

府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期）

策定のための調査

ご協力をお願い

皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

府中市では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、令和5年度に策定を予定しております「府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期）」の基礎資料とするために、高齢者福祉全般の調査を実施します。

本調査は、府中市内の介護施設等（サ高住、住宅型有料含む）をお願いをさせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和4年12月

府中市長 高野 律雄

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

- ・調査基準日は、令和4年12月1日とします。（期日の指定のあるものを除く）
- ・設問に選択肢のあるものは、あてはまる番号に○をつけてください。回答欄が〔 〕の場合は、〔 〕内に数値や文言をご記入ください。
- ・設問によって、○をつけていただく数を（ ）内に指定していますので、ご注意ください。
- ・本調査は、下記メールアドレスに送信することでご回答いただくことも可能です。その場合、メールのタイトルに【居所変更調査】と記載して送信いただくようお願いいたします。

メール：kourei01@city.fuchu.tokyo.jp

◇調査票のご回答について

調査票は、1月13日(金)までにご回答いただきますようお願いいたします。書面でご回答いただく場合は、同封の返信用封筒に入れ、ご返送くださいますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇調査についてのご質問などは、下記までお問い合わせください。

府中市福祉保健部高齢者支援課地域包括ケア推進係

電話（042）335—4537（直通）

メール：kourei01@city.fuchu.tokyo.jp

居所変更実態調査

※ 令和4年12月1日現在の状況について、ご回答ください。

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. 軽費老人ホーム（特定施設除く） |
| 3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く） | 4. グループホーム |
| 5. 特定施設 | 6. 地域密着型特定施設 |
| 7. 介護老人保健施設 | 8. 介護療養型医療施設・介護医療院 |
| 9. 特別養護老人ホーム | 10. 地域密着型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 ※特養・地域密着型特養は回答不要

※ 「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・軽費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。

※ 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
[_____]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。

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3年12月1日～令和4年11月30日）に、貴施設等に新規で入所・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「14) 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（区町村）内	市（区町村）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) 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) 入居・入所する前の居場所を把握していない	{ } 人	
14) 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3年12月1日～令和4年11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（区町村）内	市（区町村）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、該当する口に✓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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <u>必要な身体介護</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <u>認知症の症状</u> が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <u>医療的ケア・医療処置の必要性</u> が高まったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 入所・入居者の <u>状態等</u> が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 入所・入居者が、 <u>必要な居宅サービスの利用を望まなかった</u> から	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) <u>費用負担</u> が重くなったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、1月13日（金）までに返送してください。