介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）改修増床に係る計画書

様式２

　年　　月　　日

（越谷市長　宛て）

法人所在地

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

（職・氏名）

１　対象となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |
| 施設名 | |  |
| 事業所番号 | |  |
| 施設所在地 | | 越谷市　　　　区 |
| 開設年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 既存の居室を床数に転換する場合  ※転換する居室をチェック | | □短期入所生活介護（ショートステイ）  □その他（　　　　　　　　　　）  □転換なし |
| 現定員数 | 従来型 | 床 （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 希望  増床数 | 従来型 | 床 （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 増床後の定員数 | 従来型 | 床 （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 短期入所  (転換前) | 従来型 | 床 （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 短期入所  (転換後) | 従来型 | 床 （　　人部屋×　　部屋） |
| ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　　　ﾕﾆｯﾄ） |
| 増床予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |

※短期入所（転換前・転換後）については転換予定の場合のみ記入すること。

担当者名：

電話　：

E-mail：

２　今回、改修増床しようとする理由等を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３　改修増床後における介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（以下「特養施設」という。）の利用者の受け入れ及びケアの提供についての考え方を記入してください。

|  |
| --- |
| ⑴　改修増床による特養施設運営への影響（効果）について記入してください。  ⑵　待機者の受入れにあたっての取組みについて、具体的に記入してください。  ⑶　認知症の方の受け入れ及びケアの提供について、具体的に記入してください。  ⑷　医療的ケアが必要な方の受け入れにあたっての取組みについて、具体的に記入してください。  ⑸　障がいのある高齢者の受け入れにあたっての取組みについて、具体的に記入してください。 |

４　改修増床に関するスケジュールを記入してください。

|  |
| --- |
| 【改修増床＿主な手続き】（変更届・入所者への説明等）  令和　　年　　月  令和　　年　　月  令和　　年　　月 |

５　具体的な改修増床の内容及び対象となる場所を記入してください。※別途図面による説明でも可。（改修増床に伴い、施設入所者に移動等が生じる場合は、移動計画も併せて記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

６　改修増床後における特養施設の職員体制について記入してください。

（介護職員、看護職員）直接処遇職員１人あたりの入所者数

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 | 入所者：職員※ |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | ：１人 |

※職員の人数は常勤換算し、人員基準上の職員体制で記入すること。

７　増床に伴う職員の確保策についての考え方を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

８　工事期間中の安全配慮等の考え方を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

９　本市の危機管理室では、災害時に高齢者等の特別な配慮を必要とする方を対象として受け入れる福祉避難所の協定を、ご協力いただける法人と任意で締結していますが、貴法人では登録を行う考えはございますか。

※福祉避難所の概要については越谷市ホームページをご確認ください

https://www.city.koshigaya.saitama.jp/anzen\_anshin/bosai/hinanjyo/w\_shelter.html

|  |
| --- |
|  |