

短期入所生活介護稼働状況等調査票

記載例

事業所番号：04〇〇〇〇〇〇〇〇

施設名：特別養護老人ホーム〇〇

短期定員：20名

担当者名：生活相談員 〇〇

電話番号：022-214-8318

- 1 A・Bそれぞれについて、令和5年11月から令和6年10月までの、各月1日から同月末日までの延べ利用者数を記載してください。
- ※Aについては、単独型・併設型ショートステイについて記載してください。また、介護予防短期入所生活介護の利用者及び自費利用者も含めて計算し、退所者は除いてください。
- ※Bについては、空床型ショートステイについて記載してください。（自費利用者を含む。）
- （退所日を除くため、基本的に下記の平均利用者数（A/C）が短期定員を超えることはありません。）

空床型ショートステイのみ実施する事業所は入力不要です。

A 単独型・併設型（空床型ショートステイのみ実施する事業所）

	令和5年		令和6年									
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
単独型・併設型延べ利用者数・・・（A）	618	580	550	500	554	551	555	515	555	600	595	585
（A）のうち、利用期間が連続で30日を超えている延べ利用者数・・・（B）	1	30	31	62	58	62	0	1	30	31	62	62
開所日数（C）	31	20	31	31	29	31	30	31	30	31	31	30
平均利用者数（A/C）	19.94	29	17.74	16.13	19.10	17.77	18.50	16.61	18.50	19.35	19.19	19.50

B 空床型（空床型ショートステイ実施事業所のみ回答）

	令和5年		令和6年									
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
空床型延べ利用者数	10	15	0	0	0	0	11	12	0	0	10	10

- 2 令和5年11月から令和6年10月までの間、受入の制限等を行っていた期間があれば、その期間及び理由を記載してください。
- 例：令和6年1月10日～令和6年2月1日 新型コロナウイルス感染症流行のため。令和6年4月～ 運営状況により1ユニットを自主的に閉鎖しているため。

3 単独型・併設型ショートステイについて、令和6年の8月末、9月末、10月末時点の利用者の要介護度の内訳を記載してください。（自費利用・予防短期の利用は数に含み、退所日は除く）（空床型ショートステイのみ実施する事業所は回答不要）

	令和6年		
	8月末	9月末	10月末
要支援1	1	1	0
要支援2	0	0	1
要介護1	5	4	4
要介護2	3	2	2
要介護3	8	9	8
要介護4	2	1	1
要介護5	1	1	2
合計	20	18	18

退所日を除くため、基本的に短期定員を超えることはありません。

4 もし、ショートステイから長期床への転換を希望する場合、転換希望床数を記載してください。（希望事業者のみ回答）

※この回答をもって必ず転換できるわけではありません。

10床