

## 中津川市 居所変更実態調査ご協力のお願い

### 調 査 要 綱

#### 1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、中津川市内の全ての介護老人福祉施設、介護老人保健施設、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護、住宅型有料老人ホームを対象に送付しております。
- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

#### 2 本調査の回答者

施設・事業所の実態を把握している方にご回答をお願いしております。

#### 3 調査票のご回答方法

- 各事業所の、管理者の方、実態を把握している方を対象とした調査票です。対象の方はご回答をお願いします。

#### 4 調査票の提出方法

- ・この調査票とは別に

「介護人材実態調査 事業所票」(A4〇ページ)

を同封しております。

管理者の方は、回答済みの調査票すべてをまとめて、同封の返信封筒（切手不要）に封入していただき、

令和〇年 〇 月 〇 日 (〇) までにポストにご投函ください。

<回答に関してのご不明な点やこの調査に関するお問い合わせ先>

中津川市 市民福祉部 介護保険課

電話：0573（66）1111（内線 642） FAX：0573（62）0058

記入日：令和 年 月 日

令和〇年〇月 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つに〇)

※ 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] ※該当する単位に〇  |
| 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4月1日～令和4年3月31日）に、貴施設等へ新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

※ 貴施設等へ入所・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、退院後に貴施設等へ入所・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 ★ |         |

合計人数が一致することを、ご確認ください

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7 過去1年間(令和3年4月1日～令和4年3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。

※ 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 ☆ |         |

合計人数が一致することを、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） <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） <u>「１」～「４」以外</u> 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"/> |