

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： 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 ²					
4 実施するサービス（該当のサービスに○を付すこと）	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					
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	年	月	日	上旬	中旬	下旬
8 職員雇用時期	年	月	日	上旬	中旬	下旬
9 開設（予定）時期	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					

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>構造： 配置階： 階 延床面積： m²</p> <p>食堂及び機能訓練室の面積：合計 m² (食堂： m², 機能訓練室 m²)</p> <p>静養室(スペース)： m² 相談室(スペース)： m²</p> <p>事務室(スペース)： m²</p> <p>便所： カ所 (車いす対応： 有・無 男女別： 有・無) (※ ポータブルトイレでの対応は、不可)</p> <p>浴室： m² (特殊浴槽： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (※運動型通所介護サービスは記入不要)</p> <p>(その他設備等：)</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><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>有料・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/>宅老所 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><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>
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><u>①周辺環境</u></p> <p><u>②周辺住民への説明会等の実施状況</u></p> <p><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：</p> <p><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 style="text-align: center;">[]</p>
1 4 事業の目的、理念及び運営方針	<p><u>(1)開設の動機</u></p> <p><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>
15 サービスの提供日・通常のサービス地域	<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>
16 営業時間及びサービス提供時間	<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>
17 送迎サービス	<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>

18 通所介護サービスの提供方針・内容

(1) 利用者の状況や意向に応じた通所介護計画の作成方針

(2) 利用者が自立した生活を営むことができるよう支援する取り組み

(3) 認知症高齢者への対応

(4) 年間行事計画について

(5) 自主事業としての宿泊サービスの提供

有 無

※ 「有」の場合のサービス提供体制を下記に記入する
(勤務体制など・別紙でも可)



19 事故発生時の対応について	<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>
20 緊急時における医療機関等との連携について	
21 食事サービス (※運動型通所介護サービスは記入不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 料金(食費) : 円 <u>食事サービスの方法、特色 :</u>
22 家族・地域・市町村等との交流機会の予定	<p><u>家族 :</u></p> <p><u>地域 :</u></p> <p><u>市町村等 :</u></p>
23 職員の採用計画・勤務体制計画等	
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)	

25 苦情処理体制の確保(予定) (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)	苦情処理担当責任者(職: _____ 氏名: _____)
26 自己評価、外部評価の取り組み (法人内他事業を含む)	<p>(1) <u>自己評価、外部評価への取り組み</u>: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>(2) <u>「有」の場合の取り組み状況</u></p> <p>(3) <u>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。</u></p>
27 関係機関への事前説明等	<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: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>イ. 確認内容(対応者 職: _____ 氏名: _____)</p> <p>ウ. <u>関係機関との協力体制</u></p> <p>(2) <u>市街化調整区域内における規制について</u> <input type="checkbox"/> 対象区域外である (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、鹿児島市長寿あんしん課との事前協議資料として使用しますので、現時点での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、鹿児島市長寿あんしん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 長寿あんしん課 長寿施設係

T E L : 099-216-1147

F A X : 099-224-1539

M A I L : choujuanshin-shi@city.kagoshima.lg.jp