開　設　提　案　書

法人名

**１　基本理念**

|  |
| --- |
| **①　地域密着型サービスに対する考え方**  ※今回の応募の動機及び貴事業所が目指す認知症対応型共同生活介護について記入してください。 |
|  |
| **②　個別ケアに対する考え方**  ※利用者ごとの一日の活動に対する考え方について記入してください。 |
|  |
| **③　利用者の人権・尊厳（身体拘束廃止等）に対する考え方** |
| **（１）身体拘束廃止に向けた取組みに対する考え方について記入してください。** |
|  |
| **（２）認知症の方への対応の考え方について記入してください。** |
|  |
| **２　人員関係** |
| **①　人員配置の適正性** |
| **（１）予定している人員配置について** |
| →様式３別紙１ |
| **（２）管理者の職責に関する考え方について**  ※従業者の管理、利用申込みの調整等の業務を担う管理者についての考え方を記入してください。 |
| 【予定している管理者名・実務経験等】※認知症介護の実務経験３年以上 |
| **（３）勤務体制の考え方について**（添付　勤務予定表（１ヶ月分：様式自由））  ※夜間、日中のサービス提供時間を通じた職員配置の考え方。また、従業者の休日の考え方について記入してください。 |
|  |
| **②　人員確保等の取組み** |
| **（１）予定している人員を確保するための具体的方策について**  ※どのような方法で募集を行うかについて記入してください。 |
|  |
| **（２）雇用の安定を図るための具体的方策について**  ※賃金や昇給、福利厚生などについて記入してください。 |
|  |
| **（３）資格要件、研修要件のある人員の資格取得、研修修了状況について**  ※基準に義務付けられている資格及び研修について、事業開始までの取得見込みにつき記入してください。 |
|  |
| **③　地元雇用に対する考え方** |
|  |
| **④　職員の研修制度・人事制度** |
| **（１）研修の実施計画について**  ※事業開始前後のそれぞれについて、研修内容、研修時期、外部講師の活用等について記入してください。 |
| 【事業開始前】  【事業開始後】 |
| **（２）従業者のキャリアアップに関する考え方について**  ※従業者の経験や勤続年数、能力に応じたキャリアアップについての取組みについて記入してください。 |
|  |
| **⑤　職員の育成・接遇に関する取組み** |
| **（１）実務経験者の配置に対する考え方について**  ※サービスの質の確保や新人育成の観点から、実務経験者の配置についての考え方を記入してください。 |
|  |
| **（２）２①～④以外で、質の高いサービス提供や利用者の満足度等を高めるための独自の取組みについて** |
|  |
| **３　施設・設備等の関係** |
| **①　施設や設備面での利用者への配慮、特に工夫しているところ** |
| **（１）生活動線に配慮した食堂や居間、居室等の間取りについて**　※工夫した点を記入 |
| 【食堂や居間の配置】  【居室の間取り】  【トイレの配置】  【その他の工夫（環境への配慮など）】 |
| **②　日常的な点検体制の内容** |
| **（１）安全確保のための点検体制について**  ※日常的に点検する内容、実施方法、点検実施者等の点検体制について記入してください。 |
|  |
| **（２）防犯体制について**  ※日中及び夜間の防犯体制について記入してください。 |
| 【日中】  【夜間】 |
| **③　事故発生時の対応** |
| **（１）事故発生時の対応について**  ※事故発生時のマニュアルが定められているか。また、その対応方法等について記入してください。 |
|  |
| **（２）事故防止のための対策について**  ※ヒヤリハット事例や事故発生防止対策の方法についての取組みについて記入してください。 |
|  |
| **④　危機管理体制の内容** |
| **（１）非常災害発生時の対応について**  ※火事、地震等災害発生時の対応マニュアルが定められているか。また、設置する設備についてチェックしてください。 |
| □スプリンクラー  □自動火災報知設備  □消火器（設置個数：　　　個　・　設置場所：　　　　　　）  □誘導灯（　　　　　箇所）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【非常災害発生時の対応方法等について】 |
| **（２）平常時における防災対策等について**  ※非常災害発生に備えた防災訓練計画や地域住民との連携についての方策について記入してください。 |
|  |
| **⑤　衛生管理体制の内容、感染症等が疑われる際の対応** |
| **（１）食中毒及び感染症が発生、まん延した場合の対応について**  ※食中毒及び感染症発生時のマニュアルが定められているか。また、その対応方法等について記入してください。 |
|  |
| **（２）食中毒及び感染症の予防、まん延の防止のための対策について**  ※感染症対策委員会の設置や予防のための対策方法について記入してください。 |
|  |
| **⑥　業務継続計画の策定** |
| **（１）業務継続計画の策定について**  ※感染症や非常災害の発生時において、継続的にサービスを提供するための、及び早期に業務を再開するための業務継続計画を定めているか。また、その対応方法等について記入してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| **４　運営関係** |
| **①　利用者の日常生活上の支援** |
| **（１）１②の個別ケアや１③の認知症ケアの考え方を実践するための具体的方策について**  ※日常生活活動の中で、どのように個別ケア・認知症ケアを実践するのかを具体的に記入してください。 |
|  |
| **（２）１③の身体拘束廃止を実践するための具体的方策について**  ※身体拘束ゼロに向けた取組みについて具体的に記入してください。 |
|  |
| **（３）利用者の入浴の考え方について** |
| 【入浴時間帯や回数】  【入浴設備面、入浴方法の工夫点】 |
| **（４）利用者の排せつの考え方について**  ※排せつの自立援助や、おむつ使用の考え方等、排せつに対する方針について記入してください。 |
|  |
| **（５）利用者の食事の考え方について** |
| 【食事時間帯や食事の提供方法】  【経口摂取困難者や嚥下困難者に対する対応について】 |
| **（６）利用者の日中活動の考え方について**  ※日中活動のプログラムの内容等について具体的に記入してください。 |
|  |
| **②　苦情解決体制の内容**  ※苦情受付窓口の設置及び苦情対応の体制について具体的に記入してください。 |
|  |
| **（１）苦情を踏まえたサービスの質の向上に向けた取組みについて**  ※苦情があった場合、当該苦情を今後のサービスの質の向上に向けてどのように取り入れていくかを記入してください。 |
|  |
| **（２）介護サービス相談員派遣事業の受け入れ後の対応について**  ※介護サービス相談員派遣事業の受け入れ体制と受け入れ後の対応について記入してください。 |
|  |
| **③　利用者への公正・公平な対応のための取組み** |
| （１）サービス利用決定に関する基準について  ※サービス利用希望者の利用決定の基準と決定に至る過程について記入してください。 |
|  |
| **④　利用料・実費分（食費、居住費等）の設定内容** |
| ※利用料・実費分（食費・居住費）及びサービス費に含まれない実費負担を求める日常生活品の品目及び金額について、その設定根拠とともに記入すること。 |
| →　様式３　別紙　に記入すること。 |
| **⑤　利用者家族との関係向上に向けた取組み**  ※利用者、利用者家族との交流の機会を確保するための取組みやその方策について具体的に記入してください。 |
|  |
| **⑥　地域との連携に関する取組み** |
| **（１）市内介護サービス事業者、地域包括支援センターとの連携・協力について**  ※他の介護サービス事業者、地域包括支援センターとの連携・協力方法について記入してください。 |
|  |
| **（２）地区住民、自治会等との連携・協力について**  ※地区住民や自治会との連携に対する取組みについて記入してください。 |
|  |
| **（２）市内ボランティア、福祉関係施設等との連携・協力について**  ※ボランティア等の受入れやシルバー人材センター等福祉関係施設との連携に対する取組みについて記入してください。 |
|  |
| **⑦　協力医療機関との連携方法** |
| **（１）予定している協力医療機関名及び連携体制について**  ※予定している協力医療機関名と日中・夜間・休日の対応方法について記入してください。 |
| 【医療機関名】  【日中の対応】  【夜間の対応】  【休日の対応】 |
| **（２）予定している協力歯科医療機関名及び口腔ケアに対する考え方について**  ※予定している協力歯科医療機関名と利用者の口腔ケアの具体的な方法等について記入してください。 |
| 【歯科医療機関名】  【利用者の口腔ケアの方法等】 |
| **（３）予定している協力調剤薬局に対する考え方について**  ※予定している協力調剤薬局名と利用者の服薬管理等について記入してください |
|  |
| **⑧　医療必要度の高い利用者に対する取組み** |
| **（１）在宅酸素や経管栄養等の受入れに関する考え方について**  ※在宅酸素や経管栄養等を行っている医療必要度が高い方の受入れ体制について記入してください。また、医療機関との連携方法について記入してください。 |
|  |
| **（２）認知症を含めた精神疾患を有する利用者への対応について（医療機関との連携の観点から）**  ※特に認知症の方に対応する場合の医療機関との連携体制について記入してください。 |
|  |
| **（３）利用者のかかりつけ医との連携に関する考え方について**  ※利用者のかかりつけ医との連携方法について記入してください。 |
|  |
| **⑨　ターミナルケアへの取組み** |
| **（１）終末期の利用者の受入体制について**  ※終末期の方の受入れ体制や看取りに対する考え方及び体制について記入してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| **５　その他** |
| **①　事業者（法人）としての過去３年間の決算の収支状況**  →　様式３別紙２ |
| **②　同種の事業の運営実績及び経験**  　　→　様式３別紙２ |
| **③　事業開設までの資金計画について**  　　→　様式３別紙３  　　→　様式３別紙４ |
| **④　開設後の事業収支計画について**  　　→　様式３別紙５ |
|  |

|  |
| --- |
| **別紙**　　**４**④利用料・実費分（食費、居住費等）の積算根拠 |
| （１）居住費　　　１日　　　　　　　　円 |
| 【積算根拠】 |
| （２）食事代  朝食　　　　円　・昼食　　　　円　・おやつ　　　　円　・夕食　　　　円 |
| 【積算根拠】 |
| （３）その他の費用  　　　おむつ代：　　　　円  　　　その他　：　　　　円 |
| 【積算根拠】 |
|  |