

## 居所変更実態調査

～御協力をお願い～

日頃、市政に御理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

君津市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう「君津市高齢者保健福祉計画 第8期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や介護保険の適切な運営を推進しています。

この計画が令和5年度に終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、介護事業所向けのアンケート調査を実施します。

御回答いただいた内容は、本市における第9期介護保険事業計画策定及び介護保険事業向上のために使用させていただきます。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年2月

君津市長 石井 宏子

### 『ご記入に当たってのお願い』

- ① 記入式の回答は、具体的にご記入ください。
- ② 当てはまる項目の番号を、指定の数だけ○をつけてください。
- ③ ご記入いただいた調査票は、**令和5年3月6日（月）**までに、ご返送ください。

【お問い合わせ先】

君津市 福祉部介護保険課 介護推進係

TEL 0439-56-1736

FAX 0439-56-1220

メールアドレス kaigo@city.kimitsu.lg.jp



# 居所変更実態調査

※ 令和5年1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。

※ 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。

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4年1月1日～令和4年12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、退院後に貴施設等へ入所・入居した場合は入院前の居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（令和~~4-3~~年1~~2~~月1日～令和4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。

※ 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所に移った場合は、退院後の居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 ☆	

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) 「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"/>

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。  
同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、令和５年３月６日（月）までに返送してください。