　自主点検表兼確認表　指定申請用　[（介護予防）認知症対応型共同生活介護]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 事業所対応者 | 確認日 | 確認者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 設　備　に　関　す　る　基　準 | | | | |
| 区　分 | 自　主　点　検　項　目 | 自主点検  ※１ | 確認欄  ※２ | 備　　　　考 |
| 一般 | 事業所所在地の住所に誤りはないか。 | □ | □ | 申請書の記載住所と現地に誤りがないこと。 |
| 居間、居室、台所及び浴室が２階以上にある場合、エレベータ等を設置しているか。 | □ | □ | 平面図、写真と現地を確認。 |
| 段差の解消、スロープの設置など高齢者の利便性、安全に配慮した構造になっているか。 | □ | □ | 送迎車の降車地点からの動線について確認。 |
| 災害等非常時の避難経路及び体制の確保はされているか。建物が建築基準法、消防法に適合しているか。 | □ | □ |  |
| 廊下、居間、便所その他必要な場所に常夜灯を設けているか。 | □ | □ |  |
| 階段の傾斜は緩やかになっているか。 | □ | □ |  |
| 廊下及び階段には、手すりを設けているか。 | □ | □ |  |
| ユニット  全般 | １のユニットの利用定員は５人以上９人以下となっているか。 | □ | □ |  |
| 居室 | １の居室の定員は、１人となっているか。  （利用者の処遇上必要と認められる場合は２人とすることができる） | □ | □ |  |
| 床面積は、１室当たり７．４３㎡以上となっているか。 | □ | □ | 床面積には、洗面・収納設備を含み、トイレは除く。 |
| 日照、採光、換気等利用者の保健衛生、防災等について考慮された構造になっているか。 | □ | □ |  |
| ブザー又はこれに代わる設備を設けているか。 | □ | □ |  |
| 居間・食堂 | 居間、食堂は同一の室内であっても、それぞれの機能が独立しているか。また、適当な広さはあるか。 | □ | □ | 有効面積は十分か。  平面図と現地を確認。 |
| 事務室 | 記録保管庫、事務机等の必要な備品は備えているか。 | □ | □ | 設備備品一覧表により確認。 |
| 他の事業所の事務室と共用する場合、事務スペースは明確に分けられているか。 | □ | □ | 間仕切りや机を離す等により分けられていること。 |
| 適当な広さはあるか。 | □ | □ |  |
| 洗面設備  ・トイレ | 要介護者、車椅子使用者が使用するのに適しているか。 | □ | □ |  |
| 定員に応じた適当数が設置されているか。 | □ | □ |  |
| ブザー、呼び鈴等の通報装置が設置されているか。 | □ | □ | 設置されていることが望ましい。 |
| 居室のある階ごとに設けているか。 | □ | □ |  |
| 浴室 | 要介護者等が使用するのに適したものになっているか。 | □ | □ |  |
| 脱衣室は設けられているか。 | □ | □ |  |
| 台所 | 事前に保健所に相談に行っているか。 | □ | □ |  |
| 食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備は設けられているか。 | □ | □ |  |
| その他 | 建物の使用権原を有することの分かる書類（賃貸借契約書等の原本）を備えているか。 | □ | □ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人　員　・　運　営　に　関　す　る　基　準 | | | |
| 自　主　点　検　項　目 | 自主点検  ※１ | 確認欄  ※２ | 備　　　　考 |
| 従業者の雇用関係書類（原本）、資格関係書類は整備されているか。 | □ | □ |  |
| 開設者、管理者、計画作成担当者は、それぞれ必要な研修を修了しているか。 | □ | □ |  |
| 運営規程の概要、従業員の勤務体制等の重要事項、苦情の措置の概要を見やすい場所に掲示しているか。 | □ | □ |  |
| 電気、水道等の公共料金の契約はされているか。 | □ | □ |  |
| 重要事項説明書、契約書、個人情報使用同意書、苦情処理や事故発生時の対応関係書類（記録簿、マニュアル）等は整備されているか。 | □ | □ |  |

※１　自主点検欄は、事業者が自主点検の上、チェックしてください。

※２　確認欄は、市が聞き取りや現地確認等によりチェックします。

他法令確認表　[（介護予防）認知症対応型共同生活介護]

|  |  |
| --- | --- |
| 要確認事項 | 確認内容（協議、確認状況を申請者において記入のこと） |
| 建物が建築基準法、都市計画法、消防法等に適合しているか。 |  |
| １　建築担当課等との協議状況  ・新築等の場合～自己所有、賃貸を問わず建築基準法に基づく建築確認及び検査済証の交付を受けたものであること  ・改修等の場合～建築基準法の手続き（用途変更等）を確認し、手続きが必要な場合、完了したものであること | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |
| ２　消防担当課との協議状況  ・新築・改修等される建物について、消防署と消防設備・避難設備等について、協議調整したものであること。  ・消防法の手続きを確認し、手続きが必要な場合、手続きを完了したものであること。 | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |
| ３　その他関係法令 | 申請者（確認した者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  協議日時　　　　年　　　月　　　日  担当部署等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）  確認内容 |

※上記担当部署との協議に使用した建築図面は、申請内容と同一であること。