

(地域密着) 介護老人福祉施設 施設長 様

熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課長

熊本地震に伴う定員超過による受入れの状況について (照会)

日頃より本県介護保険行政に御協力いただきありがとうございます。また、熊本地震の際には、被災者支援などに御尽力頂き、深く感謝申し上げます。

標記につきましては、熊本地震に伴い定員超過により受入れた災害避難者 (以下「地震特列入所者」という。)の現状について回答いただきますようお願いいたします。

なお、地震特列入所者の受入れがなかった場合もその旨回答をお願いします。

担当：介護サービス班 (096-333-2219)

【調査票】※全施設提出

提出先：平成30年度報酬改定等説明会 (3月14日(水)) 受付時に提出してください。

※3月1日現在の状況で回答ください

- 市町村：() 法人名：()
【記入者 (職・氏名)】 【電話番号】
- 熊本地震からこれまで、地震特列入所者がいましたか。 (はい→問3へ ・ いいえ→質問は終了です)
- 平成30年3月1日現在、地震特列入所者がいますか。 (はい ・ いいえ：解消時期 年 月頃)
→問4・5へ →質問は終了です
- 地震特列入所者の平成30年3月1日の状況

種別	施設名 (事業所番号)	定員	全入所者 (入院者含む)	地震特列入所者	地震特列入所者居室		地震特列入所者介護度		解消見込
					人	人	人	人	
従来型	番号 ()	人	人	人	入院者ベッド(空床利用)	人	要介護1	人、要介護2	月 頃 未定
					静養室	人	要介護3	人、要介護4	
ユニット型	番号 ()	人	人	人	ショートステイベッド	人	要介護5	人	月 頃 未定
					その他 ()	人			

5. 地震特列入所者の状況について、入所者ごとに記入してください。

	保険者 市町村	介護度	地震前の状況	地震特列入所が継続している理由及び 退所が可能になるための条件	退所等の見込	居宅介護支援 事業所のケア マネの支援
A		要介護 ()	ア 居宅に家族と生活		未定	有 ・ 無
			イ 居宅に一人で生活			
			ウ 他施設(特養)に入所			
			エ 病院に入院			
			オ その他 ()			
B		要介護 ()	ア 居宅に家族と生活		未定	有 ・ 無
			イ 居宅に一人で生活			
			ウ 他施設(特養)に入所			
			エ 病院に入院			
			オ その他 ()			

欄が足りない場合は、コピーしてご記入ください。

ご協力ありがとうございました。