

中津川市在宅生活改善調査ご協力をお願い

調 査 要 綱

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、中津川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、管理者の方にご回答をお願いしております。

3 調査票のご回答方法

- 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。

4 調査票の提出方法

- ・この調査票とは別に「利用者票」(A3 1ページ)と「市独自質問票」(A4 〇ページ)ケアマネジャー対象の調査票)を同封しております。

管理者の方は、回答済みの調査票すべてをまとめて、同封の返信封筒（切手不要）に封入していただき、

令和〇年 〇 月 〇 日（〇）までにポストにご投函ください。

<回答に関してのご不明な点やこの調査に関するお問い合わせ先>

中津川市 市民福祉部 介護保険課

電話：0573（66）1111（内線 642） FAX：0573（62）0058

記入日：令和 年 月 日

令和〇年〇月〇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（令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日）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（令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日）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（行先別）」を記入ください。

※ 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の合計人数（★欄）が一致することをご確認ください。

	市（区町村）内	市（区町村）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	