自主点検表兼現地調査確認表［介護予防支援］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 事業所担当者 | 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 | 市  確認 | 備　　　　考 |
| 一般 | 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。 | □ | □ | 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。 | □ | □ |  |
| 机、イス等は備えているか。 | □ | □ |  |
| 適当な広さはあるか。 | □ | □ |  |
| 利用者が直接出入できるなど利用しやすい構造となっているか。 | □ | □ |  |
| 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 | トイレを設けているか。 | □ | □ |  |
| 洗面設備を設けているか。また、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。 | □ | □ |  |
| 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。 | □ | □ |  |
| その他 | 記録保管庫、事務机等の必要な備品は備えているか。 | □ | □ |  |
| 消火設備その他の非常災害に際して設備を備えているか。 | □ | □ |  |
| 人　員　・　運　営　に　関　す　る　基　準 | | | | |
| 自　主　点　検　項　目 | | 自主  点検 | 市  確認 | 備　　　　考 |
| 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可） | | □ | □ | 「常勤」とは、申請する事業所のおける勤務時間が、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。 |
| 必要な資格を有する担当職員が1人以上いるか | | □ | □ |
| 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。 | | □ | □ |  |
| 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。 | | □ | □ |  |

※　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。

※　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。