

## 施設見学チェックリスト

年 月 日

施設名： (施設の種類 )

担当者：

### 【建物 (周辺環境)】

✓	項目	メモ
	最寄駅からの距離	
	通いやすさ	
	駐車場 台	
	周辺環境の印象	
	商業施設 (有・無 )	
	嫌悪施設 (有・無 )	
	外観のキレイさ	

### 【建物 (内部)】

	部屋数
	入居者数
	廊下や通路の広さ
	共有スペースの広さ
	エレベーター 台・広さ
	非常階段・スプリンクラー
	セキュリティ
	手すり
	車椅子対応
	清掃状態
	におい

### 【質問すること】

### 【部屋】

✓	項目	メモ
	部屋の広さ m <sup>2</sup>	
	トイレ (有・無 )	
	洗面台 (有・無 )	
	キッチン (有・無 )	
	浴室 (有・無 )	
	手すり (有・無 )	
	冷暖房 (有・無 )	
	水圧	
	収納 (高さ cm 幅 cm 奥行き cm )	
	ナースコール (有・無 )	
	ベッドの広さ	
	ベッドの高さ	
	天井の高さ	
	日当たり	
	におい	

### 【人】

	介護スタッフの数
	看護師の数
	施設長は信頼できそうか
	スタッフに笑顔はあるか
	スタッフが挨拶できるか
	入居者の表情
	昼間の人員は充分か
	夜間の人員は充分か
	コロナなどの感染対策
	ホームページ・SNSの更新頻度

【 サービス（介護） 】

✓	項目	メモ
	日中 人	
	夜間 人	
	食事介助（有・無）	
	食事の味付け	
	メニューの選択	
	介護食（有・無）	
	食事時間（朝 昼 夜）	
	入浴介助（有・無）	
	排泄介助（有・無）	
	おむつ交換回数	
	便の回数カウント（有・無）	
	掃除・洗濯の頻度	
	レクリエーションの内容	
	レクリエーションの頻度	
	リハビリの頻度	
	理美容（有・無）	
	通院などの送迎（有・無）	
	外泊の自由度	
	面会時間・制限	
	家族への説明会（有・無）	

【 契約内容 】

	入居条件
	退去要件
	料金（初期費用）
	料金（月額費用）
	料金（別途かかるもの）
	償却率
	トラブル時の相談窓口
	事故時の損害保険の加入（有・無）

【 サービス（医療） 】

✓	項目	メモ
	健康診断（有・無）	
	看護師の滞在時間（ : ~ : ）	
	提携医療機関  （診察日 時間）	
	提携医療機関  （診察日 時間）	
	今の病気に対応してくれるか	
	将来的に対応できる処置  胃ろう・IVH・透析・ストーマ・経管栄養・ 痰吸引・在宅酸素・その他	
	看取り（可・不可・条件付き）	

【 見学中に気づいたこと 】