

は し め に

皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

日頃から新居浜市介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本市では、高齢者の方がいつまでも尊厳をもって、住み慣れた地域で生き生きと安心して暮らせる社会を実現するため、3年に一度「新居浜市高齢者福祉計画(介護保険事業計画)」を策定しています。

今回の日常生活圏域ニーズ調査は、平成24年度からの新居浜市高齢者福祉計画2012兼第5期介護保険事業計画の策定に向け、「どこに、」「どのような支援を必要としている方が、」「どの程度生活されているのか。」を把握するために行うもので、厚生労働省が示しました日常生活圏域ニーズ調査に準拠した調査項目で実施するものです。

収集した個人情報をご回答者様にとって大切な個人情報であるという認識にたち、新居浜市個人情報保護条例に基づく適正な取扱いを行いますので、ご同意の上、アンケートにご回答くださるようお願い申し上げます。

平成23年6月

新居浜市長 佐々木 龍

記入に際してのお願い

- この調査の対象者は、平成23年6月1日現在、65歳以上の方で無作為に抽出した4,800人となっています。
- ご回答にあたっては表紙ラベルのあて名のご本人についてお答えいただきますが、ご家族の方がご本人の代わりに回答されたり、ご一緒に回答されてもかまいません。
- この調査で使う用語の意味は、以下の通りです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、
認定を受けていない場合でも、常時ご家族などの援助を受けている状態
介助…ご自分の意思により、一時的に他人に援助を頼んでいる状態
- この調査についてのお問い合わせは下記までお願いいたします。
- 調査票記入後は、同封の返信用封筒に入れてお送りください。

記入例

ご回答にあたっては質問をよくお読みいただき、該当する番号を○で囲んでください。

① はい 2. いいえ

数字を記入する欄は右詰めでご記入ください。

kg

■問い合わせ先

新居浜市福祉部介護福祉課、地域包括支援センター
電話：65-1241、65-1245

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

問1 あなたのご家族や生活状況について

1 家族構成をお教えてください。



☝1つだけ、数字を○で
囲んでください

1. 一人暮らし **2** へ
2. 家族などと同居 **1-1** **1-2** へ
(二世帯住宅を含む)
3. その他 (施設入居など) **2** へ

1 で、**2** と答えられた方 (家族などと同居されている方) のみ、お答えください。

1-1 ご自分を含めて何人で暮らしていますか。

 人

☝数字をご記入ください

また、同居されている方はどなたですか。(いくつでも)

- | | | |
|------------------------|-------|----------|
| 1. 配偶者 (夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者
(息子の妻・娘の夫) | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| | | 7. その他 |

1-2 日中、一人になることがありますか。(☝1つだけ)

- | | | |
|---------|----------|-------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ない |
|---------|----------|-------|

2 あなたは、普段の生活の中でどなたかの介護・介助が必要ですか。(☝1つだけ)

1. 介護・介助は必要ない 4ページの **3** へ
2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない 4ページの **2-1** へ
3. 現在、何らかの介護・介助を受けている 4ページの **2-1** **2-2** **2-3** へ
(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)



☝数字に○をしてください

2で、**②**、または**③**と答えた方（介護・介助が必要な方）のみ、お答えください。

2-1 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。（いくつでも）

- | | | |
|------------------------|---------------------|-----------------------|
| 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. 視覚・聴覚障害 |
| 10. 骨折・転倒 | 11. 脊椎損傷 | 12. 高齢による衰弱 |
| 13. その他（
） | 14. 不明 | |

2で、**③**と答えた方（介護・介助を受けている方）のみ、お答えください。

2-2 “主に” どなたの介護・介助を受けていますか。1つだけ選択してください。☞

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

2-3 “主に” 介護・介助している方の年齢は、次のどれですか。（☞1つだけ）

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|----------|
| 1. 65歳未満 | 2. 65～74歳 | 3. 75～84歳 | 4. 85歳以上 |
|----------|-----------|-----------|----------|

3 年金の種類は次のどれですか。（☞1つだけ）

- | | | |
|---------|-----------------|-----------------|
| 1. 国民年金 | 2. 厚生年金（企業年金あり） | 3. 厚生年金（企業年金なし） |
| 4. 共済年金 | 5. 無年金 | 6. その他 |

4 現在、収入のある仕事をしていますか。

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

5 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つだけ）

- | | | | |
|--------|----------|-------------|-----------|
| 1. 苦しい | 2. やや苦しい | 3. ややゆとりがある | 4. ゆとりがある |
|--------|----------|-------------|-----------|

6 お住まいは一戸建て、
または集合住宅のどちらですか。
(☝1つだけ数字を○で囲んでください)

1. 一戸建て
2. 集合住宅

7 お住まいは、次のどれにあたりますか。(☝1つだけ)

1. 持家
2. 民間賃貸住宅
3. 公営賃貸住宅 (市・県営、都市機構、公社など)
4. 借間
5. その他

8 お住まい (主に生活する部屋) は2階以上にありますか。



数字に○をしてください

1. はい ⇨ **8-1**へ
2. いいえ ⇨ **問2**へ

8 で、**①** と答えた方 (2階以上の方) のみお答えください。

8-1 お住まいにエレベーターは設置されていますか。

1. はい
2. いいえ

要介護認定を受けている方で介護度が3以上 (3~5) に該当する方は、
14ページ目の **問10** にお進みください。
それ以外の方は引き続き全ての設問にお答えください。

問2 運動・閉じこもりについて

1 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。

1. はい
2. いいえ

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. はい
2. いいえ

3 15分位続けて歩いていますか。

1. はい
2. いいえ

4 5m以上歩けますか。

1. はい
2. いいえ

5 週に1回以上は外出していますか。

1. はい
2. いいえ

6 昨年と比べて
外出の回数が減っていますか。

1. はい
(減っている)
2. いいえ
(減っていない)

7 外出を控えていますか。

数字に〇をしてください

1. はい (控えている) ⇨ **7-1** へ2. いいえ (控えていない) ⇨ **8** へ**7** で、**①** と答えた方 (外出を控えている方) のみ、お答えください。**7-1** 外出を控えている理由は、次のどれですか。(いくつでも)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 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. その他 () | |

8 買物・散歩で外出する頻度はどのくらいですか。(それぞれ1つ)

①買物 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満
(しないを含む)

②散歩 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満
(しないを含む)

9 外出する際の移動手段はなんですか。(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 () | | |


問3 転倒予防について

007

1	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい	2. いいえ
2	転倒に対する不安は大きいですか。	1. はい	2. いいえ
3	背中が丸くなってきましたか。	1. はい	2. いいえ
4	以前と比べて 歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい	2. いいえ
5	杖を使っていますか。	1. はい	2. いいえ

問4 口腔・栄養について

1	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい	2. いいえ						
2	身長・体重を教えてください。								
	身長 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> cm				体重 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> kg				数字をご記入ください (小数点以下は省略)
	百の位 十の位 一の位	百の位 十の位 一の位							
3	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						
4	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						
5	口の渇きが気になりますか。	1. はい	2. いいえ						
6	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						
7	定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか。	1. はい	2. いいえ						

8	入れ歯（部分入れ歯を含む）を使用していますか。	1. はい ⇨ 8-1 8-2 へ
	 数字に0をしてください	2. いいえ ⇨ 8ページの 問5 へ

8 で、 ① と答えの方（入れ歯をご使用の方）のみ、お答えください			
8-1	噛み合わせは良いですか。	1. はい	2. いいえ
8-2	毎日入れ歯の手入れをしていますか。	1. はい	2. いいえ

問5 物忘れについて

0	0	8
---	---	---

1	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか。	1. はい	2. いいえ
2	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. はい	2. いいえ
3	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい	2. いいえ
4	5分前のことが思い出せますか。	1. はい	2. いいえ
5	その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか。（☑1つだけ）	1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる 3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない	
6	人に自分の考えをうまく伝えられますか。（☑1つだけ）	1. 伝えられる 2. いくらか困難であるが、伝えられる 3. あまり伝えられない 4. ほとんど伝えられない	

問6 日常生活について

1	バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）。	（☑1つだけ）		
	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	
2	日用品の買物をしていますか。	（☑1つだけ）		
	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	
3	自分で食事の用意をしていますか。	（☑1つだけ）		
	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	請求書の支払いをしていますか。	（☑1つだけ）		
	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	
5	預貯金の出し入れをしていますか。	（☑1つだけ）		
	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	食事は自分で食べられますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 一部介助があればできる (おかずを切ってもらうなど)	3. できない
7	寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか。	(☺1つだけ)
	1. 受けない 2. 一部介助があればできる	3. 全面的な 介助が必要
8	座っていることができますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 支えが必要	3. できない
9	自分で洗面や歯磨きができますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 一部介助があればできる	3. できない
10	自分でトイレができますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 一部介助があればできる (他人に支えてもらうなど)	3. できない
11	自分で入浴ができますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 一部介助があればできる (他人に支えてもらうなど)	3. できない
12	50m以上歩けますか。(杖使用可)	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 一部介助があればできる (他人に支えてもらうなど)	3. できない
13	階段を昇り降りできますか。(手すり使用可)	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 介助があればできる	3. できない
14	自分で着替えができますか。	(☺1つだけ)
	1. できる 2. 介助があればできる	3. できない
15	大便の失敗がありますか。	(☺1つだけ)
	1. ない 2. ときどきある	3. よくある
16	尿もれや尿失禁がありますか。	(☺1つだけ)
	1. ない 2. ときどきある	3. よくある
17	家事全般ができていますか。	(☺1つだけ)
	1. できている 2. できていない	

問7 社会参加について

0 | 1 | 0

1	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
2	新聞を読んでいますか。	1. はい	2. いいえ
3	本や雑誌を読んでいますか。	1. はい	2. いいえ
4	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
5	友人・知人の家を訪ねていますか。	1. はい	2. いいえ
6	家族や友人の相談にのっていますか。	1. はい	2. いいえ
7	何かあったときに、家族や友人・知人などに相談をしていますか。	1. はい	2. いいえ

数字に○をしてください

1. はい ⇨ **7-1** へ

2. いいえ ⇨ **8** へ

7-1 (**7** で、**①** と答えた方のみ) 相談相手を教えてください。(いくつでも)

- | | | |
|------------------------|-------------|----------------|
| 1. 配偶者(夫・妻) | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者
(息子の妻・娘の夫) | 5. 兄弟・姉妹 | 6. 友人・知人 |
| 7. 医師・歯科医師・
看護師 | 8. 民生委員 | 9. 自治会・町内会 |
| 10. 老人クラブ | 11. 社会福祉協議会 | 12. 地域包括支援センター |
| 13. ケアマネージャー | 14. 役所・役場 | 15. その他 () |

8	病人を見舞うことができますか。	1. はい	2. いいえ
9	若い人に自分から話しかけることがありますか。	1. はい	2. いいえ
10	趣味はありますか。	1. はい	2. いいえ
11	生きがいはありますか。	1. はい	2. いいえ

12	地域活動等に参加していますか。(いくつでも)		
1. 祭り・行事	2. 自治会・町内会	3. サークル・自主グループ (住民グループ)	
4. 老人クラブ	5. ボランティア活動		
6. その他 ()	7. 参加していない		

問8 健康について

0 1 1

1 普段、ご自分で健康だと思いますか。(☺1つだけ、数字を○で囲んでください)

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

2 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(いくつでも)

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

3 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか。(☺1つだけ)

1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類
5. 5種類以上 6. 飲んでいない

4 現在、病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか。



数字に○を
してください

1. はい ⇨ **4-1** **4-2** へ

2. いいえ ⇨ 12ページの **5** へ

4 で、**①** と答えた方(通院している方)のみ、お答えください。

4-1 その頻度は次のどれですか?(☺1つだけ)

1. 週1回以上 2. 月2~3回 3. 月1回程度
4. 2ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度

4-2 通院に介助が必要ですか。

1. はい 2. いいえ

5 以下の在宅サービスを利用していますか。(いくつでも)

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. 訪問診療 (医師の訪問) | 2. 訪問介護 |
| 3. 夜間対応型訪問介護 | 4. 訪問入浴介護 |
| 5. 訪問看護 | 6. 訪問リハビリテーション |
| 7. 通所介護 (デイサービス) | 8. 認知症対応型通所介護 |
| 9. 通所リハビリテーション
(デイケア) | 10. 小規模多機能型居宅介護 |
| 11. 短期入所 (ショートステイ) | 12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導
(居宅療養管理指導) |
| 13. その他 () | 14. どれも利用していない |

6 お酒は飲みますか。(☺1つだけ)

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

7 タバコは吸っていますか。(☺1つだけ)

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

8 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。

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

9 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが
楽しめなくなった。

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

10 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、
今ではおっくうに感じられる。

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

11 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。

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

12 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。

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

1 仕事をしている方は現在の仕事をやめたあと、
 仕事をしていない方は今後どのようにしたいと思いますか。(☞1つだけ)

- 仕事をしたい
- 1. どこかの職場へ勤めたい
 - 2. 現役時代の知識・技術を生かして事業をはじめたい
 - 3. シルバー人材センターなどを通じて働きたい
 - 4. 子どもまたは後継者の仕事の指導や手伝いをしたい

- 仕事はしない
- 5. 趣味の活動、地域活動にかかわりたい
 - 6. ボランティア活動をしたい
 - 7. 特に何もしないで、家でゆっくりとしたい
 - 8. その他 ()
 - 9. まだ決められない・わからない

2 どのようなことに生きがいを感じていますか。(○はいくつでも)

- 1. 働くこと
- 2. 家族との団らん
- 3. 子・孫の成長
- 4. 親戚づきあい
- 5. 友人・隣人との交際
- 6. 学習活動
- 7. 趣味・娯楽
- 8. スポーツ活動
- 9. 外出・旅行
- 10. ボランティア活動
- 11. その他 ()
- 12. 特にない

問10 お住まい等について

0 1 4

1 お住まいのご近所
(あて名のご本人が気軽に行ける範囲)には、
食材・日用品等の買物ができるお店が
ありますか。

1. はい ⇨ **2** へ

2. いいえ ⇨ **1-1** へ

1 で、**②** と答えた方(買物ができるお店がない方)のみ、お答えください。

1-1 買物は主にどのようにされていますか。(☞1つだけ)

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| 1. 市内のお店で主に購入 | 2. 近隣市のお店で主に購入 |
| 3. 移動スーパー(車での訪問販売)で主に購入 | |
| 4. 宅配サービスで主に購入 | 5. 家族等にたのんでいる |
| 6. ヘルパー等にたのんでいる | 7. 家族が連れていってくれる |
| 8. その他 ⇒ () | |

2 お住まいの地域の避難場所をご存知ですか。(☞1つだけ)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問11 交流、見守り、支え合いについて

1 付近近所の人とどの程度の付き合いをしていますか。(☞1つだけ)

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1. お互いに訪問しあう人がいる | } 1-1 へ |
| 2. 立ち話をする程度の人がある | |
| 3. あいさつをする程度の人がある | |
| 4. つきあいはない | } 15ページの
2 へ |
| 5. その他 ⇒ () | |

1 で、1. から 3. を選んだ方のみ、お答えください。

1-1 付近近所の人と、どのくらいの頻度であいさつや話をしますか。(☞1つだけ)

- | | | |
|--------------|-----------|-----------|
| 1. ほぼ毎日 | 2. 週に2~3回 | 3. 週に1回程度 |
| 4. 月に2~3回 | 5. 月に1回程度 | 6. 年に数回程度 |
| 7. その他 ⇒ () | | |

2 民生委員や地域の方々の支え合い活動における個人情報（プライバシー）保護について、あなたのご意見をお答えください。（☑1つだけ）

1. 自分の健康や生活状態の情報は、
民生委員や地域の方々の支え合い活動のためであっても、知られたくない。
2. 自分にもしものことがあった時は、民生委員や近所の方に助けてもらいたいのので、一定の情報を知っておいてもらってもよい。
3. 自分にもしものことがあった時は、民生委員や近所の方に助けてもらいたいのので、一定の情報はぜひ知っておいてもらいたい。
4. その他 ⇒ ()

3 民生委員や地域の方々の支え合い活動について、あなたのご意見をお答え下さい。（☑1つだけ）

1. 自分のことは、自分で気をつけているので助けてもらう必要はない。
2. 自分のことは、家族が気にかけてくれるので助けてもらう必要はない。
3. 自分にもしものことがあった時は、民生委員や地域の方々に助けてもらいたい。
4. 孤独感の解消や安否確認のため、民生委員や地域の方々に見守りをお願いしたい。
5. その他 ⇒ ()

問12 介護保険制度等について

1 高齢者が安心して暮らせるための介護保険制度ですが、今後、施設を整備したり、介護サービスを利用する人が増えたり、サービスの内容をより充実させたりすると、介護保険料の額は高くなる仕組みになっています。このことを踏まえたうえで、介護保険のあり方について、あなたの考え方に最も近いものを選んでください。（☑1つだけ）

1. 介護保険料の額が高くなっても、介護サービスの内容をより充実すべきである
2. 介護保険料が高くなりすぎないように、
介護サービスの内容や自己負担のあり方を見直し、費用を抑制すべきである
3. よく分からない
4. その他 ⇒ (具体的に：)

2 平成18年度より、高齢者の保健・福祉・医療の向上のために必要な援助を行ったり、相談に応じる『地域包括支援センター』が市役所内に設置されていますがご存知ですか。
(☺1つだけ)

1. 知っている ⇨ **2-1** へ

2. 知らない ⇨ **3** へ

2 で、**①** と答えた方のみお答えください。

2-1 地域包括支援センターには、地域における相談の窓口として協力機関（ランチ）が市内9か所にあります。お近くのランチをご存知ですか。
(☺1つだけ)

1. 知っている

2. 知らない

3 高齢者が暮らしやすくなるために、行政に対して今後どのようなことに力を入れてほしいとお考えですか。(○は3つまで)

1. 健康づくり・介護予防などの充実
2. 医療の充実
3. 介護保険サービス以外の在宅福祉サービスの充実
4. 介護保険制度の居宅介護サービス（訪問介護・通所介護など）の充実
5. 介護保険制度の施設サービス（特別養護老人ホーム・老人保健施設など）の充実
6. 介護についての相談体制の充実
7. 雇用機会の拡大
8. 高齢者に配慮した住環境の整備
9. 高齢者に配慮した道路・施設などの整備
10. 生きがい活動（スポーツ、文化活動、地域活動など）への支援
11. 地域住民相互の支えあい（地域の見守り体制の構築）
12. その他 ⇒ ()

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、送付されたもの全て（表紙も含みます）を折りたたまずに、同封した返信用封筒に切手を貼らずに投函してください。