

# 令和7年度 短期入所生活介護の 利用状況に関する調査 報告書

令和7年12月  
新潟市福祉部高齢者支援課

## 目次

調査概要	1
(1)各居室形態ごとの回答数について	2
(2)令和7年7月1日時点の各居室形態ごとの入所者数について	2
(3)令和7年7月1日時点の平均介護度	2
(4)令和7年7月1日時点の入所者数のうち、長期利用者数(30日を超える者)について	3
(5)(4)で答えた長期利用者数のうち、特別養護老人ホーム入所申込者数について	3
(6)令和6年度(令和6年4月～令和7年3月)のベッドの空き状況について	3
調査票	4

## 調査の概要

### (1) 調査対象

新潟市内に所在する短期入所生活介護（137 施設）を対象にアンケート調査を行った。

実施形態	配布事業所数	回答事業所数	割合
単独型	43	29	67.4%
併設型	60	47	78.3%
空床型	34	14	41.2%

#### 【用語説明】

単独型・・・ショートステイを専門とする施設

併設型・・・特別養護老人ホームに併設されている施設

空床型・・・特別養護老人ホームの入所者が退去した後の空いた部屋を利用し、一時的にショートステイとして利用するもの

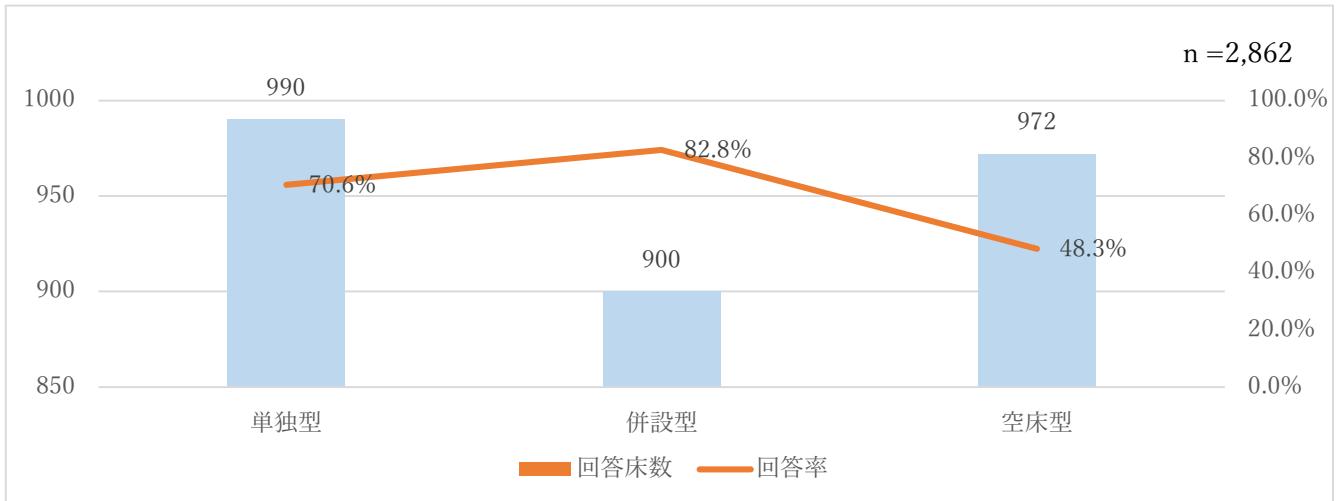
### (2) 調査実施期間

令和7年7月1日～令和7年7月18日

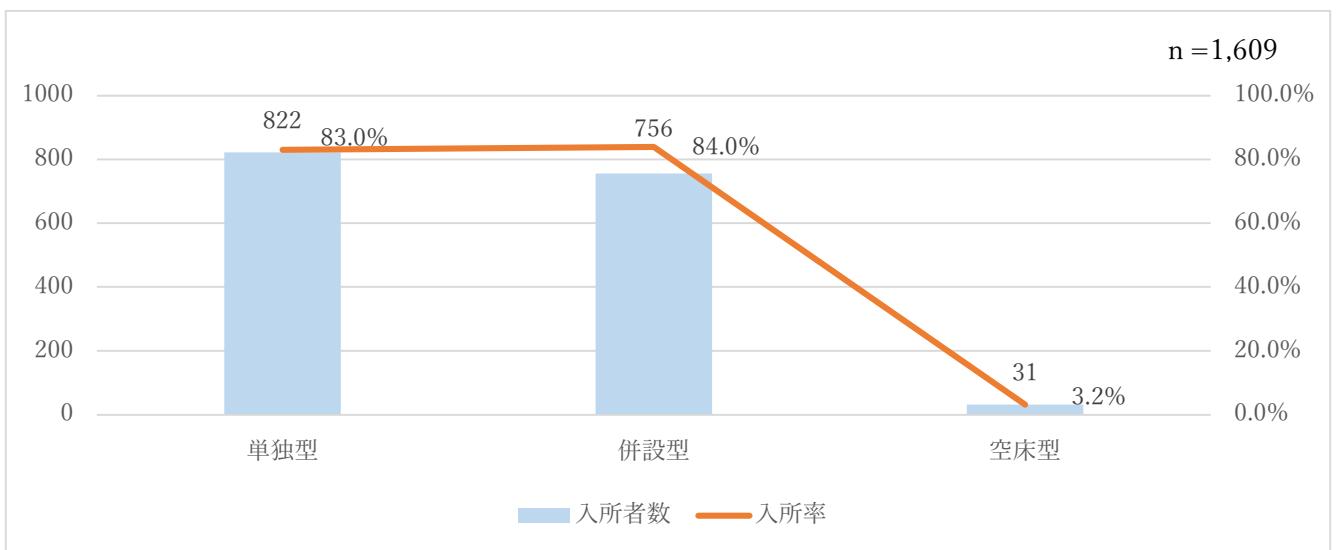
### (3) 調査方法

Eメールによる配布・回収

### (1) 各居室形態ごとの回答床数について

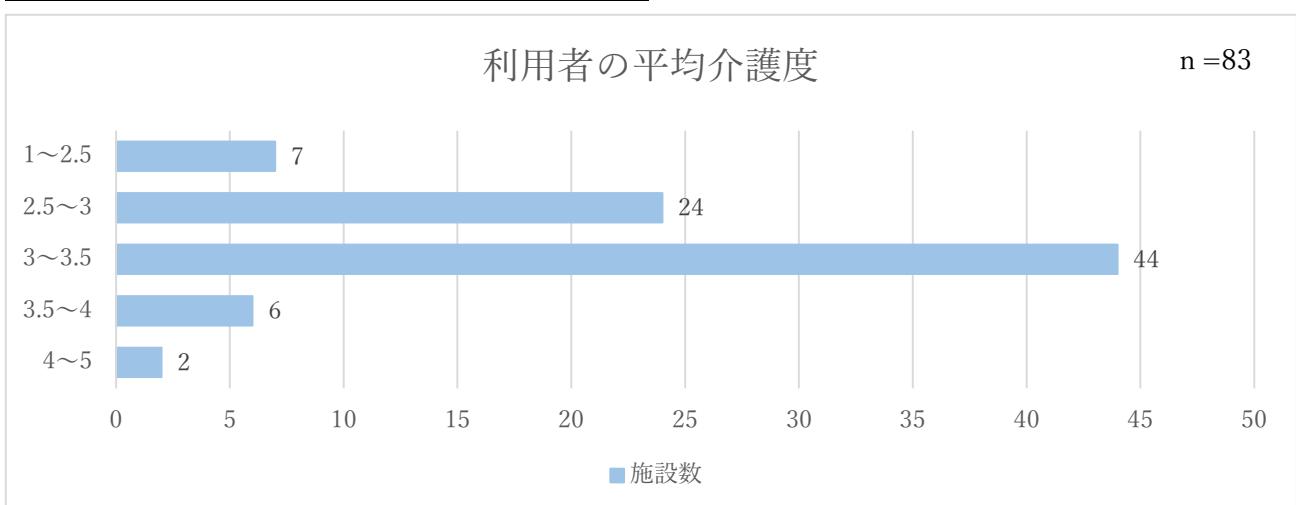


### (2) 令和7年7月1日時点の各居室形態ごとの入所者数について



### (3) 令和7年7月1日時点の平均介護度

平均要介護度	2.96
--------	------



※空床型の回答のうち 7 事業所はショートステイの利用がないため未回答

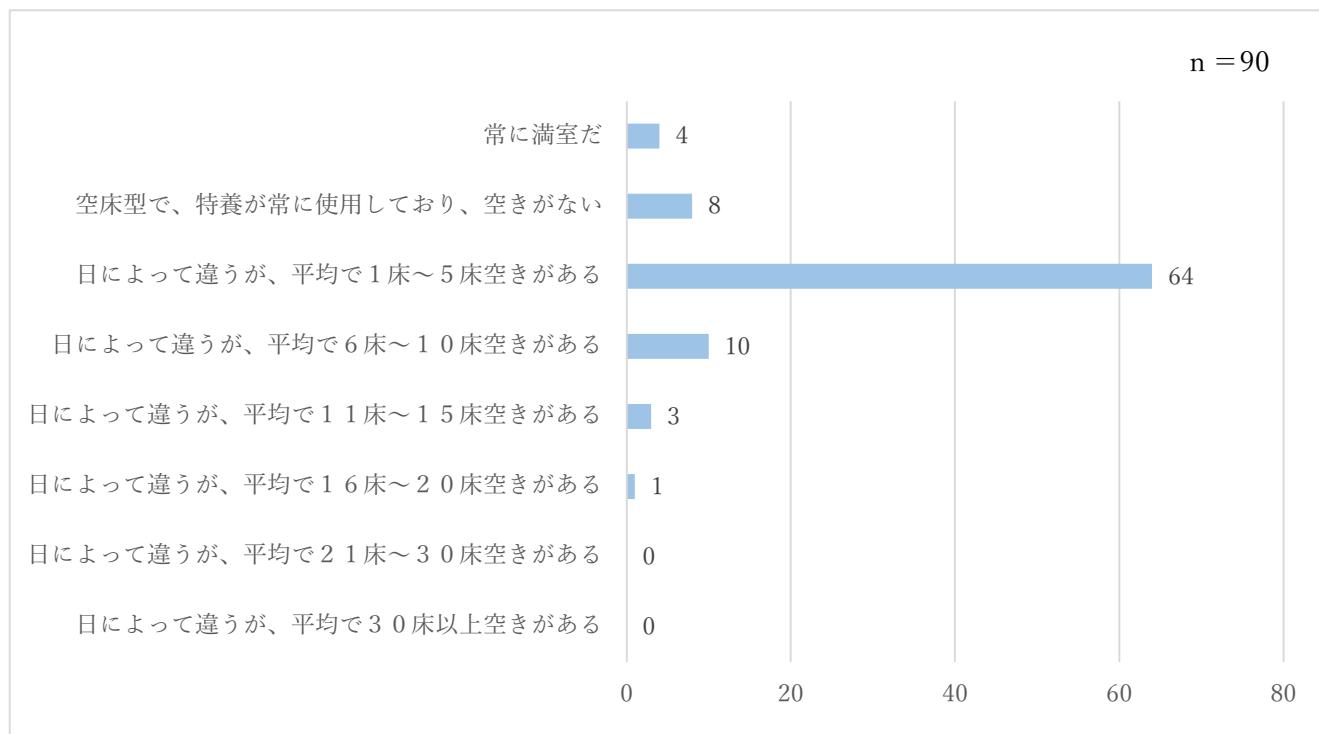
(4)令和7年7月1日時点の入所者数のうち、長期利用者数(30日を超える者)について

居室形態	入所者数	長期利用者数	割合
単独型	822	438	53.3%
併設型	756	446	59.0%
空床型	31	19	61.3%

(5)(4)で答えた長期利用者数のうち、特別養護老人ホーム入所申込者数について

居室形態	長期利用者数	特養入所申込者数	割合
単独型	438	299	68.3%
併設型	446	334	74.9%
空床型	19	14	73.7%

(6)令和6年度(令和6年4月～令和7年3月)のベッドの空き状況について



令和7年度「短期入所生活介護の利用状況に関する調査」

法人名	
法人代表者 職・氏名	

回答者 職・氏名	
回答者 電話番号	
回答者 メールアドレス	

介護老人保健施設の基本情報について記載してください。

※単位(床)は記載不要。

(1)介護保険事業所番号	数字10桁	
(2)事業所名		
(3)事業所日常生活圏域(中学校区)		
(4)入所定員 ※床数を記入してください。	単独型	
	併設型 (空床利用型の実施有無)	<small>←併設型のうち空床利用型の有無についてどちらかを選択ください。</small>
	空床利用型	

施設の利用状況について

質問(1) 令和7年7月1日時点の各居室形態ごとの入所者を教えてください。

※7月1日に同じベッドで入替があり、利用者2人について請求をしている場合でも「1」でカウントしてください。  
7月1日に退去し、請求していない場合は「0」としてください。  
各居室形態ごとの入所率を調べるためのものです。

※単位(人)は記載不要。

単独型	
併設型	
空床型	
合計	0

質問(2) 令和7年7月1日時点の平均介護度を教えてください。

平均介護度	
-------	--

質問(3) 質問(1)で答えた入所者数のうち、長期利用者数(30日を超える者)を教えてください。

※単位(人)は記載不要。

単独型	
併設型	
空床型	
合計	0

質問(4) 質問(3)で答えた長期利用者のうち、特別養護老人ホーム入所申込者数を教えてください。

※単位(人)は記載不要。

単独型	
併設型	
空床型	
合計	0

質問(5) 令和6年度(令和6年4月～令和7年3月)のベッドの空き状況について、あてはまるものに「○」を記入してください。

常に満室	
空床型で、特養が常に使用しており、空きがない	
日によって違うが、平均で1床～5床空きがある	
日によって違うが、平均で6床～10床空きがある	
日によって違うが、平均で11床～15床空きがある	
日によって違うが、平均で16床～20床空きがある	
日によって違うが、平均で21床～30床空きがある	
日によって違うが、平均で30床以上空きがある	

#### 特別養護老人ホームへの転換について

質問(6) 第10期計画(令和9年度～令和11年度)において、特別養護老人ホームへの転換の有無について、どちらかに「○」を記入してください。

有	<input type="checkbox"/>
無	<input type="checkbox"/>

質問(7) 質問(6)で「有」と回答した場合のみ、転換する特別養護老人ホームの形態にあてはまるものに、「○」を記入してください。

広域型特別養護老人ホーム(短期入所生活介護併設)	<input type="checkbox"/>
広域型特別養護老人ホーム(単独型)	<input type="checkbox"/>
地域密着型特別養護老人ホーム(短期入所生活介護併設)	<input type="checkbox"/>
地域密着型特別養護老人ホーム(単独型)	<input type="checkbox"/>

※第9期計画については、**広域型、地域密着型特別養護老人ホームに併設する既存の短期入所生活介護のみ**募集対象としておりますが、今後の検討材料として、単独型での転換の希望状況を確認するために、設問事項を設けております。

質問(8) 質問(6)で「有」と回答した場合のみ、転換を希望する特別養護老人ホームが短期入所生活介護について、圏域の状況にあてはまるものに「○」を記入してください。また、特別養護老人ホームの日常生活圏域について、どこの圏域か記入してください。

同じ圏域	<input type="checkbox"/>
同じ圏域ではない	<input type="checkbox"/>
特別養護老人ホームの日常生活圏域(中学校区)	<input type="checkbox"/>

質問(9) 質問(6)で「有」と回答した場合のみ、意向の詳細を教えてください。

転換希望年度	<input type="checkbox"/>
転換希望床数	<input type="checkbox"/>

質問(10) 質問(6)で「有」と回答した場合のみ、転換を希望する理由を教えてください。

理由

ありがとうございました。設問は以上です。