

南房総市 在宅生活改善調査【事業所票・利用者票】案（会議資料用）

日頃から市政にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

市では、介護保険をはじめとする高齢者施策を「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に沿って実施しています。3年ごとの見直しにあたっては、日頃から介護や医療に携わる皆様の現状やご意見を詳しく把握し、計画に反映させていきたいと考えております。

つきましては、現在自宅等にお住まいの方で「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている方」の現状を把握し、住み慣れた地域での生活の継続性を高めるために必要な支援やサービス、連携のあり方を検討することを目的に、居宅介護支援事業所の皆様を対象とする調査を実施します。

ご多用中恐れ入りますが、調査の主旨をご理解の上、是非ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【ご記入の前に】

- 1 この調査は、令和8年1月1日（基準日）現在の状況についてご回答ください。
- 2 2月10日（火）までに、ご記入いただき、返信くださいますようお願いいたします。

ご記入上の不明な点は下記までお問い合わせください。

南房総市 保健福祉部 高齢者支援課 ☎ 0470（36）1152

在宅生活改善調査【事業所票】案（会議資料用）

※令和8年1月1日現在の状況について、 の中にご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。（数値を記入）

1) 所属するケアマネジャーの人数	 	人
2) 「自宅等（3）を除く）」にお住まいの利用者数	 	人
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	 	人

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします。

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した要介護度別の利用者数」と「自宅等で死亡した利用者数」をご記入ください。

※入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めないでください。

（数値を記入）

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、

搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者								②自宅等での死亡	合計★
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中・不明		
 	 	 	 	 	 	 	 	 	

問3 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者数」を行先別にご記入ください。（数値を記入）

※入院した後に自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※搬送後、搬送先から転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。

※問3の合計（★）と、問2の合計（★）が一致することをご確認ください。

行先	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家	 	
2) 住宅型有料老人ホーム	 	
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	 	
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	 	
5) グループホーム	 	
6) 特定施設	 	
7) 地域密着型特定施設	 	
8) 介護老人保健施設	 	
9) 介護医療院	 	
10) 特別養護老人ホーム	 	
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	 	
12) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く	 	
13) その他	 	
14) 行先を把握していない	 	
15) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡を含む	 	
合計★	 	

合計人数が一致することを、「確認ください」

問4 貴事業所の利用者で在宅生活の維持が難しくなるのは、どのような場合が多いですか。
よくあるケースについてお答えください。（自由回答）

--

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

在宅生活改善調査 利用者票 (令和8年1月1日現在の状況について回答してください。) 案 (会議資料用)

「自宅」、「サ高住」、「住宅型有料」、「軽費老人ホーム」にお住まいの方のうち「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」が対象です。

例えば「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。						2. 対象となる利用者の主な家族等介護者の状況等について、お伺いします。			3. 現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由等について、お伺いします。				4. 「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。					
問1-0	問1-1	問1-2	問1-3	問1-4	問1-5	問2-1	問2-2	問2-3	問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問4-1	問4-2	問4-3	問4-4		
利用者の所在 地区	「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」に該当しますか。	「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」に該当しますか。	世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	主な家族等介護者の方の年代 ※同居・別居にかかわらず主な家族等介護者についてお答えください。	主な家族等介護者の方の現在の勤務形態	今後の在宅生活の継続、または家族等介護者の就労継続に向けて、特に家族等介護者の負担になっている介護	現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由についてお答えください			本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続のために、充実が必要な「生活支援」をお答えください。	本来であればより適切と思われる、具体的なサービスをお答えください。 ※ 実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者・家族等介護者にとって適切と思うサービスを選択してください。どちらも良い場合は、＜在宅サービス＞＜住まい・施設等＞の両方から複数選択することも可能です。			【問4-1で「12.」～「19.」を選択の場合】 利用者の入所・入居の緊急度をお答えください	【問4-1で「12.」～「18.」(※特養以外)を選択の場合】 入所・入居でできない理由をお答えください	【問4-1で「19.」(※特養)を選択の場合】 特養に入所できない理由をお答えください
番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	あてはまる番号 3つまで選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入		
1. 富浦地区	1. はい	1. はい	1. 独居	1. 自宅等	1. 要支援1	1. 20歳未満	1. フルタイムで働いている	1. 日中の排泄	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 該当なし	1. 配食	＜在宅サービス＞ 1. ショートステイ 2. 訪問介護、訪問入浴 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハ 6. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所 7. 定期巡回サービス 8. 小規模多機能 9. 看護小規模多機能 10. 訪問診療 11. 居宅療養管理指導			1. 緊急性が高い	1. まだ、申込をしていない	1. まだ、申込をしていない
2. 富山地区	2. いいえ	2. いいえ	2. 夫婦のみ	2. 住宅型有料	2. 要支援2	2. 20代	2. パートタイムで働いている	2. 夜間の排泄	2. 必要な生活支援の発生・増大	2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	2. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大	2. 調理	2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫			2. 申込済みだが、空きがない	2. 申込済みだが、空きがない	
3. 三芳地区			3. 単身の子供との同居	3. サ高住	3. 要介護1	3. 30代	3. 勤務形態は不明だが、働いている	3. 食事の介助(食べる時)	3. 必要な身体介護の増大	3. 生活不安が大きいから	3. 介護者が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	3. 掃除・洗濯	3. その他			3. 申込済みで、空きはあるが、希望の住まい・施設等に空きがない	3. 申込済みで、空きはあるが、希望の施設に空きがない	
4. 白浜地区			4. その他の同居	4. 軽費老人ホーム	4. 要介護2	4. 40代	4. 入浴・洗身	4. 入浴・洗身	4. 認知症の症状の悪化	4. 居住環境が不便だから	4. 家族等の介護等技術では対応が困難	4. 買い物(宅配は含まない)				4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない	4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない	
5. 千倉地区					5. 要介護3	5. 50代	5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)	5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等)	5. 本人が介護者の負担の軽減を望むから	5. 費用負担が重いから	5. 費用負担が重いから	5. ゴミ出し				5. その他	5. その他	
6. 丸山地区					6. 要介護4	6. 60代	6. 働いていない	6. 衣服の着脱	6. 医療的ケア・医療処置の必要性の高まり	6. 本人が介護者の負担の軽減を望むから	6. 家族等の就労継続が困難になり始めたから	6. 外出同行(通院、買い物など)						
7. 和田地区					7. 要介護5	7. 70代	7. 働いていない	7. 屋内の移乗・移動	7. 本人の状態等の悪化	7. その他、本人の意向等があるから	7. 本人と家族等の関係性に課題があるから	7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等)						
					8. 新規申請中	8. 80歳以上	8. 働いていない ※「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。	8. 外出の付き添い、送迎等	8. その他、本人の状態等の改善	8. その他、本人の意向等があるから	8. 本人と家族等の関係性に課題があるから	8. 見守り、声かけ						
					9. わからない	9. わからない	9. 主な介護者に確認しないと、わからない ※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。	9. 服薬	9. 本人の状態等の改善	9. 費用負担が重いから	9. 費用負担が重いから	9. サロンなどの定期的な通いの場						
					10. 新規申請中	10. 80歳以上	10. 働いていない ※「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。	10. 認知症の症状への対応	10. 認知症の症状の悪化	10. 費用負担が重いから	10. 費用負担が重いから	10. 見守り、声かけ						
					11. 新規申請中	11. 80歳以上	11. 働いていない ※「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。	11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等)	11. 本人の状態等の改善	11. 費用負担が重いから	11. 費用負担が重いから	11. サロンなどの定期的な通いの場						
					12. 新規申請中	12. 80歳以上	12. 働いていない ※「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。	12. 食事の準備(調理等)	12. 本人の状態等の改善	12. 費用負担が重いから	12. 費用負担が重いから	12. サロンなどの定期的な通いの場						
					13. 新規申請中	13. 80歳以上	13. 働いていない ※「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。	13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等)	13. 本人の状態等の改善	13. 費用負担が重いから	13. 費用負担が重いから	13. サロンなどの定期的な通いの場						
					14. 新規申請中	14. 80歳以上	14. 働いていない ※「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。	14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き	14. 本人の状態等の改善	14. 費用負担が重いから	14. 費用負担が重いから	14. サロンなどの定期的な通いの場						
					15. 新規申請中	15. 80歳以上	15. 働いていない ※「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。	15. その他	15. 本人の状態等の改善	15. 費用負担が重いから	15. 費用負担が重いから	15. サロンなどの定期的な通いの場						
					16. 新規申請中	16. 80歳以上	16. 働いていない ※「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。	16. 特にない	16. 本人の状態等の改善	16. 費用負担が重いから	16. 費用負担が重いから	16. サロンなどの定期的な通いの場						
					17. 新規申請中	17. 80歳以上	17. 働いていない ※「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。	17. 主な介護者に確認しないと、わからない	17. 本人の状態等の改善	17. 費用負担が重いから	17. 費用負担が重いから	17. サロンなどの定期的な通いの場						
入	1	1	2	1	1	3	6	2	4, 7, 14	3, 4	3	2	5, 6	7, 17	2	1		
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		

【南房総市】在宅生活改善調査（介護支援専門員）案 （会議資料用）

Q1. 所属する居宅介護支援事業所の所在地はどちらですか。 必須

当てはまるものを選択してください。（選択は1つ） 必須

☐ 富浦地区 ☐ 富山地区 ☐ 三芳地区 ☐ 白浜地区 ☐ 千倉地区 ☐ 丸山地区 ☐ 和田地区

Q2. 南房総市内に不足していると思われる介護保険サービス等がありますか。

不足しているサービスと地区について、下記のリストから選択してください。（選択はいくつでも）

☐ ①訪問介護

不足していると思われる地区を選択してください。（選択はいくつでも） 必須

☐ 富浦地区 ☐ 富山地区 ☐ 三芳地区 ☐ 白浜地区 ☐ 千倉地区 ☐ 丸山地区 ☐ 和田地区

☐ ②訪問入浴介護 ☐ ③訪問看護 ☐ ④訪問リハビリテーション ☐ ⑤居宅療養管理指導

☐ ⑥通所介護 ☐ ⑦通所リハビリテーション ☐ ⑧短期入所生活介護 ☐ ⑨短期入所療養介護

☐ ⑩特定施設入居者生活介護 ☐ ⑪福祉用具貸与・特定福祉用具販売 ☐ ⑫居宅介護支援

☐ ⑬介護老人福祉施設 ☐ ⑭介護老人保健施設 ☐ ⑮介護医療院

☐ ⑯有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等で介護保険の特定施設入居者生活介護の指定を受けないもの（外部の介護サービスを利用するもの）

☐ ⑰定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ ⑱夜間対応型訪問介護 ☐ ⑲地域密着型通所介護 ☐ ⑳認知症対応型通所介護

☐ ㉑小規模多機能型居宅介護 ☐ ㉒認知症対応型共同生活介護 ☐ ㉓地域密着型特定施設入居者生活介護

☐ ㉔地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 ☐ ㉕看護小規模多機能型居宅介護

Q3. 地域包括支援センター（あんしんセンター）の総合的な満足度について教えてください。 必須

当てはまるものを選択してください。（選択は1つ） 必須

☐ 大変満足している ☐ やや満足している ☐ ふつう ☐ あまり満足していない ☐ 満足していない

Q4. 地域包括支援センター（あんしんセンター）について教えてください。

当てはまるものをそれぞれ選択してください。（選択は1つ）

	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
連携して対応している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対応が迅速である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
相談しやすい関係性である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情報提供が充実している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
質問への回答が明瞭である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5. 地域包括支援センター（あんしんセンター）に、今後どのようなことを相談したいですか。 必須

当てはまるものを下記のリストから選択してください。（選択は3つまで） 必須

☐ 困難事例に対する専門的な助言や支援

☐ 権利擁護（成年後見制度、虐待対応等）に関する相談

☐ 医療との連携・調整に関する相談

- ☐ 健康・生活支援に関する相談
- ☐ 家族支援（介護負担の軽減、家族関係の課題等）に関する相談
- ☐ 支援困難な独居高齢者・認知症高齢者への対応
- ☐ 多職種連携に関する相談
- ☐ 地域資源・社会資源の情報提供
- ☐ 介護保険制度・介護サービス利用に関する相談
- ☐ 介護予防ケアマネジメントに関する相談
- ☐ 支援が難しいケースへの訪問や相談での同席・協力
- ☐ 特になし
- ☐ その他

Q6. 地域包括支援センター（あんしんセンター）にどのようなことを期待しますか。 **必須**

当てはまるものを下記のリストから選択してください。（選択は3つまで） **必須**

- ☐ 困難事例への専門的な助言や支援
- ☐ 医療・介護・地域資源の連携調整の強化
- ☐ 認知症支援（初期集中支援等）の充実
- ☐ 虐待・権利擁護への迅速な対応
- ☐ 家族支援（相談対応や負担軽減に向けた調整）の強化
- ☐ ケアマネジャーへの研修・情報提供の充実
- ☐ 地域の見守り体制の構築支援
- ☐ 行政施策や制度改正のわかりやすい情報提供
- ☐ 地域ケア会議の運営改善・効果的な活用
- ☐ その他