（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）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　審査項目

（１）本事業の理解

|  |
| --- |
| 本事業に期待することや改善したい点を記載してください。 |
|  |

（２）本事業を運営管理していく際の管理・実施体制

|  |
| --- |
| モデル施設の指定後、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。 |
|  |

（３）介護ロボット・ICT導入の有無と現状

|  |
| --- |
| 募集要項４（２）のうち、施設の状況がどちらに当てはまるかを  選択して○で囲んでください。 |
| 【施設の状況】  ア　これから初めて又は追加で介護ロボットを導入したいと考えている施設  イ　現在導入している介護ロボットをより有効的に活用したい施設 |

（４）介護ロボット及びICTの活用状況

|  |
| --- |
| 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等を記載するとともに、効果や活用できていないと感じる点を記載してください。（導入実績が無い場合は、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。） |
|  |

（５）今後の展望

|  |
| --- |
| 生産性向上の観点から、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。 |
|  |