（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（R7.7.15現在）

　　①利用者　※施設系事業所の場合のみ記入　　　　　　　　　　　　　（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

研修プログラムのみ　研修プログラム＋伴走支援プログラム　どちらでもよい

（２）申請の目的

|  |
| --- |
| ※研修プログラムおよび伴走支援プログラム申請の目的を具体的に記載してください。 |

（３）本事業の「働きやすい職場づくりに向けた業務改善研修プログラム」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）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。） |
|  |
| ※伴走支援プログラムを希望する場合は、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。 |
|  |