

事業所名

第 8 期 高 齢 者 保 健 福 祉 計 画 ・ 介 護 保 険 事 業 計 画 策 定 の た め の

介 護 保 険 サ ー ビ ス 事 業 所 調 査

【認知症対応型共同生活介護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、
住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特定施設事業所】

介護サービス・高齢者福祉事業者の皆様には、日ごろから富良野市の介護保険事業及び高齢者福祉事業の運営にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、富良野市では令和 3 年度を初年度とする新たな高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を策定し、長期的な視野に立ったサービスを提供するため、事業所の皆様に事業の運営状況等について調査を実施いたします。

本調査の回答結果は統計的に処理するとともに、本調査の目的以外に利用することはありませんので、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、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。

令和 2 年 7 月

富良野市

【記入に際してのお願い】

- 1 ご記入は、ボールペンまたは鉛筆でお願いいたします。回答調査票に直接ご記入ください。
- 2 回答は、**令和 2 年 7 月 1 日現在の状況でお答えください。**
- 3 調査の内容や記入の方法などについて、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

【アンケートの回答期限】

8 月 ● 日 (●) までに同封の返信用封筒に入れて返送してください。

※直接下記へ提出頂いても結構です

【調査に関するお問い合わせ先】

☎076-0018 富良野市弥生町 1 番 3 号 富良野市総合保健センター 2 階
富良野市保健福祉部 高齢者福祉課介護予防係
電話：0 1 6 7 - 3 9 - 2 2 5 5

問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。（1つに○）

※ 本調査では、以下のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. 住宅型有料老人ホーム | 2. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く） |
| 3. グループホーム | 4. 特定施設 |
| 5. 介護老人保健施設 | 6. 介護医療院 |
| 7. 特別養護老人ホーム | |

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	[]	
2) 定員数など	[] [人 ・ 戸 ・ 室] ※該当する単位に○	
3) 入所・入居者数	[] 人	
4) (貴施設等の) 待機者数	[] 人	
5) 特別養護老人ホームの待機者数(申込者数)	[] 人	※問1で「特別養護老人ホーム」と回答した場合は不要

※ 「2) 定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※ 4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度について、ご記入ください。（数値を記入）

※ ここでご記入いただいた合計人数と、問2でご記入いただいた「3) 入所・入居者数」が一致することをご確認ください。

自立	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	合計
[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人

問4 以下の医療処置を受けている人数について、ご記入ください。（数値を記入）

1) 点滴の管理	[] 人	2) 中心静脈栄養	[] 人
3) 透析	[] 人	4) ストーマの処置	[] 人
5) 酸素療法	[] 人	6) レスピレーター	[] 人
7) 気管切開の処置	[] 人	8) 疼痛の看護	[] 人
9) 経管栄養	[] 人	10) モニター測定	[] 人
11) 褥瘡の処置	[] 人	12) カテーテル	[] 人
13) 喀痰吸引	[] 人	14) インスリン注射	[] 人

ここからは、**過去1年間の新規の入所・入居者**についてお伺いします。

問5 過去1年間（令和元年7月1日～令和2年6月30日）に、貴施設等へ新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数（合計）

{ } 人 ★

→ 問6 問5でご記入いただいた過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた「15）合計」と、問5でご記入いただいた「新規の入所・入居者数（合計）」（★欄）が一致することをご確認ください。

※ 一旦入院し、退院後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。

	市 内	市 外
1) 自宅（※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む）	{ } 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) 9) を除く病院・診療所（一時的な入院を除く）	{ } 人	{ } 人
11) 特別養護老人ホーム	{ } 人	{ } 人
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	{ } 人	{ } 人
13) その他	{ } 人	{ } 人
14) 入居・入所する前の居場所を把握していない	{ } 人	
15) 合計	{ } 人 ★	

ここからは、**過去 1 年間の退去者**についてお伺いします。

問 7 過去 1 年間（令和元年 7 月 1 日～令和 2 年 6 月 30 日）に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。

※ なお、一時的な入院等で貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含めないでください。

退去者数（合計）（※死亡・搬送先での死亡を含む）

〔 〕 人 ☆

問 8 問 7 でご記入いただいた過去 1 年間の退去者について、**要介護度別の人数**をご記入ください。

※ 死亡（搬送先での死亡を含む）した人については、「死亡」欄にその人数をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた合計人数と、問 7 でご記入いただいた「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3
〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人
要介護 4	要介護 5	新規申請中	死亡	合計	
〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人 ☆	

問 9 問 7 でご記入いただいた過去 1 年間の退居者について、**退去先別の人数**をご記入ください。

※ ここでご記入いただいた「16）合計」と、問 7 でご記入いただいた「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

※ 一時的に入院して貴施設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。

	市 内	市 外
1) 自宅（※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む）	〔 〕 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) 「9」を除く病院・診療所（一時的な入院を除く）	〔 〕 人	〔 〕 人
11) 特別養護老人ホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	〔 〕 人	〔 〕 人
13) その他	〔 〕 人	〔 〕 人
14) 行先を把握していない	〔 〕 人	
15) 死亡（※ 搬送先での死亡を含む）	〔 〕 人	
16) 合計	〔 〕 人 ☆	

問 10 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んで、該当する□に✓を付けてください。

	退居理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1) <u>必要な生活支援</u> が発生・増大したから	☐	☐	☐
2) <u>必要な身体介護</u> が発生・増大したから	☐	☐	☐
3) <u>認知症の症状</u> が悪化したから	☐	☐	☐
4) <u>医療的ケア・医療処置の必要性</u> が高まったから	☐	☐	☐
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	☐	☐	☐
6) 入所・入居者の <u>状態等</u> が改善したから	☐	☐	☐
7) 入所・入居者が、 <u>必要な居宅サービスの利用</u> を望まなかったから	☐	☐	☐
8) <u>費用負担</u> が重くなったから	☐	☐	☐
9) その他	☐	☐	☐

問 11 介護サービスの運営状況について、該当する□に✓を付けてください。

1) 利用申込者の対応状況				2) 経営状況		3) 事業規模の方向性		
余裕は十分ある	やや余裕がある	余裕はなく断っている	待機者名簿を作成している	安定した運営をしている	厳しい	拡大を考えている	現状のまま	縮小の方向にある
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

問 12 待機者数を教えてください

	待機人数		平均待機時間
住宅型有料老人ホーム	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入居者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設除く)	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入居者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
グループホーム	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入居者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
特定施設	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入居者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
介護老人保健施設	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入所者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
介護医療院	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入所者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	
特別養護老人ホーム	定 員	人	1. 1 年未満 (ヶ月) 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上
	入所者数	人	
	待機者数	人	
	(うち富良野市の被保険者数	人)	

問 13 待機者が入所（入居）する場合は、何を優先して決定していますか（2つまで）

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 申込順 | 2. 要介護度 | 3. 本人の身体精神状態 |
| 4. 家族の状態 | 5. 他機関の紹介 | 6. その他（ ） |

問 14 貴施設では看取りを行っていますか

- | | |
|----------------|--------|
| 1. はい ⇒ （ ）回／年 | 2. いいえ |
|----------------|--------|

問 15 貴施設で看取りを行う場合、特に欠かせないと思うことは何ですか

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 本人の意思が確認できること | 2. 本人・家族・関係者間の意思統一がされていること |
| 3. 医療機関との連携がとれていること | 4. 生活環境や介護保険サービスが整っていること |
| 5. その他（ ） | |

問 16 事業を展開するうえで、富良野市に要望したいことはありますか（いくつでも）

- | |
|---|
| 1. 介護保険制度に関する情報の提供 |
| 2. 市の保健福祉施策・サービスに関する情報の提供 |
| 3. 他の介護保険事業者に関する情報の提供 |
| 4. 事業所に関する広報やPRに対する支援 |
| 5. 介護ロボット等器具や備品に対する支援 |
| 6. 人材確保のための支援（住宅費の助成や資格取得時の助成、学生に対する就学金の支援など） |
| 7. 不正防止策の徹底と強化 |
| 8. 介護事業者連絡会など事業者間の連携強化のための支援 |
| 9. 医療機関など他職種連携強化のための支援 |
| 10. 町内会組織やボランティア等地域資源との連携強化のための支援 |
| 11. 採用相談会の実施や借り上げ住宅の補助など、人材確保のための支援 |
| 12. 介護支援専門員やサービス提供者の質の向上のための研修の実施 |
| 13. 介護支援専門員やヘルパー等サービス提供者養成の支援 |
| 14. 支援困難者への対応とサポート |
| 15. サービス利用者や家族の保健制度（サービス）の理解向上に向けた取り組み |
| 16. 災害発生時の利用者の援護 |
| 17. その他（ ） |
| 18. 特にない |

意 見	介護保険や高齢者保健福祉について、新たなサービスのご提案等、ご自由にご意見・ご要望などをお書きください

ご協力ありがとうございました。

記入漏れがないか、今一度お確かめください。