

在宅生活改善調査 【事業所票】

※●●年●月●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（●●年●月●日～●●年●月●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ご確認ください

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）

●ケアマネジメントの状況について

【居宅介護支援事業所のみご回答ください】

問5 令和7年1月～12月までの間、ケアマネジメントの依頼を断ったことはありますか。

(○は1つ及び件数を記入)

数字を入力

<input type="text"/>	1. ある	→	<input type="text"/>	件	→問6もお答えください。
<input type="text"/>	2. ない				

(問5で「1. ある」と回答した事業所のみお答えください。)

問6 ケアマネジメントの依頼を断った理由は何ですか。 (○はいくつでも)

<input type="text"/>	1. 恒常的に職員が不足しているため（すでに職員がケアプランを上限まで持っていたため）
<input type="text"/>	2. 支援対象者の状態像や世帯状況が支援困難であり、支援するスキルのある職員が不足していたため
<input type="text"/>	3. 支援対象者が1人暮らしで身寄りもなく、ケアマネジメント以外の支援を要し支援が困難であると思われるため
<input type="text"/>	4. その他 (<input type="text"/>)

●独居高齢者の支援について

【ここからはすべての事業所がご回答ください】

問7 独居高齢者が入退院をする際に、手続きする方がいない場合、どのように対応していますか。

(プルダウンから1つだけ選択)

【プルダウン選択肢】

- 1 代わりに書類を記載している
- 2 代替りの記載者を探す
- 3 入退院時の書類の手続きは行わない

問8 独居高齢者で、夜間に緊急の連絡があり、対応を求められた場合にはどのようにしていますか。

(プルダウンから1つだけ選択)

【プルダウン選択肢】

- 1 可能な限り訪問して対応する
- 2 特に重大なケースは訪問する
- 3 基本、電話での対応のみ行う
- 4 特に対応は行わない

問9 独居高齢者が救急搬送の際に、救急車に同乗したことはありますか。 (○は1つ及び回数を記入)

数字を入力

<input type="text"/>	1. ある	→	(最近1年間で	<input type="text"/>	回程度)
<input type="text"/>	2. ない				

問10 あなたからみて、白井市で不足していると感じる介護保険サービスはありますか。 （○はいくつでも）

<input type="checkbox"/>	1. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	2. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	3. 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/>	4. 訪問看護
<input type="checkbox"/>	5. 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	6. 居宅療養管理指導
<input type="checkbox"/>	7. 通所介護
<input type="checkbox"/>	8. 通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	9. 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/>	10. 短期入所療養介護（老健）
<input type="checkbox"/>	11. 短期入所療養介護（病院等）
<input type="checkbox"/>	12. 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/>	13. 特定福祉用具販売
<input type="checkbox"/>	14. 住宅改修
<input type="checkbox"/>	15. 特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/>	17. 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/>	18. 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	19. 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	20. 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	21. 地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	23. 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	24. 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/>	25. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	26. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	27. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	28. 特にない
<input type="checkbox"/>	29. わからない

問11 白井市の要支援者・要介護者にとって供給過多と感じる介護保険サービスはありますか。

(○はいくつでも)

<input type="checkbox"/>	1. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	2. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	3. 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/>	4. 訪問看護
<input type="checkbox"/>	5. 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	6. 居宅療養管理指導
<input type="checkbox"/>	7. 通所介護
<input type="checkbox"/>	8. 通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/>	9. 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/>	10. 短期入所療養介護（老健）
<input type="checkbox"/>	11. 短期入所療養介護（病院等）
<input type="checkbox"/>	12. 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/>	13. 特定福祉用具販売
<input type="checkbox"/>	14. 住宅改修
<input type="checkbox"/>	15. 特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/>	17. 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/>	18. 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/>	19. 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	20. 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	21. 地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/>	23. 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	24. 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/>	25. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	26. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	27. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	28. 特にない
<input type="checkbox"/>	29. わからない

●介護保険外サービスについて

問12 あなたがケアマネジメントを行う上で、「あれば助かる」と思う介護保険外のサービスはどのようなサービスですか。自由に記述してください。（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。