

神戸市市民福祉調査委員会  
令和7年度 第1回「介護保険専門分科会」次第

1 次 第

【審議事項】

- ・第10期介護保険事業計画策定に係る実態調査の調査項目について

【報告事項】

- ・終活支援事業の開始について
- ・認知症神戸モデルの概要と実施状況

2 資 料

- (資料1) 神戸市市民福祉調査委員会「介護保険専門分科会」委員名簿
- (資料2) 神戸市市民福祉調査委員会運営要綱  
神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会運営要綱  
企画・調査部会 ワーキンググループ設置要綱
- (資料3) 第10期介護保険事業計画策定に向けた動き
- (資料4) 第10期介護保険事業計画策定に係る実態調査の調査項目
- (資料5) 終活支援事業の開始について
- (資料6) 認知症神戸モデルの概要と実施状況

神戸市 市民福祉調査委員会 介護保険専門分科会 委員名簿 (敬称略)  
(選出分野別 五十音順)

令和7年11月現在

1 学識経験者 (4名)	◎ 大和 三重	関西学院大学名誉教授
	澤田 有希子	関西学院大学人間福祉学部教授
	前田 潔	神戸大学名誉教授
	松岡 健	神戸新聞社論説委員
2 保健医療 関係者 (6名)	有本 雅子	神戸市介護老人保健施設協会会長
	○ 久次米 健市	神戸市医師会副会長
	西 昂	神戸市民間病院協会会長
	松下 清美	兵庫県看護協会専務理事
	前田 多津子	神戸市歯科医師会副会長
	宮内 智也	神戸市薬剤師会副会長
3 福祉関係者 (4名)	伊賀 浩樹	神戸市ケアマネジャー連絡会代表理事
	榎本 昌起	兵庫県社会福祉士会副会長
	辰己 良輔	神戸市シルバーサービス事業者連絡会会長
	出上 俊一	神戸市老人福祉施設連盟理事長
4 地域活動団体 (4名)	大竹 義仁	認知症の人と家族の会兵庫県支部世話人
	小野 三恵	神戸市婦人団体協議会理事
	久保 三男	神戸市老人クラブ連合会副理事長
	本田 智美	神戸市自治会連絡協議会事務局長
5 被保険者 (2名)	酒巻 恵	市民代表
	武下 郁子	市民代表
6 市会議員 (5名)	宮田 公子	市会議員
	伊藤 めぐみ	市会議員
	外海 開三	市会議員
	森本 真	市会議員
	上畠 寛弘	市会議員
合計 25名	◎分科会長 ○副分科会長	

## 神戸市市民福祉調査委員会運営要綱

平成 12 年 4 月 18 日  
委 員 会 決 定

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、神戸市市民福祉調査委員会条例（平成 12 年 3 月条例第 101 号）第 8 条の規定に基づき、神戸市市民福祉調査委員会（以下「委員会」という。）の運営に関し必要な事項について定める。

(会議)

第 2 条 委員会に、次の会議を設置する。

- (1) 計画策定・検証会議 定数 15 名以内
- (2) 福祉政策会議 定数 15 名以内

- 2 前項に掲げる会議の所掌事務は、別表 1 に掲げるとおりとする。
- 3 会議に属すべき委員及び臨時委員は、委員長が指名する。ただし、委員長が互選されるまでの間、会議の運営上支障がある場合、会議に属すべき委員又は臨時委員の指名については、市長が行う。なお、その際は、委員長決定時に、改めてその承認をとるものとする。
- 4 会議に会長を置き、又必要があるときは副会長を置くことができる。
- 5 会長及び副会長は、会議に属する委員及び臨時委員の互選によって定める。
- 6 会長は、その会議の会務を総理する。
- 7 会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、副会長又はあらかじめ会長の指名する委員及び臨時委員が、その職務を代理する。
- 8 会議は、会長が招集する。ただし、会長が互選されるまでの間、福祉局長が召集する。
- 9 会議は、会議に属する委員及び臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。
- 10 会議には、必要に応じて部会を置くことができる。
- 11 前項に定める部会の定数は、10 名以内とする。
- 12 第 3 項から第 9 項までの規定は、部会において準用する。この場合において、「会長」とあるのを「部会長」、「副会長」とあるのを「副部会長」とそれぞれ読み替える。

(専門分科会)

第 3 条 委員会に、次の専門分科会を設置する。

- |                   |           |
|-------------------|-----------|
| (1) 民生委員審査専門分科会   | 定数 10 名以内 |
| (2) 身体障害者福祉専門分科会  | 定数 15 名以内 |
| (3) 児童福祉専門分科会     | 定数 30 名以内 |
| (4) 精神保健福祉専門分科会   | 定数 20 名以内 |
| (5) 市民福祉顕彰選考専門分科会 | 定数 15 名以内 |
| (6) 介護保険専門分科会     | 定数 35 名以内 |
| (7) 成年後見専門分科会     | 定数 10 名以内 |

2 第 2 条第 3 項から同条第 10 項までの規定の規定は、専門分科会について準用する。この場合において、「会議」とあるのを「専門分科会」と、「会長」とあるのを「分科会長」と、「副会長」とあるのを「副分科会長」とそれぞれ読み替える。

3 第 1 項の各号に掲げる専門分科会の委任事務は、別表 2 に掲げるとおりとする。

4 専門分科会の議事は、出席した委員及び臨時委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、分科会長の決するところによる。

5 専門分科会で決議された事項は、委員会の決議とみなす。

(会議等の公開)

第 4 条 会議は、これを公開する。ただし、委員会の決議により公開しないことができる。

2 前項の規定により会議を公開するときは、開催日時等を市民に事前周知するよう努めるものとする。

3 公開・非公開の会議に関わらず、会議終了後すみやかに会議録又は会議録要旨（以下「会議録等」という）を作成する。

4 会議で使用した資料及び前項の規定により作成された会議録等の写しは公開する。ただし、個人情報等公にしないことが適当と認められる内容が記録されているものについてはこの限りではない。

5 前 4 項の規定は、第 2 条に定める会議及び第 3 条に定める専門分科会に準用する。

(関係者の出席)

第 5 条 委員長は、必要があると認めるときは、委員会への関係者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

2 前項の規定は、会議及び専門分科会に準用する。この場合、「委員長」と

あるのを「会長」又は「分科会長」と読み替える。

(参与)

第6条 委員会に参与を置く。

2 参与は、市職員のうちから委員長が指名する。

3 参与は、会議に出席し、審議事項に関して意見を述べることができる。

(代表幹事及び幹事)

第7条 委員会に代表幹事及び幹事を置く。

2 代表幹事及び幹事は、市職員のうちから委員長が指名する。

3 代表幹事及び幹事は、委員会等の所掌事務について委員及び臨時委員を補佐する。

(庶務)

第8条 会議の庶務は、福祉局又は教育委員会事務局において処理する。

2 専門分科会の庶務は、福祉局、健康局又はこども家庭局において処理する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、会議及び専門分科会の運営に関し必要な事項は、会議及び専門分科会が定める。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日より施行する。

附 則

別表は、平成13年1月9日改正。但し、平成12年6月7日より施行する。

附 則

別表は、平成13年7月18日改正。同日施行。

附 則

別表は、平成15年7月29日改正。同日施行。

附 則

別表は、平成17年4月21日改正。但し、平成17年4月1日より施行する。

附 則

(施行期日)

1 別表は、平成18年10月20日改正。但し、別表2②及び3②は平成18年4月1日、その他は平成18年10月1日より施行する。

(経過措置)

2 障害者自立支援法附則第48条の規定による精神障害者社会復帰施設については、改正前の別表の4②の規定の適用があるものとする。

附 則

別表は、平成21年1月28日改正。同日施行。

附 則

この要綱は、平成24年8月6日より施行する。

附 則

この要綱は、平成26年2月7日より施行する。

附 則

この要綱は、平成27年12月21日より施行する。

附 則

この要綱は、平成31年1月16日より施行する。

附 則

この要綱は、令和元年12月26日より施行する。

附 則

この要綱は、令和2年11月6日より施行する。

附 則

この要綱は、令和7年1月6日より施行する。

別 表 1 （第 2 条 関 係）

会 議 の 所 掌 事 務

1 . 計 画 策 定 ・ 検 証 会 議

- ① 市 民 福 祉 総 合 計 画 の 策 定 に 関 す る 事 件 。
- ② 市 民 福 祉 総 合 計 画 の 進 行 及 び 成 果 の 検 証 ・ 評 価 に 関 す る 事 件 。

2 . 福 祉 政 策 会 議

- ① 市 民 福 祉 の 推 進 に 必 要 な 施 策 の 企 画 ・ 調 査 に 関 す る 事 件 。

## 別 表 2 （第 3 条 関 係）

### 専 門 分 科 会 へ の 委 任 事 務

#### 1 . 民 生 委 員 審 査 専 門 分 科 会

① 民生委員の適否の審査に關すること。

（社会福祉法第11条第1項）

#### 2 . 身 体 障 害 者 福 祉 専 門 分 科 会 （ 社 会 福 祉 法 第 11 条 第 1 項 ）

① 身体障害者手帳の交付申請に必要な診断書を作成できる医師の指定の審議に關すること。

（身体障害者福祉法第15条第2項）

② 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定及び取消についての審議に關すること。

（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条、第68条）

③ 身体障害者の障害程度の審査に關すること。

（身体障害者福祉法施行令第5条第1項）

#### 3 . 児 童 福 祉 専 門 分 科 会

① 児童の施設入所等の措置の決定及び解除についての審議に關すること。

（児童福祉法第27条第6項及び同法施行令第32条）

② 児童虐待事案の検討に關すること。

③ 映画、演劇、出版物、玩具等による児童福祉の増進又は児童に及ぼす悪影響の防止を目的に、映画等を審査のうえ、推薦又は勧告すること。

（児童福祉法第8条第9項）

④ 母子父子福祉資金貸付金の打ち切りの審議に關すること。

（母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令第13条）

⑤ 里親の認定についての審議に關すること。

（児童福祉法施行令第29条）

⑥ 認可を受けない児童のための施設に係る事業の停止又は施設の閉鎖についての審議に關すること。

（児童福祉法第59条第5項）

⑦児童福祉施設に係る事業停止についての審議に関すること。

(児童福祉法第46条第4項)

⑧家庭的保育事業等、乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)及び保育所の認可についての審議に関すること。

(児童福祉法第34条の15第4項、第35条第6項)

#### 4. 精神保健福祉専門分科会

①厚生労働大臣の定める基準に適合しなくなった、又はその運営方法がその目的遂行のために不適切であると認めた指定病院の取消についての審議に関すること。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の9第2項)

②指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定及び取消についての審議に関すること。

(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条、第68条)

③精神保健福祉の調査審議に関すること。

#### 5. 市民福祉顕彰選考専門分科会

①市民福祉顕彰の候補者の選考に関すること。

(神戸市民の福祉をまもる条例第56条)

#### 6. 介護保険専門分科会

①介護保険事業計画の進捗状況等の把握・点検に関すること。

②介護保険事業計画の策定のための調査審議に関すること。

③高齢者保健福祉計画の策定のための調査審議に関すること。

#### 7. 成年後見専門分科会

①成年後見制度の利用促進に関すること。

(成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第2項)

# 神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会運営要綱

平成12年7月11日

分科会決定

(趣旨)

第1条 この要綱は、神戸市市民福祉調査委員会運営要綱（平成12年4月18日決定）第9条の規定に基づき、神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会（以下「専門分科会」という。）の運営に関し必要な事項について定める。

(部会)

第2条 専門分科会に、次の部会を設置する。

- (1) 企画・調査部会 定数10名以内
- (2) サービス研究会 定数15名以内
- (3) 地域密着型サービス運営委員会 定数15名以内

2 第1項の各号に掲げる部会の所掌事務は、別表に掲げるとおりとする。

3 部会に属すべき委員及び臨時委員は、分科会長が指名する。

4 部会に部会長を置き、部会長は、部会に属する委員及び臨時委員の互選によって定める。

5 部会長は、その部会の会務を総理する。

6 部会長に事故があるとき又は部会長が欠けたときは、あらかじめ部会長の指名する委員及び臨時委員が、その職務を代理する。

7 部会は、部会長が招集する。

8 部会は、部会に属する委員及び臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開催することができない。

9 部会の議事は、出席した委員及び臨時委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。

10 部会に必要な応じてワーキンググループを置くことができる。

(関係者の出席)

第3条 部会長は、必要があると認めるときは、部会に関係者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(代表幹事及び幹事)

第4条 専門分科会及び部会に代表幹事及び幹事を置く。

2 代表幹事及び幹事は、市職員のうちから分科会長が指名する。

3 代表幹事及び幹事は、専門分科会及び部会の所掌事務について委員及び臨時委員を補佐する。

(庶務)

第5条 部会の庶務は、福祉局介護保険課において処理する。

(委任)

第6条 この要綱に定めるもののほか、部会の運営等に関し必要な事項は、部会が定める。

附 則

この要綱は、平成12年7月11日より施行する。

附 則

この要綱は、平成13年7月19日より施行する。

附 則

この要綱は、平成18年2月11日より施行する。

附 則

この要綱は、平成22年2月9日より施行する。

附 則

この要綱は、平成27年2月17日より施行する。

附 則

この要綱は、平成28年2月10日より施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日より施行する。

## 別表（第2条関係）

### 部会の所掌事務

#### 1 企画・調査部会

- (1) 介護保険事業計画の点検及びそれに必要な調査の実施に関する事
- (2) 介護保険事業計画の策定に必要な調査の実施に関する事
- (3) 高齢者保健福祉計画の策定に必要な調査の実施に関する事
- (4) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の立ち上げ及び円滑な運営に関して必要な事

#### 2 サービス研究会

介護サービスの質の向上に関する事

#### 3 地域密着型サービス運営委員会

- (1) 地域密着型サービスの指定基準に関する事
- (2) 地域密着型サービスの指定、指定拒否及び指定取消に関する事
- (3) 地域密着型サービスの介護報酬に関する事
- (4) その他、地域密着型サービスの円滑な運営に関して必要と認められる事

# 神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会企画・調査部会 ワーキンググループ設置要綱

平成27年5月28日

企画・調査部会決定

(趣旨)

第1条 この要綱は、神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会運営要綱（平成12年7月11日決定）第6条の規定に基づき、神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会企画・調査部会ワーキンググループ（以下「ワーキンググループ」という。）の設置及び運営に関し必要な事項について定める。

(ワーキンググループ)

第2条 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施に向けて、及び、高齢者虐待対応について必要な検討を行うため、企画・調査部会に、次のワーキンググループを設置する。

- (1) 総合事業サービスワーキンググループ 定数10名以内
- (2) ケアマネジメント検討ワーキンググループ 定数10名以内
- (3) 高齢者虐待対応ワーキンググループ 定数10名以内

- 2 第1項の各号に掲げるワーキンググループの所掌事務は、別表に掲げるとおりとする。
- 3 ワーキンググループに属すべき委員及び臨時委員は、部会長が指名する。
- 4 ワーキンググループに座長を置き、座長は、ワーキンググループに属する委員及び臨時委員の互選によって定める。
- 5 座長は、そのワーキンググループの会務を総理する。
- 6 座長に事故があるとき又は座長が欠けたときは、あらかじめ座長の指名する委員及び臨時委員が、その職務を代理する。
- 7 ワーキンググループは、座長が招集する。
- 8 ワーキンググループは、ワーキンググループに属する委員及び臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開催することができない。

(関係者の出席)

第3条 座長は、必要があると認めるときは、ワーキンググループに関係者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第4条 ワーキンググループの庶務は、福祉局介護保険課及び高齢福祉課において処理する。

(委任)

第5条 この要綱に定めるもののほか、ワーキンググループの運営等に関し必要な事項は、ワーキンググループが定める。

附 則

この要綱は、平成27年5月29日より施行する。

附 則

この要綱は、平成29年8月10日より施行する。

附 則

この要綱は、令和5年10月14日より施行する。

別表（第2条関係）

ワーキンググループの所掌事務

1 総合事業サービスワーキンググループ

- (1) 総合事業で実施するサービスの基準、単価、利用者負担等の検討に関する事
- (2) その他、総合事業の立ち上げ及び円滑な運営に関して必要と認められる事

2 ケアマネジメント検討ワーキンググループ

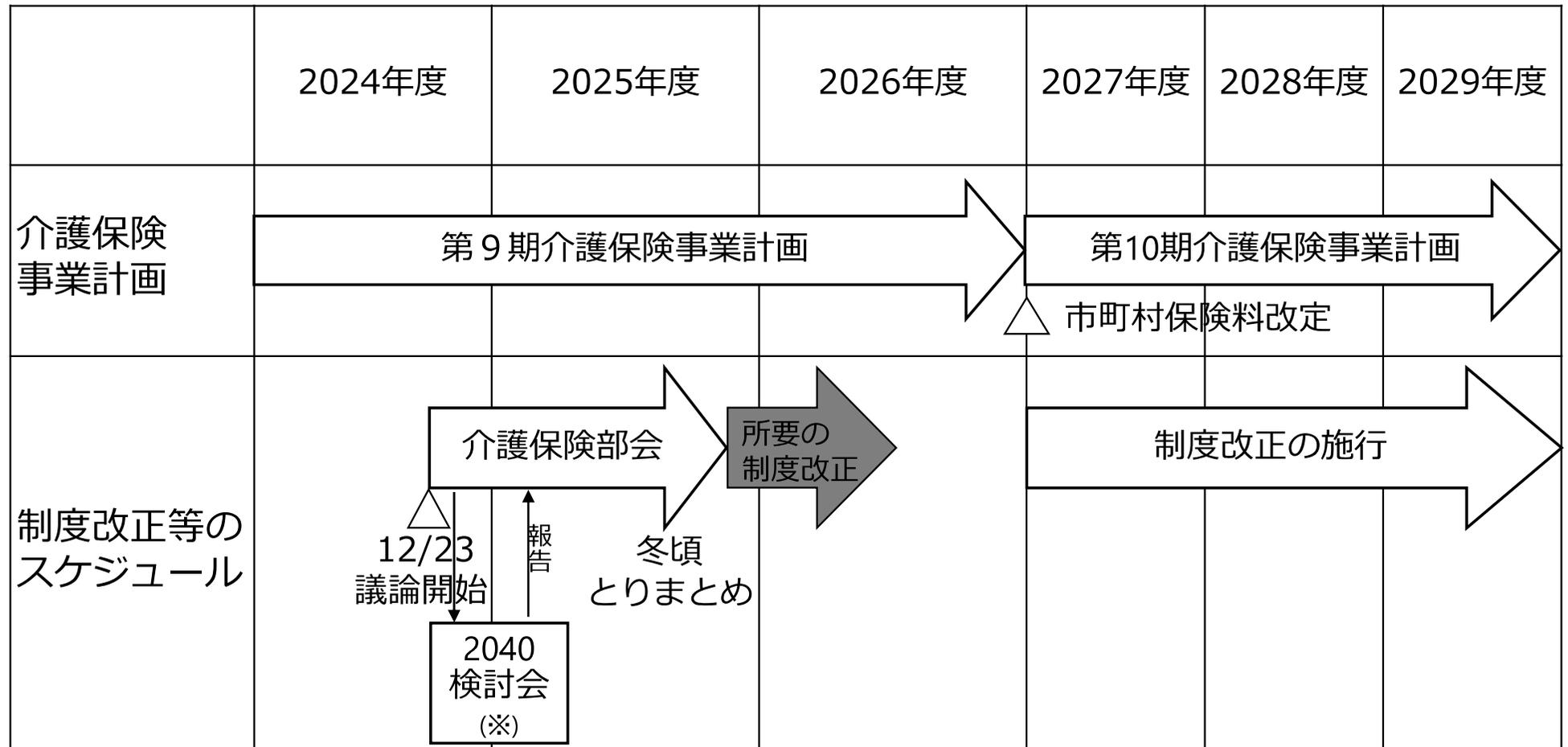
- (1) 総合事業で実施する介護予防ケアマネジメントに必要なプロセス、アセスメントツール、様式等の検討に関する事
- (2) その他、総合事業で実施する介護予防ケアマネジメントに関して必要と認められる事

3 高齢者虐待対応ワーキンググループ

- (1) 各区高齢者虐待防止ネットワーク事業で出された課題から全市レベルの課題を把握し、対応する体制を整える事
- (2) 市マニュアルの改訂に関する事
- (3) 重篤な高齢者虐待事案等の事後検証に関する事
- (4) その他、高齢者虐待対応に関して必要と認められる事

## 今後のスケジュール（案）

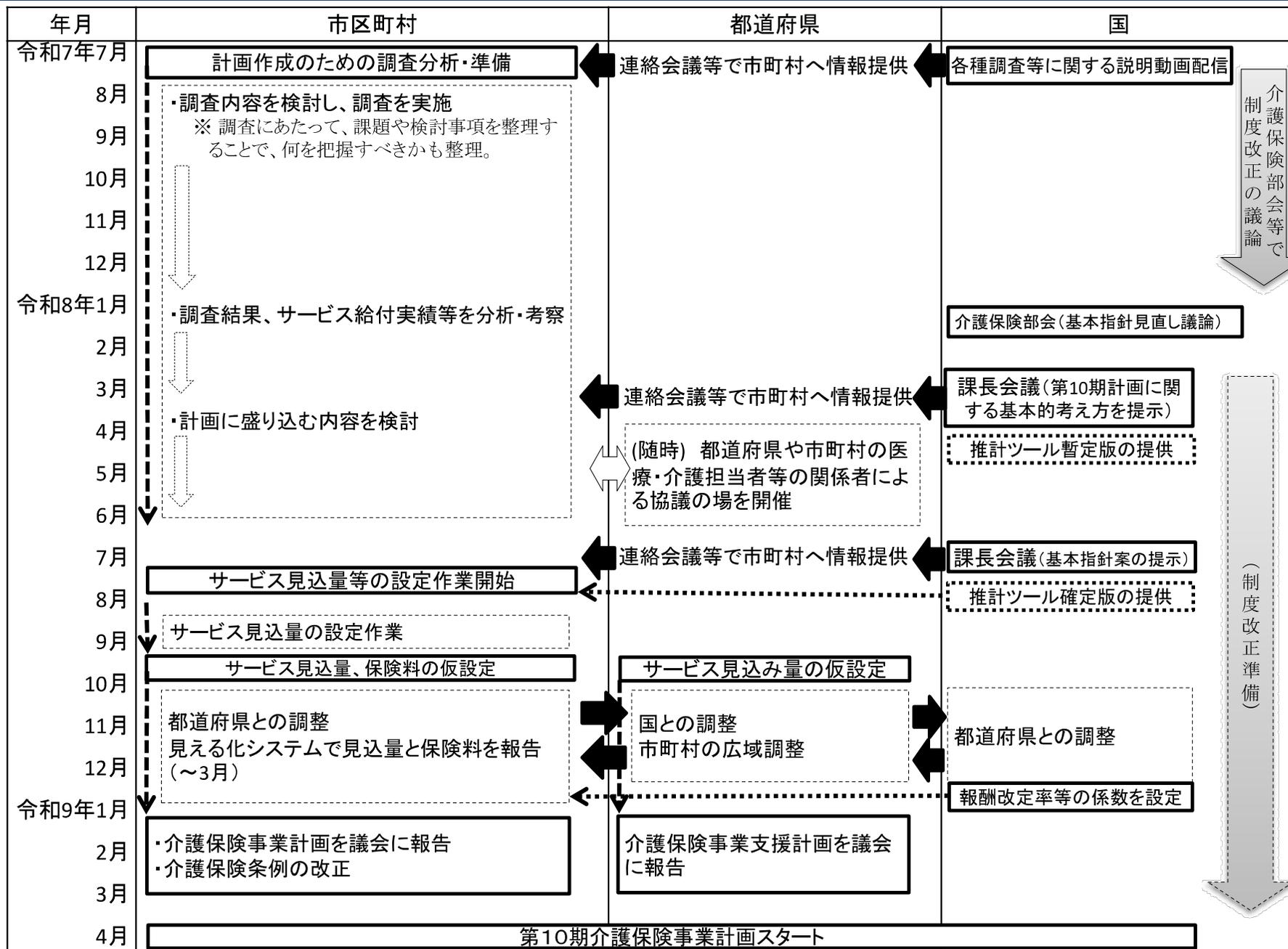
- 介護保険制度は原則3年を1期とするサイクルで財政収支を見通し、事業の運営を行っている。
- したがって、この間に保険料の大きな増減が生じると、市町村の事業運営に大きな混乱が生じることから、制度改正を行う場合、2027年度からの第10期介護保険事業計画に反映させていくことを念頭に置いている。



(注) 介護報酬改定については、社会保障審議会介護給付費分科会において議論。

(※) 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

# 第10期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール



地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保
- ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援
- ④ 地域の共通課題と地方創生（※）

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

(1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- （ 配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等 ）
- ・ 地域の介護等を支える法人への支援

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・ 包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

(2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
- ※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
- ※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

(4) 福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

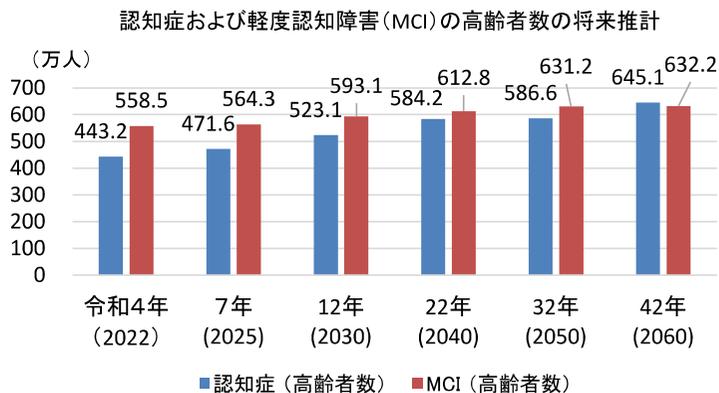
# 今後の介護保険を取りまく状況（1）

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,653万人となり、2043年にはピークを迎える予測(3,953万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2060年には、25%を超える見込み。

	2015年	2020年	2025年	2060年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,385万人(26.6%)	3,603万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,644万人(37.9%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,631万人(12.8%)	1,860万人(14.7%)	2,155万人(17.5%)	2,437万人(25.3%)

平成27(2015)年国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(令和5(2023)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者等が増加していく。



資料:「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」(令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授)より厚生労働省にて作成

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(令和6(2024)年推計)」より作成

④ 75歳以上人口は急速に増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の( )内の数字は倍率の順位

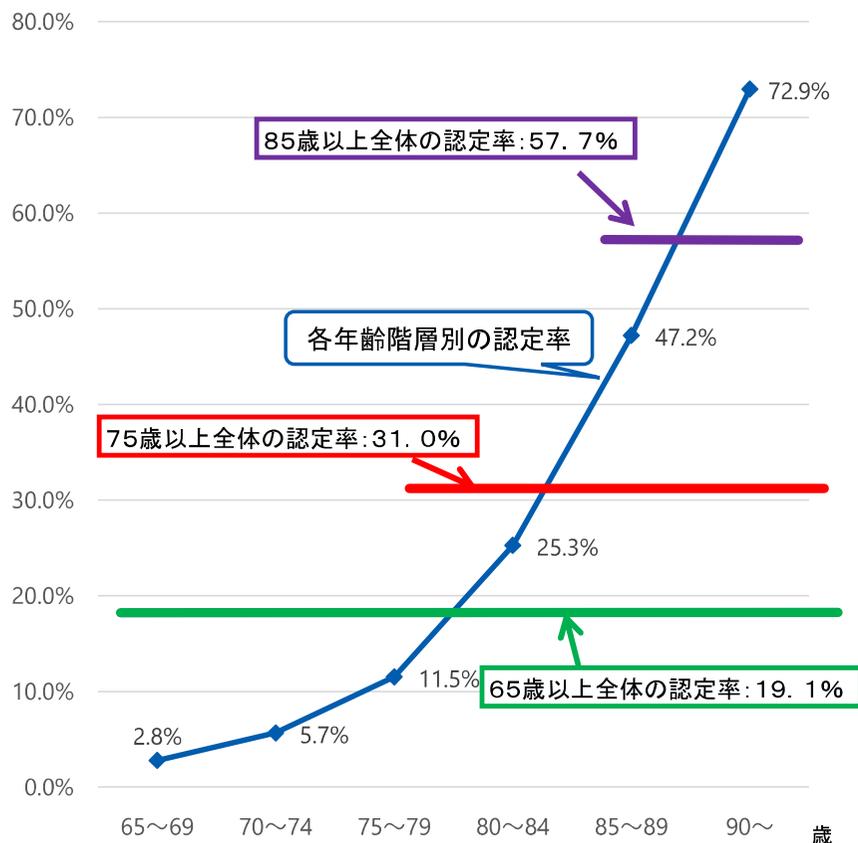
	沖縄県(1)	栃木県(2)	滋賀県(3)	茨城県(4)	埼玉県(5)	～	東京都(41)	～	岩手県(45)	島根県(46)	秋田県(47)	全国
2020年 <>は割合	15.8万人 <10.8%>	27.1万人 <14.0%>	18.6万人 <13.1%>	42.0万人 <14.6%>	99.4万人 <13.5%>		169.4万人 <12.1%>		21.5万人 <17.8%>	12.3万人 <18.4%>	19.1万人 <19.9%>	1860.2万人 <14.7%>
2030年 <>は割合 ( )は倍率	21.7万人 <14.9%> (1.37倍)	35.7万人 <19.8%> (1.32倍)	24.2万人 <17.6%> (1.30倍)	54.2万人 <20.2%> (1.29倍)	128.2万人 <17.8%> (1.29倍)		194.4万人 <13.5%> (1.15倍)		24.5万人 <23.0%> (1.13倍)	13.9万人 <22.8%> (1.13倍)	21.5万人 <26.2%> (1.13倍)	2261.3万人 <18.8%> (1.22倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年4月推計)」より作成

## 今後の介護保険を取りまく状況（2）

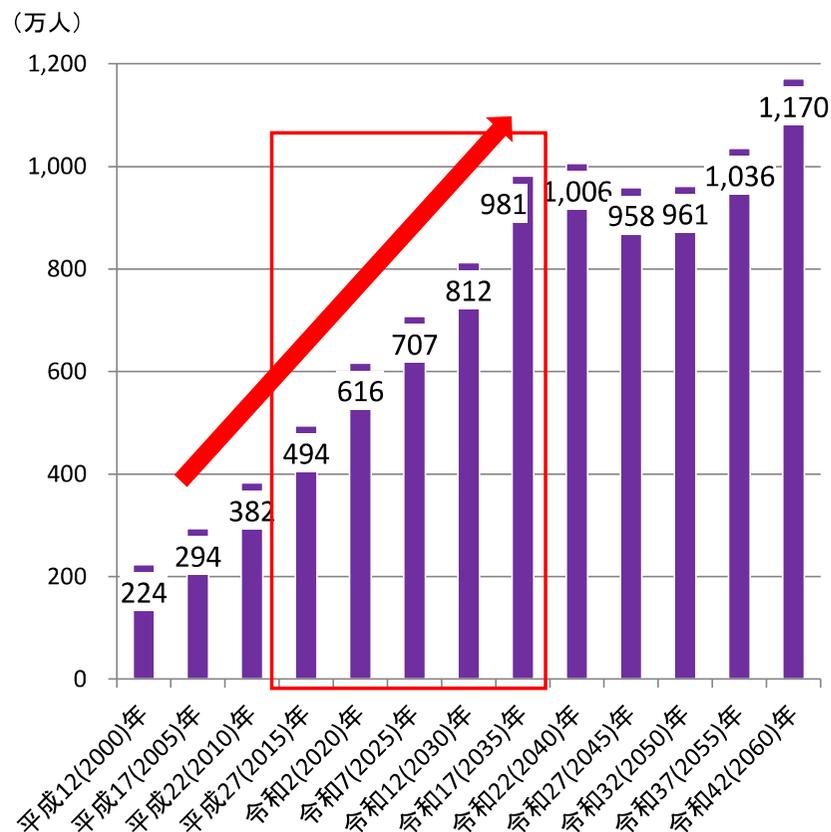
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2023年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成  
注）要支援1・2を含む数値。

85歳以上人口の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計

## 第10期介護保険事業(支援)計画に向けた調査の実施

介護保険法(第117条第5項)において市町村は、日常生活圏域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めることとされている。

### ＜実施いただきたい調査＞

- **介護予防・日常生活圏域ニーズ調査**については、地域の要支援者・総合事業対象者・一般高齢者の地域課題を把握するために重要であり、**実施していただきたい**。(基本指針参照)
- **在宅介護実態調査**については、介護離職を防止する観点から、「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として、主に在宅で要介護認定を受けている者を対象とした調査である。計画の作成にあたり関係者と議論する際の材料として有用であり**実施していただきたい**。(基本指針参照)

### ＜実施を検討いただきたい調査＞

- その他のサービス提供体制を検討するための各種実態把握調査(**在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査**)については、調査の実施・分析に必要な体制の確保に留意しつつ、**実施を検討いただきたい**。  
在宅生活の継続という観点からのビジョンを設定・検討されている市町村は、本調査が、住み慣れた地域での生活を支えるうえで有効な定期巡回・小多機・看多機等の地域密着型サービスのニーズの把握につながる観点を踏まえて検討いただきたい。

### ＜留意点＞

- **保険者機能強化推進交付金の令和8年度指標**では、留意点で「**当該地域の特徴の把握にあたり、必要に応じて、①介護予防・日常生活支援ニーズ調査、②在宅介護実態調査、③その他各種実態調査(在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査等)を実施することが重要である。**」と予定している。

### 介護保険法(平成9年法律第123号) (抄)

第117条第5項 市町村は、第2項第一号の規定により当該市町村が定める区域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めるものとする。

### 9期の基本指針(令和6年1月19日厚生労働省告示第18号) (抄)

#### 第二 - 一 - 2 - (三) 調査の実施

市町村は、被保険者のサービスの利用に関する意向等を把握するとともに、自らが定める区域ごとに被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情等、要介護者等の実態に関する調査(以下「各種調査等」という。)の実施に努めるものとする。なお、その際は、特に、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用することが重要である。

また、要介護状態等にある家族を介護するため離職すること(以下「介護離職」という。)を防止する観点から、働きながら介護に取り組む家族等や、今後の仕事と介護の両立に不安や悩みを持つ就業者の実情等の把握に努めるなど調査方法等の工夫を図ることが重要である。

～中略～

さらに、これらの調査により定量的に把握された心身の状況が低下した被保険者の状況や働きながら介護に取り組む家族の状況等を参考として、生活支援サービスや介護予防事業の充実等の取組、介護離職の防止を含む家族等への支援の観点を踏まえた介護サービスの整備や、介護離職防止の観点から労働担当部局と連携した職場環境の改善に関する普及啓発等の取組を市町村介護保険事業計画に定めるとともに、それらの取組を勘案して要介護者等の人数やサービス量の見込みを定めることが望ましい。

## 第10期神戸市介護保険事業計画策定に係る実態調査の概要 案 (R7.11現在)

## (1) 調査目的

第10期介護保険事業計画（令和9年度～11年度）策定のための基礎資料とするとともに、神戸市の今後の高齢者施策の参考資料とするため、高齢者の実態調査を実施する。（3年毎の調査）

## (2) 調査種別

①要介護認定を受けていない65歳以上の方を対象とする「高齢者一般調査」

※第9期までは「健康とくらしの調査」として実施。（日本老年学的評価研究（JAGES）プロジェクトとの共同調査）

②要支援・要介護認定を受けている在宅の65歳以上の方を対象とする「在宅高齢者実態調査」

③施設を対象とする「施設調査」

調査名称	高齢者一般調査	在宅高齢者実態調査	施設調査				
			(特別養護老人ホーム)	(介護老人保健施設)	(介護医療院)	(特定施設・サービス付き高齢者向け住宅)	(認知症対応型共同生活介護)
調査対象	令和7年10月17日現在、下記に該当する神戸市内に居住する65歳以上の男女 ● 一般高齢者 ● 総合事業対象者 ● 要支援1・2	令和7年10月17日現在、神戸市内に居住する要支援・要介護認定を受けている在宅※の65歳以上の男女（※令和7年7月に施設サービスの利用実績のある者を除く）	令和7年10月1日現在開設中の介護保険サービスの付いた施設				
調査件数	無作為抽出 約16,000件 (前回16,000件)	無作為抽出 約7,800件 (前回7,216件)	悉皆調査 約118施設 (前回112施設)	悉皆調査 約66施設 (前回56施設)	悉皆調査 約7施設 (前回8施設)	悉皆調査 特定施設等 約159施設 (前回131施設) サ付住宅 約124施設 (前回117施設)	悉皆調査 約142施設 (前回135施設)
調査方法	郵送（本人宅送付） / 無記名回答		郵送（事業所送付） / 記名回答（事業所名）				
回答方法	書面及びWEB						
調査期間	令和7年12月頃～						
前回の有効回答数	10,899 (有効回答率：68.12%)	2,951 (有効回答率：40.90%)	67施設 (回収率：59.82%)	24施設 (回収率：42.86%)	1施設 (回収率：12.50%)	131施設 (回収率：52.82%)	85施設 (回収率：62.96%)

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査

## 高齢者一般調査

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

### 介護サービスについてのアンケートご協力をお願い

日ごろは神戸市福祉行政にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

神戸市では、介護予防や健康寿命延伸の推進など様々な施策に取り組んできました。この調査は、神戸市内にお住まいの要介護認定を受けていない65歳以上の方の中から無作為に選ばせていただいた方に、お送りしています。

#### ■ 調査の目的と使い方 ■

1. 皆様の健康状態や暮らし方などを把握し、介護予防等に役立てるためのデータを得ます。
2. 神戸市が計画している介護保険事業計画等の策定のための資料とします。

#### ■ 調査の内容について ■

皆様のからだやこころの状態、社会生活状況などをおたずねしております。

質問によっては、多少立ち入ったことをおうかがいする部分もございますが、今後の介護保険制度をよりよいものにしていくために必要な質問ですので、何卒調査へのご協力をお願いいたします。

ご回答は任意ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▶インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっています（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンでお願いします）。
- また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

■個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。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させていただきます。

【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、神戸市の介護保険事業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、市で適切に管理いたします。
- ・ただし、介護保険事業計画策定時およ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市のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

## 調査にご回答いただく前にお聞きします

問1 ご回答いただく方はどなたですか。ご本人の調査協力に対する同意があるものの、ご記入が困難なために代筆される場合は、ご本人との続柄をお書きください。(該当するものに○：1つだけ)

- |              |                        |
|--------------|------------------------|
| 1. 封筒の宛名のご本人 | 2. 家族(宛名のご本人から見た続柄( )) |
| 3. その他( )    |                        |

## あなたのご家族や生活状況についてお聞きします

問2 家族構成を教えてください。(該当するものに○：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3 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。(該当するものに○：1つだけ)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 介護・介助は必要ない                      |
| 2. <u>何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない</u> |
| 3. <u>現在、何らかの介護を受けている</u>          |
- (要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3-1 介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 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・聴覚障害        |
| 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3-2 主にどなたの介護、介助を受けていますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                |           |          |
|----------------|-----------|----------|
| 1. 配偶者(夫・妻)    | 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4 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。(該当するものに○：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5 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか。(該当するものに○：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（ ）       |                 |           |

問6 あなたには64歳以下の同居する家族がいますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問6-1 64歳以下の同居する家族に以下の状態にあてはまる方はいますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |   |
|---|
| 1. ほとんど外出せずに趣味の用事の時だけ外出する状態が6ヶ月以上続いている    |
| 2. ほとんど外出せずに近所のコンビニなどにだけ外出する状態が6ヶ月以上続いている |
| 3. 自室から出るが家からは出ない状態が6ヶ月以上続いている            |
| 4. 自室からはほとんど出ない状態が6ヶ月以上続いている              |
| 5. 6ヶ月以上ではないが、1～4の状態が続いている                |
| 6. わからない                                  |
| 7. いない                                    |

問6-2 その方の年齢を教えてください。(該当するものに○：1つだけ)

- |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 20歳未満  | 2. 20～29歳 | 3. 30～39歳 |
| 4. 40～49歳 | 5. 50～59歳 | 6. 60～64歳 |

問7 あなたの介護保険料の段階<sup>(※)</sup>は何段階ですか。(該当するものに○：1つだけ)

- |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 第1段階   | 2. 第2段階   | 3. 第3段階   | 4. 第4段階   | 5. 第5段階   |
| 6. 第6段階   | 7. 第7段階   | 8. 第8段階   | 9. 第9段階   | 10. 第10段階 |
| 11. 第11段階 | 12. 第12段階 | 13. 第13段階 | 14. 第14段階 | 15. 第15段階 |

※保険料の段階は、6月(今年65歳になった方や、市外から転入されてきた方はそれ以降)に神戸市から郵送された「介護保険料のお知らせ(納入通知書)」に記載されています。

問8 介護保険料は、国・県・市が全体の50パーセントを負担し、残りを40歳以上の方々が負担する仕組みとなっています。介護サービスを充実させると、介護保険料が高くなります。今後の介護保険料について、あなたのお考えに最も近いものはどれですか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 介護保険サービスの見直しやサービスを利用した人の負担を増やすなどにより、介護保険料を抑制するべき
2. 介護保険サービスの現状を維持する(高齢化が進む分だけ介護保険料は高くなる)
3. 介護保険サービスをさらに充実させる。そのために、介護保険料が高くなっても仕方がない

### からだを動かすことについてお聞きします

問9 階段を手すりや壁につたわずに昇っていますか。(該当するものに○：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 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。(該当するものに○：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11 15分位続けて歩いていますか。(該当するものに○：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12 過去1年間に転んだ経験がありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 何度もある
2. 1度ある
3. ない

問13 転倒に対する不安は大きいですか。(該当するものに○：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14 週に1回以上は外出していますか。(該当するものに○：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15 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(該当するものに○：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 16 外出を控えていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 16-1 外出を控えている理由は、次のどれですか(該当するものに○：あてはまるものすべて)

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 17 外出する際の移動手段は何ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

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

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聞きします

問 18 身長と体重を教えてください。(数値をご記入ください)

身長：( ) cm

体重：( ) kg

問 19 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 20 お茶や汁物等でむせることがありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 21 口の渇きが気になりますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 22 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。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問 23 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください。(該当するものに○：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 |
| 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 23-1 噛み合わせは良いですか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 23-2 毎日入れ歯の手入れをしていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 24 6か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 25 どなたかと食事をとる機会がありますか。(該当するものに○：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聞きします

問 26 物忘れが多いと感じますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 27 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとイわれますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 28 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。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 29 今日が何月何日かわからない時がありますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 30 バスや電車を使って 1 人で外出していますか (自家用車でも可)。(該当するものに○：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 31 自分で食品・日用品の買物をしていますか。(該当するものに○：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 32 自分で食事の用意をしていますか。(該当するものに○：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 33 自分で請求書の支払いをしていますか。(該当するものに○：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 34 自分で預貯金の出し入れをしていますか。(該当するものに○：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 35 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。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 36 新聞を読んでいますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 37 本や雑誌を読んでいますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 38 健康についての記事や番組に関心がありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 39 友人の家を訪ねていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 40 家族や友人の相談にのっていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 41 病人を見舞うことができますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 42 若い人に自分から話しかけることがありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい 2. いいえ

問 43 趣味はありますか。(「1. 趣味あり」の方は ( ) 内に趣味をご記入ください)

(該当するものに○：1つだけ)

- |             |
|-------------|
| 1. 趣味あり ( ) |
| 2. 思いつかない   |

問 44 生きがいがありますか。(「1. 生きがいあり」の方は ( ) 内に生きがいをご記入ください)

(該当するものに○：1つだけ)

- |               |
|---------------|
| 1. 生きがいあり ( ) |
| 2. 思いつかない     |

問 45 スマートフォンやタブレットの利用状況を教えてください。(該当するものに○：1つだけ)

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. よく利用している    | 2. とくどき利用している |
| 3. ほとんど利用していない | 4. 利用していない    |

問 46 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がないと感じる時がありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 47 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったと感じることがありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 48 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられることがありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 49 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えないと感じることがありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 50 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがすることがありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 51 あなたは、自分には人とのつきあいがいないと感じることがありますか。

(該当するものに○：1つだけ)

- |             |             |            |          |
|-------------|-------------|------------|----------|
| 1. まったく感じない | 2. めったに感じない | 3. とくどき感じる | 4. よく感じる |
|-------------|-------------|------------|----------|

問 52 あなたは、自分は取り残されていると感じることがありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. まったく感じない    2. めったに感じない    3. ときどき感じる    4. よく感じる

問 53 あなたは、自分は他の人たちから孤立(社会とのつながりや助けのない又は少ない状態)していると感じることがありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. まったく感じない    2. めったに感じない    3. ときどき感じる    4. よく感じる

問 54 あなたはどの程度、孤独(独りぼっちと感じる寂しい気持ち)であると感じることがありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. まったく感じない    2. めったに感じない    3. ときどき感じる    4. よく感じる

### 地域での活動についてお聞きします

問 55 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

(該当する欄に○)	週4回以上	週2～3回	週1回	月に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介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥老人クラブ	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 59 介護予防や通いの場に参加する際、どのような点を重視しますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 内容が自分の興味と合っている     | 2. 同年代や話しやすい人が参加している |
| 3. 自宅から近く、歩いて行ける      | 4. 費用がかからない・安価である    |
| 5. 介護が必要になっても通える配慮がある | 6. 開催日時が自分に合っている     |
| 7. 地域に貢献している実感がある     |                      |
| 8. その他 ( )            |                      |

### 就労についてお聞きします

問 60 現在のあなたの就労状態はどれですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

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

問 60-1 あなたはいつ引退しましたか。(和暦をご記入ください)

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

### たすけあい（あなたとまわりの人の「たすけあい」）についてお聞きします

問 61 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人はいますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者         | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣     | 6. 友人     |
| 7. その他 ( )     |           |           |
| 8. そのような人はいない  |           |           |

問 62 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人はいますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者         | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣     | 6. 友人     |
| 7. その他 ( )     |           |           |
| 8. そのような人はいない  |           |           |

問 63 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はいますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者         | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣     | 6. 友人     |
| 7. その他 ( )     |           |           |
| 8. そのような人はいない  |           |           |

問 64 反対に、看病や世話をしてあげる人はいますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 配偶者         | 2. 同居の子ども | 3. 別居の子ども |
| 4. 兄弟姉妹・親戚・親・孫 | 5. 近隣     | 6. 友人     |
| 7. その他 ( )     |           |           |
| 8. そのような人はいない  |           |           |

問 65 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。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会      |
| 3. 民生委員          | 4. ケアマネジャー      |
| 5. 医師・歯科医師・看護師   | 6. あんしんすこやかセンター |
| 7. 市役所・区役所       | 8. その他 ( )      |
| 9. そのような人はいない    |                 |

問 66 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。(該当するものに○：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  |            |

問 67 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか(同じ人には何度会っても1人と数えることとします)(該当するものに○：1つだけ)

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

問 68 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか。(該当するものに○：1つだけ)

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

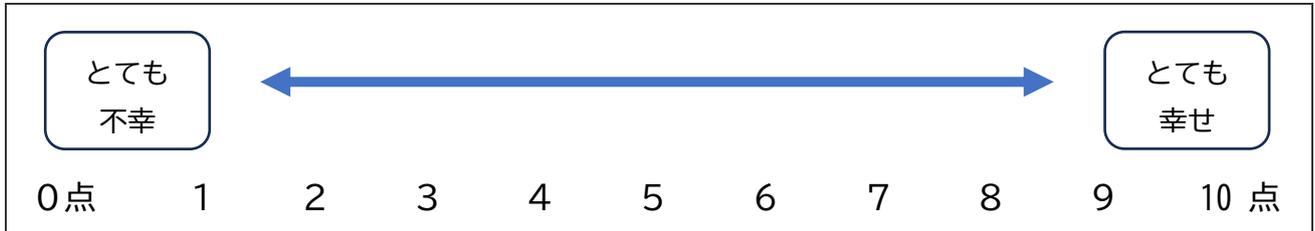
## 健康についてお聞きします

問 69 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(該当するものに○：1つだけ)

1. とてもよい    2. まあよい    3. あまりよくない    4. よくない

問 70 あなたは、現在どの程度幸せですか。

(「とても不幸」を 0 点、「とても幸せ」を 10 点として、ご記入ください)



問 71 この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか。

(該当するものに○：1つだけ)

1. はい                      2. いいえ

問 72 この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい                      2. いいえ

問 73 お酒は飲みますか。(該当するものに○：1つだけ)

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 74 タバコは吸っていますか。(該当するものに○：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 75 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. ない   | 2. 高血圧   | 3. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)<br><small>のうそっちゅう    のうしゅっけつ    のうこうそくなど</small> |
| 4. 心臓病  | 5. 糖尿病<br><small>とうりょうびょう</small>  | 6. 脂質異常症 (高脂血症)<br><small>ししついじょうしょう    こうしけっしょう</small>           |
| 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<br><small>じんぞう    ぜんりつせん</small>             | 10. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節症等)<br><small>きんこつかく    びょうき    こんせ    ししょう</small> |  |
| 11. 外傷 (転倒・骨折等)<br><small>がいしょう    てんとう    こっせつなど</small> | 12. がん (悪性新生物)   |  |
| 13. 血液・免疫の病気<br><small>めんえき</small>                       | 14. うつ病  |  |
| 15. 認知症 (アルツハイマー病等)<br><small>にんちししょう</small>             | 16. パーキンソン病  |  |
| 17. 目の病気  | 18. 耳の病気   |  |
| 19. その他 (   |  | )  |

問 76 フレイル<sup>(※)</sup>について知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. よく知っており、予防活動をしている  | 2. 知っているが、予防活動をしていない |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らないが、健康には気をつけている |
| 5. 知らない               |                      |

※「フレイル」とは、病気ではないが、年齢とともに、心身の機能が低下し、介護が必要になりやすい虚弱な状態のこと。

問 77 オーラルフレイル<sup>(※)</sup>について知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

※「オーラルフレイル」は、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品が増えるなどのささいな口腔機能の低下から始まります。早めに気づき対応することが大切です。これらの様々な口の衰えは身体の衰え（フレイル）と大きく関わっています。

## 認知症についてお聞きします

問 78 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 79 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問 80 MC I（軽度認知障害）<sup>(※)</sup>について知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

※MC Iは、正常加齢と認知症との間の中間的な状態のことであり、認知症ではありません。  
「もの忘れ」のように本人や家族に認知機能低下の自覚があるものの、日常生活に援助を必要とする程ではなく、適切な取り組みをすることで、健常な状態に戻る可能性もあります。

問 81 あなたは認知症に対してどのようなイメージを持っていますか。あなたが思うイメージに最も近いものをお答えください。(該当するものに○：1つだけ)

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、自分だけでは十分できないことは周りの人のサポートを受けながら、今まで暮らしてきた地域で、できるだけ自立した生活ができる
3. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
4. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
5. 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
6. 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう
7. その他( )
8. わからない

問 82 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |            |           |            |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う    | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない |            |

問 83 認知症の人が、記憶力が低下し判断することができなくなっても、日々の生活についてできるだけ本人が決める方が良いと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |            |           |            |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う    | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない |            |

問 84 家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |            |           |            |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う    | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない |            |

問 85 神戸市では、市民の方が自己負担ゼロで認知症の診断を受けることができる制度(認知症神戸モデル 診断助成制度)を設けています。この制度を知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

問 85-1 診断助成制度を何で知りましたか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 市からの郵便物(70歳以上の方のみ)         |
| 2. 広報紙KOBÉ                    |
| 3. ホームページ・SNS/YouTube広告       |
| 4. 駅などにある公共広告・ポスター・デジタルサイネージ  |
| 5. 新聞・テレビ                     |
| 6. 医療機関                       |
| 7. あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)   |
| 8. ケアマネジャー                    |
| 9. ホームヘルパーやデイサービス職員などの介護職員    |
| 10. こうべオレンジダイヤル(認知症の総合電話相談窓口) |
| 11. 市の説明会・講義                  |
| 12. 家族や知り合いから聞いた              |
| 13. その他(具体的に )                |

問 86 認知症の方がかかわる事故を救済する制度(認知症神戸モデル 事故救済制度<sup>※</sup>)を知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

※認知症と診断された人が無料で加入できる賠償責任保険と全市民対象の見舞金。

問 87 神戸市は、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちだと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |            |           |            |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う    | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない |            |

問 88 認知症に関する心配ごとは誰かに相談していますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                              |           |
|------------------------------|-----------|
| 1. 心配ごとはない                   |           |
| 2. 家族・親族                     |           |
| 3. 友人・知人                     |           |
| 4. あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）  |           |
| 5. ケアマネジャー                   |           |
| 6. ホームヘルパーやデイサービス職員などの介護職員   |           |
| 7. こうべオレンジダイヤル（認知症の総合電話相談窓口） |           |
| 8. 区役所                       |           |
| 9. 社会福祉士などの福祉関係者             | 10. 医師    |
| 11. 看護師、薬剤師などの医療関係者          | 12. 民生委員  |
| 13. その他（具体的に                 | ）         |
| 14. 誰にも相談していない               | 15. わからない |

問 89 あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 認知症について正しく理解できる機会（講座・広報など）の充実 |
| 2. 認知症の人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備   |
| 3. 認知症の人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保    |
| 4. 認知症の人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり   |
| 5. 認知症に関する医療の充実                  |
| 6. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備    |
| 7. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実       |
| 8. 認知症にならないための予防に関する情報や取り組みの推進   |

問 90 あなたは、成年後見制度<sup>(※)</sup>を知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

※成年後見制度とは、認知症、知的障がいなどによって、物事を判断することが十分でない人について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人の財産管理などを法律的に支援する制度。

問 91 成年後見制度に関する相談窓口を知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

## 人生会議（ACP）・終活についてお聞きします

問 92 人生最期の時期について、おうかがいします。

自分が意思決定できなくなったときに備えて、あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方等について、あなたとご家族や友人、あなたと医療・ケア関係者等と話し合ったことはありますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

- |                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| 1. まったくない                   | 2. 話し合ったことがある |
| 3. 話し合ったことがあり、希望として明確に伝えている |               |

問 92-1 話し合ったことがないのは、どのような理由からですか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| 1. 必要性を感じない              | 2. 話し合う相手がない |
| 3. 特に希望がない。考えたことがなく分からない |              |
| 4. 希望はあるが、これまで機会がなかった    |              |

問 93 あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方について話し合ったことのある相手、もしくは話し合いたいと思う人は誰ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. いない                   | 2. 配偶者             |
| 3. 同居の子ども                | 4. 別居の子ども          |
| 5. 兄弟姉妹・親戚・親・孫           | 6. 近隣の方            |
| 7. 友人                    | 8. 医療従事者（医師、看護師など） |
| 9. 介護従事者（ケアマネジャー、ヘルパーなど） |                    |
| 10. その他（具体的に )           |                    |

問 94 あなたは最期をどこで迎えたいと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 病院                      | 2. ホスピス・緩和ケア病棟      |
| 3. 老人ホームや認知症グループホームなどの福祉施設 |                     |
| 4. 高齢者向けのケア付き集合住宅          | 5. 自宅（子どもなどの家族宅も含む） |
| 6. わからない                   |                     |

問 95 あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方等について、あなたと家族や友人、あなたと医療・ケア従事者等と話し合うといったことを「人生会議（ACP）」と言いますが、そのことを知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 1. 知らない  | 2. 「人生会議（ACP）」という言葉だけは知っていた |
| 3. 知っている |                             |

問 96 今後の生活の中で準備をしているものはありますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. 葬儀の準備   | 2. お墓の準備                |
| 3. 財産の整理 (相続の準備等)                                    | 4. 身の回りの所有物の整理 (3. を除く) |
| 5. 身近な人へのメッセージやエンディングノート (自身の死後の希望や意思を遺族等に伝える文書) の作成 |                         |
| 6. リビングウィル (終末期医療の指示・介護の希望・代理人の指定等) の作成              |                         |
| 7. その他 ( )   |                         |
| 8. 準備しているものはない                                       |                         |

そのほか、神戸市の高齢者施策や介護保険事業に関して、ご意見がありましたら、自由にお書きください。


アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに

ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査

## 在宅高齢者実態調査

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

### 介護サービスについてのアンケート ご協力をお願い

日ごろは神戸市福祉行政にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

さて、神戸市では、平成12年の介護保険制度創設以来、3年ごとに「神戸市介護保険事業計画」を策定し、介護保険事業をはじめ福祉施策の計画的な推進に努めてまいりました。

今回、令和9年度から始まる新たな計画を策定するにあたり、市民の皆さまの意識・ニーズを把握するため、「介護サービスについてのアンケート」を実施することになりました。

この調査は、新たな計画策定の際の参考とさせていただくとともに、今後の介護保険事業の運営や高齢者施策の推進に役立てるために実施するものです。

アンケートの対象となられる方は、令和7年●月●日時点で、要支援認定または要介護認定を受けておられる方々の中から無作為に抽出させていただきました。

質問によっては、多少立ち入ったことをおうかがいする部分もございますが、今後の介護保険制度をよりよいものにしていくために必要な質問ですので、何卒調査へのご協力をお願いいたします。

ご回答は任意ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。  
なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▶インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 調査票はできるだけご本人（封筒のあて名の方）がご回答ください。
- 健康状態などによりご本人の回答が難しい場合は、ご家族の方などが、ご本人の意向を考慮して回答をお願いします。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっています（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンをお願いします）。  
また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、  
令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

■個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。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させていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- ・本調査で得られた情報につきましては、神戸市の介護保険事業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、市で適切に管理いたします。
- ・ただし、介護保険事業計画策定時およ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市のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

問A このアンケートの記入者は、次のうちどれにあてはまりますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 本人が記入、回答 →  問1へ
2. 本人以外の方が、本人に代わって回答できる →  問Bへ
3. 本人に代わって記入できる人はいない →  問Cへ

※問Aで「2」と回答した方へ

問B 記入者の、ご本人からみた続柄をお答えください。(該当するものに○:1つだけ)

1. 配偶者 (夫または妻)
2. 子ども
3. 子どもの配偶者
4. その他 (具体的に )

※問Aで「3」と回答した方へ

問C このアンケートに回答できない理由は、次のうちどれですか。(該当するものに○:1つだけ)  
なお、問1以降の質問への回答は不要です。調査票は同封の封筒(切手は不要です)でご返送ください。

1. 本人が病院に入院中で、本人の意向がわからない
2. 本人が介護保険施設などに入所中で、本人の意向がわからない (特別養護老人ホーム・老人保健施設・養護老人ホーム・有料老人ホームなど)
3. 認知症等があり、本人の意思がわからない
4. 本人はすでに転居している
5. 本人はすでに死亡している
6. その他 (具体的に )

最初にあなた自身（封筒のあて名のご本人）のことについておうかがいします。  
 （対象者の基本属性等）

問1 封筒のあて名のご本人（以下「あなた」）についておうかがいします。

（1）あなたの年齢、性別をお答えください。

年齢	満（                      ）歳（令和7年●月●日現在）		
性別（該当するものに○:1つだけ）	1. 男性	2. 女性	3. その他
身長	（                      ）cm	体重	（                      ）kg

（2）家族構成をお教えてください。（該当するものに○: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・娘世帯（単身世帯を含む）との2世帯
5. その他（具体的に	）

（3）あなたは、現在歩いて15分以内くらいの距離に住んでいる親族の方はいらっしゃいますか。  
 （該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 子ども（息子・娘）	2. 孫	3. 兄弟姉妹
4. その他（具体的に	）	5. いない

（4）あなたの要介護度は、次のどれにあてはまりますか。（令和7年12月1日現在）  
 （該当するものに○:1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	8. わからない

（5）あなたは、次にあげる手帳類を所持していますか。  
 （該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 身体障害者手帳（等級：                      級）	2. 療育手帳
3. 精神障害者保健福祉手帳	4. 特定疾患医療受給者証
5. 被爆者健康手帳	
6. その他行政が発行する手帳類（健康手帳は除く）（具体的に	）
7. 何も所持していない	

健康のことや介護予防のことについておうかがいします。

問2 あなたは、現在どの程度幸せですか（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください。）

とても不幸											とても幸せ
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	

問3 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

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. 脂質異常症（高脂血症）
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（具体的に \_\_\_\_\_ )

問4 通院のことについておたずねします。現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院していますか。（該当するものに○:1つだけ）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

問5 ご自宅での医療についておうかがいします。

(1) ご自宅で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士による治療や指導を受けていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. はい

2. いいえ

(1) で「1」と回答した方におたずねします。

(2) 次の表の当てはまるところに○を記入してください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

区分	利用の程度
①医師 (複数の医師が来る場合は利用の程度は合計してください)	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
	何科の医師が来ますか(該当するものに○: <u>あてはまるものすべて</u> ) 1. 内科                      2. 外科                      3. 整形外科 4. 眼科                      5. 皮膚科                    6. 耳鼻いんこう科 7. 精神科                    8. その他                    9. わからない
②歯科医師	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
③歯科衛生士	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
④薬剤師	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑤看護師	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑥管理栄養士	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑦作業療法士	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑧理学療法士	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑨言語聴覚士	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上
⑩その他 ( )	1. 月に1回 2. 月に2回 3. 週に1回 4. 週に2回 5. それ以上

(3) ご自宅で、下記の医療を受けていますか（病院や診療所に通院して受ける場合は除く）。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 点滴               | 2. 尿路カテーテル（失禁への対応のため） |
| 3. 経管栄養療法（管による栄養補給） | 4. 中心静脈栄養             |
| 5. 在宅酸素療法（酸素の補給）    | 6. 褥瘡処理（床ずれの治療など）     |
| 7. 透析               | 8. 人工肛門               |
| 9. 気管切開             | 10. モニター測定            |
| 11. 浣腸や摘便（便秘の治療など）  | 12. 喀痰吸引（たんの取り除き）     |
| 13. その他（具体的に        | )                     |
| 14. わからない           |                       |

問6 歯科検診についておたずねします。

(1) あなたは、かかりつけ歯科医がいますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

(2) あなたは、歯科検診を受けていますか。(○はひとつ)

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 半年に1回受けている   | 2. 1年に1回受けている  |
| 3. 2～3年に1回受けている | 4. 定期的には受けていない |
| 5. 受けたことがない。    |                |

問7 歯磨きなどの口の中の手入れは、むし歯や歯周病の予防だけでなく、口の中の機能を維持し、肺炎や他の疾患の予防にもつながります。

(1) 歯や歯ぐきのことについておたずねします。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. むし歯がある     | 2. 歯ぐきから出血する      |
| 3. 歯がぐらぐらする   | 4. 入れ歯（義歯）がはずれやすい |
| 5. 固いものが噛めない  | 6. 食べ物が飲み込みにくい    |
| 7. 口臭がある      | 8. 口がかわく          |
| 9. その他（具体的に   | )                 |
| 10. 特に不自由ではない |                   |

(2) 歯磨きなど口の中の手入れをどれくらいされていますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |             |           |          |
|-------------|-----------|----------|
| 1. 毎食後      | 2. 朝と夜の2回 | 3. 一日1回  |
| 4. その他（具体的に | )         | 5. わからない |

(3) 現在ご自身の歯は何本残っていますか。さし歯や金属をかぶせた歯も自分の歯に含めます。なお、成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です。(該当するものに○:1つだけ)

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 0本     | 2. 1～4本   | 3. 5～9本   | 4. 10～14本 |
| 5. 15～19本 | 6. 20～23本 | 7. 24～27本 | 8. 28～32本 |

(4) オーラルフレイル(※)について知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

※『オーラルフレイル』は、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品が増えるなどのささいな口腔機能の低下から始まります。早めに気づき対応することが大切です。これらの様々な口の衰えは身体の衰え(フレイル)と大きく関わっています。

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない |              |
| 4. 知らない               |              |

問8 薬を飲んだりお使いになっている方におたずねします。

(薬を飲んだりお使いになっていない方は問9へ)

(1) どこで(誰から)薬を入手しましたか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. 病院や診療所で入手した           |                   |
| 2. 医師の処方箋を持っていき調剤薬局で入手した |                   |
| 3. 薬局で店の人の話を聞いて買った       | 4. 薬局などで自分で選んで買った |
| 5. 通信販売で買った              | 6. 家族や知人にもらった     |
| 7. その他(具体的に              | )                 |

(2) 薬の飲み方、使い方についてお聞きします。(該当するものに○:1つだけ)

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| 1. きめられたとおりに飲んだり使ったりしている |                  |
| 2. ときどき忘れることがある          | 3. きめられたとおりにできない |
| 4. その他(具体的に              | )                |

(3) 「お薬手帳」を活用されていますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(4) かかりつけ薬局はありますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問9 あなたの現在の身体状況は以下のどれにあてはまりますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 何も使わずに普通に歩くことができる            |
| 2. 杖や歩行器等を使えば一人で歩くことができる        |
| 3. 介助を受ければ歩くことができる              |
| 4. 歩行は困難で、移動するには自走用又は介助用の車いすが必要 |
| 5. 移動はできない                      |

問10 認知症に関しておたずねします。

(1) あなたは、認知症に関する情報をどこから得ていますか。

(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                             |                              |            |
|-----------------------------|------------------------------|------------|
| 1. 家族                       | 2. 友人・知人                     |            |
| 3. テレビ・ラジオ                  | 4. あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター) |            |
| 5. ケアマネジャー                  | 6. ホームヘルパーやデイサービス職員などの介護職員   |            |
| 7. インターネット、携帯電話 (スマートフォンなど) |                              |            |
| 8. 新聞                       | 9. 市等の広報紙                    | 10. 雑誌、出版物 |
| 11. 講習会・研修 (認知症サポーター養成講座など) |                              |            |
| 12. その他 (具体的に )             |                              |            |
| 13. 特にどこからも得ていない            |                              |            |

(2) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人はいますか。

(該当するものに○:1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(3) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(4) 神戸市では、市民の方が自己負担ゼロで認知症の診断を受けることができる制度(認知症神戸モデル診断助成制度)を設けています。この制度を知っていますか。

(該当するものに○:1つだけ)

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

(4) で「1」「2」と回答した方におたずねします。

(5) 診断助成制度を何で知りましたか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| 1. 市からの郵便物 (70歳以上の方のみ)         |                  |
| 2. 広報紙KOB E                    |                  |
| 3. ホームページ・SNS/YouTube 広告       |                  |
| 4. 駅などにある公共広告・ポスター・デジタルサイネージ   |                  |
| 5. 新聞・テレビ                      | 6. 医療機関          |
| 7. あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)   |                  |
| 8. ケアマネジャー                     |                  |
| 9. ホームヘルパーやデイサービス職員などの介護職員     |                  |
| 10. こうべオレンジダイヤル (認知症の総合電話相談窓口) |                  |
| 11. 市の説明会・講義                   | 12. 家族や知り合いから聞いた |
| 13. その他 (具体的に )                |                  |

(6) 認知症の方がかかわる事故を救済する制度（認知症神戸モデル事故救済制度※）を知っていますか。（該当するものに○:1つだけ）

※認知症と診断された人が無料で加入できる賠償責任保険と全市民対象の見舞金

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. よく知っている            | 2. だいたい知っている |
| 3. 聞いたことはあるが、内容はわからない | 4. 知らない      |

(7) 神戸市は、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちだと思いますか。（該当するものに○:1つだけ）

- |            |           |            |
|------------|-----------|------------|
| 1. そう思う    | 2. ややそう思う | 3. どちらでもない |
| 4. あまり思わない | 5. 全く思わない |            |

(8) あなたご自身は、認知症に関して心配ごとがありますか。（該当するものに○:1つだけ）

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

(8) で「1」と回答した方におたずねします。

(9) 認知症に関する心配ごとは、誰に相談していますか。（該当するものに○: あてはまるものすべて）

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 家族・親族                     |
| 2. 友人・知人                     |
| 3. あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）  |
| 4. ケアマネジャー                   |
| 5. ホームヘルパーやデイサービス職員などの介護職員   |
| 6. こうべオレンジダイヤル（認知症の総合電話相談窓口） |
| 7. 区役所                       |
| 8. 社会福祉士などの福祉関係者             |
| 9. 医師                        |
| 10. 看護師、薬剤師などの医療関係者          |
| 11. 民生委員                     |
| 12. その他（具体的に _____ )         |
| 13. 誰にも相談していない               |
| 14. わからない                    |

(10) あなたは認知症に対してどのようなイメージを持っていますか。あなたが思うイメージに最も近いものをお答えください(該当するものに○:1つだけ)

1. 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる
2. 認知症になっても、自分だけでは十分できないことは周りの人のサポートを受けながら、今まで暮らしてきた地域で、できるだけ自立した生活ができる
3. 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
4. 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
5. 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる
6. 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう
7. その他(具体的に )
8. わからない

(11) あなたは、認知症のご本人やそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、特に必要だと思うことは何ですか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

1. 認知症について正しく理解できる機会(講座・広報など)の充実
2. 認知症の人が安心して移動・買い物・通院できる環境の整備
3. 認知症の人が地域の活動や仕事などに参加できる場の確保
4. 認知症の人の思いや希望を尊重しながら支援する体制づくり
5. 認知症に関する医療の充実
6. 医療・介護・福祉が連携した切れ目のない支援体制の整備
7. 認知症に関する相談窓口や家族への支援体制の充実
8. 認知症にならないための予防に関する情報や取り組みの推進

問11 あなたは、成年後見制度(※)を知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

※成年後見制度とは

認知症、知的障がいなどによって、物事を判断することが十分でない人について、本人の権利を守る援助者(「成年後見人」等)を選ぶことで、本人の財産管理などを法律的に支援する制度。

1. よく知っている
2. だいたい知っている
3. 聞いたことはあるが、内容はわからない
4. 知らない

問12 成年後見制度に関する相談窓口を知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. はい
2. いいえ

問13 あなたが、医療や介護について情報を得たい時に、気軽に相談できる窓口もしくは人は誰ですか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| 1. 市役所・区役所の窓口       | 2. あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター) |
| 3. 病院の相談窓口          | 4. 医師・看護師など医療関係者             |
| 5. 地域のサロンなど         | 6. 民生委員・自治会役員など              |
| 7. 家族・親族            | 8. 友人                        |
| 9. その他 (具体的に        | )                            |
| 10. 相談できる窓口 (人) はない |                              |

**地域活動や「たすけあい」についておうかがいします。**

問14 現在の生活で心配事がありますか。(該当するものに○:1つだけ)

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 心配がある | 2. 多少心配がある |
| 3. 心配はない | 4. わからない   |

問14で「1」「2」と回答した方におたずねします。

問15 心配ごととはどのようなことですか。あてはまるものに○を記入してください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 自分が病気がちであったり介護を必要としている             |   |
| 2. 配偶者や世話をしてくれる家族が病気がちであったり介護を必要としている |   |
| 3. 自宅内や外出時の転倒や事故                      |   |
| 4. 家事が大変である                           |   |
| 5. 頼れる人がいなく一人きりである                    |   |
| 6. 子ども (息子・娘) や孫とのつきあいがうまくいっていない      |   |
| 7. 子どもや孫が難しい問題をかかえている                 |   |
| 8. 先祖の祭祀やお墓のこと                        |   |
| 9. 生活のために収入がたりない                      |   |
| 10. 土地や家屋などの財産の相続のこと                  |   |
| 11. 家賃やリフォームなど住宅のこと                   |   |
| 12. 人 (近隣、親戚、友人、仲間等) とのつきあいがうまくいっていない |   |
| 13. 社会の仕組み (法律、社会保障、金融制度) がわからない      |   |
| 14. だまされたり犯罪に巻き込まれた (ている)             |   |
| 15. 大地震などの災害                          |   |
| 16. その他 (具体的に                         | ) |
| 17. わからない                             |   |

問16 近所の人との「あいさつ」の頻度はどれくらいですか。(該当するものに○:1つだけ)

- |           |                   |        |
|-----------|-------------------|--------|
| 1. ほとんど毎日 | 2. 週2～3日          | 3. 週1日 |
| 4. 月1～3日  | 5. ほとんどあいさつをしていない |        |

**これからの医療・ケア、介護、住まいについておうかがいします**

問17 あなたは、高齢期の住まい(居場所)としてどのような場所を希望しますか。下記の(1)(2)のそれぞれの場合について、あてはまるものに○をご記入下さい。

(1) 現在の心身の状態が維持できている間。(該当するものに○:1つだけ)

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 現在の住宅                       |
| 2. 利便性の高い都心の住宅                 |
| 3. 公的な住宅                       |
| 4. 公的な高齢者向け住宅(市営シルバーハウジングなど)   |
| 5. 民間の高齢者向け住宅(サービス付き高齢者向け住宅など) |
| 6. 介護付有料老人ホームやケアハウスなど          |
| 7. 特別養護老人ホームなどの老人福祉施設          |
| 8. 老人保健施設                      |
| 9. 病院など医療施設                    |
| 10. その他(具体的に )                 |
| 11. わからない                      |

(2) 今以上に心身の状態が悪くなった場合。(該当するものに○:1つだけ)

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 現在の住宅                       |
| 2. 利便性の高い都心の住宅                 |
| 3. 公的な住宅                       |
| 4. 公的な高齢者向け住宅(市営シルバーハウジングなど)   |
| 5. 民間の高齢者向け住宅(サービス付き高齢者向け住宅など) |
| 6. 介護付有料老人ホームやケアハウスなど          |
| 7. 特別養護老人ホームなどの老人福祉施設          |
| 8. 老人保健施設                      |
| 9. 病院など医療施設                    |
| 10. その他(具体的に )                 |
| 11. わからない                      |

問18 人生最期の時期について、おうかがいします。

(1) 自分が意思決定できなくなったときに備えて、あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方等について、あなたとご家族や友人、あなたと医療・ケア関係者等と話し合ったことはありますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| 1. まったくない                   | 2. 話し合ったことがある |
| 3. 話し合ったことがあり、希望として明確に伝えている |               |

(1) で「まったくない」と回答した方のみお答えください。

(2) 話し合ったことがないのは、どのような理由からですか。(該当するものに○:1つだけ)

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| 1. 必要性を感じない              | 2. 話し合う相手がいない |
| 3. 特に希望がない。考えたことがなく分からない |               |
| 4. 希望はあるが、これまで機会がなかった    |               |

問19 あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方について話し合ったことのある相手、もしくは話し合いたいと思う人は誰ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. いない                   | 2. 配偶者             |
| 3. 同居の子ども                | 4. 別居の子ども          |
| 5. 兄弟姉妹・親戚・親・孫           | 6. 近隣の方            |
| 7. 友人                    | 8. 医療従事者（医師、看護師など） |
| 9. 介護従事者（ケアマネジャー、ヘルパーなど） |                    |
| 10. その他（具体的に )           |                    |

問20 あなたは最期をどこで迎えたいと思いますか。(該当するものに○：1つだけ)

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 病院                      | 2. ホスピス・緩和ケア病棟      |
| 3. 老人ホームや認知症グループホームなどの福祉施設 |                     |
| 4. 高齢者向けのケア付き集合住宅          | 5. 自宅（子どもなどの家族宅も含む） |
| 6. わからない                   |                     |

問21 あなたが望む医療やケア、最期の過ごし方等について、あなたと家族や友人、あなたと医療・ケア従事者等と話し合うといったことを「人生会議（ACP）」と言いますが、そのことをご存じですか。(該当するものに○：1つだけ)

- |          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 1. 知らない  | 2. 「人生会議（ACP）」という言葉だけは知っていた |
| 3. 知っている |                             |



問25 あなたのお住まいのバリアフリー化（※）の状況をおたずねします。

※バリアフリー化とは 心身の機能が低下した時のために、手すりの設置や、段差の解消など、住宅の構造や設備が対応していることをいいます。

(1) 次の項目にあてはまるときは○をつけてください。

(該当するものに○: あてはまるものすべて)

1. 寝室とトイレが同じ階にある
2. 段差の高低差が少ない
3. 階段の傾きが緩やかである
4. 階段、トイレ、浴室に手すりが付いている
5. 通路（廊下）・出入口（玄関）とも介助用車いすが使える幅である
6. トイレが腰掛け式で前から介助できるスペースがある
7. 【共同住宅にお住まいで3階以上に住んでいる方】エレベーターが付いている
8. 【共同住宅にお住まいの方】（共用部分の）階段・廊下に手すりが付いている
9. あてはまるものがない

(2) あなたのお住まいのバリアフリー化は十分だと思いますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 思う

2. 思わない



(2) で「2」と回答した方におたずねします。

(3) 今後どのようにしたいとお考えですか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 住宅改修をして現在の住まいに住み続ける
2. バリアフリー設備の整った公営住宅等に置き替える
3. バリアフリー設備の整った民間賃貸住宅に置き替える
4. 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどに入所する
5. その他（具体的に )
6. わからない

## 介護保険料についておうかがいします

問26 あなたの介護保険料の段階（※）は何段階ですか。

※保険料の段階は、6月(今年65歳になった方や、市外から転入されてきた方はそれ以降)に神戸市から郵送された「介護保険料のお知らせ(納入通知書)」に記載されています。

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 第1段階   | 2. 第2段階   | 3. 第3段階   | 4. 第4段階   |
| 5. 第5段階   | 6. 第6段階   | 7. 第7段階   | 8. 第8段階   |
| 9. 第9段階   | 10. 第10段階 | 11. 第11段階 | 12. 第12段階 |
| 13. 第13段階 | 14. 第14段階 | 15. 第15段階 |           |

問27 介護保険料は、国・県・市が全体の50パーセントを負担し、残りを40歳以上の方々が負担する仕組みとなっています。介護サービスを充実させると、介護保険料が高くなります。今後の介護保険料について、あなたのお考えに最も近いものはどれですか。(○はひとつ)

1. 介護保険サービスの見直しやサービスを利用した人の負担を増やすなどにより、介護保険料を抑制するべき
2. 介護保険サービスの現状を維持する(高齢化が進む分だけ介護保険料は高くなる)
3. 介護保険サービスをさらに充実させる。そのために、介護保険料が高くなっても仕方がない

サービスの利用状況についておうかがいします。

問28 介護保険サービスの利用状況についておたずねします。

(1) あなたは、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。(該当するものに○:1つだけ)

1. 利用している

2. 利用していない

→ (3) ^

(1)で「1」と回答した方におたずねします。

(2) 利用しているサービスの種類は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

※それぞれのサービスには要支援の方に対する介護予防サービスも含まれます。

1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)
2. 訪問看護
3. 訪問リハビリテーション
4. 訪問入浴介護
5. 通所介護(デイサービス)
6. 通所リハビリテーション(デイケア)
7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
8. 夜間対応型訪問介護
9. 認知症対応型通所介護
10. 短期入所(ショートステイ)
11. 小規模多機能型居宅介護
12. 看護小規模多機能型居宅介護
13. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
14. 特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウスなど)
15. 居宅療養管理指導
16. わからない

問28で「2」と回答した方におたずねします。

(3) 利用していない理由は何ですか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| 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分からない |                   |
| 9. その他(具体的に                 | )                 |

(4) 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。介護保険サービス以外のサービスを含む。)について、ご回答ください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 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. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き |
| 9. 見守り、声かけ、話し相手  |                     |
| 10. 「集いの場」(地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場) |                     |
| 11. その他(具体的に   | )                   |
| 12. 特になし   |                     |

問29 ホームヘルプサービス(訪問介護)を利用されている方におたずねします。

(利用されていない方は問26へ)

(1) ホームヘルパーにしてもらう介護はどのようなものですか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 入浴・食事の介護など      | 2. 調理        |
| 3. 洗濯              | 4. 掃除        |
| 5. 買い物             | 6. 通院介助      |
| 7. おむつ交換などの排せつ介助   | 8. 水分補給      |
| 9. 床ずれ防止のための体位変換   | 10. 薬の服用     |
| 11. 寝る前、起きた後の身だしなみ | 12. その他(具体的に |
|                    | )            |

(2) 一回あたりの利用時間はどれくらいですか。(該当するものに○:1つだけ)

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 20分未満 | 2. 20分以上30分未満 | 3. 30分以上1時間未満 |
| 4. 1時間以上 | 5. 分からない      |               |

(3) 利用の程度。(該当するものに○:1つだけ)

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 1週間に1回程度 | 2. 1週間に2回程度 | 3. 1週間に3回程度 |
| 4. ほぼ毎日     | 5. その他(具体的に | )           |
| 6. わからない    |             |             |

問30 通所介護(デイサービス)、通所リハビリテーション(デイケア)、認知症対応型通所介護のいずれかを利用されている方におたずねします。(利用されていない方は問27へ)

(1) あなたが利用しているサービスの種類は何ですか。(該当するものに○:1つだけ)

- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 1. 通所介護(デイサービス) | 2. 通所リハビリテーション(デイケア) |
| 3. 認知症対応型通所介護   |                      |

(2) 週に何回利用しています。(該当するものに○:1つだけ)

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 1週間に1回程度 | 2. 1週間に2回程度 | 3. 1週間に3回程度 |
| 4. ほぼ毎日     | 5. その他(具体的に | )           |
| 6. わからない    |             |             |

(3) 通所介護(デイサービス)、認知症対応型通所介護を利用されている方におたずねします。あなたの利用状況についておたずねします。一回あたりの利用時間はどれくらいですか。(該当するものに○:1つだけ)

- |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 3時間未満      | 2. 3時間以上5時間未満 | 3. 5時間以上7時間未満 |
| 4. 7時間以上9時間未満 | 5. 9時間以上      | 6. わからない      |

(4) あなたは、現在、通所したときに、食事、入浴サービスを受けていますか。

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 1. 食事と入浴の両方を受けている | 2. 食事のみを受けている |
| 3. 入浴のみを受けている     | 4. どちらも受けていない |

サービスを1年以上利用している方におたずねします。

(5) あなたが、現在、通所したときに、していることは何ですか。次の中からお選びください。(していくことが多いもの3つに○をつけてください)

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| 1. 健康体操             | 2. リハビリテーション     |
| 3. 創作活動(手工芸・工作など)   | 4. 音楽活動(歌唱や楽器演奏) |
| 5. 文化活動(習字・俳句・川柳など) | 6. 脳トレーニング       |
| 7. その他(具体的に         | )                |
| 8. 特に何もしていない        |                  |

(6) この1年間で、あなたの状態は改善しましたか。(該当するものに○:1つだけ)

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 1. 要介護度、要支援度が改善した | 2. 状態を維持している |
| 3. 要介護度、要支援度が悪化した | 4. わからない     |

問31 介護保険制度以外のサービスの利用状況をおたずねします。

(1) 市内には、介護保険などの公的な制度では受けられないサービスを提供している団体があります。あなたは介護保険サービス以外で次のサービスを利用したことがありますか。

(該当するものに○: あてはまるものすべて)

1. 食事、掃除、洗濯やゴミ出しなどの家事援助
2. 配食サービス
3. 食料品、日用品の買い物や宅配
4. 身体の清拭、排泄などの身体介護
5. 通院等のための乗車又は降車等の介助などの移送サービス
6. 話し相手、見守り
7. 「集いの場」(地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場)
8. 入院中の身の回りの世話
9. その他(具体的に )
10. わからない
11. 使ったことがない

(1) で「1」から「9」を選んだ方におたずねします。

(2) それらのサービスは誰から提供されましたか。あてはまるものに○を記入してください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

1. 介護サービス事業者
2. NPO
3. ふれあいのまちづくり協議会、自治会、婦人会等の地域団体
4. ボランティア
5. 近所の方
6. その他(具体的に )

(3) 現在、介護を受けている場合、ご家族やご親族からの介護は、週にどれくらいありますか。(同居していない子供や親族等からの介護を含む)(該当するものに○:1つだけ)

1. ない → 調査終了です
2. 家族・親族の介護はあるが、週に2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

主に介護をしている方の状況についておうかがいします。

※以下の設問は、主に介護をしている方、あるいはご本人にご回答をお願いします。

問32 日常、主にアンケート対象者(封筒のあて名ご本人)の介護にあたっている方は、どなたですか。アンケート対象者ご本人からみての続柄でお答えください。複数の介護者がいる場合でも、主な介護者を選んで○をつけてください。(○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   |

問33 主に介護にあたっている方の性別と年齢をお答えください。(それぞれ○は1つずつ)

(1) 性別	1. 男性	2. 女性	3. その他	
(2) 年齢	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34 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

【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. わからない |
|---------|-----------|

問35 ご家族やご親族の中で、ご本人(封筒の宛名の方)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)(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                |          |
|--------------------------------|----------|
| 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(転職を除く) |          |
| 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。

問36 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)

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 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      | 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。

問36で「1」「2」と回答した方におたずねします。

(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行っていますか。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |  |
|--|
| 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・早出・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     |          |

(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。  
(該当するものに○: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37 主な介護者の方が介護を行う上で困っていることは何ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特にない
2. 介護の方法がわからない
3. もっと介護サービスを利用させたいが、本人が望まない
4. もっと介護サービスを利用させたいが、制度上又は要件上利用できない。
5. 家族の理解や協力が足りない
6. 相談相手がいない
7. 経済的負担が大きい
8. 心身の負担が大きい
9. 自分の時間がとれない
10. 自分の健康管理ができない
11. その他(具体的に )

問38 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、特にない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問39 主な介護者の方の介護負担を減らすためにどのような施策が必要ですか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 必要なときにショートステイが利用できるようにする
2. 緊急時に夜間の泊まりができる施設を増やす
3. 24時間対応の在宅サービス(訪問介護、訪問看護、デイサービスなど)を充実する
4. 自分の勤務時間(出勤時、残業)に合わせて、デイサービスやデイケアで介護の対象者(封筒のあて名ご本人)を受け入れてくれる
5. 介護技術や認知症などに関する講習会を開催する
6. 介護者が集まって悩みを話し合ったり、相談できる機会をつくる
7. その他(具体的に )
8. わからない

問40 神戸市では、「認知症サポーター養成講座」を実施し、認知症を理解して困っている人がいたら声をかけるなどのサポートを行うサポーターを養成しています。あなたは、この認知症サポーターに依頼したいことはありますか。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

1. 本人の話し相手
2. 介護している方の話し相手
3. 短時間（1時間未満）の見守り
4. 「集いの場」（地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場）などへの付き添い
5. 特に依頼したいことはない
6. 認知症の家族はいない（ので、依頼することはない）

アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに

ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査 施設調査（特別養護老人ホーム）

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

特別養護老人ホーム 施設長 様

神戸市福祉局介護保険課長

## 介護保険施設実態調査ご協力をお願い

平素は本市の介護保険事業の運営に対し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

神戸市では、令和6年3月に「第9期神戸市介護保険事業計画」を策定しましたが、当計画に関しては、3年ごとに見直しを行うこととされております。

このため、令和9年度から始まる「第10期神戸市介護保険事業計画」の基礎資料を得ることを目的として、市内の介護保険施設に対してアンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、時節柄何かとご多忙のところ誠に恐縮ではありますが、下記「記入要領」等をご参照のうえ、調査票にご記入いただき、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた回答につきましては、今後の介護保険施策に役立てるためのデータとして活用させていただきますので、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▶インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっています（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンでお願いします）。
- また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

施設名		回答責任者	
回答者		回答者の連絡先	-

注：特に指定がない限り令和7年12月1日24時の状況でご記入下さい

問1 貴施設についてお伺いします。

(1) 開設年月	1. 昭和 ( )年( )月	2. 平成 ( )年( )月	3. 令和 ( )年( )月
(2) 定員数(届出床数)	( )床(ショートステイ専用床を除く)		
(3) 居室の状況	ユニット型個室 ( )室 2人部屋 ( )室 4人部屋 ( )室	従来型個室 ( )室 3人部屋 ( )室 5人以上 ( )室	
(4) 待機者数	( )名 ※うち神戸市在住者( )名		

(5) 貴施設での実施サービス及び併設施設・事業の有無・種別。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 病院・診療所	2. 特別養護老人ホーム(小規模も含む)
3. 介護老人保健施設	4. 居宅介護支援・介護予防居宅介護支援
5. (介護予防)訪問介護	6. (介護予防)訪問入浴介護
7. (介護予防)訪問看護	8. (介護予防)訪問リハビリテーション
9. (介護予防・認知症対応型)通所介護(デイサービス)	
10. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	
11. (介護予防)短期入所(ショートステイ)	12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13. 看護小規模多機能型居宅介護	14. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
15. (介護予防)特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス)	
16. 小規模多機能型居宅介護	17. 介護医療院・介護療養型医療施設
18. その他の介護保険サービス・保健福祉サービス・社会福祉施設等	
(具体的に )	

問2. 現在の入所者の入所者数、要介護度分布を下欄にご記入下さい。

(1) 入所者数

施設入所 ( ) 名	〔 (ショートステイ床の特別養護老人ホーム床としての一時的活用(特例利用分)を含む) 〕
短期入所 ( ) 名	
合計 ( ) 名	
(*施設入所者のうち神戸市以外の被保険者は何名ですか ( ) 名)	

※以下は、施設入所者についてご記入ください。(ショート床の特例利用を含み、ショートステイ利用者は除く)

(2) 要介護度別

要介護1 ( ) 名	要介護2 ( ) 名	要介護3 ( ) 名
要介護4 ( ) 名	要介護5 ( ) 名	

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	I ( ) 名	II a ( ) 名
II b ( ) 名	III a ( ) 名	III b ( ) 名
IV ( ) 名	M ( ) 名	不明 ( ) 名

(4) 障害高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	ランクJ ( ) 名	ランクA ( ) 名
ランクB ( ) 名	ランクC ( ) 名	

問3. 入退所の状況についてお伺いします。

(1) 令和6年12月1日以降の入退所の状況について下記にご記入下さい。(ショートステイ利用分を除く)

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入所者数(増数)		+ 名	+ 名	+ 名
退所者数(減数)		- 名	- 名	- 名
在所者数 (各期末現在)	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

(2) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退所者の平均入所期間は長くなっていますか、短くなっていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 長くなっている(考えられる理由:	)
2. 変わらない	
3. 短くなっている(考えられる理由:	)
4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない	

(3) 入所希望者をすべて受け入れていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※(3)で「2」と回答した施設にお伺いします。

(4) 入所が困難な理由は何ですか。1番目と2番目の理由を選択してください。  
なお、1番目は①、2番目は②を( )内に記入してください。

( ) 1. 重度な認知症が見受けられるため、支援が困難である	
( ) 2. 高度な医療的ケアが必要であるため、支援が困難である	
( ) 3. 貴施設の利用に係る利用者負担額が賄えない経済状態にある	
( ) 4. その他(具体的に	)

問4. 貴施設には下記のような方はおよそ何人入所されていますか。

1. おむつ使用	→	常時使用	( )名
	→	夜間のみ使用	( )名
2. 食事の介助が必要		( )名(一部介助も含む)	
3. 洗面の介助が必要		( )名(一部介助も含む)	
4. 入浴の介助が必要		( )名(一部介助も含む)	
5. 嚥下困難		( )名(見守りも含む)	
6. 徘徊		( )名(時々も含む)	
7. 暴言・暴行		( )名	
8. 不潔行為		( )名	
9. その他(具体的に	)	( )名	

問5. 短期入所（ショートステイ）の利用状況についてお伺いします。

(1) ショートステイを併設している場合の定員数をご記入下さい。

(		) 床 (ショートステイ専用床のみ)
---	--	--------------------

(2) 令和6年12月～令和7年11月のショートステイ利用率をご記入ください。

(およそ		) %
------	--	-----

問6. 貴施設の職員についてお伺いします。

(1) 職員の配置の現状はどのようになっていますか。人数を数字で記入してください。

従事者数 (単位: 名)		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		名	名	名
うち	医師	名	名	名
	看護師	名	名	名
	介護職員	名	名	名
	うち介護福祉士	名	名	名
	うち喀痰吸引等の有資格者	名	名	名
	理学療法士	名	名	名
	作業療法士	名	名	名
	言語聴覚士	名	名	名
	介護支援専門員	名	名	名

(2) 職員の平均在職年数はおおよそ何年ですか。在職年数を数字で記入してください。

在職年数 (単位: 年)		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		年	年	年
うち	医師	年	年	年
	看護師	年	年	年
	介護職員	年	年	年
	うち介護福祉士	年	年	名
	理学療法士	年	年	年
	作業療法士	年	年	年
	言語聴覚士	年	年	年
	介護支援専門員	年	年	年

(3) 貴施設が計画している職員の配置計画と現状を比較して、あてはまる部分に○を記入して下さい。

職種		過不足状況				
		大いに不足	不足	適当	過剰	該当なし
全 体		1	2	3	4	
う ち	医師	1	2	3	4	5
	看護師	1	2	3	4	5
	介護職員	1	2	3	4	5
	理学療法士	1	2	3	4	5
	作業療法士	1	2	3	4	5
	言語聴覚士	1	2	3	4	5
	介護支援専門員	1	2	3	4	5

(4) 過去1年間に退職した人数及び退職した主な理由について、それぞれ該当する人数をお答えください。

合計 ( ) 名	うち正規職員 ( ) 名	非正規職員 ( ) 名
1. 職場内の人間関係		( ) 名
2. 利用者やその家族との人間関係		( ) 名
3. 多忙でじっくり仕事に取り組めない		( ) 名
4. 責任が重くストレスが大きい		( ) 名
5. 家庭と仕事の両立ができない		( ) 名
6. 妊娠や出産、育児、転勤など自分や家庭の事情		( ) 名
7. 親など家族の介護を行うため		( ) 名
8. 賃金を理由として		( ) 名
9. 労働時間、休暇等の労働条件		( ) 名
10. 腰痛等の健康上の問題		( ) 名
11. その他 ( )		( ) 名

(5) 上記の離職者(全体数)の在職期間はどれぐらいですか。下記の期間ごとに人数をお答えください。

1. 1か月未満 ( ) 名	2. 1か月～半年未満 ( ) 名
3. 半年～1年未満 ( ) 名	4. 1年～3年未満 ( ) 名
5. 3年～5年未満 ( ) 名	6. 5年～7年未満 ( ) 名
7. 7年以上 ( ) 名	8. わからない ( ) 名

(6) 上記の退職者が転職している場合、転職先をわかる範囲でご記入下さい。

1. 福祉関係 ( ) 名	2. 福祉関係以外 ( ) 名
---------------	-----------------

(7) 貴事業所では、職員の人材の確保・育成を図るためにどのような取り組みを行っていますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特に対策は行っていない
2. 賃金の改善
3. 休暇や労働時間等の労働条件の改善
4. 職員の健康管理支援等、福利厚生の実施
5. 介護職員の資格取得等、キャリアやスキルアップへの支援
6. 職員に対する評価の明確化や処遇への反映
7. 休暇取得促進など、職員のワークライフバランスへの配慮
8. 職員へのハラスメントの防止等対策
9. 介護ロボット・ICT機器の導入等による職員の負担軽減
10. 個別面談等による職員の意向の確認
11. 定期的なミーティング等により職員の意見を聴取するなど、風通しの良い職場環境づくり
12. 新人の指導担当・アドバイザーの設置
13. 職場環境の改善（休憩室、談話室の確保等）
14. その他（具体的に )

(8) 神戸市介護人材確保プロジェクト「コウベdeカイゴ」の取組や、市内介護職員や施設に対しわかりやすく有益な情報発信を行う「コウベdeカイゴ」のWebサイトを知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. プロジェクトもWEBサイトも知っている
2. 神戸市が「コウベdeカイゴ」プロジェクトを実施しているのは知っているが、WEBサイトは知らなかった
3. どちらも知らない



「コウベdeカイゴ」の  
Webサイト二次元コード

(9) 介護人材の確保・育成（コウベdeカイゴ）について、行政に期待することはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特にない
2. 介護職のイメージアップ（魅力向上）の取組
3. 神戸市介護施設・事業者の広報支援
4. 職員のキャリアアップ支援
5. 潜在的介護福祉士等の再就職支援
6. 事業者（管理者）の人材マネジメント能力強化の研修
7. 事業者（管理者）の採用力強化の研修
8. 事業者（管理者）の働き方改革の研修
9. 介護ロボット・ICT機器の導入・定着促進
10. 外国人職員受入の支援
11. 介護職員の相談窓口の設置
12. その他（具体的に )

(10) 現在、貴施設に外国人介護職員（パートタイム、アルバイト等を含む）はいますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

- |   |
|---|
| 1. 現在、外国人介護職員がいる → (11) へ                   |
| 2. 現在、外国人介護職員はいないが受入を検討中（または関心がある） → (14) へ |
| 3. 現在、外国人介護職員はいないし、受け入れ予定もない → (16) へ       |

【※ (10) で「1」とお答えの施設にお伺いします。】

(11) 現在の、外国人介護職員の人数と、その在留資格の内訳を教えてください。

- |                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| 1. 特定技能1号                        | ( ) 名 |
| 2. 技能実習（介護職種）                    | ( ) 名 |
| 3. E P A（経済連携協定）                 | ( ) 名 |
| 4. 在留資格「介護」                      | ( ) 名 |
| 5. 留学（介護福祉士養成施設※）                | ( ) 名 |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |       |
| 6. その他（                          | ）（ ）名 |

(12) 外国人介護職員の国籍別の内訳を教えてください。

- |          |       |            |       |
|----------|-------|------------|-------|
| 1. ベトナム  | ( ) 名 | 2. インドネシア  | ( ) 名 |
| 3. フィリピン | ( ) 名 | 4. ミャンマー   | ( ) 名 |
| 5. ネパール  | ( ) 名 | 6. モンゴル    | ( ) 名 |
| 7. 中国    | ( ) 名 | 8. その他（国名： | ）（ ）名 |

(13) 外国人職員について、行政に期待する支援について教えてください。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. 日本語文章力・読解力向上の支援           |   |
| 2. 介護福祉士資格試験取得の支援            |   |
| 3. 外国人職員同士の交流会               |   |
| 4. 外国人職員に対するわかりやすい情報発信       |   |
| 5. 外国人職員に対する日本の文化の講習         |   |
| 6. 外国人職員の指導者等に対する指導・支援力強化の講習 |   |
| 7. 外国人介護人材受入に関する制度や留意点の講習    |   |
| 8. 受入れ外国人の住居確保支援             |   |
| 9. 外国渡航による現地視察への支援           |   |
| 10. その他（                     | ） |

【※ (10) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。】

(14) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 在留資格を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| 1. 特定技能1号                        | 2. 技能実習 (介護職種) |
| 3. EPA (経済連携協定)                  | 4. 在留資格「介護」    |
| 5. 留学 (介護福祉士養成施設※)               |                |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |                |
| 6. その他 (                         | )              |

(15) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 外国人介護職員の国籍を教えてください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |          |             |          |
|----------|-------------|----------|
| 1. ベトナム  | 2. インドネシア   | 3. フィリピン |
| 4. ミャンマー | 5. ネパール     | 6. モンゴル  |
| 7. 中国    | 8. その他 (国名: | )        |

【※ (10) で「3」とお答えの施設にお伺いします。】

(16) 外国人職員について、受入を考えていない理由を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 利用者や日本人職員との意思疎通に不安があるから            |   |
| 2. 日本語文章力・読解力の不足等により、できる仕事に限りがあると思うから |   |
| 3. 受入や雇用方法がわからないから                    |   |
| 4. 実際にどのような人が来るか分からず、一緒に働くイメージがもてないから |   |
| 5. 業務以外の日常生活における支援や相談等の対応が難しいと思うから    |   |
| 6. 人件費以外にさまざまなコストがかかると思うから            |   |
| 7. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから           |   |
| 8. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから      |   |
| 9. その他 (                              | ) |

問7. 介護職員等の処遇改善に係る加算の状況についてお伺いします。

(1) 介護職員等の処遇改善に係る加算は何を算定していますか。(〇は3つまで)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算 (I)     | 2. 介護職員処遇改善加算 (II)   |
| 3. 介護職員処遇改善加算 (III)   | 4. 介護職員等特定処遇改善加算 (I) |
| 5. 介護職員等特定処遇改善加算 (II) | 6. 介護職員等ベースアップ等支援加算  |
| 7. いずれも算定していない        |                      |

※ (1) で「7」と回答した施設にお伺いします。

(2) 介護職員処遇改善加算等の届出をしない理由は何ですか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 対象者に制約がある   | 2. 事務作業が煩雑      |
| 3. 利用者負担が発生する  | 4. 非常勤職員等の処遇の問題 |
| 5. 賃金改善の必要性がない | 6. 支給要件を達成できない  |
| 7. その他 (具体的に   | )               |

問8. 口腔ケアの実施状況についてお伺いします。

施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が求められています。

(1) あなたの施設は、どちらに該当していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 口腔衛生管理加算 (I) に該当している | 2. 口腔衛生管理加算 (II) に該当している |
|-------------------------|--------------------------|

(2) 貴施設では下記のような取り組みをされていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 口腔衛生管理体制計画の立案              | 2. 入所者の口腔の状況の確認 |
| 3. 口腔清掃の用具の整備                 | 4. 口腔清掃の実施      |
| 5. 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保 |                 |
| 6. 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備    |                 |
| 7. 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し    |                 |

(3) 入所者に対し、どのような取り組みを計画されていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 歯科健診             | 2. 個々人に応じたブラッシング指導 |
| 3. 口周囲や唾液腺等のマッサージ指導 |                    |
| 4. その他 (具体的に        | )                  |
| 5. 実施していない          |                    |

【※ (3) で「1」「2」「3」「4」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。】

(4) 実施している場合、どのような効果を期待していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |         |              |          |
|---------|--------------|----------|
| 1. 誤嚥防止 | 2. 咀嚼力の保持    | 3. 肺炎の予防 |
| 4. 口臭予防 | 5. その他 (具体的に | )        |

問9 医療が必要な入所者についてお伺いします。

- (1) 貴施設では下記のような医療を必要とする入所者がおられますか。  
おられる場合 ( ) 内に人数を記入してください。(およそ過去3か月間)

1. 褥瘡処理	( ) 名
2. 浣腸・摘便	( ) 名
3. 導尿・膀胱留置カテーテル	( ) 名、膀胱ろう ( ) 名
4. 人工肛門	( ) 名
5. 喀痰吸引	( ) 名
6. インスリン注射・血糖測定	( ) 名
7. 経管栄養療法	( ) 名、胃ろう ( ) 名
8. 酸素療法	( ) 名
9. 脱水などに対する一時的点滴	( ) 名
10. 透析	( ) 名
11. ストマケア (パウチの交換を含む)	( ) 名
12. 気管切開	( ) 名
13. 食道ろう	( ) 名
14. ペースメーカー	( ) 名
15. その他 (具体的に	( ) ( ) 名

- (2) 医療処置が必要な人の入所が受け入れられない場合、どのようなことが理由となっていますか。  
最もあてはまる理由を選択してください。(該当するものに○：1つだけ)

1. 医師の配置が十分ではない	2. 医療機関との連携が不十分
3. 看護職員の体制が不十分	4. その他 (理由 )
5. 医療処置が必要な人でも全て受け入れている	

- (3) 通院時にはどのような対応をしていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 原則 家族対応	2. 原則 スタッフ対応
3. 協力医療機関を活用している	
4. その他 (具体的に	)

- (4) 医療機関と、どのように連携していますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 入所者の健康管理や処置について助言を受けている	
2. 往診してもらえる医師・医療機関がある	
3. 急変時の受け入れを依頼できる病院を確保している	
4. 提携病院があり、入院の受け入れをしてもらっている	
5. 認知症の周辺症状について助言を受けている	
6. その他 (具体的に	)
7. 連携していない	



問12 貴施設でのボランティア活動についてお伺いします。

(1) 貴施設ではどのようなボランティア活動が行なわれていますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 日常的に行なわれているレクリエーション等の指導、参加支援
2. 施設でのお茶だし、食堂内の配膳・下膳などの補助
3. 喫茶コーナーなどの運営補助
4. 散歩、外出、館内移動の補助
5. イベント等の手伝い(模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など)
6. 話し相手
7. 洗濯物たたみ
8. その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
9. その他(具体的に )
10. ボランティアはいない

※ (1) で「1」～「9」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。

(2) ボランティアの登録はどのような状況ですか。(わかる範囲でご記入ください)

- ① 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名  
女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名
- ② ボランティアの活動歴  
あり ( ) 名 なし ( ) 名 不明 ( ) 名

(3) どのような団体にボランティア活動を依頼していますか。

(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 婦人会等の地域団体 2. 区や市のボランティアセンター
3. ボランティア団体 4. その他(具体的に )

(4) 平均すると一日あたりのボランティアに参加されている方はどのような状況ですか。

(わかる範囲でご記入ください)

- 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名
- 女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

問13 貴施設では地域や地域住民へ施設開放をされていますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 地域住民や地域団体が喫茶室を利用できる
2. 地域住民や地域団体が会議室や作業スペースを利用できる
3. 「集いの場」(地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場)として利用している
4. 施設の行事の時に地域住民や地域団体を招いている
5. その他(具体的に )
6. していない

問14 事故や災害等の対応について、あてはまるものはありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 事故発生時の職員対応マニュアルを作成している
2. 事故発生時における家族等への連絡先を複数把握している
3. 感染症に関する職員対応マニュアルを作成している
4. 消火・避難訓練を年2回以上実施している
5. 避難の方法など、災害に対するマニュアルを作成している
6. 災害時に要援護者の受け入れ体制を整えている
7. 従事者に対する暴力・セクハラ防止の安全対策マニュアルを作成している

問15 介護ロボット・ICT機器についてお伺いします。

(1) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(2) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入を検討しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入を検討していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(3) 導入して感じた課題や導入していない理由として、あてはまるものを選んでください。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入費用が高額
2. 費用対効果が不明
3. 安全面に不安
4. どのICT機器や介護ロボットが、施設に合うのか分からない
5. 技術的に職員が使いこなすのが難しい(難しそう)
6. 介護職員が、新しい機器を導入することに消極的
7. 導入時に、使い方の研修や周知の機会を設けるのが難しい
8. 機器のメンテナンスが大変
9. 介護現場の実態に合う介護ロボットやICT機器がない
10. その他(具体的に

)

問16 今後の施設における事業展開の見込みについてお伺いします。

(1) ショートステイ床の特養床への転換希望はありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. ある (転換希望 床)
2. ない

(2) デイサービス床の特養床への転換希望はありますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. ある (転換希望 床)
2. ない

(3) 貴施設の改築や改修について、今後、10年以内に必要と考えられているものはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 全面改築が必要と考えている(移転含む)
2. 施設の老朽化に伴う設備機器の更新が必要と考えている
3. 多床室の間仕切り等によるプライバシー改修が必要と考えている
4. 従来型居室のユニット型改修が必要と考えている
5. 既存スペースを活用するための増床が必要と考えている
6. その他(具体的に
7. 特に必要はない

)

問17. 介護保険制度における貴施設の役割や、施設運営における課題等について、ご自由にご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに  
ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査 施設調査（介護老人保健施設）

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

介護老人保健施設 施設長 様

神戸市福祉局介護保険課長

## 介護保険施設実態調査ご協力をお願い

平素は本市の介護保険事業の運営に対し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

神戸市では、令和6年3月に「第9期神戸市介護保険事業計画」を策定しましたが、当計画に関しては、3年ごとに見直しを行うこととされております。

このため、令和9年度から始まる「第10期神戸市介護保険事業計画」の基礎資料を得ることを目的として、市内の介護保険施設に対してアンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、時節柄何かとご多忙のところ誠に恐縮ではありますが、下記「記入要領」等をご参照のうえ、調査票にご記入いただき、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた回答につきましては、今後の介護保険施策に役立てるためのデータとして活用させていただきますので、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▷インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっております（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンでお願いします）。
- また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

施設名		回答責任者	
回答者		回答者の連絡先	—

注：特に指定がない限り令和7年12月1日24時の状況でご記入下さい

問1 貴施設についてお伺いします。

(1) 開設年月	1. 昭和 ( )年( )月	2. 平成 ( )年( )月	3. 令和 ( )年( )月
(2) 定員数(届出床数)	一般棟 ( )床	認知症専門棟 ( )床	計 ( )床
(3) 居室の状況	ユニット型個室 ( )室	従来型個室 ( )室	2人部屋 ( )室
	3人部屋 ( )室	4人部屋 ( )室	5人以上 ( )室
(4) 待機者数	( )名	※うち神戸市在住者 ( )名	

(5) 貴施設での実施サービス及び併設施設・事業の有無・種別。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 病院・診療所	2. 特別養護老人ホーム(小規模も含む)
3. 介護老人保健施設	4. 居宅介護支援・介護予防居宅介護支援
5. (介護予防)訪問介護	6. (介護予防)訪問入浴介護
7. (介護予防)訪問看護	8. (介護予防)訪問リハビリテーション
9. (介護予防・認知症対応型)通所介護(デイサービス)	
10. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	
11. (介護予防)短期入所(ショートステイ)	
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
13. 看護小規模多機能型居宅介護	
14. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
15. (介護予防)特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス)	
16. 小規模多機能型居宅介護	
17. 介護医療院・介護療養型医療施設	
18. その他の介護保険サービス・保健福祉サービス・社会福祉施設等 (具体的に	)

問2. 現在の入所者の入所者数、要介護度分布を下欄にご記入下さい。

(1) 入所者数

施設入所 ( ) 名	短期入所 ( ) 名
合計 ( ) 名	
(*施設入所者のうち神戸市以外の被保険者は何名ですか ( ) 名)	

※以下は、施設入所者についてご記入ください。  
(ショート床の特例利用を含み、ショートステイ利用者は除く)

(2) 要介護度別

要介護1 ( ) 名	要介護2 ( ) 名	要介護3 ( ) 名
要介護4 ( ) 名	要介護5 ( ) 名	

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	I ( ) 名	II a ( ) 名
II b ( ) 名	III a ( ) 名	III b ( ) 名
IV ( ) 名	M ( ) 名	不明 ( ) 名

(4) 障害高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	ランクJ ( ) 名	ランクA ( ) 名
ランクB ( ) 名	ランクC ( ) 名	

問3. 入退所の状況についてお伺いします。

(1) 令和6年12月1日以降の入退所の状況について下記にご記入下さい。(ショートステイ利用分を除く)

<一般棟>

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入所者数(増数)		+ 名	+ 名	+ 名
退所者数(減数)		- 名	- 名	- 名
在所者数 (各期末現在)	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

<認知症専門棟>

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入所者数(増数)		+ 名	+ 名	+ 名
退所者数(減数)		- 名	- 名	- 名
在所者数 (各期末現在)	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

(2) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退所者の平均入所期間は長くなっていますか、短くなっていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 長くなっている(考えられる理由: )
2. 変わらない
3. 短くなっている(考えられる理由: )
4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない

(3) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退所者に占める在宅復帰者の割合は増えていますか、減っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 増えている(考えられる理由: )
2. 変わらない
3. 減っている(考えられる理由: )
4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない

(4) 入所希望者をすべて受け入れていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※ (4) で「2」と回答した施設にお伺いします。

(5) 入所が困難な理由は何ですか。1番目と2番目の理由を選択してください。

なお、1番目は①、2番目は②を( )内に記入してください。

( ) 1. 重度な認知症が見受けられるため、支援が困難である。
( ) 2. 高度な医療的ケアが必要であるため、支援が困難である。
( ) 3. 貴施設の利用に係る利用者負担額が賄えない経済状態にある。
( ) 4. その他(具体的に )

問4. 貴施設には下記のような方はおよそ何人入所されていますか。

1. おむつ使用	常時使用	( )名
	夜間のみ使用	( )名
2. 食事の介助が必要		( )名(一部介助も含む)
3. 洗面の介助が必要		( )名(一部介助も含む)
4. 入浴の介助が必要		( )名(一部介助も含む)
5. 嚥下困難		( )名(見守りも含む)
6. 徘徊		( )名(時々も含む)
7. 暴言・暴行		( )名
8. 不潔行為		( )名
9. その他(具体的に )		( )名

問5. 在宅復帰・在宅療養支援の実施状況についてお伺いします。

(1) 貴施設は在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定していますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 算定している	2. 在宅強化型施設なので算定していない
3. 要件は満たしているが算定していない	4. 要件は満たしていないので算定していない

※ (1) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。

(2) 過去6ヶ月間の退所者のうち在宅で介護されることとなった高齢者の割合は何割ですか。

約( )割
-------

(3) 在宅復帰・在宅療養支援を実施するにあたり、どのようなことに力を入れていますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 利用者・家族に対する十分な説明と同意の取得
2. 支援のための組織の設置や人員の配置
3. 地域の医療機関や介護事業所等との連携強化
4. 在宅復帰に関する職員研修
5. 在宅復帰に向けたリハビリテーションサービスの強化
6. その他(具体的に )

問6. 貴施設の職員についてお伺いします。

(1) 職員の配置の現状はどのようになっていますか。人数を数字で記入してください。

従事者数（単位：名）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		名	名	名
うち	医師	名	名	名
	看護師	名	名	名
	介護職員	名	名	名
	うち介護福祉士	名	名	名
	うち喀痰吸引等の有資格者	名	名	名
	理学療法士	名	名	名
	作業療法士	名	名	名
	言語聴覚士	名	名	名
介護支援専門員	名	名	名	

(2) 職員の平均在職年数はおよそ何年ですか。在職年数を数字で記入してください。

在職年数（単位：年）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		年	年	年
うち	医師	年	年	年
	看護師	年	年	年
	介護職員	年	年	年
	うち介護福祉士	年	年	名
	理学療法士	年	年	年
	作業療法士	年	年	年
	言語聴覚士	年	年	年
	介護支援専門員	年	年	年

(3) 貴施設が計画している職員の配置計画と現状を比較して、あてはまる部分に○を記入して下さい。

職種		過不足状況				
		大いに不足	不足	適当	過剰	該当なし
全 体		1	2	3	4	
うち	医師	1	2	3	4	5
	看護師	1	2	3	4	5
	介護職員	1	2	3	4	5
	理学療法士	1	2	3	4	5
	作業療法士	1	2	3	4	5
	言語聴覚士	1	2	3	4	5
	介護支援専門員	1	2	3	4	5

(4) 過去1年間に退職した人数及び退職した主な理由について、それぞれ該当する人数をお答えください。

合計 ( ) 名	うち正規職員 ( ) 名	非正規職員 ( ) 名
1. 職場内の人間関係		( ) 名
2. 利用者やその家族との人間関係		( ) 名
3. 多忙でじっくり仕事に取り組めない		( ) 名
4. 責任が重くストレスが大きい		( ) 名
5. 家庭と仕事の両立ができない		( ) 名
6. 妊娠や出産、育児、転勤など自分や家庭の事情		( ) 名
7. 親など家族の介護を行うため		( ) 名
8. 賃金を理由として		( ) 名
9. 労働時間、休暇等の労働条件		( ) 名
10. 腰痛等の健康上の問題		( ) 名
11. その他 ( )		( ) 名

(5) 上記の離職者(全体数)の在職期間はどれぐらいですか。下記の期間ごとに人数をお答えください。

1. 1か月未満 ( ) 名	2. 1か月～半年未満 ( ) 名
3. 半年～1年未満 ( ) 名	4. 1年～3年未満 ( ) 名
5. 3年～5年未満 ( ) 名	6. 5年～7年未満 ( ) 名
7. 7年以上 ( ) 名	8. わからない ( ) 名

(6) 上記の退職者が転職している場合、転職先をわかる範囲でご記入下さい。

1. 福祉関係 ( ) 名	2. 福祉関係以外 ( ) 名
---------------	-----------------

(7) 貴事業所では、職員の人材の確保・育成を図るためにどのような取り組みを行っていますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特に対策は行っていない
2. 賃金の改善
3. 休暇や労働時間等の労働条件の改善
4. 職員の健康管理支援等、福利厚生の実施
5. 介護職員の資格取得等、キャリアやスキルアップへの支援
6. 職員に対する評価の明確化や処遇への反映
7. 休暇取得促進など、職員のワークライフバランスへの配慮
8. 職員へのハラスメントの防止等対策
9. 介護ロボット・ICT機器の導入等による職員の負担軽減
10. 個別面談等による職員の意向の確認
11. 定期的なミーティング等により職員の意見を聴取するなど、風通しの良い職場環境づくり
12. 新人の指導担当・アドバイザーの設置
13. 職場環境の改善(休憩室、談話室の確保等)
14. その他(具体的に )

- (8) 神戸市介護人材確保プロジェクト「コウベdeカイゴ」の取組や、市内介護職員や施設に対しわかりやすく有益な情報発信を行う「コウベdeカイゴ」のWebサイトを知っていますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

1. プロジェクトもWEBサイトも知っている
2. 神戸市が「コウベdeカイゴ」プロジェクトを実施しているのは知っているが、WEBサイトは知らなかった
3. どちらも知らない



「コウベdeカイゴ」の  
Webサイト二次元コード

- (9) 介護人材の確保・育成（コウベdeカイゴ）について、行政に期待することはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特にない
2. 介護職のイメージアップ（魅力向上）の取組
3. 神戸市介護施設・事業者の広報支援
4. 職員のキャリアアップ支援
5. 潜在的介護福祉士等の再就職支援
6. 事業者（管理者）の人材マネジメント能力強化の研修
7. 事業者（管理者）の採用力強化の研修
8. 事業者（管理者）の働き方改革の研修
9. 介護ロボット・ICT機器の導入・定着促進
10. 外国人職員受入の支援
11. 介護職員の相談窓口の設置
12. その他（具体的に

)

- (10) 現在、貴施設に外国人介護職員（パートタイム、アルバイト等を含む）はいますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

1. 現在、外国人介護職員がいる → (11) へ
2. 現在、外国人介護職員はいないが受入を検討中（または関心がある） → (14) へ
3. 現在、外国人介護職員はいないし、受け入れ予定もない → (16) へ

【※ (10) で「1」とお答えの施設にお伺いします。】

(11) 現在の、外国人介護職員の人数と、その在留資格の内訳を教えてください。

- |                                  |      |
|----------------------------------|------|
| 1. 特定技能1号                        | ( )名 |
| 2. 技能実習(介護職種)                    | ( )名 |
| 3. EPA(経済連携協定)                   | ( )名 |
| 4. 在留資格「介護」                      | ( )名 |
| 5. 留学(介護福祉士養成施設※)                | ( )名 |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |      |
| 6. その他( )                        | ( )名 |

(12) 外国人介護職員の国籍別の内訳を教えてください。

- |          |      |              |      |
|----------|------|--------------|------|
| 1. ベトナム  | ( )名 | 2. インドネシア    | ( )名 |
| 3. フィリピン | ( )名 | 4. ミャンマー     | ( )名 |
| 5. ネパール  | ( )名 | 6. モンゴル      | ( )名 |
| 7. 中国    | ( )名 | 8. その他(国名: ) | ( )名 |

(13) 外国人職員について、行政に期待する支援について教えてください。

(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. 日本語文章力・読解力向上の支援           |   |
| 2. 介護福祉士資格試験取得の支援            |   |
| 3. 外国人職員同士の交流会               |   |
| 4. 外国人職員に対するわかりやすい情報発信       |   |
| 5. 外国人職員に対する日本の文化の講習         |   |
| 6. 外国人職員の指導者等に対する指導・支援力強化の講習 |   |
| 7. 外国人介護人材受入に関する制度や留意点の講習    |   |
| 8. 受入れ外国人の住居確保支援             |   |
| 9. 外国渡航による現地視察への支援           |   |
| 10. その他( )                   | ) |

【※ (10) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。】

(14) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 在留資格を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| 1. 特定技能1号                        | 2. 技能実習 (介護職種) |
| 3. E P A (経済連携協定)                | 4. 在留資格「介護」    |
| 5. 留学 (介護福祉士養成施設※)               |                |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |                |
| 6. その他 (                         | )              |

(15) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 外国人介護職員の国籍を教えてください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |          |             |          |
|----------|-------------|----------|
| 1. ベトナム  | 2. インドネシア   | 3. フィリピン |
| 4. ミャンマー | 5. ネパール     | 6. モンゴル  |
| 7. 中国    | 8. その他 (国名: | )        |

【※ (10) で「3」とお答えの施設にお伺いします。】

(16) 外国人職員について、受入を考えていない理由を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 利用者や日本人職員との意思疎通に不安があるから            |   |
| 2. 日本語文章力・読解力の不足等により、できる仕事に限りがあると思うから |   |
| 3. 受入や雇用方法がわからないから                    |   |
| 4. 実際にどのような人が来るか分からず、一緒に働くイメージがもてないから |   |
| 5. 業務以外の日常生活における支援や相談等の対応が難しいと思うから    |   |
| 6. 人件費以外にさまざまなコストがかかると思うから            |   |
| 7. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから           |   |
| 8. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから      |   |
| 9. その他 (                              | ) |

問7. 介護職員等の処遇改善に係る加算の状況についてお伺いします。

(1) 介護職員等の処遇改善に係る加算は何を算定していますか。(〇は3つまで)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算 (I)     | 2. 介護職員処遇改善加算 (II)   |
| 3. 介護職員処遇改善加算 (III)   | 4. 介護職員等特定処遇改善加算 (I) |
| 5. 介護職員等特定処遇改善加算 (II) | 6. 介護職員等ベースアップ等支援加算  |
| 7. いずれも算定していない        |                      |

※ (1) で「7」と回答した施設にお伺いします。

(2) 介護職員処遇改善加算等の届出をしない理由は何ですか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 対象者に制約がある   | 2. 事務作業が煩雑      |
| 3. 利用者負担が発生する  | 4. 非常勤職員等の処遇の問題 |
| 5. 賃金改善の必要性がない | 6. 支給要件を達成できない  |
| 7. その他(具体的に    | )               |

問8. 口腔ケアの実施状況についてお伺いします。

施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が求められています。

(1) あなたの施設は、どちらに該当していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 口腔衛生管理加算 (I) に該当している | 2. 口腔衛生管理加算 (II) に該当している |
|-------------------------|--------------------------|

(2) 貴施設では下記のような取り組みをされていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 口腔衛生管理体制計画の立案              | 2. 入所者の口腔の状況の確認 |
| 3. 口腔清掃の用具の整備                 | 4. 口腔清掃の実施      |
| 5. 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保 |                 |
| 6. 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備    |                 |
| 7. 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し    |                 |

(3) 入所者に対し、どのような取り組みを計画されていますか。

(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 歯科健診             | 2. 個々人に応じたブラッシング指導 |
| 3. 口周囲や唾液腺等のマッサージ指導 |                    |
| 4. その他(具体的に         | )                  |
| 5. 実施していない          |                    |

【※ (3) で「1」「2」「3」「4」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。】

(4) 実施している場合、どのような効果を期待していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |         |             |          |
|---------|-------------|----------|
| 1. 誤嚥防止 | 2. 咀嚼力の保持   | 3. 肺炎の予防 |
| 4. 口臭予防 | 5. その他(具体的に | )        |

問9 医療が必要な入所者についてお伺いします。

(1) 貴施設では下記のような医療を必要とする入所者がおられますか。  
おられる場合 ( ) 内に人数を記入してください。(およそ過去3か月間)

1. 褥瘡処理	( ) 名
2. 浣腸・摘便	( ) 名
3. 導尿・膀胱留置カテーテル	( ) 名、膀胱ろう ( ) 名
4. 人工肛門	( ) 名
5. 喀痰吸引	( ) 名
6. インスリン注射・血糖測定	( ) 名
7. 経管栄養療法	( ) 名、胃ろう ( ) 名
8. 酸素療法	( ) 名
9. 脱水などに対する一時的点滴	( ) 名
10. 透析	( ) 名
11. ストマケア (パウチの交換を含む)	( ) 名
12. 気管切開	( ) 名
13. 食道ろう	( ) 名
14. ペースメーカー	( ) 名
15. その他 (具体的に	( ) ( ) 名

(2) 医療処置が必要な人の入所が受け入れられない場合、どのようなことが理由となっていますか。  
最もあてはまる理由を選択してください。(該当するものに○：1つだけ)

1. 医師の配置が十分ではない	2. 医療機関との連携が不十分
3. 看護職員の体制が不十分	4. その他 (理由 )
5. 医療処置が必要な人でも全て受け入れている	

(3) 通院時にはどのような対応をしていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 原則 家族対応	2. 原則 スタッフ対応
3. 協力医療機関を活用している	
4. その他 (具体的に	)

(4) 医療機関と、どのように連携していますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 入所者の健康管理や処置について助言を受けている	
2. 往診してもらえる医師・医療機関がある	
3. 急変時の受け入れを依頼できる病院を確保している	
4. 提携病院があり、入院の受け入れをしてもらっている	
5. 認知症の周辺症状について助言を受けている	
6. その他 (具体的に	)
7. 連携していない	



問12 貴施設でのボランティア活動についてお伺いします。

(1) 貴施設ではどのようなボランティア活動が行なわれていますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 日常的に行なわれているレクリエーション等の指導、参加支援
2. 施設でのお茶だし、食堂内の配膳・下膳などの補助
3. 喫茶コーナーなどの運営補助
4. 散歩、外出、館内移動の補助
5. イベント等の手伝い(模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など)
6. 話し相手
7. 洗濯物たたみ
8. その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
9. その他(具体的に )
10. ボランティアはいない

※(1)で「1」～「9」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。

(2) ボランティアの登録はどのような状況ですか。(わかる範囲でご記入ください)

① 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

② ボランティアの活動歴

あり ( ) 名 なし ( ) 名 不明 ( ) 名

(3) どのような団体にボランティア活動を依頼していますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 婦人会等の地域団体 2. 区や市のボランティアセンター

3. ボランティア団体 4. その他(具体的に )

(4) 平均すると一日あたりのボランティアに参加されている方はどのような状況ですか。  
(わかる範囲でご記入ください)

男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

問13 貴施設では地域や地域住民へ施設開放をされていますか。

(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 地域住民や地域団体が喫茶室を利用できる
2. 地域住民や地域団体が会議室や作業スペースを利用できる
3. 「集いの場」(地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場)として利用している
4. 施設の行事の時に地域住民や地域団体を招いている
5. その他(具体的に )
6. していない

問14 事故や災害等の対応について、あてはまるものはありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 事故発生時の職員対応マニュアルを作成している
2. 事故発生時における家族等への連絡先を複数把握している
3. 感染症に関する職員対応マニュアルを作成している
4. 消火・避難訓練を年2回以上実施している
5. 避難の方法など、災害に対するマニュアルを作成している
6. 災害時に要援護者の受け入れ体制を整えている
7. 従事者に対する暴力・セクハラ防止の安全対策マニュアルを作成している

問15 介護ロボット・ICT機器についてお伺いします。

(1) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(2) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入を検討しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入を検討していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(3) 導入して感じた課題や導入していない理由として、あてはまるものを選んでください。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入費用が高額
2. 費用対効果が不明
3. 安全面に不安
4. どのICT機器や介護ロボットが、施設に合うのか分からない
5. 技術的に職員が使いこなすのが難しい(難しそう)
6. 介護職員が、新しい機器を導入することに消極的
7. 導入時に、使い方の研修や周知の機会を設けるのが難しい
8. 機器のメンテナンスが大変
9. 介護現場の実態に合う介護ロボットやICT機器がない
10. その他(具体的に )

問16 貴施設の改築や改修について、今後、10年以内に必要と考えられているものはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 全面改築が必要と考えている(移転含む)
2. 施設の老朽化に伴う設備機器の更新が必要と考えている
3. 多床室の間仕切り等によるプライバシー改修が必要と考えている
4. 従来型居室のユニット型改修が必要と考えている
5. 既存スペースを活用するための増床が必要と考えている
6. その他(具体的に )
7. 特に必要はない

問17. 介護保険制度における貴施設の役割や、施設運営における課題等について、ご自由にご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに  
ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査 施設調査（介護療養型医療施設・介護医療院）

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

介護医療院 施設長 様

神戸市福祉局介護保険課長

## 介護保険施設実態調査ご協力をお願い

平素は本市の介護保険事業の運営に対し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

神戸市では、令和6年3月に「第9期神戸市介護保険事業計画」を策定しましたが、当計画に関しては、3年ごとに見直しを行うこととされております。

このため、令和9年度から始まる「第10期神戸市介護保険事業計画」の基礎資料を得ることを目的として、市内の介護保険施設に対してアンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、時節柄何かとご多忙のところ誠に恐縮ではありますが、下記「記入要領」等をご参照のうえ、調査票にご記入いただき、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた回答につきましては、今後の介護保険施策に役立てるためのデータとして活用させていただきますので、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▷インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっています（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンでお願いします）。
- また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、  
令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

施設名		回答責任者	
回答者		回答者の連絡先	-

注：特に指定がない限り令和7年12月1日24時の状況でご記入下さい

問1 貴施設についてお伺いします。

(1) 開設年月及び 介護保険適用指定年月	開設年月	1. 昭和 ( )年( )月	2. 平成 ( )年( )月	3. 令和 ( )年( )月
	介護保険適用 指定年月	1. 昭和 ( )年( )月	2. 平成 ( )年( )月	3. 令和 ( )年( )月
(2) 定員数 (介護保険適用床数)	( )床			
(3) 居室の状況	個室	( )室	2人部屋	( )室
	3人部屋	( )室	4人部屋	( )室
	5人以上	( )室		
(4) 待機者数	( )名			
	※うち神戸市在住者( )名			

(5) 貴施設での実施サービス及び併設施設・事業の有無・種別。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 病院・診療所	2. 特別養護老人ホーム(小規模も含む)
3. 介護老人保健施設	4. 居宅介護支援・介護予防居宅介護支援
5. (介護予防)訪問介護	6. (介護予防)訪問入浴介護
7. (介護予防)訪問看護	8. (介護予防)訪問リハビリテーション
9. (介護予防・認知症対応型)通所介護(デイサービス)	
10. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	
11. (介護予防)短期入所(ショートステイ)	12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
13. 看護小規模多機能型居宅介護	14. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
15. (介護予防)特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス)	
16. 小規模多機能型居宅介護	17. 介護医療院・介護療養型医療施設
18. その他の介護保険サービス・保健福祉サービス・社会福祉施設等 (具体的に	)

問2. 現在の入院・入所者(以下、「入院者等」という)の状況についてお伺いします。  
貴施設の入院者等数、要介護度分布を下欄にご記入ください。

(1) 入院者等数

入院者等 ( )名(短期入所療養介護(ショートステイ)利用者は除く)
ショートステイ利用 ( )名
合計 ( )名(*入院者等のうち神戸市以外の被保険者は何名ですか( )名)

※以下は、入院者等についてご記入ください。(ショートステイ利用者は除く)

(2) 要介護度別

要介護1 ( )名	要介護2 ( )名	要介護3 ( )名
要介護4 ( )名	要介護5 ( )名	

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度別

自立 ( )名	I ( )名	II a ( )名
II b ( )名	III a ( )名	III b ( )名
IV ( )名	M ( )名	不明 ( )名

(4) 障害高齢者の日常生活自立度別

自立 ( )名	ランクJ ( )名	ランクA ( )名
ランクB ( )名	ランクC ( )名	

(5) 医療区分別

医療区分I ( )名	医療区分II ( )名	医療区分III ( )名
------------	-------------	--------------

問3. 入退所の状況についてお伺いします。

(1) 令和6年12月1日以降の入退所の状況について下記にご記入下さい。

(ショートステイ利用分を除く)

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入院者数 入所者数(増数)		+ 名	+ 名	+ 名
退院者数 退所者数(減数)		- 名	- 名	- 名
在院者数 在所者数 (各期末現在)	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

(2) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退所者の平均入所期間は長くなっていますか、短くなっていますか。(該当するものに○:1つだけ)

<p>1. 長くなっている (考えられる理由: )</p> <p>2. 変わらない</p> <p>3. 短くなっている (考えられる理由: )</p> <p>4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない</p>
--

(3) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退所者に占める在宅復帰者の割合は増えていますか、減っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

<p>1. 増えている (考えられる理由: )</p> <p>2. 変わらない</p> <p>3. 減っている (考えられる理由: )</p> <p>4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない</p>
--

(4) 入所希望者をすべて受け入れていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※ (4) で「2」と回答した施設にお伺いします。

(5) 入所が困難な理由は何ですか。1番目と2番目の理由を選択してください。

なお、1番目は①、2番目は②を( )内に記入してください。

( ) 1. 重度な認知症が見受けられるため、支援が困難である
( ) 2. 高度な医療的ケアが必要であるため、支援が困難である
( ) 3. 貴施設の利用に係る利用者負担額が賄えない経済状態にある
( ) 4. その他(具体的に )

問4. 貴施設には下記のような方はおよそ何人入所されていますか。

1. おむつ使用	→	常時使用	( )名
	→	夜間のみ使用	( )名
2. 食事の介助が必要			( )名(一部介助も含む)
3. 洗面の介助が必要			( )名(一部介助も含む)
4. 入浴の介助が必要			( )名(一部介助も含む)
5. 嚥下困難			( )名(見守りも含む)
6. 徘徊			( )名(時々も含む)
7. 暴言・暴行			( )名
8. 不潔行為			( )名
9. その他(具体的に )			( )名

問5. 貴施設の職員についてお伺いします。

(1) 職員の配置の現状はどのようになっていますか。人数を数字で記入してください。

従事者数（単位：名）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		名	名	名
うち	医師	名	名	名
	看護師	名	名	名
	介護職員	名	名	名
	うち介護福祉士	名	名	名
	うち喀痰吸引等の有資格者	名	名	名
	理学療法士	名	名	名
	作業療法士	名	名	名
	言語聴覚士	名	名	名
介護支援専門員	名	名	名	

(2) 職員の平均在職年数はおおよそ何年ですか。在職年数を数字で記入してください。

在職年数（単位：年）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		年	年	年
うち	医師	年	年	年
	看護師	年	年	年
	介護職員	年	年	年
	うち介護福祉士	年	年	名
	理学療法士	年	年	年
	作業療法士	年	年	年
	言語聴覚士	年	年	年
	介護支援専門員	年	年	年

(3) 貴施設が計画している職員の配置計画と現状を比較して、あてはまる部分に○を記入して下さい。

職種		過不足状況				
		大いに不足	不足	適当	過剰	該当なし
全 体		1	2	3	4	
う ち	医師	1	2	3	4	5
	看護師	1	2	3	4	5
	介護職員	1	2	3	4	5
	理学療法士	1	2	3	4	5
	作業療法士	1	2	3	4	5
	言語聴覚士	1	2	3	4	5
	介護支援専門員	1	2	3	4	5

(4) 過去1年間に退職した人数及び退職した主な理由について、それぞれ該当する人数をお答えください。

合計 ( ) 名	うち正規職員 ( ) 名	非正規職員 ( ) 名
1. 職場内の人間関係		( ) 名
2. 利用者やその家族との人間関係		( ) 名
3. 多忙でじっくり仕事に取り組めない		( ) 名
4. 責任が重くストレスが大きい		( ) 名
5. 家庭と仕事の両立ができない		( ) 名
6. 妊娠や出産、育児、転勤など自分や家庭の事情		( ) 名
7. 親など家族の介護を行うため		( ) 名
8. 賃金を理由として		( ) 名
9. 労働時間、休暇等の労働条件		( ) 名
10. 腰痛等の健康上の問題		( ) 名
11. その他 ( )		( ) 名

(5) 上記の離職者(全体数)の在職期間はどれぐらいですか。下記の期間ごとに人数をお答えください。

1. 1か月未満 ( ) 名	2. 1か月～半年未満 ( ) 名
3. 半年～1年未満 ( ) 名	4. 1年～3年未満 ( ) 名
5. 3年～5年未満 ( ) 名	6. 5年～7年未満 ( ) 名
7. 7年以上 ( ) 名	8. わからない ( ) 名

(6) 上記の退職者が転職している場合、転職先をわかる範囲でご記入下さい。

1. 福祉関係 ( ) 名	2. 福祉関係以外 ( ) 名
---------------	-----------------

(7) 貴事業所では、職員の人材の確保・育成を図るためにどのような取り組みを行っていますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特に対策は行っていない
2. 賃金の改善
3. 休暇や労働時間等の労働条件の改善
4. 職員の健康管理支援等、福利厚生の実施
5. 介護職員の資格取得等、キャリアやスキルアップへの支援
6. 職員に対する評価の明確化や処遇への反映
7. 休暇取得促進など、職員のワークライフバランスへの配慮
8. 職員へのハラスメントの防止等対策
9. 介護ロボット・ICT機器の導入等による職員の負担軽減
10. 個別面談等による職員の意向の確認
11. 定期的なミーティング等により職員の意見を聴取するなど、風通しの良い職場環境づくり
12. 新人の指導担当・アドバイザーの設置
13. 職場環境の改善（休憩室、談話室の確保等）
14. その他（具体的に )

(8) 神戸市介護人材確保プロジェクト「コウベdeカイゴ」の取組や、市内介護職員や施設に対しわかりやすく有益な情報発信を行う「コウベdeカイゴ」のWebサイトを知っていますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

1. プロジェクトもWEBサイトも知っている
2. 神戸市が「コウベdeカイゴ」プロジェクトを実施しているのは知っているが、WEBサイトは知らなかった
3. どちらも知らない



「コウベdeカイゴ」の  
Webサイト二次元コード

(9) 介護人材の確保・育成（コウベdeカイゴ）について、行政に期待することはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特になし
2. 介護職のイメージアップ（魅力向上）の取組
3. 神戸市介護施設・事業者の広報支援
4. 職員のキャリアアップ支援
5. 潜在的介護福祉士等の再就職支援
6. 事業者（管理者）の人材マネジメント能力強化の研修
7. 事業者（管理者）の採用力強化の研修
8. 事業者（管理者）の働き方改革の研修
9. 介護ロボット・ICT機器の導入・定着促進
10. 外国人職員受入の支援
11. 介護職員の相談窓口の設置
12. その他（具体的に )

(10) 現在、貴施設に外国人介護職員（パートタイム、アルバイト等を含む）はいますか。  
（該当するものに○：1つだけ）

- |   |
|---|
| 1. 現在、外国人介護職員がいる → (11) へ                   |
| 2. 現在、外国人介護職員はいないが受入を検討中（または関心がある） → (14) へ |
| 3. 現在、外国人介護職員はいないし、受け入れ予定もない → (16) へ       |

【※ (10) で「1」とお答えの施設にお伺いします。】

(11) 現在の、外国人介護職員の人数と、その在留資格の内訳を教えてください。

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 1. 特定技能1号                        | ( ) 名     |
| 2. 技能実習（介護職種）                    | ( ) 名     |
| 3. E P A（経済連携協定）                 | ( ) 名     |
| 4. 在留資格「介護」                      | ( ) 名     |
| 5. 留学（介護福祉士養成施設※）                | ( ) 名     |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |           |
| 6. その他（                          | ( ) ( ) 名 |

(12) 外国人介護職員の国籍別の内訳を教えてください。

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1. ベトナム ( ) 名  | 2. インドネシア ( ) 名      |
| 3. フィリピン ( ) 名 | 4. ミャンマー ( ) 名       |
| 5. ネパール ( ) 名  | 6. モンゴル ( ) 名        |
| 7. 中国 ( ) 名    | 8. その他（国名： ( ) ( ) 名 |

(13) 外国人職員について、行政に期待する支援について教えてください。  
（該当するものに○：あてはまるものすべて）

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 日本語文章力・読解力向上の支援           |
| 2. 介護福祉士資格試験取得の支援            |
| 3. 外国人職員同士の交流会               |
| 4. 外国人職員に対するわかりやすい情報発信       |
| 5. 外国人職員に対する日本の文化の講習         |
| 6. 外国人職員の指導者等に対する指導・支援力強化の講習 |
| 7. 外国人介護人材受入に関する制度や留意点の講習    |
| 8. 受入れ外国人の住居確保支援             |
| 9. 外国渡航による現地視察への支援           |
| 10. その他 ( )                  |

【※ (10) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。】

(14) 今後（または引き続き）受入を検討している（または関心のある）在留資格を教えてください。  
（該当するものに○：あてはまるものすべて）

- |                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| 1. 特定技能1号                        | 2. 技能実習（介護職種） |
| 3. EPA（経済連携協定）                   | 4. 在留資格「介護」   |
| 5. 留学（介護福祉士養成施設※）                |               |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |               |
| 6. その他（                          | ）             |

(15) 今後（または引き続き）受入を検討している（または関心のある）外国人介護職員の国籍を教えてください。（該当するものに○：あてはまるものすべて）

- |          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 1. ベトナム  | 2. インドネシア  | 3. フィリピン |
| 4. ミャンマー | 5. ネパール    | 6. モンゴル  |
| 7. 中国    | 8. その他（国名： | ）        |

【※ (10) で「3」とお答えの施設にお伺いします。】

(16) 外国人職員について、受入を考えていない理由を教えてください。  
（該当するものに○：あてはまるものすべて）

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 利用者や日本人職員との意思疎通に不安があるから            |   |
| 2. 日本語文章力・読解力の不足等により、できる仕事に限りがあると思うから |   |
| 3. 受入や雇用方法がわからないから                    |   |
| 4. 実際にどのような人が来るか分からず、一緒に働くイメージがもてないから |   |
| 5. 業務以外の日常生活における支援や相談等の対応が難しいと思うから    |   |
| 6. 人件費以外にさまざまなコストがかかると思うから            |   |
| 7. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから           |   |
| 8. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから      |   |
| 9. その他（                               | ） |

問6. 介護職員等の処遇改善に係る加算の状況についてお伺いします。

(1) 介護職員等の処遇改善に係る加算は何を算定していますか。(〇は3つまで)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算 (I)     | 2. 介護職員処遇改善加算 (II)   |
| 3. 介護職員処遇改善加算 (III)   | 4. 介護職員等特定処遇改善加算 (I) |
| 5. 介護職員等特定処遇改善加算 (II) | 6. 介護職員等ベースアップ等支援加算  |
| 7. いずれも算定していない        |                      |

※ (1) で「7」と回答した施設にお伺いします。

(2) 介護職員処遇改善加算等の届出をしない理由は何ですか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 対象者に制約がある   | 2. 事務作業が煩雑      |
| 3. 利用者負担が発生する  | 4. 非常勤職員等の処遇の問題 |
| 5. 賃金改善の必要性がない | 6. 支給要件を達成できない  |
| 7. その他 (具体的に ) |                 |

問7. 口腔ケアの実施状況についてお伺いします。

施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が求められています。

(1) あなたの施設は、どちらに該当していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 口腔衛生管理加算 (I) に該当している | 2. 口腔衛生管理加算 (II) に該当している |
|-------------------------|--------------------------|

(2) 貴施設では下記のような取り組みをされていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 口腔衛生管理体制計画の立案              | 2. 入所者の口腔の状況の確認 |
| 3. 口腔清掃の用具の整備                 | 4. 口腔清掃の実施      |
| 5. 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保 |                 |
| 6. 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備    |                 |
| 7. 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し    |                 |

(3) 入所者に対し、どのような取り組みを計画されていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 歯科健診             | 2. 個々人に応じたブラッシング指導 |
| 3. 口周囲や唾液腺等のマッサージ指導 |                    |
| 4. その他 (具体的に )      |                    |
| 5. 実施していない          |                    |

【※ (3) で「1」「2」「3」「4」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。】

(4) 実施している場合、どのような効果を期待していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |         |                |          |
|---------|----------------|----------|
| 1. 誤嚥防止 | 2. 咀嚼力の保持      | 3. 肺炎の予防 |
| 4. 口臭予防 | 5. その他 (具体的に ) |          |

問8 高齢者の人権擁護・虐待の防止等についてお伺いします。

(1) 高齢者の人権擁護・虐待の防止等のために実施している対策はありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 高齢者の人権・虐待に関する職員研修の実施
2. 高齢者の人権・虐待に関する外部の研修への参加
3. 入所者や家族からの苦情処理体制の整備
4. 身体拘束に関する手続き厳守の徹底
5. 職員が虐待を発見した場合の通報窓口の周知
6. 労働環境等の整備
7. その他(具体的に

)

(2) 施設の中で、職員から虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合に、発見した職員に通報義務があることを知っていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 知っている(通報連絡先も知っている)
2. 知っている(通報連絡先は知らない)
3. 知らない

問9 貴施設でのボランティア活動についてお伺いします。

(1) 貴施設ではどのようなボランティア活動が行なわれていますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 日常的に行なわれているレクリエーション等の指導、参加支援
2. 施設でのお茶だし、食堂内の配膳・下膳などの補助
3. 喫茶コーナーなどの運営補助
4. 散歩、外出、館内移動の補助
5. イベント等の手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など）
6. 話し相手
7. 洗濯物たたみ
8. その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
9. その他（具体的に )
10. ボランティアはいない

※ (1) で「1」～「9」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。

(2) ボランティアの登録はどのような状況ですか。(わかる範囲でご記入ください)

① 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

② ボランティアの活動歴

あり ( ) 名 なし ( ) 名 不明 ( ) 名

(3) どのような団体にボランティア活動を依頼していますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 婦人会等の地域団体 2. 区や市のボランティアセンター

3. ボランティア団体 4. その他（具体的に )

(4) 平均すると一日あたりのボランティアに参加されている方はどのような状況ですか。

(わかる範囲でご記入ください)

男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

問10 事故や災害等の対応について、あてはまるものはありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 事故発生時の職員対応マニュアルを作成している
2. 事故発生時における家族等への連絡先を複数把握している
3. 感染症に関する職員対応マニュアルを作成している
4. 消火・避難訓練を年2回以上実施している
5. 避難の方法など、災害に対するマニュアルを作成している
6. 災害時に要援護者の受け入れ体制を整えている
7. 従事者に対する暴力・セクハラ防止の安全対策マニュアルを作成している

問11 介護ロボット・ICT機器についてお伺いします。

(1) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援（見守りセンサー等）
6. コミュニケーション支援（コミュニケーションロボット等）
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他（具体的に )

(2) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入を検討しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入を検討していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援（見守りセンサー等）
6. コミュニケーション支援（コミュニケーションロボット等）
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他（具体的に )

(3) 導入して感じた課題や導入していない理由として、あてはまるものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入費用が高額
2. 費用対効果が不明
3. 安全面に不安
4. どのICT機器や介護ロボットが、施設に合うのか分からない
5. 技術的に職員が使いこなすのが難しい(難しそう)
6. 介護職員が、新しい機器を導入することに消極的
7. 導入時に、使い方の研修や周知の機会を設けるのが難しい
8. 機器のメンテナンスが大変
9. 介護現場の実態に合う介護ロボットやICT機器がない
10. その他(具体的に )

介護療養型施設のみご回答ください。

問12 今後の施設における事業展開の見込みについてお伺いします。

(1) 介護療養病床については、廃止が予定されていますが、今後の方針についてあてはまるものを選んでください。現時点では明確な方針がない場合は方向性でも結構です。

(該当するものに○：1つだけ)

1. 介護医療院
2. 存続が可能な時点まで介護療養型医療施設を続ける
3. 一般病床に転換する
4. 回復期リハビリテーション病床に転換する
5. 医療療養病床に転換する
6. 介護療養型老人保健施設に転換する
7. 従来型老人保健施設に転換する
8. 介護老人福祉施設に転換する
9. 有料老人ホーム、軽費老人ホームに転換する
10. その他(具体的に )
11. 現時点では方向性も決められない

(2) 仮に現時点で転換しなければいけないとしたら、現在の入院者の入院・入所先はどこが適当と考えられますか。おおよそのパーセンテージでお答えください。

1. 介護医療院 ( ) %
2. 一般病床、回復期リハビリテーション病床 ( ) %
3. 医療療養病床 ( ) %
4. 介護療養型老人保健施設 ( ) %
5. 従来型老人保健施設 ( ) %
6. 介護老人福祉施設、有料老人ホームなど ( ) %
7. 在宅 ( ) %
8. 適当な入院・入所先はない ( ) %

(3) 貴施設の改築や改修について、今後、10年以内に必要と考えられているものはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 全面改築が必要と考えている（移転含む）
2. 施設の老朽化に伴う設備機器の更新が必要と考えている
3. 多床室の間仕切り等によるプライバシー改修が必要と考えている
4. 従来型居室のユニット型改修が必要と考えている
5. 既存スペースを活用するための増床が必要と考えている
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
7. 特に必要はない

問13. 介護保険制度における貴施設の役割や、施設運営における課題等について、ご自由にご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに

ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

---

# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査 施設調査（特定施設・サービス付き高齢者向け住宅）

---

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

特定施設・サービス付き高齢者向け住宅 施設長 様

神戸市福祉局介護保険課長

## 介護保険施設実態調査ご協力のお願い

平素は本市の介護保険事業の運営に対し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

神戸市では、令和6年3月に「第9期神戸市介護保険事業計画」を策定しましたが、当計画に関しては、3年ごとに見直しを行うこととされております。

このため、令和9年度から始まる「第10期神戸市介護保険事業計画」の基礎資料を得ることを目的として、市内の介護保険施設に対してアンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、時節柄何かとご多忙のところ誠に恐縮ではありますが、下記「記入要領」等をご参照のうえ、調査票にご記入いただき、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた回答につきましては、今後の介護保険施策に役立てるためのデータとして活用させていただきますので、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▶インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:







(3) 認知症高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	I ( ) 名	II a ( ) 名
II b ( ) 名	III a ( ) 名	III b ( ) 名
IV ( ) 名	M ( ) 名	不明 ( ) 名

(4) 障害高齢者の日常生活自立度別

自立 ( ) 名	ランクJ ( ) 名	ランクA ( ) 名
ランクB ( ) 名	ランクC ( ) 名	

問3. 入退居の状況についてお伺いします。

(1) 令和6年12月1日以降の入退居の状況について下記にご記入下さい。

(ショートステイ利用分を除く)

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入居居数(増数)	/	+          名	+          名	+          名
退居居数(減数)	/	-          名	-          名	-          名
在居者数 (各期末現在)	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

(2) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退居者の平均入居期間は長くなっていますか、短くなっていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 長くなっている(考えられる理由: )
2. 変わらない
3. 短くなっている(考えられる理由: )
4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない

(3) 入居希望者をすべて受け入れていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※(3)で「2」と回答した施設にお伺いします。

(4) 入居が困難な理由は何ですか。1番目と2番目の理由を選択してください。

なお、1番目は①、2番目は②を( )内に記入してください。

( ) 1. 重度な認知症が見受けられるため、支援が困難である
( ) 2. 高度な医療的ケアが必要であるため、支援が困難である
( ) 3. 貴施設(住宅)の利用に係る利用者負担額が賄えない経済状態にある
( ) 4. その他(具体的に )

問4. 貴施設（住宅）には下記のような方はおよそ何人入居されていますか。

1. おむつ使用		常時使用	( ) 名
		夜間のみ使用	( ) 名
2. 食事の介助が必要			( ) 名（一部介助も含む）
3. 洗面の介助が必要			( ) 名（一部介助を含む）
4. 入浴の介助が必要			( ) 名（一部介助を含む）
5. 嚥下困難			( ) 名（見守りも含む）
6. 徘徊			( ) 名（時々も含む）
7. 暴言・暴行			( ) 名
8. 不潔行為			( ) 名
9. その他（具体的に			( ) ( ) 名

問5. 貴施設（住宅）の職員についてお伺いします。

(1) 職員の配置の現状はどのようになっていますか。人数を数字で記入してください。

従事者数（単位：名）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		名	名	名
うち	医師	名	名	名
	看護師	名	名	名
	介護職員	名	名	名
	うち介護福祉士	名	名	名
	うち喀痰吸引等の有資格者	名	名	名
	理学療法士	名	名	名
	作業療法士	名	名	名
	言語聴覚士	名	名	名
	計画作成担当者	名	名	名
	生活相談員	名	名	名
	その他（ )	名	名	名
( )	名	名	名	

(2) 職員の平均在職年数はおよそ何年ですか。在職年数を数字で記入してください。

在職年数（単位：名）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		年	年	年
うち	医師	年	年	年
	看護師	年	年	年
	介護職員	年	年	年
	うち介護福祉士	年	年	年
	うち喀痰吸引等の有資格者	年	年	年
	理学療法士	年	年	年
	作業療法士	年	年	年
	言語聴覚士	年	年	年
	計画作成担当者	年	年	年
	生活相談員	年	年	年
	その他（ ） （ ）	年 年	年 年	年 年

(3) 貴施設（住宅）が計画している職員の配置計画と現状を比較して、あてはまる部分に○を記入して下さい。

職種		過不足状況				
		大いに不足	不足	適当	過剰	該当なし
全 体		1	2	3	4	
うち	医師	1	2	3	4	5
	看護師	1	2	3	4	5
	介護職員	1	2	3	4	5
	理学療法士	1	2	3	4	5
	作業療法士	1	2	3	4	5
	言語聴覚士	1	2	3	4	5
	計画作成担当者	1	2	3	4	5
	生活相談員	1	2	3	4	5
	その他	1	2	3	4	5

(4) 過去1年間に退職した人数及び退職した主な理由について、それぞれ該当する人数をお答えください。

合計 ( ) 名	うち正規職員 ( ) 名	非正規職員 ( ) 名
1. 職場内の人間関係		( ) 名
2. 利用者やその家族との人間関係		( ) 名
3. 多忙でじっくり仕事に取り組めない		( ) 名
4. 責任が重くストレスが大きい		( ) 名
5. 家庭と仕事の両立ができない		( ) 名
6. 妊娠や出産、育児、転勤など自分や家庭の事情		( ) 名
7. 親など家族の介護を行うため		( ) 名
8. 賃金を理由として		( ) 名
9. 労働時間、休暇等の労働条件		( ) 名
10. 腰痛等の健康上の問題		( ) 名
11. その他 ( )		( ) 名

(5) 上記の離職者(全体数)の在職期間はどれぐらいですか。下記の期間ごとに人数をお答えください。

1. 1か月未満 ( ) 名	2. 1か月～半年未満 ( ) 名
3. 半年～1年未満 ( ) 名	4. 1年～3年未満 ( ) 名
5. 3年～5年未満 ( ) 名	6. 5年～7年未満 ( ) 名
7. 7年以上 ( ) 名	8. わからない ( ) 名

(6) 上記の退職者が転職している場合、転職先をわかる範囲でご記入下さい。

1. 福祉関係 ( ) 名	2. 福祉関係以外 ( ) 名
---------------	-----------------

(7) 貴事業所では、職員の人材の確保・育成を図るためにどのような取り組みを行っていますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特に対策は行っていない
2. 賃金の改善
3. 休暇や労働時間等の労働条件の改善
4. 職員の健康管理支援等、福利厚生充実
5. 介護職員の資格取得等、キャリアやスキルアップへの支援
6. 職員に対する評価の明確化や処遇への反映
7. 休暇取得促進など、職員のワークライフバランスへの配慮
8. 職員へのハラスメントの防止等対策
9. 介護ロボット・ICT機器の導入等による職員の負担軽減
10. 個別面談等による職員の意向の確認
11. 定期的なミーティング等により職員の意見を聴取するなど、風通しの良い職場環境づくり
12. 新人の指導担当・アドバイザーの設置
13. 職場環境の改善(休憩室、談話室の確保等)
14. その他(具体的に )

- (8) 神戸市介護人材確保プロジェクト「コウベdeカイゴ」の取組や、市内介護職員や施設に対しわかりやすく有益な情報発信を行う「コウベdeカイゴ」のWebサイトを知っていますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

1. プロジェクトもWEBサイトも知っている
2. 神戸市が「コウベdeカイゴ」プロジェクトを実施しているのは知っているが、WEBサイトは知らなかった
3. どちらも知らない



「コウベdeカイゴ」の  
Webサイト二次元コード

- (9) 介護人材の確保・育成（コウベdeカイゴ）について、行政に期待することはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特にない
2. 介護職のイメージアップ（魅力向上）の取組
3. 神戸市介護施設・事業者の広報支援
4. 職員のキャリアアップ支援
5. 潜在的介護福祉士等の再就職支援
6. 事業者（管理者）の人材マネジメント能力強化の研修
7. 事業者（管理者）の採用力強化の研修
8. 事業者（管理者）の働き方改革の研修
9. 介護ロボット・ICT機器の導入・定着促進
10. 外国人職員受入の支援
11. 介護職員の相談窓口の設置
12. その他（具体的に

)

(10) 現在、貴施設（住宅）に外国人介護職員（パートタイム、アルバイト等を含む）はいますか。  
（該当するものに○：1つだけ）

- |   |
|---|
| 1. 現在、外国人介護職員がいる → (11) へ                   |
| 2. 現在、外国人介護職員はいないが受入を検討中（または関心がある） → (14) へ |
| 3. 現在、外国人介護職員はいないし、受け入れ予定もない → (16) へ       |

【※ (10) で「1」とお答えの施設にお伺いします。】

(11) 現在の、外国人介護職員の人数と、その在留資格の内訳を教えてください。

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 1. 特定技能1号                        | ( ) 名     |
| 2. 技能実習（介護職種）                    | ( ) 名     |
| 3. E P A（経済連携協定）                 | ( ) 名     |
| 4. 在留資格「介護」                      | ( ) 名     |
| 5. 留学（介護福祉士養成施設※）                | ( ) 名     |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |           |
| 6. その他（                          | ( ) ( ) 名 |

(12) 外国人介護職員の国籍別の内訳を教えてください。

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1. ベトナム ( ) 名  | 2. インドネシア ( ) 名      |
| 3. フィリピン ( ) 名 | 4. ミャンマー ( ) 名       |
| 5. ネパール ( ) 名  | 6. モンゴル ( ) 名        |
| 7. 中国 ( ) 名    | 8. その他（国名： ( ) ( ) 名 |

(13) 外国人職員について、行政に期待する支援について教えてください。

（該当するものに○：あてはまるものすべて）

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 日本語文章力・読解力向上の支援           |
| 2. 介護福祉士資格試験取得の支援            |
| 3. 外国人職員同士の交流会               |
| 4. 外国人職員に対するわかりやすい情報発信       |
| 5. 外国人職員に対する日本の文化の講習         |
| 6. 外国人職員の指導者等に対する指導・支援力強化の講習 |
| 7. 外国人介護人材受入に関する制度や留意点の講習    |
| 8. 受入れ外国人の住居確保支援             |
| 9. 外国渡航による現地視察への支援           |
| 10. その他 ( )                  |

【※ (10) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。】

(14) 今後（または引き続き）受入を検討している（または関心のある）在留資格を教えてください。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| 1. 特定技能1号                        | 2. 技能実習（介護職種） |
| 3. E P A（経済連携協定）                 | 4. 在留資格「介護」   |
| 5. 留学（介護福祉士養成施設※）                |               |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |               |
| 6. その他（                          | ）             |

(15) 今後（または引き続き）受入を検討している（または関心のある）外国人介護職員の国籍を教えてください。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 1. ベトナム  | 2. インドネシア  | 3. フィリピン |
| 4. ミャンマー | 5. ネパール    | 6. モンゴル  |
| 7. 中国    | 8. その他（国名： | ）        |

【※ (10) で「3」とお答えの施設にお伺いします。】

(16) 外国人職員について、受入を考えていない理由を教えてください。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 利用者や日本人職員との意思疎通に不安があるから            |   |
| 2. 日本語文章力・読解力の不足等により、できる仕事に限りがあると思うから |   |
| 3. 受入や雇用方法がわからないから                    |   |
| 4. 実際にどのような人が来るか分からず、一緒に働くイメージがもてないから |   |
| 5. 業務以外の日常生活における支援や相談等の対応が難しいと思うから    |   |
| 6. 人件費以外にさまざまなコストがかかると思うから            |   |
| 7. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから           |   |
| 8. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから      |   |
| 9. その他（                               | ） |

問6. 介護職員等の処遇改善に係る加算の状況についてお伺いします。

(1) 介護職員等の処遇改善に係る加算は何を算定していますか。(〇は3つまで)

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算 (I)     | 2. 介護職員処遇改善加算 (II)   |
| 3. 介護職員処遇改善加算 (III)   | 4. 介護職員等特定処遇改善加算 (I) |
| 5. 介護職員等特定処遇改善加算 (II) | 6. 介護職員等ベースアップ等支援加算  |
| 7. いずれも算定していない        |                      |

※ (1) で「7」と回答した施設にお伺いします。

(2) 介護職員処遇改善加算等の届出をしない理由は何ですか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 対象者に制約がある   | 2. 事務作業が煩雑      |
| 3. 利用者負担が発生する  | 4. 非常勤職員等の処遇の問題 |
| 5. 賃金改善の必要性がない | 6. 支給要件を達成できない  |
| 7. その他(具体的に    | )               |

問7. 口腔ケアの実施状況についてお伺いします。

施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が求められています。

(1) あなたの施設は、どちらに該当していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 口腔衛生管理加算 (I) に該当している | 2. 口腔衛生管理加算 (II) に該当している |
|-------------------------|--------------------------|

(2) 貴施設(住宅)では下記のような取り組みをされていますか。

(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 口腔衛生管理体制計画の立案              | 2. 入居者の口腔の状況の確認 |
| 3. 口腔清掃の用具の整備                 | 4. 口腔清掃の実施      |
| 5. 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保 |                 |
| 6. 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備    |                 |
| 7. 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し    |                 |

(3) 入居者に対し、どのような取り組みを計画されていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 歯科健診             | 2. 個々人に応じたブラッシング指導 |
| 3. 口周囲や唾液腺等のマッサージ指導 |                    |
| 4. その他(具体的に         | )                  |
| 5. 実施していない          |                    |

【※ (3) で「1」「2」「3」「4」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。】

(4) 実施している場合、どのような効果を期待していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

- |         |             |          |
|---------|-------------|----------|
| 1. 誤嚥防止 | 2. 咀嚼力の保持   | 3. 肺炎の予防 |
| 4. 口臭予防 | 5. その他(具体的に | )        |

問8 医療が必要な入居者についてお伺いします。

(1) 貴施設(住宅)では下記のような医療を必要とする入居者がおられますか。おられる場合( )内に人数を記入してください。(およそ過去3か月間)

1. 褥瘡処理	( )名
2. 浣腸・摘便	( )名
3. 導尿・膀胱留置カテーテル	( )名、膀胱ろう( )名
4. 人工肛門	( )名
5. 喀痰吸引	( )名
6. インスリン注射・血糖測定	( )名
7. 経管栄養療法	( )名、胃ろう( )名
8. 酸素療法	( )名
9. 脱水などに対する一時的点滴	( )名
10. 透析	( )名
11. ストマケア(パウチの交換を含む)	( )名
12. 気管切開	( )名
13. 食道ろう	( )名
14. ペースメーカー	( )名
15. その他(具体的に	( ) ( )名

(2) 医療処置が必要な人の入居が受け入れられない場合、どのようなことが理由となっていますか。最もあてはまる理由を選択してください。(該当するものに○：1つだけ)

1. 医師の配置が十分ではない	2. 医療機関との連携が不十分
3. 看護職員の体制が不十分	4. その他(理由 )
5. 医療処置が必要な人でも全て受け入れている	

(3) 通院時にはどのような対応をしていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 原則 家族対応	2. 原則 スタッフ対応
3. 協力医療機関を活用している	
4. その他(具体的に	)

(4) 医療機関と、どのように連携していますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 入居者の健康管理や処置について助言を受けている	
2. 往診してもらえる医師・医療機関がある	
3. 急変時の受け入れを依頼できる病院を確保している	
4. 提携病院があり、入院の受け入れをしてもらっている	
5. 認知症の周辺症状について助言を受けている	
6. その他(具体的に	)
7. 連携していない	

※特定施設を設置・運営している場合、問9についてご回答ください。

問9 看取り介護の実施状況についてお伺いします。

(1) 貴施設(住宅)は看取り介護加算を算定していますか。(該当するものに○:1つだけ)

- 1. 算定している
- 2. 算定していない
- 3. 施設基準は満たしているが算定していない

※(1)で「1」とお答えの施設にお伺いします。

(2) この1年間で、看取り介護加算は何件算定されましたか。また死亡された方(退居して1月以内に死亡された方を含む)のうち、およそ何割の方を算定されましたか。

約( )件 約( )割

(3) 看取り介護を実施するにあたり、どのようなことに力を入れていますか。  
(該当するものに○:あてはまるものすべて)

- 1. 看取りに関する指針の作成・改訂
- 2. 医療機関との連携
- 3. 利用者・家族に対する十分な説明と同意の取得
- 4. 看取りに関する職員の研修
- 5. 看取りに関わる職員のバックアップ体制の確保
- 6. 個室の利用など看取りにふさわしい環境の整備
- 7. 最後までその人らしく「生きる」ことを支えるケアの提供
- 8. その他(具体的に )

問10 高齢者の人権擁護・虐待の防止等についてお伺いします。

(1) 高齢者の人権擁護・虐待の防止等のために実施している対策はありますか。  
(該当するものに○:あてはまるものすべて)

- 1. 高齢者の人権・虐待に関する職員研修の実施
- 2. 高齢者の人権・虐待に関する外部の研修への参加
- 3. 入居者や家族からの苦情処理体制の整備
- 4. 身体拘束に関する手続き厳守の徹底
- 5. 職員が虐待を発見した場合の通報窓口の周知
- 6. 労働環境等の整備
- 7. その他(具体的に )

(2) 施設の中で、職員から虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合に、発見した職員に通報義務があることを知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

- 1. 知っている(通報連絡先も知っている)
- 2. 知っている(通報連絡先は知らない)
- 3. 知らない

問11 貴施設（住宅）でのボランティア活動についてお伺いします。

(1) 貴施設（住宅）ではどのようなボランティア活動が行なわれていますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 日常的に行なわれているレクリエーション等の指導、参加支援
2. 施設でのお茶だし、食堂内の配膳・下膳などの補助
3. 喫茶コーナーなどの運営補助
4. 散歩、外出、館内移動の補助
5. イベント等の手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など）
6. 話し相手
7. 洗濯物たたみ
8. その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
10. ボランティアはいない

※ (1) で「1」～「9」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。

(2) ボランティアの登録はどのような状況ですか。(わかる範囲でご記入ください)

- ① 男性 (       ) 名    うち65歳以上 (       ) 名  
 女性 (       ) 名    うち65歳以上 (       ) 名
- ② ボランティアの活動歴  
 あり (       ) 名    なし (       ) 名    不明 (       ) 名

(3) どのような団体にボランティア活動を依頼していますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 婦人会等の地域団体    2. 区や市のボランティアセンター  
 3. ボランティア団体       4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )

(4) 平均すると一日あたりのボランティアに参加されている方はどのような状況ですか。

(わかる範囲でご記入ください)

- 男性 (       ) 名    うち65歳以上 (       ) 名  
 女性 (       ) 名    うち65歳以上 (       ) 名

問12 貴施設（住宅）では地域や地域住民へ施設開放をされていますか。(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 地域住民や地域団体が喫茶室を利用できる
2. 地域住民や地域団体が会議室や作業スペースを利用できる
3. 「集いの場」（地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場）として利用している
4. 施設の行事の時に地域住民や地域団体を招いている
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
6. していない

問13 事故や災害等の対応について、あてはまるものはありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 事故発生時の職員対応マニュアルを作成している
2. 事故発生時における家族等への連絡先を複数把握している
3. 感染症に関する職員対応マニュアルを作成している
4. 消火・避難訓練を年2回以上実施している
5. 避難の方法など、災害に対するマニュアルを作成している
6. 災害時に要援護者の受け入れ体制を整えている
7. 従事者に対する暴力・セクハラ防止の安全対策マニュアルを作成している

問14 介護ロボット・ICT機器についてお伺いします。

(1) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(2) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入を検討しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入を検討していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援 (見守りセンサー等)
6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他 (具体的に )

(3) 導入して感じた課題や導入していない理由として、あてはまるものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 導入費用が高額
2. 費用対効果が不明
3. 安全面に不安
4. どのICT機器や介護ロボットが、施設に合うのか分からない
5. 技術的に職員が使いこなすのが難しい (難しそう)
6. 介護職員が、新しい機器を導入することに消極的
7. 導入時に、使い方の研修や周知の機会を設けるのが難しい
8. 機器のメンテナンスが大変
9. 介護現場の実態に合う介護ロボットやICT機器がない
10. その他 (具体的に )



# 介護保険事業計画策定に向けての実態調査 施設調査（認知症対応型共同生活介護）

※本アンケート調査は、神戸市からの委託を受けて、実施するものです。

令和7年12月●日

認知症対応型共同生活介護 施設長 様

神戸市福祉局介護保険課長

## 介護保険施設実態調査ご協力をお願い

平素は本市の介護保険事業の運営に対し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

神戸市では、令和6年3月に「第9期神戸市介護保険事業計画」を策定しましたが、当計画に関しては、3年ごとに見直しを行うこととされております。

このため、令和9年度から始まる「第10期神戸市介護保険事業計画」の基礎資料を得ることを目的として、市内の介護保険施設に対してアンケート調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、時節柄何かとご多忙のところ誠に恐縮ではありますが、下記「記入要領」等をご参照のうえ、調査票にご記入いただき、令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた回答につきましては、今後の介護保険施策に役立てるためのデータとして活用させていただきますので、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

下記のURLにアクセスするか、右下の二次元コードを読み込んでください。

なお、インターネットで回答いただいた場合は、本調査票の提出は不要です。

URL: [https://\\*\\*\\*\\*\\*](https://*****)

▶インターネットでの回答には右記IDの入力が必要です。 ID:



<ご記入にあたって>

- このアンケートは、令和7年12月●日現在の状況でお答えください。
- 回答は、あてはまるものの番号に○印をつけていただくようになっています（記入は、えんぴつまたは黒のボールペンでお願いします）。
- また、「その他」にあてはまる場合は、その内容を（ ）内に具体的に記入してください。
- ご記入が終わりましたら、同封している返信用封筒により、  
令和7年12月●日（●）までにご提出（投函）下さるようお願いいたします。

《調査主体》

神戸市役所 福祉局介護保険課

【調査の目的や調査項目の回答方法等についてのお問い合わせ先】

神戸市介護保険事業計画策定に向けての実態調査 事務局

フリーダイヤル：0120-●●●-●●●

受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日除く）午前9時～午後5時

調査受託事業者：株式会社 名豊（愛知県名古屋市中村区名駅南一丁目21番19号）

施設名		回答責任者	
回答者		回答者の連絡先	—

注：特に指定がない限り令和7年12月1日24時の状況でご記入下さい

問1. 貴施設（住宅）についてお伺いします。

(1) 開設年月	1. 昭和	2. 平成	3. 令和
	( )年( )月		
(2) 定員数(届出床数)	( )床	( )ユニット	
(3) 待機者数	( )名		
	※うち神戸市在住者( )名		

(4) 貴施設（住宅）での実施サービス及び併設施設・事業の有無・種別。（該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 病院・診療所	2. 特別養護老人ホーム（小規模も含む）
3. 介護老人保健施設	4. 居宅介護支援・介護予防居宅介護支援
5. （介護予防）訪問介護	6. （介護予防）訪問入浴介護
7. （介護予防）訪問看護	8. （介護予防）訪問リハビリテーション
9. （介護予防・認知症対応型）通所介護（デイサービス）	
10. （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	
11. （介護予防）短期入所（ショートステイ）	
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
13. 看護小規模多機能型居宅介護	14. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
15. （介護予防）特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）	
16. 小規模多機能型居宅介護	17. 介護医療院・介護療養型医療施設
18. その他の介護保険サービス・保健福祉サービス・社会福祉施設等 （具体的に	

問2. 現在の入居者数、要介護度分布を下欄にご記入ください。

(1) 入居者数

( ) 名 (\*施設入居者のうち神戸市以外の被保険者は何名ですか ( ) 名)

※以下は、施設入居者についてご記入ください。（ショートステイ利用者は除く）

(2) 要介護度別

要支援1 ( ) 名	要支援2 ( ) 名	
要介護1 ( ) 名	要介護2 ( ) 名	要介護3 ( ) 名
要介護4 ( ) 名	要介護5 ( ) 名	

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度別

該当なし ( ) 名			
自立 ( ) 名	I ( ) 名	II a ( ) 名	
II b ( ) 名	III a ( ) 名	III b ( ) 名	
IV ( ) 名	M ( ) 名	不明 ( ) 名	

(4) 障害高齢者の日常生活自立度別

該当なし ( ) 名	自立 ( ) 名	ランクJ ( ) 名
ランクA ( ) 名	ランクB ( ) 名	ランクC ( ) 名

問3. 入退居の状況についてお伺いします。

(1) 令和6年12月1日以降の入退居の状況について下記にご記入下さい。（ショートステイ利用分を除く）

	令和6年 11月末	令和6年12月～ 令和7年3月	令和7年4月～ 令和7年11月	合計
入居者数（増数）		+ 名	+ 名	+ 名
退居者数（減数）		- 名	- 名	- 名
在居者数 （各期末現在）	名 (11月末現在)	名 (3月末現在)	名 (11月末現在)	名

(2) 2～3年前(令和4～5年度)の状況と最近の状況を比較して、退居者の平均入居期間は長くなっていますか、短くなっていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. 長くなっている (考えられる理由：)	( )
2. 変わらない	
3. 短くなっている (考えられる理由：)	( )
4. 令和6年4月以降に開設した施設であるので比較できない	

(3) 入居希望者をすべて受け入れていますか。(該当するものに○：1つだけ)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

※(3)で「2」と回答した施設にお伺いします。

(4) 入居が困難な理由は何ですか。1番目と2番目の理由を選択してください。

なお、1番目は①、2番目は②を( )内に記入してください。

( ) 1. 重度な認知症が見受けられるため、支援が困難である	
( ) 2. 高度な医療的ケアが必要であるため、支援が困難である	
( ) 3. 貴施設(住宅)の利用に係る利用者負担額が賄えない経済状態にある	
( ) 4. その他(具体的に)	( )

問4. 貴施設(住宅)には下記のような方はおよそ何人入居されていますか。

1. おむつ使用	→	常時使用	( )名
	→	夜間のみ使用	( )名
2. 食事の介助が必要		( )名(一部介助も含む)	
3. 洗面の介助が必要		( )名(一部介助を含む)	
4. 入浴の介助が必要		( )名(一部介助を含む)	
5. 嚥下困難		( )名(見守りも含む)	
6. 徘徊		( )名(時々も含む)	
7. 暴言・暴行		( )名	
8. 不潔行為		( )名	
9. その他(具体的に)	( )	( )名	

問5. 貴施設（住宅）の職員についてお伺いします。

(1) 職員の配置の現状はどのようになっていますか。人数を数字で記入してください。

従事者数（単位：名）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		名	名	名
うち	医師	名	名	名
	看護師	名	名	名
	介護職員	名	名	名
	うち介護福祉士	名	名	名
	うち喀痰吸引等の有資格者	名	名	名
	理学療法士	名	名	名
	作業療法士	名	名	名
	言語聴覚士	名	名	名
介護支援専門員	名	名	名	

(2) 職員の平均在職年数はおおよそ何年ですか。在職年数を数字で記入してください。

在職年数（単位：年）		正規職員	非正規職員	
			常勤労働者	短時間労働者
全 体		年	年	年
うち	医師	年	年	年
	看護師	年	年	年
	介護職員	年	年	年
	うち介護福祉士	年	年	名
	理学療法士	年	年	年
	作業療法士	年	年	年
	言語聴覚士	年	年	年
	介護支援専門員	年	年	年

(3) 貴施設(住宅)が計画している職員の配置計画と現状を比較して、あてはまる部分に○を記入して下さい。

職種		過不足状況				
		大いに不足	不足	適当	過剰	該当なし
全体		1	2	3	4	
うち	医師	1	2	3	4	5
	看護師	1	2	3	4	5
	介護職員	1	2	3	4	5
	理学療法士	1	2	3	4	5
	作業療法士	1	2	3	4	5
	言語聴覚士	1	2	3	4	5
	介護支援専門員	1	2	3	4	5

(4) 過去1年間に退職した人数及び退職した主な理由について、それぞれ該当する人数をお答えください。

合計 ( ) 名	うち正規職員 ( ) 名	非正規職員 ( ) 名
1. 職場内の人間関係		( ) 名
2. 利用者やその家族との人間関係		( ) 名
3. 多忙でじっくり仕事に取り組めない		( ) 名
4. 責任が重くストレスが大きい		( ) 名
5. 家庭と仕事の両立ができない		( ) 名
6. 妊娠や出産、育児、転勤など自分や家庭の事情		( ) 名
7. 親など家族の介護を行うため		( ) 名
8. 賃金を理由として		( ) 名
9. 労働時間、休暇等の労働条件		( ) 名
10. 腰痛等の健康上の問題		( ) 名
11. その他 ( )		( ) 名

(5) 上記の離職者(全体数)の在職期間はどれぐらいですか。下記の期間ごとに人数をお答えください。

1. 1か月未満 ( ) 名	2. 1か月～半年未満 ( ) 名
3. 半年～1年未満 ( ) 名	4. 1年～3年未満 ( ) 名
5. 3年～5年未満 ( ) 名	6. 5年～7年未満 ( ) 名
7. 7年以上 ( ) 名	8. わからない ( ) 名

(6) 上記の退職者が転職している場合、転職先をわかる範囲でご記入下さい。

1. 福祉関係 ( ) 名	2. 福祉関係以外 ( ) 名
---------------	-----------------

(7) 貴事業所では、職員の人材の確保・育成を図るためにどのような取り組みを行っていますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特に対策は行っていない
2. 賃金の改善
3. 休暇や労働時間等の労働条件の改善
4. 職員の健康管理支援等、福利厚生の実施
5. 介護職員の資格取得等、キャリアやスキルアップへの支援
6. 職員に対する評価の明確化や処遇への反映
7. 休暇取得促進など、職員のワークライフバランスへの配慮
8. 職員へのハラスメントの防止等対策
9. 介護ロボット・ICT機器の導入等による職員の負担軽減
10. 個別面談等による職員の意向の確認
11. 定期的なミーティング等により職員の意見を聴取するなど、風通しの良い職場環境づくり
12. 新人の指導担当・アドバイザーの設置
13. 職場環境の改善（休憩室、談話室の確保等）
14. その他（具体的に )

(8) 神戸市介護人材確保プロジェクト「コウベdeカイゴ」の取組や、市内介護職員や施設に対しわかりやすく有益な情報発信を行う「コウベdeカイゴ」のWebサイトを知っていますか。  
(該当するものに○：1つだけ)

1. プロジェクトもWEBサイトも知っている
2. 神戸市が「コウベdeカイゴ」プロジェクトを実施しているのは知っているが、WEBサイトは知らなかった
3. どちらも知らない



「コウベdeカイゴ」の  
Webサイト二次元コード

(9) 介護人材の確保・育成（コウベdeカイゴ）について、行政に期待することはありますか。  
(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 特にない
2. 介護職のイメージアップ（魅力向上）の取組
3. 神戸市介護施設・事業者の広報支援
4. 職員のキャリアアップ支援
5. 潜在的介護福祉士等の再就職支援
6. 事業者（管理者）の人材マネジメント能力強化の研修
7. 事業者（管理者）の採用力強化の研修
8. 事業者（管理者）の働き方改革の研修
9. 介護ロボット・ICT機器の導入・定着促進
10. 外国人職員受入の支援
11. 介護職員の相談窓口の設置
12. その他（具体的に )

(10) 現在、貴施設（住宅）に外国人介護職員（パートタイム、アルバイト等を含む）はいますか。  
（該当するものに○：1つだけ）

1. 現在、外国人介護職員がいる → (11) へ  
 2. 現在、外国人介護職員はいないが受入を検討中（または関心がある） → (14) へ  
 3. 現在、外国人介護職員はいないし、受け入れ予定もない → (16) へ

【※ (10) で「1」とお答えの施設にお伺いします。】

(11) 現在の、外国人介護職員の人数と、その在留資格の内訳を教えてください。

1. 特定技能1号 ( ) 名  
 2. 技能実習（介護職種） ( ) 名  
 3. EPA（経済連携協定） ( ) 名  
 4. 在留資格「介護」 ( ) 名  
 5. 留学（介護福祉士養成施設※） ( ) 名  
 ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む  
 6. その他 ( ) ( ) 名

(12) 外国人介護職員の国籍別の内訳を教えてください。

1. ベトナム ( ) 名    2. インドネシア ( ) 名  
 3. フィリピン ( ) 名    4. ミャンマー ( ) 名  
 5. ネパール ( ) 名    6. モンゴル ( ) 名  
 7. 中国 ( ) 名    8. その他（国名： ） ( ) 名

(13) 外国人職員について、行政に期待する支援について教えてください。

（該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 日本語文章力・読解力向上の支援  
 2. 介護福祉士資格試験取得の支援  
 3. 外国人職員同士の交流会  
 4. 外国人職員に対するわかりやすい情報発信  
 5. 外国人職員に対する日本の文化の講習  
 6. 外国人職員の指導者等に対する指導・支援力強化の講習  
 7. 外国人介護人材受入に関する制度や留意点の講習  
 8. 受入れ外国人の住居確保支援  
 9. 外国渡航による現地視察への支援  
 10. その他 ( )

【※ (10) で「1」または「2」とお答えの施設にお伺いします。】

(14) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 在留資格を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| 1. 特定技能1号                        | 2. 技能実習 (介護職種) |
| 3. EPA (経済連携協定)                  | 4. 在留資格「介護」    |
| 5. 留学 (介護福祉士養成施設※)               |                |
| ※現在、日本語学校等に在学中で介護福祉士養成施設に進学予定も含む |                |
| 6. その他 (                         | )              |

(15) 今後 (または引き続き) 受入を検討している (または関心のある) 外国人介護職員の国籍を教えてください。(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |          |             |          |
|----------|-------------|----------|
| 1. ベトナム  | 2. インドネシア   | 3. フィリピン |
| 4. ミャンマー | 5. ネパール     | 6. モンゴル  |
| 7. 中国    | 8. その他 (国名: | )        |

【※ (10) で「3」とお答えの施設にお伺いします。】

(16) 外国人職員について、受入を考えていない理由を教えてください。  
(該当するものに○: あてはまるものすべて)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 利用者や日本人職員との意思疎通に不安があるから            |   |
| 2. 日本語文章力・読解力の不足等により、できる仕事に限りがあると思うから |   |
| 3. 受入や雇用方法がわからないから                    |   |
| 4. 実際にどのような人が来るか分からず、一緒に働くイメージがもてないから |   |
| 5. 業務以外の日常生活における支援や相談等の対応が難しいと思うから    |   |
| 6. 人件費以外にさまざまなコストがかかると思うから            |   |
| 7. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから           |   |
| 8. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから      |   |
| 9. その他 (                              | ) |

問6. 介護職員等の処遇改善に係る加算の状況についてお伺いします。

(1) 介護職員等の処遇改善に係る加算は何を算定していますか。(〇は3つまで)

1. 介護職員処遇改善加算 (I)	2. 介護職員処遇改善加算 (II)
3. 介護職員処遇改善加算 (III)	4. 介護職員等特定処遇改善加算 (I)
5. 介護職員等特定処遇改善加算 (II)	6. 介護職員等ベースアップ等支援加算
7. いずれも算定していない	

※ (1) で「7」と回答した施設にお伺いします。

(2) 介護職員処遇改善加算等の届出をしない理由は何ですか。

(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

1. 対象者に制約がある	2. 事務作業が煩雑
3. 利用者負担が発生する	4. 非常勤職員等の処遇の問題
5. 賃金改善の必要性がない	6. 支給要件を達成できない
7. その他(具体的に )	

問7. 口腔ケアの実施状況についてお伺いします。

施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化が求められています。

(1) あなたの施設は、どちらに該当していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

1. 口腔衛生管理加算 (I) に該当している	2. 口腔衛生管理加算 (II) に該当している
-------------------------	--------------------------

(2) 貴施設(住宅)では下記のような取り組みをされていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

1. 口腔衛生管理体制計画の立案	2. 入居者の口腔の状況の確認
3. 口腔清掃の用具の整備	4. 口腔清掃の実施
5. 介護職員の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保	
6. 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備	
7. 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し	

(3) 入居者に対し、どのような取り組みを計画されていますか。(該当するものに〇:あてはまるものすべて)

1. 歯科健診	2. 個々人に応じたブラッシング指導
3. 口周囲や唾液腺等のマッサージ指導	
4. その他(具体的に )	
5. 実施していない	

【※ (3) で「1」「2」「3」「4」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。】

(4) 実施している場合、どのような効果を期待していますか。(該当するものに〇:1つだけ)

1. 誤嚥防止	2. 咀嚼力の保持	3. 肺炎の予防
4. 口臭予防		
5. その他(具体的に )		

問8 医療が必要な入居者についてお伺いします。

(1) 貴施設(住宅)では下記のような医療を必要とする入居者がおられますか。おられる場合( )内に人数を記入してください。(およそ過去3か月間)

1. 褥瘡処理 ( )名
2. 浣腸・摘便 ( )名
3. 導尿・膀胱留置カテーテル( )名、膀胱ろう( )名
4. 人工肛門 ( )名
5. 喀痰吸引 ( )名
6. インスリン注射・血糖測定( )名
7. 経管栄養療法( )名、胃ろう( )名
8. 酸素療法 ( )名
9. 脱水などに対する一時的点滴( )名
10. 透析 ( )名
11. ストマケア(パウチの交換を含む)( )名
12. 気管切開 ( )名
13. 食道ろう ( )名
14. ペースメーカー( )名
15. その他(具体的に ) ( )名

(2) 医療処置が必要な人の入居が受け入れられない場合、どのようなことが理由となっていますか。最もあてはまる理由を選択してください。(該当するものに○:1つだけ)

1. 医師の配置が十分ではない
2. 医療機関との連携が不十分
3. 看護職員の体制が不十分
4. その他(理由 )
5. 医療処置が必要な人でも全て受け入れている

(3) 通院時にはどのような対応をしていますか。(該当するものに○:1つだけ)

1. 原則 家族対応
2. 原則 スタッフ対応
3. 協力医療機関を活用している
4. その他(具体的に )

(4) 医療機関と、どのように連携していますか。(該当するものに○:あてはまるものすべて)

1. 入居者の健康管理や処置について助言を受けている
2. 往診してもらえる医師・医療機関がある
3. 急変時の受け入れを依頼できる病院を確保している
4. 提携病院があり、入院の受け入れをしてもらっている
5. 認知症の周辺症状について助言を受けている
6. その他(具体的に )
7. 連携していない

※特定施設を設置・運営している場合、問9についてご回答ください。

問9 看取り介護の実施状況についてお伺いします。

(1) 貴施設(住宅)は看取り介護加算を算定していますか。(該当するものに○:1つだけ)

- 1. 算定している
- 2. 算定していない
- 3. 施設基準は満たしているが算定していない

※(1)で「1」とお答えの施設にお伺いします。

(2) この1年間で、看取り介護加算は何件算定されましたか。また死亡された方(退居して1月以内に死亡された方を含む)のうち、およそ何割の方を算定されましたか。

約( )件 約( )割

(3) 看取り介護を実施するにあたり、どのようなことに力を入れていますか。  
(該当するものに○:あてはまるものすべて)

- 1. 看取りに関する指針の作成・改訂
- 2. 医療機関との連携
- 3. 利用者・家族に対する十分な説明と同意の取得
- 4. 看取りに関する職員の研修
- 5. 看取りに関わる職員のバックアップ体制の確保
- 6. 個室の利用など看取りにふさわしい環境の整備
- 7. 最後までその人らしく「生きる」ことを支えるケアの提供
- 8. その他(具体的に )

問10 高齢者の人権擁護・虐待の防止等についてお伺いします。

(1) 高齢者の人権擁護・虐待の防止等のために実施している対策はありますか。  
(該当するものに○:あてはまるものすべて)

- 1. 高齢者の人権・虐待に関する職員研修の実施
- 2. 高齢者の人権・虐待に関する外部の研修への参加
- 3. 入居者や家族からの苦情処理体制の整備
- 4. 身体拘束に関する手続き厳守の徹底
- 5. 職員が虐待を発見した場合の通報窓口の周知
- 6. 労働環境等の整備
- 7. その他(具体的に )

(2) 施設の中で、職員から虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合に、発見した職員に通報義務があることを知っていますか。(該当するものに○:1つだけ)

- 1. 知っている(通報連絡先も知っている)
- 2. 知っている(通報連絡先は知らない)
- 3. 知らない

問11 貴施設（住宅）でのボランティア活動についてお伺いします。

(1) 貴施設（住宅）ではどのようなボランティア活動が行なわれていますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 日常的に行なわれているレクリエーション等の指導、参加支援
2. 施設でのお茶だし、食堂内の配膳・下膳などの補助
3. 喫茶コーナーなどの運営補助
4. 散歩、外出、館内移動の補助
5. イベント等の手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など）
6. 話し相手
7. 洗濯物たたみ
8. その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
9. その他（具体的に )
10. ボランティアはいない

※ (1) で「1」～「9」のいずれかにお答えの施設にお伺いします。

(2) ボランティアの登録はどのような状況ですか。(わかる範囲でご記入ください)

- ① 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名  
女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名
- ② ボランティアの活動歴  
あり ( ) 名 なし ( ) 名 不明 ( ) 名

(3) どのような団体にボランティア活動を依頼していますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

1. 婦人会等の地域団体 2. 区や市のボランティアセンター
3. ボランティア団体 4. その他（具体的に )

(4) 平均すると一日あたりのボランティアに参加されている方はどのような状況ですか。

(わかる範囲でご記入ください)

- 男性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名
- 女性 ( ) 名 うち65歳以上 ( ) 名

問12 貴施設（住宅）では地域や地域住民へ施設開放をされていますか。

（該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 地域住民や地域団体が喫茶室を利用できる
2. 地域住民や地域団体が会議室や作業スペースを利用できる
3. 「集いの場」（地域住民が主体となって、おしゃべりや、喫茶、体操、季節の行事、手芸、工芸などを行う仲間づくりの場）として利用している
4. 施設の行事の時に地域住民や地域団体を招いている
5. その他（具体的に
6. していない

問13 事故や災害等の対応について、あてはまるものはありますか。

（該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 事故発生時の職員対応マニュアルを作成している
2. 事故発生時における家族等への連絡先を複数把握している
3. 感染症に関する職員対応マニュアルを作成している
4. 消火・避難訓練を年2回以上実施している
5. 避難の方法など、災害に対するマニュアルを作成している
6. 災害時に要援護者の受け入れ体制を整えている
7. 従事者に対する暴力・セクハラ防止の安全対策マニュアルを作成している

問14 介護ロボット・ICT機器についてお伺いします。

（1）以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入しているものを選んでください。

（該当するものに○：あてはまるものすべて）

1. 導入していない
2. 移乗支援
3. 移動支援
4. 排泄支援
5. 見守り支援（見守りセンサー等）
6. コミュニケーション支援（コミュニケーションロボット等）
7. 入浴支援
8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト
9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト
10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末
11. 機能訓練支援
12. 認知機能低下予防機器
13. その他（具体的に

(2) 以下の介護ロボット、ICT機器のなかから導入を検討しているものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                  |                                |         |
|----------------------------------|--------------------------------|---------|
| 1. 導入を検討していない                    | 2. 移乗支援                        | 3. 移動支援 |
| 4. 排泄支援                          | 5. 見守り支援 (見守りセンサー等)            |         |
| 6. コミュニケーション支援 (コミュニケーションロボット等)  |                                |         |
| 7. 入浴支援                          | 8. 介護記録から介護保険請求システムまで一括しているソフト |         |
| 9. 8のように一括していないが、介護記録を管理する単体のソフト |                                |         |
| 10. 職員間で利用者情報を共有するソフトや端末         |                                |         |
| 11. 機能訓練支援                       | 12. 認知機能低下予防機器                 |         |
| 13. その他 (具体的に                    |                                | )       |

(3) 導入して感じた課題や導入していない理由として、あてはまるものを選んでください。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 導入費用が高額                      |
| 2. 費用対効果が不明                     |
| 3. 安全面に不安                       |
| 4. どのICT機器や介護ロボットが、施設に合うのか分からない |
| 5. 技術的に職員が使いこなすのが難しい (難しそう)     |
| 6. 介護職員が、新しい機器を導入することに消極的       |
| 7. 導入時に、使い方の研修や周知の機会を設けるのが難しい   |
| 8. 機器のメンテナンスが大変                 |
| 9. 介護現場の実態に合う介護ロボットやICT機器がない    |
| 10. その他 (具体的に                   |

問15 貴施設(住宅)の改築や改修について、今後、10年以内に必要と考えられているものはありますか。

(該当するものに○：あてはまるものすべて)

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 全面改築が必要と考えている (移転含む)          |
| 2. 施設の老朽化に伴う設備機器の更新が必要と考えている     |
| 3. 多床室の間仕切り等によるプライバシー改修が必要と考えている |
| 4. 従来型居室のユニット型改修が必要と考えている        |
| 5. 既存スペースを活用するための増床が必要と考えている     |
| 6. その他 (具体的に                     |
| 7. 特に必要はない                       |

問16. 介護保険制度における貴施設（住宅）の役割や、施設運営における課題等について、ご自由にご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。

ご協力ありがとうございました。

調査票は同封の返信用封筒に入れ、封をして切手を貼らずに  
ポストにお出してください。

返信用封筒にご住所・ご氏名の記入は不要です。

## 終活支援事業の開始について

### 1 背景

- ・未婚率の上昇や核家族化の進行、人間関係の希薄化等により、身寄りのない単身高齢者や身寄りはあるが頼ることのできない高齢者が増加している一方、元気うちに将来のことを考えて準備する、いわゆる終活の重要性への理解が広がっていない。
- ・十分な準備がされないまま身寄りのない高齢者が亡くなると、支援者や地域に過重な負担を強いることになり、ひいては行政コストの増にもつながる。

### 2 目的

- ・高齢者等に終活について考えてもらう意識を醸成するとともに、本人が安心して残りの人生を過ごすことができるよう、課題を抱える身寄りのない高齢者等を必要な支援につなぎ、亡くなった後の周囲の負担を軽減する。
- ・生前の準備が埋没することなく、本人の意思に沿った形で確実に死後の手続きが進む仕組みを創出する。

### 3 実施事業

#### (1) 終活相談窓口の設置（令和7年10月1日開設）

- ・市社会福祉協議会が運営受託
- ・こうべ市民福祉交流センター4階（市社会福祉協議会事務所内）に窓口設置
- ・相談員が市民からの終活に関する相談全般に対応
- ・市版エンディングシートを活用しながら課題を整理し、関連情報を提供するとともに、公的制度や民間サービス等の必要な支援につなげる
- ・相続・遺言や親族間紛争等、専門的な助言が必要となるケースに対応するため、弁護士・司法書士による専門相談も実施
- ・各区社会福祉協議会の窓口において一般的かつ簡易な相談に対応し、身近で相談できる体制を構築

#### (2) 終活情報登録制度の創設（令和7年10月1日開始）

- ・葬儀・納骨等の死後事務委任契約（エンディングプラン・サポート等）、エンディングノートや遺言書の保管場所、緊急連絡先等の終活関連情報をあらかじめ市に登録
- ・万一のとき、本人が登録情報開示先として指定した方や関係機関からの照会に対し、市が情報提供を行うことで、本人の意思に沿った形で死後の手続き等が円滑に進むよう支援
- ・登録は終活相談窓口及び各区社会福祉協議会の窓口で実施

#### 【登録対象者】

神戸市民（年齢・身寄りの有無・所得等の要件なし）

**【登録内容】**

- ① 基本情報（氏名、住所、電話番号、生年月日、性別、本籍）
- ② 終活関連情報
  - ・登録情報開示先（氏名、住所、電話番号、生年月日、登録者との関係）
  - ・緊急連絡先（氏名、住所、電話番号、生年月日、登録者との関係）
  - ・エンディングノートの保管場所
  - ・遺言書の保管場所
  - ・死後事務委任契約、葬儀等の生前契約（契約事項、契約先）

こうべ終活相談窓口・各区社会福祉協議会（区役所内）で  
神戸市版エンディングシート無料配布中！

神戸市

事前  
予約制

# こうべ終活相談窓口

～もしもに備える 私の安心のために～

相談無料

令和7年10月1日開設・予約開始

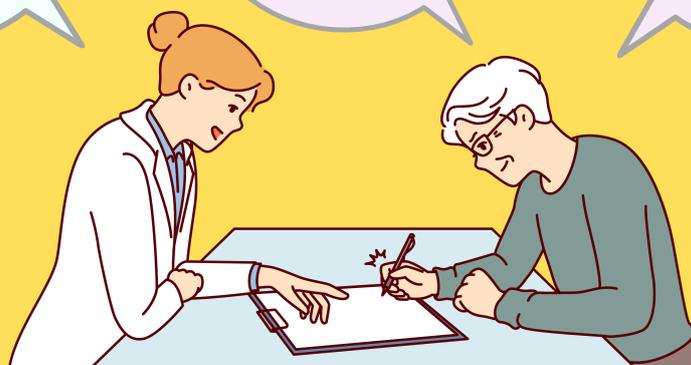
エンディングシート等  
を使って少しずつ  
整理しましょう

終活は何から  
始めたらいい？

自分の思いを  
大切な人に  
伝えるには？

これからの  
安心のために  
準備しませんか

終活情報登録制度  
ってどんなもの？



自分の人生は最後まで自分で決めたい。その願いを実現できるように一緒に考えましょう。  
終活の悩みごと、相談してみませんか？

予約専用  
ダイヤル

☎ 078-855-8670 / FAX 078-855-9678

クリックで開けます

ネット予約

<https://www.with-kobe.or.jp/detail/kobesyukatsu/>

インターネット  
予約はこちら→



開設時間

9：00～17：00 [土日祝日・年末年始(12/29～1/3)を除く]

※電話・来所・オンライン（パソコン・スマホ等）で相談できます

神戸市社会福祉協議会  
ホームページ



↑各区役所  
代表番号はこちら

各区社会福祉協議会（区役所内）で

- ・エンディングシート等のご案内や終活情報登録制度の受付を行っています。
- ・こうべ終活相談窓口とのオンライン相談ができます。（要予約）

お問合せ先：区社会福祉協議会 終活担当 ☎：各区役所代表電話番号

神戸市・【運営】社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会

# こうべ終活相談窓口でのご相談

事前  
予約制



スマホ等で読み取ると  
予約フォームにつながります

## ご相談の流れ

予約 (電話・インターネット)

窓口相談員による相談

必要に応じ専門相談へ  
おつなぎします。

専門職による相談

## 窓口相談員による相談 (1回60分程度)

相談日 月曜日～金曜日  
[祝日・年末年始(12/29～1/3)を除く]

相談時間 9:00～17:00

相談内容  
・終活の始め方  
・エンディングシート等のご案内  
・終活情報登録制度の説明(※1)  
・他相談窓口、関係機関の案内等

相談方法 下記の①～④のいずれかを予約

## 専門職による相談 (1回30分程度)

相談日 第1・第3 木曜日(司法書士)  
第2・第4 木曜日(弁護士)  
[祝日・年末年始(12/29～1/3)を除く]

相談時間 13:00～16:00

相談内容  
・相続の基礎知識  
・遺言書の種類や効力  
・死後の手続きの種類  
・財産処分、財産管理/信託等

相談方法 下記の②～④のいずれかを予約

### ① 電話相談

相談窓口  
にお電話を  
ください



### ② 来所相談

相談窓口  
にお越し  
ください



### ③ 自宅等から オンライン相談

パソコン・スマホ等  
を使って自宅等から  
インターネットで  
相談でき  
ます



### ④ 区社会福祉協議会から オンライン相談

③が難しい場合、  
区社会福祉協議会  
(区役所内)から  
インターネットで  
相談でき  
ます



(※1) 終活情報登録制度とは、『もしも』の時に備えて、あなたの伝えたい情報を  
市が大切にお預かりする仕組みです。詳しくはお問い合わせください。

2025.10作成

## こうべ終活相談窓口 (神戸市社会福祉協議会内)

〒651-0086  
神戸市中央区磯上通 3-1-32 こうべ市民福祉交流センター 4F

## アクセス

- ◎市バス⑦系統「市民福祉交流センター前」バス停正面
- ◎ポートライナー「貿易センター」から徒歩5分
- ◎JR・阪急・阪神・市営地下鉄「三宮」から徒歩15分
- ◎市営地下鉄海岸線「三宮・花時計前」から徒歩7分



もしもの時も『私らしく』

# 終活 情報登録

登録無料

あなたの安心を、神戸市がお預かりします

病気や事故等により意思表示ができなくなった時や、お亡くなりになった場合などの『もしも』に備え、あらかじめあなたが伝えたい情報を神戸市に登録することで、あなたが指定したご家族や大切な方からの照会に対し、あなたに代わって神戸市から登録情報をお伝えすることができます。

令和7年10月1日登録・予約開始  
まずはお電話を。ご予約の上、お越してください。

登録  
できる  
情報

1. 登録情報開示先（あなたが情報を伝えたい人）
2. 1.のうち緊急連絡先（もしもの時に連絡してほしい人）
3. エンディングノートの保管場所
4. 遺言書の保管場所 ※本人が申請する場合のみ登録できます
5. 葬儀や遺品整理などの生前契約先

# 「終活情報登録」とは

## 終活情報登録制度の概要

**登録・申請できる方：本人（神戸市に住民票がある方）**

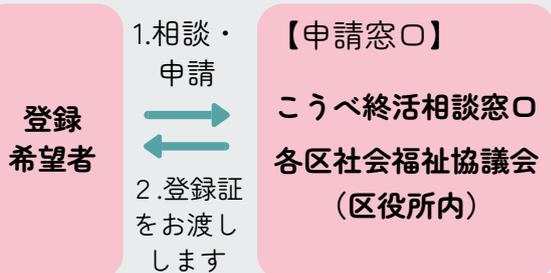
本人が申請できない場合に限り、成年後見人（保佐人・補助人を除く）・親族（成年後見人がいない場合）の申請が可能です。

**必要書類：①は全員、②③は必要な方**

- ①本人確認書類（本人＋申請される方のもの。マイナンバーカード等）
- ②同意書（緊急連絡先を指定する場合。後日提出可）
- ③-1 申請者が後見人の場合：登記事項証明書等
- ③-2 申請者が親族の場合：委任状



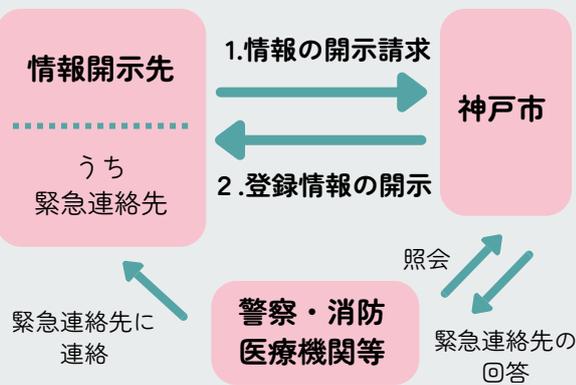
## 情報登録の流れ



※登録された情報は、**神戸市**が責任をもって安全に保管します。

1. **事前にご連絡の上**、こうべ終活相談窓口または区社会福祉協議会（区役所内）へお越しください。登録したい情報を専用タブレットで入力いただきます。
2. 登録後、登録証をお渡しします。

## 情報開示の流れ



※緊急連絡先を登録した場合は、もしもの時に警察・消防・医療機関・福祉事務所から、緊急連絡先へ連絡をすることがあります。

1. ご本人が病気や事故等により、意思表示ができなくなった時やお亡くなりになった場合、情報開示先に指定されている方は神戸市へお問い合わせください。
2. 神戸市が情報開示を行います。（こうべ終活相談窓口・区社会福祉協議会は開示できません）

申請場所・登録先

事前にご予約の上、お越しください

インターネットでの予約はこちら→  
(神戸市社会福祉協議会ホームページ)  
<https://www.with-kobe.or.jp>

神戸市社会福祉協議会

こうべ終活相談窓口

☎(078)855-8670

受付時間：9時～17時

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 3-1-32 こうべ市民福祉交流センター4F（土日祝・年末年始を除く）

各区社会福祉協議会（区役所内）終活担当

☎各区役所代表電話番号はこちら→  
(神戸市ホームページ)



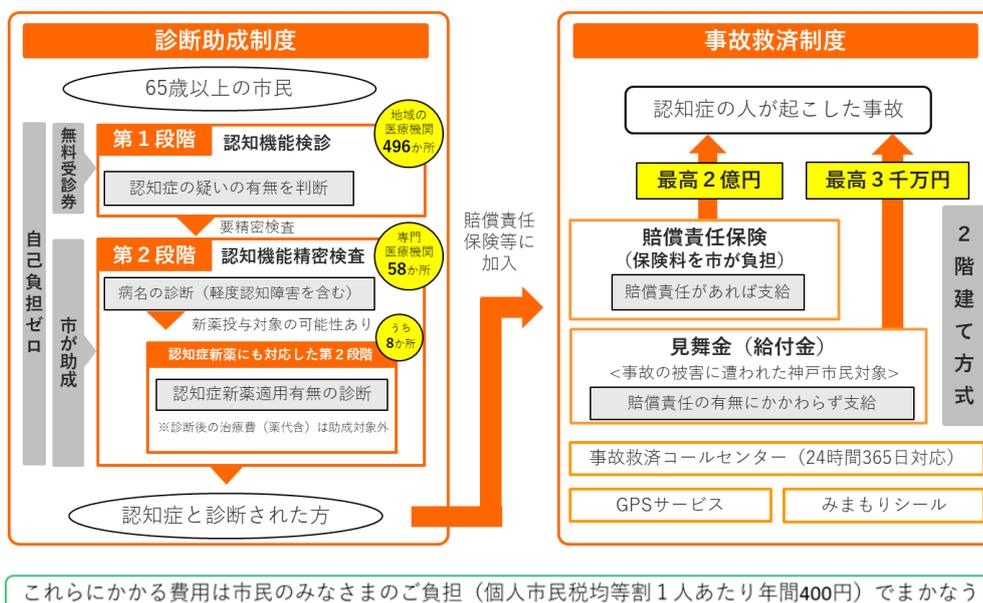
↑クリックで開けます↓



# 認知症神戸モデルの概要と実施状況

## (1) 認知症神戸モデルの概要

認知症神戸モデルとは、診断助成制度と事故救済制度を組み合わせ実施し、その財源は、超過課税の導入により、市民の皆様から広くご負担いただくこととする取り組み。



## (2) 診断助成制度（平成31年1月28日開始）

早期診断・早期対応を推進するための2段階方式による制度。いずれも自己負担のない仕組み。

- ① 認知機能検診（認知症の疑いの有無を診断）
  - ・ 地域の医療機関で検診（実施医療機関数 496箇所（開始時 326箇所））
- ② 認知機能精密検査（認知症かどうかと、病名を診断）
  - ・ 専門の医療機関で診断（実施医療機関数 58箇所（開始時 53箇所））
  - うち 認知症新薬にも対応した第2段階（令和6年4月1日～）
    - ・ 認知症新薬適用有無の診断（実施医療機関数 8箇所（開始時 8箇所））

### 《実施状況》（令和7年6月末まで）

- 認知機能検診（第1段階）受診者数：93,593人
- 認知機能精密検査（第2段階）受診者数：24,169人
- 認知症新薬にも対応した第2段階受診者数：138人

## (3) 事故救済制度（平成31年4月1日開始）

認知症の方が事故を起こした場合に救済する制度。

- ① 賠償責任保険
  - ・ 認知症の方のうち、事前登録した方の保険料を市が負担して、市が賠償責任保険に加入。
- ② 見舞金（給付金）
  - ・ 認知症の方が起こした事故で被害に遭われた方に、見舞金（給付金）を支給。
- ③ 専用コールセンター
  - ・ 事故が起こった際、24時間365日対応の専用コールセンターが事故対応等の相談に対応。
- ④ GPSサービス
  - ・ 認知症の方が行方不明になることを未然に防ぎ、行方不明時に早期発見するため、GPS端

末を貸し出すサービスを実施。

#### ⑤みまもりシール

- ・認知症の方が行方不明になった時に、迅速な身元確認・保護につなげるため、衣服やかばんに貼ることができる「みまもりシール」を希望者に無料配布。

#### ≪支給状況≫（令和7年6月末まで）

##### ○賠償責任保険

支給件数49件・支給金額計 8,194,923円

##### ○見舞金（給付金）

支給件数21件・支給金額計18,178,694円

### （4）最近の新たな取組み

#### ① 認知症新薬への対応

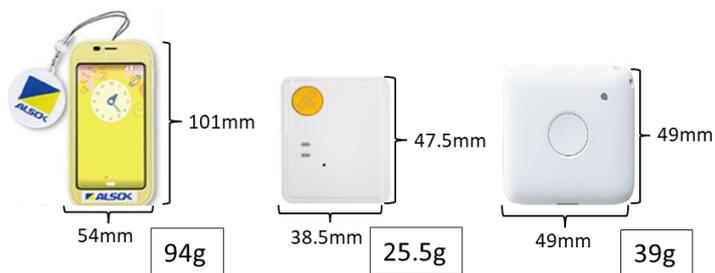
- ・「認知症新薬にも対応した認知症神戸モデル」として、認知症新薬の投与可否を診断する検査費用を全額助成の対象とする（令和6年4月より実施。薬代を含む治療費は対象外）。

#### ② 軽度認知障害（MCI）診断時の対応

- ・MCI と診断された方向けのリーフレットを作成し、第2段階医療機関において、健康づくり（運動・食事・生活習慣病等）、フレイル改善通所サービス等についての説明を実施。（令和7年4月より実施）。

#### ③ 認知症高齢者の行方不明対策

- ・GPS サービスを利用しやすくするため、GPS 端末の初期費用に加え、令和7年7月からは月額利用料の半額を市が負担。あわせて、これまで1種類のGPS 端末で運用していたが、より小型の端末など、ニーズに合わせて3種類のGPS 端末を選択肢として提供。
- ・衣服等に貼り付け、行方不明時の身元確認に繋げる「みまもりシール」を令和7年8月から新たに導入し、認知症と診断された方で希望する方に無料配布（1人20枚）。  
予め認知症の方の情報を事前登録の上、市が警察と情報を共有しており、市民が認知症の方を発見した場合に、シールの二次元コードを読み取って表示のコールセンターに登録番号を伝えることで、行方不明者の身元確認と保護につながる仕組み。



< 3種類から選べる GPS 端末 >



< みまもりシール >