

高齢者実態調査（アンケート）ご協力をお願い

平素から横浜市の健康福祉行政にご理解、ご協力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、平成18年度に創設された「小規模多機能型居宅介護」及び平成24年度に創設された「看護小規模多機能型居宅介護」が身近な地域で提供されるよう、計画的な整備を進めております。

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、令和7年7月に小規模多機能型居宅介護サービスもしくは看護小規模多機能型居宅介護サービスを利用されている方から1,000人を無作為に選ばせていただきました。

このアンケートの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)

ご本人（あて名の方）またはご家族などの方がご本人の意思を反映して、ご回答(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）は令和7年10月1日現在、小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能等という）を利用していますか。

（○はひとつ）

1. 小規模多機能型居宅介護を利用している

2. 看護小規模多機能型居宅介護を利用している

3. 利用していない

⇒

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へお進みください

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

問3 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4 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

2. 65～69歳

3. 70～74歳

4. 75～79歳

5. 80～84歳

6. 85～89歳

7. 90～94歳

8. 95歳以上

問5 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

2. 旭区

3. 泉区

4. 磯子区

5. 神奈川区

6. 金沢区

7. 港南区

8. 港北区

9. 栄区

10. 瀬谷区

11. 都筑区

12. 鶴見区

13. 戸塚区

14. 中区

15. 西区

16. 保土ヶ谷区

17. 緑区

18. 南区

問6 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7 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7-1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7で「4」と回答した方におうかがいします。】

問7-3へ

問7-1 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7-1で「3」と回答した方におうかがいします。】

問7-2 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7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7-3 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をお答えください。

（○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8 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9 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10 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11 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12 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 13 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 14 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 15 あなた（あて名ご本人）の令和7年10月1日現在の要介護度をおうかがいします。
（○はひとつ）

1. 要支援1	4. 要介護2	7. 要介護5
2. 要支援2	5. 要介護3	8. 判定待ち（区分変更中）
3. 要介護1	6. 要介護4	

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 |

小規模多機能型居宅介護サービス及び 看護小規模多機能型居宅介護サービスの利用について

【 すべての方におうかがいします。 】

問 17 小規模多機能等の利用期間はどれくらいですか。

(○はひとつ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 3ヶ月未満 | 4. 1年以上～1年半未満 |
| 2. 3ヶ月以上～半年未満 | 5. 1年半以上～3年未満 |
| 3. 半年以上～1年未満 | 6. 3年以上 |

問 18 小規模多機能等を利用したきっかけは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. 自宅のそばにあったから | |
| 2. ご家族・友人から勧められて | |
| 3. ケアマネジャーから勧められて | |
| 4. 地域ケアプラザ・地域包括支援センターで勧められて | |
| 5. 医師・病院から勧められて | |
| 6. 区役所から勧められて | |
| 7. 在宅医療連携拠点から勧められて | |
| 8. 以前のサービスが馴染まなかったから | |
| 9. 利用していた事業所が小規模多機能等にサービスを転換したから | |
| 10. 以前利用していた事業所と同じ法人が運営している事業所だったから | |
| 11. 施設への入所待ちのため | |
| 12. ショートステイの空きがなかったから | |
| 13. 退院後の生活に不安があったから | |
| 14. 見学をしてみて気に入ったから | |
| 15. ホームページをみて気に入ったから | |
| 16. サービス内容があっていたから | |
| 17. その他 (|) |

問 19 これまで小規模多機能等を利用して、「良い」と感じることは何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 同じスタッフによる3つ（通い・訪問・宿泊）のサービスが利用できる
2. 複数のサービスが利用できる
3. 雰囲気が家庭的である
4. 料金が定額である
5. 随時自宅に訪問してもらえる
6. 好きな日時に、通いサービスを利用できる
7. 宿泊できる
8. 入浴できる
9. 地域の人との交流が持てる
10. 施設に入所せず自宅で暮らせる
11. その他（)

問 20 あなた（あて名ご本人）が現在利用している小規模多機能等のサービスは何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 通いサービス | 2. 訪問サービス | 3. 宿泊サービス | 4. 看護サービス |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

【 問 21～22 は、問 20（現在利用している）で「1. 通いサービス」と回答した方におうかがいします。】
問 21 あなた（あて名ご本人）は「通いサービス」にどの程度満足していますか。（○はひとつ）

- | | | | | |
|-------|---------|--------------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. どちらともいえない | 4. やや不満 | 5. 不満 |
|-------|---------|--------------|---------|-------|

※「4. やや不満」又は「5. 不満」に○をつけた方は、理由をご記入ください。

（)

問 22 あなた（あて名ご本人）が小規模多機能等の「通いサービス」を選ぶ際に重視すること
は何ですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1. 送迎 | 5. リハビリ（体操） | 9. 利用できる時間 |
| 2. 食事 | 6. レクリエーション | 10. 利用料金（食費） |
| 3. 入浴 | 7. 他の利用者との関係 | 11. 地域の方との交流 |
| 4. 自宅からの距離 | 8. スタッフの人柄 | 12. その他 |

※「12. その他」に○をつけた方は、具体的な内容をご記入ください。

（)

【問 23～27 は、問 20（現在利用している）で「2. 訪問サービス」と回答した方におうかがいします。】

問 23 「訪問サービス」ではどのような内容のサービスを受けていますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 健康チェック	14. 服薬介助
2. 部屋の換気・整頓など	15. 掃除
3. 介護の相談	16. 洗濯
4. 排泄介助	17. シーツ交換・布団カバー交換
5. ストーマ・オムツの交換	18. 衣類の整理
6. 食事の介助	19. 調理・配下膳
7. 入浴介助	20. 買い物
8. 整容（爪切り、髭剃りなど）	21. 薬の受け取り
9. 移乗介助（ベッドから車椅子への移動など）	22. 安否確認、声かけ
10. 移動介助	23. 電話による安否確認
11. 通院や外出の付添い	24. 車を使っての外出（通院）
12. 起床・就寝介助	25. その他
13. 体操・運動	（ ）

問 24 あなた（あて名ご本人）が「訪問サービス」を現在利用している時間帯を教えてください。

（あてはまるものすべてに○）

1. 早朝（5時～8時）	4. 夜間（18時～22時）
2. 午前（8時～12時）	5. 深夜（22時～5時）
3. 午後（12時～18時）	

問 25 「訪問サービス」はあなた（あて名ご本人）が希望する時間帯に利用できていますか。

（○はひとつ）

1. 希望通り利用できている	4. ほぼ希望通り利用できていない
2. ほぼ希望通り利用できている	5. 希望通り利用できていない
3. 半分程度は希望通り利用できている	

問 26 あなた（あて名ご本人）が「訪問サービス」を希望している時間に利用できない理由がありますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 希望通りに利用できているので特にない	4. 利用できない理由は分からない
2. 事業所から断られた	5. その他（ ）
3. 事業所に希望を言いにくい雰囲気がある	

問 27 あなた（あて名ご本人）は「訪問サービス」にどの程度満足していますか。（○はひとつ）

1. 満足	2. やや満足	3. どちらともいえない	4. やや不満	5. 不満
※「4. やや不満」又は「5. 不満」に○をつけた方は、理由をご記入ください。				
（ ）				

【問28～30は、問20（現在利用している）で「3. 宿泊サービス」と回答した方におうかがいします。】

問28 あなた（あて名ご本人）は希望した日に「宿泊サービス」を利用できましたか。

（○はひとつ）

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. ほぼ希望した日に利用できた | 3. ほとんど希望した日に利用できなかった |
| 2. 2回に1回程度希望した日に利用できた | |

【問28で「2」「3」のいずれかに回答した方におうかがいします。】

問28-1 「宿泊サービス」を利用できなかった理由は何ですか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 希望した日の定員がいっぱいだった | 5. 利用を希望したのが急だった |
| 2. 事業所の人員体制が十分でなかった | 6. 長期の利用を希望した |
| 3. 自分の医療処置への対応が困難 | 7. その他 |
| 4. 自分の認知症への対応が困難 | （ ） |

問28-2 「宿泊サービス」を利用できなかった時、夜間の介護はどのように対応しましたか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 訪問サービスで対応した | 3. 特に介護を必要としなかった |
| 2. 家族が対応した | 4. その他 |
| | （ ） |

【すべての方におうかがいします。】

問29 あなた（あて名ご本人）は「宿泊サービス」にどの程度満足していますか。

（○はひとつ）

- | | | | | |
|---|---------|--------------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. どちらともいえない | 4. やや不満 | 5. 不満 |
| ※「4. やや不満」又は「5. 不満」に○をつけた方は、理由をご記入ください。 | | | | |
| （ ） | | | | |

問30 あなたは一泊あたり宿泊料（食費は除く）としていくら支払っていますか。

（○はひとつ）

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 1,000円未満 | 5. 4,000～4,999円 |
| 2. 1,000～1,999円 | 6. 5,000～5,999円 |
| 3. 2,000～2,999円 | 7. 6,000円以上 |
| 4. 3,000～3,999円 | 8. 支払っていない |
| | 9. わからない |

【問31～32は、問20（現在利用している）で「4. 看護サービス」と回答した方におうかがいします。】

問31 「看護サービス」ではどのような内容のサービスを受けていますか。

（あてはまるものすべてに○）

1. 日常の健康管理（脈拍・血圧測定・検温など）
2. 日常の保健指導（熱中症対策・インフルエンザ予防など）
3. 在宅酸素療法
4. 人工呼吸器管理
5. 経管栄養管理
6. 人工肛門または人工膀胱の処置
7. 褥瘡の処置
8. その他かかりつけ医の指示に基づく医療処置
9. 在宅でのリハビリテーション（拘縮予防・機能回復・嚥下機能訓練など）
10. 認知症への対応
11. 服薬管理・介助
12. ターミナルケア
13. その他（ ）

問32 あなた（あて名ご本人）は「看護サービス」にどの程度満足していますか。（○はひとつ）

1. 満足 2. やや満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満

※「4. やや不満」又は「5. 不満」に○をつけた方は、理由をご記入ください。

（ ）

【すべての方におうかがいします。】

問33 現在利用している小規模多機能等の利用を続けたいと思いますか。（○はひとつ）

1. 続けて使いたい 3. 別の事業所に変えたい

2. 別のサービスを利用したい → **問33-1へ**

※「2. 別のサービスを利用したい」又は「3. 別の事業所に変えたい」に○をつけた方は、理由をご記入ください。

（ ）

【問33で「2」と回答した方におうかがいします。】

問33-1 次のサービスのうち、利用したい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（老健施設・病院等でのショートステイ）
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（指定を受けた有料老人ホーム、ケアハウス及びサービス付き高齢者向け住宅）
14. 夜間対応型訪問介護
15. 認知症対応型通所介護
16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
17. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
18. 地域密着型通所介護（18人以下の小規模な通所介護）
19. 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）
20. 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）
21. 特別養護老人ホーム
22. 介護老人保健施設
23. 介護医療院
24. 介護療養型医療施設
25. 小規模多機能型居宅介護（現在、看護小規模多機能型居宅介護をご利用中の方）
26. 看護小規模多機能型居宅介護（現在、小規模多機能型居宅介護をご利用中の方）
27. あてはまるものはない

問 34 あなたは（あて名ご本人）現在、在宅生活する上で、不安を感じることがありますか。

1. 不安がある

3. 不安はない

2. まあまあ不安がある

4. わからない

問 34-1 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

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 35 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 35 で「1」～「6」のいずれかに回答した方におうかがいします。】

問 35－1 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 35－2 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 36 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 37 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 38 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

【ここからは主な介護者の方におうかがいします。】

問 39 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

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。