

様式2

地域密着型サービス開設計画書

1 設置主体の概要

法人名		代表者名	
	〒		
T E L		F A X	
主たる業種		設立年月日	年 月 日
高齢者保健福祉事業等における指定事業・施設名称, 事業運営実績等			

担当者連絡先

担当部署名		担当者氏名	
T E L		F A X	
メール アドレス			

2 事業主体の概要

事業所名 (仮称でも可)	
設置予定地	中津川市
併設施設	

3 事業の目的及び運営の方針

(1) 地域密着型サービス開設の趣旨・理念について

(2) 目指している地域密着型サービスのあり方や生活支援のあり方について

(3) 認知症高齢者の現状と課題，権利擁護と尊厳保持に対する考え方について

(4) サービスを提供するにあたって，利用者とその家族及び事業所との関わりを具体的にどのように図っていくか。

(5) (看護) 小規模多機能型居宅介護開設申請者のみ記入してください。
「通所」「宿泊」「訪問」の3種類のサービスがあるが，利用者の24時間，365日の在宅生活を支えるにあたって，3種類のサービスを具体的にどのように組み合わせて提供していくか。

(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護開設申請者のみ記入してください。
提供サービスの具体的な取組予定（アセスメント・サービス提供方法等）について具体的に記入してください。

4-3 建物の概要（認知症対応型通所介護）

	建設着工（予定）時期 開設（予定）時期	年 月 年 月
	敷地の所有関係（ 1 自己所有地 2 借地 3 買収(予定地) の別） 敷地面積_____m ² 施設の所有関係（ 1 自己所有 2 借家 3 買収(予定) の別） 施設整備の区分 創設・増築・拡張・その他（ ） （ ）造（ ）階建 延床面積_____m ² 施設設置の区分（ 1 単独型 2 併設型 3 共用型 の別） 建物の形態， 構造，面積等 （予定）	
<p>(1) 食堂_____m² 機能訓練室_____m² 合計した面積÷通いサービスの利用定員 = (_____ m²) > 3 m² <input type="checkbox"/> ←食堂と機能訓練室が同じ部屋の場合はチェックしてください。</p> <p>(2) 静養室_____m² ⇒ プライバシー確保の方法 (_____)</p> <p>(3) 相談室_____m² ⇒ プライバシー確保の方法 (_____)</p> <p>(4) 台所_____m² (5) 浴室_____m² (6) トイレ (_____ か所) 車いす利用トイレ (有・無) (7) その他 (_____)</p>		
<p>快適な利用環境や有効な機能訓練に資する設計上の工夫や、周囲の環境や地域になどに配慮する点について</p>		

③介護支援専門員等 氏名	専従・兼務の別 (専従 ・ 兼務) 兼務の場合 ⇒①当該事業所の他の職務に従事 (職務 _____) ②事業所に併設する事業所の職務に従事 (兼務する施設名 _____ 職務 _____) ※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設、地域密着型老人福祉施設、 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかの施設に限る)
	認知症高齢者のケアの経験年数 (年 月)
	認知症介護に関する研修の受講歴 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講済 ・ 未受講 認知症介護実践者研修 受講済 ・ 未受講 認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済 ・ 未受講
	上記の研修のほかに受講した研修名
	特記すべき事項 (その他地域における社会貢献等)
④その他の従業者	従業者総数 実人数 _____ 人 (内訳) 常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 ア 介護職員 実人数 _____ 人 (常勤換算人数 _____ 人) (内訳) 常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 うち、介護福祉士 _____ 人 { その他の資格者 _____ 人 } 資格名: _____ イ 保健師・看護師 実人数 _____ 人 (常勤換算人数 _____ 人) (内訳) 常勤職員 _____ 人 非常勤職員 _____ 人 ウ 准看護師 実人数 _____ 人 (常勤換算人数 _____ 人) (内訳) 常勤職員 _____ 人 非常勤職員 _____ 人
	介護・看護職員 日中勤務 _____ 人 (通い _____ 人, 訪問 _____ 人) 夜間勤務 _____ 人
	認知症介護に関する研修の受講歴 認知症介護実務者研修 (基礎課程) 受講済者 _____ 人 (専門課程) 受講済者 _____ 人 上記の研修のほかに受講した研修名 (_____) 受講済者 (_____) 人
	特記すべき事項 (その他地域における社会貢献等)

5-2 職員の概要（地域密着型通所介護）

（予定者があれば記入してください。）

<p>①管理者 氏名 _____</p>	<p>専従・兼務の別 （ 専従 ・ 兼務 ） 兼務の場合 ⇒①当該事業所の他の職務に従事（職務_____） ②他の事業所（併設を含む）の職務に従事 （兼務する施設名_____ 職務_____）</p> <hr/> <p>資 格</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>特記すべき事項（その他地域における社会貢献等）</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>②その他の従業者</p>	<p>従業者総数 _____人 （内訳）常勤職員 _____人 非常勤職員 _____人 ア 生活相談員 実人数 _____人 （常勤換算人数 _____人） { うち、社会福祉士 _____人 { その他の資格者 _____人 資格名： _____ } } ※任用資格を含む</p> <p>イ 機能訓練指導員 実人数 _____人 （常勤換算人数 _____人） 資格名： _____ _____</p> <p>ウ 介護職員 実人数 _____人 （常勤換算人数 _____人） { うち、介90護福祉士 実人数 _____人（常勤換算人数 _____人） { その他の資格者 実人数 _____人（常勤換算人数 _____人） 資格名： _____ } } _____</p> <p>エ 看護職員（看護師または准看護師等） 実人数 _____人 （常勤換算人数 _____人）</p> <hr/> <p>特記すべき事項（その他地域における社会貢献等）</p> <hr/> <hr/> <hr/>

②その他の従業者	<p>【単独型・併設型】</p> <p>従業者総数 _____人</p> <p>(内訳) 常勤職員 _____人 非常勤職員 _____人</p> <p>生活相談員 実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人)</p> <p> { うち、社会福祉士 _____人 { その他の資格者 _____人 資格名： _____ ※任用資格を含む } } </p> <p>イ 機能訓練指導員 実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人)</p> <p>資格名： _____</p> <p>_____</p> <p>ウ 介護職員 実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人)</p> <p> { うち、介護福祉士 実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人) { その他の資格者 実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人) 資格名： _____ } } </p> <p>エ 看護職員 (看護師または准看護師等)</p> <p>実人数 _____人 (常勤換算人数 _____人)</p>
	<p>【共用型】</p> <p>介護職員 常勤換算人数 _____人</p> <p> { うち、介護福祉士 常勤換算人数 _____人 { その他の資格者 常勤換算人数 _____人 資格名： _____ } } </p> <p>_____</p>

8 資金計画について

(1) 施設整備費等

土地購入費 _____ 円
 新築, 改修費等 _____ 円
 備品等購入費 _____ 円
 合 計 _____ 円

(2) 施設整備費の資金内訳

資金内訳

自己資金 _____ 円
 借入金 _____ 円 (借入予定銀行等: _____)
 その他 (_____) _____ 円
 合 計 _____ 円

(3) 借入金について (借入金を予定している場合のみご記入ください)

償還 年次	償還額 (単位: 円)			左に対して, 予定している返還財源 (償還期間: _____ 年)
	元金	利子	合計	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11以降				
合計				

9 非常時の対応について

(1) 消火設備, その他非常災害用に設置する設備

(2) 非常災害時の関係機関への通報, 連絡体制

(3) その他防災に関する方策について

10 その他

(1) 家族の会等の有無 予定 (有 ・ 無)

(2) 家族の面会時間の設定の有無 予定 (有 ・ 無)

(3) 施設開設にあたって, 地域住民に対してどのように説明を行っていくか。

(4) 地域との交流（具体的な方法）について

(5) 地域の医療機関との連携について（具体的な連携をどのように考えているか。）

- ・協力医療機関名 ()
- ・協力歯科医療機関名 ()

(6) 市へのかかわり方について（市への情報提供および連携体制の確保等について）

(7) サービス提供時に発生する事故の対応と事故防止に関する方策について

(8) 衛生管理に関する方策について

(9) 苦情処理体制に関する方策について

(10) 個人情報保護に関する方策について

(11) その他独自の方策（定期巡回・随時対応型訪問介護看護開設申請者は、利用者との通信機器等の内容について記入してください。）

(12) 施設見学等について（設立準備に当たり見学された所がありましたら記入してください。）

※1 4施設とは、地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、認知症対応型共同介護事業所、介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所であるものに限る。）を指す。

◎ 記入欄は、適宜広げたり別添を利用するなどしてもかまいません。