

3 在宅介護実態調査 (本人用)

本人用

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート 御協力をお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、令和9年度から令和11年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画・京都市認知症施策推進計画・京都市成年後見制度利用促進計画)を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査票の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に則して定めたものです。

対象となられる方は、「在宅介護の実態把握」を主眼として、市内にお住まいの介護保険制度の要介護(要支援)認定を受けておられる65歳以上の方(令和7年7月1日現在)の中から無作為に抽出させていただきました。約2,000人の皆様です。

なお、本調査につきましては、御回答いただきましたアンケート結果と皆様の要介護状態や介護サービスの利用状況等を突合のうえ、個人が特定される情報を削除させていただきます。また、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年9月 京都市

■ 回答方法・御返送いただく期日

- 1 回答は、①この調査票に直接記入していただく方法と、②インターネット(WE B)による方法があります。②インターネット(WE B)による回答のしかたは裏表紙を御参照ください。
- 2 令和7年10月24日(金)までに、調査票に御記入の後、無記名のまま同封の返信用封筒に入れて御返送いただくか、インターネット(WE B)で御回答ください。

■ 御記入いただく方について

この調査票は、原則として、あて名の御本人がお答えいただくことを想定していますが、健康状態などにより御本人によるお答えができない場合は、御本人の状況がわかる方が御本人の意思を確認しながら御記入いただくか、御本人の立場に立って御記入ください。

■ 調査に関するお問い合わせ先

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課
(担当：岡本、新谷)
電話：075(222)3800 FAX:075(213)5801

■ 御記入上のおお願い

- 1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。質問の冒頭に「あなた」と記載しているものについては全ての方に、波線(〇〇)で記載している質問は該当する方に、それぞれお答えをお願いします。

<記入例>

問3 あなたの性別について、御回答ください。<○は1つ>

- ① 男性 2. 女性 3. その他(答えたくない等) 「男性」と回答する場合
「1」に○印

- 2 一部の質問には、具体的な内容を御記入いただく場合があります。その際、数字等の記入が必要な場合は、できるだけはつきりと御記入ください。

- 3 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
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家族などの援助を受けている状態

■ 個人情報の取扱いについて

- 1 調査票および返信用封筒には、氏名、住所の記入は不要です。
- 2 調査票の送付に使用した氏名、住所は、本調査票の送付のためにのみ使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。

■ その他

- 1 本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることを御理解いただき、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。
- 2 調査に御協力いただくにあたり、市役所や区役所が口座番号や暗証番号などの提供や現金自動預払機(ATM)の操作を求めることは、絶対はありません。

「京都市民長寿すこやかプラン」

(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画・

京都市認知症施策推進計画・京都市成年後見制度利用促進計画)とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「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」及び「成年後見制度利用促進計画」の四つの計画を一体的に策定し、それら計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」としています。

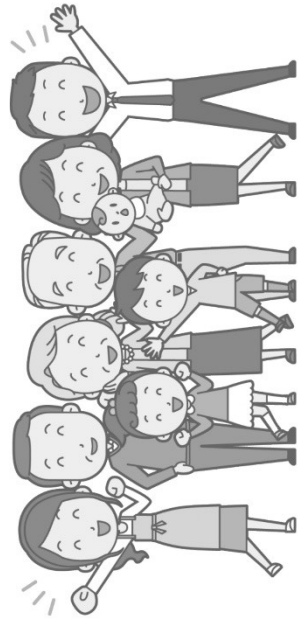
高齢者保健福祉計画は、元気な高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要性を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

認知症施策推進計画は、認知症の人を含めたひとりひとりが、その個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支えあう共生社会の実現に向けて、取り組んでいく施策について定めたものです。

成年後見制度利用促進計画は、認知症高齢者など、判断力が不十分であっても、人としての尊厳が損なわれることなく、その人らしく暮らし続けていくことを支援する成年後見制度のさらなる利用促進に向けた施策について定めたものです。

この調査は、令和9年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」(令和9年度から令和11年度まで)策定の基礎資料とするため、実施するものです。



あなた（あて名の御本人）の状況についてお聞きします。

問1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。

<あてはまるものすべてに○>

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 調査対象者本人 | 2. 主な介護者となっている家族・親族 |
| 3. 主な介護者以外の家族・親族 | 4. その他 |

問2. あなた（あて名の御本人。以下の問も同じです。）の世帯類型について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ世帯 | 3. その他 |
|---------|-----------|--------|

問3. あなたの性別について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|-------|-------|-----------------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他（答えたくない等） |
|-------|-------|-----------------|

問4. あなたの年齢について、御回答ください。<○は1つ>

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

問5. あなたの要介護度について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 |
| 4. 要介護2 | 5. 要介護3 | 6. 要介護4 |
| 7. 要介護5 | 8. わからない | |

問6. あなたの現時点での施設等[※]への入所・入居の検討状況について、御回答ください。

<○は1つ>

- | |
|----------------------|
| 1. 入所・入居を検討していない |
| 2. 入所・入居を検討している |
| 3. すてに入所・入居申し込みをしている |

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、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。

問7. あなたが、現在抱えている傷病について、御回答ください。
<あてはまるものすべてに○>

- | |
|----------------------------|
| 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（具体的に：) |
| 15. なし |
| 16. わからない |

介護保険サービスの利用についてお聞きします。

問8. あなたが令和7年8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>

- | |
|-------------------|
| 1. 利用した ⇒問8-1ハ |
| 2. 利用していない ⇒問8-2ハ |

問8-1. 問8で「1. 利用した」と回答した方にお聞きします。

以下の介護保険サービスについて、令和7年8月の1か月間の利用状況を御回答ください。対象の介護保険サービスを利用していない場合は、「利用していない」を選択してください。<○はそれぞれ1つ>

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	1. 週1回程度	2. 週2回程度	3. 週3回程度	4. 週4回程度	5. 週5回以上	6. 利用していない
(1) 訪問介護（ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5	6
(2) 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
(3) 訪問看護	1	2	3	4	5	6
(4) 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
(5) 通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5	6
(6) 通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5	6
(7) 夜間対応型訪問介護 （※訪問のあった回数を回答）	1	2	3	4	5	6
	利用の有無について（○は1つ）					
(8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1. 利用していない	2. 利用した				
(9) 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した				
(10) 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した				
(11) ショートステイ（1か月あたりの利用日数）<○は1つ>	1. 利用していない 2. 月1～7日程度 3. 月8～14日程度 4. 月15～21日程度 5. 月22日以上					
(12) 居宅療養管理指導（1か月あたりの利用回数）<○は1つ>	1. 利用していない 2. 月1回程度 3. 月2回程度 4. 月3回程度 5. 月4回程度					

問8-2. 問8で「2. 利用していない」と回答した方にお聞きします。

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。

<あてはまるものすべてに○>

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. 家族が介護をするため必要ない
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や利用方法が分からない
9. その他（具体的に： _____）

介護保険以外のサービスなどについてお聞きします。

問9. あなたが現在利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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、声掛け
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他（具体的に： _____）
11. 利用していない

※ 総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含まれます。

問10. あなたが、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、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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、声掛け
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他（具体的に： _____）
11. 特になし

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含まれます。

問11. あなたは現在、特定の医療関係者が計画を立て、定期的に居宅を訪問するようなサービスを利用していますか。〈あてはまるものすべてに○〉

1. 訪問診療（かかりつけ医）
2. 訪問歯科診療（かかりつけ歯科医）
3. 訪問薬剤管理指導（かかりつけ薬剤師）
4. 訪問看護（看護師）
5. いずれも利用していない

御家族や御親族の方からの介護についてお聞きします。

問12. あなたに対する御家族や御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〉

- | | | |
|----------------------------|---|---------|
| 1. ない | ⇒ | 調査は終了です |
| 2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない | } | ⇒問13へ |
| 3. 週に1～2日ある | | |
| 4. 週に3～4日ある | | |
| 5. ほぼ毎日ある | | |

問13. あなたは、御家族や御親族の中で、主にどなたから介護を受けておられますか。

〈○は1つ〉

1. 配偶者
2. 子
3. 子の配偶者
4. 兄弟・姉妹
5. 1～4以外の18歳以上の親族
6. 18歳未満の親族
7. その他（具体的に： _____）

問12で、「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「5. ほぼ毎日ある」を選択された場合は、同封の「すこやかアンケート（介護者の方）」への御協力も願います。
「すこやかアンケート（介護者の方）」については、介護されている方のうち、主な介護者の方に御回答・御記入をお願いいたします。また、「主な介護者」の方の御回答・御記入が難しい場合は、御本人様（調査対象者様）に御回答・御記入をお願いいたします（御本人様の御回答・御記入が難しい場合は、無回答で結構です。）。

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

パソコン・スマートフォン・タブレット端末でも回答できます！

- WEBで回答された場合は、同封の調査票の返送は不要です。
- 携帯電話（ガラケー）では回答できませんので御注意ください。

スマートフォン・タブレット端末の場合は、カメラで次の二次元バーコードを読み取ってください。



〔二次元バーコード〕

パソコンの場合は、次のURL（「https…」から始まるアドレス）をURL欄に手入力し、エンターキーを押してください。

〔URL〕 <https://src.webcas.net/form/pub/src2/261009kza>

最初の画面が表示されたら、次のIDとパスワードを入力し、「次へ」ボタンを押し、ログインしてください。

◇ID ◇パスワード

※IDは、個人を特定するものではありません。

ログイン後は、質問の番号順に沿って回答してください。

4 在宅介護実態調査（介護者用）

介護者用

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート(介護者の方)御協力をお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、令和9年度から令和11年度までの3年間で計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画・京都市認知症施策推進計画・京都市成年後見制度利用促進計画)を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に則して定めたものです。

お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期してまいります。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和7年9月 京都市

■ 御記入上をお願い

- 1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。

＜記入例＞

問4 主な介護者の方の性別について御回答ください。＜○は1つ＞

1. 男性 2. 女性 3. その他(答えたくない等) 「1」に○印

- 2 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
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家族などの援助を受けている状態

■ 個人情報取扱について

- 1 調査票および返信用封筒には、氏名、住所の記入は不要です。
- 2 調査票の送付に使用した氏名、住所は、本調査票の送付のためにのみ使用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。

■ その他

- 1 本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることを御理解いただき、御協力いただき、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。
- 2 調査に御協力いただくにあたり、市役所や区役所が口座番号や暗証番号などの提供や現金自動預払機(ATM)の操作を求めるとは、絶対にありません。

■ 調査票を御記入いただく方について

同封の「すこやかアンケート(本人用)」の間12で「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「5. ほぼ毎日ある」を選択された方の介護者の方に御協力をお願いし、「在宅介護の実態把握」を目的とするものです。

「主な介護者」の方の御回答・御記入が難しい場合は、御本人様(調査対象者様)に御回答・御記入をお願いします。(御本人様の御回答・御記入が難しい場合は、無回答で結構です。)

■ 調査に関するお問い合わせ先

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課
(担当：岡本、新谷)

電話：075(222)3800 FAX:075(213)5801

「京都市民長寿すこやかプラン」
(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画・京都市認知症施策推進計画・京都市成年後見制度利用促進計画)とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「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」及び「成年後見制度利用促進計画」の四つの計画を一体的に策定し、それら計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」として定めています。

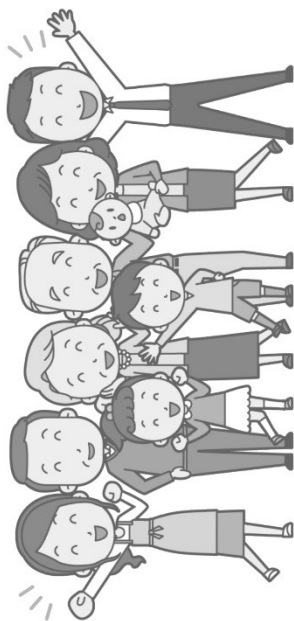
高齢者保健福祉計画は、元気な高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要量を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

認知症施策推進計画は、認知症の人を含めたひとりひとりが、その個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支えあう共生社会の実現に向けて、取り組んでいく施策について定めたものです。

成年後見制度利用促進計画は、認知症高齢者など、判断力が不十分であっても、人としての尊厳が損なわれることなく、その人らしく暮らし続けていくことを支援する成年後見制度のさらなる利用促進に向けた施策について定めたものです。

この調査は、令和9年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」(令和9年度から令和11年度まで)策定の基礎資料とするため、実施するものです。



主な介護者の方にお聞きします。

問1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。〈○は1つ〉

1. あて名の御本人（本調査のあて名の方で、御家族や御親族から介護を受けている方をいいいます。）
 2. 主な介護者の方

問2. 御家族や御親族の中で、御本人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。）
 ※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。
 <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

問3. 主な介護者の方は、どなたですか。〈○は1つ〉

1. 配偶者 2. 子 3. 子の配偶者
 4. 孫 5. 兄弟・姉妹 6. その他（具体的に： ）

問4. 主な介護者の方の性別について御回答ください。〈○は1つ〉

1. 男性 2. 女性 3. その他（答えたくない等）

問5. 主な介護者の方の年齢について御回答ください。〈○は1つ〉

1. 20歳未満 2. 20歳代 3. 30歳代
 4. 40歳代 5. 50歳代 6. 60歳代
 7. 70歳代 8. 80歳以上 9. わからない

問6. 現在、主な介護者の方が行っている介護等について御回答ください。
 <あてはまるものすべてに○>

<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（具体的に： ） 16. わからない

問7. 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御回答ください（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（具体的に： ） 16. 不安に感じていることは、特にない
 17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問8. 主な介護者の方の現在の勤務形態について、御回答ください。〈○は1つ〉

1. フルタイムで働いている } ⇒問8-1(1)~(3)へ
 2. パートタイムで働いている }
 3. 働いていない } ⇒問9へ
 4. 主な介護者に確認しないと、わからない }

問8-1. 問8で「1.フルタイムで働いている」又は「2.パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。

(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きますか。＜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、「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

(2) 主な介護者の方は、勤め先から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（具体的に：_____）
10. 特にない
11. 主な介護者に確認しないとわからない

(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＞

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9. 主な介護者の方は18歳未満の子どもがいますか。＜○は1つ＞

1. いる
2. いない

問10. 主な介護者の方が頼りにしている相談先を教えてください。
＜あてはまるものすべてに○＞

1. 区役所・支所
2. 家族
3. 家族会
4. 地域包括支援センター
5. 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
6. 介護サービス事業所
7. 病院
8. 民生委員・児童委員
9. 老人福祉員
10. 近所の人や知人
11. その他（具体的に：_____）
12. 頼れる相談先がない
13. 相談先がわからない
14. 必要がないので相談したことがない

問10-1. 問10で「1」～「11」と回答された方にお聞きします。＜あてはまるものすべてに○＞
その窓口の情報はどこから知りましたか。

1. インターネットでの検索
2. 介護関係の出版物
3. 行政への電話やメール
4. 家族や親族から
5. 友人、知人から
6. 医療機関や高齢サポートの従事者から
7. その他（具体的に：_____）

問11. 本市では、令和6年11月に「京都市ケアラーに対する支援の推進に関する条例」（ケアラー支援条例）を制定しました。あなたは「ケアラー」という言葉を知っていますか。＜○は1つ＞

1. 言葉の意味を知っている
2. 言葉は聞いたことがあるが、意味はわからない
3. 知らない

問12. 主な介護者の方は、介護を受けている方（本調査のあて名の方）と同居していますか。＜○は1つ＞

1. 同居している ⇒問13へ
2. 同居していない ⇒問12-1へ

問12-1. 問12で「2.同居していない」と回答された方にお聞きします。

(1) 介護を受けている方が居住している家までの移動時間はどれくらいですか。＜○は1つ＞

1. 30分以内
2. 1時間以内
3. 2時間以内
4. それ以上

(2) 介護を受けている方が居住している家までの移動手段はどれですか。＜○は主なもの1つだけ＞

1. 徒歩・自転車
2. 電車・バス
3. 自家用車
4. その他（具体的に：_____）

(3) あなたは、家族等の介護をするうえで、次のようなICT技術を生かしたツールを活用している又はほいたいと思いますか。〈あてはまるものすべてに○〉

	現在活用しているもの	今後活用したいもの
①家電類のセンサーで安否確認ができるサービス	1	1
②カメラなどで遠隔で、様子を見ることができサービス	2	2
③ウェアラブル端末を活用して、脈拍などの身体状況を知らせるサービス	3	3
④GPSなどで高齢者の所在地を確認できるサービス	4	4
⑤特になし	5	5

問13. 主な介護者の方は、家族等の介護をするうえで、どのような支援があれば良いと思いますか。〈○は3つまで〉

1. 介護をする方の方の心身の負担を軽減するための支援
2. 介護をする方の方の経済的負担を軽減するための支援
3. 気軽に相談できる場の確保
4. 地域の中で見守りが行われること
5. 認知症の方への対応を含む介護方法の周知
6. 認知症への知識や理解を深めるための研修会等の開催
7. その他（具体的に：)
8. わからない

問14. 主な介護者の方は、介護をしている方の交流会などがあれば参加したいと思いませんか。〈○は1つ〉

1. 参加したい
2. 参加したくない

問15. 主な介護者の方は、介護をしている方に対して介護施設などに入所してもらうことを考えていますか。〈○は1つ〉

1. 既に入所している
2. 将来的に入所する予定である
3. 入所する予定はない
4. 入所してほしいと考えているが伝えていない
5. 入所してほしいと伝えたいが拒否した
6. 考えていない、決めていない

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

パソコン・スマートフォン・タブレット端末でも回答できます！

- WEBで回答された場合は、同封の調査票の返送は不要です。
- 携帯電話（ガラケー）では回答できませんので御注意ください。

- ◆ スマートフォン・タブレット端末の場合は、カメラで次の二次元バーコードを読み取ってください。



[二次元バーコード]

- ◆ パソコンの場合は、次のURL（「https…」から始まるアドレス）をURL欄に手入力し、エンターキーを押してください。

[URL] <https://src.webcas.net/form/pub/src2/261009kzb>

- ◆ 最初の画面が表示されたら、次のIDとパスワードを入力し、「次へ」ボタンを押し、ログインしてください。

◇ID ◇パスワード

※IDは、個人を特定するものではありません。

- ◆ ログイン後は、質問の番号順に沿って回答してください。

問1 貴事業所における提供サービスについて、番号を○で囲んでください。
また、併設事業所がある場合は、番号を△で囲んでください。
(令和7年9月1日現在の状況でお答えください)

○ 各介護予防サービスを含む。

1. 介護老人福祉施設	
2. 介護老人保健施設	
3. 介護療養病床（介護療養型医療施設）	
4. 介護医療院	
5. 特定施設入居者生活介護（次のかっこ内から種別を選択してください）	<input type="checkbox"/> A 有料老人ホーム（混合型） <input type="checkbox"/> B 有料老人ホーム（介護専用型） <input type="checkbox"/> C 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> D ケアハウス <input type="checkbox"/> E サービス付き高齢者向け住宅（混合型） <input type="checkbox"/> F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）
6. 地域密着型特定施設入居者生活介護（次のかっこ内から種別を選択してください）	<input type="checkbox"/> A 有料老人ホーム（混合型） <input type="checkbox"/> B 有料老人ホーム（介護専用型） <input type="checkbox"/> C 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> D ケアハウス <input type="checkbox"/> E サービス付き高齢者向け住宅（混合型） <input type="checkbox"/> F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）
7. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
8. 認知症対応型共同生活介護	
9. その他の施設	具体的に

問2 貴事業所における従業者数を御記入ください。(令和7年9月1日現在の状況でお答えください)

- 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して御記入ください。
- ページ下部記載の【換算数の計算式】により算出した数を記載してください。
- 主として従事している職種を求めたい場合は、1～25の数字の若い順で優先して御記入ください。
- 派遣社員で対応している場合は、その数は職員数には含まないでください。

職員配置	常勤（小數点1位まで）	非常勤（小數点1位まで）
1. 管理者	・	・
2. 医師	・	・
3. 歯科医師	・	・
4. 薬剤師	・	・
5. 看護師	・	・
6. 准看護師	・	・
7. 介護支援専門員	・	・
8.のうち主任介護支援専門員	・	・
9. 計画作成担当者	・	・
10. 介護職員	・	・
11.のうち介護福祉士	・	・
12. 理学療法士	・	・
13. 作業療法士	・	・
14. 言語聴覚士	・	・
15. 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	・	・
16. はり師又はきゆう師	・	・
17. 生活相談員・支援相談員	・	・
18.のうち社会福祉士	・	・
19.のうち社会福祉士又は社会福祉士主任任用資格	・	・
20. 栄養士	・	・
21.のうち管理栄養士	・	・
22. 歯科衛生士	・	・
23. 調理員	・	・
24. 事務職員	・	・
25. その他	・	・

【換算数の計算式】

職員の上記の勤務時間
施設が定めている1週間の勤務時間
<※1か月に数回の勤務である場合>
職員の上記の勤務時間
施設が定めている1週間の勤務時間×4（通）

※職員の勤務時間は表態に応じて、算出してください。管理者等の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出してください。

上記計算式によって得られた数値を、小數点以下第2位を四捨五入して、小數点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

問3 貴事業所において、サービスを利用されている方について、御記入ください。

①定員は、令和7年9月1日現在の状況でお答えください。
 ②利用者数は令和7年8月1日から8月31日までの利用者について、延べ人数ではなく、実人数を御記入ください。

① 定員 _____ 人	② 利用者数 _____ 人 (実人数)
-----------------	-------------------------

問3-1 貴事業所における令和6年4月から令和7年3月までの月平均の利用者数について御記入ください。

利用者数
_____ 人 (実人数)

問4 問3②の利用者数について、要介護度別・居住地別の人数を御記入ください。

〇入所前の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する行政区内	市内の他の行政区	他の市町村	合 計
事業対象者	人	人	人	人
要支援1	人	人	人	人
要支援2	人	人	人	人
要介護1	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人

問3②の利用者数と合致させてください

問4-1 問3②の利用者数について、認知症高齢者の日常生活自立度別・居住地別の人数を御記入ください。

〇入所前の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する行政区内	市内の他の行政区	他の市町村	合 計
自立	人	人	人	人
I	人	人	人	人
II a	人	人	人	人
II b	人	人	人	人
III a	人	人	人	人
III b	人	人	人	人
IV	人	人	人	人
M	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人

問3②の利用者数と合致させてください

問5 貴事業所における利用者の確保状況について、3年前と比較して変化がある場合は、その違いについてお答えください。

1. 容易になった 4. 比較的困難になった 7. その他 (具体的に	2. 比較的容易になった 5. 困難になった 3. 変わらない 6. 3年前には未開所
--	--

問5-1 問5の回答を選択した理由をご記入ください。

問5-2 併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の専用床をお持ちの事業所にお聞きします。
併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用状況は、3年前と比較してどのように変化していますか。

1. 利用が減っている	2. 変わらない	3. 利用が増えている
-------------	----------	-------------

問6 貴事業所における3年後の利用者の確保は、現在と比較してどのようになるとお考えですか。

1. 容易になる 2. 変わらない 3. 困難になる 4. その他 (具体的に)
--

問6-1 問6の回答を選択した理由を御記入ください。

--

問6-2 併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の専用床をお持ちの事業所にお聞きします。
併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護における3年後の利用状況は、現在と比較してどのようになるとお考えですか。

1. 利用が減る	2. 変わらない	3. 利用が増える
----------	----------	-----------

問6-3 問6-2の回答を選択した理由を御記入ください。

--

問7 入所(入居)期間別の入所(入居)者数について御記入ください。
(令和7年9月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上	合計
人	人	人	人	人	人	人

問7-1 入所(入居)申込から入所(入居)までの期間を御記入ください。
(令和7年9月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

1か月未満	1か月以上 3か月未満	3か月以上 6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

問8 入所（入居）前の居所について御記入ください。
（令和6年9月1日から令和7年8月31日までの入所（入居）者についてお答えください）

居宅（一人暮らし）	人	介護老人福祉施設	人
居宅（家族と同居）	人	介護老人保健施設	人
養護老人ホーム	人	介護療養病床（病院）	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	医療療養病床（病院）	人
有料老人ホーム	人	介護医療院	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
認知症対応型共同生活介護	人	合計	人

問8-1 退所（退居）後の居所等について御記入ください。
（令和6年9月1日から令和7年8月31日までの退所（退居）者についてお答えください）

居宅（一人暮らし）	人	介護老人保健施設	人
居宅（家族と同居）	人	介護療養病床（病院）	人
養護老人ホーム	人	医療療養病床（病院）	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	介護医療院	人
有料老人ホーム	人	死亡	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
認知症対応型共同生活介護	人	未定	人
介護老人福祉施設	人	合計	人

問9 令和7年9月1日現在で、把握している入所（入居）申込者数について御記入ください。

人

問10 入所者の平均入所期間について御記入ください。

※ 令和6年9月1日～令和7年8月31日までに施設を退所された方の平均値を御回答ください。

延べ退所者数 人 平均入所期間 年 か月

介護従事者の確保・処遇改善についてお聞きします。

問11 貴事業所の介護保険の指定介護サービス事業に従事する従業員について1年間（令和6年9月1日から令和7年8月31日まで）の採用者数、離職者※数をお聞きます。
また、貴事業所で1年間に離職した者のうち、勤務年数が「1年未満の者」、「1年以上3年未満の者」、「3年以上5年未満の者」、「5年以上10年未満の者」及び「10年以上の者」の人数は何人でしたか。

※ 「離職者」とは、調査対象期間中に事業所を退職あるいは、解雇された者を指し、他企業への出向・復職者を含み、同一企業内の他事業所への転出者を除く。
注）該当者がいない場合は、0を記入してください。

	1年間（令和6年9月1日から令和7年8月31日まで）の採用者・離職者				離職者の勤務年数					
	採用者	離職者	1年以上3年未満の者	3年以上5年未満の者	5年以上10年未満の者	10年以上の者	1年以上3年未満の者	3年以上5年未満の者	5年以上10年未満の者	10年以上の者
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
非常勤職員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
短時間労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問12 貴事業所において、従業員の職種別過不足※の状況はどうか。
（あてはまる番号○に○）

※資格保有者ではなく、その仕事（職種）に就く者について記入して下さい。

	1	2	3	4	5	6
介護職員	1	2	3	4	5	6
看護職員	1	2	3	4	5	6
生活相談員	1	2	3	4	5	6
PT・OT・ST等	1	2	3	4	5	6
事業所全体でみた場合	1	2	3	4	5	6

問12-1～問12-4ハ

問12-1 問12の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、介護職員等の不足への対応状況について、該当するものを全て選択してください。

1. 別の事業所から人を借りるなど法人内で人のやりくりをしている
 2. 今いる人員でなんとかやりくりをしている
 3. ボランティアを活用している
 4. 派遣会社を活用している
 5. 人材紹介会社を活用している
 6. ICTを導入して、事務手続きを簡略化している
 7. 土日を営業日から除外するなど営業日を減らしている
 8. 利用者の人数制限をしている
 9. 他事業所を閉鎖して、人員を確保している
 10. その他
- （具体的に）

問12-2 問12の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、事業所が実施する業務の中で、特に人手が足りない業務について、選択してください。

1. 食事介助
 2. 入浴介助
 3. 排泄介助
 4. 夜間帯の勤務
 5. その他
- （具体的に）

問12-3 問12の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、介護助手を採用している事業所は、回答時点の採用人数とこれまでの採用人数累計（概ね○人以上）を教えてください。

介護助手の採用人数 _____ 人
 これまでの採用人数累計 概ね _____ 人以上

問12-4 問12の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、不足解消に向けて事業所で実施している取組を教えてください。

- <あてはまるものすべてに○>
1. 多様な募集ルートの活用
 2. 資格取得にかかる費用の助成
 3. 就業希望者の要望に基づく労働条件の調整
 4. 福利厚生充実
 5. 地域の平均的水準より高額な賃金の提示
 6. 他の介護事業者との間での人事異動の実施
 7. その他
- （具体的に）
8. 特にやっている取組はない

問13 貴事業所で外国人介護職員※を雇用していますか。<○は1つ>

※ 在留資格が「EPA」、「留学生」、「技能実習」、「特定技能1号」、「介護」の方

1. 雇用しておらず、今後も雇用の予定はない ⇒ 問14へ
2. 雇用していないが、今後は検討していく ⇒ 問14へ
3. 雇用している ⇒ 問13-1へ

問13-1 問13で「3 雇用している」と回答した事業所は、人数と内訳を記載してください。

	EPA	在留資格 (介護)	技能実習	特定技能1号	留学生	その他	合計
人数	人	人	人	人	人	人	人

問13-2 問13で「3 雇用している」と回答した事業所にお聞きします。日本で永続的に働きたいと考えている外国人介護職員の割合を記載してください。

永続的に働きたいと考えている外国人職員の割合 概ね _____ 割程度

問15 外国人介護人材を受け入れるにあたって、希望する支援策は何ですか。(5つまで選択可)

1. 制度説明
2. 監理団体等とのマッチングの場合
3. 受入に係る事務手続き支援
4. 採用にかかるとの経費の補助
5. 生活費（家賃等）の補助
6. 事業所における研修費用の補助
7. 外部研修に参加する費用補助
8. 多言語翻訳機等の購入にかかる費用補助
9. 日本語に係る研修
10. 介護技術に係る研修
11. 介護福祉士国家試験の対策
12. 日本人指導者への研修
13. 外国人介護人材相互の交流会
14. 外国人介護人材受入に係る事例収集・情報発信
15. 外国人介護人材のメンタルヘルスケア
16. 日本人職員向けの文化理解の研修
17. モデルとなるマニュアル等の作成（受入編、指導者向け、外国人職員向け等）
18. 地域社会との交流支援
19. 京都府外国人介護人材支援センター職員による出張相談
20. その他
〔具体的に〕

問13-3 問13で「3 雇用している」と回答した事業所にお聞きします。
外国人介護職員を受け入れるにあたって、受入側で住居を確保する必要が
とありますが、事業所で実施している住居確保や生活支援に係る具体的
な支援内容について教えてください。【自由記述】
(例) 住宅手当、自社物件又は賃貸物件借上げによる宿舍設置による安価な住宅の提供、
宿舍設置の備品準備（冷蔵庫・エアコン等など）

【すべての事業所にお聞きします。】

問14 外国人介護職員の受け入れにあたって、不安や問題と感じていることは何ですか。
(5つまで選択可)

1. 受入制度や手続きがわからない
2. 監理団体・登録支援機関の選定方法がわからない
3. 家賃補助等が過大
4. 住居の確保に係る費用や労力が過大
5. 日本語学習や介護技術等の研修費が過大
6. 監理団体・登録支援機関に支払う経費が過大
7. 日本語の読み書きが十分できるか
8. 日本語でのコミュニケーションが十分とれるか
9. 介護技術のレベルが十分か
10. 外国人に夜勤時や緊急時の対応ができるか
11. 外国人の雇用について利用者（家族）の理解が得られるか
12. 外国人の雇用について日本人職員の理解が得られるか
13. 外国人への指導により日本人職員の負担が増える
14. 生活習慣の違い（宗教、食生活、メンタル、住居等）
15. 国民性や考え方の違いによるトラブルが不安
16. その他
〔具体的に〕
17. 特に不安や問題と感じていることはない

本市の施策や介護保険制度についてお聞きします。

問20 本市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度などについて、御意見がありましたら、御自由にお書きください。

質問は以上です。アンケートに御協力いただき、ありがとうございました。

第10期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための
すこやかアンケート及び
介護サービス事業者に関するアンケート
調査結果報告書

(令和7年度実施)
令和8年6月発行

京都市印刷物第080798号

編集・発行 京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室
介護ケア推進課



京都市は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。