**地域密着型サービス　整備計画書**

(サービス種類：認知症対応型共同生活介護)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：令和　年　月　日

**Ⅰ　概　要**

**１　設置主体の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設置主体名(法人名) |  | 代表者役職・氏名 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　 |
| 連絡先 | 電話番号(携帯電話) | (　　　　　　　　　　　　　　) | FAX  |  |
| 担当者役職・氏名 |  | e-mail |  |
| 　介護保険サービスの実績(別紙可) | 居住系、施設系サービスの実績 |
| サービスの種類 | 事業所名 | 所在地 | 開設年度 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 上記を除く介護保険サービスの実績 |
| サービスの種類 | 事業所名 | 所在地 | 開設年度 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**２　事業所の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 建物概要等 | 定員 | ユニット１：　　　人 | 計：　　　人 |
| 構造 | 造　　階建 | 耐火建築物　・　準耐火建築物　・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 延床面積 | 　　1階：　　　㎡　　2階：　　　㎡　　 | 計：　　　㎡ |
| 居室 | ※以下の床面積は、内法面積・壁芯面積を記載してください。（小数点以下第二位まで） |
| １室当たりの床面積※洗面設備を含み、収納設備・トイレは除く | 　　内法面積：　　　　　　　㎡～　　　　　　㎡　　壁芯面積：　　　　　　　㎡～　　　　　　㎡ |
| 収納設備の床面積 | 　　内法面積：　　　　　　　㎡～　　　　　　㎡　 壁芯面積：　 　㎡～　　　　　　㎡　　　　　　　　　　　 |
| トイレの床面積 | 　　内法面積：　　　　　　　㎡～　　　　　　㎡　　壁芯面積：　　　　　　　㎡～　　　　　　㎡ |
| 建物外部に直接避難可能な居室数　　　　　　　階：　　　室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 階：　　　室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 階：　　　室 |
| 利用形態 | 1　自己所有　2　今後購入予定　3　賃貸　 |
| 整備形態 | 設置種別 | 単独・併設・サテライト型 | 整備方法 | 新築・改築・その他(　　　　　　　　) |
| ※併設（予定）事業所等がある場合は以下に記載し、状況が分かる図面を添付してください。 |
| サービスの種類 | 事業所名 | 定員 | 設置種別 |
|  |  | 人 | 新設・既存 |
|  |  | 人 | 新設・既存 |
| ※サテライト型の場合は、本体事業所について記載してください。 |
| 本体事業所名 | 所在地 | 本体事業所からの距離 |
|  |  | 　　　　Km　 |
| 本体事業所のユニット定員（既に別のサテライト事業所がある場合は、そのユニットも含む。） |
| ユニット１：　　　　人 | ユニット２：　　　　人 | ユニット３：　　　　人 |

**３　用地関係について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整備予定地の状況 | 整備予定地 | 上田市　 |
| 都市計画法の規制 | □都市計画区域内□都市計画区域外 |
| 敷　地　面　積 |  |
| 抵当権 | * あり　　・　　□　なし
 |
| 建ぺい率 | 　　％ | 容積率 | 　　　　％ |
| 前面道路の幅員　 | 　　　　　　　　　　　ｍ |
| 利用形態 | 1　自己所有　2　今後購入予定　3　賃借　　4　賃借予定　 |
| 土地造成 | 1　不要　　　2　造成済　　3　造成予定　 |
| 最寄りのバス停又は鉄道駅名 | バス路線又は鉄道名(　　　　　　)、バス停又は駅名(　　　　　　　)事業所までの実測距離(　　　　　　)ｋｍ、　徒歩(　　)分 |

**４　設置機器・設備等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| キッチン | ユニット１ | 対面式キッチン ( 有 ・ 無 )　　　キッチンと居間の連続性 ( 有 ・ 無 ) |
| 浴　室 |  | 浴室数 | 浴槽数 | 機械浴槽の名称・型式等(具体的に) |
| ユニット１ | 　箇所 | 個 浴 槽 ：　台 |  |
| 機械浴槽 ：　台 |  |
| 重度者の入浴への対応方法　(150字以内)  |
|  |
| トイレ | ユニット１ | 個室への設置(うち車椅子対応) | （ 有 ・ 無 ）（　　　箇所） |
| 共用部への設置(うち車椅子対応) | 箇所 （　　　箇所） |
| 洗面設備 | ユニット１ | 個室への設置(うち車椅子対応) | （ 有 ・ 無 ）（　　　箇所） |
| 共用部への設置(うち車椅子対応) | 箇所 （　　　箇所） |
| 居間及び食堂(※キッチン、廊下相当部分を除く有効床面積とすること)(※利用者と介護従事者が一同に会する十分な広さを確保すること) | ユニット１ | 居間と食堂の設置形態 | 　　( 別々に設置　・　兼用 ) |
|  |  |
| 各床面積 | 居間部分：　　　　　　　㎡食堂部分：　　　　　　　㎡ |
| 交流スペース | 地域との交流スペースの有無　　　(有の場合、その床面積) | 各床面積　　　　㎡ |

**５　資金計画について**

|  |  |
| --- | --- |
| 総　事　業　費 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)千円 |
| 基盤整備補助金希望額 | 地域密着型サービス等整備助成事業(　　　　　　　　　　　　)千円 |
| 介護施設等の施設開設準備経費支援事業　　　　(　　　　　　　　　　　　)千円 |

※補助希望額は、「上田市介護保険関連サービス基盤整備補助金交付基準」に適合する場合に限る。

《事業費等内訳》　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(単位：千円)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業費 | 事業に係る財源内訳　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 金　額 | 基盤整備補助金 | その他補助金 | 福祉医療機構借入 | 金融機関借入 | 自己財源 | その他 |
| 建設費 |  |  |  |  |  |  |  |
| 設備費 |  |  |  |  |  |  |  |
| 用地費 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備品購入費 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 総事業費 |  |  |  |  |  |  |  |

**６　介護保険対象外の利用者負担(居住費等)**

|  |  |
| --- | --- |
| 居住費 | 月　　額：　　　　　　円 |
| 　　内訳　　室料：　　　　　　円　　　光熱水費：　　　　　　円 |
| 食材料費 | ※月額設定の場合　　　月額：　　　　　　　円 |
| ※日額設定の場合　　　日額：　　　　　　　円　　30日換算：　　　　　　　　円内訳　　朝食：　　　円　　昼食：　　　円　　おやつ：　　　円　　夕食：　　　円 |
| その他費用 |  | 　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　円 |
|  | 　　　　　　　　円 |

《居住費の積算根拠》　(300字以内)

|  |
| --- |
|  |

《食材料費の積算根拠》　(300字以内)

|  |
| --- |
|  |

《その他の費用の積算根拠》　(300字以内)

|  |
| --- |
|  |

**７　職員体制等**

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | ※どのような人を想定しているか、どのような責務を担うか(過去の介護経験等、特定の者が内定している場合は、経歴書を添付) |
| 計画作成責任者 | ※どのような人を想定しているか(過去の経験等)、いずれかに〇をしてください看護師、介護福祉士、医師、保健師、準看護師、社会福祉士、介護支援専門員、その他 |
| 看護職員 | 看護師　　　人・　准看護師　　　人 |
| 機能訓練指導員 | ※どのような体制を想定しているか |
| 栄養士 | ※どのような体制を想定しているか |
| その他の従業員 | ※具体的に記載してください |
| 介護従事者 | 事業所全体の人数（実数）：　　　　人　　　　　 （内訳　常勤 ：　　　人　　非常勤：　　　人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １日あたりの職員数 | 日中の時間帯（ ： ～ ： ）(常勤換算・小数点第２位以下切捨) | 夜間及び深夜の時間帯(実数) |
| ユニット１ | 　　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　人 |

※どのような人を想定しているか (確保の見込み・資格の有無、過去の介護経験等) |
| 協力医療機関、介護保険施設等との連携・支援体制確保の状況 | 協力医療機関、介護保険施設等の名称 | 診療科目等 | 法人名 |
|  |  |  |
| 具体的な連携・支援内容 |  |
| 協力医療機関等との実測距離 | 当該事業所から　　　　　　　　　　ｋｍ |
| 協力医療機関、介護保険施設等名 | 診療科目等 | 法人名 |
|  |  |  |
| 具体的な連携・支援内容 |  |
| 協力医療機関等との実測距離 | 当該事業所から　　　　　　　　　　ｋｍ |
| 上記以外で予定している施設等 | 協力医療機関、介護保険施設等名 | 診療科目等 | 法人名 |
|  |  |  |
| 具体的な連携・支援内容 |  |
| 協力医療機関等との実測距離 | 当該事業所から　　　　　　　　　　ｋｍ |

**Ⅱ　事業運営**

**１　応募動機について**

|  |
| --- |
| 認知症対応型共同生活介護を運営する目的、理念、基本方針（字数制限なし、別紙可） |

**２　介護方針・運営方針**　下記項目について箇条書きにしてください**（※について具体的に記載してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **介　護　方　針** | **介護方針** |
| ①食事について（※食事作りでの工夫、量・栄養バランスの配慮、個別の体調・生活習慣等を尊重した食事の提供が可能か） |
|  |
| ②入浴について（※利用者の希望や体調に合わせた入浴が可能か。職員の付き添い、介助による個別入浴が可能か） |
|  |
| ③排泄について（※排泄の自立への取組、排泄パターン把握、トイレ誘導等） |
|  |
| ④外出の機会の確保について（※買い物や外食、地域行事への参加、散歩等） |
|  |
| ⑤医療機関との連携、看取りに対する考え方（※主治医、医療機関との情報共有、急変時の体制等） |
|  |
| ⑥家族、地域との交流について（※外部ボランティア受け入れ、家族会との情報共有、運営推進会議の開催方法や活用方法等） |
|  |
| **運営方針****運　営　方　針** |
| ⑦利用者の権利擁護・虐待防止について（※苦情対応、具体的な防止・対応方策） |
|  |
| ⑧緊急時及び非常災害時への対応（※連絡体制、食糧等の備蓄、避難訓練実施、地域との協力体制） |
|  |
| ⑨衛生管理に対する考え方(※感染症・食中毒発生防止策及び発生時のマニュアル作成、職員研修等) |
|  |
| ⑩法令遵守に関する考え方について (※法令遵守のためのマニュアル策定や、法令遵守責任者の配置、研修の実施などの取り組み) |
|  |

**３　職員体制について**　　下記項目について箇条書きにしてください**（※について具体的に記載してください）**

|  |
| --- |
| ①職員の採用及び離職防止についての方針（※採用・配置、メンタルヘルス、労災防止への取組等） |
|  |
| ②職員の資質向上についての方針（※職員研修体制、資格取得支援等） |
|  |

**４　立地・建物設備について**　下記項目について箇条書きにしてください

|  |
| --- |
| 土砂災害警戒区域について（該当する箇所にチェックしてください）　□該当する　　□該当しない |
| 浸水想定区域について（該当する箇所にチェックしてください）　□含まれる　　□含まれない |
| 立地・建物設備の特色 |  |  |

**５　地域住民等との調整**

|  |  |
| --- | --- |
| 地域住民との話し合いの経過及び現在の状況 | 整備予定地の近隣住民への説明状況 |
| ・自治会長への対応（該当に〇をしてください。）1　応募同意書受領　2　説明済　3　今後説明予定　・隣地土地所有者への対応（該当に〇をしてください。）1　応募同意書受領　2　説明済　3　今後説明予定　 |
| 特記事項（上記の状況を踏まえ、経過等記載して下さい。） |
|  |

**※記入に当たっての注意事項など**

１　記入事項の説明に関して、貴法人で作成したパンフレットや資料があれば添付してください。

２　現時点で記入可能な事項を正確に記入してください。必要に応じて行を追加してください。