（様式２）

事業計画書（施設版）

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）施設概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設　名 |  | |
| 施設種別 |  | |
| 施設所在地 |  | |
| 施設長氏名 |  | |
| 定　　　員 |  | |
| 居室形態  ※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（R6.5.1現在）

　　①利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 |  |
|  |  |  |  |
| 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

　□研修受講のみ　□研修受講および伴走支援事業　□どちらでもよい

（２）申請の目的

|  |
| --- |
| ※研修受講および伴走支援事業所申請の目的を具体的に記載してください。 |

（３）本事業の「介護事業所の業務改善研修」受講者について

|  |
| --- |
| ※研修受講者の所属・役職・参加者名記載してください。 |

（４）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、どのような体制を予定しているか、具体的に記載してください。 |

（５）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。 |

（６）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。） |
|  |
| ※伴走支援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。 |
|  |