**看護小規模多機能型居宅介護事業所への転換**

**認知症高齢者グループホームの増床**

**改修等計画書**

（該当するものに◯をつけてください）

令和　　年　　月　　日

（あて先）姫路市長

ふりがな

申出者　法 人 名

代 表 者

所 在 地　〒　　‐

電話番号

１．小多機から看多機に転換しようとする（グループホームの増床をしようとする）動機・熱意及び転換後の事業運営の基本方針について

|  |
| --- |
| 転換・増床しようとする動機・熱意 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 転換・増床後の事業運営の基本方針（既存サービスや既存施設で対応できなかった |
| ニーズについての考え方など） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

２．法人の状況

（１）概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 法人の種別 |  |
| 定款に掲げる主な事業 |  |

※法人の決算書を直近３期分添付し、社会福祉法人以外は、会計監査人の証明や、法人税の申告書別表様式等、内容を証明できる資料を添付してください。（別紙３）

※既存事業への関係行政庁の監査及び指導状況等について、令和３～５年度の資料（監査結果通知と改善報告書）を添付してください。（別紙４）

（２）代表者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | |
| 職　　業 |  | | |

※経歴書を添付してください。（別紙１【様式１】）

※転換・増床に際して代表者または管理者の変更がある場合は、欠格事項非該当誓約書を添付してください。（別紙２【様式２】）

（３）管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |

※経歴書を添付してください。（別紙１【様式１】）

※グループホームにおいて２ユニットを１名が兼務する場合は１名分記載してください。

※管理者については休職・退職といったやむを得ない場合を除き、開設前の変更は認めません。さらに開設後も最低１年間は管理者としての職務を全うし、退任する場合は十分な引き継ぎを行ってください。

（４）計画作成担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |

※経歴書を添付してください。（別紙１【様式１】）

※グループホームにおいて、ユニットごとに計画作成担当者を配置する場合は、それぞれ記載してください。

（５）役員名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |

※必要に応じて適宜行を追加してください。

（６）担当者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | |
| 事務所の所在地 |  | |
| 申出者の連絡先 | 電話 | ＦＡＸ |
| E-mail | |

３．施設の状況

（１）施設の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 　　　所 | 姫路市 | |
| 日常生活圏域名 | 圏域 | 小学校区 |
| 区　　域 | □　市街化区域　□　市街化調整区域　□　都市計画区域外 | |
| 用途地域 |  | |
| 所 有 者 | □　法人の所有　　　　　□　法人以外の所有 | |
| 駐車場の場所 | □　施設予定地内　　　　　　　　　　　　 　台分  □　施設予定地外　　　　　　　　　　　　　　台分  （所在地）  （所有形態）  （面積）　　　　　　　　　　　　　　㎡ | |
| 災害ゾーンの確認  （レッド・イエロー）  ※土砂・洪水・  津波・高潮 | □　どちらにも含まれない  □　災害レッドゾーンに含まれる  □　災害イエローゾーンに含まれる | |
| →（災害イエローゾーンに含まれる場合）  　□ 土砂災害警戒区域又は１メートル以上の浸水想定区域等  　　→　□　下記のⅠ・Ⅱ・Ⅲを全て満たす  　　　　□　いずれかを満たさない  　□ １メートル未満の浸水想定区域等  　　→　□　Ⅱ・Ⅲをともに満たす  　　　　□　どちらかを満たさない  Ⅰ）災害イエローゾーン以外での事業用地取得が困難  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Ⅱ）被災リスク防止軽減のための対策及び迅速な避難を可能とするための施設・設備上の対策が実施される計画  Ⅲ）被災リスクへの対策が非常災害対策計画、避難確保計画等に記載される計画 | |

※住宅地図を添付すること。（別紙５、予定地を赤で囲む）

※周辺環境がわかる写真（周囲４方向から撮影）をＡ４用紙に添付すること。

（別紙６、撮影場所を住宅地図に記入）

※都市計画図の写しを添付すること。（別紙７、予定地を赤で囲む）

埋蔵文化財包蔵地や都市計画公園、計画道路予定地は区域を図示してください。

※土地履歴事項全部証明書及び字限図を添付すること。（別紙８・９、予定地を赤で囲む）

※ハザードマップ拡大図を添付すること。（別紙１０、予定地を赤で囲む）

（２）予定地の取得見込み（転換・増床に伴う敷地拡大・増築を伴わない場合は記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 予定地所有者 | □　法人の所有　　　　　□　法人以外の所有 |
| 法人以外の  所有の場合 | □　所有者から取得予定  □　所有者との賃貸借・使用貸借契約を締結予定（約　　　年間）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建ぺい率 | ％ |
| 容 積 率 | ％ |

※予定地の現況が分かる写真をＡ４用紙に添付すること。（別紙１１、予定地を赤で囲む）

※法人以外の所有の場合、状況に応じて別紙１２を添付してください。

※抵当権、根抵当権が設定されている場合は、抵当権者の抹消確約書（別紙１２）を添付してください。

４．事業所の形態について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | □　看護小規模多機能 | □　グループホーム |
| 転換・転換後  開設予定日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| 現在の  施設定員 | 定員　　　人  （通所　　人、宿泊　　人） | 定員　　　人  （　　ユニット） |
| 現在の  要介護度別割合  （R6.10.1現在） | １　要支援１　　　人　　　　　５　要介護３　　　人  ２　要支援２　　　人　　　　　６　要介護４　　　人  ３　要介護１　　　人　　　　　７　要介護５　　　人  ４　要介護２　　　人　　　　　計　　　　　　　　人 | |
| 転換・増床後の  施設定員 | 定員　　　人  （通所　　人、宿泊　　人） | 定員　　　人  （　　ユニット） |
| 転換・増床後の  要介護度別割合  （見込み） | １　要介護１　　　人程度  ２　要介護２　　　人程度  ３　要介護３　　　人程度  ４　要介護４　　　人程度  ５　要介護５　　　人程度  計　　　　　　　　人程度 | １　要支援２　　　人程度  ２　要介護１　　　人程度  ３　要介護２　　　人程度  ４　要介護３　　　人程度  ５　要介護４　　　人程度  ６　要介護５　　　人程度  計　　　　　　　　人程度 |
| 併設事業所 | □　なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 建物の構造 | 建物の構造　　　　　　造り　　　　階建て  延べ床面積　　　　　　㎡ | |
| 居室・宿泊室  ※内法面積 | 合計　　　　　　　㎡　（１名当り平均　　　　㎡） | |
| 居間及び食堂  ※内法面積 | 合計　　　　　　　㎡　（１名当り平均　　　　㎡） | |

※配置図及び平面図（別紙１３・１４、ともに縮尺２００分の１を厳守）を添付してください。ただし、Ａ３用紙に収まらない場合は縮小すること。

※平面図は施設種別、専用部分、共用部分に応じて色分けして下さい。また、必要と思われる設備・備品（浴槽、洗面台、便器、ベッド、食卓、キッチンなど）の位置・方向についても、詳細に記載してください。

※既存建物の現況がわかる写真（別紙１５）をＡ４用紙に添付し、必要に応じて別紙１６を添付してください。

※開設に至る整備スケジュール・工程表（別紙１７）を添付してください。

※（敷地拡大・増築を伴う場合）土地・建物にかかる関係機関との事前協議が必要な場合は、その状況について別紙１８【参考様式】を添付してください。

※（別棟を建設・改修する場合）設置予定地の周辺住民（自治会等）への説明を行い、その経緯について別紙２８【参考様式】を添付してください。

　　その結果同意が得られた場合は別紙２９として添付してください。

５．事業計画（この様式によりがたい場合は独自作成も可能です。）

　（１）資金計画（転換・増床に伴う費用が発生しない場合は記入不要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整備事業費 | | 資金計画 | |
| 用 地 取 得 費 | 千円 | Ⓓ補助金 | ０千円 |
| 用 地 造 成 費 | 千円 | 自己資金　※イ | 千円 |
| Ⓐ建 設 工 事 費 | 千円 | 寄附金　※ウ | 千円 |
| Ⓑ備品購入費および  開設準備経費　**※ア** | 千円 | 福利医療機構  借入金 | 千円 |
| Ⓒ設 計 監 理 費 | 千円 | 民間等借入金 | 千円 |
|  |  | その他（　　　　） | 千円 |
| 合　計 | 千円 | 合　計 | 千円 |

* アについては、備品購入費および開設準備経費の内訳を添付してください。（別紙２４）
* イについては法人の**「R6.4.1付」**および**「R6.10.1付」**の2種類の預金残高証明書を添付してください。（別紙１９）
* ウについては寄附予定者の**「R6.4.1付」**および**「R6.10.1付」**の2種類の預金残高証明書を添付してください。（別紙２０）
* 全ての借入金や寄附金について確約書等があれば添付してください。（別紙２０、２１）

（２）短期・長期収支計画

|  |  |
| --- | --- |
| 事業収支計画 | ①　短期収支計画書（１月ごと１２ヶ月間）【様式４】  ②　長期収支計画書（１年ごと２０年間）【様式５】  ※ 別紙２３として作成してください。  ※ 借入金の償還計画書を添付してください。（別紙２２） |
| 転換・増床後  ３年度目に  おける運転資金等の  必要見込金額 | 千円　…Ⓗ  （年度事業費支出の１２分の　　以上に相当）  ※　別紙２３【様式５】の長期収支計画書の３年度目の金額と  整合性を保ってください。 |
| 寄附予定者  （整備資金） | （氏　名） 　　（法人との関係）　　（寄附予定額）  千円 |
| 千円 |
| 合 計 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　千円 |
| 寄附予定者  （運転資金） | （氏　名） 　　（法人との関係）　　（寄附予定額）  千円 |
| 千円 |
| 合 計 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　千円 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※次の「Ⓖ及びⒽに相当する金額以上を現に有していること」を自己資金及び寄附金の預金残高証明書（R6.10.1付）をもって証明してください。 | |
| （１）資金計画より | （２）短期・長期資金計画より |
| Ⓐ＋Ⓑ＋Ⓒ　＝　　　　　　　千円…Ⓔ  Ⓔ－Ⓓ　　　＝　　　　　　　千円…Ⓕ  Ⓕ×２割　　＝　　　　　　　千円…Ⓖ | Ⓗ　＝　　　　　　　千円 |
| よって、Ⓖ＋Ⓗ　＝　　　　　　　　千円　＜　預金残高証明書（自己資金＋寄附金）  （注）「（１）資金計画」内の「自己資金（※イ）」欄及び「寄附金（※ウ）」欄の合計が  Ⓖに相当する額以上となるような計画にする必要があります。 | |

６．転換・増床後の人員配置（予定を含む）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | □　看護小規模多機能 | □　グループホーム |
| 管理者（常勤） | 専　従　・　兼　務　（兼務する職種　　　　　　） | |
| 介護支援専門員  （計画作成担当者） | （１）常勤 　人・非常勤 　人　（常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務　（兼務する職種　　　　） | |
| 介護職員 | （１）常勤 人・非常勤 人　（常勤換算　　　　人）  （２）介護福祉士　　　人、訪問介護員　　　人  　　　その他　　　　　人 | |
| 看護師又は准看護師※グループホームは必須でない | （１）常勤 　人・非常勤 　人（常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務　（兼務する職種　　　　） | |

７．介護報酬以外に徴収する費用について

金額変更の予定があれば、変更前と変更後が分かるように記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | 変更前 | → | 変更後 |
| 宿泊に要する  費用・居住費 | 円／日 | → | 円／日 |
| 食費・食材料費 | 円／日 | → | 円／日 |
| 敷　金　等 | 円／日 | → | 円／日 |
| その他：  （〇〇〇）費 | 円／日 | → | 円／日 |
| その他：  （△△△）費 | 円／日 | → | 円／日 |
| その他：  （□□□）費 | 円／日 | → | 円／日 |
| ＜算出内訳＞ |  | | |

※全ての費用は、消費税の増税ややむを得ない事情がある場合を除き、原則として転換・増床日から５年間については、変更不可能とします。

※算出内訳については詳細に記入してください。その他の徴収費用については行を追加するなどして、全て記載してください。必要に応じて単位（月・回）の変更も可能です。

８．利用者・家族・地域との交流

利用者・家族・地域との交流に関する取り組みについて記入してください。

|  |
| --- |
| 利用者・家族との交流に関する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |
| 地域との交流に関する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |

９．姫路市・地域包括支援センターとの連携・情報提供

姫路市や地域包括支援センターとの連携・情報提供に関する取り組みについて記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

10．医療機関等との連携

他の介護・福祉・医療サービスや主治医等との連携について、記入してください。

　※令和６年度介護報酬改定により規定された事項を踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

11．既存小規模多機能の利用者の処遇について（増床は記入不要）

|  |
| --- |
| 事業所の転換にかかる既存事業所の利用者に対する説明方法について |
|  |
|  |
|  |
| 要支援者や医療サービスを必要としない利用者の受け皿の確保について |
|  |
|  |
|  |

12．人員確保・職員研修等について

　※令和６年４月１日から義務化された各事項を踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
| 人員確保、職員研修等の取り組み |
|  |
|  |
|  |
|  |

※人員確保の具体的スケジュールを記載した書面を添付してください。（別紙２５）

※職員研修の具体的スケジュールを記載した書面を添付してください。（別紙２６）

また、令和５年度に実施した職員研修の実施実績を添付してください。（別紙２７）

13．防災対策について

　非常災害対策に関する取り組みについて、記入してください。

（消防設備等の防災対策、避難訓練の実施、非常災害に関する具体的計画など）

　※令和６年４月１日から義務化された各事項を踏まえた内容とすること。

　※予定地が災害イエローゾーンに含まれる場合は、それを踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |