

# 鹿児島市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）

## 開設計画書

提出日：平成 年 月 日

新たに予防型通所介護サービス・ミニデイ型通所介護サービス・運動型通所介護サービスの指定を受けようとする場合に提出してください。ただし、すでに本市において、通所介護・地域密着型通所介護・介護予防通所介護の指定を受けている事業所については、本計画書の提出は不要です。

1 設置主体等	法人名		
	所在地		
	設立年月日		
	主たる業種		
	代表者名		
	連絡先	(Tel)	
		(Fax)	
(Mail)			
担当者名			
2 事業所名	(※仮称でも可)		
3 開設予定地	所在地：鹿児島市 地目： 現況： 地積： m <sup>2</sup>		
4 実施するサービス（該当のサービスに○を付すこと）	<input type="checkbox"/> 予防型通所介護サービス <input type="checkbox"/> ミニデイ型通所介護サービス <input type="checkbox"/> 運動型通所介護サービス		
5 運営形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 施設等（宅老所含む）併設型(※) (※)宅老所併設の場合、宅老所の有料老人ホームとしての届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
6 規模等	単位数：    単位    利用定員：    名		
7 建物着工時期	平成    年    月    日    上旬    中旬    下旬		
8 職員雇用時期	平成    年    月    日    上旬    中旬    下旬		
9 開設(予定)時期	平成    年    月    日    上旬    中旬    下旬		
10 職員配置	管理者氏名： 生活相談員：    名    機能訓練指導員：    名 看護職員：    名    介護職員：    名		

<p>1 1 建物構造等 設備の特色等 (図面・平面図を 添付すること)</p>	<p>構造： 配置階： 階 延床面積： m<sup>2</sup>          食堂及び機能訓練室の面積：合計 m<sup>2</sup>          (食堂： m<sup>2</sup>, 機能訓練室 m<sup>2</sup>)          静養室(スペース)： m<sup>2</sup> 相談室(スペース)： m<sup>2</sup>          事務室(スペース)： m<sup>2</sup>          便所： カ所(車いす対応： 有・無 男女別： 有・無 )  <u>(※ ポータブルトイレでの対応は、不可)</u>          浴室： m<sup>2</sup>(特殊浴槽： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )  <u>(※運動型通所介護サービスは記入不要)</u>          (その他設備等： )</p>
<p>1 2 法人が他に運 営している介護サ ービス等(予定を含 む)</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>訪問入浴 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>通所リハビリ  <input type="checkbox"/>通所介護 <input type="checkbox"/>福祉用具貸与・販売 <input type="checkbox"/>居宅介護支援  <input type="checkbox"/>特定施設 <input type="checkbox"/>介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/>介護老人保健施設  <input type="checkbox"/>介護療養型医療施設  <input type="checkbox"/>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  <input type="checkbox"/>認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/>その他地域密着型サービス  <input type="checkbox"/>有料・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/>宅老所 <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>予防型訪問介護サービス <input type="checkbox"/>生活支援型訪問介護サービス  <input type="checkbox"/>予防型通所介護サービス <input type="checkbox"/>ミニデイ型通所介護サービス  <input type="checkbox"/>運動型通所介護サービス</p>
<p>1 3 周辺環境 (位置図, 周辺及 び開設予定地の 写真を添付する こと)</p>	<p><u>①周辺環境</u>   <u>②周辺住民への説明会等の実施状況</u>  <input type="checkbox"/>行っている(予定を含む)              →開催(予定)年月日： 年 月 日              開催場所：              参加人員：  <input type="checkbox"/>行っていない          ※行っていない場合は、住民への説明をどのように行っているか          下記に記載すること(例：個別訪問など)          ( )</p>
<p>1 4 事業の目的, 理念及び運営方 針</p>	<p><u>(1)開設の動機</u>   <u>(2)目的(箇条書きで可)</u></p>

	<p><u>(3)理念（箇条書きで可）</u></p> <p><u>(4)利用者の尊厳及び身体拘束に関する方針</u></p> <p><u>(5)事業所の特色・特徴・アピール</u></p>
<p>15 サービスの提供日・通常サービス地域</p>	<p>提供日(曜日で記入)： 曜日</p> <p>休業日：</p> <p>実施地域(市町村名で記入)：</p>
<p>16 営業時間及びサービス提供時間</p>	<p>営業時間： 時～ 時</p> <p>サービス提供時間： 時～ 時</p> <p>（2単位目 ※時間帯を変更し，複数単位で提供する事業所のみ記載）</p> <p>営業時間： 時～ 時</p> <p>サービス提供時間： 時～ 時</p> <p>時間延長サービス： <input type="checkbox"/> 有（ 時間） <input type="checkbox"/> 無</p>
<p>17 送迎サービス</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p><u>送迎車両の車種形態等(予定を含む)：</u></p> <p><u>車いす利用者への対応方法：</u></p>



<p>19 事故発生時の対応について</p>	<p>(1) <u>マニュアルの作成，職員の研修・訓練等の取り組み</u></p> <p>(2) <u>家族，市町村等関係機関への報告体制</u></p> <p>(3) <u>損害賠償について</u></p>
<p>20 緊急時における医療機関等との連携について</p>	
<p>21 食事サービス (※運動型通所介護サービスは記入不要)</p>	<p><input type="checkbox"/> 有            <input type="checkbox"/> 無            料金(食費)：            円</p> <p><u>食事サービスの方法，特色：</u></p>
<p>22 家族・地域・市町村等との交流機会の予定</p>	<p><u>家族：</u></p> <p><u>地域：</u></p> <p><u>市町村等：</u></p>
<p>23 職員の採用計画・勤務体制計画等</p>	
<p>24 職員の研修体制の確保（予定） (プライバシーの保護，身体拘束廃止等利用者の尊厳，認知症高齢者の介護，機能訓練等の適切なケアの実施の取り組みなど)</p>	

<p>25 苦情処理体制の確保(予定)</p> <p>(苦情処理マニュアルの有無及び苦情に対する基本的対応, 処理, 再発防止策等)</p>	<p>苦情処理担当責任者 (職: _____ 氏名: _____ )</p>
<p>26 自己評価, 外部評価の取り組み</p> <p>(法人内他事業を含む)</p>	<p>(1) 自己評価, 外部評価への取り組み: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>(2) 「有」の場合の取り組み状況</p> <p>(3) 平成18年度から開始された「介護サービス情報の公表」制度について, <input type="checkbox"/> 理解している。 <input type="checkbox"/> 知らない。</p>
<p>27 関係機関への事前説明等</p>	<p>(1) 開設計画に係る関係機関への事前説明等</p> <p>ア. 面談日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>イ. 確認内容 (対応者 職: _____ 氏名: _____ )</p> <p>ウ. 関係機関との協力体制</p> <p>(2) 市街化調整区域内における規制について</p> <p><input type="checkbox"/> 対象区域外である</p> <p>(関係課への確認: _____ 年 _____ 月 _____ 日)</p>

※ 開設計画書記入にあたっての注意事項など

- 1 記入事項の説明に関して, 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- 2 当該計画書は, 鹿児島市長寿支援課との事前協議資料として使用しますので, 現時点で記入可能な事項を正確に記入してください。
- 3 事前協議は, 鹿児島市長寿支援課担当者と事前に日程調整をし, 開設者または管理者が必ず出席してください。

**問い合わせ及び提出先**

〒892-8677 鹿児島市山下町11-1

鹿児島市 健康福祉局

すこやか長寿部 長寿支援課 長寿施設係

TEL: 099-216-1147

FAX: 099-224-1539

MAIL: chouju-shi@city.kagoshima.lg.jp