（様式第７号）

事業所運営の基本的な考え方

|  |
| --- |
| ①介護保険サービス事業を運営するに当たっての理念、基本方針等  ②定期巡回・随時対応型訪問介護看護を運営するに当たっての理念、基本方針、応募動機等（福祉分野への貢献に対する法人の考え方等、この地域に整備する目的・理由） |

（様式第８-１号）

事　業　計　画

事業所の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（仮称） |  | | |
| サービスの種類 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | |
| 事業開始予定 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 事業所の形態 |  | | |
| 選択した理由 |  | | |
| 連携する訪問看護事業所  （連携型の場合のみ記載） | 事業所名 | | 連携に係る契約 |
| 1 |  | 1　契約済み  2　契約予定 |
| 2 |  | 1　契約済み  2　契約予定 |
| 予定利用者数 | 人 | | |
| 利用者確保への取り組み |  | | |
| 事業に必要な機器の  確保状況  (利用者情報等を蓄積する機器及び利用者からの通報を受ける通信機器の概要等) |  | | |

（様式第８-２号）

職　員　雇　用　計　画

【管理者予定者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業所勤務経験 | | 年　　　　月 |
| 管理者経験 | | （　　年　　月） |
| 兼務 の 有無 | 事業所内従業者 | （職種：　　　　　） |
| 他事業所従業者 | （職種：　　　　　） |

【従業者の職種・員数】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ｵﾍﾟﾚｰﾀｰ | | 訪問介護員等 | | | | 看護職員  (一体型のみ) | | うち計画　作成責任者 | |
| 定期巡回ｻｰﾋﾞｽ | | 随時訪問ｻｰﾋﾞｽ | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格 | オペレーター  ①医師（　　人）　　 ②保健師（　　人）　③看護師（　　人）  ④准看護師（ 　人）　⑤社会福祉士（　　人）⑥介護福祉士（　 人）  ⑦介護支援専門員(　人)⑧経験年数３年以上のｻｰﾋﾞｽ提供責任者(　　人) | | | | | | | | | | |
| 訪問介護員等  ①介護福祉士（　人）②訪問介護員(基礎研修　　人,１級　人,２級　人)  ③その他（　　　　　　　　　）（　　人）  上記以外に、訪問介護事業所への業務委託で確保する  訪問介護員等の人数（　　人） | | | | | | | | | | |
| 看護職員（連携型事業所は連携先の状況）  ①保健師（　　人）　 ②看護師（　　人）　 ③准看護師（　 人）  ④理学療法士（　 人）⑤作業療法士（ 　人）⑥言語療法士（ 　人） | | | | | | | | | | |
| 計画作成責任者  ①医師（　　人） ②保健師（　　人） 　③看護師（　　人）  ④准看護師（　　人）⑤社会福祉士（ 　人）　⑥介護福祉士（　　人）  ⑦介護支援専門員（　　人） | | | | | | | | | | |

（様式第８-３号）

管　理　者　経　歴　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | T・S・H |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 住　所 | （郵便番号　　　-　　　　　） | | 電話番号 |  |
| 主　な　職　歴　等 | | | | |
| 年 月～ 年 月 | | 勤務先等 | | 職務内容 |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| 職務に関連する資格 | | | | |
| 資格の種類 | | | 資格取得年月日 | |
|  | | |  | |
| 備考（研修等の受講の状況等） | | | | |

※　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

※　研修等の受講実績がある場合は、修了証の写し等、研修の受講が確認できるものを添付してください。

※　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。（様式第８-４号）◎

オ ペ レ ー タ ー 経 歴 書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | | |  | | | |
| １ | フリガナ |  | | | 資格 |  |
| 氏名 |  | | |  |  |
| オペレーター業務に係る主な経歴 | | | | | |
| 年　月～　年　月 | | | 勤務先等 | | 職務内容 |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 地域保健や高齢者保健福祉に関する実務経験があれば具体的に記載してください。 | | | | | | |
| ２ | フリガナ |  | | | 資格 |  |
| 氏名 |  | | |  |  |
| オペレーター業務に係る主な経歴 | | | | | |
| 年　月～　年　月 | | | 勤務先等 | | 職務内容 |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 地域保健や高齢者保健福祉に関する実務経験があれば具体的に記載してください。 | | | | | | |

※　欄が不足する場合は、適宜追加してください。

（様式第９-１号）

収支計画書（開設から３年分）　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | １年目 | ２年目 | ３年目 | 備考(利用予定人数等) | | |
| 収  入 | 介護保険報酬  (要介護１、本人負担含) |  |  |  | １年 | ２年 | ３年 |
| (要介護２、 　〃　 　) |  |  |  |  |  |  |
| (要介護３、 　〃　 　) |  |  |  |  |  |  |
| (要介護４、 　〃　 　) |  |  |  |  |  |  |
| (要介護５、 　〃　 　) |  |  |  |  |  |  |
| 利用者実費負担 |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| 収入計（Ａ） | |  |  |  |  | | |
| 支  　　　出 | 人件費 |  |  |  |  | | |
| 光熱水費 |  |  |  |  | | |
| 委託料 |  |  |  |  | | |
| 支払利子 |  |  |  |  | | |
| 借入金返済 |  |  |  |  | | |
| 事務所経費等 |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| 支出計（Ｂ） | |  |  |  |  | | |
| 収支差額(Ｃ＝Ａ－Ｂ) | |  |  |  |  | | |
| 前年度繰越金（Ｄ） | |  |  |  |  | | |
| 翌年度繰越金(Ｃ＋Ｄ) | |  |  |  |  | | |

※　必要に応じて項目を追加してください。

※　施設整備費は含みません。

※　福利厚生費については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の会計とは別に母体法人で負担する場合は、その旨を記載してください。

※　借入金がある場合、４年目以降は別葉とし、借入金元金の返済が終了するまでの期間について作成してください。

※　併設するサービスがある場合は、それぞれのサービスごとに作成の上、施設全体の収支計画書を作成してください。

※　人件費、事務所経費等の積算根拠を記載してください。

（様式第９-２号）

開設資金計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総事業費（千円） | | 資金調達計画（千円） | |
| 土地取得費 |  | 自己資金 |  |
| 設計監理費 |  | 寄付金 |  |
| 建築工事費 |  | 借入金 |  |
| 外構工事費 |  |  |  |
| 敷地造成費 |  |  |  |
| 設備（備品）費 |  |  |  |
| その他設備費 |  |  |  |
| 運転資金 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  | 合　　計 |

※　本公募の事業に係る費用を記載してください。（該当がない場合は０を記載）

※　預金残高証明書を添付してください。（写し可）

※　運転資金及び自己資金には、借入金は含みません。

※　寄付金を計上する際には、贈与確約書を添付してください。（写し可）

資金の借入先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 借入先 | 借入金額（円） | 資金の使途 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

※　融資確約証明書（写し可。ただし原本証明が必要）を添付してください。

※　借入先ごとの借入金の償還（返済）計画書を添付してください。

(様式第１０－１号)

事 業 所 配 置 計 画 等

1. 事業計画の概要（□は該当するものとして☑としてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 計画場所 |  |
| 事業計画 | １．着工　令和　　年　　月　　日  ２．竣工　令和　　年　　月　　日  ３．開設　令和　　年　　月　　日 |
| 整備予定地 | １.合計地積（公簿）　　　　㎡（地目：　　　）  ２.確保の方法　（　　　千円）  ３.確保の形態　（　　）  ４.取得(予定)令和　　年　　月（）  （自己所有以外の場合）  ５.賃借契約期間　令和　　年　　月～令和　　年　　月 |
| 建物の構造等 | １.  ２.構　造　 　造　階建て()  ３.延床面積　　　　　㎡ |
| 併設サービス等 | 1. サービスの種別   ２.規模 |

②　土地・建物の登記事項証明書（全部事項証明書）及び公図の写し

　（ただし新設の場合は土地のみで可）

　（別添のとおり）

③　売買（予約）契約書の写し、借地（予約）契約書の写し、贈与確約書の写し等用地の確保が確認できるもの

　（別添のとおり）

(様式第１０－２号)

④　整備予定地の抵当権設定一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 地目 | 地積(㎡) | 所有者 | 抵当権  の状況 | 抹消の方法 | 抹消の  時期 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※　事業の安定性、持続性を確保する観点から、抵当権の抹消方法及び時期については、明確に記載してください。

⑤　建物の配置図

　・　位置図（付近見取図）（Ｓ：1/500程度）

　・　建物平面図及び立面図◎

　　　（別添のとおり）

⑥　近隣住民等に対する説明会の計画書◎

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 説明日時 | 相手方 | 説明内容 |
|  |  |  |

※　記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

※　整備予定地の近隣住民や地権者、自治会又は町内会等を対象に説明会を行い、可能な限り説明会に使用する予定の資料などを添付してください。

(様式第１２－１号)

介護サービスの質の向上について

①　職員研修計画、職員の育成及び雇用の安定を図るための方策について

|  |
| --- |
| （職員研修の内容等、具体的に記載してください） |

②　適切なサービスの提供

|  |
| --- |
| （適切なサービスを行うための取組について、具体的に記載してください） |

③　医療との連携・看取りについて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （重度利用者への対応、看取りについての取組、協力医療機関等） | | |
| 体制整備について | | |
| ・緊急時訪問看護加算 |  |  |
| ・特別管理加算 |  |  |
| ・ターミナルケア加算 |  |  |

※　（□は該当するものを☑としてください）

※　欄が不足する場合は、適宜追加してください。

(様式第１２－２号)

④　利用者等の苦情処理体制・個人情報の保護・安全対策・緊急時の対応等

|  |
| --- |
| １　苦情処理体制について |
| ２　個人情報保護について |
| ３　事故発生時の対応について |
| ４　緊急時の対応について |

(様式第１３号)

介護・医療連携推進会議

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　利用者の家族及び地域との連携  　（地域の医療関係者、地域包括支援センターや地域のケアマネージャーと  の連携の図り方等）  ②　介護・医療連絡推進会議  設置見込み時期  　令和　　年　　月  構成員（予定）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 分野 | 人数 | 役職 | | 利用者又は利用者の家族 | 名 |  | | 地域の医療関係者 | 名 |  | | 地域住民の代表者 | 名 |  |   ※　民生委員、老人クラブの代表等の役職を記載してください。 |

※　欄が不足する場合は、適宜追加してください。