のための通いの場 (さわやか教室、介護予防センターなど) | |
| 6. 老人クラブ | 7. 町内会・自治会 |
| 8. 収入のある仕事 | 9. その他 () |
| 10. 特にない | |

④ (3) 地域でお手伝いしてみたいことは何ですか (○は主なもの3つまで)

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 話し相手、相談相手 | 2. 声掛け、見守り、安否確認 |
| 3. 買い物やごみ出しの手伝い | 4. 子育ての手伝い (送迎、見守り等) |
| 5. 緊急時の看病や救急車を呼ぶなどの手助け | 6. 健康づくり活動や介護予防につながる活動 |
| 7. その他 () | 8. 特にない |

④ (4) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか (1つに○)

- | | |
|-------------|--|
| 1. 是非参加したい | <p>→ 参加したくないと考えた理由は何ですか</p> <p>④ (○は主なもの3つまで)</p> <p>1. 活動内容が詳しくわからないから</p> <p>2. 興味が合う活動があるかわからないから</p> <p>3. 他の住民との交流が苦手だから</p> <p>4. 多忙で時間がないから</p> <p>5. 地域外でグループ活動等をしているから</p> <p>6. 一緒に参加する友人・知人がいないから</p> <p>7. 健康に不安があるから</p> <p>8. 続ける自信がないから</p> <p>9. その他 ()</p> |
| 2. 参加してもよい | |
| 3. 参加したくない | |
| 4. 既に参加している | |

④ (5) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営 (お世話役) として参加してみたいと思いますか (1つに○)

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 是非参加したい | 2. 参加してもよい |
| 3. 参加したくない | 4. 既に参加している |

問6 たすけあいについて あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

① (1) あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|---------------|-----------|
| 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 (2) 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(○はいくつでも)

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

③ (3) 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(○はいくつでも)

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

④ (4) 反対に、看病や世話をしてあげる人(○はいくつでも)

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

⑤ (5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 医師・歯科医師・看護師 |
| 5. 高齢者生活支援センター・市役所 | 6. その他() |
| 7. そのような人はいない | |

⑥ (6) お住いのエリアを担当する「高齢者生活支援センター」を知っていますか

【高齢者生活支援センターとは】介護や健康、福祉等の生活に関する身近な総合相談窓口となる「地域包括支援センター」の芦屋市における愛称

1. はい → あなたやご家族は、高齢者生活支援センターを利用したことがありますか
2. いいえ ① 1. はい 2. いいえ

② 利用していない理由は何ですか(主なもの1つに○)

1. 相談することがないから 2. 何を相談したらよいのかわからないから
3. 近くにない・交通手段がないから 4. その他()

⑩ (7) 「成年後見制度」について知っていますか (1つに○)

【成年後見制度とは】

認知症高齢者など、判断能力の不十分な方を法律面や生活面で支援する制度
(さまざまな契約の支援や財産管理の支援など)

1. よく知っている
2. 少し知っている
3. よく知らないが聞いたことがある
4. まったく知らない

⑩

今後、成年後見制度を利用したいですか (1つに○)

1. はい
2. いいえ
3. わからない

問7 健康について

⑩ (1) 現在の健康状態はいかがですか (1つに○)

1. とてもよい 2. まあよい
3. あまりよくない 4. よくない

⑩ (2) 現在、どの程度幸せですか (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

⑩ (3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか

1. はい 2. いいえ

⑩ (4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

1. はい 2. いいえ

⑩ (5) タバコは吸っていますか (1つに○)

1. ほぼ毎日吸っている 2. 時々吸っている
3. 吸っていたがやめた 4. もともと吸っていない

⑥ (6) 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (○はいくつでも)

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

⑦ (7) 介護予防のために取り組みたいことは何ですか (○は主なもの3つまで)

【介護予防とは】 要介護状態等になることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的に行う活動

1. ストレッチ運動や筋力トレーニング	2. 体操教室への参加
3. ウォーキングなどの屋外活動	4. 食事や栄養の改善
5. 歯科衛生や口腔ケア	6. 認知機能を維持するためのトレーニング
7. その他 ()	8. 特にない (わからない)

問8 認知症について

⑧ (1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

⑧ (2) 認知症に関する相談窓口を知っていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

⑨ (3) 認知症についてどのようなイメージをもっていますか (1つに○)

1. 自ら工夫して地域で今までどおり生活できる
2. 周りのサポートを受けながら、地域で生活できる
3. 医療・介護等のサポートを利用して地域で生活できる
4. 介護施設でサポートを利用することが必要になる
5. 迷惑をかけてしまい地域での生活が難しくなる
6. 症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう
7. その他 ()

④ (4) 「認知症カフェ（認知症の人や家族、地域住民など、誰もが気軽に集える場所）」を知っていますか

1. はい	④ 自分が認知症になったとき、「認知症カフェ」を利用したいですか（1つに○） 1. はい 2. いいえ⇒（理由： ） 3. わからない
2. いいえ	

⑤ (5) 認知機能を維持するために取り組みたい（取り組んでいる）ことは何ですか（○は主なもの3つまで）

1. 家族や隣人等との会話	2. 運動やスポーツ
3. 趣味の活動等を通じた人との交流	4. 単調な生活を送らないようにする
5. 認知機能を維持するためのトレーニング	6. 仕事をする
7. 早期発見のための受診	8. 生活習慣病にかからないようにする
9. 聴力の維持（補聴器の利用を含む）	10. わからない
11. その他（ ）	

⑥ (6) 認知症セルフチェックをしたことがありますか（1つに○）

【認知症セルフチェックとは】

認知症かどうかを自分で簡単に調べることができるチェックシート。本市のホームページでは、「これって認知症？」というページを用意しています。

1. したことがある	⑥ 認知症セルフチェックをした後、どのような行動をとりましたか（主なもの1つに○） 1. 結果に問題がなかったため、何もしなかった 2. 家族・親戚に相談した 3. 友人・知人に相談した 4. かかりつけ医に相談した 5. 専門医に相談した 6. 市役所に相談した 7. 高齢者生活支援センターに相談した 8. どうしたらよいかわからず、何もしなかった 9. その他（ ）
2. 定期的に行っている	
3. 知っているが、したことがない	
4. 知らなくて、したことがない	

- ⑩ (7) あなたが認知症になったとしたら、どのようなことに不安を感じますか(あるいは現在どのようなことに不安を感じていますか)(主なもの1つに○)

1. 家族や大切な思い出を忘れてしまうのではないかな
2. できていたことができなくなるのではないかな
3. 治療しても、症状が改善しないのではないかな
4. 家族や周りの人に、迷惑や身体的・精神的負担をかけるのではないかな
5. 詐欺のなどの被害に遭うのではないかな
6. その他 ()

※問 8 の(3)及び(7)は、内閣府世論調査「認知症に関する世論調査」(<https://survey.gov-online.go.jp/202510/hutai/r07/r07-ninchisho/gairyaku.pdf>)を加工して作成。

問9 終活について

- ⑩ (1) 現在、「終活」に取り組んでいますか

【終活とは】自分らしい人生の最期を迎える準備をすること。

1. はい → 取り組んでいる理由は何ですか(○は主なもの3つまで)

⑩

1. 身寄りがないため
2. 残された家族の負担を減らしたいから
3. 自分の最期の過ごし方を自分で決めたいから
4. 将来の不安を軽減するため
5. 財産の整理のため
6. その他 ()

2. いいえ → 取り組んでいない理由は何ですか(○は主なもの3つまで)

⑩

1. 誰に相談したらよいかわからないため
2. 終活にかかるお金がないため
3. 何から始めてよいかわからないため
4. まだ始めなくてよいと思うため
5. 関心がないため
6. その他 ()

⑩ (2) 人生の最期を迎えるにあたって、気がかりなことは何ですか
(○は主なもの3つまで)

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1. 自身の葬儀やお墓 | 2. 遺言や財産分与 |
| 3. 延命措置の意思表示 | 4. 死後の手続きで家族に負担をかけること |
| 5. 残された家族の生活（介護など） | 6. 経済的に余裕がないこと |
| 7. 残されたペットの世話 | 8. デジタル遺品（パソコンやスマートフォンのデータ） |
| 9. その他（ ） | |

⑩ (3) 「終活」についてどのような支援があればよいと思いますか (○は主なもの3つまで)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 弁護士や司法書士等の専門家との個別相談 | 2. 「終活」講座やセミナーの実施 |
| 3. 安価な終活サービス | 4. エンディングノートの配布 |
| 5. 「終活」サービスを行う事業者の紹介 | 6. 万が一の時の親族や知人への連絡 |
| 7. 葬儀・納骨・家財処分の準備 | 8. 「終活」に関する交流会 |
| 9. その他（ ） | |

【エンディングノートとは】

万が一の時に備えて、家族や親族が様々な判断や手続きを行う時に必要な情報を残すためのノート。

問10 災害時や緊急時の避難などについて

⑩ (1) 災害時（台風や地震など）や火災などの緊急時に、一人で避難することができますか (1つに○)

1. 誰かの援助がないと、避難できない
2. 誰かの声かけがあれば、自分で避難できる
3. 自力、あるいは同居の家族の援助で避難できる

災害時の避難の支援について相談している人はいますか (○は主なもの3つまで)

1. 家族
2. 近隣住民や友人
3. 民生委員
4. ケアマネジャーや高齢者生活支援センターの職員等
5. ホームヘルパーやデイサービス等の職員等
6. その他（ ）
7. いない

⑩

⑩ (2) 災害時の避難について、事前に必要だと思う備えは何ですか (○は主なもの3つまで)

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. 家族と避難時にどうするのかを事前に決めておく | |
| 2. 近隣住民同士の声かけや情報共有ができる関係づくり | |
| 3. 地域における避難訓練への参加 | 4. 避難経路・避難所の確認 |
| 5. 「緊急・災害時要援護者台帳」への登録 | 6. その他（ ） |

問 1 1 今後のサービスの利用について

- ① (1) 今後、介護が必要になったときに、どのような場所で暮らしたいですか
(主なもの1つに○)

- | | |
|------------------------------------|------------------|
| 1. 現在の居宅 | 2. 別居している子どもや親類宅 |
| 3. 介護保険施設 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院) | |
| 4. 有料老人ホーム | 5. 高齢者専用住宅 |
| 6. 長期入院ができる病院 | 7. その他 () |

- ② (2) 住み慣れた地域で暮らし続けるために、介護や医療について、どのような施設やサービスを望みますか (○は主なもの3つまで)

- | |
|---|
| 1. 在宅で家事の手伝いや介護をしてくれるホームヘルパーの派遣 |
| 2. 定期的な医師、歯科医師、看護師、薬剤師などの家庭への訪問 |
| 3. 夜間や緊急時に在宅で利用できる介護や医療の訪問サービス |
| 4. 自宅近くで通える運動教室やリハビリ施設 |
| 5. 食事や入浴が通いで利用できるデイサービスの施設 |
| 6. 短期間宿泊して食事や入浴サービス、介護を受けることができるショートステイ施設 |
| 7. 通い・訪問・泊まりをまとめて受けられるサービス (小規模多機能型のサービス) |
| 8. 有料老人ホーム等の居住施設 |
| 9. 認知症対応型のデイサービスや居住施設 |
| 10. 在宅介護に適した住宅の改修 |
| 11. その他 () |
| 12. 特にない |

- ③ (3) 在宅で安心して暮らすために、あると助かる支援はどれですか (○は主なもの3つまで)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 困りごとを相談できる窓口 | 2. 配食サービスなど、食事の提供 |
| 3. 高齢者だけで賃貸が可能な住宅の確保 | 4. 住宅のバリアフリー改修の支援 |
| 5. 契約や財産管理が必要な時の手助け | 6. 近隣の人などによる見守り、声かけ |
| 7. 外出時のサポート | 8. 高齢者同士の交流や世代を超えた交流の場 |
| 9. 災害時の避難などのサポート | 10. 公共交通機関などの移動手段の確保 |
| 11. 高齢者の働く場の確保 | 12. 趣味や地域活動などができる場の提供 |
| 13. 最新の介護や医療の情報提供 | 14. 「終活」についての相談や支援 |
| 15. 認知機能を維持するための支援 | 16. 同居する家族への支援 |
| 17. その他 () | |
| 18. 特にない | |



問 12 自由意見

◆最後に、ご意見・ご要望等がありましたら、遠慮なくお聞かせください

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました