自主点検表兼現地調査確認表　指定申請用　[地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 事業所対応者 | 現地調査日 | 現地調査職員 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 設　備　に　関　す　る　基　準　 |
| 区　分 | 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 現地確認 | 備　　考（特記事項等） |
| 一般 | 施設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。 |
| 居室、機能訓練室、食堂、浴室及び静養室が２階以上の場合、１以上の傾斜路若しくはエレベータを設置しているか。 | □ | □ | 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。 | □ | □ |  |
| 建物が建築基準法、消防法に適合しているか。 | □ | □ | 検査済証により確認※　他法令確認表により確認 |
| 耐火建築物であるか。 | □ | □ | 利用者の日常生活に充てられる場所が２階以上及び地階に設けていない場合は準耐火建築物で可 |
| 廊下、共同生活室、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 | ユニット全般 | １のユニットの利用定員は１０人以下となっているか。 | □ | □ | 特別な事情によりやむを得ない場合で利用定員が１０人を超える場合、１２人以下であり、総ユニット数の半数以下になっていることを確認。 |
| 居室は、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けられているか。 | □ | □ |  |
| 居室 | １の居室の定員は、１人となっているか。 | □ | □ | 利用者への介護老人福祉施設サービスの提供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、利用者１人当たり１０．６５㎡以上となっているか。（ユニット型準個室の場合は、１０．６５㎡以上） | □ | □ | 床面積には、洗面・収納設備を含み、トイレは除く。面積は内法による測定。 |
| 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。 | □ | □ |  |
| 共同生活室 | １の共同生活室の床面積は、２㎡にユニットの利用定員を乗じて得た面積以上となっているか。 | □ | □ |  |
| いずれかのユニットに属し、当該ユニットの利用者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有しているか。 | □ | □ | ・他のユニットの利用者が当該共同生活室を通過することなく、事業所内の他の場所に移動できること。・当該ユニットの利用者全員と介護従業者が一度に食事、談話等ができるテーブル、椅子等の備品を備えた上で、共同生活室内を車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていること。また、利用者が、心身状況に応じて家事を行う観点から、簡易な流し、調理設備を設けることが望ましい。 |
| 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。 | □ | □ |  |
| 居室ごと又は共同生活室ごとに適当数が設置しているか。 | □ | □ | １ヶ所に集中して設けず、２ヶ所以上の分散が望ましい。 |
| 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。 | □ | □ | 居室のある階ごとに設けることが望ましい。 |
| 脱衣室は設けられているか。 | □ | □ |  |
| 調理室 | 事前に保健所を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の設置はあるか。 | □ | □ |  |
| 汚物処理室 | スペースが設けられており、居室、静養室、食堂及び調理室から相当の距離を隔てているか。 | □ | □ |  |
| その他の必要な設備 | 医務室は設けられているか。 | □ | □ | 医療法第１条の５第２項に規定する診療所とすること。必要な医薬品及び医療機器を備え、必要に応じ臨床検査設備を設けているか。 |
| 洗濯室又は洗濯場 | □ | □ |  |
| 介護材料室 | □ | □ |  |
| 廊下 | 廊下幅は片廊下で１．５ｍ以上、中廊下１．８ｍ以上となっているか。 | □ | □ | 廊下の一部の幅の拡張等により、入居者、従業者等の往来に支障がないと認められるときはこれ以下でも可。 |
| 消火設備等 | 消火設備その他の非常災害に必要な設備を設けているか。 | □ | □ |  |
| その他 | 建物の使用権原を有することの分かる書類があるか。 | □ | □ | 賃貸借契約書等の原本 |
| 浴室、医務室、廊下、消火設備等については、専ら当該施設の用に供するものとしているか。 | □ | □ | ただし、入居者に対するサービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。 |

自主点検表兼現地調査確認表　指定申請用　[地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）]

|  |
| --- |
| 人　員　・　運　営　に　関　す　る　基　準 |
| 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 現地確認 | 備　　考（特記事項等） |
| 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。 | □ | □ |  |
| 運営規程の概要、従業員の勤務体制等を見やすい場所に掲示又は掲示の準備をしているか。 | □ | □ |  |
| 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。 | □ | □ |  |
| そ の 他 |
| 自　主　点　検　項　目 | 自主点検 | 現地確認 | 備　　　　考 |
| 下記の区域への該当の有無を調査し、該当があればチェックすること。□土砂災害警戒区域（調査済(指定前)を含む。）□土砂災害特別警戒区域（調査済(指定前)を含む。）□土砂災害危険箇所 | □ | □ | 事業所の所在地の状況を確認し、土砂災害警戒情報の把握、避難の方法・場所など、土砂災害から身を守るための必要な対策を立ててください。 |

* 必ず管理者が自主点検してください。

他法令確認表　[地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）]

|  |  |
| --- | --- |
| 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。