

在宅生活改善調査 ～ご協力のお願い～

みなさまには、日頃から介護保険事業にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

このアンケートは、事業所及び所属するケアマネジャーの方に事業所と利用者の状況などをお聞きし、地域で不足している介護サービスを検討し、介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定に係る基礎資料とさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和4年●月

安城市長 神谷 学

調査票のご記入に当たってのお願い

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、安城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を対象に送付しております。
- ・ご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ありません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方にご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の方にご回答をお願いしております
(非常勤の方も含みます)。

3 調査票のご回答方法

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。

【事業者票 (※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。管理者の方はご回答をお願いします。

【利用者票 (※A3)】 (※ 複数枚同封されています)

- 各ケアマネジャーのご担当の利用者のうち、「(自宅等にお住まいの方) 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」にご回答をお願いします。本調査票は、ケアマネジャーの方がご回答ください。

4 調査票の提出方法

- ・この調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに委託して実施しておりますので、返信用封筒の宛先は同社になります。
- ・管理者の方は、回答済みの調査票すべてを、同封の返信用封筒にまとめて封入していただき、
●年●月●日 (●) までにポストにご投函いただきますよう、お願い申し上げます。

★右のQRコードから、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。

QRコード

5 お問い合わせ先

【調査票への記入方法やWebアンケートの回答方法などの問い合わせ先】

株式会社サーベイリサーチセンター 名古屋事務所 企画課 担当：山村・中村

TEL：052-561-**** (平日9時～12時、13時～17時)

【調査内容に関する問い合わせ先】

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 電話：0566-71-2290

6 「利用者票」の対象者の抽出方法

「利用者票」は、ケアマネジャーの視点からみた「(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」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。

各ケアマネジャーの方は、ご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」の各設問にご回答ください。

<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

ご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」

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、調査票の各設問にご回答ください。

在宅生活改善調査 事業所票

※ 令和4年●月●日現在の状況について、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。

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

問2 貴事業所において、過去1年の間（令和3年●月1日～令和4年●月末日）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数」を要介護度別にご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

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	合計
〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人	〔 〕人★

問3 貴事業所において、過去1年の間（令和3年●月1日～令和4年●月末日）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数」を行き先別にご記入ください。

※ 一時的に入院して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。

※ 1)～13)の合計と、問2の合計人数（★欄）が一致することをご確認ください。

	市内	市外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家	〔 〕 人	〔 〕 人
2) 住宅型有料老人ホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	〔 〕 人	〔 〕 人
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	〔 〕 人	〔 〕 人
5) グループホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
6) 特定施設	〔 〕 人	〔 〕 人
7) 地域密着型特定施設	〔 〕 人	〔 〕 人
8) 介護老人保健施設	〔 〕 人	〔 〕 人
9) 療養型・介護医療院	〔 〕 人	〔 〕 人
10) 特別養護老人ホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
12) その他	〔 〕 人	〔 〕 人
13) 行先を把握していない	〔 〕 人	
14) 死亡（※ 搬送先での死亡を含む）	〔 〕 人	



