

# 交野市における介護保険運営に関するアンケート

～要支援・要介護認定高齢者の在宅介護における実態調査～

日頃は、市政にご協力いただきまして、ありがとうございます。

現在本市では、高齢者が最期まで自分らしくいきいきと暮らすことのできるまちづくりに取り組んでいくにあたり、高齢者福祉や介護保険事業の総合的な推進を目的とした計画づくりを進めているところです。

そこで、計画策定に向けて、高齢者のニーズや地域課題を把握するため、市内在住で在宅で生活しており、要支援・要介護認定を受けている方のうち、無作為抽出で選んだ1,600名にこの調査票をお送りしています。

本調査の結果につきましては、計画策定の基礎資料としてのみ使用するため、回答された方の個人情報がそれ以外の目的で使用されることはありません。お忙しいところ恐縮ですが、ぜひ調査票へのご回答をお願いいたします。

令和7年12月 交野市長 山本 景

収集した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、調査目的以外に使用することはありません。

調査票記入後は、折りたたんで、同封の返信用封筒に入れて、  
令和8年1月16日（金）までに、投函してください。



★このアンケートについてわからない点がありましたら、下記の連絡先をお願いします。

交野市役所 福祉部 高齢介護課

TEL : (072) 893-6409

FAX : (072) 895-6065

E-mail : [kaigo@city.katano.osaka.jp](mailto:kaigo@city.katano.osaka.jp)



## A票 基本的事項について

問1 あて名のご本人の要支援・要介護度について、ご回答ください。(ひとつだけ○)

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

問2 あて名のご本人のお住まいは、どちらですか。(ひとつだけ○)

- |   |
|---|
| 1 医療機関に入院しており、現在のところ退院の予定はない ⇒調査は以上で終了です                              |
| 2 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護付き有料老人ホーム・グループホームに入所している ⇒調査は以上で終了です |
| 3 自宅、もしくは有料老人ホーム(介護付き有料老人ホームは除く)、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅で生活している           |

問3 現在、この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。あて名のご本人から見た関係性を回答してください。(ひとつだけ○)

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1 あて名のご本人(あなた)  | 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 あて名のご本人のケアマネジャー  |
| 5 その他(具体的に: )   |                    |

問4 あて名のご本人の家族構成について、ご回答ください。(ひとつだけ○)

- |               |          |
|---------------|----------|
| 1 単身世帯        | 2 夫婦のみ世帯 |
| 3 その他(具体的に: ) |          |

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。(ひとつだけ○)

- |            |            |       |
|------------|------------|-------|
| 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 あて名のご本人の最終学歴(中退を含む)を教えてください。(ひとつだけ○)

- |              |               |           |
|--------------|---------------|-----------|
| 1 高校         | 2 大学          | 3 短大・専門学校 |
| 4 大学院(修士・博士) | 5 その他(具体的に: ) |           |

問7 あて名のご本人は、ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらい受けておられますか。(ひとつだけ○) (同居していない子どもや親族等からの介護を含みます)

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1 ない ⇒問8に進んでください          | } ⇒問7-1に進んでください |
| 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7-1から問7-8は、問7で「2」「3」「4」「5」のいずれかを選択した方のみ回答してください

問7-1 あて名のご本人を、主に介護している方はどなたですか。あて名のご本人からみた関係性を回答してください。（ひとつだけ○）

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7-2 あて名のご本人を、主に介護している方の性別について、ご回答ください。（ひとつだけ○）

1 男性	2 女性
------	------

問7-3 あて名のご本人を、主に介護している方の年齢について、ご回答ください。（ひとつだけ○）

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

問7-4 主に介護している方の健康状態について、ご回答ください。（ひとつだけ○）

1 健康である	2 どちらかといえば健康である
3 ふつう	4 どちらかといえば健康でない
5 健康でない	

問7-5 主に介護している方が、一日あたりの介護に要する時間（行っている介護の合計時間）について、ご回答ください。（ひとつだけ○）

1 ほとんど終日	2 半日程度	3 2～3時間程度
4 必要な時に手を貸す程度	5 その他（具体的に： _____）	

問7-6 現在、主に介護している方が行っている介護等について、ご回答ください。（○はいくつでも）

<b>【身体介護】</b>	
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）	
<b>【生活援助】</b>	
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	
<b>【その他】</b>	
15 その他（具体的に： _____）	16 わからない

問7-7 ご家族やご親族の中で、あて名ご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）（〇はいくつでも）

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 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7-8 主に介護している方のほかに、家庭内で日常的に介護に協力してくれる人は、あて名のご本人からみてどなたですか。（〇はいくつでも）

- |   |                  |   |       |
|---|------------------|---|-------|
| 1 | 配偶者（夫・妻）         | 2 | 親     |
| 3 | 子ども・子どもの配偶者      | 4 | 孫     |
| 5 | 兄弟・姉妹            | 6 | 誰もいない |
| 7 | その他（具体的に： _____） |   |       |

★問8以降は、全員が回答してください

問8 現在、あて名のご本人が利用している「介護保険サービス<sup>※</sup>以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。（〇はいくつでも）

※「介護保険サービス」とは、介護保険を利用して受けられるサービスのことで、訪問介護や通所介護などのことを指します。

- |    |                    |    |               |
|----|--------------------|----|---------------|
| 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、買い物等） |
| 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            |    | （具体的に： _____） |

問9 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。（〇はいくつでも）

※介護保険サービス、介護保険サービス以外の支援・サービスともに含まれます。

- |    |                    |    |               |
|----|--------------------|----|---------------|
| 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、買い物等） |
| 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               |    | （具体的に： _____） |

**問 10 あて名のご本人は、今後どのようなところで生活したいとお考えですか。（ひとつだけ○）**

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1 このまま自宅で生活したい        | 2 有料老人ホームで暮らしたい |
| 3 サービス付き高齢者向け住宅で暮らしたい | 4 グループホームで暮らしたい |
| 5 介護保険施設に入所したい        | 6 わからない         |
| 7 その他（具体的に： _____）    |                 |

ご存知ですか？

<b>有料老人ホーム</b>	食事サービスや介護サービス、健康管理などを受けることができる、高齢者に配慮した住まいのこと
<b>サービス付き 高齢者向け住宅</b>	高齢者単身・夫婦世帯のための、専門家による安否確認サービスや生活相談サービスを受けることができ、バリアフリー構造等の基準が満たされた住まいのこと
<b>グループホーム</b>	認知症の利用者が共同生活を行い、入浴、排泄、食事等の介護や機能訓練が受けられる施設のこと
<b>介護保険施設</b>	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設、療養型医療施設など、入所して介護や看護などが受けられる施設のこと

**問 11 あて名のご本人の、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。（ひとつだけ○）**

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護付き有料老人ホーム・グループホームを指します。

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1 入所・入居は検討していない     | 2 入所・入居を検討している     |
| 3 すでに入所・入居申し込みをしている | 4 その他（具体的に： _____） |

**問 12 あて名のご本人は、現在、訪問診療を利用していますか。（ひとつだけ○）**

※訪問歯科診療や介護保険での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 13 あて名のご本人が、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）**

※虫歯や歯周病など、歯に関わる傷病は「14 その他」にご回答ください。

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| 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・聴覚障がいを伴うもの） | 14 その他（具体的に： _____）      |
| 15 なし                      | 16 わからない                 |

**問 14 あて名のご本人は、加齢等により、日常生活において慢性的に他の人の会話や発言などを聞き取りにくいと感じることはありますか。（ひとつだけ○）**

- |         |          |
|---------|----------|
| 1 よくある  | 2 時々ある   |
| 3 あまりない | 4 ほとんどない |

**問 15 あて名のご本人は現在、（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ていますか。（ひとつだけ○）**

- |   |         |                  |
|---|---------|------------------|
| 1 | 利用している  | ⇒問 16 に進んでください   |
| 2 | 利用していない | ⇒問 15-1 に進んでください |

★問 15-1 は、問 15 で「2」を選択した方のみ回答してください

**問 15-1 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きや利用方法がわからない |
| 9 | その他（具体的に： _____）         |

**問 16 あて名のご本人は、人生の最期をどこで迎えたいと考えていますか。（ひとつだけ○）**

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 1 | 在宅                                      | ⇒問 16-1 に進んでください |
| 2 | 福祉施設（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 等） | ⇒問 17 に進んでください   |
| 3 | その他（具体的に： _____）                        | ⇒問 17 に進んでください   |

★問 16-1 は、問 16 で「1」を選択した方のみ回答してください

**問 16-1 在宅で最期を迎えるにあたり、不安を感じることはありますか。（○はいくつでも）**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 介護してくれる家族がいない            |
| 2 | 経済的に不安がある                |
| 3 | 家族に介護負担がかかる              |
| 4 | 在宅で療養する居住環境に不安がある        |
| 5 | 往診してくれるかかりつけ医がいない        |
| 6 | 訪問看護体制（看護師の訪問）に不安がある     |
| 7 | 訪問介護体制（ホームヘルパーの訪問）に不安がある |
| 8 | 症状が急に悪くなったときの対応に不安がある    |
| 9 | その他（具体的に： _____）         |

★問 17 は全員が回答してください

**問 17 あて名のご本人は、「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング／ACP）」という言葉についてご存知ですか。（ひとつだけ○）**

- |   |             |   |                   |
|---|-------------|---|-------------------|
| 1 | 言葉も内容も知っている | 2 | 言葉は知っているが、内容は知らない |
| 3 | この調査で初めて知った |   |                   |

ご存知ですか？

### ～人生会議（アドバンス・ケア・プランニング／ACP）について～

あなたが大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと共有する取り組みを人生会議（アドバンス・ケア・プランニング／ACP、とも言う）と言います。命が危険な状態になると、約70%の人が将来的な医療やケアについて自分の希望を伝えられなくなるとされているため、事前に自身の希望を伝えておく必要があります。

**問 18** あて名のご本人は、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング／ACP）に関する、次の取り組みを行っていますか。（①から③のそれぞれについて、ひとつだけ○）

	現在取り組んでいる・すでに行った	現在取り組んでいないが、取り組みたいと考えている	取り組む予定はない
① 人生の最終段階において医療をどのように受けるか、家族などと話し合う	1	2	3
② 人生の最終段階においてどこで、誰と、どんなふうにご過ごし たいか家族などと話し合う	1	2	3
③ エンディングノート（終活ノート）を作成している	1	2	3

★問 18-1 は、問 18 の①から③のいずれかで「3」を選択した方のみ回答してください

**問 18-1** 取り組む予定はないと考える理由を教えてください。（○はいくつでも）

- 1 話し合う・作成するきっかけがない
- 2 話し合う・作成する必要性を感じていない
- 3 知識がなく、何を話し合う・記載するべきなのかわからない
- 4 話し合いたくない・作成したくない
- 5 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

★問 19 は全員が回答してください

**問 19** 人生会議の話し合う項目として、「急変時の対応」がありますが、あて名のご本人は、容体が急変した場合に医者や救急隊員にどのような処置を望みますか。（ひとつだけ○）

- 1 回復の見込みがなくても延命処置を続けてほしい
- 2 延命処置よりも、苦痛が軽減されることを重視してほしい
- 3 回復の見込みがないのであれば、何も望まない
- 4 その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

問 20 問 19 で答えたあなたの思いや考えは、家族と共有できていますか。（ひとつだけ○）

1 共有できている	2 共有できていない
-----------	------------

問 21 問 19 で答えたあなたの思いや考えは、医療又は介護関係者と共有できていますか。（ひとつだけ○）

1 共有できている	2 共有できていない
-----------	------------

問 22 問 19 で答えたあなたの思いや考えは、緊急時医療機関連絡カード（意思カード）など書面に残していますか。（ひとつだけ○）

1 残している	2 残していない
---------	----------

▼緊急時医療機関連絡カード（意思カード）の見本

<b>交野市 緊急時医療機関連絡カード</b>			
患者氏名 _____	性別 (男・女)		
生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (才)			
患者住所 _____			
カード記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
主治医 医療機関名 _____	医師名 _____ 印 _____		
日中連絡先 _____	主治医への連絡 (要・不要)		
夜間連絡先 _____			
主な疾患名			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
主な内服薬			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
緊急時処置 (主治医と家族との話し合いによる要望)			
酸素吸入	する・しない	点滴	する・しない
挿管	する・しない	心臓マッサージ	する・しない
人工呼吸器	する・しない	除細動	する・しない
その他 { _____ }			
[本人又は代理人署名]		{ _____ }	
続柄 ( _____ )		{ _____ }	

<b>交野市 緊急時医療機関連絡カードの趣旨</b>
<p>このカードは、</p> <p>在宅患者、又は施設・老人ホーム入所者が、病状悪化のため救急要請された時に、スムーズに処置が行われる様、救急隊の方や救急担当医師に参考にして頂くためのものです。</p> <p>但し、現場での処置は、あくまでも救急隊員や担当医師の判断が優先されるもので、このカードのとおりにも必ずしも進まない時もあることを理解しておいて下さい。</p>

A票の質問は以上です。B票に移る前に、以下の内容をご確認ください。

●問7で「1」を選択された方

あて名のご本人が、ご家族やご親族の方からの介護を受けていないと回答の方

⇒質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。

●問7で「2」～「5」を選択された方

あて名のご本人が、ご家族やご親族の方からの介護を受けていると回答の方

⇒「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします。(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です。)

## B票 主な介護者の方についてお伺いします

### 問1 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。(ひとつだけ○)

- |   |                    |   |               |
|---|--------------------|---|---------------|
| 1 | フルタイムで働いている        | } | ⇒問1-1に進んでください |
| 2 | パートタイム※で働いている      |   |               |
| 3 | 働いていない             | } | ⇒問2に進んでください   |
| 4 | 主な介護者に確認しないと、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。

★問1-1から問1-3は、問1で「1」「2」のいずれかを選択した方のみ回答してください

### 問1-1 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。(○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1-2 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（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      |

**問 1-3 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。(ひとつだけ○)**

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 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2以降は、全員が回答してください

**問 2 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を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、いないは問いません) (○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 3 主な介護者の方が不安を感じる内容として、あてはまるものを教えてください。**

**(①から⑨のそれぞれについて、ひとつだけ○)**

	大いにある	多少ある	ない
①医療費や交通費などの経済的負担が大きい	1	2	3
②福祉サービスの負担(手続きや利用料)が大きい	1	2	3
③介護で仕事や家事ができない	1	2	3
④介護で自由に外出できない	1	2	3
⑤介護で自分の時間が持てない	1	2	3
⑥介護で心身ともに疲れる	1	2	3
⑦将来の見通しが立てられない	1	2	3
⑧介護者自身の健康について不安がある	1	2	3
⑨緊急時に医療を迅速に受けることが難しい	1	2	3

問4 今後も在宅で介護をしながら生活を継続するために、主な介護者の方が必要と思われるサービスはありますか。その他、介護保険全般について期待することなどのご意見等がございましたら、ご自由にお書きください。

(例：土日でも介護の相談ができる場所、早朝や夜間も受け入れてくれるデイサービス、認知症の方を抱える家族への支援の充実など)

Blank area for writing answers, enclosed in a dashed border with horizontal lines.

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。  
表紙裏のご署名や記入もれがないか、再度お確かめください。  
ご回答いただきました調査票につきましては、  
同封の返信用封筒に入れ、封をしたうえで  
**令和8年1月16日(金)** までに  
ご返送ください。(切手は不要です)

