令和４・５年度　ショートステイの本入所転換計画書

令和　　　年　　　月　　　日

法人所在地

法人名

代表者職氏名

**１　転換しようとする施設の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 特別養護老人ホーム | ショートステイ |
| 施設名 |  |  |
| 事業所番号 |  |  |
| 施設所在地 |  |
| 開設年月日（和暦） | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |
| 指定年月日（和暦） | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |
| ショートステイの指定状況（併設型・空床型いずれか一方又は両方に○をつけてください） |  | 単独型 ・ 併設型 ・ 空床型 |
| 現定員数 | 上段：従来型 | 人 | 人 |
| 下段：ユニット型（ユニット数） | 人（　　） | 人（　　） |
| 本入所への転換希望数 | 上段：従来型 |  | 人 |
| 下段：ユニット型（ユニット数） | 人（　　） |
| 転換後の定員数 | 上段：従来型 | 人 | 人 |
| 下段：ユニット型（ユニット数） | 人（　　） | 人（　　） |

※　転換希望数は、各施設からの申請状況により、調整させていただくことがあります。**２　転換理由等**

(1) 特別養護老人ホームに転換しようとする理由

|  |
| --- |
|  |

(2) 直近１年間（令和３年１月～令和３年12月）のショートステイの利用率

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 |
| 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ |
| ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ | 　　　％ |
|  | １年間平均 | 　　　％ |

* + 利用率＝利用者延べ人数／定員数×日数

　（利用者延べ人数・・・**退所日は含まない。**）

* + 利用者延べ人数は、**空床ショート利用者を除くこと。**
	+ 退所日及び空床利用者を除くため、利用率が100％を超えることはありません。
	+ 本市に提出している月例報告書に基づき記載を行ってください。

(3) 転換実施後の特別養護老人ホーム及びショートステイ利用希望者向け対応方針について

ア　転換後の特別養護老人ホーム利用ニーズに対する対応

(ｱ)　医療的ケアが必要な方の受け入れにあたっての今後の取組みについて具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

(ｲ)　待機者の受入れに対する取組みについて具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

イ　転換後の空床利用への取組みについて具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

ウ　その他、転換後の特別養護老人ホーム及びショートステイ利用ニーズに対応するための取組み（利用者への説明、居宅介護支援事業所や近隣施設との連携・協力等）について具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

**３　転換希望時期**

　　転換を希望する時期をご記入ください。

令和　　　　　年　　　　　月

　　※応募時期が集中した場合は事務手続きの関係上、ご希望に添えないことがあります。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| メールアドレス |  |
| ＴＥＬ | （　　　） |