地域密着型通所介護開設計画書

提出日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |
| 担当者氏名 |  |
| 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：　　　　　　㎡ | |
| ４ 運営形態 | □ 単独型　　□ 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  □　あり　　□　なし | |
| ５ 規模等 | 単位数：　　　単位　　　利用定員：　　　名 | |
| ６ 建物着工時期 | 年　　　月　　　日　　上旬　　中旬　　下旬 | |
| ７ 職員雇用時期 | 年　　　月　　　日　　上旬　　中旬　　下旬 | |
| ８ 開設(予定)時期 | 年　　　月　　　日　　上旬　　中旬　　下旬 | |
| ９ 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 | |
| 10 建物構造等・設備の特色等 （図面・平面図を添付すること。） | 構造：　　　　　配置階：　　　階　延床面積：　　　　　㎡  食堂及び機能訓練室の面積：合計　　　　　㎡  （食堂：　　　　　㎡、機能訓練室　　　　　㎡）  静養室：　　　　　㎡　相談室：　　　　　　㎡  便所：　　箇所(車イス対応： あり・なし　男女別： あり・なし ）  (※　ポータブルトイレでの対応は不可)  浴室：　　　　　㎡（特殊浴槽：　□　あり　□　なし ）  （その他設備等：　　　　　　　） | |
| 11 法人が他に運営している介護サービス等（予定を含む。） | □訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□通所介護　□通所リハビリ　□福祉用具貸与・販売　□居宅介護支援　□特定施設  □介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護療養型医療施設 | |
| □認知症対応型共同生活介護（グループホーム）  □認知症対応型通所介護　□その他の地域密着型サービス | |
| □有料・軽費老人ホーム □宅老所 □その他（　　　　　　　　） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 12 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。） | ①周辺環境  ②周辺住民への説明会等の実施状況  □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：  □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次に記載すること。(例：個別訪問など) |
| 13 事業の目的、理念及び運営方針 | (1)開設の動機  (2)目的（箇条書きで可）  (3)理念（箇条書きで可）  (4)利用者の尊厳及び身体拘束に関する方針  (5)事業所の特色・特徴・アピール |
| 14 サービスの提供日・通常のサービス地域 | 提供日(曜日で記入)：　　　　　　　　　　　　曜日  休業日：  実施地域(市町村名で記入)： |

|  |  |
| --- | --- |
| 15 営業時間及びサービス提供時間 | 営業時間：　　　　　時～　　　　　時  サービス提供時間：　　　　　時～　　　　　時  （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）  営業時間：　　　　　時～　　　　　時  サービス提供時間：　　　　　時～　　　　　時  時間延長サービス：　□　あり（　　時間）　　□　なし |
| 16 送迎サービス | □　あり　　　□　なし  送迎車両の車種形態等(予定を含む。)：  車イス利用者への対応方法： |
| 17 地域密着型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地域密着型通所介護計画の作成方針  (2) 利用者の自立に向けたサービスの取組み  (3) 認知症高齢者への対応  (4) 介護予防、リハビリテーションへの取組み  (5) 栄養改善・口腔機能向上に向けた取組み  (6) 年間行事計画について  (7) 自主事業としての宿泊サービスの提供  □　あり　　　□　　なし  ※　「あり」の場合のサービス提供体制を次に記入する。  (勤務体制など別紙でも可) |
| 18 事故発生時の対応について | (1)　マニュアルの作成、職員の研修・訓練等の取組み  (2)　家族、市町村等関係機関への報告体制  (3)　損害賠償について |
| 19 緊急時における医療機関等との連携について |  |
| 20 食事サービス | □　あり　　　□　なし　　　料金(食費)：　　　　　　円  食事サービスの方法、特色： |
| 21 家族、地域、市町村等との交流機会の予定 | 家族：  地域：  市町村等： |
| 22 職員の採用計画・勤務体制計画等 |  |
| 23 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組みなど） |  |
| 24 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：　　　　　　　） |
| 25 自己評価、外部評価の取組み （法人内他事業を含む。） | (1) 自己評価、外部評価への取組み： □　あり　□　なし  (2) 「あり」の場合の取組状況  (3) 平成１８年度から開始された「介護サービス情報の公表」制度ついて、□　理解している。　□　知らない。 |
| 26 関係機関への事前説明等 | (1) 開設計画に係る関係機関への事前説明等  ア．面談日：　　　　　　年　　　月　　　日  イ．確認内容（対応者 職：　　　　　氏名：　　　　　　　）  ウ．関係機関との協力体制  (2) 市街化調整区域内における規制について  □　対象区域外である。  (関係課への確認：　　　　　年　　　月　　　日） |

*※　開設計画書記入に当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、開設者又は管理者が必ず出席してください。

|  |
| --- |
| **問合せ及び提出先**  〒892-8677 鹿児島市山下町１１番１号  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  Tel：０９９－２１６－１１４７（直通）  Fax：０９９－２２４－１５３９  Mail：choujuanshin-shi@city.kagoshima.lg.jp |