実施予定事業の定員・従業者等の計画

（認知症対応型共同生活介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同生活住居数 | | | 戸 | １ユニット | | ２ユニット | |  | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 介護従業者 | | 介護従業者 | | 計画作成担当者 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | | |  |  |  |  |  |  |
| 従業者計（人） | | |  |  |  |  |  |  |
| 居室数 | | | | 室  (うち個室 室) | | 室  (うち個室 室) | |  | |
| 利用定員 | | | | 人 | | 人 | |  | |
| 介護保険の利用者負担を除く自費負担 | | 項　目 | | | | 費　用　額 | | | |
| 居住費 | | | |  | | | |
| 食費 | | | |  | | | |
| 光熱水費 | | | |  | | | |
| その他（　　　　　　　） | | | |  | | | |

実施予定事業の定員・従業者等の計画

（看護小規模多機能型居宅介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録定員 | 人 | 通いサービスの利用定員 | | | | 人 | | 宿泊サービスの利用定員 | | | | 人 |
| 従業者の職種・員数 | 介護職員 | | | | 看護職員 | | | | 介護支援専門員 | | | |
| 専従 | | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | | 専従 | 兼務 | | |
| 常勤(人) |  | | |  |  | |  | |  |  | | |
| 非常勤(人) |  | | |  |  | |  | |  |  | | |
| 従業者計(人) |  | | |  |  | |  | |  |  | | |
| 建　物　構　造　概　要 | | | | | | | | | | | | |
| 居間および食堂の合計面積 | ㎡ | | 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | ㎡ | | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | | | 人 | |
| 宿泊室数 | 個室　　　　　　　　室 | | | | | 個室以外の宿泊室　　　　　　室 | | | | | | |
| 営業日 |  | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 |  | | | | | | | | | | | |
| 介護保険の利用者負担を除く自費負担 | 項　目 | | | | | 費　用　額 | | | | | | |
| 食費 | | | | |  | | | | | | |
| 宿泊費 | | | | |  | | | | | | |
| その他（　　　　　） | | | | |  | | | | | | |

実施予定事業の定員等の計画

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービスの類型 | | | | 一体型　　・　　連携型 | | | | | | | | |
| 予定利用者数 | | | | 人 | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 訪問介護員等 | | | | | ｵﾍﾟﾚｰﾀｰ | | 看護職員 | | 計画作成  責任者 | |
| 定期巡回  サービス | | | 随時訪問  サービス | |
| 専従 | 兼務 | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤(人) |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業日 | |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | |
| 介護保険の利用者負担を除く自費負担 | | 項　目 | | | | | 費　用　額 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |