　自主点検表兼確認表　指定(更新)申請用　[（介護予防）認知症対応型通所介護]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 担当者名 | 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。 |
| ２階以上に事業所がある場合、エレベータ等の設置をしているか。 | □ | □ | 平面図、写真と現地を確認。 |
| 住居兼事業所の場合、入口・事業所等が明確に区分されているか。 | □ | □ | 認知症対応型通所介護の提供に支障のない構造になっていること。 |
| 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。 | □ | □ |  |
| 食堂・  機能訓練室 | 合計した面積が、３㎡に定員を乗じて得た面積以上であるか。 | □ | □ | 有効面積は十分か。平面図と現地を確認。 |
| 狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保していないか。 | □ | □ |  |
| 専用区画が設けられているか。 | □ | □ | 通所介護等と共用する場合、間仕切り等により区分けされていること。 |
| 静養室 | 専用のスペースが設けられているか。 | □ | □ |  |
| ベッド等を備えているか。 | □ | □ |  |
| カーテンやパーテーション等の設置により、プライバシーは確保されているか。 | □ | □ |  |
| 職員の目の行き届く場所にあるか。 | □ | □ |  |
| 相談室 | 遮へい物の設置等により、相談内容が漏えいしないように配慮されているか。 | □ | □ | 天井から床まで、壁やパーティションで仕切られていること。 |
| 机、イス等を備えているか。 | □ | □ |  |
| 適当な広さはあるか。 | □ | □ |  |
| 事務室 | 記録保管庫、事務机等の必要な備品を備えているか。 | □ | □ | 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。 |
| 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。 | □ | □ |  |
| 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。 | □ | □ |  |
| 管理者は、管理者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）認知症対応型通所介護]

|  |  |
| --- | --- |
| 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。