（様式２）

事業計画書

１　法人・事業所に関する基本情報

（１）法人概要※記載必須

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代表者（肩書・氏名） |  |

（２）事業所概要（伴走支援を申請する事業所について記載すること）※記載必須

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者（肩書・氏名） |  |
| 定員 |  |

（３）現在の事業所の状況（伴走支援を申請する事業所について記載すること）※記載必須

①ご利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 |  |  |  |  |  |  |

　　※複数ある場合は、行を追加して記載すること

②職員配置状況（実人数）※記載必須　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （単位：人）

|  |
| --- |
| 事業所名： |
| 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 |  |  |

　③その他（R6.4.1～R7.3.31）※記載必須

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）伴走支援モデル事業所選定申請の目的等

|  |
| --- |
| （事業所の現状と課題）※記載必須 |
| ・・・・・ |
| （現状と課題に対する法人および事業所の対応方針）※記載必須 |
| ・・・・・ |
| （現状と課題に対する現在の取り組み状況・検討状況）※記載必須 |
| ・・・・・ |
| （申請目的および伴走支援を必要とする理由）※記載必須 |
| ・・・・ |
| （申請にあたっての経営者あるいは事業所責任者の考え方・意見）※記載必須 |
| ・・・・ |
| （申請にあたっての現場の介護職員等の考え方・意見）※記載必須 |
| ・・・・ |

（２）生産性向上等に関する具体的な取組内容

|  |
| --- |
| （伴走支援に合わせて実施を計画する生産性向上等の取組み内容※事業計画）※記載必須 |
| 令和７年度 | ・・・・ |
| 【事業費】 |
| 令和８年度以降 | ・・・・ |
| 【事業費】 |
| （その他）　※記載任意※上記の記載以外で記載したい内容等があれば、記載してください。 |
| ・・・ |

　　※取組み内容を補足する資料を添付することも可能

（３）生産性向上等の取組みの実施体制※記載必須

|  |
| --- |
| ※生産性向上等の取組みの体制・メンバー等を記載してください。 |
| ・・・ |

※体制図あるいは名簿など添付することも可能

(4)他の介護サービス等への発信・周知について※記載必須

|  |
| --- |
| ※伴走支援や導入・活用により得たノウハウ・プロセス・試行錯誤等に関して外部への発信の許可について同意されますか。下記のいずれかに〇を記載してください |
| ・同意する　（　　　）　　　・同意しない（　　　） |

　（5）岡山県介護テクノロジー定着支援補助金の申請を予定されていますか※記載必須

|  |
| --- |
| 下記のいずれかに〇を記載してください |
| 1.予定している（　　　）　　　　　2.予定していない（　　　）　　　 3.検討中（　　　） |