

(40歳以上で西ノ島町に住民票のある方に送っております)

## 介護福祉に関するアンケート調査へのご協力をお願い

西ノ島町のこれからの介護のあり方について  
あなたのご意見をお聞かせください

日頃から西ノ島町の町政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

現在、西ノ島町は少子高齢化により、高齢化率は48%を超えており、今後もこうした状況が続く見込みであります。町の介護福祉は、施設の老朽化、慢性的なマンパワー不足等の課題に直面しており、将来の介護ニーズに対応するために施設の整備やサービス提供体制の再構築が必要な状況です。

このような状況から、本町では、介護福祉サービスに関する基本構想（グランドデザイン）の策定に取りかかることとし、町民の皆様にアンケート調査を実施することにしました。

このアンケートは、町民の皆様の介護福祉サービスに関する意識や意向を把握し、将来の介護需要を見極める上で大変重要な調査となります。お忙しいとは存じますが、何卒本調査の趣旨をおくみとりいただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年12月

西ノ島町 町長 坂栄一秀

### 《 ご記入にあたってのお願い 》

1. 同一世帯に40歳以上の方が複数人いる場合には、それぞれ別々にご記入ください。
2. ご本人による記入が難しい場合には、家族や介護者の方などがご本人の意向を尊重して記入してください。
3. 質問文をよく読んで、**ボールペンか鉛筆**で直接記入してください。
4. 記入が終わりましたら、**12月26日（火）**までに同封の返信用封筒でご返送ください。
5. このアンケート調査へのご質問などは、下記までお問合せください。

〒684-0303 島根県隠岐郡西ノ島町大字美田600番地4

西ノ島町役場 健康福祉課 介護保険係

電話08514-6-1182 FAX 08514-6-1183

本調査は、西ノ島町が㈱日本経営に委託して実施しており、下記の研究教育機関の協力もいただいております。本調査結果については、統計的に処理し、町行政および下記の研究教育機関における研究活動以外には使用いたしません。

※研究教育機関：代表 近畿大学建築学部 教授 山口健太郎

**ここからアンケートが始まります。下記の質問に順番に回答してください。**

質問1 現在のあなたのご年齢、お住まいの状況について伺います。該当する項目にチェック  を入れてください。また、人数、年数についての項目には数字を記入してください。

1-1. 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない			
1-2. 年齢 (令和5年4月1日時点)	<input type="checkbox"/> 40歳代	<input type="checkbox"/> 50歳代	<input type="checkbox"/> 60～64歳	<input type="checkbox"/> 65～69歳
	<input type="checkbox"/> 70～74歳	<input type="checkbox"/> 75～79歳	<input type="checkbox"/> 80歳代	<input type="checkbox"/> 90歳以上
1-3. 居住地	<input type="checkbox"/> 三度 <input type="checkbox"/> 珍崎 <input type="checkbox"/> 赤ノ江 <input type="checkbox"/> 浦郷 <input type="checkbox"/> 船越 <input type="checkbox"/> 小向 <input type="checkbox"/> 大津 <input type="checkbox"/> 市部 <input type="checkbox"/> 波止 <input type="checkbox"/> 美田尻 <input type="checkbox"/> 別府 <input type="checkbox"/> 大山 <input type="checkbox"/> 物井 <input type="checkbox"/> 倉ノ谷 <input type="checkbox"/> 宇賀			
1-4. 現在の住居	<input type="checkbox"/> 持ち家（一戸建て） <input type="checkbox"/> 民間賃貸（一戸建て） <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
1-5. 世帯員の数 (ふだん住んでいる人の人数)	1-6. 世帯員の構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子どもの同居 <input type="checkbox"/> 親との同居 <input type="checkbox"/> 親と子と同居世帯 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）		
1-7. 子どもの有無 (あなたの子ども)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1-8. 子どもの人数	1-9. うち隠岐郡内にいる人数(西ノ島町に いる人数(西ノ島町に いる人を除く) 人	1-10. うち西ノ島町にいる人数 人
1-11. 現在の場所に 住んでいる期間	<input type="checkbox"/> 出生時から住んでいる <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上～20年未満 <input type="checkbox"/> 20年以上			
1-12. 転居経験の有無 該当するものに <b>全て</b> <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 転居経験なし <input type="checkbox"/> 西ノ島町内の転居経験あり <input type="checkbox"/> 隠岐郡内の転居経験あり <input type="checkbox"/> 隠岐郡外への転居経験あり(1-13.へ)		1-13. 隠岐郡外での 総居住年数	年
1-14. 現在受給中(または 将来受給予定)の年金の 種類の種類	該当する項目 <b>全て</b> に <b>チェック</b> <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 船員・厚生年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無し			
1-15. 要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 要介護認定なし→ <b>質問2へ移動</b> 、 <input type="checkbox"/> 事業対象者→ <b>1-17.へ移動</b> <input type="checkbox"/> 要介護認定あり(要支援・要介護)→ <b>1-16.へ移動</b>			
1-16. 要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
1-17. 現在受けている サービス <b>全て</b> に <b>チェック</b> <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護(本郷) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(みゆき荘) <input type="checkbox"/> その他( )			

質問2 介護が必要となったときの介護力および介護に対する希望について伺います。該当する項目にチェック  を入れてください。

2-1. 将来的にあなたに介護が必要となったとき、あなたは家族からどのように介護を受けたいですか。また、現在、介護を受けている人は、どのように家族から介護を受けたいですか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。

- 介護保険サービスを利用し、不足する分は自費サービスを利用(家族からの介護は受けない)
- 介護保険サービスを主として利用し、不足する分は家族からの介護を受けたい
- 家族からの介護を主とし、不足する部分は介護保険や自費サービスを利用したい
- 介護保険サービスや自費サービスは利用せず、家族介護のみを受けたい

2-2. 上記を選択された理由をご記入ください。

--

2-3. あなたが将来介護が必要となったときを想像してください。自宅に住み続けるために必要と思うサービスに3つチェック  を入れてください。また現在、既に介護（福祉）サービスを利用している人は希望するサービスに3つチェック  を入れてください。

- 24 時間 365 日型の病院（介護医療院など）
- 24 時間 365 日型の介護施設（特別養護老人ホームなど）
- 訪問診療
- 24 時間型の訪問介護、訪問看護
- 日中時間帯のみの訪問介護・訪問看護
- 日中活動の場としてのデイサービス
- 緊急時に宿泊することができるショートステイ
- 要介護度に関係なく入居できるサービス付き高齢者向け住宅

2-4. 将来介護が必要となったとき、自宅での生活を続けるために介護保険外の自費サービスとしてどのようなサービスを利用したいですか。あてはまるもの3つにチェック  を入れてください。※下記のサービスは介護保険では利用できないサービスです。

- 定期的な見守り  買い物  ゴミ出し  洗濯  掃除  調理  布団干し
- 通院の付き添い  外出の付き添い  草むしり  代筆（宛名書き等）  電球交換
- 果樹の収穫
- その他（ ）

2-5. 上記で選択した家事援助などの自費サービスに「どの程度の費用」を支出できますか。また現在、介護保険を利用している人は自費サービスとしてどの程度の支出が可能ですか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。（自費サービスの費用は概ね600円／30分としてお考え下さい）

- 月 1000 円未満  月 千～3 千円未満  月 3 千～5 千円未満  月 5 千～1 万円未満
- 月 1 万～3 万円未満  月 3 万円以上

2-6. 一人暮らしになったときのことを想像してください。あなたが自宅で生活し続けるために最低限必要な見守りサービスにひとつチェック  を入れてください。

- 地域住民による安否確認（郵便物が溜まっていたら声をかける仕組み）
- 電気の使用量などによる見守り（居住中に電気等を一定時間使用していなければ安否確認する仕組み）
- 電話等による安否確認（数日ごとに電話による安否確認。居住者から電話することも可能）
- センサーなどによる常時の見守り（カメラ等で撮影し転倒などの緊急時には駆け付ける仕組み）
- 専門業者による 24 時間 365 日の駆け付け（緊急時には呼び出し行い駆け付けてくれる）

2-7. 現在の状況について伺います。あなたは、テレビ電話や携帯電話（スマートフォンなど）を使っての見守りや訪問診療に対応できますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 可能  どちらかと言えば可能  どちらともいえない  どちらかと言えば不可能  不可能

2-8. 現在のあなたの家の状況について伺います。車いすが必要になった時に現在の住宅で生活することは可能ですか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 可能  どちらかと言えば可能  どちらともいえない  どちらかと言えば不可能  不可能

2-9. 上記で自宅での生活が難しいと考える理由をご記入ください。

質問3 ここからは「高齢期における住まいの希望」について伺います。あなたが「一人暮らしになったとき」「食事や家事に何らかの支援が必要となったとき」「排泄や入浴に介護が必要となったとき」「最期の看取りが近づいてきたとき」に、あなたはどこで、どのように過ごしたいですか。該当する項目にチェック☑を入れてください。

3-1. 下記の中から該当する項目にチェック☑を入れ、指定の設問に回答してください。	
<input type="checkbox"/> 65歳未満の方 <input type="checkbox"/> 65歳以上で下記以外の方 <input type="checkbox"/> 65歳以上、食事や家事に何らかの支援が必要な方（独居、同居ともに） <input type="checkbox"/> 65歳以上、排泄や入浴に介護が必要な方（独居、同居ともに）	→ 3-2. に移動 → 3-2. に移動 → 3-4. に移動 → 3-8. に移動
3-2. 65歳以上となり、日常生活は自分で行えるが一人暮らしになった場合にあなたはどのような住まいを希望しますか。あてはまるものひとつにチェック☑を入れてください。また、自宅以外への転居を選択された人は、西ノ島町内での転居を希望しますか、それとも町外を希望しますか。右側にもチェック☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続ける（3-4.へ移動） <input type="checkbox"/> 別の賃貸住宅への転居 <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家への転居（同居） <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹など親族の家への転居（同居） <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅への転居 <input type="checkbox"/> 高齢者施設への転居（養護老人ホームみゆき荘など）	転居を選択した方 <input type="checkbox"/> 西ノ島町内での転居 <input type="checkbox"/> 隠岐郡内での転居 <input type="checkbox"/> 本土への転居
3-3. 上記であなたが自宅から他の場所への転居を選んだ理由、 <b>全てにチェック☑</b> を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 自宅の建物に不安がある（老朽化、段差など） <input type="checkbox"/> 老後は別の場所で生活したい <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない <input type="checkbox"/> 食事などの日常生活の支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他（自由に記載してください）	<input type="checkbox"/> 買い物、通院などの交通が不便 <input type="checkbox"/> 1人が寂しい <input type="checkbox"/> 一人暮らしへの漠然とした不安 <input type="checkbox"/> 専門的な介護を受けたい
3-4. 日常生活を行う能力がわずかに低下し、食事や家事等に何らかの支援が必要な状態になった場合にあなたはどのような住まいを希望しますか。あてはまるものひとつにチェック☑を入れてください。また、自宅以外への転居を選択された人は、西ノ島町内での転居を希望しますか、それとも町外を希望しますか。右側にもチェック☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続ける（3-6.へ移動） <input type="checkbox"/> 別の賃貸住宅への転居 <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家への転居（同居） <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹など親族の家への転居（同居） <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅への転居 <input type="checkbox"/> 高齢者施設への転居（養護老人ホームみゆき荘など）	転居を選択した方 <input type="checkbox"/> 西ノ島町内での転居 <input type="checkbox"/> 隠岐郡内での転居 <input type="checkbox"/> 本土への転居
3-5. 上記であなたが自宅から他の場所への転居を選んだ理由、 <b>全てにチェック☑</b> を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 自宅の建物に不安がある（老朽化、段差など） <input type="checkbox"/> 老後は別の場所で生活したい <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない <input type="checkbox"/> 食事などの日常生活の支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他（自由に記載してください）	<input type="checkbox"/> 買い物、通院などの交通が不便 <input type="checkbox"/> 1人が寂しい <input type="checkbox"/> 一人暮らしへの漠然とした不安 <input type="checkbox"/> 専門的な介護を受けたい

3-6. **立ち上がりや歩行が不安定になり、排泄や入浴などに一部介助が必要な状態になった場合に**あなたはどのような住まいを希望しますか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。また、自宅以外への転居を選択された人は、西ノ島町内での転居を希望しますか、それとも町外を希望しますか。右側にもチェック  を入れてください。

<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続ける (3-8. へ移動) <input type="checkbox"/> 別の賃貸住宅への転居 <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家への転居 (同居) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹など親族の家への転居 (同居) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅への転居 <input type="checkbox"/> 高齢者施設への転居 (養護老人ホームみゆき荘等)	転居を 選択した方 →	<input type="checkbox"/> 西ノ島町内での転居 <input type="checkbox"/> 隠岐郡内での転居 <input type="checkbox"/> 本土への転居
--	-------------------	--

3-7. 上記であなたが自宅から他の場所への転居を選んだ理由、**全てにチェック**  を入れてください。

<input type="checkbox"/> 自宅の建物に不安がある (老朽化、段差など) <input type="checkbox"/> 老後は別の場所で生活したい <input type="checkbox"/> 家族と一緒に過ごしたい <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない <input type="checkbox"/> 緊急時の対応が安心 <input type="checkbox"/> 食事などの日常生活の支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他 (自由に記載してください)	<input type="checkbox"/> 買い物、通院などの交通が不便 <input type="checkbox"/> 1人が寂しい <input type="checkbox"/> 一人暮らしへの漠然とした不安 <input type="checkbox"/> 専門的な介護を受けたい
--	---

3-8. **一人で立ち上がったり歩いたりできなくなり、排泄や入浴などに全介助が必要な状態になった場合に**あなたはどのような住まいを希望しますか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。また、自宅以外への転居を選択された人は、西ノ島町内での転居を希望しますか、それとも町外を希望しますか。右側にもチェック  を入れてください。

<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続ける (3-10. へ移動) <input type="checkbox"/> 別の賃貸住宅への転居 <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家への転居 (同居) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹など親族の家への転居 (同居) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅への転居 <input type="checkbox"/> 高齢者施設への転居 (特別養護老人ホーム和光苑等)	転居を 選択した方 →	<input type="checkbox"/> 西ノ島町内での転居 <input type="checkbox"/> 隠岐郡内での転居 <input type="checkbox"/> 本土への転居
--	-------------------	--

3-9. 上記であなたが自宅から他の場所への転居を選んだ理由、**全てにチェック**  を入れてください。

<input type="checkbox"/> 自宅の建物に不安がある (老朽化、段差など) <input type="checkbox"/> 老後は別の場所で生活したい <input type="checkbox"/> 家族と一緒に過ごしたい <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない <input type="checkbox"/> 緊急時の対応が安心 <input type="checkbox"/> 食事などの日常生活の支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他 (自由に記載してください)	<input type="checkbox"/> 買い物、通院などの交通が不便 <input type="checkbox"/> 1人が寂しい <input type="checkbox"/> 一人暮らしへの漠然とした不安 <input type="checkbox"/> 専門的な介護を受けたい
--	---

3-10. **後期高齢期 (75 歳以上) となり老衰や疾病などにより死が近づいてきた場合に**あなたはどのような住まいを希望しますか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。また、施設や病院を選択された人は、西ノ島町内、それとも町外の施設を希望しますか。右側にもチェック  を入れてください。

<input type="checkbox"/> 現在の住居に住み続けたい <input type="checkbox"/> 病院や施設に入っても現在の住居に戻りたい <input type="checkbox"/> 子ども・孫の家で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹など親族の家で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 高齢者施設で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 医療が充実した病院で最期を迎えたい	施設、病院を 選択した方 →	<input type="checkbox"/> 西ノ島町内 <input type="checkbox"/> 隠岐郡内 <input type="checkbox"/> 本土
---	----------------------	--

3-11. 上記であなたが選択した理由を自由に記入してください。



ここからは地域のコミュニティに関する事項について伺います。あなたは下記のような会・グループにどの程度参加していますか。あてはまるものひとつにチェック  を入れてください。全国統一の指標のため町内での活動がない場合には、「参加していない」にチェック  を入れてください。

4-9. ボランティアのグループにどの程度、参加していますか。
<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1～3回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 参加していない
4-10. スポーツ関係のグループやクラブにどの程度、参加していますか。
<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1～3回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 参加していない
4-11. 趣味関係のグループにどの程度、参加していますか。
<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1～3回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 参加していない
4-12. 学習・教養サークルにどの程度、参加していますか。
<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1～3回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 参加していない
4-13. 特技や経験を他者に伝える活動にどの程度、参加していますか。
<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1～3回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 参加していない

あなたの住んでいる地域について伺います。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

4-14. あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか。
<input type="checkbox"/> とても信用できる <input type="checkbox"/> まあ信用できる <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり信用できない <input type="checkbox"/> 全く信用できない
4-15. あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうと思いませんか。
<input type="checkbox"/> とてもそう思う <input type="checkbox"/> まあそう思う <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
4-16. あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか。
<input type="checkbox"/> とても愛着がある <input type="checkbox"/> まあ愛着がある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり愛着がない <input type="checkbox"/> 全く愛着がない

あなたとまわりの人の「たすけあい」について伺います。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

4-17. あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか。
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他(   ) <input type="checkbox"/> そのような人はいない
4-18. 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ますか。
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他(   ) <input type="checkbox"/> そのような人はいない
4-19. 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ますか。
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居の子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹・親戚・親・孫 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他(   ) <input type="checkbox"/> そのような人はいない

質問5 ここからはサービス付き高齢者向け住宅や特別養護老人ホームなどの高齢者施設について伺います。該当する項目にチェック  を入れてください。

5-1. 将来、あなたが独居となり、生活支援が付いたサービス付き高齢者向け住宅に転居する場合、**支払える月額費用の上限**にチェック  を入れてください。また現在、養護老人ホームに入居している人は、転居した時の支払うことができる費用の上限にチェック  を入れてください。  
費用の中には日常生活を営む費用（家賃、食費、光熱水費、介護保険の自己負担等）が含まれています。下記の費用以外に必要な費用は交際費（小遣い）のみです。

- 月 5 万円未満                       月 5 万円以上 10 万円未満                       月 10 万～15 万円未満  
 月 15 万～20 万円未満                       月 20 万円以上

5-2. 将来、あなたに介護が必要となり、24 時間型の介護がついた特別養護老人ホームに転居する場合、4 人部屋と個室のどちらを希望しますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 4 人部屋                       個室

5-3. 介護が必要になった時の住まいや看取り時の希望について家族で話し合っていますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- よく話し合っている     話し合っている     あまり話し合っていない     まったく話し合っていない

5-4. 看取り後の家財道具や現在の住居の始末について家族等と話し合っていますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- よく話し合っている     話し合っている     あまり話し合っていない     まったく話し合っていない

5-5. あなたが高齢者向け住宅や高齢者施設に転居するときに、転居に関する最終的な意思決定を誰が行いますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 自分が行う                       子や親族などが行う                       わからない

5-6. あなたの現在の状況について伺います。あなたに介護が必要となったときに家族から**介護面での支援**をうけることができますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 可能     どちらかと言えば可能     どちらともいえない     どちらかと言えば不可能     不可能

5-7. あなたの現在の状況について伺います。あなたに介護が必要となったときに家族から**経済的な支援**を受けることができますか。該当する項目ひとつにチェック  を入れてください。

- 可能     どちらかと言えば可能     どちらともいえない     どちらかと言えば不可能     不可能

5-8. さいごに西ノ島町の将来を考えたときに、どのような高齢者施設が必要と考えますか。自由にご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力をいただきありがとうございました。  
同封の封筒に入れてポストまで投函してください。