

## 居所変更実態調査 施設等票

※**令和2年1月1日現在**の状況について、ご回答ください。

※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。

**問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。(1つに○)**

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) 定員数など	[人・戸・室] ※該当する単位に ○
2) 入所・入居者数	人
3) 待機者数	人
4) 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

※「1) 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。

※ 3)と 4)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「2) 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

**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

⇒ 裏面に続きます

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（平成 3 1 年 1 月 1 日～令和元年 1 2 月 3 1 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（平成 3 1 年 1 月 1 日～令和元年 1 2 月 3 1 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) 「9」を除く病院・診療所（一時的な入院を除く）	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) 入居・入所する前の居場所を把握していない	人	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) 必要な生活支援が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 認知症の症状が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	<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・入居者の状態等が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 費用負担が重くなったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上で調査は終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。