

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

【居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所】

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、ご不明な点がありましたら、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 令和2年7月1日現在、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（令和元年7月1日～令和2年6月30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（要介護度別）」をご記入ください。

※ 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（令和元年7月1日～令和2年6月30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（行き先別）」をご記入ください。

※ 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。

※ ここでご記入いただいた1)～13)の合計と、問2でご記入いただいた合計人数（★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	

問 4 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現在提供しているサービスに○	②利用申込者の対応状況			③経営状況		④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	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
1. 居宅介護支援	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 小規模多機能型居宅介護	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

問 5 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

本調査票は、全てのケアマネジャーの方がご回答ください

※ 必要枚数をコピーしてご記入ください。

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」についてご記入ください。

- 次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。

「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・要介護者の人を選出してください

ステップ2

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、

○ A D L 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 利用者票

「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」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。

[illegible]

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。