



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わり、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心身の状況、毎日の生活、地域での活動、たすけあい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、効果的な介護予防政策の立案と効果評価の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歳以上の要支援認定を受けられた方及び総合事業対象者の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＞

- ◇「長久手市 高齢者くらしのチェックリスト」には、封筒のあて名のご本人がお答えください。
- ◇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、効果的な介護予防政策の立案と効果評価の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、長久手市による本計画策定と効果評価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。

委員のみなさまへ

◆ 調査票を記入されたのはどなたですか。（○は1つだけ）

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見た続柄_____）
3. その他（_____）

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 家族構成を教えてください。（○は1つだけ）

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（_____）

問2 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。（○は1つだけ）

1. 介護・介助は必要ない ⇒ **問5へお進みください**
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)

問3 **<問2で「2.」または「3.」と答えた方におたずねします>**

介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。（○はいくつでも）

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. 腎疾患（透析）
10. 視覚・聴覚障がい
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

問4 <問2で「3. 現在、何らかの介護を受けている」と答えた方におたずねします>
主にどなたの介護、介助を受けていますか。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------|--------------------------------|
| 1. 配偶者 | 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（ ） |

問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。（○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 | |

問6 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。（○は1つだけ）

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

からだを動かすことについておたずねします。

問7 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。（○は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 |
|--------------|---------------|---------|

問8 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。（○は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 |
|--------------|---------------|---------|

問9 15分位続けて歩いていますか。（○は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 |
|--------------|---------------|---------|

問10 過去1年間に転んだ経験がありますか。（○は1つだけ）

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

問11 転倒に対する不安は大きいですか。(○は1つだけ)

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

問12 週に1回以上は外出していますか。(○は1つだけ)

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

問13 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(○は1つだけ)

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

問14 外出を控えていますか。(○は1つだけ)

1. はい 2. いいえ ⇒ 問16へお進みください

問15 <問14で「1. はい」と答えた方におたずねします>

外出を控えている理由は、次のどれですか。（○はいくつでも）

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. 交通手段がない
10. その他（ ）

問16 外出する際の移動手段は何ですか。（○はいくつでも）

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（リニモ含む）
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（ ）

食べることについておたずねします。

問17 身長と体重を教えてください。（数字を記入）

身長（ ） c m	体重（ ） k g
--------------------------------	--------------------------------

問18 口腔の状態についておたずねします。（それぞれ○は1つだけ）

（①～④それぞれ該当する欄に○）	はい	いいえ
① 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	2
② お茶や汁物等でむせることがありますか	1	2
③ 口の渇きが気になりますか	1	2
④ 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	2

問19 歯の数と入れ歯の利用状況を教えてください。（○は1つだけ）

※成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。

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 ⇒ 問21へお進みください
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 ⇒ 問21へお進みください

問20 <問19で「1.」または「3.」と答えた方におたずねします>

毎日入れ歯の手入れをしていますか。（○は1つだけ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問21 噛み合わせは良いですか。（○は1つだけ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問22 6か月間で2～3 k g以上の体重減少がありましたか。（○は1つだけ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問23 どなたかと食事をとる機会がありますか。（○は1つだけ）

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	

毎日の生活についておたずねします。

問24 物忘れについておたずねします。（それぞれ○は1つだけ）

（①～③それぞれ該当する欄に○）	はい	いいえ
① 物忘れが多いと感じますか	1	2
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	2
③ 今日が何月何日かわからない時がありますか	1	2

問25 日常生活についておたずねします。（それぞれ○は1つだけ）

（①～⑤それぞれ該当する欄に○）	できるし、 している	できるけど していない	できない
① バスや電車等の公共交通機関（タクシーを含む）、自家用車を使って1人で外出していますか	1	2	3
② 自分で食品・日用品の買い物をしていますか	1	2	3
③ 自分で食事の用意をしていますか	1	2	3
④ 自分で請求書の支払いをしていますか	1	2	3
⑤ 自分で預貯金のおし入れをしていますか	1	2	3

問26 生活に関わる活動についておたずねします。（それぞれ○は1つだけ）

（①～④それぞれ該当する欄に○）	はい	いいえ
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	2
② 新聞を読んでいますか	1	2
③ 本や雑誌を読んでいますか	1	2
④ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2

問27 趣味はありますか。ある場合は具体的に教えてください。（○は1つだけ）

1. 趣味あり	→ 具体的に教えてください
2. 思いつかない	

問28 生きがいがありますか。ある場合は具体的に教えてください。（○は1つだけ）

- | | | |
|-----------|---|-------------|
| 1. 生きがいあり | → | 具体的に教えてください |
| 2. 思いつかない | | |

問29 長久手市では、新たな総合事業として「短期集中予防サービス※」を開始し、取組を推進しています。「短期集中予防サービス」を知っていますか。（○は1つだけ）

※ 短期集中予防サービス：要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、理学療法士や管理栄養士等の専門職が短期集中的に関わることで、元の生活に戻るよう支援します。

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

問30 短期集中予防サービスを利用したいと思いますか。（○は1つだけ）

- | | | |
|-------------|---------------|----------------|
| 1. 利用したいと思う | 2. 利用したいと思わない | 3. 既に利用したことがある |
|-------------|---------------|----------------|

地域での活動についておたずねします。

問31 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。（それぞれ○は1つだけ）

（①～⑧それぞれ該当する欄に○）	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 いきいきサロンやいきいき倶楽部など介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥ シニアクラブ	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

問32 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。（○は1つだけ）

- | | |
|------------|-------------|
| 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33 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。（○は1つだけ）

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

就労についておたずねします。

問34 現在のあなたの就労状態はどれですか。（○はいくつでも）

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. 職に就いたことがない | 2. 引退した |
| 3. 常勤（フルタイム） | 4. 非常勤（パート・アルバイト等） |
| 5. 自営業 | 6. 求職中 |
| 7. その他（ ） | |

問35 <問34で「2. 引退した」と答えた方におたずねします> ←
あなたはいつ引退しましたか。（○は1つだけ、数字を記入）

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 昭和（ ）年 | 2. 平成（ ）年 | 3. 令和（ ）年 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

たすけあいについておたずねします。

問36 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。（それぞれ○はいくつでも）

（①～④それぞれ該当する欄に○）	配偶者	同居のごとも	別居のごとも	兄弟姉妹・親戚・親・孫	近隣住民	友人	その他	そのような人はいない
① あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人	1	2	3	4	5	6	(7)	8
② 反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人	1	2	3	4	5	6	(7)	8
③ 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	1	2	3	4	5	6	(7)	8
④ 反対に、看病や世話をしてくれる人	1	2	3	4	5	6	(7)	8

問37 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。（○はいくつでも）

1. 自治会・町内会・シニアクラブ	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・市役所	6. その他（
7. そのような人はいない	）

問38 人との関わりについておたずねします。（それぞれ○は1つだけ）

（①～④それぞれ該当する欄に○）	はい	いいえ
① 友人の家を訪ねていますか	1	2
② 家族や友人の相談にのっていますか	1	2
③ 病人を見舞うことができますか	1	2
④ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2

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	

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

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

項 目	思う	どちらかというと思う	どちらかと思わない	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えますか	1	2	3	4
③ 認知症になったら何もできなくなると思えますか	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 認知症の人で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えますか	1	2	3	4

問43 「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44 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいますか。

(○は1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問45 認知症予防※の取組ができるのであれば参加したいですか。(○は1つだけ)

※認知症予防：認知症予防とは：認知症にならないための予防ではなく、進行を遅らせるものです。

1. はい 2. いいえ

問46 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○は1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問47 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48 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49 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51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50 <問49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 | |

介護保険サービスについておたずねします。

問51 要介護認定を申請したきっかけを教えてください。（○は1つだけ）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 本人の希望 | 2. 家族の希望 |
| 3. 主治医からのすすめ | 4. 病院からのすすめ |
| 5. その他（ ） | |

問52 令和7年11月の1か月の間に、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用しましたか。（○は1つだけ）

- | | |
|-----------------------|------------|
| 1. 利用した ⇒ 問54へお進みください | 2. 利用していない |
|-----------------------|------------|

問53 <問51で「2. 利用していない」と答えた方におたずねします>
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54 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 | |

※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。

- 健康についておたずねします。

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

問61 タバコは吸っていますか。（○は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 |

問62 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。（○はいくつでも）

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

問63 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64 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日よりも少ない |
| 3. 週に1～2日ある |
| 4. 週に3～4日ある |
| 5. ほぼ毎日ある |

問69 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71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71へお進みください

問70 <問69で「1.」または「2.」と答えた方におたずねします>

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71 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72 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73 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。（〇はいくつでも）

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）