

居所変更実態調査 施設系（問1に該当する事業所向け）

※2026年 1 月 1 日現在の状況について、の中に、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○）

<div></div>	1. 住宅型有料老人ホーム	<div></div>	6. 地域密着型特定施設
<div></div>	2. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<div></div>	7. 介護老人保健施設
<div></div>	3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<div></div>	8. 介護医療院
<div></div>	4. グループホーム	<div></div>	9. 特別養護老人ホーム
<div></div>	5. 特定施設	<div></div>	10. 地域密着型特別養護老人ホーム

※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	<div></div>		
2) 定員数など	<div></div>	(人/戸/室)	
3) 入所・入居者数	<div></div>	人	
4) (貴施設等の) 待機者数	<div></div>	人	
5) 特別養護老人ホームの待機者数 (申込者数)	<div></div>	人	

※「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。
※ 5)は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

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
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

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	<div></div>	8) 疼痛の看護	<div></div>
2) 中心静脈栄養	<div></div>	9) 経管栄養	<div></div>
3) 透析	<div></div>	10) モニター測定	<div></div>
4) ストーマの処置	<div></div>	11) 褥瘡の処置	<div></div>
5) 酸素療法	<div></div>	12) カテーテル	<div></div>
6) レスピレーター	<div></div>	13) 喀痰吸引	<div></div>
7) 気管切開の処置	<div></div>	14) インスリン注射	<div></div>
		15) 上記に対応可能な医療処置はない	<div></div>

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）	<div></div> 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（2025年1月1日～2025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。（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（2025年1月1日～2025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。

※ 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、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）

貴事業所についてご記入ください。

事業所名	
ご担当者氏名	
電話番号	
Eメールアドレス	

調査は以上となります。ご協力ありがとうございました。

