居所変更実態調査　　　　　　　事業所番号（　　　　　　　　　　　　）

**※ 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。（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 |
| 〔　　　〕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。（数値を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（R3.12.1～R4.11.30）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。

**合計人数が一致することを、ご確認ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

※「14）合計」と、問５「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　　内 | 市　　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（R3.12.1～R4.11.30）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。

**合計人数が一致することを、ご確認ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

※合計人数と、問７の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

|  |
| --- |
| 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 |
| 退去者 | 死亡 | 合計 |
| 要介護4 | 要介護5 | 新規申請中 |
| 〔　　　〕 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。

※「16）合計」と、問７の「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　　内 | 市　　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□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) 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) その他 | □ | □ | □ |

介護保険事業に対するご意見及びご要望（自由記載）