

通所介護・地域密着型通所介護・介護予防通所サービス 事業計画書

年 月 日

法人の概要	法人の所在地					
	事業主体(法人名)					
	代表者職氏名				担当者名	
	法人の連絡先	電話	-	-	FAX	-

事業・施設等の概要	事業所の名称						
	事業所の所在地	堺市 区					
	主たる各部屋の面積	①機能訓練室()m ²		②食 堂()m ²			
		③静養室 ()m ²		④相談室()m ²			
		⑤浴 室 ()m ²		⑥脱衣室()m ²			
		⑦厨 房 ()m ²		⑧事務室()m ²			
	種別・単位数・定員	種 別	単位数	要介護者 (推定数)	要支援者 (推定数)	利用定員	食堂及び機能 訓練室の面積
				サービス提供時間			
		<input type="checkbox"/> 一般型	1 単位目	人	人	人	m ²
		<input type="checkbox"/> 療養型		時 分～	時 分(時間 分)		
<input type="checkbox"/> 一般型	2 単位目	人	人	人	m ²		
<input type="checkbox"/> 療養型		時 分～	時 分(時間 分)				
営業日・時間	曜日～ 曜日(週 日)、 時 分～ 時 分(時間 分)						
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				

人員配置の状況	管理者	(確保状況)、(勤務形態) 1 人
	生活相談員	(確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保) 人
	看護職員	(確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保) 人
	介護職員	(確保状況)、(勤務形態) 人
	機能訓練指導員	(確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保) 人

通所介護・地域密着型通所介護・介護予防通所サービス 事業企画書

検 討 項 目	検 討 す べ き 内 容
事業開始の動機 及び提供内容	<p>○事業を始めようとした理由は</p> <p>○予定している提供内容(特色など)</p>
建物の確保	<p>○開設予定地の状況(立地条件検討)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 競合施設の有無： ・ 整備進捗状況： ・ 市町村の考え方： ・ 近隣環境： <p>○建物の確保方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新築・改築の別：新築 ・ 改築 着工日： 年 月 日、竣工日： 年 月 日 ・ 自己所有・賃借の別：自己所有 ・ 賃貸 賃貸の場合の確保状況： ・ 土地・建物等の面積：敷地()㎡ ・ 延べ床面積()㎡ ・ 建物規模： 造 階建 (階部分使用)、 年築 <p>※既存建物の場合は、建築基準法の規定による確認済証または検査済証の内容を記載すること。 (済証交付年月日： 年 月 日、済証番号：第 号)</p> <p>○建物のレイアウトの検討 <u>建物内のレイアウトを検討して、建物の図面を作成してください。</u></p>
収 支 算 定	<p>○建物(設備)に要する費用</p> <p>○運営経費</p> <p>○収入見込</p>
資 金 確 保	<p>○初期投資費用</p> <p>○運転資金</p>
事業運営主体	<p>○法人格の確保</p> <p>○法人事業への当該事業の位置づけ</p>
療養型の場合のみ 契約医療機関	<p>○契約医療機関</p>

事業所名	項目	チェック欄	
		はい	いいえ
一般原則・構造	①日照(採光)、通風(適温保持)に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②バリアフリーに配慮した施設となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③災害等非常時の避難経路(最低2方向)が確保されているか消防署の指示通りになっていますか。また、避難時の動線上に障害物はありませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④手摺は廊下、食堂及び機能訓練室等に、適切に設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤調度品(靴箱や棚など)の転倒防止対策は行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥扉がある部屋については外から容易に開けられるようになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
玄関及び廊下	①段差解消の対策がなされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②車椅子、歩行器等の通行に支障のない幅員が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食堂及び機能訓練室	①出入口廻りは車椅子、歩行器等の使用に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくい材質になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③洗面台は自動水栓、レバー式などの高齢者が使いやすいものになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④洗面台にペーパータオルを設置していますか。(感染防止のため、共用タオルは使用不可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤石鹸・消毒液などの誤飲予防対策が取られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
静養室	①食堂・機能訓練室から見渡せる構造になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②複数の人が同時に利用できるようになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③利用者が使用しやすい位置に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ベッド間の間仕切りなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
相談室	①機能訓練室から隔離するなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②書庫や更衣ロッカーを置いていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
浴室 提供の有無 (有・無)	①廊下と脱衣室、脱衣室と浴室の出入口に段差はありませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないようカーテン等を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③脱衣室・浴室に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④洗い場・浴槽に適切な手すり等を設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤やけど予防の対策(お湯の温度設定等)はとられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥療養型の場合は、ストレッチャー等を使用した状態で入浴できますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
厨房 食事提供の有無 (有・無) 調理の有無 (有・無)	①火気使用部分是不燃対策がされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②食器・調理器具の消毒、洗浄、保管に関し衛生上の配慮がされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③食品庫は衛生的に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④レンジ台・包丁・洗剤等を利用者が勝手に使わないように管理していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤調理済食品の保冷・保温の設備を設け、適温食事の提供が可能ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥食材等の搬出入は安全面・衛生面の配慮がされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ	①複数設置及び鍵付き扉の設置などのプライバシーへの配慮がされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②「緊急呼び出し」等が適切な場所に設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③扉を有し、緊急時には外から開錠できるようになっていますか。 また、扉は内開きになっていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④水道栓は自動水栓、レバー式など高齢者が使いやすいものになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤手洗いにはペーパータオルを設置していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥石鹸・消毒液・洗剤等の誤飲予防対策が取られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生管理	①収納設備や倉庫に清潔物・非清潔物・日用品等を混在していませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②汚物処理室(流し)を設けている場合は、他の設備と区別された一定のスペースを有しているか、換気扇を設置し空気感染防止対策を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③感染症胃腸炎を含めた感染症対策として、使い捨ての手袋、マスクを備え付けていますか。また消毒作業手順等について保健所の助言、指導を求め、また密接な連携を確保できますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	①堺市基準条例及び当該条例が引用する国の基準を確認しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②近隣住民との協議、説明会等を行ったか、これから行う計画がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③都市計画法及び建築基準法上の手続きを確認しましたか。(建築基準法に適合した物件ですか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④消防法上の手続きを確認しましたか。(所轄消防署と相談していますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建築等担当課との調査及び協議事項

1 用途地域等の調査事項

年	月	日
用途地域の区分(あてはまる番号を記載):() ①市街化区域(工業専用地域ではない) ②市街化区域(工業専用地域) ③市街化調整区域 建築協定の有無:(有・無)		

2 建築確認担当課との協議事項(新築以外の施設のみ)

年	月	日	担当課名・担当者名
(確認申請の要否、用途制限の有無の確認内容等)			

1 消防署との協議記録

① 年 月 日	担当課名・担当者名	
② 消防署からの指導事項		

2 近隣住民との協議予定・記録

日 付	実施予定、もしくは実施した協議内容の記録等