

東郷町介護サービス事業者調査

(第10期東郷町高齢者福祉計画アンケート調査票)

皆様には、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本町福祉行政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、本町では、3年に一度「東郷町高齢者福祉計画」を策定し、高齢者福祉や介護保険の事業運営に取り組んでおります。この度、令和9年度からの計画策定に向けて、介護サービス事業者様からのご意見をお聞きするため、「介護サービス事業者調査」を実施させていただきます。

この調査は、本町にある介護サービス事業者様を対象として実施します。今回の調査では、今後のサービス提供の意向も確認するため記名で行います。そのため、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、ご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、率直なご意見をお聞かせください。ご回答いただきました内容については、計画策定のため必要となる貴重な資料としてのみ使用させていただきますので、ご協力をお願いします。

令和7年12月

東郷町長 石橋 直季

《ご記入に当たってのお願い》

- ・当てはまる項目の番号を、回答欄に入力してください。
- ・自由記載欄につきましては、詳細にご記入ください。
- ・令和7年12月1日を基準日とした内容で回答してください。

《回答後の返信について》

- ・この調査票は、お答えいただいた後、1月●日(●)までにメールで返信をしてください。

《調査についての問合せ》

東郷町役場 福祉こども部 高齢者支援課
電話 (0561) 56-0753 (直通)

●貴事業所の名称、ご担当者様の氏名及びご連絡先をご記入ください。

名 称	
担当者(記入者)氏名	
連 絡 先	(電話番号) - - (メールアドレス)

問1 貴事業所の利用者数の状況についてお答えください。(1つ選択)

- | | |
|------------|-----------------------|
| 1. 増加傾向にある | 2. 若干の増減はあるが、ほぼ横ばいである |
| 3. 減少傾向にある | 4. 増えるときもあるが減るときもある |
| 5. その他 () | |

問2 現在、貴事業所のサービス提供は、どのような状況ですか。(1つ選択)

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. サービス提供量に余裕がない | 2. サービス提供量に余裕がある |
| 3. サービス需要量とサービス提供量のバランスが取れている | |

問3 サービスの待機者の状況はいかがですか。(1つ選択)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 受け入れる余裕がある ⇒問4ハ | 2. 受け入れる余裕がない ⇒問3-1ハ |
|--------------------|----------------------|

問3-1 その理由は何ですか。(自由記述)

--

問4 現在、職員数の過不足はありますか。(1つ選択)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 不足している ⇒問4-1ハ | 2. やや不足している ⇒問4-1ハ |
| 3. 過不足はない ⇒問5ハ | 4. やや余裕がある ⇒問5ハ |
| 5. 余裕がある ⇒問5ハ | |

【新】問4-1 どのような点で不足していると感じますか。また、それに対してどのような取り組みをしていますか。(自由記述)

例：業務量に対する職員の不足を感じており、ICTの導入を検討している。等

問5 特に人材確保に苦慮している職種はどれですか。(複数選択可)

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| 1. 介護職員（訪問） | 2. 介護職員（訪問A） | 3. 介護職員（通所） |
| 4. 介護職員（施設） | 5. サービス提供責任者 | 6. 看護師（訪問） |
| 7. 看護師（通所） | 8. 看護師（施設） | 9. 機能訓練指導員 |
| 10. 相談員（施設） | 11. 相談員（通所） | 12. 居宅ケアマネ |
| 13. 施設ケアマネ | 14. 主任ケアマネ | 15. 社会福祉士 |
| 16. 介護助手 | 17. 運転手 | |
| 18. その他 () | | 19. 特になし |

問6 貴事業所のこの1年間の離職率（登録ヘルパーは除く）はどのくらいですか。(1つ選択)

- | | | |
|------------------|----------|----------------|
| 1. 最近1年間に離職者はいない | 2. 10%未満 | 3. 10%以上 20%未満 |
| 4. 20%以上 30%未満 | 5. 30%以上 | 6. わからない |

問7 職員の離職理由は、どのような内容が多いですか。(3つまで選択可)

- | | | |
|----------------------|--------------|------------------|
| 1. 結婚・出産・育児 | 2. 家族等の介護・看護 | 3. 家族等の転居・転勤 |
| 4. 収入面 | 5. 通勤距離 | 6. 心身の不調 |
| 7. 職場の人間関係 | 8. 同業種への転職 | 9. 他業種への転職 |
| 10. 法人・事業所の理念や運営のあり方 | | 11. 労働時間・休日・勤務体制 |
| 12. その他 () | | |

問8 貴事業所において、事務手続きを担う人材を採用していますか。(1つ選択)

1. 採用している	2. 採用を検討している	3. 採用する予定はない
-----------	--------------	--------------

問9 下記<サービス一覧>のうち、町内において充足している及び不足していると思うサービスは何だと思えますか。(5つまで選択可)(番号を記入)

充足している					
不足している					

<サービス一覧>

【居宅サービス】		
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	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. 特定施設入所者生活介護		
【施設サービス】		
11. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	12. 介護老人保健施設(老人保健施設)	
13. 介護医療院(旧介護療養型医療施設)		
【地域密着型サービス】		
14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	15. 看護小規模多機能型居宅介護	
16. 夜間対応型訪問介護	17. 認知症対応型通所介護	
18. 地域密着型通所介護	19. 小規模多機能型居宅介護	
20. 認知症対応型共同生活介護	21. 地域密着型特定施設入所者生活介護	
22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
【居宅介護支援】		
23. 居宅介護支援		
【介護予防・日常生活支援総合事業】		
24. 介護予防訪問型サービス(給付相当)	25. 基準緩和訪問型サービスA	
26. 介護予防通所型サービス(給付相当)	27. 基準緩和通所型サービスA	
28. 自立支援リハビリサービス(短期集中予防サービス)	29. 一般介護予防事業	

問10 貴事業所がサービスを提供している要介護等認定者の中で、この1年間に高齢者虐待を受けた、または受けていると疑われる事案がありましたか。(1つ選択)

1. ある()件 ⇒問10-1、問10-2へ	2. ない ⇒問11へ
-------------------------	-------------

問10-1 どこから虐待を発見しましたか。(複数選択可)

1. サービス提供時に職員が発見した	2. 被虐待者から	3. 虐待者から
4. 虐待者以外の同居家族から	5. 親族から	6. 近隣の方から
7. その他()		

問10-2 その時に、関係機関に相談・通報しましたか。(1つ選択)

1. はい ⇒問10-3へ	2. いいえ ⇒問11へ
---------------	--------------

問10-3 相談・通報先はどこでしたか。(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11 日頃から同業種との関わり(情報交換、連携等)は必要だと思えますか。(1つ選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問12 同業種とどのような関わりがしたいですか。(相談がしたい、合同で研修がしたい等)(自由記述)

--

問13 電子@連絡帳レガッタネットとうごうを利用し、主治医等と介護サービス利用者の状況について情報共有を行ったことがありますか。(1つ選択)

1. 利用したことがある ⇒ 問14 へ

2. 利用したことはない ⇒ 問13-1 へ

問13-1 その理由は何ですか。

【新】 問14 医療・介護連携を行うにあたって困ったことはありますか。(3つまで選択可)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. 医療機関との連絡がとりにくい(時間が合わない・窓口が不明など) | |
| 2. 情報共有が十分にできない(診療情報・服薬・検査結果など) | |
| 3. 緊急時の対応がスムーズにできなかった | 4. 医療職と介護職で役割分担があいまいだった |
| 5. 利用者や家族への説明・調整に時間がかかった | 6. 専門用語や制度の違いで意思疎通が難しかった |
| 7. 関係者間で意見が一致せず調整に苦労した | 8. その他 () |
| 9. 特に困ったことはない | |

【新】 問15 多職種の連携を進めるに当たって必要なものは何ですか。(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. 顔の見える関係づくりの場 | 8. ケアマネジャーのマネジメント能力 |
| 9. 意見をもらう書式の統一 | 10. 各職種の人材の質の向上 |
| 11. その他 () | |

【新】 問16 利用者に対して、ACPの説明や希望の確認を計画的に行っていますか。(1つ選択)

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| 1. ほとんどの人に行っている | 2. 状況に応じて多くの人に行っている(状態変化時など) |
| 3. 必要だと思うときだけ行っている | 4. 行っていない |
| 5. わからない/該当なし | |

【新】 問17 事業所の業務において、ICTやAIなどを導入していますか。(1つ選択)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. 導入している | 2. 導入を予定している |
| 3. 予定はないが、検討している | 4. 予定はなく、検討もしていない |

【新】 問18 貴事業所においてカスタマーハラスメントの事案又はカスタマーハラスメントと疑われる事案はありましたか。(1つ選択)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問19 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)

問20 町に期待することは何ですか。(自由記載)

居宅介護支援の事業所は問21～問23-1を、施設サービスの事業所は問21、問24をご回答ください。

【居宅介護支援及び施設サービスの事業所にお伺いします。】

問21 貴事業所では、ケアマネジャーの質の確保・向上を図るために、特にどのような点を重視して取り組んでいますか。(3つまで選択可)

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. 基本的な技術や実践的知識の向上 | 2. 利用者の状態に応じた介護技術の向上 |
| 3. 担当者会議開催や担当者情報共有化等のマネジメント技術の向上 | |
| 4. 利用者への対応の仕方等マナーやコミュニケーション技術の向上 | |
| 5. 苦情や相談への対処能力の向上 | 6. 処遇困難者への対処能力の向上 |
| 7. ケアマネジャーとしての基本姿勢の徹底 | 8. 制度に関する最新情報の取得 |
| 9. その他 () | |
| 10. 特にない | |

【居宅介護支援の事業所にお伺いします。】

問22 居宅介護サービス計画を作成するにあたって、問題があると考えているのは、どのようなことですか。(3つまで選択可)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数が多い | |
| 2. サービス内容の変更やキャンセルが多い | 3. サービス担当者会議(ケアカンファレンス)を開催できない |
| 4. 処遇困難者への対応が困難である | 5. サービス事業者の情報が不足している |
| 6. 介護保険制度に関する情報が不足している | 7. 行政の高齢者福祉サービスに関する情報が不足している |
| 8. 利用者や家族の介護保険サービス利用に対する理解が不足している | |
| 9. 給付管理や介護報酬請求業務等の事務作業が多い | |
| 10. サービスを提供する事業所が不足している | 11. 質のよいサービスを提供している事業所が少ない |
| 12. その他 () | |
| 13. 特にない | |

問23 適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、他の居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業所の紹介等必要な措置を講じることになっています。貴事業所では、サービス提供が困難な事例がありましたか。(1つ選択)

- | | |
|---|---|
| 1. ある ⇒ <input type="text" value="問 23-1 へ"/> | 2. ない ⇒ <input type="text" value="アンケートは終了です"/> |
|---|---|

問23-1 どのような事例でしたか。

--

【施設サービスの事業所にお伺いします。】

問24 貴事業所では、虐待予防に関してどのような取組をしていますか。(複数選択可)

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. チームケアや「身体拘束ゼロ」の取組を推進 | 2. 苦情の受付体制の強化 |
| 3. 職場内研修の充実 | 4. 職員相談等、職員のサポート強化 |
| 5. その他 () | 6. 特にない |

【介護人材実態調査票】

問1 貴事業所に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。(ボランティアの方は含みません。)

問1-1 介護職員の総数を、ご記入ください。(数値を記入)

※前月に出勤のない、長期休暇(育児休業等)中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数	〔 〕 人	左記のうち外国人	〔 〕 人
		左記のうち派遣職員	〔 〕 人

問1-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

1. はい ⇒ 問1-3へ

2. いいえ ⇒ 問2へ

問1-3 令和5年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間(令和4年1月1日～令和4年12月31日)の介護職員の採用者数と離職者数を常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。(数値を記入)

	採用者数	離職者数
常勤職員	〔 〕 人	〔 〕 人
非常勤職員	〔 〕 人	〔 〕 人
合計	〔 〕 人	〔 〕 人

問2 貴事業所に所属する介護職員について、お伺いします。(自由回答)

問3 人材確保に関して町に期待するサポートがあれば、ご回答ください。(自由回答)

【居所変更実態調査票】

※令和5年1月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 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)定員数等	〔 〕 [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)定員数等」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2 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。(数値を記入)

※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	合計
〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人	〔 〕 人

問4 貴施設等で、以下の医療処置が必要な利用者の受け入れは可能ですか。(あてはまる項目全てに○)

※1人でも受け入れが可能であれば、○とご記入ください。

1) 点滴の管理		9) 経管栄養	
2) 中心静脈栄養		10) モニター測定	
3) 透析		11) 褥瘡の処置	
4) ストーマの処置		12) カテーテル	
5) 酸素療法		13) 喀痰吸引	
6) レスピレーター		14) インスリン注射	
7) 気管切開の処置		15) 上記に対応可能な医療処置はない	
8) 疼痛の看護			

問5 現在、上記の医療処置を受けている入所・入居者の合計人数をご回答ください。(数値を記入)

問4の医療処置を受けている入所・入居者の合計(実人数)	[] 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6 過去1年間(令和7年1月1日~令和7年12月31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。(数値を記入)

※ 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7 問6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。

※「合計★」と、問6「新規の入所・入居者数(合計★)」が一致することをご確認ください。

※一時的な入院の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。入院前の居場所がわからない場合は、「12) 病院」を選択してください。

※「1) 自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

	町内	町外
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 一介護医療院	[] 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) 病院・診療所(一時的な入院を除く)	[] 人	[] 人
13) その他	[] 人	[] 人
14) 入居・入所する前の居場所を把握していない	[] 人	[] 人
合計★	[] 人	[] 人

合計人数が一致することを、ご確認ください

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8 過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。（数値を記入）

※~~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。

※「死亡」には、「貴施設等で亡くなられた方」に加え、「病院等への搬送後に死亡された方」も含みます。

退去者数（合計）（※死亡・搬送先での死亡を含む） [] 人☆

問9 問8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。（数値を記入）

※死亡した人については、「①退去者」欄ではなく、「②貴施設等での死亡」欄にその人数をご記入ください。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②貴施設等での死亡」、搬送先からの転院等の後に死亡した場合は「①退去者」に含めてください。

※「合計人数☆」と、問8の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

①退去者					
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
①退去者			②貴施設等での死亡 <small>※搬送先での死亡を含む</small>	合計☆	
要介護4	要介護5	新規申請中・不明			
[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	

問10 問8でご記入いただいた過去1年間の退去者について、**退去先別の人数**をご記入ください。

※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。

※搬送先からの転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。

※「~~16~~合計☆」と、問8の「退去者数（合計）」（☆欄）、問9の「合計☆」が一致することをご確認ください。

	町内	町外
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) 病院・診療所（「9」を除く）※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	

合計人数が一致するようご注意ください

問11 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、該当する日に✓を付け選択してください。

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

1) 必要な生活支援が発生・増大したから	
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	
3) 認知症の症状が悪化したから	
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	
5) 1)～4)以外の状態像が悪化したから	
6) 入所・入居者の状態等が改善したから	
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから	
8) 費用負担が重くなったから	
9) 本人が希望したから	
10) その他	

問12 貴事業所で入居・入所者が退去するのはどのような場合が多いですか。よくあるケースについてお答えください。(自由回答)

【在宅生活改善調査票】

※令和8年1月1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。
(数値を記入)

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

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（令和7年1月1日～令和7年12月31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」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします

問2 貴事業所において、過去1年の間に「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」と「自宅等で死亡した利用者数」を要介護度別にご記入ください。（数値を記入）

※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。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②自宅等での死亡」、搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者								②自宅等での死亡	合計★
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	{ }人

問3 貴事業所において、過去1年の間に「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」を行き先別に記入ください。（数値を記入）

※入院した後に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。

※搬送後、搬送先から転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。

※問3の合計（★欄）と、問2の合計（★欄）が一致することをご確認ください。

	町内	町外
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) 病院・診療所 ※一時的な入院を除く	{ }人	{ }人
13) その他	{ }人	{ }人
14) 行先を把握していない	{ }人	
15) 自宅等での死亡 ※搬送先での死亡を含む	{ }人	
1)から13)の合計★	{ }人	

合計人数が一致することをご確認ください

問4 貴事業所の利用者で在宅生活の維持が難しくなるのは、どのような場合が多いですか。よくあるケースについてお答えください。（自由記述）

～ 以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。～