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。（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（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。

**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（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（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□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 | □ | □ | □ |

　以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

　調査票に記入もれがないか、◆・★・☆欄が一致しているか今一度お確かめください。

　回答済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、ポストにご投函いただくか、又は市役所長寿いきがい課へご提出いただきますようお願いいたします。