

B票 居所変更実態調査

※ 令和4年●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								

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●月1日～令和4年●月末日）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。

※ 「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 ★	

合計人数が一致するようご注意ください

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7 過去1年間(令和3年●月1日～令和4年●月末日)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。

※ 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年間の退去者について、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 ☆	

合計人数が一致するよう、「16) 合計」を確認ください。

問10 貴施設等の入所・入居者が、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。

	退去理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1) <u>必要な生活支援</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <u>必要な身体介護</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <u>認知症の症状</u> が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <u>医療的ケア・医療処置の必要性</u> 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 <u>状態等</u> が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 入所・入居者が、 <u>必要な居宅サービスの利用を望まなかった</u> から	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) <u>費用負担</u> 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"/>

～アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。～