地域密着型通所介護開設計画書

提出日：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="9">1　設置主体等</td><td>法人名</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>設立年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>主たる業種</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">連絡先</td><td>(Tel)</td></tr>
<tr><td>(Fax)</td></tr>
<tr><td>(Mail)</td></tr>
<tr><td>担当者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>2　事業所名</td><td colspan="2">(※仮称でも可)</td></tr>
<tr><td>3　開設予定地</td><td colspan="2">所在地：鹿児島市
地目：　　現況：　　地積：　　㎡</td></tr>
<tr><td>4　運営形態</td><td colspan="2">□　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</td></tr>
<tr><td>5　規模等</td><td colspan="2">単位数：　　単位　　利用定員：　　名</td></tr>
<tr><td>6　建物着工時期</td><td colspan="2">年　　月　　日　　上旬　　中旬　　下旬</td></tr>
<tr><td>7　職員雇用時期</td><td colspan="2">年　　月　　日　　上旬　　中旬　　下旬</td></tr>
<tr><td>8　開設(予定)時期</td><td colspan="2">年　　月　　日　　上旬　　中旬　　下旬</td></tr>
<tr><td>9　職員配置</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>10 建物構造等・設備の特色等
（図面・平面図を添付すること。）</td><td colspan="2">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：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">11 法人が他に運営している介護サービス等（予定を含む。）</td><td colspan="2">□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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□有料・軽費老人ホーム　□宅老所　□その他
(　　)</td></tr>
</table>

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