

インターネットでご回答いただく場合は、右記コードを読み取りください。
回答フォームが開きますので、まず初めに右記コード下に記載の番号を
入力のうえ、ご回答ください。

二次元
コード



高齢者実態調査

調査票（案）

【記入に際してのお願い】

■この調査の対象者は、令和7年〇月〇日現在、市内にお住まいの要支援・要介護認定を受けられている65歳以上の方です。

■この調査票は、封筒のあて名ご本人のことについてご回答ください。なお、ご本人自ら回答することが難しい場合は、ご家族の方などがご本人の代わりに回答、あるいは、ご一緒に回答してください。ご本人以外の方が回答される場合は、ご本人の立場になってお答えください。

☆ご本人以外の方が記入された場合、本人との関係についてあてはまるものに〇をつけてください。

1. 本人の配偶者 2. 本人の子ども・子どもの家族 3. その他（ ）

■視覚障害への対応が必要な場合などについては、健康福祉政策課までお問い合わせください。

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を〇で囲んでください。
また、一部、数字等を記入いただく質問もあります。

■「その他」に〇をつけた場合は、（ ）内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折りたたんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください（切手は不要です）。

※インターネットでご回答いただいた場合は、返信の必要はありません。

★★ 令和〇年〇月〇日までにご投函ください ★★

1. 家族構成とお住まいについて

問1 あなたの家族構成について、あてはまるものはどれですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ひとり暮らし **⇒問1-1へ**

2. 夫婦ふたり暮らしでともに65歳以上

3. 夫婦ふたり暮らしで一人だけが65歳以上

4. 1~3以外で、全員65歳以上(あなたを含めて【　】人)

5. 1~4以外(あなたを含めて【　】人)

⇒問1-2へ

※この設問の「家族」とは住民基本台帳上の世帯ではなく、実際に同じ家に住んでいる人をいいます。

問1-1 前問で、「1.」と回答された方におたずねします。

30分~1時間程度の近距離に行き来のある親族がおられますか。(あてはまるもの1つに○)

1. いる

2. いない

問1-2 問1で、「2.」~「5.」と回答された方におたずねします。

昼間ひとりになることはよくありますか。(あてはまるもの1つに○)

1. よくある

2. たまにある

3. ない

問2 あなたのお住まいの状況について、あてはまるものはどれですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 持ち家(一戸建て)

2. 持ち家(分譲マンション)

3. 借家(一戸建て)

4. 借家(マンション、アパートなど)

5. 公営住宅(府営・市営・UR(旧公団)など)

6. 社宅・寮・官舎など

7. 有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅など

8. 特別養護老人ホームなどの介護保険施設

9. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 10. その他()

2. 健康状態などについて

問3 あなたは、自分の健康状態をどう思いますか。(あてはまるもの1つに○)

1. よい

2. まあよい

3. ふつう

4. あまりよくない

5. よくない

問4 現在、病院・医院(診療所・クリニック)を利用していますか。(いずれかに○)

1. はい

2. いいえ **⇒問5へ**

→問4-1 前問で「1. はい」と回答された方におたずねします。

どのくらいの頻度で利用していますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 週1回以上

2. 月2~3回

3. 月1回程度

4. 2~3か月に1回程度

5. その他()

問5 あなたには、かかりつけの病院・医院(診療所・クリニック)・かかりつけの歯科医院・かかりつけ薬局がありますか。(それぞれいずれかに○)

① 病院・医院(診療所・クリニック)	1. ある	問5-1へ	2. ない
② 歯科医院	1. ある		2. ない
③ 薬局	1. ある		2. ない

問5-1 前問で「1. ある」と回答された方におたずねします。

どのように利用していますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 自分ひとりで通っている **→問5-2へ**
2. 付き添いや介助を受けながら通っている **→問5-3へ**
3. **自宅または施設で診療を受けている**
4. その他 ()

問5-2 問5-1で「1. 自分ひとりで通っている」と回答された方におたずねします。

どのような手段で通っていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 電車
2. バス
3. 車・バイク (自分で運転)
4. タクシー
5. 自転車
6. 徒歩
7. その他 ()

問5-3 問5-1で「2. 付き添いや介助を受けながら通っている」と回答された方におたずねします。

どのような手段で通っていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 電車
2. バス
3. 車・バイク (家族などの送迎)
4. 一般のタクシー
5. 福祉タクシーなど (介助が受けられる移送サービス)
6. 徒歩
7. その他 ()

3. 地域とのかかわり等について

問6 近所づきあいをどの程度していますか。(あてはまるもの1つに○)

1. よく会う仲の良い人がいる
2. 会えば親しく話をする人がいる
3. 挨拶程度の人がほとんどである
4. 近所づきあいはほとんどない
5. その他 ()

4. 介護サービスなどの利用について

問7 現在のあなたの要介護度をご記入ください。(あてはまるもの1つに○)

※現在更新または変更申請中の方は、申請前の要介護度をお答えください。

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. 分からない

問8 要介護認定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. 転倒・骨折 | 2. 加齢による衰弱・身体機能の低下 |
| 3. 脳卒中（脳出血・脳梗塞など） | 4. 心臓病 |
| 5. がん（悪性新生物） | 6. 関節疾患（リウマチなど） |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 視覚・聴覚の障害や低下 | 10. 認知症 |
| 11. その他（
） | |

問9 あなたの要介護度は、1年前と比べてどのように変化していますか。(あてはまるもの1つに○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 現在のほうが、要介護度が上がっている（悪くなっている） |
| 2. 同じ要介護度である |
| 3. 現在のほうが、要介護度が下がっている（良くなっている） |
| 4. 1年前は認定を受けていない |
| 5. わからない |

問10 あなたは、現在どのようなサービスを利用していますか。(あてはまるものすべてに○)

※1～20までの主な在宅介護サービスの説明は、問23-1をご参照ください。

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）/予防訪問事業 | 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. 通所介護（デイサービス）/予防通所事業 | 6. 通所リハビリテーション（デイケア）（*） |
| 7. 短期入所（ショートステイ）（*） | 8. 居宅療養管理指導（*） |
| 9. 福祉用具貸与（*） | 10. 福祉用具購入費の支給（*） |
| 11. 住宅改修費の支給（*） | 12. 生活援助訪問事業 |
| 13. 活動移動支援事業 | 14. 通院等移動支援事業 |
| 15. 教室型通所事業 | 16. リハ職訪問通所指導事業 |
| 17. リハ職行為評価事業 | 18. 栄養士派遣指導事業 |
| 19. 認知症対応型通所介護（認知症専用デイサービス）（*） | |
| 20. 小規模多機能型居宅介護（*） | 21. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 22. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 23. 夜間対応型訪問介護 |
| 24. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（*） | |
| 25. 特定施設入居者生活介護（ 介護付き 有料老人ホームなど）（*） | |
| 26. 特別養護老人ホーム等の介護保険施設サービス | 27. 利用していない |

⇒問18へ

※（*）印のある要支援1、2の方の利用サービス名称は、正式には「介護予防訪問入浴介護」等です。要支援1、2の方がお答えいただく際には、介護予防サービスとしてお読みください。

問11 ケアマネジャーの対応に対する満足状況はいかがですか。(あてはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. 不満がある | 3. どちらともいえない |
|-----------|----------|--------------|



問11-1 前問で、「2. 不満がある」と回答した方におたずねします。

不満の理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1. 相談にのってくれない | 2. 親切丁寧な対応をしてくれない |
| 3. 説明が足りない | 4. 希望を反映させたケアプランを作成してくれない |
| 5. 定期的に訪問してくれない | 6. 事業所に意見や要望を伝えてくれない |
| 7. 対応が契約時の説明と異なる | 8. 性格が合わない |
| 9. 指導的な態度 | 10. その他 () |

訪問介護(ホームヘルプサービス) / 予防訪問事業を利用したことのある方におたずねします。

※問10で「1.」を選択した方のみ

問12 利用しているサービスの種類はどれですか。(いずれかに○)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------------|
| 1. 身体介護だけ | 2. 生活援助だけ | 3. 身体介護と生活援助の両方 |
|-----------|-----------|-----------------|

問13 サービスをどれくらいの時間利用していますか。

身体介護 は、 1回 () 分、 () 回／週間

生活援助 は、 1回 () 分、 () 回／週間

問14 サービスの提供時間のあり方について、あなたのお考えに近いものを選んでください。

(いずれかに○)

- | |
|---|
| 1. 現状のままでよい |
| 2. 今より1回あたりの時間は短くてもよいから、利用できる回数を増やしてほしい |
| 3. 今より利用できる回数は減ってもよいから、1回あたりの時間を長くしてほしい |
| 4. その他 () |

問15 サービスの満足状況はいかがですか。(あてはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. 不満がある | 3. どちらともいえない |
|-----------|----------|--------------|



問15-1 前問で、「2. 不満がある」と回答した方におたずねします。

不満の理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. ヘルパーの対応がよくない | 2. 性格的に自分には合わないヘルパーがいる |
| 3. サービスの時間・回数が守られていない | 4. サービスの時間・回数が少なすぎる |
| 5. サービスの時間・回数が多すぎる | 6. 深夜など、希望する時間帯にサービス提供がない |
| 7. サービス利用にあたって十分な説明がされない | 8. 思っていたサービスと違っている |
| 9. 希望を言っても「できない」「含まれてない」と言われる | |
| 10. 利用料金が不明確・適切でない | 11. 事業所の相談対応や苦情対応がよくない |
| 12. 会話の時間が少なすぎる | 13. その他 () |

通所介護(デイサービス)/予防通所事業・通所リハビリテーション(デイケア)を利用したことのある方におたずねします。

※問10で「5.」または「6.」を選択した方のみ

問16 サービスの満足状況はいかがですか。(あてはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. 不満がある | 3. どちらともいえない |
|-----------|----------|--------------|



問16-1 前問で、「2. 不満がある」と回答した方におたずねします。

不満の理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. サービス担当者(職員)の対応がよくない | 2. 周りの雰囲気になじめない |
| 3. サービス提供の日数や時間が守られていない | 4. サービスの日数が少なすぎる |
| 5. サービスの日数が多すぎる | 6. サービスの1回あたりの時間が短すぎる |
| 7. サービスの1回あたりの時間が長すぎる | 8. サービス利用にあたって十分な説明がされない |
| 9. 思っていたサービスと違っている | 10. 利用料金が不明確・適切でない |
| 11. 事業所の相談対応や苦情対応がよくない | |
| 12. その他 () | |

短期入所(ショートステイ)を利用したことのある方におたずねします。※問10で「7.」を選択した方のみ

問17 サービスの満足状況はいかがですか。(あてはまるもの1つに○)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| 1. 満足している | 2. 不満がある | 3. どちらともいえない |
|-----------|----------|--------------|



問17-1 前問で、「2. 不満がある」と回答した方におたずねします。

不満の理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. サービス担当者(職員)の対応がよくない | 2. 周りの雰囲気になじめない |
| 3. サービス提供の日数や時間が守られていない | 4. サービスの日数が少なすぎる |
| 5. サービスの日数が多すぎる | 6. サービス利用にあたって十分な説明がされない |
| 7. 思っていたサービスと違っている | 8. 利用料金が不明確・適切でない |
| 9. 事業所の相談対応や苦情対応がよくない | 10. 使いたいときに予約がとれない |
| 11. その他 () | |

問18 問10で、「27. 利用していない」と回答された方におたずねします。

介護保険サービスを利用していない主な理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 家族が介護してくれるから
2. 自分でまだできるから
3. 他人の世話になりたくないから
4. 自宅を他人に見られたくないから
5. 今は必要ないが、将来に備えて認定だけを受けたかったから
6. サービスの利用方法がよく分からないから
7. 利用者負担が重いから
8. 以前サービスを利用したことがあったが、あまりサービスが良くなかったから
9. 以前サービスを利用して嫌なことがあったから
10. 家族がサービスを利用することを嫌がるから
11. 病院に入院しているから
12. 医療的ケア（カテーテル・胃ろうなど）が必要であり、利用を断られたため
13. その他（ ）

5. 認知症について

問19 普段の生活で、認知症に関して不安を感じたことがありますか。(あてはまるもの1つに○)

1. まったく不安は感じない
2. 将来的な不安はあるものの、現在は感じない
3. 物忘れが増えたなどの不安はあるものの、問題なく生活している
4. 受診はしていないが、不安に思う症状があり、生活に支障がある
5. 医師から認知症であるとの診断を受けている
6. その他（ ）

問20 認知症の人が地域で暮らすためには、どのようなことが必要だと思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| 1. 認知症についての正しい知識を普及するための啓発活動 | 3. 近隣や地域の見守り |
| 2. 認知症についての正しい知識を持った支援者の養成 | 5. 家族や親族による支援 |
| 4. 認知症の人や家族が参加できる地域の集いの場 | 7. 成年後見制度（※）の利用促進 |
| 6. 認知症の相談・診察ができる病院・医院（診療所・クリニック） | 9. 特にない |
| 8. わからない | |
| 10. その他（ ） | |

※「成年後見制度」とは…判断能力が不十分な人が自立した生活を送れるよう、本人の代理となる後見人等が財産管理や身上監護（介護サービスや施設の入退所等の契約手続きを行うこと）を通じて支援する制度です。

問21 成年後見制度を知っていますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1. 利用している | 2. 利用したことはないが、制度の内容は知っている |
| 3. 聞いたことがある程度 | 4. 知らない |

問22 「ひらかた権利擁護成年後見センター(こうけん ひらかた)」を知っていますか。

(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 利用したことがある | 2. 利用したことはないが、役割は知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 知らない |

6. 今後の生活について

問23 あなたは、今後、どのように暮らしたいとお考えですか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| 1. 自宅でホームヘルプなどの在宅介護サービスを受けながら暮らしたい | ⇒問23-1へ |
| 2. 自宅で家族などによる介護を受けながら暮らしたい | |
| 3. できるだけ自宅に近い特別養護老人ホームなどの施設で暮らしたい | ⇒問23-2へ |
| 4. 自宅から遠くてもいいので特別養護老人ホームなどの施設で暮らしたい | ⇒問23-2へ |
| 5. サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームなどで暮らしたい | |
| 6. このまま施設での生活を続けたい | |
| 7. 今は分からない | |
| 8. その他 () | |

※ここでの「自宅」とは、今住んでおられる家だけでなく、お子さんの家に同居する場合なども含めた在宅生活の意味です。

問23-1 前問で、「1.」と回答された方におたずねします。

どんなサービスを受けたいとお考えですか。(あてはまるものすべてに○)

サービスの種類 (受けたいサービスの番号すべてに○)	サービスの説明
1. 訪問介護（ホームヘルプサービス） /予防訪問事業	訪問介護員（ホームヘルパー）が家庭を訪問して、排泄、入浴などの介護や家事の援助を行います。
2. 訪問入浴介護	介護職員と看護職員が移動入浴車で家庭を訪問して、持参した浴槽で入浴の介護を行います。
3. 訪問看護	主治医の指示に基づき、看護師などが家庭を訪問して、療養のお世話や必要な診療の補助を行います。
4. 訪問リハビリテーション	主治医の指示に基づき、理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問して、リハビリを行います。
5. 通所介護（デイサービス） /予防通所事業	デイサービスセンターなどで、入浴や食事、機能訓練などを日帰りで利用できます。
6. 通所リハビリテーション（デイケア）	老人保健施設や病院・診療所など（介護保険指定事業所に限ります）に通い、リハビリを受けます。
7. 短期入所（ショートステイ）	特別養護老人ホームや介護老人保健施設などに短期間入所し、日常生活上の世話や機能訓練を受けることができます。
8. 居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが通院が困難な利用者の居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。
9. 福祉用具貸与	日常生活の自立を助けるための福祉用具（車いす、特殊寝台、歩行補助つえなど）の貸与を受けることができます。
10. 福祉用具購入費の支給	入浴や排せつなどに使用する福祉用具の購入をしたとき、購入費の支給を受けることができます。

サービスの種類 (受けたいサービスの番号すべてに○)	サービスの説明
11. 住宅改修費の支給	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をしたとき、住宅改修費の支給を受けることができます。
12. 生活援助訪問事業	要支援1・2の認定を受けている方に、市が実施する研修修了者が家庭を訪問して、家事の援助を行います。
13. 活動移動支援事業	要支援1・2の認定を受けている方に、あきらめかけていた楽しみや趣味を再開していただけるよう、徒歩（公共交通機関の利用を含む）で、自宅から老人クラブやサークル活動などの地域の活動・参加場所までの移動を支援します。
14. 通院等移動支援事業	要支援1・2の認定を受けている方に、通院等のため、訪問介護員等が自らの運転する車両への乗車と降車の介助を行い、乗車前や降車後の屋内外における移動等の介助等を行います。
15. 教室型通所事業	要支援1・2の認定を受けている方がスポーツジムなどの施設で、体操指導員が実施するひらかた元気くらわんか体操などの機能訓練に取り組むことで、心身機能の維持、改善を図ります。
16. リハ職訪問通所指導事業	要支援1・2の認定を受けている方が、通所と訪問でのリハビリテーションを受けることで、日常生活の機能を取り戻し、ご自宅での生活をこれまで通りに行えるようになることを支援します。
17. リハ職行為評価事業	要支援1・2の認定を受けている方に、リハビリテーション専門職が家庭を訪問して、身体機能や生活環境を評価し、日常生活上の助言を行います。
18. 栄養士派遣指導事業	要支援1・2の認定を受けている方に、栄養士が居宅等を訪問し、規則正しく食事を摂ることや食材や惣菜の選び方、簡単な料理ができるようになる支援など、食に関する支援を行います。
19. 認知症対応型通所介護 (認知症専用デイサービス)	認知症の人を対象にしたデイサービスで、日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。
20. 小規模多機能型居宅介護	通いのサービスを中心に、訪問や泊まりの各サービスを組み合わせて利用できます。
21. 看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせて利用できます。
22. 定期巡回・隨時対応型訪問介護看護	介護と看護が一体的または密接に連携して、日中・夜間を通じて（24時間対応）、1日複数回の定期訪問と隨時の対応を行います。
23. 夜間対応型訪問介護	夜間の定期巡回や隨時の訪問介護が受けられます。

問23-2 **問23で、「3.」または「4.」と回答された方におたずねします。介護保険施設に入所したい理由として、あなたのお考えに近いものを選んでください。(あてはまるものすべてに○)**

1. バリアフリー化した施設で暮らしたいため
2. 施設のほうが、24時間スタッフがいて安心して暮らせると思うため
3. 重度化したら、家族介護及び現在の在宅サービスのメニュー・内容では対応できないと思うため
4. 家族の介護が望めないため
5. 家族の介護負担を軽くするため
6. 施設に入所した方が経済的負担が少ないため
7. その他 ()

問24 安心して歳を重ねることができまするために、あなたが今後必要と思うサービスは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 「もしもの時」のために緊急連絡先等の情報を事前に登録できるサービス
2. 電話や訪問による定期的な見守り・安否確認を行うサービス
3. 入退院時の付き添いや、手続き等を支援するサービス
4. ご自身の葬儀や納骨、家財処分について、事前に契約を行うサービス
5. 金銭管理の他、通帳等の重要書類を預かるサービス
6. その他 ()

7. 保健・福祉サービスや介護に対するお考えについて

問25 あなたは高齢者の相談窓口である地域包括支援センター**を知っていますか。(あてはまるもの1つに○)**

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. 利用したことがある | 2. 利用したことはないが、役割は知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 知らない |

問26 あなたは、介護や保健、医療等に関することで、どのような情報がほしいと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 生きがいや健康づくり・介護予防に関する情報
2. 自宅のバリアフリー化（段差解消など）や高齢期に適した住み替え先の情報
3. 介護保険制度に関する情報（サービス利用の手続きなど）
4. 介護保険以外の福祉サービスに関する情報（配食、送迎サービス、ボランティアなど）
5. 認知症の人に対するケアや相談先などの情報
6. 高齢者に対する虐待の相談先の情報
7. 医療や介護に必要な費用に関する情報
8. その他 ()
9. 特に必要ない

問27 介護保険は、入所施設を増やしたり、サービスの利用が多くなるなど、サービスが充実すると、介護保険料も高くなります。あなたは、今後の介護サービスと介護保険料についてどのように考えますか。(あてはまるもの1つに○)

1. 保険料が高くなつても、もっとサービスを充実してほしい
2. サービスを抑えて、保険料が高くならないようにしてほしい
3. 現状の程度のサービスと保険料でよい
4. どちらともいえない・よく分からない
5. その他 ()

8. 看取り(みとり)について

住みなれた地域で安心して医療と介護を受け、看取られる(みとられる)ことのできる体制づくりがこれからの課題となっています。

以下の質問は、人生の最期(さいご)をどのように過ごしたいかおたずねする趣旨で設けておりますが、無理に回答をお願いするものではありません。お答えいただける方のみご回答ください。

問28 あなたは最期(さいご)の過ごし方について、家族や身近な友人、医療や介護のスタッフ等と話をしたことありますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 話をしたことがある | 2. 話をしたことはない |
|--------------|--------------|



誰と話をしましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 家族
2. 友人
3. 医療の専門職(医師、看護師など)
4. 介護の専門職(ケアマネジャー、訪問介護員など)
5. その他 ()

どのような理由ですか。

- (あてはまるもの1つに○)
1. 機会がなかった
 2. まだ必要ない
 3. 話をしたくない
 4. その他 ()

問29 エンディングノート(※)を知っていますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 知っていて、すでに用意している | 2. 知っているが、用意はしていない |
| 3. 聞いたことはあるがよく知らない | 4. 聞いたことがない |

※「エンディングノート」とは…人生の最期(さいご)を迎えるにあたって、医療や介護、相続や葬儀等について、希望する内容を書き記しておくものです。(枚方市版の冊子を、市役所健康づくり課や市内の地域包括支援センター等で配布しています。)

問30 あなたは最期(さいご)まで自分らしく過ごすために、人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | |
|---|------------------|
| 1. 自宅で最期まで療養したい | 2. 病院に入院して最期を迎える |
| 3. 高齢者住宅・施設(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホームなど)に入所して最期を迎える | |
| 4. 分からない | 5. その他 () |

問31 最期(さいご)を迎えることができる環境(訪問診療、訪問看護、緊急時の対応など)が整っていれば、病院以外の生活の場で最期を迎えることを希望しますか。(あてはまるもの1つに○)

- | | | |
|---------|----------|----------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない | 3. 分からない |
|---------|----------|----------|

問32 今後、病院以外での最期(さいご)を迎えるためには、どういったことが整っていれば可能になると思いますか。(複数回答 3つ以内)

- | | |
|--|---------------------|
| 1. 往診してくれる医師が増えること | 2. 訪問看護サービスを受けられること |
| 3. 介護サービスが受けられること | |
| 4. 医療や介護について相談できる専門職（医師、看護師、 ケアマネジャー など）がいること | |
| 5. 医療職や 介護職 が適切に連携をとってくれること | |
| 6. 自分の希望について、家族や医療職・介護職が理解してくれること | |
| 7. 本人・家族がお互いに休息する時間が確保できるよう、デイサービスやショートステイの受け入れ態勢があること | |
| 8. 病状が悪化したときや、緊急時に入院できる病院があること | |
| 9. その他（ ） | |

9. 高齢社会に対する市の取り組みへのお考えについて

問33 ご意見などがあれば、自由に記入してください。

.....
.....
.....
.....
.....

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。記入した調査票を切り離すことなく、3つ折りにして同封の返信用封筒に入れ、切手を貼らずにご返送ください。

枚方市 健康福祉政策課

番 号

あなたの知りたい情報が受け取れる！枚方市公式LINE

市の情報発信強化のため、枚方市LINE公式アカウントを開設しています。

緊急情報やおすすめ情報のプッシュ通知、暮らしに役立つメニューなど便利な機能が盛りだくさん。ぜひ友だち登録してご利用ください！

右記コードを読み取り、「友だち追加」ボタンを押してください。

