

居 宅 介 護

基 本 方 針

居宅介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

サービスの概要

障がい者等につき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助。

人員・設備の概要

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士等資格要件を満たす者。（平成18年厚生労働省告示第538号参照。）
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定居宅介護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 資格要件を満たす者。（介護福祉士、実務者研修修了者等） <input type="checkbox"/> 員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 <input type="checkbox"/> ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ②当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 員数については常勤換算方法によることができる。
	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定居宅介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定居宅介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。	
設備基準	事務室	<input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていない区画が明確に特定されていれば足りる。	
	受付等のスペース	<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。	

設備基準	<p>その他必要な設備及び備品等</p>	<input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。	

そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> スプリンクラー設置義務の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 当該建築物が市街化調整区域に立地するか 区域内・区域外（いずれかに○） <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称 :

代表者名称 :