

# 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

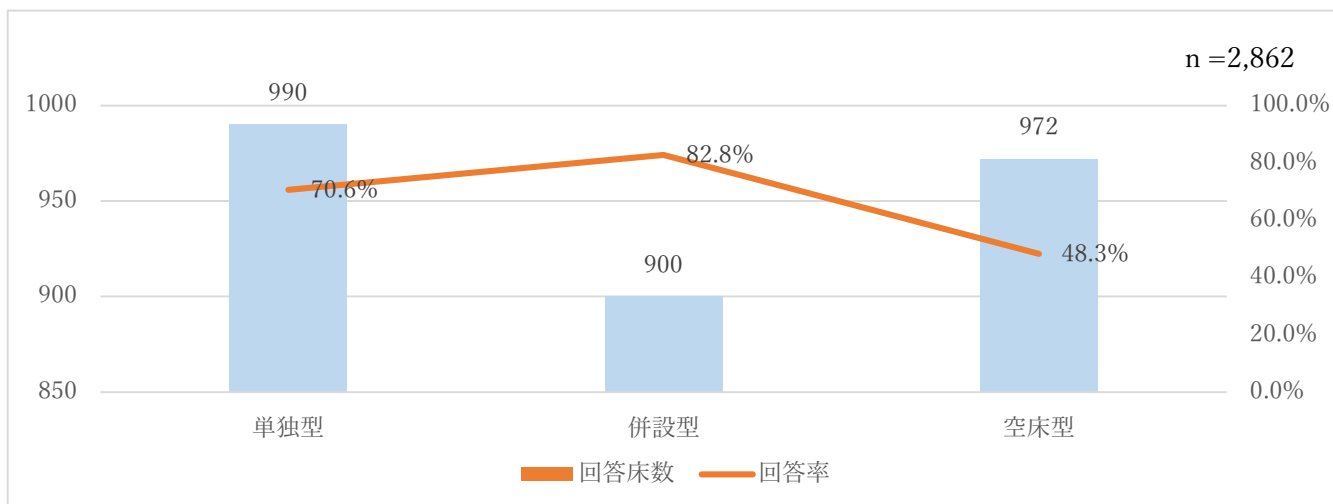
### (2) 調査実施期間

令和7年7月1日～令和7年7月18日

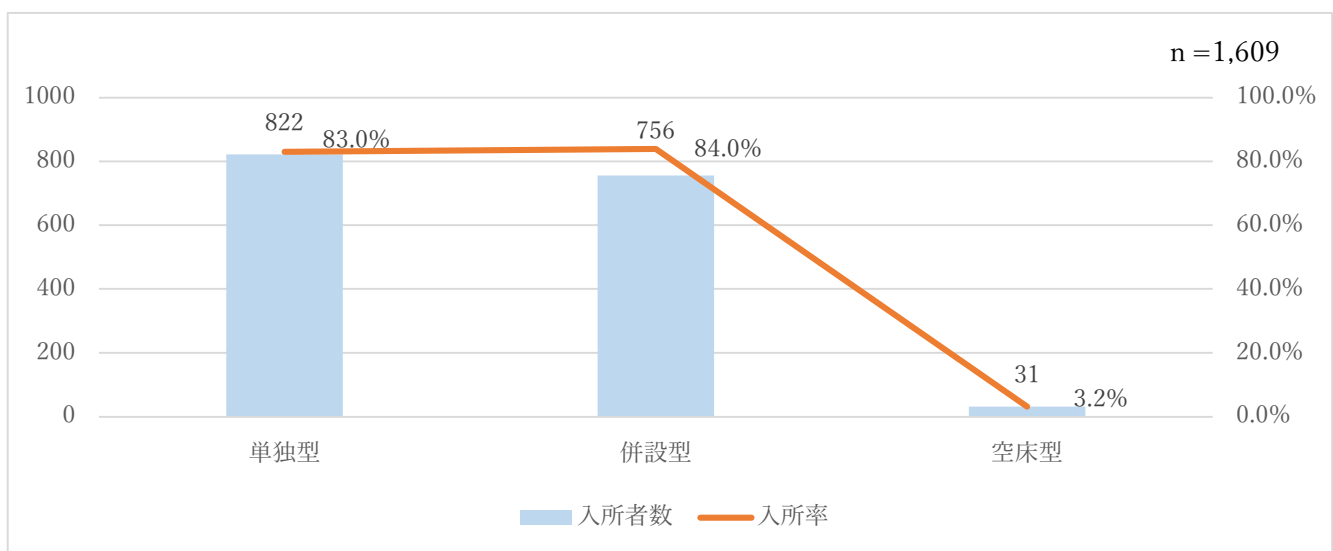
### (3) 調査方法

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

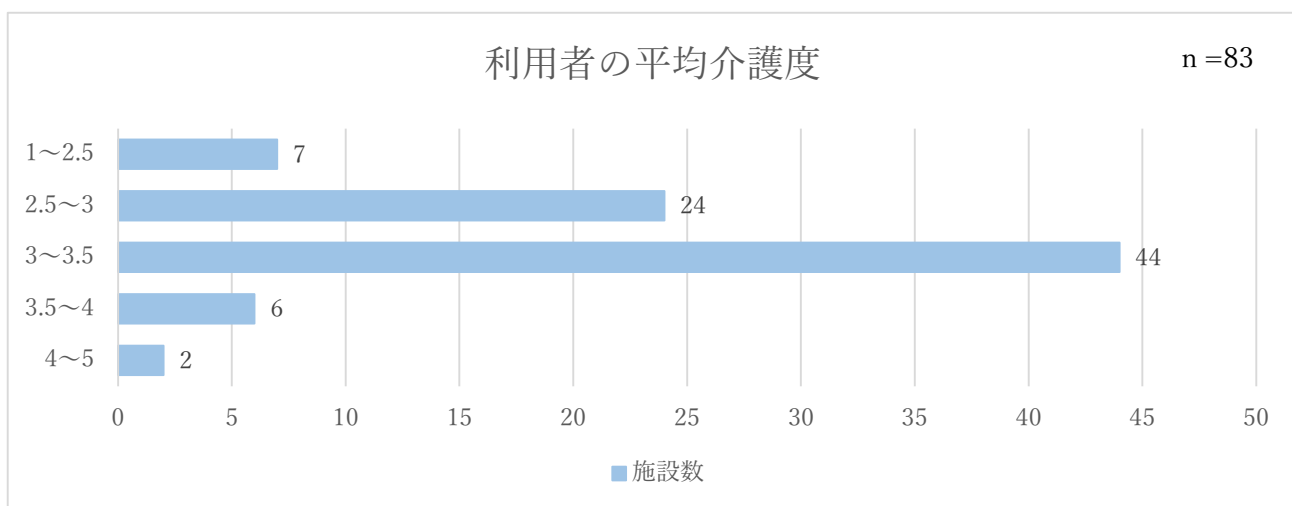


### (2) 令和7年7月1日時点の各居室形態ごとの入所者数について



### (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

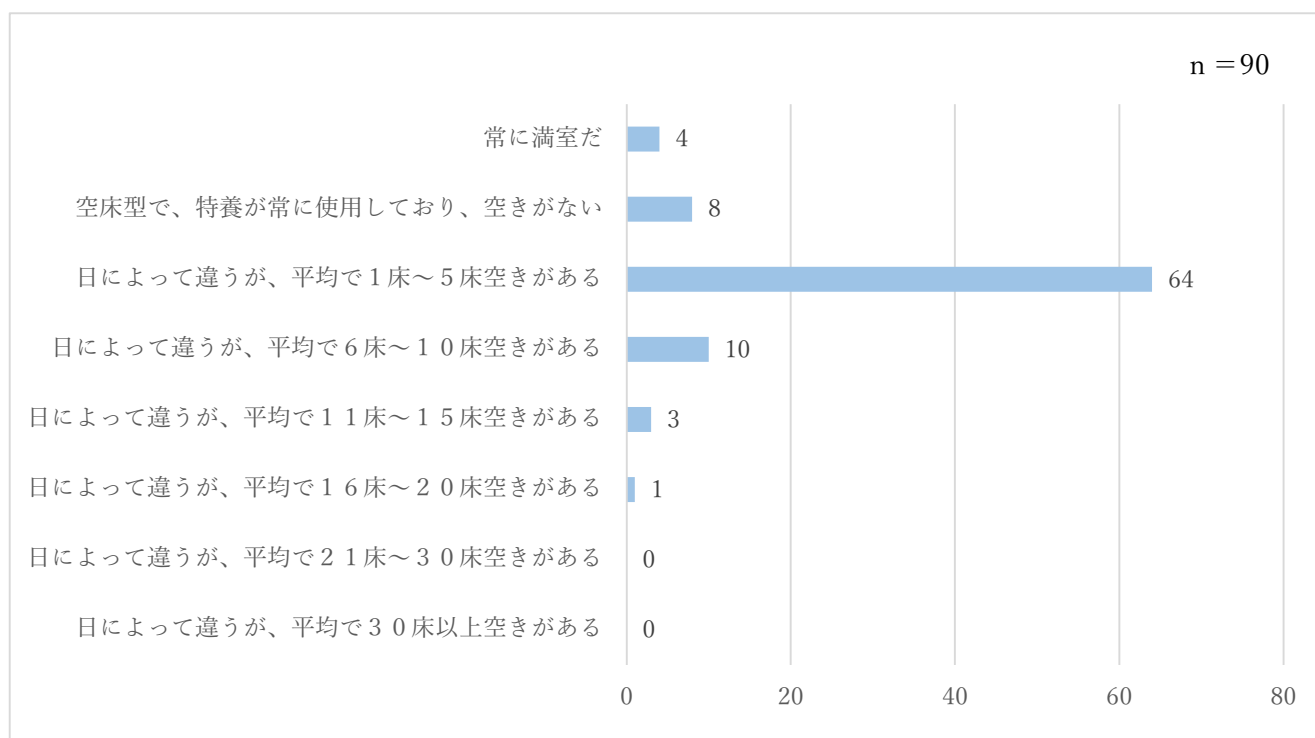
(4)令和7年7月 1 日時点の入所者数のうち、長期利用者数(30日を超える者)について

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)	←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。
	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。

常に満室だ	
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	
無	

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)	
広域型特別養護老人ホーム(単独型)	
地域密着型特別養護老人ホーム(短期入所生活介護併設)	
地域密着型特別養護老人ホーム(単独型)	

※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、どこも圏域が記入してください。

同じ圏域	
同じ圏域ではない	
特別養護老人ホームの日常生活圏域(中学校区)	

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	
転換希望床数	

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。