

## 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業計画書

年 月 日

法人の概要	【協議者】 主たる事務所の所在地 法人名称 代表者の氏名	(〒 - )					
	法人の連絡先	電話	-	-	FAX	-	-
	担当者名						

事業の概要	事業所の名称							
	事業所の所在地	(〒 - )						
	種別 (種別はあてはまるものに ○印を記入)	ユニット型以外						
		ユニット型		単位数	単位			
	単位数・利用定員 (居宅サービス定員、介護予 防定員、利用定員は、推定数)	ユニット型以外	居宅サービス	名	介護予防	名	利用定員	名
		ユニット型	居宅サービス	名	介護予防	名	利用定員	名
通常の事業実施地域								
開設予定年月 (事業開始予定)	年 月	併設施設の有無 と種別	併設施設	有 ・ 無				
			施設名					
			施設種別					

施設等の概要	土地・建物等の面積	敷地( )㎡ ・ 延べ床面積( )㎡					
	施設建物の構造	( )造 ( 階建ての 階部分) ※既存建物の場合は、築年及び建築申請時の用途( 年築 : )					
	主たる各部屋の面積 (ユニット型以外) 一の居室定員 名～ 名	①居室( )㎡	⑨面談室( )㎡				
		②廊下(片廊下 m、中廊下 m)	⑩介護職員室( )㎡				
	主たる各部屋の面積 (ユニット型) ユニット定員 名	③食堂・機能訓練室( )㎡	⑪看護職員室( )㎡				
④調理室( )㎡		⑫洗濯室( )㎡					
新築・改修工事の実 施予定期間及び竣工 時期	着工	年	月	日頃			
	竣工	年	月	日頃			

	土地・建物の所有及び使用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・土地(所有者： )</li> <li>・建物(所有者： )</li> <li>・賃貸借契約(契約期間： )</li> </ul>	
人員配置の状況	職員確保及び配置計画  (※職種ごとに配置予定員数及び現状の確保状況又は予定時期について記載してください。)	管理者	
		医師 (資格者の確保)	
		生活相談員 (資格者の確保)	
		ユニットリーダー (ユニット型のみ、資格者の確保)	
		看護職員 (資格者の確保)	
		介護職員	
		栄養士 (資格者の確保)	
		機能訓練指導員 (資格者の確保)	
		調理員 その他の従業者	
施設確保状況	バックアップ施設の確保状況 (見込みも含む) (※事業所との距離及び所要時間を記載のこと)	医療機関 医科	
		医療機関 医科	
		医療機関 歯科	

※事前協議の際は、この様式に添付書類を添えて持参してください。



<p>食堂及び 機能訓練室</p>	<p>①出入口廻りは車いす、歩行器等の使用に配慮されていますか。 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。 ③床面積は3㎡に利用定員を乗じた得た面積以上を確保していますか。 ④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。 ⑤洗面台に共用タオルを取り付けていませんか。 ⑥石鹸・消毒液などの誤飲予防対策が取られていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>トイレ及び 洗面設備</p>	<p>①男性・女性が同時利用出来るよう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。(居室内の場合も含め、入口カーテン不可) ②トイレ内のナースコール、手摺の設置と位置は、適切な場所に設置されていますか。 ③トイレ扉は緊急時には外から開錠できますか。 ④トイレには常夜灯が設けられていますか。 ⑤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。 ⑥共用タオルは取り付けていませんか。 ⑦石鹸・消毒液などの誤飲予防対策が取られていますか。 ⑧洗面台はやけど等の事故防止に注意した仕様となっていますか。(温度調節が勝手に出来ない、配管がむきだしになっていない等) ⑨洗面台のオーバーフローへの対策がとられていますか。 ⑩車いす対応トイレ、洗面台(高さ、蛇口、鏡の位置などに留意)を設けていますか。 ⑪オストメイト対応トイレがありますか。(望ましい規定)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>浴室</p>	<p>①居室のある階ごとに設けていますか。(望ましい規定) ②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。 ③脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないように配慮されていますか。(扉のほかに、のれんで対応する等) ④脱衣室・浴室にナースコールが設置されていますか。 ⑤ストレッチャー等を用いている場合にも入浴できますか。 ⑥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。 ⑦浴槽の厚みや深さ、手すりなどが身体不自由者に適したものになっていますか。 ⑧床面は滑りにくい材質を用い、浴槽等の角を丸くしたり、保護ラバーをつけるなど安全対策をしていますか。 ⑨湯については、感染症防止のため、循環殺菌装置を設置するなど、水質を適正に管理できますか。(湯を毎回変える場合は不要) ⑩夜間、施錠管理できる構造ですか。</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>調理室</p>	<p>①火気使用部分は不燃対策がされていますか。 ②食器・調理器具の消毒、洗浄、保管に関し衛生上・安全上(大型設備の固定、夜間施錠等)の配慮がされていますか。 ③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となっていますか。 ④食品庫・食材の搬出入は衛生的に配慮されていますか。</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

汚物処理室 及び衛生管 理	<p>①汚物処理室は他の設備と区別された一定のスペースを確保し、ドア・換気機能がありますか。</p> <p>②感染症胃腸炎を含めた感染症対策として使い捨てのビニール手袋、マスク等を備え、また消毒作業手順等について保健所の助言、指導を求め又密接な連携を確保できますか。</p> <p>③焼却炉、浄化槽その他の汚物処理設備を設ける場合は、居室、静養室、食堂及び調理室から相当の距離を隔てていますか。</p>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   
洗濯室	<p>①洗濯機・乾燥機は、利用者も使いやすいレイアウトとし、利用者が操作できる仕様となっていますか。(望ましい規定)</p> <p>②洗剤等は施錠できる場所で保管されていますか。</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
非常通報装 置及び非常 口・避難設備	<p>①火災受信盤、ナースコール受信盤は事務室の見やすい場所に設置されており、表示は明確(居室番号・トイレ番号の表示など)ですか。</p> <p>②非常口の鍵はスタッフのみが開錠できるもので、徘徊予防がとられていますか。</p> <p>③外部避難階段がある場合、夜間でも安全に昇降できますか。</p> <p>④避難場所までの通路は安全に通行できる状態ですか。</p> <p>⑤緊急時に備え、一斉放送等の設備を設置していますか。</p>	<input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     	<input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     
医務室	<p>①診察台、応急手当のできる寝台、医薬品棚、事務机等を設置していますか。</p>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
静養室、面談室、 介護職員室、介 護材料室等	<p>①それぞれ必要な広さ及び設備(静養室はナースコール)を確保し、機械室等、利用者の入室・接触を避けるべき個所は施錠可能となっていますか。</p>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
その他	<p>①省令 37 号、35 号、老企第 25 号で示す「基準」を読み、確認しましたか。</p> <p>②近隣住民との協議、また説明会等を行っていますか。</p> <p>③協議、説明会等で、要望・意見等がありましたか。</p> <p>④建築基準法上の手続きを確認しましたか。(改修の場合は、用途変更等の手続きについて、建築確認担当課と相談していますか。)</p> <p>⑤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。)</p>	<input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     	<input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     <input type="checkbox"/>     

## 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護施設整備チェックリスト(ユニット型)の場合)

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建築基準法に規定する耐火構造物ですか。 (準耐火建築物の場合はその要件を満たしていますか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④階段の傾斜は緩やかな構造とし、手すりをつけていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ユニット又は浴室が2階以上の階にある場合、エレベーター若しくは1以上の傾斜路がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥規模の大小に関わらずスプリンクラー、火災報知機等の消防法その他の法令で規定された設備と、避難経路(最低2方向)が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦高齢者が不慣れな環境で各室の表示板の高さや仕様など、サイン・明るさ・見通しの良さなど「わかりやすさ」のための工夫がされていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧柱や棚の角に丸みをつける、保護ラバーを用いるなど、危険防止策をとっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨全面ガラスを使用している場合は、ステッカー等目印を設け、高齢者の衝突防止を、転落の恐れのある場所では手すりやストッパーを設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
玄関及び 廊下	①玄関は自動ドアとし、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"/>
	③廊下の構造について 1)廊下は、内法で1.8m以上(中廊下の場合は2.7m以上)確保されていますか。 2)内法で1.5m以上(中廊下の場合は1.8m以上)の場合には、廊下の一部を拡張し、利用者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないよう「アルコーブ」などを設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④手すり、常夜灯を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ユニット 共同生活室	①ユニットは壁・扉等で区画し、外部からユニット内の状況が見えないよう配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①車いす、歩行器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洗面台に共用タオルを取り付けていませんか。	<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"/>
	⑥常夜灯を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ユニットの利用者が交流し、共同で日常生活を営むのにふさわしい形状と、2㎡に当該ユニットの利用定員を乗じて得た面積以上を確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧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ますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨簡易な流し、調理設備はありますか。(望ましい規定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩当該ユニットの利用者全員と、その介護等を行う従業者が一度に食事をしたり、談話等を楽しんだりすることが可能な備品を備えた上で、車椅子が支障なく通行できる形状が確保されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ユニット	居室	①出入口廻りは車いす、歩行器等の使用に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		②窓やドアは徘徊防止、転落防止の対策をとっていますか。(バルコニーは110cm以上の高さの手すりがあり、乗り越える足掛かりになるようなものはありませんか。また、はきだし窓の場合には、利用者の状況等、必要に応じて開放制限が設定できる装置等の対策が可能ですか。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③ドアノブ、エアコン、照明器具、ナースコール等のスイッチは利用者が操作しやすい器具・位置ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		④緊急呼び出しの対応が取られていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑤一の居室の定員は、1人となっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑥居室は、いずれかのユニットに属し、次のa～cに該当する「居室」として、一体的に設けられていますか。 a 当該共同生活室に隣接している居室 b 当該共同生活室に隣接していないが、aの居室と隣接している居室 c その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている居室(他の共同生活室のa, bに該当する居室を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑦一のユニットの利用定員は、10人以下ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑧利用者の1人当たりの床面積は、内法10.65㎡以上確保されていますか。(洗面(床に接地している場合は除く。)含む、便所除く。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑨ドアの窓から室内の状況が見えないように配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑩バルコニー(居室からの導線含む。)は非常時避難を想定した構造となっていますか。(車いす等が通れる幅があり、エアコン室外機や側溝等が支障になっていないか等。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑪入口ドアは開閉時の指詰め防止のため、閉まる前にストッパーが働くなど工夫されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑫ドアやバルコニーに鍵を設ける場合は、閉じ込めに配慮して内側からつまみで開けられる仕様とし、鍵の高さは車いす利用に配慮されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		トイレ及び洗面設備	①共同生活室ごとに適当数設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		②共同生活室内の1カ所に集中して設けるのではなく、2カ所以上に分散されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		③男性・女性が同時利用出来るよう複数設置及び鍵付きの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。(居室内の場合も含め、入口カーテン不可。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		④トイレ内のナースコール、手摺の設置と位置は、適切な場所に設置されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑤トイレ扉は緊急時には外から開錠できるようになっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑥トイレには常夜灯が設けられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		⑦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"/>	
		⑧共用タオルは取り付けていませんか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑨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"/>		
	⑩洗面台はやけど等の事故防止に注意した仕様となっていますか。(温度調節が勝手に出来ない、配管がむきだしになっていない等。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	⑪洗面台のオーバーフローへの対策がとられていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	⑫車いす対応トイレ、洗面台(高さ、蛇口、鏡の位置などに留意)を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	⑬オストメイト対応トイレがありますか。(望ましい規定。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
浴室	①浴室は、居室のある階毎に設けていますか。(望ましい規定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	②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"/>		
	③脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないように配慮されていますか。(扉の他にのれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	<p>んで対応する等。)</p> <p>④脱衣室・浴室にナースコールが設置されていますか。</p> <p>⑤ストレッチャー等を用いている場合にも入浴できますか。</p> <p>⑥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。</p> <p>⑦浴槽の厚みや深さ、手すりなどが身体不自由者に適したものになっていますか。</p> <p>⑧床面は滑りにくい材質を用い、浴槽等の角を丸くしたり、保護ラバーをつけるなど安全対策をしていますか。</p> <p>⑨湯については、感染症防止のため、循環殺菌装置を設置するなど、水質を適正に管理できますか。(湯を毎回変える場合は不要)</p> <p>⑩夜間、施錠管理できる構造ですか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
調理室	<p>①火気使用部分は不燃対策がされていますか。</p> <p>②食器・調理器具の消毒、洗浄、保管に関し衛生上・安全上(大型設備の固定、夜間施錠等)の配慮がされていますか。</p> <p>③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となっていますか。</p> <p>④食品庫・食材の搬出入は衛生的に配慮されていますか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
汚物処理室及び衛生管理	<p>①汚物処理室は他の設備と区別された一定のスペースを設け、ドア・換気機能がありますか。</p> <p>②感染症胃腸炎を含めた感染症対策として使い捨てのビニール手袋、マスク等を備え、また消毒作業手順等について保健所の助言、指導を求め又密接な連携を確保できますか。</p> <p>③焼却炉、浄化槽その他の汚物処理設備を設ける場合は、居室、静養室、食堂及び調理室から相当の距離を隔てていますか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
洗濯室	<p>①洗濯機・乾燥機は、利用者も使いやすいレイアウトとし、利用者が操作できる仕様となっていますか。(望ましい)</p> <p>②洗剤等は施錠できる場所で保管されていますか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
非常通報装置及び非常口・避難設備	<p>①火災受信盤、ナースコール受信盤は事務室の見やすい場所に設置されており、表示は明確(居室番号・トイレ番号の表示など)ですか。</p> <p>②非常口の鍵はスタッフのみが開錠できるもので、徘徊予防がとられていますか。</p> <p>③外部避難階段がある場合、夜間でも安全に昇降できますか。</p> <p>④避難場所までの通路は安全に通行できる状態ですか。</p> <p>⑤緊急時に備え、一斉放送等の設備を設置していますか。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
医務室	<p>①診察台、応急手当のできる寝台、医薬品棚、事務机等を設置していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
面談室、介護材料室、介護職員室等	<p>①それぞれ必要な広さ及び設備を確保し、機械室等、利用者の入室・接触を避けるべき個所は施錠可能となっていますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<p>①省令 37 号、35 号、老企第 25 号で示す「基準」を読み、確認しましたか。</p> <p>②近隣住民との協議、また説明会等を行っていますか。</p> <p>③協議、説明会等で、要望・意見等がありましたか。</p> <p>④建築基準法上の手続きを確認しましたか。(改修の場合は、用途変更等手続きについて、建築確認担当課と相談していますか。)</p> <p>⑤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。)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1 用途地域等の調査事項

年 月 日
用途地域の区分(あてはまる番号を記載):( ) 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  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