

介護予防・日常生活圏域二一ズ調査 【調査票】

町民の皆さまには、日頃から福祉行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。

本町では、3年に一度「京丹波町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の見直しを行い、高齢者福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおります。このたび、本町にお住まいの65歳以上の要介護認定者以外の方の中から無作為に選んだ1,000名の皆様を対象に、現在の心身の状況や、介護保険制度の高齢者福祉サービスに対するお考えをお聞かせいただくため、健康や日常生活に関する調査を実施いたします。調査結果は、令和6年度から実施する事業計画の策定のために、基礎資料として活用させていただきます。

なお、ご記入いただきました内容は、すべて統計的に処理し、本調査以外の目的には使用いたしません。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和5年1月

ご自身で記載いただくことが困難で、代理で記載いただける方がおられない場合は、下記までお問い合わせください。

京丹波町 健康福祉部 福祉支援課 高齢福祉係 82-1800

記入後は、同封の返信用封筒に入れて、
1月●日(●曜日)までに切手を貼らずに投函してください。

京丹波町 健康福祉部 福祉支援課 高齢福祉係

回答にかかる時間は約15分です。

★令和2年の調査では725人の方にご回答をいただきました。

★皆様のご意見が、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりに活かされています。



●調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください(1つを選択)

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

属性. あなた(あて名の方)自身についておたずねします

Q1. 居住地区(圏域)をお教えてください(1つを選択)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 丹波地区 | 2. 瑞穂地区 | 3. 和知地区 |
|---------|---------|---------|

Q2. 性別をお教えてください(1つを選択)

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

Q3. 年齢をお教えてください(1つを選択)

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| 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. 95～99 歳 | 8. 100 歳以上 |

Q4. 要介護状態区分を教えてください(1つを選択)

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 | 2. 要支援1 |
| 3. 要支援2 | 4. その他(認定なし) |

※「1. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者」に該当される方は、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」の欄に「事業対象者」と記載がある方です。

問1. あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えてください(1つを選択)

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

Q2. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか(1つを選択)

- | |
|---|
| 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) |

【Q2-1はQ2. において「1. 介護・介助は必要ない」以外を選択された方のみご回答ください。】

Q2-1. 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(複数選択可)

- | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. 脳卒中
(脳出血・脳梗塞等) | 2. 心臓病 | 3. がん(悪性新生物) |
| 4. 呼吸器の病気
(肺気腫・肺炎等) | 5. 関節の病気(リウマチ等) | 6. 認知症
(アルツハイマー病等) |
| 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 |

【Q2-2はQ2. において「3. 現在、何らかの介護を受けている」を選択された方のみご回答ください。】

Q2-2. 主にどなたの介護、介助を受けていますか(複数選択可)

- | | | |
|----------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他() | |

Q3. 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つを選択)

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

Q4. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか(1つを選択)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------|
| 1. 持家(一戸建て) | 2. 持家(集合住宅) | 3. 公営賃貸住宅 |
| 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 | | |

Q5. 今後、介護が必要になったとき、どこで生活したいですか(1つを選択)

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 病院などの医療施設 | 2. 自宅 |
| 3. 子どもの家 | 4. 兄弟姉妹など親族の家 |
| 5. 高齢者向けのケア付き住宅 | 6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 |
| 7. その他 | 8. わからない |

問2. からだを動かすことについて

Q1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか(1つを選択)

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

Q2. 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つを選択)

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

Q3. 15分位続けて歩いていますか(1つを選択)

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

Q4. 過去1年間に転んだ経験がありますか(1つを選択)

- | | | |
|----------|---------|-------|
| 1. 何度もある | 2. 1度ある | 3. ない |
|----------|---------|-------|

Q5. 転倒に対する不安は大きいですか(1つを選択)

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

Q6. 週に1回以上は外出していますか(1つを選択)

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

Q7. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか(1つを選択)

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

Q8. 外出を控えていますか(1つを選択)

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

【Q8-1はQ8.において「1. はい」(外出を控えている)を選択された方のみご回答ください。】

Q8-1. 外出を控えている理由は、次のどれですか(複数選択可)

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. 病気 | 2. 障害(脳卒中の後遺症など) |
| 3. 足腰などの痛み | 4. トイレの心配(失禁など) |
| 5. 耳の障害(聞こえの問題など) | 6. 目の障害 |
| 7. 外での楽しみがない | 8. 経済的に出られない |
| 9. 交通手段がない | 10. その他() |

Q8-2. 外出する際の移動手段は何ですか(複数選択可)

- | | | |
|----------------|------------------|----------|
| 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() | | |

【Q8-3はQ8-2.において「4. 自動車(自分で運転)」を選択された方のみご回答ください。】

Q8-3. 運転免許を返納する時期について、教えてください(1つを選択)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. ある程度の年齢になったら →(歳) | 2. 判断力が衰え、自信がなくなったら |
| 3. 体力が衰え、自信がなくなったら | 4. 家族など、誰かに指摘されたら |
| 5. 考えていない | 6. その他() |

問3. 食べることについて

Q1. 身長・体重

1. 身長 _____ cm	2. 体重 _____ kg
----------------	----------------

Q2. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q3. お茶や汁物等でむせることがありますか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q4. 口の渇きが気になりますか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q5. 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つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q6. 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください(成人の歯の総本数は親知らずを含めて32本です。)(1つを選択)

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

Q6-1. 噛み合わせは良いですか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【Q6-2はQ6. において「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」を選択された方のみご回答ください。】

Q6-2. 毎日入れ歯の手入れをしていますか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q7. 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q8. どなたかと食事をとる機会がありますか(1つを選択)

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

Q1. 物忘れが多いと感じますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q3. 今日が何月何日かわからないときがありますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q4. 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つを選択)

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

Q5. 自分で食品・日用品の買物をしていますか(1つを選択)

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

Q6. 自分で食事の用意をしていますか(1つを選択)

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

Q7. 自分で請求書の支払いをしていますか(1つを選択)

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

Q8. 自分で預貯金の出し入れをしていますか(1つを選択)

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

Q9. 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つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q10. 新聞を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q11. 本や雑誌を読んでいますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q12. 健康についての記事や番組に関心がありますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q13. 友人の家を訪ねていますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q14. 家族や友人の相談にのっていますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q15. 病人を見舞うことができますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q16. 若い人に自分から話しかけることがありますか(1つを選択)

1. はい 2. いいえ

Q17. 趣味はありますか(1つを選択)

1. 趣味あり→ それはどのようなことですか ()
2. 思いつかない

Q18. 生きがいがありますか(1つを選択)

1. 生きがいあり→ それはどのようなことですか ()
2. 思いつかない

問5. 地域での活動について

Q1. 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

※①～⑧それぞれに回答してください。

	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	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 (地域のサロン・筋トレ教室・こだまの里・にこにこクラブ・ゆうゆうの家・すこやか体操教室・月一の会・スリーエー教室など)	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

【Q1-1はQ1.の⑤介護予防のための通いの場において「6. 参加していない」以外を選択された方のみご回答ください。】

Q1-1. 通いの場における活動をしたことにより、成果や効果はありましたか(複数回答可)

- | | | |
|--------------------|--------------|----------------|
| 1. 通院回数が減った | 2. 薬を飲む量が減った | 3. 体力が向上した |
| 4. 家でも体操等をするようになった | 5. 外出の回数が増えた | 6. 気持ちが前向きになった |
| 7. 成果は感じなかった | 8. その他() | |

Q2. 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つを選択)

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

Q3. 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つを選択)

- | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|
| 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)

次のQ1～Q4の質問について、あてはまる人すべてに○をしてください。あてはまる人がいない場合は「8. そのような人はいない」に○をつけてください。

Q1. あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(複数選択可)

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

Q2. 反対に、あなたが心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人(複数選択可)

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

Q3. 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(複数選択可)

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

Q4. 反対に、看病や世話をしあける人(複数選択可)

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	

Q5. 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(複数選択可)

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. 地域包括支援センター・役場	6. その他
7. そのような人はいない		

Q6. 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか(1つを選択)

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	

Q7. この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか。同じ人には何度会っても1人と数えることとします。(1つを選択)

1. 0人(いない)	2. 1~2人	3. 3~5人	4. 6~9人	5. 10人以上
------------	---------	---------	---------	----------

Q8. よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(複数選択可)

1. 近所・同じ地域の人	2. 幼なじみ	3. 学生時代の友人
4. 仕事での同僚・元同僚	5. 趣味や関心が同じ友人	
6. ボランティア等の活動での友人	7. その他	8. いない

問7. 健康について

Q1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか(1つを選択)

1. とてもよい	2. まあよい	3. あまりよくない	4. よくない
----------	---------	------------	---------

Q2. あなたは、現在どの程度幸せですか(点数を1つ選択)

(「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点	

Q3. 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つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q4. この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか(1つを選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

Q5. お酒は飲みますか(1つを選択)

- | | | | |
|-----------|---------|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 2. 時々飲む | 3. ほとんど飲まない | 4. もともと飲まない |
|-----------|---------|-------------|-------------|

Q6. タバコは吸っていますか(1つを選択)

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

Q7. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(複数選択可)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 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() | |

Q8. 最近聴力検査(健康診断を含む)を受けたことはありますか(1つを選択)

- | | | | |
|---------|-----------|---------|---------------|
| 1. 1年以内 | 2. 2～3年以内 | 3. 5年以内 | 4. 5年以上受けていない |
|---------|-----------|---------|---------------|

Q9. 聞こえに関して日常生活で経験があることはありますか(複数選択可)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 騒がしい場所での会話が聞き取りづらい |
| 2. ボソボソ話す人の声がわからない |
| 3. 内容が聞き取りづらいため、テレビのボリュームを上げてしまう |
| 4. 会話の中で聞き返すことが増えたと感じる |
| 5. きちんと聞き取れなく、曖昧な返事をすることがある |
| 6. 電話での会話が聞き取りづらい |
| 7. テレビを見ていると、家族や周囲の人にうるさいといわれる |
| 8. これらの経験はない |

Q10. 将来、耳が聞こえにくくなった場合、補聴器を使用したいと考えますか(1つを選択)

- | | | |
|-------------|--------------|------------|
| 1. 補聴器を使用する | 2. 補聴器を使用しない | 3. 既に使っている |
|-------------|--------------|------------|

【Q10-1はQ10. において「2. 補聴器を使用しない」を選択された方のみご回答ください。】

Q10-1. 補聴器を使用しない理由を教えてください(複数選択可)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 装用しても元の聞こえに戻らない | 2. 難聴がそれほどひどくない |
| 3. 補聴器を購入する経済的余裕がない | 4. 補聴器は、騒音下では役に立たない |
| 5. その他() | |

Q11. あなたは、この2年間の新型コロナウイルス感染症の影響により、精神的、身体的な変化はありましたか(1つを選択)

- | | | | |
|--------|--------------|-------|----------|
| 1. あった | 2. どちらともいえない | 3. ない | 4. わからない |
|--------|--------------|-------|----------|

問8. 認知症に係る相談窓口の把握について

Q1. 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つを選択)

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

Q2. 認知症に関する相談窓口を知っていますか(1つを選択)

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

※京丹波町では、京丹波町地域包括支援センターが相談窓口となっているほか、町内の介護サービス提供事業所等においても、ご相談いただけます。

Q3. あなたは、認知症に対してどのような点に不安を感じますか(複数選択可)

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. 収入の低下や介護費用など経済的な不安 | 2. 記憶力の低下や物忘れへの不安 |
| 3. 契約や財産管理ができなくなることへの不安 | 4. 判断力の低下への不安 |
| 5. 運動能力の低下やけがなどへの不安 | 6. 怒りっぽくなるなど情緒の変化への不安 |
| 7. 深夜の徘徊などへの不安 | 8. 自己の喪失への不安 |
| 9. 介護や介助をしてくれる人への負担 | 10. 地域や知人との付き合いの変化 |
| 11. その他() | 12. 不安に思うことはない |

問9. 本町の高齢者福祉施策について

介護保険サービスを利用された場合の利用者負担は、介護サービスにかかった費用の1割、2割または3割ですが、その残り(9割から7割)は、皆様にご負担いただいている介護保険料や国または京都府等からの公費でまかなっています。そこで、サービスと保険料のバランスについてのお考えをお聞きします。

Q1. 京丹波町が今後行う介護保険サービスの整備について、どのようなあり方が望ましいと思いますか(1つを選択)

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 施設が充実するなら、保険料が高くなるのは仕方ない |
| 2. 在宅サービスが充実するなら、保険料が高くなるのは仕方ない |
| 3. 保険料が高くなるのは困るので、施設の数最低限にとどめるべき |
| 4. 保険料が高くなっても、在宅・施設両方のサービスを充実すべき |
| 5. 保険料が高くならないよう、在宅・施設両方のサービスを極力増やさない |

Q2. 高齢者福祉について、今後どのような施策の拡充が重要とお考えですか(3つまで選択可)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 健康づくり対策の充実2. 認知症対策の充実3. 介護予防対策の推進(転倒予防教室や筋力向上、口腔ケアなど)4. 寝たきり予防の充実5. ボランティア活動のための場の確保6. 高齢者を地域で見守るなどの住民による助け合い活動の取り組み7. 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん8. 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実9. 世代間交流の場づくり10. 在宅サービスの充実11. 施設サービスの充実12. 身近で「通い」や「泊まり」などのサービスが受けられる施設の充実13. 高齢者向け住宅の普及14. 移動手段の充実15. 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり16. その他(具体的に:) |
|--|

【自由意見欄】

介護保険制度をはじめとする高齢者福祉施策全般について、何か感じられていることがあればお聞かせください。

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。