

※令和 7 年10月 1 日現在の状況について、の中に、ご回答ください。

貴事業所についてご記入ください。なお、ご担当者氏名以下の情報は、本調査の回答に不備（計算の矛盾など）があった場合の確認照会にのみ使用し、他のことに使用することはありません。

|          |  |
|----------|--|
| 事業所名     |  |
| ご担当者氏名   |  |
| 電話番号     |  |
| Eメールアドレス |  |



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            |  | 5. 特定施設                |
|  | 2. 軽費老人ホーム               |  | 6. 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） |  | 7. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |
|  | 4. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |  |                        |

※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       |    |
| 6) 貴施設の平均待期待期間<br>※平均待期待期間<br>= 令和 6 年度新規入所・入居者の待期待期間の合計<br>÷ 令和 6 年度の新規入所者数 |  | 年       | か月 |

※「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)と6)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、特養は回答不要です。5)と6)は、特養、老健は回答不要です。

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。

|            |  |                     |  |
|------------|--|---------------------|--|
| 1) 点滴の管理   |  | 8) 疼痛の看護            |  |
| 2) 中心静脈栄養  |  | 9) 経管栄養             |  |
| 3) 透析      |  | 10) モニター測定          |  |
| 4) ストーマの処置 |  | 11) 褥瘡の処置           |  |
| 5) 酸素療法    |  | 12) カテーテル           |  |
| 6) レスピレーター |  | 13) 喀痰吸引            |  |
| 7) 気管切開の処置 |  | 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10月1日～令和7年9月30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。（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8 過去1年間（令和6年10月1日～令和7年9月30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<br>での死亡<br>※搬送先での<br>死亡を含む | 合計☆<br><br>※①②の<br>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・<br>不明 |                                  |                       |
|      |      |      |      |      |      |      |      |            |                                  |                       |

**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）                 |         |         |
| 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) 病院・診療所（上記「9」を除く）<br>※一時的な入院は含みません。 |         |         |
| 11) 特別養護老人ホーム                          |         |         |
| 12) 地域密着型特別養護老人ホーム                     |         |         |
| 13) その他                                |         |         |
| 14) 行先を把握していない                         |         |         |
| 15) 死亡（※搬送先での死亡を含む）                    |         |         |
| 合計☆                                    |         |         |

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）

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。