

居所変更実態調査回答用紙

貴施設について記入してください。

施設名			
法人名			
回答者	役職		氏名
電話番号			FAX番号
Eメールアドレス			

調査票の設問項目と照らし合わせてご回答ください。

問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。(1つに○)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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			← 該当する単位 (人・戸・室) を記入
(3) 入所・入居者数	市内	人	市外
			合計
(4) (貴施設等の) 待機者数	市内	人	市外
			合計

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)

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
									人

※ ここでご記入いただいた「合計」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。

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

問5 過去1年間(平成31年1月1日～令和元年12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。

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・入居する前の居所別の人数をご記入ください。

	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(特定施設入居者生活介護)	人	人
(7) 地域密着型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)	人	人
(8) 介護老人保健施設	人	人
(9) 介護療養型医療施設	人	人
(10) 介護医療院	人	人
(11) (9)(10)を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)	人	人
(12) 特別養護老人ホーム	人	人
(13) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
(14) その他 ()	人	人
(15) 入所・入居する前の居場所を把握していない		人
合計		人 ★

※ここでご記入いただいた「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。

問7 過去1年間(平成31年1月1日～令和元年12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。

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。

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
要介護4	要介護5	新規申請中	死亡	合計	
<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	0 人 ☆	

※ここでご記入いただいた「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。

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。

	市内	市外
(1) 自宅 (※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(2) 住宅型有料老人ホーム	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(5) グループホーム	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(6) 特定施設(特定施設入居者生活介護)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(7) 地域密着型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(8) 介護老人保健施設	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(9) 介護療養型医療施設	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(10) 介護医療院	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(11) (9)(10)を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(12) 特別養護老人ホーム	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(13) 地域密着型特別養護老人ホーム	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(14) その他 ()	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
(15) 行先を把握していない	<input type="text"/> 人	
(16) 死亡 (※ 搬送先での死亡を含む)	<input type="text"/> 人	
合計	<input type="text"/> 人 ☆	

※ここでご記入いただいた「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。

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、該当する欄に○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) 必要な生活支援が発生・増大したから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) 必要な身体介護が発生・増大したから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) 認知症の症状が悪化したから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) (1)～(4)以外の状態像が悪化したから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(6) 入所・入居者の状態等が改善したから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(8) 費用負担が重くなったから	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(9) その他 ()	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>