令和８年７月

各事業所　管理者 様

京 都 市 保 健 福 祉 局
介護ケア推進課地域包括ケア推進担当課長
（ 担 当　藤 井 、 井 口 ）

京都市在宅医療・介護推進事業実態調査
「在宅生活改善調査」への御協力について（依頼）

平素は本市の高齢者保健福祉行政の推進に格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。また、日々の心のこもった介護サービスの提供に対し、深く敬意と感謝を申し上げます。

さて、本市在宅医療・介護連携推進事業におきましては、市内８か所に在宅医療・介護連携支援センターを設置し、医療・介護関係者の皆様方の御協力の下、各地域の在宅医療・介護関係者が円滑に連携できる仕組み・環境づくりを進めてまいりました。また、「ＡＣＰの理解の促進」を全センター共通の取組テーマとし、多職種向け研修や市民向け講座の開催に取り組んでいるところです。

この度、今後の本市及び各センター事業の展開に役立てるため、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社の調査設計に基づき、「在宅生活改善調査」を実施いたします。

日々の業務でお忙しい折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨を御理解いただき、御回答に御協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

１．目的

在宅生活をされている方の現状を把握し、高齢者が自らの希望に基づき、住み慣れた地域で医療や介護サービスを利用しながら暮らし続けることができ、可能な限り、今お住まいの場所で最期まで看取ることができる体制を構築するために必要な取組を検討するための基礎資料とする。

２．調査対象

京都市内の居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所及び地域包括支援センター

【事業所票】

事業所の管理者の方に御回答をお願いする調査票です。

事業所に所属するケアマネジャーの人数、事業所の利用者数、過去１年間（令和７年４月１日から令和８年３月31日まで）に自宅等から居場所を変更した利用者数等について御記入をお願いいたします。

【利用者票】

事業所に所属する全てのケアマネジャー及び予防プランを作成されている方に御回答をお願いする調査票です。

御担当している利用者の方のうち「(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利用者」及び「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」の状況について御記入をお願いいたします。

３．回答方法

同封の「調査要領」を御確認のうえ、「郵送」または「電子メール（ホームページからのデータダウンロード)」のいずれかの方法にて御回答ください。

４．提出期限

令和８年８月３１日（月）必着

５．本件に関する問合せ・提出先

〒604-8571
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地 京都市役所北庁舎 4 階
京都市保健福祉局　健康長寿のまち・京都推進室
介護ケア推進課　認知症・医療介護連携担当
TEL：　075-222-3800　　FAX：　075-213-5801
E-mail：　renkei-chousa2026@city.kyoto.lg.jp

調 査 要 領

1 御回答にあたって

・本調査票は、京都市内の全ての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターを対象に送付しております。
・御回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方に御回答をお願いしております。
「利用者票」については、貴事業所に所属する全てのケアマネジャー、および予防プランを作成されている方に御回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

3 調査票の回答方法

この度お送りしたアンケート調査では、以下の2種類の調査票が同封されています。

【A：事業所票（※A4）】 ※ 1枚のみ同封されています

○ 各事業所の、**管理者の方を対象とした調査票**です。管理者の方は御回答をお願いします。

【B：利用者票（※A3）】 ※ 複数枚同封されています。

○ 各職員の御担当の利用者のうち、**「（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利用者」および「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」についての調査票**です。
○ **次ページのフローにしたがって対象者を抽出し**、対象となる利用者の方について「利用者票」に御回答をお願いします。本調査票は、ケアマネジャー、および予防プランを作成されている方が御回答ください。
○ 用紙の枚数に不足がありましたら、お手数ですがコピーして御利用ください。

4 調査票の提出方法

本調査票は、「① 郵送による御返送」または「② 電子メールによる御提出」のいずれかの方法で御提出をお願いいたします。

① 郵送による場合

同封の返信用封筒に記入済みの調査票【A・B】をまとめて封入のうえ、そのまま御投函ください。
（切手は不要です）

② 電子メールによる場合

京都市ホームページより調査票の電子データをダウンロードし、必要事項を御記入のうえ、以下の送付先アドレスまで添付にて御送信ください。

ホームページ URL：https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000355368.html
（【京都市　在宅生活改善調査】で検索🔍）

提出先メールアドレス：renkei-chousa2026@city.kyoto.lg.jp

※メールの件名は**「【在宅生活改善調査】事業所名」**としていただきますようお願いいたします。

5 提出期限　令和8年8月31日（月）必着

6 問合せ先

〒604-8571
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地 京都市役所北庁舎 4 階
京都市保健福祉局 健康長寿のまち・京都推進室
介護ケア推進課 認知症・医療介護連携担当
TEL: 075-222-3800 FAX: 075-213-5801
E-mail: renkei-chousa2026@city.kyoto.lg.jp

7 「利用者票」の対象者の抽出方法

「利用者票」は、担当者の視点からみた「(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利用者」および「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービスを検討することを目的としています。

ケアマネジャー、および予防プランを作成されている方は、御担当の利用者のうち、調査への回答の対象となる利用者を以下のフローにしたがって抽出し、「利用者票」の各設問に御回答ください。

＜回答の対象となる要支援者・要介護者の抽出方法＞

本調査は、地域に不足する介護サービスを検討することを目的としています。

ステップ 1

御担当の利用者のうち、

① 自宅
② サービス付き高齢者向け住宅
③ 住宅型有料老人ホーム
④ 軽費老人ホーム

の**いずれかにお住まいの要支援者・要介護者の人**を選んでください

ステップ 2

さらに、その中から、

「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」および
「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」

を、**ケアマネジャーとしての判断に基づいて選んでください**。

例えば、

○ADLの低下に伴い、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・随時対応型訪問介護看護の利用がより適切と思われる利用者

○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われる利用者

などのケースが該当します。

ステップ 3

選ばれた利用者全員について、調査票の各設問に御回答ください。

在宅生活改善調査　【事業所票】

※令和８年６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４月１日～令和８年３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、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）

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	
事業所のある行政区	

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6月1日現在の状況について回答してください。）

「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 (1) **本人の状態等**に属する理由について、お答えください	(2) **主に本人の意向等**に属する理由について、お答えください	(3) **主に家族等介護者の意向・負担等**に属する理由について、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。どちらでも良い場合は、〈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・入居できていない理由**をお答えください	【問4-1で「19.」(※特養)を選択の場合】 **特養に入所できていない理由**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. 北区 2. 上京区 3. 左京区 4. 中京区 5. 東山区 6. 山科区 7. 下京区 8. 南区 9. 右京区 10. 西京区 11. 洛西支所 12. 伏見区 13. 深草支所 14. 醍醐支所	1. はい 2.いいえ	1. はい 2.いいえ	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 単身の子供との同居 4. その他の同居	1. 自宅等 2. 住宅型有料 3. サ高住 4. 軽費老人ホーム	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. 新規申請中	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 10.（別居している家族も含め）家族等介護者はいない ⇒**【問3-1に進んでください】**	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. 勤務形態は不明だが、働いている 4. 働いていない 5. 主な介護者に確認しないと、わからない ※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。 いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。 自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。	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. 認知症の症状への対応 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ　等） 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 15. その他 16. 特にない 17. 主な介護者に確認しないと、わからない	1. 該当なし 2. 必要な生活支援の発生・増大 3. 必要な身体介護の増大 4. 認知症の症状の悪化 5. 医療的ケア・医療処置の必要性の高まり 6. その他、本人の状態等の悪化 7. 本人の状態等の改善	1. 該当なし 2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 3. 生活不安が大きいから 4. 居住環境が不便だから 5. 本人が介護者の負担の軽減を望むから 6. 費用負担が重いから 7. その他、本人の意向等があるから	1. 該当なし 2. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大 3. 介護者が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 4. 家族等の介護等技術では対応が困難 5. 費用負担が重いから 6. 家族等の就労継続が困難になり始めたから 7. 本人と家族等の関係性に課題があるから 8. その他、家族等介護者の意向等があるから	1. 配食 2. 調理 3. 掃除・洗濯 4. 買い物（宅配は含まない） 5. ゴミ出し 6. 外出同行（通院、買い物など） 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） 8. 見守り、声かけ 9. サロンなどの定期的な通いの場 10. その他 11. 特にない	＜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 ＜住まい・施設等＞ 12. 住宅型有料 13. サ高住（特定施設除く） 14. 軽費老人ホーム 15. グループホーム 16. 特定施設 17. 介護老人保健施設 18. 介護医療院 19. 特別養護老人ホーム ⇒ **住まい・施設等を1つでも選択した場合は、問4-2以降も回答** **20**.「1.」～「19.」では、改善は難しいと思う**⇒【回答は終了です】**	1. 緊急性が高い 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 3. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、空きがない 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 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. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、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. 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. その他
記入例	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																	

京都市内の医療・介護関係者各位

「在宅生活改善調査」「居所変更実態調査」へのご協力をお願いします。

住み慣れた環境での生活を継続できる京都市を目指すためには、現場の実態を正確に把握することが欠かせません。これまで皆さんが経験された中で、例えば「在宅療養を続けられなかった」「施設で最期まで過ごすことが難しかった」ケースでは、どのような理由が挙げられますか？ 本調査では、このような情報を皆さんからいただき整理することで、在宅療養や施設での看取りが困難になる背景などを明らかにし、現場の実態を把握することができるものです。その結果、京都市及び各行政区の課題抽出にも直結します。なお、本調査は、全国で活用されている信頼性の高い調査となります。

在宅生活改善調査

調査対象：地域包括・居宅介護支援事業所等の介護支援専門員

- ✓ 住み慣れた地域での生活継続が困難となる要因を把握
- ✓ 就労と介護を両立する上での実態とニーズを明確化
- ✓ 【在宅限界点】の指標としても活用可能

居所変更実態調査

調査対象：介護保険施設、居住系施設、グループホーム等

- ✓ 高齢者の居所変更(自宅☞施設等)の背景・要因を把握
- ✓ 施設等の機能や特徴を整理し実態を把握
- ✓ 【施設限界点】の指標としても活用可能

■ なぜ皆さまの協力が必要なのか？

回収率がデータの質を左右します

調査の精度は回収率に大きく依存します。現場の実態を正しく反映したデータが得られれば、京都市及び各行政区の課題をより正確に把握できます。また、他区との比較をすることにより、具体的な検討がしやすくなります。

■ 調査協力のメリット

医療・介護の現場にとって有益

在宅医療・介護連携に関連する内容も含まれており、地域の連携状況や課題を把握できます。分析結果は、事業所や施設などにとっても、今後のサービス改善や地域連携の強化に役立ちます。

地域包括ケアシステムをより推進していくためには、**現場の皆さまのご協力が不可欠です。**
京都市の未来をつくる大切な調査ですので、どうかご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

京都市在宅医療･介護連携支援センター　コーディネーター

※この調査は、京都市の在宅医療・介護連携推進事業として実施するものです。