

高齢者実態調査（アンケート）ご協力のお願い

平素から、横浜市の健康福祉行政にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

横浜市では、令和6年3月に「横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画」を策定し、介護保険をはじめとした高齢者の保健福祉事業の計画的な推進に努めているところです。

現在、令和9年3月をめどに計画の改定を予定しております。これに先立ち、市民のみなさまのご意見をおうかがいするアンケートを実施することといたしました。

対象となられる方は、本年7月に介護保険サービス等を利用された要介護1～5の方の中から、4,000人を無作為に選ばせていただきました。

このアンケート結果につきましては、高齢者保健福祉施策を検討する際の重要な基礎資料とさせていただきますので、質問数が多く、大変お手数をおかけしますが、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

令和7年10月

横浜市 健康福祉局

【ご記入にあたってのお願い】

1 記入の方法

アンケートの回答は、この調査票に直接ご記入ください。筆記用具は、鉛筆またはボールペンなど、どのようなものでも構いません。

2 アンケートの対象者

封筒のあて名の方がアンケートの対象者となっています。

3 アンケートの回答者(記入者)

できる限り、アンケート対象者（あて名の方）ご本人がご回答(記入)ください。ただし、ご本人による回答(記入)が難しい場合は、ご家族などの方がご本人の意思を反映して、ご記入くださるようお願いいたします。

4 返送の方法

同封の返信用封筒（切手不要）に、ご記入いただいた調査票を入れて、

令和7年10月31日（金）までにご返送ください。

なお、調査票や返信用封筒には、名前や住所などの情報は一切書かずにご返送ください。

5 返送いただいた回答について

横浜市では、オープンデータ化を推進しており、ご回答いただいた内容は、個人が特定されないよう統計的に処理した上で公表します。（なお、研究・調査等を目的として、学術機関等に対し個別の協定等に基づき、不要な項目を削除した上で提供する場合があります。）

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

【アンケートのお問合せ先】

調査受託会社：日本能率協会総合研究所（横浜市高齢者実態調査事務局）

電話：0120-550-156（月曜日～金曜日の10～17時まで（祝日・12～13時を除く））

メールアドレス：fir2@jmar.co.jp

あなた自身のことについて

問1 あなた（あて名ご本人）の現在の要介護度をおうかがいします。（○はひとつ）

1. 要介護1
2. 要介護2
3. 要介護3
4. 要介護4
5. 要介護5

問2へお進みください

6. 要支援1・2
7. 要介護認定なし

アンケートは終了です。
ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒に入れて、切手を
貼らずに投函してください。

問2 この調査票を記入するのはどなたですか。（○はひとつ）

- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1. ご本人 | 2. ご家族 | 3. その他 |
|--------|--------|--------|

まず、あなた（あて名ご本人）のお住まいや年齢などについておうかがいします。

問3 あなた（ご本人：封筒のあて名の方）は現在、どちらに住んでいますか。（○はひとつ）

1. 市内のご自宅
（市内の親族等の家・ショートステイ利用者含む）

問4へお進みください

2. その他
（入院中、介護施設入所、市外転出、亡くなった等）

アンケートは終了です。
ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒に入れて、切手を
貼らずに投函してください。

問4 あなた（あて名ご本人）の性別をお答えください。（○はひとつ）

※ 選択することに違和感のある場合は回答不要です。

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

問5 あなた（あて名ご本人）の年齢（令和7年10月1日現在）をお答えください。

（○はひとつ）

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 3. 70～74歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90～94歳 |
| 2. 65～69歳 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89歳 | 8. 95歳以上 |

問6 あなた（あて名ご本人）のお住まいの区はどちらですか。（○はひとつ）

- | | | | | |
|--------|---------|---------|-----------|--------|
| 1. 青葉区 | 5. 神奈川区 | 9. 栄区 | 13. 戸塚区 | 17. 緑区 |
| 2. 旭区 | 6. 金沢区 | 10. 瀬谷区 | 14. 中区 | 18. 南区 |
| 3. 泉区 | 7. 港南区 | 11. 都筑区 | 15. 西区 | |
| 4. 磯子区 | 8. 港北区 | 12. 鶴見区 | 16. 保土ヶ谷区 | |

問7 あなた（あて名ご本人）のお住まいの区での居住年数をお答えください。（○はひとつ）

※ 増改築や改修などされている場合でも通算してお答えください。

- | | | | |
|----------|-------------|-------------|----------|
| 1. 10年未満 | 2. 10～20年未満 | 3. 20～30年未満 | 4. 30年以上 |
|----------|-------------|-------------|----------|

問8 あなた（あて名ご本人）の世帯の状況をお選びください。（○はひとつ）

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. ひとり暮らし | 4. 子や孫などと同居 → 問8-1へ |
| 2. 夫婦二人暮らしで二人とも65歳以上 | 5. 前掲（1～4）以外で全員が65歳以上 |
| 3. 夫婦二人暮らしで一人だけが65歳以上 | 6. その他 |

【問8で「4」と回答した方におうかがいします。】

問8-1 同居されている方はどなたですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | | | |
|----------|----------|------------|--------|
| 1. 子 | 3. 孫 | 5. 配偶者 | 7. その他 |
| 2. 子の配偶者 | 4. 兄弟・姉妹 | 6. 親・配偶者の親 | |

【問8-1で「3」と回答した方におうかがいします。】

問8-2 同居されている方の年代（令和7年10月1日時点）をお答えください。

（○はひとつ）

- | | | |
|---------------|---------------|----------|
| 1. 未就学児（0～2歳） | 3. 小学生（1～3年生） | 5. 中学生 |
| 2. 未就学児（3～5歳） | 4. 小学生（4～6年生） | 6. 高校生以上 |

【問8で「4」以外と回答した（子や孫などと同居していない）方におうかがいします。】

問8-3 一番近くに住んでいる家族・親族との距離はどのくらいですか。

時間は、ふだん行き来する方法でお答えください。（○はひとつ）

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. 10分未満 | 3. 30分～1時間未満 | 5. 2時間以上 |
| 2. 10～30分未満 | 4. 1～2時間未満 | 6. 家族・親族はいない |

住まいと暮らしについて

【 すべての方におうかがいします。 】

問9 あなた（あて名ご本人）のお住まいは、次のどれにあてはまりますか。（○はひとつ）

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. 一戸建て住宅（持ち家・借地に持ち家も含む） | 6. 一戸建て（民間賃貸） |
| 2. マンション（持ち家） | 7. 高齢者向け優良賃貸住宅 |
| 3. 公営住宅（県営・市営） | 8. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 4. 公的賃貸住宅（UR、住宅供給公社） | 9. 有料老人ホーム |
| 5. アパート、マンション（民間賃貸） | 10. その他（ ） |

問10 あなた（あて名ご本人）は、定期的な収入をどこから得ていますか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | | |
|------------|---------------|-----------------|
| 1. 公的年金や恩給 | 4. 土地・家屋の家賃収入 | 7. 定期的な収入は得ていない |
| 2. 給与等 | 5. 親族等からの仕送り | |
| 3. 株式の配当 | 6. その他（ ） | |

問11 あなた（あて名ご本人）の年収（年金含む）をお答えください。

（○はひとつ）

- | | | |
|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. 50万円未満 | 6. 250～300万円未満 | 11. 600～700万円未満 |
| 2. 50～100万円未満 | 7. 300～350万円未満 | 12. 700～800万円未満 |
| 3. 100～150万円未満 | 8. 350～400万円未満 | 13. 800～900万円未満 |
| 4. 150～200万円未満 | 9. 400～500万円未満 | 14. 900～1,000万円未満 |
| 5. 200～250万円未満 | 10. 500～600万円未満 | 15. 1,000万円以上 |

問12 あなた（あて名ご本人）を含めた、世帯全体の年収（年金含む）をお答えください。

（○はひとつ）

- | | | |
|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. 50万円未満 | 6. 250～300万円未満 | 11. 600～700万円未満 |
| 2. 50～100万円未満 | 7. 300～350万円未満 | 12. 700～800万円未満 |
| 3. 100～150万円未満 | 8. 350～400万円未満 | 13. 800～900万円未満 |
| 4. 150～200万円未満 | 9. 400～500万円未満 | 14. 900～1,000万円未満 |
| 5. 200～250万円未満 | 10. 500～600万円未満 | 15. 1,000万円以上 |

問13 あなた（あて名ご本人）は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。

（○はひとつ）

- | | | |
|-------------|----------|----------|
| 1. 大変ゆとりがある | 3. 普通 | 5. 大変苦しい |
| 2. ややゆとりがある | 4. やや苦しい | |

心と体の健康について

問 14 あなた（あて名ご本人）の現在の状況に最も近いものをお選びください。（○はひとつ）

1. 大きな病気や障害もなく、日常生活は自分で行える
2. 日常生活はほぼ自立しており、ひとりで外出できる
3. 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助がないと外出できない
4. 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる
5. 1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替えなどの介助が必要

問 15 あなたには、健康について気軽に相談できる、かかりつけ医がいますか。（○はひとつ）

1. いる
2. いない
3. わからない

問 16 あなた（あて名ご本人）は、現在次のような心配ごとや悩みがありますか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1. 自分の健康のこと | 7. 安心して住める場所がないこと |
| 2. 家族・親族の健康のこと | 8. 趣味や生きがいがないこと |
| 3. 病気などの時に面倒を見てくれる人がいないこと | 9. 時間的なゆとりがないこと |
| 4. ひとり暮らしや孤独になること | 10. 精神的なゆとりがないこと |
| 5. 生活費等経済的なこと | 11. その他 |
| 6. 自分が経済的に支えている家族の将来の生活が心配であること | 12. 心配ごとや悩みはない → 問17へ |

【問 16で「1」～「10」と回答した方におうかがいします。】

問 16-1 あなた（あて名ご本人）は、心配ごとや悩みごとができた場合、誰に（どこで）話を聞いてもらったり、相談したりしますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|--------------|------------------------|
| 1. 配偶者 | 7. 民生委員・児童委員 |
| 2. 子ども | 8. 市や区の相談窓口 |
| 3. その他の家族・親族 | 9. 地域包括支援センター（地域ケアプラザ） |
| 4. 友人・知人 | 10. かかりつけの医師 |
| 5. とおり近所の人 | 11. その他 |
| 6. 自治会や町内会の人 | 12. 相談したりする人はいない |

【 すべての方におうかがいします。】

問 17 あなた（あて名ご本人）は、以下の中で現在、治療中の病気やけがはありますか。
（あてはまるものすべてに○）

1. 高血圧症	13. 泌尿器の病気（腎臓病、前立腺肥大など）
2. 脂質異常症（高コレステロール血症、中性脂肪など）	14. がん
3. 糖尿病	15. 呼吸器の病気（ぜん息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）など）
4. 動脈硬化症	16. 耳の病気（難聴など）
5. 腰痛症	17. 鼻の病気
6. 関節症（膝・股関節など）	18. お口の病気（むし歯、歯周病、入れ歯など）
7. リウマチ	19. 骨折・外傷
8. 骨粗しょう症	20. 認知症
9. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など）	21. 心の病気
10. 狭心症・心筋梗塞	22. その他
11. 目の病気（白内障など）	23. 特にない
12. 消化器の病気（胃炎、肝炎など）	

問 18 あなたが自宅で日常的に行っている（受けている）医療処置はありますか。
（あてはまるものすべてに○）

1. 胃ろう	7. インスリン注射
2. 腸ろう	8. ペースメーカー
3. 鼻腔（経管栄養）	9. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）
4. 口腔（経管栄養）	10. たんの吸引
5. 在宅酸素	11. その他（ ）
6. 透析	12. 医療処置は受けていない

問 19 次の各項目について、それぞれ「はい（している）」、「いいえ（していない）」の
どちらかをお選びください。（それぞれ○はひとつ）

	いずれかに○	
	はい (している)	いいえ (していない)
	↓	↓
① バスや電車で、一人で外出していますか……………	1	2
② 日用品の買い物をしていますか……………	1	2
③ 預貯金の出し入れをしていますか……………	1	2
④ 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	2
⑤ 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

⑥ 今日が何月何日かわからない時がありますか	1	2
⑦ (過去1年間) 聴力検査を受けた(聞こえのチェックリスト等によりご自身で検査した場合も含む)	1	2
⑧ 耳が聞こえにくいことがありますか	1	2
⑨ 補聴器を持っていますか	1	2

【70歳以上の方 におうかがいします。】

問 20 あなたは、敬老パス（横浜市敬老特別乗車証）を持っていますか。 (○はひとつ)

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 持っている | 2. 持っていない | 3. 敬老パスを知らない |
|----------|-----------|--------------|

【すべての方におうかがいします】

問 21 自宅から最も近くにある公共交通機関（最寄りのバス停、駅）はどれですか。

(○はひとつ)

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. バス | 4. 私鉄 |
| 2. 市営地下鉄 | 5. 金沢シーサイドライン |
| 3. JR | 6. 近くに公共交通機関がない |

問 22 自宅から最も近くにある公共交通機関（最寄りのバス停、駅）までは、歩いて何分くらいですか。 (○はひとつ)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 5分以内 | 5. 21～25分 |
| 2. 6～10分 | 6. 26～30分 |
| 3. 11～15分 | 7. 30分超 |
| 4. 16～20分 | |

介護サービス等について

問 23 あなた（あて名ご本人）に介護が必要となった主な原因は何ですか。 (○はひとつ)

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など） | 8 リウマチ |
| 2. 骨折・転倒 | 9. 認知症 |
| 3. 高齢による衰弱 | 10. 糖尿病 |
| 4. 心臓病 | 11. 視覚・聴覚障害 |
| 5. がん（悪性新生物） | 12. 脊髄損傷 |
| 6. 呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） | 13. パーキンソン病 |
| 7. 関節疾患（膝・股関節など） | 14. その他 |

問 24 以下の介護保険の在宅サービスのうち、令和7年9月に利用したサービスすべてに○をつけてください。
(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問介護
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護（デイサービス）
7. 通所リハビリテーション（デイケア）
8. 短期入所生活介護（福祉施設のショートステイ）
9. 短期入所療養介護（医療施設等のショートステイ）
10. 福祉用具貸与
11. 福祉用具購入
12. 住宅改修
13. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 夜間対応型訪問介護
16. 認知症対応型通所介護
17. 小規模多機能型居宅介護（1か所で通い、訪問、宿泊の各サービスを提供）
18. 看護小規模多機能型居宅介護
19. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
20. 地域密着型通所介護（18人以下の小規模な通所介護）
21. 地域密着型特定施設入居者生活介護（29人以下の小規模な特定施設入居者生活介護）
22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29人以下の小規模な特別養護老人ホーム）
23. あてはまるものはない

問 25 あなたは（あて名ご本人）現在、在宅で生活する上で、不安を感じることはありますか。
(○はひとつ)

- | | | | |
|----------|--------------|----------|----------|
| 1. 不安がある | 2. まあまあ不安がある | 3. 不安はない | 4. わからない |
|----------|--------------|----------|----------|

【問25で「1」、「2」と回答した方におうかがいします。】

問 25-1 あなたが（あて名ご本人）在宅生活で不安に感じていることをお答えください。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 食事や掃除などの身の回りの家事の負担 | 8. 自分を介護する家族の負担 |
| 2. 自宅の居住環境 | 9. 希望通りの介護サービスの有無 |
| 3. 買い物や通院等の外出 | 10. 介護サービスの費用負担 |
| 4. 気の合う知人・友人との交流 | 11. 必要に応じた医療サービスの有無 |
| 5. 認知症に対する地域の理解 | 12. その他（ ） |
| 6. 災害時・緊急時の対応 | 13. 具体的にはわからない |
| 7. 同居している家族への介護 | |

【 すべての方におうかがいします。】

問 26 以下の介護保険の在宅サービスのうち、事業所が近くになく、利用したいが予約がいっぱいで利用できないなど、事業者側の都合で、利用したいのに利用できない（できなかった）サービスはありますか。 （あてはまるものすべてに○）

1. 訪問介護
2. 訪問入浴介護
3. 訪問看護
4. 訪問リハビリテーション
5. 居宅療養管理指導
6. 通所介護（デイサービス）
7. 通所リハビリテーション（デイケア）
8. 短期入所生活介護（福祉施設のショートステイ）
9. 短期入所療養介護（医療施設等のショートステイ）
10. 福祉用具貸与
11. 福祉用具購入
12. 住宅改修
13. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15. 夜間対応型訪問介護
16. 認知症対応型通所介護
17. 小規模多機能型居宅介護（1 か所で通い、訪問、宿泊の各サービスを提供）
18. 看護小規模多機能型居宅介護
19. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
20. 地域密着型通所介護（18 人以下の小規模な通所介護）
21. 地域密着型特定施設入居者生活介護（29 人以下の小規模な特定施設入居者生活介護）
22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29 人以下の小規模な特別養護老人ホーム）
23. あてはまるものはない

問 27 現在受けている介護サービスの質に、満足していますか。 （○はひとつ）

- | | | |
|-------------|--------------|----------|
| 1. 満足している | 3. どちらともいえない | 5. 不満である |
| 2. ほぼ満足している | 4. やや不満である | |

(○は5つまで)

- 問 29 あなた（あて名ご本人）は、以下の地域密着型サービスで利用できるサービスの内容を知っていますか。 （それぞれ○はひとつ）

問 30 あなた（あて名ご本人）は介護サービスの利用と住まいについて、どのようにお考えですか。最も近いものをお選びください。（○はひとつ）

- 10 –

【問30で、「1」「2」のいずれかに回答した方におうかがいします。】

問30-1 介護が必要になっても、現在の住まいでの生活を継続する際に、将来的に困ることは何だと思いますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. 経済的な負担(家賃・税金など) | 6. 余暇・娯楽・趣味の利便性 |
| 2. 家族や親族の家との距離 | 7. 公的サービスの利便性(銀行・郵便・医療・福祉など) |
| 3. 現在の住まいの老朽化 | 8. 生活環境(災害・防犯・気候など) |
| 4. 外出時(通院・買い物など)の利便性 | 9. その他() |
| 5. 心身の老化や病気への不安 | 10. 特になし |

【問30-1で、「1」から「9」のいずれか(将来的に困ることがある)に回答した方におうかがいします。】

問30-2 現在の住まいがある地域で「困ること」が解決できない場合、「住まい」を変えたいと思いますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | |
|-------------------------------|
| 1. 現在の住まいにそのまま住み続ける(住まいは変えない) |
| 2. 住所は今のままで、リフォームや建て替えを考えている |
| 3. 市内での転居(引っ越し)を考えている |
| 4. 市外への転居(引っ越し)を考えている |
| 5. わからない |

【問30-2で、「2」から「4」のいずれか(建て替えや転居を考えている)に回答した方におうかがいします。】

問30-3 建て替えや転居を考える上で困ることはありますか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 希望に合う物件や地域が見つからない | 8. 今の地域とのつながりが薄まる |
| 2. 老後資金が減ることへの懸念 | 9. 医療や福祉を継続して受けられるか |
| 3. 費用が足りない・ない | 10. 配偶者や家族の理解が得られない |
| 4. ローンが組めない(お金を借りられない) | 11. 相談できる人や場所がわからない |
| 5. 保証人がいない・頼めない | 12. 何をすればいいかわからない |
| 6. 緊急連絡先がない・頼めない | 13. その他 |
| 7. 対応してくれる不動産屋がない | () |

問30-4 建て替えや転居をしたら、どのような住まいを希望しますか。(○はひとつ)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 一戸建て住宅(持ち家) | 5. アパート、マンション(民間賃貸) |
| 2. マンション(持ち家) | 6. 一戸建て住宅(民間賃貸) |
| 3. 公営住宅(県営・市営) | 7. 高齢者向け優良賃貸住宅 |
| 4. 公的賃貸住宅(UR、住宅供給公社) | 8. その他() |

今後（老後）への備えについて

【すべての方におうかがいします。】

問 31 ご自身の今後（老後）の暮らしについて考えたり、誰かと話をしたことがあるものはどれですか。 （あてはまるものすべてに○）

- | | |
|------------------------|---|
| 1. 老後の生活資金 | 7. 家族に医療や介護が必要になった時のこと |
| 2. 医療や介護が必要になった時の費用 | 8. 自身で意思を表示できなくなった時のこと |
| 3. 認知症などになった時の資産管理 | 9. 自分の死後の配偶者の生活 |
| 4. 配偶者との生活 | 10. 自分の死後の配偶者以外の同居家族の生活 |
| 5. 配偶者以外の同居家族との生活 | 11. その他（ ） |
| 6. 自身に医療や介護が必要になった時のこと | 12. 特にない → 問 32 へ |

【問 31 で、「1」～「11」と回答した方におうかがいします。】

問 31-1 話をした相手は誰ですか。 （あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1. 配偶者 | 7. ケアマネジャーなどの福祉・介護の専門家 |
| 2. 子ども・孫 | 8. 銀行や保険などのお金の専門家 |
| 3. その他の家族・親族 | 9. 弁護士や司法書士などの法律の専門家 |
| 4. 友人・知人 | 10. 市役所・区役所の相談窓口 |
| 5. 同じ悩みがある他人 | 11. その他（ ） |
| 6. 医師などの医療の専門家 | |

問 31-2 考えた結果や話をした結果を何かに書いて残したものはありますか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. もしも手帳を書いた | 6. 遺言書を作成した |
| 2. エンディングノートを書いた | 7. 葬儀社と生前契約した |
| 3. あんしんノートを書いた | 8. その他（ ） |
| 4. 任意後見を契約した | 9. 特に書き残したものはない |
| 5. 高齢者等終身サポート事業者と契約した | |

※もしも手帳

：「人生の最終段階」での医療やケアについて考えるきっかけとし、自分の考えを家族など大切な人に伝えるための横浜市オリジナルの手帳。

※エンディングノート

：これまでの人生を振り返り、これからの人生をどう歩んでいきたいか自分の思いを記すノート。

※あんしんノート

：障害のある子どもや高齢者の方が、親や親族が亡くなった後を見据え、財産のことだけでなく、その子の特性や希望すること、関係機関のこと等についても書き残すことにより、日常生活を過ごしていく上で困らないようするためのノート。

※任意後見

：将来、認知症などで判断能力が不十分になった場合に備えて、任意後見人を選定し、財産管理や生活支援などをしてもらう契約を締結しておく制度。

※高齢者等終身サポート事業者

：入院や介護施設等への入所の際の手続支援、買い物などの日常生活の支援、葬儀や死後の財産処分などの死後事務等について、家族・親族に代わってサービスを提供する事業者。

問 31-3 あなたが考えたり、話をしようと思った主なきっかけは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1. 家族や親族からのアドバイスや一言 | 9. 必要だと自分で感じたから |
| 2. 友人・知人からのアドバイスや一言 | 10. もしも手帳をもらったから |
| 3. となり近所の人からのアドバイスや一言 | 11. エンディングノートをもらったから |
| 4. 市の広報紙や回覧板などの情報から | 12. あんしんノートをもらったから |
| 5. 新聞やテレビ等のマスコミの情報から | 13. セミナーや講演会への参加 |
| 6. 医師等の医療の専門家からの指導や助言 | 14. その他 |
| 7. ケアマネジャー等の福祉・介護の専門家からの指導や助言 | 15. わからない・特にない |
| 8. 身近な人が亡くなったから | |

【すべての方におうかがいします。】

問 32 あなた(あて名ご本人)が「高齢期」と聞いて思い浮かべることは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. 経験や知恵が豊かである | 6. 就労や地域のボランティア活動で社会に貢献している |
| 2. 時間にしばられず、好きなことに取り組める | 7. 心身が衰え、健康面での不安がある |
| 3. 経済的なゆとりがある | 8. 収入が少なく、経済的な不安がある |
| 4. 友人等と過ごす時間が増え、日々を楽しんでいる | 9. 周りの人とのふれあいが少なく、孤独である |
| 5. 健康的な生活習慣を実践している | 10. その他() |

問 33 あなた(あて名ご本人)は、「よこはまポジティブエイジング計画(第9期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画)」を知っていますか。

(○はひとつ)

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. 言葉も意味・内容も知っている | 3. 知らない ⇒ 問 34 へ |
| 2. 言葉は聞いたことがあるが意味・内容は知らない | |

【問 33 で「1」か「2」と回答した方におうかがいします。】

問 33-1 あなた(あて名ご本人)が「よこはまポジティブエイジング計画(第9期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画)」について知ったのは、何がきっかけですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| 1. パンフレット等の冊子
(区役所や地域ケアプラザ等に配架) | 6. 横浜市ホームページ |
| 2. 市・区役所で放映された動画広告 | 7. 老人福祉センターなどでの講演会 |
| 3. 横浜駅で放映された動画広告 | 8. 計画に関する市民説明会 |
| 4. バス、電車内で放映された動画広告 | 9. 家族・親族から聞いた |
| 5. 横浜市公式 YouTube | 10. その他 |

【 すべての方におうかがいします。】

問 34 孤立死（誰にも看取られることなく、亡くなったあとに発見される死）について、身近な問題だと感じますか。（○はひとつ）

- | | | | |
|--------------|----------|---------------|--------|
| 1. とても感じる → | 問 34-1 へ | 3. あまり感じない → | 問 35 へ |
| 2. まあまあ感じる → | 問 34-1 へ | 4. まったく感じない → | 問 35 へ |
| | | 5. わからない → | 問 35 へ |

【 問 34 で「1」、「2」と回答した方におうかがいします。】

問 34-1 孤立死を身近な問題と感じる理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 一人暮らし・高齢夫婦のみ世帯だから | 5. 身近にあったから |
| 2. ご近所との付き合いが少ないから | 6. 新聞・テレビで報道されているから |
| 3. 家族・親族との付き合いがないから | 7. 特に理由はない |
| 4. あまり外出しないから | 8. その他 |

【 すべての方におうかがいします。】

問 35 あなたは、病気で意思疎通ができなくなった場合や死が近い場合に備えて、延命措置や看取りなどに関するご自身の希望について、どのように意思表示をしていますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. 家族など信頼できる人と話し合っている | 6. リビングウィルを作成している |
| 2. かかりつけ医等の医療職と話し合っている | 7. 遺言状を作成している |
| 3. ケアマネジャー等の福祉・介護職と話し合っている | 8. その他 |
| 4. エンディングノートを作成している | 9. 考えたことはあるが意思表示まではしていない → 問 36 へ |
| 5. もしも手帳を作成している | 10. 特にしていない → 問 36 へ |

※リビングウィル……自分で意思を決定・表明できない状態になったときに受ける医療について、あらかじめ要望を明記しておく文書。

【 問 35 で、「1」～「8」のいずれかに回答した方におうかがいします。】

問 35-1 意思表示をしようと思った主なきっかけは何ですか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1. 家族や親族からのアドバイスや一言 | 7. ケアマネジャー等の福祉・介護の専門家からの指導や助言 |
| 2. 友人・知人からのアドバイスや一言 | 8. 身近な人が亡くなったから |
| 3. とより近所の人からのアドバイスや一言 | 9. 必要だと自分で感じたから |
| 4. 市の広報紙や回覧板などの情報から | 10. もしも手帳をもらったから |
| 5. 新聞やテレビ等のマスコミの情報から | 11. エンディングノートをもらったから |
| 6. 医師等の医療の専門家からの指導や助言 | 12. その他 |

通院・リハビリテーションについて

【 すべての方におうかがいします。 】

問 36 直近の要介護認定を受けた後、状態はどのように変わりましたか。 (○はひとつ)

1. 良くなった → **問 36-1 へ**

3. 変わらない → **問 37 へ**

2. 悪くなった → **問 36-2 へ**

4. わからない → **問 37 へ**

【 問 36 で「1」と回答した方におうかがいします。 】

問 36-1 要介護状態が良くなった原因は何だと思われますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 治療を受け、病気が治ったため
2. 治療を受け、時間の経過とともに、けがや骨折が治ったため
3. 医療機関等で専門家の指導を受けてリハビリを受けたため
4. 介護保険サービスを利用し、改善したため
5. 自分でできる限り動くようにしたため
6. 認知症が改善もしくは安定したため
7. その他 ()
8. わからない

【 問 36 で「2」と回答した方におうかがいします。 】

問 36-2 要介護状態が悪くなった原因は何だと思われますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 脳梗塞等の発作が発生・再発したため
2. 病気が徐々に悪化したため
3. けがや骨折をしたため
4. 病気やけがで入院し、体力が落ちてしまったため
5. 動けなくなり、体力が落ちてしまったため
6. 栄養のあるものを食べなくなったため
7. 認知症が徐々に進行したため
8. 年をとって老化が進んだため
9. 転倒やトイレの失敗などにより自信や意欲を失ってしまったため
10. その他 ()
11. わからない

【 すべての方におうかがいします。 】

問 37 あなた(あて名ご本人)は現在、通院や往診などで診療を受けていますか。(○はひとつ)

※この調査票中の「往診」には、緊急時の「往診」に加え、定期的な「訪問診療」も含まれます。

1. 通院のみ 2. 通院と往診 3. 往診のみ 4. 通院も往診も利用していない

【 問 37 で「1」～「3」のいずれかに回答した方におうかがいします。 】

問 37-1 あなた(あて名ご本人)は、病院や診療所にどの程度通っていますか。

(○はひとつ)

1. ほぼ毎日(週5日以上)
2. 週2～4日くらい
3. 週1日くらい
4. 月1～2日くらい
5. 年に数日
6. ほとんどあるいは全く通っていない

自宅での介護者について

～ここからは、あなたを介護している方について、お伺いします～

【すべての方におうかがいします。】

問 38 自宅で主にあなた（あて名ご本人）を介護しているのはどなたですか。（○はひとつ）

1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者 4. 孫 5. 兄弟・姉妹 6. その他（介護の専門職を含まない）	7. ホームヘルパー等介護の専門職 8. 介護している人はいない
---	-------------------------------------

↓
アンケートはこれで終了です

【問 38 で「1」～「6」のいずれかを回答した方におうかがいします。】

問 38－1 主な介護者（おひとり）の方の性別をお答えください。

【性別】（○はひとつ）※選択することに違和感のある場合は回答不要です。

1. 男 性	2. 女 性
--------	--------

問 38－2 主な介護者（おひとり）の方の年齢をお答えください。

【年齢】（令和 7 年 10 月 1 日現在）（○はひとつ）

1. 20 歳未満	5. 50 歳代	9. 75～79 歳
2. 20 歳代	6. 60～64 歳	10. 80～84 歳
3. 30 歳代	7. 65～69 歳	11. 85 歳以上
4. 40 歳代	8. 70～74 歳	

問 39 主な介護者（おひとり）の方はあなた（あて名ご本人）と同居していますか。（○はひとつ）

1. 同居している
2. 別居しているが、15 分未満で行き来できる範囲である
3. 別居しており、行き来に 15 分以上かかる

問 40 あなたは、介護が必要になってから、何年になりますか。（○はひとつ）

1. 半年未満	3. 1～3 年未満	5. 5～7 年未満	7. 10 年以上
2. 半年～1 年未満	4. 3～5 年未満	6. 7～10 年未満	

問 41 一日あたりの介護時間は、どのくらいですか。（○はひとつ）

※ 在宅で訪問介護などの介護サービスを受けている時間を除いてお答えください。

1. 必要なときに手を貸す程度	3. 半日程度
2. 2～3 時間程度	4. ほとんど終日

問 42 主な介護者（おひとり）の方は要介護認定を受けていますか。 (○はひとつ)

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1. 健康であり、要介護認定は受けていない | 4. 要介護1・2 |
| 2. 何らかの病気や障害などがあるが、要介護認定は受けていない | 5. 要介護3～5 |
| 3. 要支援1・2 | 6. わからない |

問 43 あなた（あて名ご本人）は、主な介護者の方（同居、別居を含む）から週にどのくらい介護を受けることがありますか。 (○はひとつ)

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 1. ない | 3. 週に1～2日ある |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | 4. 週に3～4日ある |
| | 5. ほぼ毎日ある |

問 44 あなた（あて名ご本人）は、主な介護者の方（同居、別居を含む）からどのような介護を受けていますか。 (あてはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 【身体介護】 | 【生活援助】 |
| 1. 日中の排泄 | 12. 食事の準備（調理等） |
| 2. 夜間の排泄 | 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物 等） |
| 3. 食事の介助（食べる時） | 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 4. 入浴・洗身 | |
| 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） | 【その他】 |
| 6. 衣服の着脱 | 15. その他 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 16. わからない |
| 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） | |

問 45 ご家族やご親族の中で、あなた（あて名ご本人）の介護のために、過去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）。 (あてはまるものすべてに○)

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

※ 自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

【ここからは主な介護者の方におうかがいします。】

問 46 在宅での介護について、困ったり、負担に感じていることはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

【意思疎通について】 1. 本人に正確な症状を伝えるのが難しい 2. 本人に現在の状況を理解してもらうのが難しい 3. 来客にも気を遣う 4. 本人の言動が理解できないことがある 5. 本人に医療機関の受診を勧めても同意してもらえない	【サービス利用について】 14. サービスを思うように利用できない、サービスが足りない 15. サービスを利用したら本人の状態が悪化した(ことがある) 16. サービス事業者やケアマネジャーとの関係がうまくいかない
【介護の仕方について】 6. 適切な介護方法がわからない 7. 外出中に道に迷うため目が離せない 8. 他の家族等に介護を協力してもらえない 9. 誰に、何を、どのように相談すればよいか、わからない 10. 日中、家を空けるのを不安に感じる 11. 介護を家族等他の人に任せてよいか、悩むことがある 12. 介護の方針などについて、家族・親戚との意見が合わない 13. 介護することに対して、周囲の理解が得られない	【介護者ご自身のことについて】 17. 自分の用事・都合をすませることができない 18. 身体的につらい(腰痛や肩こりなど) 19. 精神的なストレスがたまっている 20. 睡眠時間が不規則になり、健康状態がおもわしくない 21. 先々のことを考える余裕がない 22. 経済的につらいと感じるときがある 23. 仕事と介護の両立が困難 24. 育児・家事と介護の両立が困難
	【その他】 25. その他() 26. 特に困っていることはない

問 47 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。

(○はひとつ)

1. フルタイムで働いている	}	問 47-1 へ
2. パートタイムで働いている		
3. 働いていない	}	問 48 へ
4. わからない		

※「パートタイム」とは、「1 週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

【フルタイムまたはパートタイムで働いている方におうかがいします。】

問 47－1 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
いますか。 (あてはまるものすべてに○)

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、前掲（2～4）以外の調整をしながら、働いている

問 47－2 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。 (あてはまるものすべてに○)

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

問 47－3 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。(○はひとつ)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 問題なく、続けていける | 3. 続けていくのは、やや難しい |
| 2. 問題はあるが、何とか続けていける | 4. 続けていくのは、かなり難しい |

【 すべての方におうかがいします。】

問 48 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】	【生活援助】
1. 日中の排泄	12. 食事の準備（調理等）
2. 夜間の排泄	13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）
3. 食事の介助（食べる時）	14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き
4. 入浴・洗身	
5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	【その他】
6. 衣服の着脱	15. その他
7. 屋内の移乗・移動	16. 不安に感じていることは、特にない
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）	

ご協力ありがとうございました

お名前、ご住所等は記入不要です。

同封の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに投函してください。

※ 返信用封筒の郵便番号「231－8790」及びその下の番号「005」は、このアンケートを
横浜市役所 1 か所に集めるための番号であり、個人を特定するためのものではありません。