



長久手市 高齢者くらしのチェックリスト

ご協力をお願い

日頃は、本市行政の推進にご協力をたまり、厚くお礼申し上げます。

長久手市では、令和8年度に「第10期高齢者福祉・介護保険事業計画」の策定をします。これに先立ち、市民のみなさまから現在の生活の状況、介護保険サービス利用の状況と今後の希望、介護者の状況等についてのアンケート調査を「長久手市高齢者くらしのチェックリスト」として、厚生労働省の手引きに基づき実施させていただきます。

お忙しいところお手数をおかけしますが、本市における今後の介護サービスの在り方等を検討するための基礎資料として活用させていただきたいと思いますので、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

この調査は市内にお住まいの65歳以上の要介護認定を受けられた方にご協力をお願いするものです。回答は、すべて統計的に処理するため、個人にご迷惑をおかけすることはありませんので、率直なご意見をお聞かせください。

なお、個人情報の取扱いについては、2ページに記載したとおり、適切に管理させていただきます。

令和7年●月

長久手市長 佐藤 有美

【インターネット回答について】

◇本調査は、インターネットでも回答できます。パソコン、スマートフォン、タブレットのいずれかを用いて、次のURLまたは二次元バーコードからアクセスし、画面の案内に従って下記のID、パスワードを入力し、質問項目にお答えください。

(URL) . . .

Web回答用ID、パスワード
(シール貼り想定)

二次元
コード

<調査票の回収について>

ご記入いただきました調査票は、令和7年●月●日(●)までに
同封の返信用封筒に入れてポストに投函してください。(切手は不要です)

<記入時のお願い>

◇問1～問27については、封筒のあて名のご本人がお答えください。

また、問28～問37については、主に介護している方がお答えください。

◇何らかの事情でご本人が記入できない場合は、ご家族の方などで、ご本人の意思を尊重して代わってご回答いただくようお願いいたします。

◇令和7年●月●日現在の内容でご記入ください。

◇お答えは、選択肢のあてはまる番号に、指定の数だけ○をつけてください。

◇お答えが「その他」にあてはまる場合は、（ ）内に具体的にご記入ください。

◇「長久手市 高齢者くらしのチェックリスト」について、わからない点や質問等がありましたら、下記までお問い合わせください。

<本調査に関するお問い合わせ先>

長久手市役所 福祉部 長寿課 担当：右田

TEL：0561-56-0613 FAX：0561-63-2940

個人情報の取扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりです。なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なしますので、ご了承くださいますようお願いいたします。

【個人情報の保護および活用目的について】

- ・この調査は、長久手市における今後の介護サービスの在り方等を検討する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、本市による本計画策定の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、本市で適切に管理いたします。
- ・ただし、本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データベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

◇ 対象者（あて名の方）がなんらかの事情により調査できない場合には、下の枠内のいずれかに○をつけて返送してください。

- | | |
|--------|--------------------------------|
| 1. 入院中 | 2. 転居 |
| 3. 死亡 | 4. その他（ ） |

◆ 調査票を記入されたのはどなたですか。（○は1つだけ）

- | |
|------------------------------------|
| 1. 調査対象者本人 |
| 2. 主な介護者となっている家族・親族（あて名のご本人から見た場合） |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 |
| 4. その他（ ） |

委員のみなさまへ

グレー網掛けの設問については、厚労省の標準設問のため、協議の対象外です。

今回の協議会では、網掛け以外の設問（＝独自設問）について、ご意見をお伺いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

あなたのご家族や生活の状況についておたずねします。

問1 世帯類型について、ご回答ください。（○は1つだけ）

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 単身世帯 ⇒ 問3へお進みください | 2. 夫婦のみ世帯 ⇒ 問3へお進みください |
| 3. その他 | |

問2 <問1で「3. その他」と答えた方におたずねします>

本人を含めて同居している人数を教えてください。また、同居している人はどなたですか。（ご本人を含んだ人数を記入して、あてはまるものすべてに○）

同居人数：（ ）人

【同居している人】

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

問3 日中、一人になることがありますか。（○は1つだけ）

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

問4 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。（○は1つだけ）

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

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. 高齢者向け住宅（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）	
8. その他（ ）	

1. 利用した 2. 利用していない ⇒ 問8へお進みください

サービス名	改善してほしいことの具体的な内容

4

問8 <問6で「2. 利用していない」と答え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理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 現状では、サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護するため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他（ ）

問9 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。

(○は1つだけ)

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

1. 入所・入居は検討していない ⇒ 問13へお進みください
2. 入所・入居を検討している ⇒ 問10、問12へお進みください
3. すでに入所・入居申し込みをしている ⇒ 問11、問12へお進みください

問10 <問9で「2. 入所・入居を検討している」と答えた方におたずねします>

入所・入居したい施設の種類は何ですか。（○は1つだけ）

1. 特別養護老人ホーム
2. 老人保健施設
3. グループホーム
4. 有料老人ホーム
5. その他（ ）

⇒ 回答後は問12へお進みください

問11 <問9で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」と答えた方におたずねします>問11-1～問11-2までお答えください。

問11-1 入所・入居の申し込みをしている施設の種類の種類は何ですか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------|------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 老人保健施設 |
| 3. グループホーム | 4. 有料老人ホーム |
| 5. その他 (|) |

問11-2 入所・入居の申し込みをしている施設の待機時間はどれくらいですか。
(○は1つだけ)

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. 6か月未満 | 2. 6か月以上1年未満 |
| 3. 1年以上2年未満 | 4. 2年以上3年未満 |
| 5. 3年以上 | |

⇒ 回答後は問12へお進みください

問12 <問9で「2. 」または「3. 」と答えた方におたずねします>
問12-1～問12-2までお答えください。

問12-1 入りたい時期はいつですか。(○は1つだけ)

- | | | |
|-----------------------------------|----------|---------|
| 1. 今すぐ | 2. 6か月以内 | 3. 1年以内 |
| 4. 当面は希望しないが、とりあえず申し込んでいる(検討している) | | |

問12-2 入所・入居の申し込みをしている(検討している)理由は何ですか。(○は1つだけ)

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. 自宅で介護できる家族がいらないから | |
| 2. 24時間の介護が必要だから | |
| 3. 家族の介護負担が大きいから | |
| 4. 家族に面倒をかけたくないから | |
| 5. 同じような境遇の人と一緒に、安心して暮らせるから | |
| 6. 住居の都合(段差がある、手すりがない等)で生活が困難だから | |
| 7. 専門的な介護(医療、認知症等)が必要だから | |
| 8. その他 (|) |

⇒ 回答後は問14へお進みください

問13 **<問9で「1. 入所・入居は検討していない」と答えた方におたずねします>**
入所・入居を考えていない理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 家族の介護を受けるから
2. 施設を利用するほどの状態ではないから
3. 利用料を支払うのが困難だから
4. どんな施設に入ったよいかわからないから
5. 施設に入ることに抵抗があるから
6. 家族や身内などに理解が得られないから
7. 申し込んでも入ることができないから
8. その他（ ）

問14 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。（○はいくつでも）

※1：ここでいう「『介護保険サービス以外』の支援・サービス」とは、介護保険負担割合証の提示を求められないサービスです。

※2：総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場 | 10. その他（ ） |
| 11. 利用していない | |

問15 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください。（○はいくつでも）

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場 | 10. その他（ ） |
| 11. 特になし | |

将来の生活の希望についておたずねします。

問16 これからの介護について、どのようにしたいとお考えですか。（○は1つだけ）

1. 自宅で、家族に介護をしてもらいたい
2. 自宅で、介護サービス等を利用しながら介護をしてもらいたい
3. 専門職が多く比較的安い、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の施設に入りたい
4. 費用が高くても、環境や設備の良い有料老人ホーム等で介護を受けたい
5. 環境や設備にはこだわらないので、安い有料老人ホーム等で介護を受けたい
6. 病院に入院したい※
7. その他（ ）
8. 特にない

※病院などの医療機関は、病気の治療を目的に入院するところであるため、介護を目的として入院することはできません。

問17 あなたが住み慣れた地域で暮らし続けるために、最も充実すべきことは何だと思いますか。（○は1つだけ）

1. 在宅医療を充実する（医師や看護師の訪問体制の整備）
2. 介護サービスを充実する（訪問介護など在宅サービスや24時間対応のサービスの充実）
3. 医療と介護の連携を強化する
4. 介護が必要な状態とならないための取組や自立を支援する介護の推進（介護予防の推進）
5. 見守り・配食・買い物など生活支援サービスの充実と権利擁護の確立（生活支援の充実）
6. 高齢期・要介護状態になっても住み続けることのできる住まいの整備
7. 相談窓口の充実
8. その他（ ）

認知症についておたずねします。

問18 以下の質問にお答えください。（それぞれ○は1つだけ）

項 目	思う	どちらかというと思う	どちらかというと思わない	思わない
① 認知症は誰もがなり得ると思いますか	1	2	3	4
② 認知症になったら何もわからなくなると思いますか	1	2	3	4
③ 認知症になったら何もできなくなると思いますか	1	2	3	4
④ あなたの周りの人は、「認知症」に関して正しく理解していると思いますか	1	2	3	4
⑤ あなたが暮らす地域では、地域生活の様々な場面において、認知症の人の意思が尊重されていると思いますか	1	2	3	4
⑥ 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良くと思いますか	1	2	3	4
⑦ あなたが暮らす地域では、認知症の人が自分らしく暮らせると思いますか	1	2	3	4

問19 「新しい認知症観※」を知っていますか。（○は1つだけ）

※新しい認知症観：認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方

1. 知っている	2. 名前は聞いたことがある
3. 知らない	

問20 あなたが、認知症について知りたいことはどんなことですか。（○はいくつでも）

1. 認知症の原因となる病気や症状 2. 認知症予防に関する取組 3. 認知症の人に対する接し方やケア（介護）の方法 4. 認知症に関する相談窓口 5. 認知症の人が在宅で利用できるサービス 6. 認知症の人が入所できる施設やグループホーム等 7. その他（ ）

問21 あなたがもし認知症になったら、どのように生活したいと考えますか。
(○は1つだけ)

1. 家族や親族だけで、できる限り自宅で生活したい
2. 家族・親族を中心に地域の人との協力も得ながら、できる限り自宅で生活したい
3. 介護サービスも利用しながら、できる限り自宅で生活したい
4. 病院に入院したい
5. 特別養護老人ホームやグループホームなどの施設に入所したい
6. その他 ()

問22 認知症カフェ※があれば、利用してみたいと思いますか。(○は1つだけ)

※認知症カフェ：認知症の方やその家族、地域住民、介護や福祉の専門家等が気軽に集い、情報交換や相談などができる場所

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. すでに利用したことがある | } ⇒ 問24へお進みください |
| 2. 利用したい | |
| 3. 利用したくない | |
| 4. わからない | |

問23 <問22で「1.」または「2.」と答えた方におたずねします>

認知症カフェ等にどのような手段で参加しますか。(○は1つだけ)

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. 自分で行く(徒歩、自転車等) | 2. 家族に送迎してもらう |
| 3. 家族以外(友人等)に送迎してもらう | 4. 介護サービスを利用する |
| 5. 公共交通手段を利用する | 6. その他 () |
| 7. 参加する手段がない | |

健康についておたずねします。

問24 あなたの現在の幸福度はどの程度ですか。「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。（○は1つだけ）

0点	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10点
とても 不幸										とても 幸せ

問25 ご本人（認定調査対象者）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。（○はいくつでも）

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中） | 2. 心疾患（心臓病） |
| 3. 悪性新生物（がん） | 4. 呼吸器疾患 |
| 5. 腎疾患（透析） | 6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等） |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 8. 変形性関節疾患 |
| 9. 認知症 | 10. パーキンソン病 |
| 11. 難病（パーキンソン病を除く） | |
| 12. 糖尿病 | 13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） |
| 14. その他（ | ） |
| 15. なし | 16. わからない |

問26 ご本人（認定調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか。（○は1つだけ）

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

問27 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）。（○は1つだけ）

- | |
|----------------------------|
| 1. ない ⇒ 最終ページの自由意見へお進みください |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない |
| 3. 週に1～2日ある |
| 4. 週に3～4日ある |
| 5. ほぼ毎日ある |

問32 ご家族やご親族の中で、ご本人（認定調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）。（○は1つだけ）

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

1. 主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）
2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）
3. 主な介護者が転職した
4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した
5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない
6. わからない

問33 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。（○は1つだけ）

1. フルタイムで働いている
2. パートタイムで働いている
3. 働いていない ⇒ 問35へお進みください
4. 主な介護者に確認しないと、わからない ⇒ 問35へお進みください

問34 <問33で「1.」、「2.」と答えた方におたずねします>

問34-1～問34-3までお答えください。

問34-1 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていいますか。（○はいくつでも）

1. 特に行っていない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. 主な介護者に確認しないと、わからない

問34－2 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか。（○は3つまで）

1. 自営業・フリーランス等のため、勤め先はない
2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり
4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）
6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他（）
10. 特にない
11. 主な介護者に確認しないと、わからない

問34－3 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。
（○は1つだけ）

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 2. 問題はあるが、何とか続けていける |
| 3. 続けていくのは、やや難しい | 4. 続けていくのは、かなり難しい |
| 5. 主な介護者に確認しないと、わからない | |

問35 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）。（○は3つまで）

【身体介護】

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 4. 入浴・洗身 |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 |
| 9. 服薬 | 10. 認知症状への対応 |
| 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ 等） | |

【生活援助】

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 12. 食事の準備（調理等） | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | |

【その他】

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 15. その他（ | ） |
| 16. 不安に感じていることは、特にな | 17. 主な介護者に確認しないと、わからない |

問36 主な介護者の方が、介護のことで困ったとき、どこ（誰）に相談しますか。
（○はいくつでも）

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| 1. 家族、親族 | 2. 友人 |
| 3. ボランティア、近隣の人 | 4. 民生委員 |
| 5. ケアマネジャー | 6. 介護サービス事業所の職員（ケアマネジャーを除く） |
| 7. 国民健康保険団体連合会 | 8. 市役所（介護保険担当課） |
| 9. 保健師 | 10. 地域包括支援センター |
| 11. 病院や診療所の医師 | 12. その他（ |
| 13. 相談相手はいない | 14. 相談先がわからない |

問37 介護するうえで、どのような支援があれば良いと思いますか。（○はいくつでも）

1. 身近な相談窓口
2. 介護者同士の交流会
3. 介護教室・講習会・勉強会の開催
4. 介護にかかる費用の軽減
5. 地域住民による見守り
6. リフレッシュできる機会や場所
7. 特にない
8. その他（

）

長久手市の介護保険施策や高齢者福祉施策について、
ご意見やご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

令和7年●月●日（●）までに

同封の返信用封筒に入れてポストに投函してください。（切手は不要です）