**短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業計画書**

（協議様式１）

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の概要 | 事業主体（法人名） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の所在地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の連絡先 | | 電話 |  | | | | | | | | FAX | | |  | | |
| 代表者名 | |  | | | | | | | | | 担当者名 | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　の　概　要 | 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別（該当する方に○）・  利用定員 | | **ユニット型以外** | | | |  | | 利用定員 | | 名 | | | | |  | |
| **ユニット型** | | | |  | | 利用定員 | | ユニット①　　　名、ユニット②　　　名、 | | | | | | |
| ユニット③　　　名　（計　　　　名） | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設予定年月  （事業開始予定） | 年　　月 | | | 併設施設の有無  と種別 | | | | | 併設施設 | | | 有　　・　　無 | | | | |
| 施 設 名 | | |  | | | | |
| 施設種別 | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| **ユニット型以外**  設備等  （該当にチェック及び  面積等を記入）  一の居室定員  　　　名～　　　名 | | 居室（　　　　～　　　　）㎡ | | | | | | | | | | | 廊下幅  片廊下（　　　～　　　）ｍ  中廊下（　　　～　　　）ｍ | | | |
| 食堂・機能訓練室（　　　　　）㎡ | | | | | | | | | | |
| 浴室（個浴　　か所・特浴　　か所） | | | | | | | | | | | 便所（　　　か所） | | | |
| 洗面設備（　　　か所） | | | | | | | | | | | 静養室 | | | |
| 医務室 | | | | | | 調理室 | | | | | 介護職員室 | | | |
| 看護職員室 | | | | | | 面談室 | | | | | 洗濯室 | | | |
| 汚物処理室 | | | | | | 介護材料室 | | | | | 事務室 | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| **ユニット型**  設備等  （該当にチェック及び  面積等を記入）  ユニット定員  　　　　　　　名 | | 居室（　　　　～　　　　）㎡ | | | | | | | | | | | 廊下幅  片廊下（　　　～　　　）ｍ  中廊下（　　　～　　　）ｍ | | | |
| 共同生活室（　　　　　）㎡ | | | | | | | | | | |
| 浴室（個浴　　か所・特浴　　か所） | | | | | | | | | | | 便所（　　　か所） | | | |
| 洗面設備（　　　か所） | | | | | | | | | | | 医務室 | | | |
| 調理室 | | | | | | 洗濯室 | | | | | 汚物処理室 | | | |
| 介護材料室 | | | | | | 事務室 | | | | |  | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。） | | 管理者 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 医師 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 生活相談員  (資格者の確保) | | | | |  | | | | | | | | | |
| 看護職員  (資格者の確保) | | | | |  | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 栄養士  (資格者の確保) | | | | |  | | | | | | | | | |
| 機能訓練指導員  (資格者の確保) | | | | |  | | | | | | | | | |
| 調理員  その他の従業者 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 施設確保状況 | バックアップ施設の  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  ①医科 | | | | | 例：○○病院（約○.○㎞、車で約○分）  ①  ② | | | | | | | | | |
| 医療機関  ②歯科 | | | | | ①  ② | | | | | | | | | |

※事前協議の際は、この様式に添付書類を添えて持参してください。