

## 通所介護等事業を実施予定の方へ

介護保険法による通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防通所サービス事業(以下、「通所介護等事業」という。)を実施する場合は、人員の基準とともに設備に関する基準が定められています。**新規に事業を始められるにあたっては、事業を行おうとする建物がこれらの基準に適合しているかを確認させていただくため、事前協議を行っています。ついては、事業を行おうとする建物の改修・新築工事の着工前に、下記の事項を確認のうえ事前協議を行ってください。**

### 1 事業の概要と施設の類型

通所介護等事業とは、在宅の要介護者・要支援者を老人福祉法に規定する老人デイサービスに通わせ、当該施設において入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他必要な日常生活の世話や支援及び機能訓練を行うことをいいます。

#### (1) 一般型

①(ア)と②(または①(イ)と②)は、同一施設で一体的に事業を実施できます。なお、ここでいう「利用定員」とは、利用者の実人数やサービス提供単位ごとの利用定員ではなく、当該事業所において『同時に通所介護等事業の提供を受けることができる利用者の数の上限として堺市に届け出ている数』をいいます。

##### ①要介護者が利用するサービス

###### (ア)通所介護事業(居宅サービス)

要介護者(要介護 1～5)を対象にした通所介護事業であって利用定員 19 人以上のもの

###### (イ)地域密着型通所介護事業(地域密着型サービス)

要介護者(要介護 1～5)を対象にした地域密着型の通所介護事業であって利用定員 18 人以下のもの

##### ②要支援者が利用するサービス

###### ・介護予防通所サービス事業(第 1 号通所事業)

要支援者(要支援 1・2)を対象にした通所介護事業

(注)第 1 号通所事業として、堺市ではこのほかに「担い手登録型通所サービス」「短期集中型通所サービス」もあります。

#### (2) 療養型

##### ③療養型サービス

###### ・療養通所介護事業(地域密着型サービス)

難病等を有する重度要介護者又はがん末期の方で、サービス提供にあたり、常時看護師による観察が必要な方を対象にした利用定員 18 名以下の地域密着型通所介護事業

### 2 事業計画

事業の計画にあたっては、介護保険法のほか、ご案内する「基準」を必ずお読みいただきご検討ください。

#### (1) 通所介護、地域密着型通所介護

・堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平 24. 12. 14 条例第 58 号)

当該条例は国の基準を引用していますので、下記も併せてお読みください。

- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平 11. 3. 31 厚令 37 号)
- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について(平 11. 9. 17 老企 25 号)
- ・指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平 18. 3. 14 厚令 35 号)

※条例・基準関係については、堺市のホームページ上から確認ができます。

「堺市トップページ」(<http://www.city.sakai.lg.jp/>) ⇒ 「健康・福祉」 ⇒ 「福祉・介護」 ⇒ 「事業者向け情報」 ⇒ 「介護事業」内の“条例・基準関係”

## (2) 介護予防通所サービス

- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業の人員・設備及び運営に関する基準
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準に係る解釈について(解釈通知)
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準
- ・堺市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

※上記要綱等については、堺市のホームページ上から確認ができます。

「堺市トップページ」(<http://www.city.sakai.lg.jp/>) ⇒ 「健康・福祉」 ⇒ 「福祉・介護」 ⇒ 「高齢者福祉」 ⇒ 「介護予防・日常生活支援総合事業」内の“7 要綱・基準等”

(担当課)堺市 長寿社会部 介護事業者課

所在地：堺市堺区南瓦町3番1号 本館8階

連絡先：(電話) 072-228-7348 (FAX) 072-228-7481

### 3 協議に必要な書類

書ききれない場合は別紙で対応してください。様式の各項目を記載の上、添付書類を添えて持参してください。

| 書類の種別                    | 様式     | 備考                                                        |
|--------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|
| 通所介護等事業 事業計画書            | 協議様式 1 |                                                           |
| 通所介護等事業 事業企画書            | 協議様式 2 |                                                           |
| 通所介護等事業 施設整備チェックリスト      | 協議様式 3 |                                                           |
| 建築等担当課との調査及び協議事項         | 協議様式 4 |                                                           |
| 消防署との協議記録及び近隣住民との協議予定・記録 | 協議様式 5 |                                                           |
| 土地(駐車場・乗降スペース含む)及び建物の図面  |        | 改修・新築の計画図面                                                |
| 近隣の住宅地図等                 |        | 施設周辺の様子がわかるもの                                             |
| 現況の写真                    |        | カラーに限る<br>A4 サイズの紙に写真を貼付してください<br>平面図に撮影方向を明示した上で添付してください |
| 土地及び建物登記簿謄本              |        | 新築の場合、建物登記簿謄本を除く。                                         |
| 建物の賃貸借契約書(案)の写し          |        | 建物が申請法人所有で、土地所有者が異なる場合、土地の賃貸借契約書(案)の写し                    |

## 4 人員及び設備に関する基準

### (1) 通所介護事業、地域密着型通所介護事業（療養通所介護を除く。）、介護予防通所サービス事業

#### ① 人員に関する配置基準

##### (ア) 利用定員が 10 人を超える場合

| 職種                                                                                          | 資格要件                                                                  | 配置基準                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者                                                                                         | なし                                                                    | ・専らその職務に従事する <sup>(注1)</sup> 常勤 <sup>(注2)</sup> の者 1 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 生活相談員                                                                                       | 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事任用資格者 <sup>(注3)</sup> 、介護支援専門員              | ・提供日ごとに、サービス提供時間開始時刻から終了時刻まで(サービスが提供されていない時間帯を除く。)専らその職務に従事する者を 1 以上確保するために必要な数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 看護職員                                                                                        | 看護師、准看護師                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・単位<sup>(注4)</sup>ごとに、<u>その提供を行う時間帯を通じて専従する必要はないが、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図るものとし、その提供に当たる者 1 名以上</u></li> <li>・また、<u>病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定通所介護等事業所の営業日ごとに、</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者の健康状態の確認を行い、</li> <li>②病院、診療所、訪問看護ステーションと指定通所介護等事業所が提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている(指定通所介護等事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制を確保している。)</li> </ul> </li> </ul> 場合には、看護職員が確保されているものとする。 |
| 介護職員                                                                                        | なし                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・単位ごとの提供時間に応じ、以下の時間を確保すべき勤務延時間とする。(次表参照)<br/>               平均提供時間数(利用者ごとの提供時間数合計を利用者数で除して得た数)を A として、<br/>               利用者数 15 人… A<br/>               利用者数 16 人以上<br/>               …((利用者数－15)÷5＋1)× A</li> <li>・また、単位ごとに、その提供を行う時間帯に常時 1 名以上従事が必要。</li> </ul>                                                                                                                            |
| 機能訓練指導員                                                                                     | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師 <sup>(注5)</sup> | ・1 名以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ※生活相談員又は介護職員のうち 1 人以上は常勤であること<br>※看護職員を連携により確保する場合は、波線①及び②の内容が明記されている文書を指定申請の際に添付書類として求めます。 |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

(注 1) 「専ら従事する」とは、原則として当該事業所における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

(注 2) 「常勤」とは、雇用形態に関わらず、当該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(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。)に達していることをいいます。

(注 3) 社会福祉主事任用資格者の証明を大学、短大の成績証明書により行う場合、厚生労働省の指定

科目が、卒業年次によって異なりますので、事前に証明書を発行した大学、短大にお問い合わせいただきご確認願います。

社会福祉主事任用資格の取得方法については、厚生労働省のホームページからも確認できます。

「厚生労働省トップページ」⇒「政策について」⇒「分野別の政策一覧」⇒「福祉・介護」⇒「生活保護・福祉一般」⇒「社会福祉士・介護福祉士等」

(注4)「単位」とは同時に、一体的に提供される指定通所介護等事業をいいます。

そのことから、例えば、次のような場合は、2単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要があります。

イ 指定通所介護等事業が同時に一定の距離を置いた2つの場所で行われ、これらのサービスの提供が一体的に行われているといえない場合

ロ 午前と午後とで別の利用者に対して指定通所介護等事業を提供する場合

(注5)はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6ヶ月以上機能訓練に従事した経験を有する者に限られます。

#### 通所介護等事業の人員配置基準を満たすために必要な介護職員等の勤務時間数の具体例(単位ごと)

|      |     | 平均提供時間 |       |        |        |        |        |        |
|------|-----|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
|      |     | 3.0時間  | 4.0時間 | 5.0時間  | 6.0時間  | 7.0時間  | 8.0時間  | 9.0時間  |
| 利用者数 | 10人 | 3.0時間  | 4.0時間 | 5.0時間  | 6.0時間  | 7.0時間  | 8.0時間  | 9.0時間  |
|      | 15人 | 3.0時間  | 4.0時間 | 5.0時間  | 6.0時間  | 7.0時間  | 8.0時間  | 9.0時間  |
|      | 16人 | 3.6時間  | 4.8時間 | 6.0時間  | 7.2時間  | 8.4時間  | 9.6時間  | 10.8時間 |
|      | 17人 | 4.2時間  | 5.6時間 | 7.0時間  | 8.4時間  | 9.8時間  | 11.2時間 | 12.6時間 |
|      | 18人 | 4.8時間  | 6.4時間 | 8.0時間  | 9.6時間  | 11.2時間 | 12.8時間 | 14.4時間 |
|      | 19人 | 5.4時間  | 7.2時間 | 9.0時間  | 10.8時間 | 12.6時間 | 14.4時間 | 16.2時間 |
|      | 20人 | 6.0時間  | 8.0時間 | 10.0時間 | 12.0時間 | 14.0時間 | 16.0時間 | 18.0時間 |

#### (イ)利用定員が10名以下の場合

| 職種                                | 資格要件                                                                  | 配置基準                                                                                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者                               | なし                                                                    | ・専らその職務に従事する <sup>(注1)</sup> 常勤 <sup>(注2)</sup> の者1名                                               |
| 生活相談員                             | 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事任用資格者 <sup>(注3)</sup> 、介護支援専門員              | ・提供日ごとに、サービス提供時間開始時刻から終了時刻まで(サービスが提供されていない時間帯を除く。)専らその職務に従事する者を1以上確保するために必要な数                      |
| 看護職員                              | 看護師、准看護師                                                              | ・単位 <sup>(注4)</sup> ごとに、平均提供時間数(利用者ごとの提供時間数合計を利用者数で除して得た数)を確保すべき勤務延時間数とする。<br>・また、単位ごとに常時1名以上従事が必要 |
| 介護職員                              | なし                                                                    |                                                                                                    |
| 機能訓練指導員                           | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師 <sup>(注5)</sup> | ・1名以上                                                                                              |
| ・生活相談員又は看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤であること |                                                                       |                                                                                                    |

(注1)から(注5)については、前頁からの注釈を参照してください。

## ②設備に関する基準

設備や備品の配置については事業者指定申請について(指定の基準解説)」(別途ダウンロードが必要)も併せて確認しておいてください。

| 設備                                   |      | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食堂                                   |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれ必要な広さを有すること</li> <li>・合計した面積が、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積(有効面積<sup>(注1)</sup>)以上であること</li> <li>・機能訓練室については、サービス提供時間を通じて利用者がサービスを受けられる部屋であること(一時的に使用する部屋は機能訓練室として必要な面積に算定できない。)</li> <li>・狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保することは不可</li> <li>・食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合は、同一の場所とすることができる。</li> </ul> |
| 機能訓練室                                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 静養室                                  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用定員に対して(複数の利用者が同時に利用できる)適当な広さを確保すること</li> <li>・機能訓練室から見通しがきく場所に専用のスペースを確保すること</li> <li>・利用者が休まれるベッド等は適切な幅を確保し、カーテン等により静養中のプライバシーに配慮されていること</li> <li>・それぞれのベッドに対して、静養中の利用者の手が届く位置に緊急呼び出し等通報装置が設置されていること</li> </ul>                                                                                                     |
| 相談室                                  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・遮へい物の設置等により相談者のプライバシー及び相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 事務室                                  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・鍵付書庫、職員用事務机、通信設備、その他事務に必要な備品を配置できる広さを確保すること</li> <li>・利用者の情報が漏れることのないように配置すること</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              |
| その他必要な設備                             | 洗面設備 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・送迎時など利用者が手指洗浄及びうがいを行える設備を設けること</li> <li>・利用者が使用しやすいよう自動水栓又はレバー式とすること</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                      | 便所   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・手すり等を設置するなど介助を要する者の使用に適した構造・設備とすること(複数の利用者が同時に利用できること。うち1箇所は車いす対応型便所とすることが望ましい。)</li> <li>・ナースコールが設置されていること</li> <li>・扉は内開きにせず、鍵が外からも容易に開錠出来ること</li> <li>・空気感染防止対策(換気設備の設置)を行っていること</li> </ul>                                                                                                                         |
|                                      | 厨房   | (食事を提供する場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・食品等の衛生管理に配慮した設備とすること(保存食の保存設備を設置することが望ましい。)</li> <li>・食材等の搬出入に対して安全かつ衛生面に配慮したルートを確保すること</li> <li>・火気使用部分は不燃対策を行っておくこと</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
|                                      | 浴室   | (入浴介助を行う場合)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が使用中は、他の利用者から中が見られないようにすること</li> <li>・手すり等を設置するなど利用者の安全に配慮し、介助浴を基本とすること</li> <li>・湯温管理盤にカバーをするなどやけど防止対策をおこなっておくこと</li> <li>・浴室及び脱衣場の適切な個所にナースコールが設置されていること</li> <li>・防カビ対策(換気設備の設置)を行っていること</li> </ul>                                                                                               |
| ※設備については、専ら通所介護等事業の用に供するものでなければならない。 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

(注1)有効面積は、実際に利用者が機能訓練を行える(実施に支障がない)範囲とする。

## (2) 療養通所介護

### ① 人員に関する配置基準

| 職種                                             | 資格要件     | 配置基準                                                                                  |
|------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者                                            | 看護師      | ・専らその職務に従事する <sup>(注1)</sup> 常勤 <sup>(注2)</sup> の者1名                                  |
| 看護職員                                           | 看護師、准看護師 | ・療養通所介護の単位 <sup>(注4)</sup> ごとに、 <u>その提供を行う時間帯を通じて専ら当該療養通所介護の提供に当たる者が利用者の数1.5対1名以上</u> |
| 介護職員                                           | なし       |                                                                                       |
| 看護職員又は介護職員のうち1名以上は常勤の看護師であって専らその職務に従事する者であること。 |          |                                                                                       |

(注1)、(注2)、(注4)については5頁からの注釈を参照してください。

### ② 設備に関する基準

指定療養通所介護を行うのにふさわしい専用の部屋を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備及び備品等を備えなければならない。

| 設備                                       |    | 内容                                                                                                                        |
|------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 専用の部屋<br>(食堂・機能訓練室)                      |    | ・指定療養通所介護を行うのにふさわしい部屋とし、合計した面積が6.4平方メートルに利用定員を乗じて得た面積(内法、有効面積)以上であること<br>・利用者ごとの状態を勘案してレイアウトを行うこと<br>・プライバシーに配慮された構造であること |
| 静養スペース<br>※専用の部屋に定員数分のベッドがある場合は省略可       |    | ・機能訓練室から見通しがきく場所に利用定員分のベッド、ふとんが敷ける広さを確保した専用スペースを確保すること<br>・ナースコールが設置されていること                                               |
| 相談室                                      |    | ・遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること                                                                                       |
| 事務室                                      |    | ・職員、設備備品を配置できる広さを確保すること                                                                                                   |
| その他必要な設備                                 | 便所 | ・介助を要する者の使用に適した身体障害者用の構造・設備とすること(最低1箇所以上)※複数設置が望ましい<br>・ナースコールが設置されていること                                                  |
|                                          | 厨房 | (食事を提供する場合)<br>・環境衛生に配慮した設備とすること。(保存食の保存設備を設置することが望ましい)                                                                   |
|                                          | 浴室 | (入浴介助を行う場合)<br>・身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。<br>・ナースコールが設置されていること                                                           |
| ※設備については、専ら指定療養通所介護の事業の用に供するものでなければならない。 |    |                                                                                                                           |

### ③ 契約医療機関

○利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ緊急時対応の医療機関を定め、緊急時に円滑な協力が得られるよう契約を結ぶ必要があります。

○緊急時対応の契約医療機関は、同一の敷地内、又は隣接若しくは近接している必要があります。

## 5 その他の配慮事項

- ①日照、採光、換気、適温保持を確保すること。
- ②利用者が利用するスペース(食堂・機能訓練室、静養室、相談室、浴室等)については、同一階に配置すること。(エレベーター設置により利用者の移動に支障がないと認められる場合を除く。)
- ③段差の解消、スロープの設置など高齢者の安全、利便に配慮した構造とし車椅子の利用が可能なものとする。
- ④静養室・便所・浴室・脱衣室等、利用者が1人になる可能性があるスペースには、緊急呼出しを設置すること。
- ⑤土地、建物等については、指定通所介護等事業所を安定的に運営できるよう、申請法人が所有する物件であるか、適切な権原取得(例えば賃貸借契約の締結)が行われていることが確認できるものに限ります。

## 6 建物に係る協議・申請時の留意事項

### (1) 消防法への適合について

事業所を所轄する消防署と消防設備・避難設備等について協議調整を進めておく必要があります。**事前協議までに必ず協議**し、その結果を「協議様式5 消防署との協議事項」に記載してください。

また、指定申請前には、所轄消防署の設備検査(立ち入り等)を完了しておく必要があります。申請時に提出する「**防火対象物使用開始届**」には、所轄消防署の【受付印】の押印がなければ、申請受付ができません。

### (2) 建築基準法等への適合について

**事前協議までに必ず、以下の①、②について確認や協議を実施し**、「協議様式4 建築等担当課との調査及び協議事項」に記録してください。

#### ①事業所設置場所の用途地域等を確認

市街化調整区域及び工業専用地域では通所介護等事業の実施はできません。インターネット(堺市e-地図帳)または都市計画課で、設置場所が市街化区域(工業専用地域除く)であることを確認してください。

<http://www2.wagamachi-guide.com/sakai/>(「都市計画情報」から検索)

また、建築物の用途などを制限した建築協定が結ばれている地域がありますので、建築確認担当課または堺市ホームページで、当該地が事業を実施できる地域なのか確認をしてください。

確認できたら「協議様式4」1に確認した内容をそれぞれ記載してください。

#### ②建築基準法上の手続きについて建築確認担当課と協議

新築の場合、必ず手続きが必要です。

既存の建物の場合は、その建物が建築基準法に適合した物件であることが条件ですから、事前に確認をしたうえで、図面持参のうえ建築確認担当課と建築確認申請(改築等)の要否、建築物の用途制限について確認し、協議結果を「協議様式4」2に記載(手続きが不要の場合も、その理由を記載)してください。



**通所介護等事業開始にあたっての検討項目**

| 検 討 項 目          | 検 討 す べ き 内 容                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 建物の確保            | <p>○開設予定地の状況(立地条件検討)<br/>競合施設の有無、整備進捗状況、市町村の考え方(整備計画等)、近隣環境(地域によっては、建築協定が結ばれ、建物を住宅以外で利用できない場合もあります。)<br/>事前に近隣住民などに対し説明会、協議などを行い、事業の内容(規模やサービスの時間帯、送迎方法など)について理解を得ておくことが必要です。</p> <p>○建物の確保方法    新築・改築の別、自己所有・賃借の別、建物規模<br/>他のサービス・事業を行う場合は、その可否についてもあわせて検討すること。</p> |
| 収支算定             | <p>○建物(設備)に要する費用<br/>建設コスト(新築・改築)《賃借も改修コスト算定は必要》、設備取得コスト<br/>《賃借の場合は保証金等についても考慮》</p> <p>○運営経費<br/>人件費、事業費、管理費、賃借料、建物維持管理費、建物償却費、借入返済</p> <p>○収入見込(算定にあたっては平均稼働率見込が必要)<br/>介護報酬、利用者負担</p>                                                                             |
| 資金確保             | <p>○初期投資費用<br/>建物(設備)に要する費用、法人設立費用、開設準備経費(事務費、人件費)</p> <p>○運転資金<br/>少なくとも運営経費の2～3ヶ月分(介護報酬の請求支払いのタイムラグ)<br/>自己資金(手持資金)、借入金等に区分して確保方法を明確にする。</p>                                                                                                                       |
| 人材確保             | <p>○人員の確保<br/>人員に関する配置基準(常勤・非常勤等)を満たしていること</p> <p>○要資格者の確保<br/>生活相談員・・・社会福祉士、社会福祉主事等の資格<br/>看護職員・・・看護師、准看護師<br/>機能訓練指導員・・・理学療法士、作業療法士等の資格</p>                                                                                                                        |
| 事業運営主体           | <p>○法人格の確保(取得)<br/>新規設立法人又は既存法人のいずれも可能</p> <p>○法人事業への当該事業の位置づけ<br/>定款等の事業目的に当該事業が記載されていること(記載されていない場合は変更登記等の手続要)</p>                                                                                                                                                 |
| 契約医療機関の確保(療養型のみ) | <p>○契約医療機関の確保<br/>利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ緊急時対応の医療機関を定め、緊急時に円滑な協力が得られるよう契約を結ぶ必要があります。<br/>緊急時対応の契約医療機関は、同一の敷地内、又は隣接若しくは近接している必要があります。</p>                                                                                                                              |

**建物に関する留意事項**

- 建物の設置場所は、都市計画法上の市街化区域内(工業専用地域を除く)であること。
- 建築基準法に適合した物件であること。
- 新築は、申請法人所有、賃借を問わず、建物は建築基準法に基づく建築確認行為及び検査済証の交付を受けたものであること。
- 改修の場合は、用途変更等の建築基準法上の手続きが必要かどうかについて、建築確認担当課と事前に相談してください。その結果を「協議様式4 建築確認担当課との調査及び協議事項」に記載(手続き不要の場合でも、その理由を記載)して事前協議に持参してください。手続きが必要な場合は、指定申請前に完了させる必要があります。
- 「防火対象物使用開始届」等の消防法上の手続きについて、所轄消防署と事前に相談し、受理、検査が確認できるものであること。  
改修の場合は、事前相談の結果を「協議様式5 消防署との協議記録」に記載して事前協議に持参してください。なお、手続きは、指定申請前に完了させる必要があります。

通所介護等 事業計画書

令和 年 月 日

|       |           |    |   |   |      |   |
|-------|-----------|----|---|---|------|---|
| 法人の概要 | 法人の所在地    |    |   |   |      |   |
|       | 事業主体(法人名) |    |   |   |      |   |
|       | 代表者職氏名    |    |   |   | 担当者名 |   |
|       | 法人の連絡先    | 電話 | — | — | FAX  | — |

事業・施設等の概要

|                        |        |                                                                                       |       |               |               |       |                  |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|---------------|-------|------------------|
| 事業所の名称                 |        |                                                                                       |       |               |               |       |                  |
| 事業所の所在地                |        | 堺市 区                                                                                  |       |               |               |       |                  |
| 主たる各部屋の面積              |        | ①機能訓練室( )㎡ ②食 堂( )㎡<br>③静養室 ( )㎡ ④相談室( )㎡<br>⑤浴 室 ( )㎡ ⑥脱衣室( )㎡<br>⑦厨 房 ( )㎡ ⑧事務室( )㎡ |       |               |               |       |                  |
| 種別・単位数・定員              |        | 種 別                                                                                   | 単位数   | 要介護者<br>(推定数) | 要支援者<br>(推定数) | 利用定員  | 食堂及び機能<br>訓練室の面積 |
|                        |        |                                                                                       |       | サービス提供時間      |               |       |                  |
|                        |        | □ 一般型<br>□ 療養型                                                                        | 1 単位目 | 人             | 人             | 人     | ㎡                |
|                        |        |                                                                                       |       | 時 分～          | 時 分(          | 時間 分) |                  |
|                        |        | □ 一般型<br>□ 療養型                                                                        | 2 単位目 | 人             | 人             | 人     | ㎡                |
|                        |        |                                                                                       |       | 時 分～          | 時 分(          | 時間 分) |                  |
|                        |        |                                                                                       |       |               |               |       |                  |
| 営業日・時間                 |        | 曜日～ 曜日(週 日)、 時 分～ 時 分( 時間 分)                                                          |       |               |               |       |                  |
| 通常の事業実施地域              |        |                                                                                       |       |               |               |       |                  |
| 開設予定年月<br>(事業開始<br>予定) | 令和 年 月 | 併設施設の有無<br>と種別                                                                        |       | 併設施設          | 有 ・ 無         |       |                  |
|                        |        |                                                                                       |       | 施 設 名         |               |       |                  |
|                        |        |                                                                                       |       | 施設種別          |               |       |                  |

|         |         |                            |
|---------|---------|----------------------------|
| 人員配置の状況 | 管理者     | (確保状況)、(勤務形態)<br>1 人       |
|         | 生活相談員   | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>人 |
|         | 看護職員    | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>人 |
|         | 介護職員    | (確保状況)、(勤務形態)<br>人         |
|         | 機能訓練指導員 | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>人 |

## 通所介護等 事業企画書

| 検 討 項 目            | 検 討 す べ き 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業開始の動機<br>及び提供内容  | <p>○事業を始めようとした理由は</p> <p>○予定している提供内容(特色など)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 建 物 の 確 保          | <p>○開設予定地の状況(立地条件検討)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・競合施設の有無：</li> <li>・整備進捗状況：</li> <li>・市町村の考え方：</li> <li>・近隣環境：</li> </ul> <p>○建物の確保方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新築・改築の別：新築 ・ 改築</li> <li>着工日： 年 月 日、竣工日： 年 月 日</li> <li>・自己所有・賃借の別：自己所有 ・ 賃貸</li> <li>賃貸の場合の確保状況：</li> <li>・土地・建物等の面積：敷 地( )㎡ ・ 延べ床面積( )㎡</li> <li>・建物規模： 造 階建 ( 階部分使用)、 年築</li> </ul> <p>※既存建物の場合は、建築基準法の規定による確認済証または検査済証の内容を記載すること。<br/>(済証交付年月日： 年 月 日、済証番号：第 号)</p> <p>○建物のレイアウトの検討 <u>建物内のレイアウトを検討して、建物の図面を作成してください。</u></p> |
| 収 支 算 定            | <p>○建物(設備)に要する費用</p> <p>○運営経費</p> <p>○収入見込</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 資 金 確 保            | <p>○初期投資費用</p> <p>○運転資金</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 事業運営主体             | <p>○法人格の確保</p> <p>○法人事業への当該事業の位置づけ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 療養型の場合のみ<br>契約医療機関 | <p>○契約医療機関</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 通所介護等 施設整備チェックリスト

(協議様式3)

| 事業所名                                              |                                                                                      |                          |                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 居 室 等                                             | 項 目                                                                                  | チェック欄                    |                          |
|                                                   |                                                                                      | はい                       | いいえ                      |
| 一般原則・構造                                           | ①日照(採光)、通風(適温保持)に配慮されていますか。                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②バリアフリーに配慮した施設となっていますか。                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③災害等非常時の避難経路(最低2方向)が確保されているか消防署の指示通りになっていますか。また、避難時の動線上に障害物はありませんか。                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④手摺は廊下、食堂及び機能訓練室等に、適切に設けていますか。                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑤調度品(靴箱や棚など)の転倒防止対策は行っていますか。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑥扉がある部屋については外から容易に開けられるようになっていますか。                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 玄関及び廊下                                            | ①段差解消の対策がなされていますか。                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②車椅子、歩行器等の通行に支障のない幅員が確保されていますか。                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食堂及び機能訓練室                                         | ①出入口廻りは車椅子、歩行等の使用に配慮されていますか。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくい材質になっていますか。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③洗面台は自動水栓、レバー式などの高齢者が使いやすいものになっていますか。                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④洗面台にペーパータオルを設置していますか。(感染防止のため、共用タオルは使用不可)                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑤石鹸・消毒液などの誤飲予防対策が取られていますか。                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 静 養 室                                             | ①食堂・機能訓練室から見渡せる構造になっていますか。                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②複数の人が同時に利用できるようになっていますか。                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③利用者が使用しやすい位置に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④ベッド間の間仕切りなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 相 談 室                                             | ①機能訓練室から隔離するなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②書庫や更衣ロッカーを置いていませんか。                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 浴 室<br><br>提供の有無<br>(有・無)                         | ①廊下と脱衣室、脱衣室と浴室の出入口に段差はありませんか。                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないようカーテン等を設けていますか。                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③脱衣室・浴室に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④洗い場・浴槽に適切な手すり等を設置していますか。                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑤やけど予防の対策(お湯の温度設定等)はとられていますか。                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑥療養型の場合は、ストレッチャー等を使用した状態で入浴できますか。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 厨 房<br><br>食事提供の有無<br>(有・無)<br><br>調理の有無<br>(有・無) | ①火気使用部分是不燃対策がされていますか。                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②食器・調理器具の消毒、洗浄、保管に関し衛生上の配慮がされていますか。                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③食品庫は衛生的に配慮されていますか。                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④レンジ台・包丁・洗剤等を利用者が勝手に使わないように管理していますか。                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑤調理済食品の保冷・保温の設備を設け、適温食事の提供が可能ですか。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑥食材等の搬出入は安全面・衛生面の配慮がされていますか。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ト イ レ                                             | ①複数設置及び鍵付き扉の設置などのプライバシーへの配慮がされていますか。                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②「緊急呼び出し」等が適切な場所に設置されていますか。                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③扉を有し、緊急時には外から開錠できるようになっていますか。<br>また、扉は内開きになっていませんか。                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④水道栓は自動水栓、レバー式など高齢者が使いやすいものになっていますか。                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑤手洗いにはペーパータオルを設置していますか。                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ⑥石鹸・消毒液・洗剤等の誤飲予防対策が取られていますか。                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 衛生管理                                              | ①収納設備や倉庫に清潔物・非清潔物・日用品等を混在していませんか。                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②汚物処理室(流し)を設けている場合は、他の設備と区別された一定のスペースを有しているか、換気扇を設置し空気感染防止対策を行っていますか。                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③感染症胃腸炎を含めた感染症対策として、使い捨ての手袋、マスクを備え付けていますか。また消毒作業手順等について保健所の助言、指導を求め、また密接な連携を確保できますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| そ の 他                                             | ①堺市基準条例及び当該条例が引用する国の基準を確認しましたか。                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ②近隣住民との協議、説明会等を行ったか、これから行う計画がありますか。                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ③都市計画法及び建築基準法上の手続きを確認しましたか。(建築基準法に適合した物件ですか。)                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                   | ④消防法上の手続きを確認しましたか。(所轄消防署と相談していますか。)                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 建築等担当課との調査及び協議事項

## 1 用途地域等の調査事項

| 年                                                                                          | 月 | 日 | 担当課名・担当者名 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|--|
| 用途地域の区分(あてはまる番号を記載):( )<br>①市街化区域(工業専用地域ではない) ②市街化区域(工業専用地域) ③市街化調整区域<br><br>建築協定の有無:(有・無) |   |   |           |  |

## 2 建築確認担当課との協議事項(新築以外の施設のみ)

| 年                       | 月 | 日 | 担当課名・担当者名 |  |
|-------------------------|---|---|-----------|--|
| (確認申請の要否、用途制限の有無の確認内容等) |   |   |           |  |

1 消防署との協議記録

|              |   |   |   |           |  |
|--------------|---|---|---|-----------|--|
| ①            | 年 | 月 | 日 | 担当課名・担当者名 |  |
|              |   |   |   |           |  |
| ② 消防署からの指導事項 |   |   |   |           |  |
|              |   |   |   |           |  |

2 近隣住民との協議予定・記録

|     |                       |
|-----|-----------------------|
| 日 付 | 実施予定、もしくは実施した協議内容の記録等 |
|     |                       |

記入例

通所介護等 事業計画書

令和 年 月 日

|       |           |                         |              |  |     |              |       |
|-------|-----------|-------------------------|--------------|--|-----|--------------|-------|
| 法人の概要 | 法人の所在地    | 堺市〇区〇〇町〇丁〇番〇号 〇〇〇ビル〇〇〇号 |              |  |     |              |       |
|       | 事業主体(法人名) | 株式会社〇〇〇〇                |              |  |     |              |       |
|       | 代表者職氏名    | 代表取締役 〇〇 〇〇             |              |  |     | 担当者名         | 〇〇 〇〇 |
|       | 法人の連絡先    | 電話                      | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |  | FAX | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |       |

|                                 |                                                 |                   |       |                                |           |          |                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|-------|--------------------------------|-----------|----------|---------------------|
| 事業・施設等の概要                       | 事業所の名称                                          | 〇〇〇〇〇〇デイサービスセンター  |       |                                |           |          |                     |
|                                 | 事業所の所在地                                         | 堺市 〇 区 〇〇〇町〇丁〇番〇号 |       |                                |           |          |                     |
|                                 | 主たる各部屋の面積                                       | ①機能訓練室(           | 42.6  | )m <sup>2</sup>                | ②待合室(     | 機能訓練室と兼用 | )m <sup>2</sup>     |
|                                 |                                                 | ③静養室(             | 4.8   | )m <sup>2</sup>                | ④相談室(     | 4.2      | )m <sup>2</sup>     |
|                                 |                                                 | ⑤浴室(              | なし    | )m <sup>2</sup>                | ⑥脱衣室(     | なし       | )m <sup>2</sup>     |
|                                 |                                                 | ⑦厨房(              | なし    | )m <sup>2</sup>                | ⑧事務室(     | 13.5     | )m <sup>2</sup>     |
|                                 |                                                 | 種別                | 単位数   | 要介護者(推定数)                      | 要支援者(推定数) | 利用定員     | 食堂及び機能訓練室の面積        |
|                                 | 種別・単位数・定員                                       | ☑ 一般型<br>□ 療養型    | 1 単位目 | 7 人                            | 3 人       | 10 人     | 42.6 m <sup>2</sup> |
|                                 |                                                 |                   |       | 8 時 30 分～12 時 00 分( 3 時間 30 分) |           |          |                     |
|                                 |                                                 | ☑ 一般型<br>□ 療養型    | 2 単位目 | 7 人                            | 3 人       | 10 人     | 42.6 m <sup>2</sup> |
| 13 時 00 分～16 時 30 分( 3 時間 30 分) |                                                 |                   |       |                                |           |          |                     |
| 営業日・時間                          | 月曜日～ 土曜日(週 6 日)、 8 時 00 分～17 時 00 分( 9 時間 00 分) |                   |       |                                |           |          |                     |
| 通常の事業実施地域                       | 堺市全域、高石市                                        |                   |       |                                |           |          |                     |
| 開設予定年月<br>(事業開始予定)              | 令和元年 8 月                                        |                   |       |                                |           |          |                     |

|         |         |     |                                                                        |
|---------|---------|-----|------------------------------------------------------------------------|
| 人員配置の状況 | 管理者     | 1 人 | (確保状況)、<br>確保済み(役員)、常勤専従とする                                            |
|         | 生活相談員   | 2 人 | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>募集中、1 名常勤(月～金)・1 名非常勤(土)、<br>社会福祉士か介護福祉士を確保予定 |
|         | 看護職員    | 1 人 | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>募集中、非常勤、看護師または准看護師                            |
|         | 介護職員    | 1 人 | (確保状況)、(勤務形態)<br>募集中、常勤、必要に応じ増やす予定                                     |
|         | 機能訓練指導員 | 1 人 | (確保状況)、(勤務形態)、(資格の確保)<br>看護職員が兼務する                                     |

## 通所介護等 事業企画書

| 検 討 項 目            | 検 討 す べ き 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業開始の動機<br>及び提供内容  | <p>○事業を始めようとした理由は<br/> ○○○○○・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・<br/> ・・・・・・・・○○○○○ため。</p> <p>○予定している提供内容(特色など)<br/> ○○○○○○○○○を特徴とした・・・・・・・・・・なサービスを提供予定。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 建 物 の 確 保          | <p>○開設予定地の状況(立地条件検討)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・競合施設の有無：なし</li> <li>・整備進捗状況：既設テナントビルの一室を別添協議様式3のチェック項目に基づき改修する予定</li> <li>・市町村の考え方：別添協議様式4に記載</li> <li>・近隣環境：別添協議様式5に記載</li> </ul> <p>○建物の確保方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新築・改築の別：新築 ・ <u>改築</u></li> <li>着工日：R 年 7 月 7 日、竣工日：R 年 12 月 30 日</li> <li>・自己所有・賃借の別：自己所有 ・ <u>賃貸</u></li> <li>賃貸の場合の確保状況：事前協議終了後、賃貸借契約を締結する予定</li> <li>・土地・建物等の面積：敷 地( 913.25 )㎡ ・ 延べ床面積(3,288.33) ㎡</li> <li>・建物規模：鉄筋コンクリート造 5 階建 ( 1 階部分使用) 年築</li> </ul> <p>※既存建物の場合は、建築基準法の規定による確認済証または検査済証の内容を記載すること。<br/> (済証交付年月日： H 年 1 月 1 日、済証番号：第 ○○○○○○○○○○○○○○ 号)</p> <p>○建物のレイアウトの検討 <u>建物内のレイアウトを検討して、建物の図面を作成してください。</u><br/> <u>別添平面図のとおり</u></p> |
| 収 支 算 定            | <p>○建物(設備)に要する費用<br/> 改修工事費：○○○円、設備取得費：○○○円、保証金：○○○円</p> <p>○運営経費<br/> 別添収支算定表のとおり</p> <p>○収入見込<br/> 別添収支算定表のとおり</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 資 金 確 保            | <p>○初期投資費用<br/> 別添収支算定表のとおり</p> <p>○運転資金<br/> 別添収支算定表のとおり</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 事業運営主体             | <p>○法人格の確保<br/> 既設法人(株式会社)</p> <p>○法人事業への当該事業の位置づけ<br/> 定款 第2条第1項に記載</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 療養型の場合のみ<br>契約医療機関 | <p>○契約医療機関</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



事業所名

OOOOOOデイサービスセンター

| 居 室 等                                     | 項 目                                                                                  | チェック欄                               |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                           |                                                                                      | はい                                  | いいえ                      |
| 一般原則・構造                                   | ①日照(採光)、通風(適温保持)に配慮されていますか。                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑤                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑥                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 玄関及び廊下                                    | ①                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食堂及び機能訓練室                                 | ①出入口廻りは車椅子、歩行器等の使用に配慮されていますか。                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくい材質になっていますか。                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③洗面台は自動水栓、レバー式などの高齢者が使いやすいものになっていますか。                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④洗面台にペーパータオルを設置していますか。(感染防止のため、共用タオルは使用不可)                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑤石鹸・消毒液などの誤飲予防対策が取られていますか。                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 静 養 室                                     | ①食堂・機能訓練室から見渡せる構造になっていますか。                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②複数の人が同時に利用できるようになっていますか。                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③利用者が使用しやすい位置に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④ベッド間の間仕切りなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 相 談 室                                     | ①機能訓練室から隔離するなどプライバシーに配慮された構造になっていますか。                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②書庫や更衣ロッカーを置いていませんか。                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 浴 室<br>提供の有無<br>(有・無)                     | ①廊下と脱衣室、脱衣室と浴室の出入口に段差はありませんか。                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないようカーテン等を設けていますか。                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③脱衣室・浴室に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④洗い場・浴槽に適切な手すり等を設置していますか。                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑤やけど予防の対策(お湯の温度設定等)はとられていますか。                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑥療養型の場合は、ストレッチャー等を使用した状態で入浴できますか。                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| 厨 房<br>食事提供の有無<br>(有・無)<br>調理の有無<br>(有・無) | ①火気使用部分是不燃対策がされていますか。                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②食器・調理器具の消毒、洗浄、保管に関し衛生上の配慮がされていますか。                                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③食品庫は衛生的に配慮されていますか。                                                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④レンジ台・包丁・洗剤等を利用者が勝手に使わないように管理していますか。                                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑤調理済食品の保冷・保温の設備を設け、適温食事の提供が可能ですか。                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑥食材等の搬出入は安全面・衛生面の配慮がされていますか。                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| ト イ レ                                     | ①複数設置及び鍵付き扉の設置などのプライバシーへの配慮がされていますか。                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②「緊急呼び出し」等が適切な場所に設置されていますか。                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③扉を有し、緊急時には外から開錠できるようになっていますか。<br>また、扉は内開きになっていませんか。                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④水道栓は自動水栓、レバー式など高齢者が使いやすいものになっていますか。                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑤手洗いにはペーパータオルを設置していますか。                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ⑥石鹸・消毒液・洗剤などの誤飲予防対策が取られていますか。                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 衛生管理                                      | ①収納設備や倉庫に清潔物・不清潔物・日用品等を混在していませんか。                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②汚物処理室(流し)を設けている場合は、他の設備と区別された一定のスペースを有しているか、換気扇を設置し空気感染防止対策を行っていますか。                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③感染症胃腸炎を含めた感染症対策として、使い捨ての手袋、マスクを備え付けていますか。また消毒作業手順等について保健所の助言、指導を求め、また密接な連携を確保できますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④                                                                                    |                                     |                          |
| そ の 他                                     | ①堺市基準条例及び当該条例が引用する国の基準を確認しましたか。                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ②近隣住民との協議、説明会等を行ったか、これから行う計画がありますか。                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ③都市計画法及び建築基準法上の手続きを確認しましたか。(建築基準法に適合した物件ですか。)                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                           | ④消防法上の手続きを確認しましたか。(所轄消防署と相談していますか。)                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**現時点では整備されていない項目についても、開設までに整備予定のものは「はい」としてください。これらの項目は指定の要件となっていますので、各項目を確認のうえ「はい」にチェックを入れられるように計画してください。**

## 建築等担当課との調査及び協議事項

## 1 用途地域等の調査事項

|                                                                                                                                                    |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 年 月 日                                                                                                                                              | 担当課名・担当者名 | 都市計画課 ○○氏 |
| <p>用途地域の区分(あてはまる番号を記載):( ① )</p> <p>①市街化区域(工業専用地域ではない) ②市街化区域(工業専用地域) ③市街化調整区域</p> <p>建築協定の有無:( 有 ・ (無) )</p> <p><b>建築担当課に確認し、内容を記載してください。</b></p> |           |           |

## 2 建築確認担当課との協議事項(新築以外の施設のみ)

|                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                    | 担当課名・担当者名 | 建築安全課 ○○氏 |
| <p>(確認申請の要否、用途制限の有無の確認内容等)</p> <p>建築安全課の窓口にて、計画平面図を提示の上協議したところ、・・・・・・・・・・・・・・・・</p> <p>・・・・・・・・・・との回答を得た。</p> <p><b>具体的な協議(確認)方法及び内容を記載すること。</b></p> <p><b>※ 建築基準法に適合した建物であることを条件に協議を行っているため、適合していない建物であれば協議は不成立となりますので、ご注意ください。</b></p> |           |           |

## 1 消防署との協議記録

|                                                                                                                           |       |           |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|--------------|
| ①                                                                                                                         | 年 月 日 | 担当課名・担当者名 | 〇〇消防署〇〇課 〇〇氏 |
| 窓口にて、計画平面図を提示しデイサービスの提供方法について説明した上で、必要な消防設備等の協議を行ったところ、下記②に記載の事項を指示された。                                                   |       |           |              |
| ②消防署からの指導事項                                                                                                               |       |           |              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・〇〇〇すること。</li><li>・〇〇することが望ましい。</li><li>・〇〇〇〇すること。</li><li>・〇〇〇〇を行っておくこと。</li></ul> |       |           |              |

## 2 近隣住民との協議予定・記録

| 日 付      | 実施予定、もしくは実施した協議内容の記録等                                                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| R1.5. 10 | 両隣と向かいの住宅へ訪問し、デイサービスを開設する旨の説明を行ったところ、留守であった 1 軒を除いて了承を得た。                                                    |
| R1.5. 10 | 留守宅へ再度訪問し、デイサービスを開設する旨の説明を行ったところ、送迎時の時間帯などについて要望を含め説明を求められたため、その場でご理解を得られるよう再度説明を行い開設について了承を得た。              |
| R1.5. 10 | 自治会長宅へ訪問し、デイサービスを開設する旨の説明を行ったところ、概ね了承を得たが、自治会内に回覧を行うことを求められる。<br>回覧については、未確定要素が多いため、事前協議を終えてから行うことを説明し了承を得る。 |

**具体的な協議(説明)方法及び内容を記載すること。**

**※サービス提供開始後や工事期間中に、生活環境面(送迎時や音の問題)でよくトラブルが発生しておりますので、必ず事前に説明を行うようにしてください。**