

自主点検表兼現地調査確認表 指定申請用 [訪問系、福祉用具系、居宅介護支援]

| | | | | |
|------|----|--------|-------|--------|
| 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 | 事業所所在地の住所に誤りはないか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 申請書の記載住所と現地に誤りが無いこと。 |
| | 住居兼事務所の場合、入口・事務所等が明確に区分されているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | サービスの提供に支障がない構造になっていること。 |
| 相談スペース | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 机、イス等は備えているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 適当な広さはあるか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 利用者が直接出入りできるなど利用しやすい構造となっているか。 (居宅介護支援のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| トイレ | トイレは設けているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 洗面設備 | 洗面設備は設けているか。特に訪問系サービスにおいては、手指を洗浄するための感染症予防設備等を備えているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| サービス担当者会議のスペース | 担当者会議を行う適切なスペースは確保されているか。(居宅介護支援のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 保管・消毒設備 | 福祉用具の保管、消毒設備を設けているか。※保管、消毒を委託している場合は必要なし。(福祉用具貸与のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 消毒済みと未消毒ものを明確に分ける措置がされていること。 |
| 訪問入浴に必要な設備 | 訪問入浴介護の提供に必要な浴槽、車両等を備えているか。(訪問入浴のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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等)を備えているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| 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) |
| | 管理者は常勤で専ら当該事業所の管理業務に従事するものか (同一敷地内に併設事業所がある場合で管理業務に支障がない場合は兼務できる) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 訪問介護 | サービス提供責任者は、常勤で専ら訪問介護の職務に従事するものか(同一事業所の管理者との兼務は可) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 「常勤」～ 申請する事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(週32時間を下回る場合は32時間)に達していることをいう。 |
| 訪問看護◆ | 常勤の看護師等(保健師、看護師、准看護師)が1人以上いるか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 居宅介護支援 | 常勤の介護支援専門員が1人以上いるか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 電気、水道等の公共料金の契約はされているか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|

※必ず管理者が自主点検してください。

◆訪問看護ステーションの実施する居宅療養管理指導の場合にも記入してください。