（別添１－１）

事業計画書

１　法人・事業所に関する基本情報

（１）法人概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代表者 |  |

（２）事業所概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 代表者 |  |
| 定員 |  |

（３）現在の事業所の状況（R5.4.1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（実人数）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 正規 | 非正規 | 職種 | 正規 | 非正規 |
| 施設長（管理者） |  |  | 看護職員 |  |  |
| 介護職員 |  |  | 生活相談員 |  |  |
| 支援相談員 |  |  | 機能訓練指導員 |  |  |
| 理学療法士 |  |  | 作業療法士 |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  | 介護支援専門員 |  |  |
| 福祉用具専門相談員 |  |  | 事務職員 |  |  |
| 調理員 |  |  | 管理栄養士・栄養士 |  |  |
| 派遣職員 |  |  | 業務請負先の労働者 |  |  |
| 計 |  |  |

　 ※必要に応じて行を追加してください。

　③その他（R4.4.1～R5.3.31）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業員満足度 | 採用者数 | 離職者数 | 総労働時間 | 残業時間 |
|  |  |  |  |  |

２　申請に当たっての確認

（１）働き方の見直しに関する具体的な取組内容

|  |
| --- |
| ※「令和５年度福井県介護人材「活用」推進事業（働き方の見直し）モデル事業所募集要項」の４を参考に記載ください。 |

（２）モデル事業所選定申請の目的

|  |
| --- |
| ※モデル事業所選定申請の目的を具体的に記載ください。 |

（３）働き方の見直しの検討状況

|  |
| --- |
| ※（１）の検討状況を具体的に記載ください。 |

（４）業務実施体制

|  |
| --- |
| ※モデル事業所の選定後、本業務の実施にあたって、どのような体制の整備を予定しているか、具体的に記載ください。 |

（５）働き方の見直しの取組みについて

|  |
| --- |
| ※これまでに働き方の見直しを実施した実績がある場合はその内容を記載ください。（ない場合は、働き方の見直しへの考え方などを記載ください。） |
|  |
| ※モデル事業所として、本業務の成果を県内の介護事業所へ普及する際の心構えを記載ください。 |
|  |