

## 共同生活援助 設備チェックリスト

主たる事業所名		住居名	
---------	--	-----	--

	項 目	チェック欄	
		はい	いいえ
一般原則・構造	①入所施設又は病院の敷地外に設置することとしていますか。 ②日照（採光）、通風（適温保持）に配慮されていますか。 ③バリアフリーに配慮した施設となっていますか。 ④手摺は廊下等に適切に設けていますか。	<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。 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"/>
居室	①各居室へは、他の居室を通らずに出入りできますか。 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。 ③ドアが鍵付の場合、外側からも施錠・解錠できますか。 ④ドアの窓から室内の状況が見えない配慮がされていますか。 ⑤十分な広さの収納設備を設けていますか。 ⑥居室面積は、収納設備等を除き、内法で7.43㎡以上有していますか。 ⑦窓やベランダ等について転落防止措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
居間	①利用者が相互交流を図るのに支障のない広さが確保されていますか。 ②出入口・通路等は車椅子、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"/>
厨房	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、保管に関し衛生上の配慮をしているか。 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食品庫は衛生的に配慮されていますか。 ⑤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"/>
食堂	①食事の提供に支障のない広さが確保されていますか。 ②出入口・通路等は車椅子、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。 ③手洗い設備は、自動水栓やレバー式など、利用者が容易に使用できるよう配慮していますか。 ④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"/>

	項 目	チェック欄	
		はい	いいえ
浴室	<p>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。</p> <p>②脱衣室・浴室は、廊下等から直接見えないよう工夫していますか。</p> <p>③脱衣室・浴室に「緊急呼び出し」等が設置されていますか。</p> <p>④洗い場・浴槽に適切な手摺等を設置していますか。</p> <p>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。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ	<p>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。</p> <p>②緊急呼び出し等が適切な場所に設置されていますか。</p> <p>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。</p> <p>④手洗い設備は、自動水栓やレバー式など、利用者が容易に使用できるよう配慮されていますか。</p> <p>⑤共用タオルは取り付けていませんか。</p> <p>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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生管理	<p>①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ますか。</p> <p>②厨房を設けている場合は、食器、調理器具等を消毒する設備、食器、食品等を清潔に保管する設備並びに防虫及び防鼠の設備を設けていますか。</p> <p>③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、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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<p>①大阪府条例第 107 号で示す基準を読み、確認しましたか。</p> <p>②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。(改修の場合は、用途変更等手続きについて、建築主事と相談していますか。)</p> <p>開発担当部局 (担当部署: ) (担当者名: )</p> <p>建築担当部局 (担当部署: ) (担当者名: )</p> <p>③消防法上の手続きを確認しましたか。(所轄消防本部と相談していますか。)</p> <p>(担当部署: ) (担当者名: )</p> <p>④定款に当該事業の実施を位置づけることを検討していますか。 (例) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業</p> <p>⑤建物の安全性を確保していますか。(検査済証等の準備等)</p> <p>⑥当該事業に関する損害賠償保険の加入を検討していますか。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	項 目	チェック欄	
		はい	いいえ
その他（続き）	⑦食事提供について、藤井寺保健所に食品衛生に関する協議をしていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧近隣住民との協議、また説明会等を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨協議、説明会等で、要望・意見等がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑩協力医療機関の設定について医療機関と協議していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>