

居所変更実態調査

第29回横須賀市社会福祉審議会
高齢福祉専門分科会

資料1 - 9
(令和7年10月9日)

※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 (特養は回答不要)			人	
内、要介護3以上の待機者			人	
5) 貴施設の平均待機期間 (特養、老健は回答不要) ※平均待機期間 = 令和6年度新規入所・入居者の待機期間の合計 ÷ 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)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「不明」とご回答ください。

※ 5)は、1年未満の場合、「年」は「0」とご回答ください。

※ 特養は、4)、5)は回答不要です。老健は、5)の回答は不要です。

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。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」も含みます。

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		

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） ※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、「」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	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。