（様式２）

事業計画書

１　法人・施設に関する基本情報

（１）法人概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代　表　者 |  |

（２）事業所概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| サービス種別 |  | |
| 所在地 |  | |
| 施設長氏名 |  | |
| 定員 |  | |
| 利用者数 |  | |
| 居室形態  ※施設系事業所の場合、居室形態ごとの定員を記入してください。 | ユニット型 | 人 |
| 多床室 | 人 |
| 従来型個室 | 人 |

（３）現在の施設の状況（R7.8.1現在）

①利用者　※施設系事業所の場合のみ必ず記入　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要支援 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 |
| 人　　数 |  |  |  |  |  |  |  |

②施設の特徴

|  |
| --- |
| ※現在の施設利用者の特徴等を、具体的に記載してください。 |

③職員配置状況（常勤換算人数）　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設長（管理者） |  | 介護支援専門員 |  |
| 介護職員 |  | 医師 |  |
| 看護職員 |  | 栄養士 |  |
| 生活相談員 |  | 機能訓練指導員 |  |
| 作業療法士 |  | 理学療法士 |  |
| 言語聴覚士 |  |  |  |
| 計 |  |

※必要に応じて行を追加してください。

２　申請に当たっての確認

（１）申請内容

伴走支援のみ　モデル事業のみ　伴走支援又はモデル事業(※)

※「伴走支援又はモデル事業」：まずはモデル事業所としての審査を行い、選定されなかった場合に伴走支援先として審査いたします

（２）申請の目的や目標

|  |
| --- |
| ※現在抱える課題を踏まえ、申請の目的を具体的に記載してください。 |

（３）本事業の「「介護生産性向上基礎セミナー」（8月7日開催）の受講者について

|  |
| --- |
| ※セミナー受講者の所属・役職・参加者名記載してください。（2名以上の場合は、3）以降を追記してください） |

（４）今回の研修あるいは伴走支援の参加に当たり、施設長や所長の協力を得ていますか

|  |
| --- |
| ※質問（３）にて施設長や所長の参加がある場合は、当質問の回答は不要です。 |

（５）本事業を運営管理していく際の管理・実施体制

|  |
| --- |
| ※本事業の運営に当たって、どのような体制（プロジェクトチームの体制）を予定しているか、具体的に記載してください。 |

（６）介護事業所の将来像

|  |
| --- |
| ※業務改善という観点から、今後の介護施設の目指す姿をどのように考えるか具体的に記載してください。 |

（７）介護ロボット及びＩＣＴの活用及び普及啓発への取組について

|  |
| --- |
| ※これまでに介護ロボット及びＩＣＴを導入した実績がある場合は、その機器名や活用状況（効果を含む。）等を記載してください。（ない場合は、介護ロボット及びＩＣＴへの考え方などを記載してください。） |
|  |
| ※モデル事業所を希望する場合は、本事業の成果を県内の介護事業所へ普及する際の心構えを記載してください。 |
|  |
| ※生産性向上推進体制加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定実績について記載してください。算定していない場合は、算定に向けた準備状況について記載してください。 |
|  |

（８）介護ロボットの導入、外国人介護人材や介護助手の活用など関連する取組の実施実績がある場合は、以下に記載してください。

|  |
| --- |
| ※取組の概要を、テーマごとに簡単に記載してください。 |

以上