**短期入所生活介護からの転床に係る協議書**

特養増床別紙３

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法人名** |  | |
| **施設名** |  | |
| **施設所在地** |  | |
| **定員** | （特別養護老人ホーム）  　　　　　　　　　　名 | （短期入所者生活介護）  名 |
| **指定年月日** | （特別養護老人ホーム）  　　　　年　　月　　日 | （短期入所者生活介護）  年　　月　　日 |

**短期入所生活介護の利用状況について（直近3ヶ月）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 9月 | １０月 | １１月 |
| 定員（a） |  |  |  |
| 平均利用者数（1日あたり）(b) |  |  |  |
| 利用率（b/a）　（％） |  |  |  |

**転換後の空床利用について、該当する項目にチェックしてください。**

□　実施する　　　　　□　実施しない

|  |
| --- |
| **転換理由について** |
| ＜短期入所生活介護からの転換理由を記載してください。＞ |
| **実施地域における短期入所生活介護のニーズについて** |
| ＜事業実施地域における短期入所生活介護の需要及び転換による影響について、その対応策（例：空床利用の有無、近隣施設の有無等）も含めて記載してください。＞ |