

第9期高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査

御協力をお願い

皆様には、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から本町福祉行政に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本町では、令和2年度に第8期高齢者福祉計画を策定し、総合的な高齢者福祉サービスの推進及び介護サービスの充実と質の向上を図るための取組みに努めております。

令和5年度は3年ごとに行う計画の見直しの年度に当たり、第9期高齢者福祉計画の策定に向け準備をしています。

今回の調査は、皆様の御意見をお聞きし、この事業計画がより実態に即したものとなるように役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、居宅サービス計画を作成されているケアマネジャー様を対象に実施します。(居宅介護支援事業所におかれましては、本町の利用者のサービス計画作成に携わっていただいております各ケアマネジャー様の本調査への御協力について、御配慮くださいますようお願いいたします。)

今回の調査は、無記名で行います。答えたくない設問がありましたら、無理にお答えいただく必要はありません。また、御記入いただいた内容につきましては、計画策定の目的以外では使用しませんので、率直な御意見をお聞かせください。

お忙しいところ、誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力いただきますようお願い申し上げます。

令和5年1月

東郷町長 井 俣 憲 治

《御記入に当たってのお願い》

1. 当てはまる項目の番号を、指定の数だけ○印で囲んでください。
2. 自由記載欄につきましては、詳細に御記入ください。

《調査票の返送について》

- この調査票は、お答えいただいた後、同封の封筒に入れて〇月〇日(〇)までに返送してください。封筒には差出人の氏名を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。
- この調査のお問合せは、東郷町福祉部高齢者支援課までお願いします。
電話 (0561) 56-0735 (直通)

問1 あなたのそれぞれの経過年数を記入してください。

1. ケアマネジャー歴 (年)
2. 主任ケアマネジャー歴 (年)
3. 現在の勤務地での勤務歴 (年)

問2 あなたの勤務形態はどれに該当しますか。(1つ選択)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 常勤(専従) | 2. 常勤(兼務) |
| 3. 非常勤(専従) | 4. 非常勤(兼務) |

問3 令和5年1月1日現在、あなたは何人のケアプランを担当していますか。

(人)

問4 あなたが関わる要介護認定者のうち、どこから案内された方が最も多いですか。(1つ選択)

1. 本人又は家族が事業所に直接相談
2. 地域包括支援センターの紹介
3. 医療職や医療機関等の紹介
4. 介護サービス事業所の紹介
5. その他 ()

問5 あなたは、町内における介護保険対象の居宅サービスの充足度について、どのようにお考えですか。(1つ選択)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 充足している | 2. どちらかといえば充足している |
| 3. どちらかといえば不足している | 4. 不足している |

問5-1 【問5で「3、4」のいずれかに選択した方におたずねします】

介護保険対象の居宅サービスの中で、供給が不足していると感じているサービスは何ですか。
(複数選択可)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 |
| 3. 訪問看護 | 4. 訪問リハビリテーション |
| 5. 居宅療養管理指導(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士) | |
| 6. 通所介護 | 7. 通所リハビリテーション |
| 8. 短期入所生活介護 | 9. 短期入所療養介護 |
| 10. 福祉用具の貸与 | 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護 |
| 12. 看護小規模多機能型居宅介護 | 13. 夜間対応型訪問介護 |
| 14. 認知症対応型通所介護 | 15. 地域密着型通所介護 |
| 16. 小規模多機能型居宅介護 | 17. 基準緩和訪問型サービス A |
| 18. 基準緩和通所型サービス A | 19. 自立支援リハビリサービス(短期集中予防サービス) |
| 20. その他 () | |

問6 町内における施設や居住系サービスの充足度について、どのようにお考えですか。(1つ選択)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 充足している | 2. どちらかといえば充足している |
| 3. どちらかといえば不足している | 4. 不足している |

問6-1 【問6で「3、4」のいずれかに回答した方におたずねします】

不足していると考えているのはどんなサービスですか(複数選択可)

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 2. 介護老人保健施設(老人保健施設) |
| 3. 介護医療院(旧介護療養型医療施設) | 4. 特定施設入所者生活介護 |
| 5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 6. 地域密着型特定施設入所者生活介護 |
| 7. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 8. その他() |

問7 介護保険サービス以外のサービス(生活支援サービスや町が単独で行っているサービスなど)も含めて、居宅サービス計画の作成を行っていますか。

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. している → 問7-1へ | 2. していない → 問7-2へ |
|-----------------|------------------|

問7-1 【問7で「1」と回答した方にお伺いします】 どのようなサービスを導入していますか。

前回は自由記述→今回は選択肢の設定

- | | | | |
|-------------|-------------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 | 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物(宅配は含まない) |
| 5. ゴミ出し | 6. 外出同行(通院、買い物など) | 7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) | |
| 8. 見守り、声かけ | 9. サロンなどの定期的な通いの場 | 10. その他() | |
| 11. 利用していない | | | |

問7-2 【問7で「2」と回答した方におたずねします】 その理由は何ですか。(複数選択可)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 日頃からサービス計画は介護保険サービスのみで作成している |
| 2. 介護保険サービス以外のサービスで有用なサービスがない |
| 3. 介護保険サービス以外のサービスについて詳しく知らない |
| 4. その他() |

※インフォーマルサービスを意識したケアプランの実施の有無・内容の設問削除

問8 こんなサービスがあると良いと思うサービスはどのようなサービスですか。

--

問9 自立支援のためのケアマネジメントを促進するために必要だと思うことはありますか。
(3つまで選択可)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. 本人・家族の理解 | 2. 保険者からの支援 |
| 3. インフォーマルサービスの充実 | 4. インフォーマルサービスの資源の把握 |
| 5. 介護サービス事業所との連携 | 6. 主治医の意見・理解 |
| 7. ケアマネジャーのスキルアップ | 8. その他（ ） |
| 9. なし | |

問10 ケアマネジメントを円滑に行うために、どのような情報が必要ですか。(5つまで選択可)

- | |
|-------------------------|
| 1. 介護保険制度に関する情報 |
| 2. 介護保険制度以外の保健、福祉に関する情報 |
| 3. 地域のインフォーマルサービスに関する情報 |
| 4. ケアマネジメント技術に関する情報 |
| 5. 認知症ケアに関する情報 |
| 6. 介護予防に関する情報 |
| 7. サービス提供事業所に関する情報 |
| 8. 介護保険施設の定員の空き状況に関する情報 |
| 9. 研修や講座等に関する情報 |
| 10. 地域ケア会議に関する情報 |
| 11. 困難事例等に関する情報 |
| 12. 多職種連携に関する情報 |
| 13. 情報提供や相談窓口に関する情報 |
| 14. 医療に関する情報 |
| 15. 地域の医療機関に関する情報 |
| 16. その他（ ） |
| 17. 特になし |

問11 介護サービス計画の作成を断ったことはありますか

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. ある → 問 11-1 へ | 2. ない → 問 12 へ |
|------------------|----------------|

問11-1 【問11で「1」と回答した方におたずねします】その理由は何ですか。

--

問 12 困難事例などを地域包括支援センターに相談したことはありますか。

1. ある →問 12-1 へ

2. ない →問 13 へ

問 12-1 【問 12 で「1」と回答した方におたずねします】その時の地域包括支援センターの印象はどうでしたか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 気軽に相談できる雰囲気だった | 2. 親身になって対応してもらえた |
| 3. 迅速に対応してもらえた | 4. 適切な助言がもらえた |
| 5. しかるべきところへ繋いでもらえた | 6. 不親切な対応であった |
| 7. 対応までに時間を要した | 8. 適切な助言がもらえなかった |
| 9. その他 () | |

問 13 あなたが関わる要介護認定者のうち、この1年間で高齢者虐待を受けた、または受けていると思われる事案はありましたか。

1. ある () 件 →問 13-1、問 13-2 へ

2. ない →問 14 へ

問 13-1 【問 13 で「1」と回答した方におたずねします】それは誰からの通報でしたか。(複数選択可)

- | | |
|-----------------|------------|
| 1. 被虐待者から | 2. 虐待者から |
| 3. 虐待者以外の同居家族から | 4. 親族から |
| 5. 近隣の方から | 6. 民生委員から |
| 7. サービス提供事業者から | 8. その他 () |

問 13-2 【問 13 で「1」と回答した方におたずねします】関係機関に相談・通報しましたか。

1. はい →問 13-3 へ

2. いいえ →問 14 へ

問 13-3 【問 13-2 で「1」と回答した方におたずねします】相談・通報先はどこですか。(複数選択可)

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 地域包括支援センター | 2. 役場の担当部署 |
| 3. その他 () | |

問 14 あなたは、ケアマネジャーとしての仕事に満足していますか。(1つ選択)

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. 満足している | } →問 15 へ |
| 2. どちらかといえば満足している | |
| 3. どちらかといえば満足していない | } →問 14-1 へ |
| 4. 満足していない | |

問 14-1 【問 14で「3、4」のいずれかに回答した方におたずねします】その理由は何ですか。

問 15 あなたが、ケアマネジャーとして困っていることは何ですか。(5つまで選択可)

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. ケアプラン作成の事務量が多い(担当利用者が多い) | |
| 2. ケアマネ業務以外の事務量が多い(業務範囲が不明確) | |
| 3. 困難なケースへの対応 | 4. 主治医との連携や調整 |
| 5. サービス担当者会議の開催 | 6. 自己研鑽や情報収集の時間がない |
| 7. サービスの調整 | 8. 本人と家族間の調整 |
| 9. 利用料金の制限 | 10. 本人等のニーズ把握 |
| 11. 自分の力量への不安 | 12. 業務の責任が重い |
| 13. 賃金が低い | 14. 相談する人がいない |
| 15. 所属先などから支援が得られない | 16. その他() |
| 17. 特にない | |

問 16 過去1年間に研修を受けましたか。(複数選択可)

1. 地域包括支援センター主催の研修を受けた
2. 「かけはし※」が主催の研修を受けた
3. 地域包括支援センターや「かけはし※」が主催する以外の研修を受けた
(詳細を記入してください(例、虐待対応・接遇について))(内容:)
4. 研修を受けなかった

※「かけはし」…豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし。「かけはし一歩塾」や「多職種人材育成研修会」等を開催

問 16-1 【問 16で「4」に回答した方におたずねします】研修を受けなかった理由は何ですか。

新規

問 17 利用者や家族から受けたことがある苦情は何ですか（複数選択可）

1. 契約内容や説明がわかりにくい
2. 契約内容や利用できるサービスが考えていたものと違う
3. サービスを希望通り受けられない
4. ケアマネジャーの連絡や訪問が少ないなど、対応に不満がある
5. 経済的負担が大きい
6. その他（ ）
7. 苦情を受けたことはない →問 18 へ

→問 17-1 へ

問 17-1 【問 17 で「1～6」のいずれかに回答した方におたずねします】あなたはどのような対応をとっていますか。（複数選択可）

1. 管理者や苦情専門の担当者に相談している
2. 役場に相談するようにしている
3. 地域包括支援センターに相談するようにしている
4. 利用者や家族と話し合う機会を設けている
5. その他（ ）

問 18 介護者から、被介護者の相談以外に、介護者自身のことについて相談を受けたことがありますか。（1つ選択）

1. ある →問 18-1、問 18-2 へ

2. ない →問 19 へ

問 18-1 【問 18 で「1」と回答した方におたずねします】どのような相談でしたか。（複数選択可）

1. 介護離職
2. ダブルケア
3. 介護疲れ（身体的、精神的）
4. 経済的困窮
5. 介護の仕方
6. 協力者の不在
7. その他（ ）

問 18-2 【問 18 で「1」と回答した方におたずねします】どのように対応していますか。（複数選択可）

1. 傾聴
2. 介護者のアセスメントを実施
3. 介護者のつどいの紹介
4. 適切な相談機関へつなぐ
5. その他（ ）

問 19 利用者の病状や健康状態について主治医と連携し、情報共有を行っていますか。（1件でも実績があれば「1. 行っている」を選択）（1つ選択）

1. 行っている

2. 行っていない

問 20 医療機関や医療従事者との連携について、苦勞していることはありますか。（1つ選択）

1. ある

2. ない

問 21 医療と介護が連携する効果は何だと思いますか。(3つまで選択可)

1. 今まで知らなかった情報を知ることができるようになる
2. よりきめ細かい利用者の変化を捉えられるようになる
3. 利用者等の情報を取得する時間や手間が省けるようになる
4. 今まで連絡しづらかった事業者と連絡しやすくなる
5. 医療・介護双方のことを理解しようと努力するようになる
6. 利用者へより良いサービスが提供できるようになる
7. 利用者の確保がしやすくなる
8. リスクの軽減が期待できる
9. その他 ()
10. わからない
11. 効果はない

問 22 医療・介護連携を行うにあたっての課題は何だと思いますか。(3つまで選択可)

1. 医療・介護連携をすると、時間を要し業務に支障が出る
2. 連携の必要のない情報まで共有をしなくてはならなくなり、稼働率が落ちる
3. 自身が連携したいタイミングと相手の都合が合わず、連携が取りにくい
4. 専門用語等、会話に気を遣う
5. 在宅診療のニーズが低い
6. その他 ()
7. わからない
8. 特に課題はない

問 23 あなたは他職種との連携がどの程度とれていますか。(①から⑨それぞれ1つ選択)

	連携が十分とれている	まあまあ連携がとれている	あまり連携がとれていない	ほとんど連携がとれていない
① 医師	1	2	3	4
② 歯科医師	1	2	3	4
③ 薬剤師	1	2	3	4
④ 訪問看護師	1	2	3	4
⑤ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	1	2	3	4
⑥ 介護職員	1	2	3	4
⑦ 地域包括支援センター	1	2	3	4
⑧ 医療介護サポートセンター（かけはし）	1	2	3	4
⑨ 医療相談員（医療ソーシャルワーカー）	1	2	3	4

問 24 医療機関や医療従事者など他職種との連携のためには、どのようなことが必要だと思いますか。
(3つまで選択可)

1. 職種間の専門性や置かれている状況の理解
2. 患者（利用者）情報の共有
3. 役割分担の明確化
4. 連携窓口の設置
5. サービス担当者会議の開催
6. 患者（利用者）及び家族の理解
7. 医師との適切な関係づくり
8. ケアマネジャーの積極的な行動
9. 意見をもらう書式の統一
10. その他（ ）

問 25 あなたが今後、より連携を図ることが重要だと思う職種は何ですか。（複数選択可）

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 医師 | 2. 歯科医師 |
| 3. 薬剤師 | 4. 訪問看護師 |
| 5. リハビリ職 | 6. 介護職員 |
| 7. 地域包括支援センターの職員 | 8. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー |
| 9. 医療介護サポートセンター（かけはし） | 10. 医療相談員（医療ソーシャルワーカー） |
| 11. 介護施設 | 12. その他（ ） |

問 26 利用者が病院を退院し、在宅生活を送る際の調整について、あなたが感じることはどれですか。
(3つまで選択可)

1. 病院から在宅に移行する際、退院支援や調整が難しい
2. 病院における退院時カンファレンスへの参加は重要である
3. 退院時に、病院の主治医や担当者と円滑な連携が重要である
4. 入院早期の段階から、ケアマネジャーへの情報提供は重要である
5. 家族や本人の意向をくみ取れることが重要である
6. 特にない
7. その他（ ）

問 27 利用者の様態が急変した場合の対応について、あなたが感じていることはどれですか。
(3つまで選択可)

1. 急変時の対応で難しいと感じることがある
2. 急変時の対応について、サービス担当者会議等で情報を共有できている
3. 24 時間対応が可能な地域の訪問診療が不足していると感じる
4. 24 時間対応が可能な地域の訪問看護が不足していると感じる
5. 急変時の受け入れ先病院が決まらず困ったことがある
6. 医療知識や他職種の専門性について、研修の場や学習の場がもっと必要だと思う
7. 家族や本人が対応すべきことを明確化しておく
8. 家族がいない等身元保証となる人がいない場合の対応が困難
9. その他 ()

問 28 今後、高齢者の保健福祉や介護予防等に関する取組みを進めていく上で、町はどのようなことに重点を置くべきだと思いますか。(3つまで選択可)

1. 健康増進や介護予防の推進
2. 社会参加の促進、教養の向上
3. ボランティア・地域活動の支援や参加促進
4. 高齢期の住まいの基盤整備
5. 介護保険サービスの充実
6. 高齢者を介護する家族への支援
7. 医療と介護の連携
8. 高齢者の生活支援や見守り活動への支援
9. 緊急時・災害時の支援体制の充実
10. 認知症など、判断能力が低下した場合の支援体制の充実
11. その他 ()
12. 特にない

問 29 あなたが行政に期待することは何ですか。(自由記載)

問 30 あなたが地域包括支援センターに期待することは何ですか。(自由記載)

【在宅生活改善調査】

この調査は、「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。

対象の方について、下記の項目に基づく各設問を次のページよりご回答ください。

■設問の項目

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。
2. 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理由について、お伺いします。
3. 「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」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。			2. 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理由について、お伺いします。				
問1-1	問1-2	問1-3	問2-1	問2-2	問2-3	問2-4	
世帯類型	現在の 居所	要支援・ 要介護度	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理由についてお答えください			【問2-1で 【「3.」を選択の 場合】	
			(1) <u>本人の状態等</u> に 属する理由について、 お答えください	(2) <u>主に本人の意向等</u> に 属する理由について、 お答えください	(3) <u>主に家族等介護者の 意向・負担等</u> に 属する理由について、 お答えください	理由となる、具体 的な「 <u>身体介護</u> 」を お答えください	
番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	
1. 独居 2. 夫婦 のみ 3. 単身 の子供との 同居 4. その他 の同居	1. 自宅等 (持ち家) 2. 自宅等 (借家) 3. 住宅型 有料 4. サ高住 5. 軽費老人 ホーム	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 新規 申請中	1. 該当なし 2. 必要な生活支援の 発生・増大 3. 必要な身体介護の 増大 ⇒【問2-4】 4. 認知症の症状の悪化 ⇒【問2-5】 5. 医療的ケア・医療処置 の必要性の高まり ⇒【問2-6】 6. その他、本人の状態 等の悪化 7. 本人の状態等の改善	1. 該当なし 2. 本人が、一部の居宅 サービスの利用を 望まないから 3. 生活不安が大きいから 4. 居住環境が不便だから 5. 本人が介護者の負担の 軽減を望むから 6. 費用負担が重いから 7. その他、本人の意向等 があるから	1. 該当なし 2. 介護者の介護に係る 不安・負担量の増大 3. 介護者が、一部の居宅 サービスの利用を 望まないから 4. 家族等の介護等技術 では対応が困難 5. 費用負担が重いから 6. 家族等の就労継続が 困難になり始めたから 7. 本人と家族等の関係性 に課題があるから 8. その他、家族等介護者 の意向等があるから	1. 見守り・ 付き添い 2. 移乗・移動 3. 食事摂取 4. 排泄(日中) 5. 排泄(夜間) 6. 入浴 7. 更衣・整容 8. その他	
記入例	2	1	5	3, 4	3	2	5, 6
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

対象者

2. 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理由について、お伺いします。		3. 「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」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。				
問2-5	問2-6	問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問3-5
【問2-1で「4.」を選択の場合】 理由となる、具体的な「 <u>認知症の症状</u> 」をお答えください	【問2-1で「5.」を選択の場合】 理由となる、具体的な「 <u>医療的ケア</u> 」、「 <u>医療処置</u> 」をお答えください	「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」状況に対して、 <u>どのようなサービスに変更することで改善できる</u> と思いますか。 ※ 実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者にとって適切と思うサービスを選択してください。	問3-1で選択したサービス利用の変更について、 <u>本来であればより適切と思われる、具体的なサービス</u> をお答えください	【問3-2で「10.」～「17.」を選択の場合】 利用者の <u>入所・入居の緊急度</u> をお答えください	【問3-2で「10.」～「16.」(※特養以外)を選択の場合】 <u>入所・入居できていない理由</u> をお答えください	【問3-2で「17.」(※特養)を選択の場合】 <u>特養に入所できていない理由</u> をお答えください
あてはまる番号すべて選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	番号1つ選択記入	あてはまる番号すべて選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入
1. 家事に支障がある 2. 一人での外出が困難 3. 薬の飲み忘れ 4. 金銭管理が困難 5. 意欲の低下 6. 徘徊がある 7. 暴言・暴力などがある 8. 強い介護拒否がある 9. 深夜の対応 10. 近隣住民等とのトラブル 11. その他	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスビレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル 13. 喀痰吸引 14. インスリン注射 15. その他	1. より適切な「 <u>在宅サービス</u> 」に変更する(例:小多機能 等) 2. より適切な「 <u>住まい・施設等</u> 」に変更する(例:サ高住への入居、特養への入所 等) 3. より適切な「 <u>在宅サービス</u> 」もしくは「 <u>住まい・施設等</u> 」に変更する(例:定期巡回の利用、もしくは特養への入所が適切等) 4. 「1.」～「3.」では、 <u>改善は難しい</u> と思う⇒【回答は終了です】 ※「在宅サービス」と「住まい・施設等」の定義は、問3-2を参照	<在宅サービス> 1. ショートステイ 2. 訪問介護、訪問入浴 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハ 6. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所 7. 定期巡回サービス 8. 小規模多機能 9. 看護小規模多機能 <住まい・施設等> 10. 住宅型有料 11. サ高住(特定施設除く) 12. <u>軽費老人ホーム</u> 13. グループホーム 14. 特定施設 15. 介護老人保健施設 16. 療養型・介護医療院 17. 特別養護老人ホーム ⇒ <u>住まい・施設等を1つでも選択した場合は、問3-3以降も回答</u>	1. <u>緊急性が高い</u> 2. 入所が望ましいが、 <u>しばらくは他のサービスでも大丈夫</u> 3. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、 <u>空きがない</u> 3. 申込済みで空きはあるが、 <u>希望の住まい・施設等に空きがない</u> 4. 申込済みだが、 <u>医療処置がある</u> ことを理由に入所・入居できない 5. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、 <u>空きがない</u> 3. 申込済みで空きはあるが、 <u>希望の施設に空きがない</u> 4. 申込済みだが、 <u>医療処置がある</u> ことを理由に入所・入居できない 5. その他
記入例	7	3	7, 17	2		2
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

～ 以上でアンケートは終了です。御協力ありがとうございました。 ～