**地域密着型サービス　整備計画書**

　(サービス種類：看護小規模多機能型居宅介護)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 登録定員(　　　)人、利用定員(通いサービス(　　　)人、宿泊サービス(　　　)人) | | | | | | | | | | |
| 構造 | 造　　階建 | | | | | 耐火建築物　・　準耐火建築物　・  その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 延床  面積 | (　　　　)階(　　　　　)㎡、(　　　　)階(　　　　　)㎡、  (　　　　)階(　　　　　)㎡ | | | | | | | | | 合　　計  (　　　　　)㎡ | |
| 居間 | 面積 内法　　　　㎡・壁芯　　　㎡(利用者及び従業者が一堂に会するに十分な広さを確保すること) | | | | | | | | | | |
| 食堂 | 面積 内法　　　　㎡・壁芯　　　㎡(利用者及び従業者が一堂に会するに十分な広さを確保すること) | | | | | | | | | | |
| 宿泊室 | 面積 内法　　　　㎡・壁芯　　　㎡(7.43㎡以上。利用者のプライバシーが確保されたものであること) | | | | | | | | | | |
| 整備形態 | 設置  種別 | | 単独・併設 | | | 整備方法 | | 新築 ・ 改築 ・ その他（　　　　　　　） | | | | |
| 併設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。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所  種類 | |  | 事業  所名 |  | | | | 定員 | (　　)  人 | | 新設・既存 |
| 事業所  種類 | |  | 事業  所名 |  | | | | 定員 | (　　)  人 | | 新設・既存 |

　※床面積は、内法及び壁芯で計測した面積を併記してください。

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居間及び食堂 | 居間及び食堂の別　(　別に設置　・　同一の室内　) | |
| 面積　　　別に設置の場合　(居間：　　　　　㎡、　食堂：　　　　　㎡)  　　　　　同一の室内の場合(　　　　　　　　㎡) | |
| 宿泊室 | 宿泊室の数(　　　　　室)、うち個室の数(　　　　　室)、個室以外の数(　　　　　室)  個室の床面積(　　　　　　　　㎡)、(　　　　　　　　㎡)、(　　　　　　　　㎡)  個室以外の場合のプライバシー確保の方法  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 浴室 | 浴室の数(　　　　　箇所)、床面積(　　　　　　　　㎡)  (※機械浴槽等を設置する場合は、その名称等)  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| トイレ | 箇所数(　　　　　)箇所、面積(　　　　　　　　㎡)  　うち車椅子対応(　　　　)箇所 | |
| 交流スペース | 地域との交流スペースの有無  　　　(有の場合、その面積) | ( 有 ・ 無 )  　(　　　　　　　　　㎡) |

**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)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宿泊に要する費用 | | １泊　　　　　　円 | |
| 食　費 | | 朝食(　　　　　　　　円)　　　昼食(　　　　　　　　円)  　夕食(　　　　　　　　円)　　　おやつ(　　　　　　　円) | |
| その他費用 |  | | 円 |
|  | | 円 |
|  | | 円 |
|  | | 円 |
|  | | 円 |

《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) | | |
| 介護支援専門員 | ※どのような人を想定しているか(過去の経験等) | | |
| 介護職員及び  看護職員の配置  状況 | ※配置人数(常勤換算、小数点第２位以下切捨)  　事業所全体の人数(　　　　)人  　(1) 夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯(　　　　)人  　(2) (1)のうち通いサービスに当たる者 (　　　　)人  　(3) (1)のうち訪問サービスに当たる者 (　　　　)人  　(4) 夜間及び深夜の時間帯　　　　　　(　　　　)人  　(5) 宿直業務に当たる者　　　　　　　(　　　　)人  　(6) (1)～(5)のうち常勤の職員　　　　(　　　　)人  　(7) (1)～(5)のうち常勤の保健師又は看護師(　　　　)人  　(8) (1)～(5)のうち保健師、看護師又は準看護師(以下「看護職員」)(　　　　)人  　(9) (1)～(5)のうち通いサービス及び訪問サービスの提供に当たる看護職員(　　　　)人 | | |
| ※看護職員は、どのような人を想定しているか(資格の有無、過去の介護経験等) | | |
| その他の従業員 | ※具体的に記載してください | | |
| 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、介護保険施設等名 | 診療科目 | 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　　　　　　　　㎞ | |

**Ⅱ　事業運営**

**１　応募動機について**

|  |
| --- |
| 看護小規模多機能型居宅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**（※がある項目は、※について具体的に記載してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **介　　護　　方　　針** | ①提供サービス内容について、心身の維持回復・生活機能の維持又は向上に重視した点 |
|  |
| ②利用者に対する身体拘束防止に向けた取り組み |
|  |
| ③主治医、医療機関との情報共有・休日夜間等の急変時の協力体制について |
|  |
| ④家族との連携について（※入居者の介護・処遇について、家族との報告・連絡・相談等をどのように行っていくか） |
|  |
| ⑤退院直後の在宅復帰のために実施している家族への支援について |
|  |
| ⑥本人や家族の意向による看取りの支援について |
| **介　　護　　方　　針** |
| ⑦運営推進会議等の実施・外部評価について |
|  |
| ⑧家族・地域住民等との交流の場や機会の提供 |
|  |
| ⑨地域住民やボランティア団体等の資源を活用 |
|  |
| ⑩地域の拠点として、積極的な広報・啓発活動について |
|  |
| **運　営　方　針** | ⑪利用者の権利擁護・虐待防止について（※苦情対応、具体的な虐待防止・対応方策） |
|  |
| ⑫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） |
|  |
| ⑬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） |
|  |
| ⑭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**（※がある項目は、※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、キャリアパスの仕組み） |
|  |

**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**（※については具体的に記載してください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | （※バリアフリー配慮、消防設備設置、利用者のプライバシーに配慮） |

**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。