**（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業計画書**

（協議様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の概要 | 【協議者】  主たる事務所の所在地法人名称  代表者の氏名 | （〒 　 －　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の連絡先 | 電話 | | （　　　　） | | | | | | | | FAX | | （　　　　） | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 事　業　の　概　要 | 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒 　 －　　　）  **吹田市** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ユニット数・利用定員  （推定数） | 共同生活住戸数 | | | | 戸 | | | 住戸①利用者数（推定数） | | | | 人 | | 住戸②利用者数（推定数） | | | 人 |
| 住戸③利用者数（推定数） | | | | 人 | | 住戸④利用者数（推定数） | | | 人 |
| 利用定員  （推　定　数） | | | | | | 要介護者　　人 | | | 要支援者　 　人 | | | | | 合　計 | 人 | |
| 施　設　等　の　概　要 | 土地・建物等の面積 | 敷 地（ 　　 ）㎡ 　　・　　延べ床面積（ 　　　 ）㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設建物の構造 | （ 　　　 ）造 （ 　　 階建ての 　　 階部分）  ※既存建物の場合は、築年及び建築申請時の用途（ 年築：　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物工事区分 | | | | | 新築　・　改修 | | | | | | | | | | | |
| 建物権原 | | | | | 法人所有　・　賃貸借使用 | | | | | | | | | | | |
| 耐火構造物、準耐火構造物等の別 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 主たる各部屋の面積 | 1. 居室（　　　　　）㎡～（　　　　　）㎡　　　　　　　　室   　　　居室の定員・・（　全室個室　・　一部個室　・　全室複数人室　）   1. 食堂・居間 （ 　 ）㎡ 2. 浴室 （一般浴室 　 ）㎡ （機械浴室 　 ）㎡ 3. 台所　　（ 　 ）㎡ 4. 便所　　（共同 　　　カ所　　 ）㎡、（居室に有・無　、　　　　）㎡ 5. 洗面設備　居室に有・共有 6. 事務室（ 　　　 ）㎡　　※他介護サービスとの併用　有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新築・改修工事の実施  予定期間及び竣工時期 | 着　工 | | | 年　　　　月　　　　日頃 | | | | | | | | | | | | | |
| 竣　工 | | | 年　　　　月　　　　日頃 | | | | | | | | | | | | | |
| 土地・建物の  所有及び使用状況 | ・土 地 （所 有 者： 　　　　　　　　　　　　 ）  ・建 物 （所 有 者： 　　　　　　　　　　　　 ）  ・賃貸借契約（契約期間： 　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人員配置の状況 | 職員確保及び配置計画  （※職種ごとに配置予定員数及び現状の確保状況又は予定時期について記載してください。）  職員の勤務時間  ①　　時　　分～　　時　　分  複数パターンを設定する場合  ②　　時　　分～　　時　　分  ③　　時　　分～　　時　　分  ④　　時　　分～　　時　　分  ⑤　　時　　分～　　時　　分  夜勤職員の配置  　　　　　　　　　　　　　名 | | 管理者  ※研修修了の有無 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者  (介護支援専門員）  ※研修修了の有無 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| その他の職員 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 施設確保状況 | 協力医療機関等の  確保状況  （見込みも含む） （＊事業所との距離及び所要時  間を記載のこと） | | 医療機関  （医科） | | | | | 例：○○病院（約○.○㎞、車で約○分）  ①  ② | | | | | | | | | | |