

東郷町介護サービス事業者調査 (第10期東郷町高齢者福祉計画アンケート調査票)

皆様には、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本町福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本町では、3年に一度「東郷町高齢者福祉計画」を策定し、高齢者福祉や介護保険の事業運営に取り組んでおります。この度、令和9年度からの計画策定に向けて、介護サービス事業者様からのご意見をお聞きするため、「介護サービス事業者調査」を実施させていただきます。

この調査は、本町にある介護サービス事業者様を対象として実施します。今回の調査では、今後のサービス提供の意向も確認するため記名で行います。そのため、答えたくない設問がありましたら、無理にお答えいただく必要はありません。また、ご記入いただいた内容につきましては、計画策定の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。ご回答いただきました内容については、計画策定のため必要となる貴重な資料としてのみ使用させていただきますので、ご協力をお願いします。

令和7年12月

東郷町長 石橋 直季

《ご記入に当たってのお願い》

- 当てはまる項目の番号を、回答欄に入力してください。
- 自由記載欄につきましては、詳細にご記入ください。
- 令和7年12月1日を基準日とした内容で回答してください。

《回答後の返信について》

- この調査票は、お答えいただいた後、1月16日（金）までにメールで返信をしてください。

返送先アドレス：tgo-kourei@town.aichi-togo.lg.jp

[調査についての問合せ]

東郷町役場 福祉こども部 高齢者支援課

電話：0561(56)0753(直通)

●貴事業所の名称、ご担当者様の氏名及びご連絡先をご記入ください。

名 称			
担当者(記入者)氏名		電話番号	
メールアドレス			

●貴事業所のサービス提供の概要について

問1 貴事業所の利用者数の状況についてお答えください。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. 増加傾向にある	<input type="checkbox"/>	2. 若干の増減はあるが、ほぼ横ばいである
<input type="checkbox"/>	3. 減少傾向にある	<input type="checkbox"/>	4. 増えるときもあるが減るときもある
<input type="checkbox"/>	5. その他 ()		

問2 現在、貴事業所のサービス提供は、どのような状況ですか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. サービス提供量に余裕がない
<input type="checkbox"/>	2. サービス提供量に余裕がある
<input type="checkbox"/>	3. サービス需要量とサービス提供量のバランスが取れている

問3 サービスの待機者の状況はいかがですか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. 受け入れる余裕がある	⇒問4へ
<input type="checkbox"/>	2. 受け入れる余裕がない	⇒問3-1へ

【問3において「2」の事業所のみ】

問3-1 その理由は何ですか。(自由記述)

--

貴事業所の人材確保の状況について

問4 現在、職員数の過不足はありますか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. 不足している	⇒問4-1へ	<input type="checkbox"/>	2. やや不足している	⇒問4-1へ
<input type="checkbox"/>	3. 過不足はない	⇒問5へ	<input type="checkbox"/>	4. やや余裕がある	⇒問5へ
<input type="checkbox"/>	5. 余裕がある	⇒問5へ			

【問4において「1」または「2」の事業所のみ】

問4-1 どのような点で不足していると感じますか。

また、それに対してどのような取組をしていますか。(自由記述)

例：業務量に対する職員の不足を感じており、ICTの導入を検討している。等

問5 特に人材確保に苦慮している職種はどれですか。(複数選択可)

<input type="checkbox"/>	1. 介護職員(訪問)	<input type="checkbox"/>	2. 介護職員(訪問A)
<input type="checkbox"/>	3. 介護職員(通所)	<input type="checkbox"/>	4. 介護職員(施設)
<input type="checkbox"/>	5. サービス提供責任者	<input type="checkbox"/>	6. 看護師(訪問)
<input type="checkbox"/>	7. 看護師(通所)	<input type="checkbox"/>	8. 看護師(施設)
<input type="checkbox"/>	9. 機能訓練指導員	<input type="checkbox"/>	10. 相談員(施設)
<input type="checkbox"/>	11. 相談員(通所)	<input type="checkbox"/>	12. 居宅ケアマネ
<input type="checkbox"/>	13. 施設ケアマネ	<input type="checkbox"/>	14. 主任ケアマネ
<input type="checkbox"/>	15. 社会福祉士	<input type="checkbox"/>	16. 介護助手
<input type="checkbox"/>	17. 運転手		
<input type="checkbox"/>	18. その他()		
<input type="checkbox"/>	19. 特になし		

問6 貴事業所のこの1年間の離職率(登録ヘルパーは除く)はどのくらいですか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. 最近1年間に離職者はいない	<input type="checkbox"/>	2. 10%未満
<input type="checkbox"/>	3. 10%以上20%未満	<input type="checkbox"/>	4. 20%以上30%未満
<input type="checkbox"/>	5. 30%以上	<input type="checkbox"/>	6. わからない

問7 職員の離職理由は、どのような内容が多いですか。(3つまで選択可)

<input type="checkbox"/>	1. 結婚・出産・育児	<input type="checkbox"/>	2. 家族等の介護・看護
<input type="checkbox"/>	3. 家族等の転居・転勤	<input type="checkbox"/>	4. 収入面
<input type="checkbox"/>	5. 通勤距離	<input type="checkbox"/>	6. 心身の不調
<input type="checkbox"/>	7. 職場の人間関係	<input type="checkbox"/>	8. 同業種への転職
<input type="checkbox"/>	9. 他業種への転職	<input type="checkbox"/>	10. 法人・事業所の理念や運営のあり方
<input type="checkbox"/>	11. 労働時間・休日・勤務体制		
<input type="checkbox"/>	12. その他()		

問8 貴事業所において、事務手続きを担う人材を採用していますか。(1つ選択)

1. 採用している

2. 採用を検討している

3. 採用する予定はない

問9 下記<サービス一覧>のうち、町内において充足している及び不足していると思うサービスは何だと思えますか。(5つまで選択可) (番号を記入)

充足している					
不足している					

<サービス一覧>

【居宅サービス】

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問入浴介護 | 3. 訪問看護 |
| 4. 訪問リハビリテーション | 5. 居宅療養管理指導 | 6. 通所介護 |
| 7. 通所リハビリテーション | 8. 短期入所生活介護 | 9. 短期入所療養介護 |
| 10. 特定施設入所者生活介護 | | |

【施設サービス】

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 11. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 12. 介護老人保健施設（老人保健施設） |
| 13. 介護医療院（旧介護療養型医療施設） | |

【地域密着型サービス】

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 15. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 16. 夜間対応型訪問介護 | 17. 認知症対応型通所介護 |
| 18. 地域密着型通所介護 | 19. 小規模多機能型居宅介護 |
| 20. 認知症対応型共同生活介護 | 21. 地域密着型特定施設入所者生活介護 |
| 22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |

【居宅介護支援】

23. 居宅介護支援

【介護予防・日常生活支援総合事業】

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 24. 介護予防訪問型サービス（給付相当） | 25. 基準緩和訪問型サービスA |
| 26. 介護予防通所型サービス（給付相当） | 27. 基準緩和通所型サービスA |
| 28. 自立支援リハビリサービス（短期集中予防サービス） | 29. 一般介護予防事業 |

高齢者虐待について

問10 貴事業所がサービスを提供している要介護等認定者の中で、この1年間に高齢者虐待を受けた、または受けていると疑われる事案がありましたか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. ある () 件	⇒問10-1、問10-2へ
<input type="checkbox"/>	2. ない	⇒問11へ

【問10において「1」の事業所のみ】

問10-1 どこから虐待を発見しましたか。(複数選択可)

<input type="checkbox"/>	1. サービス提供時に職員が発見した	<input type="checkbox"/>	2. 被虐待者から
<input type="checkbox"/>	3. 虐待者から	<input type="checkbox"/>	4. 虐待者以外の同居家族から
<input type="checkbox"/>	5. 親族から	<input type="checkbox"/>	6. 近隣の方から
<input type="checkbox"/>	7. その他 ()		

【問10において「1」の事業所のみ】

問10-2 その時に、関係機関に相談・通報しましたか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. はい ⇒問10-3へ	<input type="checkbox"/>	2. いいえ ⇒問11へ
--------------------------	---------------	--------------------------	--------------

【問10-2において「1」の事業所のみ】

問10-3 相談・通報先はどこでしたか。(複数選択可)

<input type="checkbox"/>	1. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>	2. 役場の担当部署
<input type="checkbox"/>	3. その他 ()		

他機関等との連携状況について

問11 日頃から同業種との関わり（情報交換、連携等）は必要だと思いますか。（1つ選択）

1. はい ⇒問12へ

2. いいえ ⇒問13へ

問12 同業種とどのような関わりがしたいですか。（相談がしたい、合同で研修がしたい等）
（自由記述）

問13 電子@連絡帳レガッタネットとうごうを利用し、主治医等と介護サービス利用者の状況について共有を行ったことがありますか。（1つ選択）

1. 利用したことがある ⇒問14へ

2. 利用したことはない ⇒問13-1へ

【問13において「2」の事業所のみ】

問13-1 その理由は何ですか。（自由記述）

問14 医療・介護連携を行うに当たって困ったことはありますか。（3つまで選択可）

1. 医療機関との連絡がとりにくい（時間が合わない・窓口が不明など）

2. 情報共有が十分にできない（診療情報・服薬・検査結果など）

3. 緊急時の対応がスムーズにできなかった

4. 医療職と介護職で役割分担があいまいだった

5. 利用者や家族への説明・調整に時間がかかった

6. 専門用語や制度の違いで意思疎通が難しかった

7. 関係者間で意見が一致せず調整に苦労した

8. その他（)

9. 特に困ったことはない

問15 多職種の連携を進めるに当たって必要なものは何ですか。（3つまで選択可）

1. 職種間の専門性や置かれている状況の理解

2. 患者（利用者）情報の共有

4. 連携窓口の設置

6. 患者（利用者）及び家族の理解

8. ケアマネジャーのマネジメント能力

10. 各職種の人材の質の向上

11. その他（)

3. 役割分担の明確化

5. サービス担当者会議の開催

7. 顔の見える関係づくりの場

9. 意見をもらう書式の統一

サービスの質の向上等について

問16 利用者に対して、ACPの説明や希望の確認を計画的に行っていますか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. ほとんどの人に行っている
<input type="checkbox"/>	2. 状況に応じて多くの人に行っている(状態変化時など)
<input type="checkbox"/>	3. 必要だと思ふときだけ行っている
<input type="checkbox"/>	4. 行っていない
<input type="checkbox"/>	5. わからない/該当なし

問17 貴事業所の業務において、ICTやAIなどを導入していますか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. 導入している	<input type="checkbox"/>	2. 導入を予定している
<input type="checkbox"/>	3. 予定はないが、検討している	<input type="checkbox"/>	4. 予定はなく、検討もしていない

問18 貴事業所においてカスタマーハラスメントの事案又はカスタマーハラスメントと疑われる事案はありましたか。(1つ選択)

<input type="checkbox"/>	1. ある	<input type="checkbox"/>	2. ない
--------------------------	-------	--------------------------	-------

地域包括支援センターや町へ期待することについて

問19 地域包括支援センターに期待することは何ですか。（自由記述）

問20 町に期待することは何ですか。（自由記述）

居宅介護支援の事業所は問21～問23-1を、
施設サービスの事業所は問21、問24をご回答ください。

居宅介護支援及び施設サービスの事業所にお伺いします。

問21 貴事業所では、ケアマネジャーの質の確保・向上を図るために、特にどのような点を重視して取り組んでいますか。（3つまで選択可）

<input type="checkbox"/>	1. 基本的な技術や実践的知識の向上
<input type="checkbox"/>	2. 利用者の状態に応じた介護技術の向上
<input type="checkbox"/>	3. 担当者会議開催や担当者情報共有化等のマネジメント技術の向上
<input type="checkbox"/>	4. 利用者への対応の仕方等マナーやコミュニケーション技術の向上
<input type="checkbox"/>	5. 苦情や相談への対処能力の向上
<input type="checkbox"/>	6. 処遇困難者への対処能力の向上
<input type="checkbox"/>	7. ケアマネジャーとしての基本姿勢の徹底
<input type="checkbox"/>	8. 制度に関する最新情報の取得
<input type="checkbox"/>	9. その他（ ）
<input type="checkbox"/>	10. 特になし

居宅介護支援の事業所は問21～問23-1を、
施設サービスの事業所は問21、問24をご回答ください。

施設サービスの事業所にお伺いします。

問24 貴事業所では、虐待予防に関してどのような取組をしていますか。（複数選択可）

<input type="checkbox"/>	1. チームケアや「身体拘束ゼロ」の取組を推進
<input type="checkbox"/>	2. 苦情の受付体制の強化
<input type="checkbox"/>	3. 職場内研修の充実
<input type="checkbox"/>	4. 職員相談等、職員のサポート強化
<input type="checkbox"/>	5. その他（ ）
<input type="checkbox"/>	6. 特にない

介護人材実態調査 【事業所票】 施設・通所系

※令和7年12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（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

1. 施設・居住系サービス

（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム）

2. 通所系サービス

（通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業））

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数	<input type="text"/>	人	左記のうち常勤職員	<input type="text"/>	人
			左記のうち非常勤職員	<input type="text"/>	人

外国人職員数	<input type="text"/>	人	派遣職員数	<input type="text"/>	人
--------	----------------------	---	-------	----------------------	---

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つに○）

1. はい ⇒問2-3へ

2. いいえ ⇒問3へ

問2-3 令和7年12月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（令和6年12月1日～令和7年11月30日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

	採用者数	離職者数
常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

--

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	

続いて、調査票（Q5）の設問（問5）にお進みください。

介護人材実態調査 【事業所票】 訪問系

※令和7年12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（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つに○）

※本調査票の送付先（郵便・メール等の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。

- | | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | 1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業）） |
| <input type="text"/> | 2. 小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="text"/> | 3. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="text"/> | 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません。）

問2-1 介護職員の人数を、ご記入ください。（数値を記入）

※前月に出勤のない、長期休暇（育児休業等）中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数	<input type="text"/>	人	左記のうち常勤職員	<input type="text"/>	人
			左記のうち非常勤職員	<input type="text"/>	人
外国人職員数	<input type="text"/>	人	派遣職員数	<input type="text"/>	人

問2-2 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

（1つ選択）

- | | |
|----------------------|--------------|
| <input type="text"/> | 1. はい ⇒問2-3へ |
| <input type="text"/> | 2. いいえ ⇒問3へ |

問2-3 令和7年12月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（令和6年12月1日～令和7年11月30日）の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。（数値を記入）

	採用者数	離職者数
常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非常勤職員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問3 採用や人材定着に関する課題をご回答ください。（自由記述）

問4 人材確保に関して市町村に期待するサポートがあれば、ご回答ください。（自由記述）

--

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。

居所変更実態調査

※令和年12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○)

<input type="checkbox"/>	1. 住宅型有料老人ホーム	<input type="checkbox"/>	6. 地域密着型特定施設
<input type="checkbox"/>	2. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<input type="checkbox"/>	7. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<input type="checkbox"/>	8. 介護医療院
<input type="checkbox"/>	4. グループホーム	<input type="checkbox"/>	9. 特別養護老人ホーム
<input type="checkbox"/>	5. 特定施設	<input type="checkbox"/>	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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
2) 定員数など	<input style="width: 90%;" type="text"/>	(人/戸/室)
3) 入所・入居者数	<input style="width: 90%;" type="text"/>	人
4) (貴施設等の) 待機者数	<input style="width: 90%;" type="text"/>	人
5) 特別養護老人ホームの待機者数 (申込者数)	<input style="width: 90%;" type="text"/>	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
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

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

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12月1日～令和7年11月30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（令和6年12月1日～令和7年11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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) 住宅型有料老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) グループホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) 特定施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) 地域密着型特定施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8) 介護老人保健施設	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9) 介護医療院	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10) 病院・診療所（上記「9」を除く） ※一時的な入院は含みません。	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11) 特別養護老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13) その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14) 行先を把握していない	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15) 死亡（※搬送先での死亡を含む）	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計☆	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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。

在宅生活改善調査 【事業所票】

※令和年12月1日現在の状況について、 の中にご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。 (数値を記入)

1) 所属するケアマネジャーの人数		人
2) 「自宅等（3）を除く）」にお住まいの利用者数		人
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数		人

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（令和6年12月1日～令和7年11月30日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者」と「自宅等で死亡した利用者」についてお尋ねします。

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した要介護度別の利用者数」と「自宅等で死亡した利用者数」をご記入ください。

※入院後に自宅等に戻った方、現在一時的に入院中の方は含めないでください。 (数値を記入)
 ※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自宅等での死亡」、
 搬送先から転院等の後に死亡したケースは「①自宅等から、居場所を変更した利用者」に含めてください。

①自宅等から、居場所を変更した利用者								②自宅等での死亡	合計★
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3 貴事業所において、過去1年間の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から、居場所を変更した利用者数」を行先別にご記入ください。 (数値を記入)

※入院した後に自宅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。
 ※搬送後、搬送先から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。
 ※問3の合計（★）と、問2の合計（★）が一致することをご確認ください。

行先	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家		
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) 行先を把握していない		
15) 自宅等での死亡 ※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4 貴事業所の利用者で在宅生活の維持が難しくなるのは、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。