

| 設問 | | 選択肢 | 市必置 | 備考 | 担当係 |
|--------------------------------|--|---|-----|----|-----------------------------------|
| ※ 令和4年 ご回答ください現在の状況について、 | 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 | | 新設 | 地域包括ケア推進係 在宅療養推進担当 介護保険制度担当 |
| | 問2 貴事業所において、過去1年の間(令和3年〇月〇日～令和4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 []人 要支援2 []人 要介護1 []人 要介護2 []人 要介護3 []人 要介護4 []人 要介護5 []人 合計 []人 ★ | | 新設 | 在宅療養推進担当 介護保険制度担当 |
| | 問3 貴事業所において、過去1年の間(令和3年〇月〇日～令和4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(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 []人 14) 死亡(※ 搬送先での死亡を含む) []人 []人 | | 新設 | 在宅療養推進担当 介護保険制度担当 |