

居所変更実態調査

資料4-2

※令和7年11月1日現在の状況について、の中に、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○)

1. 住宅型有料老人ホーム	6. 地域密着型特定施設
2. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	7. 介護老人保健施設
3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	8. 介護医療院
4. グループホーム	9. 特別養護老人ホーム
5. 特定施設	10. 地域密着型特別養護老人ホーム

※本調査では、上記のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

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)
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

※「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。

※5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度別の人数について、ご記入ください。(数値を記入)

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
									

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。

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">1) 点滴の管理</td><td style="width: 50px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">2) 中心静脈栄養</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">3) 透析</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">4) ストーマの処置</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">5) 酸素療法</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">6) レスピレーター</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">7) 気管切開の処置</td><td></td></tr> </table>	1) 点滴の管理		2) 中心静脈栄養		3) 透析		4) ストーマの処置		5) 酸素療法		6) レスピレーター		7) 気管切開の処置		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">8) 疼痛の看護</td><td style="width: 50px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">9) 経管栄養</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">10) モニター測定</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">11) 褥瘡の処置</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">12) カテーテル</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">13) 喀痰吸引</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">14) インスリン注射</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">15) 上記に対応可能な医療処置はない</td><td></td></tr> </table>	8) 疼痛の看護		9) 経管栄養		10) モニター測定		11) 褥瘡の処置		12) カテーテル		13) 喀痰吸引		14) インスリン注射		15) 上記に対応可能な医療処置はない	
1) 点滴の管理																															
2) 中心静脈栄養																															
3) 透析																															
4) ストーマの処置																															
5) 酸素療法																															
6) レスピレーター																															
7) 気管切開の処置																															
8) 疼痛の看護																															
9) 経管栄養																															
10) モニター測定																															
11) 褥瘡の処置																															
12) カテーテル																															
13) 喀痰吸引																															
14) インスリン注射																															
15) 上記に対応可能な医療処置はない																															

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6年11月1日～令和7年10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の過去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。**（数値を記入）**

※ 「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。

	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）		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）		
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 介護医療院		
10) 特別養護老人ホーム		
11) 地域密着型特別養護老人ホーム		
12) 病院・診療所（一時的な入院を除く）		
13) その他		
14) 入居・入所する前の居場所を把握していない		
合計★		

合計人数が一致する「とき」を「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6年11月1日～令和7年10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。

※ 一時的な入院等から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」も含まれます。

退去者数（合計）※死亡を含む 人 ☆

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

①退去者									②貴施設等 での死亡 ※搬送先での 死亡を含む	合計☆ ※①②の 合計
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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>									

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。

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

	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）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) 住宅型有料老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) グループホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) 特定施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) 地域密着型特定施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8) 介護老人保健施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9) 介護医療院	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10) 病院・診療所（上記「9」を除く） ※一時的な入院は含みません。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11) 特別養護老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13) その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14) 行先を把握していない	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15) 死亡（※搬送先での死亡を含む）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計☆	<input type="text"/>	<input type="text"/>

合計人数が一致することを、ご確認ください

問11 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として最も多いものを3つまで選択してください。(3つまで○)

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

	3つまで○
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)

問12-1 市内に不足していると感じる施設等を選んでください。(複数選択可)

複数選択可

<input type="checkbox"/>	1. 住宅型有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	2. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設を除く)	<input type="checkbox"/>	3. 軽費老人ホーム
<input type="checkbox"/>	4. グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	<input type="checkbox"/>	5. 介護付き有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	6. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	7. 介護医療院	<input type="checkbox"/>	8. 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	<input type="checkbox"/>	9. 充足している

問12-2 介護3の方が入居した場合、利用者(1割負担)が支払う月額料金を教えてください。(1つに○)

【月額料金は居住費、介護サービス費を加算した金額(各種軽減制度の制度)】

算出条件

(1つに○)

- 前払金等を支払っている場合で、月額料金が異なる場合は、前払金を各月の料金に均して、月額料金を算出してください。
- 居住費等には、居住費・食費・光熱水費・管理費・日常生活費等を全て含めてください。
- 外部の介護サービスを利用している場合は、居住費等に「27,048円」を加算してください。

<input type="checkbox"/>	1. 20万未満	<input type="checkbox"/>	2. 20万以上～25万未満	<input type="checkbox"/>	3. 25万以上～30万未満
<input type="checkbox"/>	4. 30万以上～35万未満	<input type="checkbox"/>	5. 35万以上～40万未満	<input type="checkbox"/>	5. 40万以上

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。