【地域密着型特別養護老人ホーム】　　　　　　　　（様式２）

事業計画書

|  |
| --- |
| 設置予定事業所の概要 |
|  | 名　称（仮称） |  |
| 利用定員 | 　　　　　　人　　 |
| 開設予定年月日 | 　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 法人について |
|  | 法人（個人）名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 法人の経歴 |  |
| 法人の理念 |  |
| 運　営　事　業 |  |
| 運営している介護保険事業所 | 事業所名 | サービスの種類 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 事業について |
|  | 応募動機 |  |
| 利用者確保の見込み |  |
| 事業所の運営方針 |  |
| 利用者支援の考え方及び具体的方策等 | 利用者の要介護状態の軽減等への取り組み |
|  |
| 認知症ケアに対する考え方 |
|  |
| 事故防止に対する取り組み |
|  |
| 苦情処理体制 |
|  |
| 身体拘束廃止に向けての取り組み |
|  |
| 感染症・衛生管理対策に対する取り組み |
|  |
| 設置予定地について（当てはまる□にチェック印を入れてください） |
|  | 所在地及び面積 | ＮＯ． | 所在 | 地目 | 面積（㎡） |
| ①の土地 |  |  |  |
| ②の土地 |  |  |  |
| ③の土地 |  |  |  |
| ④の土地 |  |  |  |
| ⑤の土地 |  |  |  |
| 土地権利関係（予定を含む） | ①の土地 | □自己所有　□購入予定　□賃借予定（期間　　年間） |
| ②の土地 | □自己所有　□購入予定　□賃借予定（期間　　年間） |
| ③の土地 | □自己所有　□購入予定　□賃借予定（期間　　年間） |
| ④の土地 | □自己所有　□購入予定　□賃借予定（期間　　年間） |
| ⑤の土地 | □自己所有　□購入予定　□賃借予定（期間　　年間） |
| 抵当権等の設定状況 | ①の土地 | □あり（解除見込時期：　　年　月頃）　□なし |
| ②の土地 | □あり（解除見込時期：　　年　月頃）　□なし |
| ③の土地 | □あり（解除見込時期：　　年　月頃）　□なし |
| ④の土地 | □あり（解除見込時期：　　年　月頃）　□なし |
| ⑤の土地 | □あり（解除見込時期：　　年　月頃）　□なし |
| 予定地選定理由 |  |
| 用途地域指定 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし |
| 都市計画法関係 | □市街化区域　　□市街化調整区域　　□非線引き区域　　　　　　　　　 |
| 市建築指導課との事前相談・協議：　　　月　　　日・建築指導課の回答内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 農地法関係 | □非該当□該当（市農業委員会との相談・協議：　　　月　　　日）・農業委員会の回答内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（農地転用の見込み　　年　　月頃予定） |
| 周囲の状況（当てはまる□にチェック印を入れてください） |
|  | 最寄り駅 |  |
| 接続する道路 | 敷地　　　　　側に　　　　　ｍ幅の（国・県・市）道 |
| 周囲の環境等 | ・ライフライン等について（問題なければ□にチェック印記入）□電気　□ガス　□上水道　□排水関係　・公共施設、公園、店舗等の状況 |
| 建物について（当てはまる□にチェック印を入れてください） |
|  | 区分 | □新築　　　□改築 |
| 併設予定事業所 | □あり　サービスの種類（　　　　　　　　　　　　　　　）□なし　 |
| 建物構造 | （　　　　　）造　（　　）階建□耐火建築　　□準耐火建築　　□（　　　　　　） |
| 面積 | 延べ床面積（　　　　　　）㎡、居室面積（　　　　　　）㎡※併設事業所がある場合、当該事業の占有面積（　　　　）㎡ |
| 建築単価（見込） | 　　　　　　　千円／㎡（建築費÷延床面積） |
| 所有者 | □自己所有（予定を含む）□賃借（予定含む）（契約期間　　　　　～　　　　　） |
| 事業所の特徴・特色 | 　 |
| 消防設備等の整備 | 市消防署との相談・協議：　　月　　日市消防署からの回答内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）整備する消防設備等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １室あたりの居室面積 | 　　　　　　　　㎡　　　　　　　　 |
| □10.65㎡以上あるか（収納設備は別途確保）□居室の定員は原則１人か□廊下、居間等につながる出入口があるか□他の居室と明確に区分されているか　 |
| 収納部分を除く床面積 | 　　　　　　　　㎡（うち居間・食堂の面積　　　　　㎡） |
| □居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備があるか |
| 人員の配置計画について |
|  | 施設長（管理者） | 氏名：　　　　　　　　　　　 |
| 医　　　　　師 | 氏名：　　　　　　　　　　 |
| 生 活 相 談 員 | 氏名：　 　　 資格（　　　　　　　　　） |
| 介　護　職　員 | 　　　　　　　　　名 |
| 看護職員 | 　　　　　　　　　名 |
| 栄養士 | 氏名：　　　　　　　　　 |
| 機能訓練指導員 | 氏名：　　　　　　　　　　　資格（　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員 | 氏名：　　　　　　　　　 |
| その他の職員 | 　　　　　　　　名 |
| 利用料について（当てはまる□にチェック印を入れてください） |
|  | 居住費 | 月額　　　　　　　　円（１ヶ月（３０日分として）の費用を記入） |
| 敷金 | □あり（家賃の　　か月分　　　　　　　　　　　　　　）　□なし |
| 入居時一時金 | □あり（　　　　　　円）　・算定根拠、保全措置、契約解除時の返還方法等□なし |
| 食材費 | 朝食（　　　　　　）円　　　昼食（　　　　　　）円夕食（　　　　　　）円　　　おやつ（　　　　　）円または１日（　　　　　　　）円 |
| その他の費用[入居者から一律に徴収する料金（日常生活費等）のみ記入] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 算定根拠等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| 運営について（当てはまる□にチェック印を入れてください） |
|  | 協力医療機関 | □提携予定医療機関　→・内科（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　（施設からの距離：　　ｋｍ、自動車で約　　分）　　・歯科（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　（施設からの距離：　　ｋｍ、自動車で約　　分）□未定　 |
| 他の施設との連携 | □提携予定　介護老人福祉施設（施設名：　　　　　　　　）　　　　　　介護老人保健施設・病院等（施設名：　　　　）□未定 |
| 近隣等への説明等 | 説明（予定）日：令和　　年　　月説明対象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）同意の確認：□文書　　　□その他（　　　　　　　　） |
| 家族・地域との交流方法・内容 |  |
| 市との連携・協力体制について |  |
| サービスの質の向上への取り組み（外部評価等） |  |
| 従業員の確保に向けた取り組み |  |
| 非常災害及び防災対策について |  |
| 事故発生時の対応について |  |