

24川健介保第1917号
平成25年2月12日

川崎市内指定認知症対応型共同生活介護事業所
管理者様

川崎市健康福祉局
長寿社会部介護保険課長

指定認知症対応型共同生活介護における非常災害対策について（通知）

日頃から、本市の高齢者施策にご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、長崎市内の認知症対応型共同生活介護事業所における火災発生に伴い、川崎市内の全ての指定認知症対応型共同生活介護事業所における非常災害対策の状況について、調査を行います。

お忙しいところ申し訳ありませんが、ご協力くださいますようお願いいたします。

- 1 調査内容：別紙調査票参照（介護保険課ホームページにもアップしています。）
- 2 回答期限：平成25年2月15日（金曜日） 必着
- 3 回答方法：ファックス又はメールにて【給付指導係宛】ご回答ください
＝ FAX番号 044-200-3926
メールアドレス 35kaigo@city.kawasaki.jp

※厚生労働省からの通知文を、川崎市のホームページ（介護保険制度）に搭載していますので、併せてご確認ください。

（担当 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課給付指導係
電話：044-200-2687
FAX：044-200-3926
メールアドレス：35kaigo@city.kawasaki.jp）

指定認知症対応型共同生活介護事業所 非常災害対策 調査票

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

宛 先

介護保険課給付指導係 FAX : 044-200-3926
メールアドレス : 35kaigo@city.kawasaki.jp

基準日 平成25年 2月12日
作成日 平成25年 2月 日

1 貴事業所番号、事業所の名称、連絡先等を記載してください。

事業所	介護保険事業所番号	1	4												
	フリガナ														
	名 称														
	住 所	〒													
	連 絡 先	電話番号	- -				FAX番号	- -							
記載担当者	(職名)					(氏名)									

2 管理者について

管理者の方のお名前を記載してください。
また、同一敷地内の他の事業所（他のサービス）で兼務している場合には、事業所名、職種を記載してください。

管理者氏名				兼務	有	・	無
当該事業所で兼務する職種							
同一敷地内で兼務する他の事業所名			職 種				

3 点検内容：解答欄に「○」「×」、年月日等を記入してください。

① 夜勤体制について

ア	各共同生活住居（ユニット）ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて 1名以上の夜勤職員を配置していますか。	はい ・ いいえ
---	--	----------------



「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。
早急に夜間及び深夜の時間帯に勤務する介護従業者を配置してください。
また、減算が必要となる可能性があります（夜勤職員の配置基準に適合していない場合、所定単位数に100分の97を乗じて得た単位数を算定）。

★平成25年2月8日（金曜日）～9日（土曜日）の夜勤体制について

イ	各共同生活住居（ユニット）ごとの2月8日の利用者人数と、夜勤職員数を記入してください。 <u>1 ユニット：利用者人数＝ 名 / 夜勤職員人数＝ 名</u> <u>2 ユニット：利用者人数＝ 名 / 夜勤職員人数＝ 名</u> <u>3 ユニット：利用者人数＝ 名 / 夜勤職員人数＝ 名</u>
---	---

ウ	夜勤者は併設されている他の施設の夜勤も兼務していますか。	はい ・ いいえ
---	------------------------------	----------------



「はい」と答えた場合は、基準違反です。早急に夜勤体制を見直してください。

② 非常災害対策・非常災害設備

ア	消防法に規定する消防計画等、非常災害に関する具体的計画を立てていますか。	
イ	<p>非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を確保していますか。 ⇒ 無 <input type="checkbox"/> / 有 <input type="checkbox"/> → <u>下記に、その具体的内容を記載してください。</u></p> <p>[]</p>	
ウ	<p>貴事業所の防火管理者（責任者）の氏名を記入してください。</p> <p>防火管理者（責任者）氏名（ ）</p>	
エ	直近の非常災害訓練の実施日及び24年4月以降の実施回数を記載してください。	
	<p>避難訓練 <直近：平成 年 月 日> <実施回数 回></p> <p>救出訓練 <直近：平成 年 月 日> <実施回数 回></p> <p>夜間想定訓練 <直近：平成 年 月 日> <実施回数 回></p>	
オ	事業所で緊急・災害時対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底していますか。	
カ	火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知していますか。	
キ	日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火事等の際に、消火・避難等に協力してもらえる体制をとっていますか。	
ク	消防法その他の法令等に規定された必要な消火設備、非常災害用設備について定期的に設備点検を行っていますか。	
ケ	スプリンクラー設備を設置していますか。	

③ 地域との連携等

ア	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置していますか。	
イ	おおむね2月に1回以上、協議会（運営推進会議）に対し活動状況を報告し、その評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けていますか。	
ウ	<p>運営推進会議を活用し、日ごろから地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制を作っていますか。</p> <p>⇒ 無 <input type="checkbox"/> / 有 <input type="checkbox"/> → <u>下記に、その具体的内容を記載してください。</u></p> <p>[]</p>	
エ	<p>訓練の実施に当たって、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のある訓練を実施していますか。</p> <p>⇒ 無 <input type="checkbox"/> / 有 <input type="checkbox"/> → <u>下記に、その具体的内容を記載してください。</u></p> <p>[]</p>	
オ	運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、その記録を公表していますか。	
カ	運営推進会議における報告等の記録は、2年間保存するようにしていますか。	

④ 介護保険制度外の利用者の受入について

ア	<p>介護保険制度（指定認知症対応型共同生活介護）外の利用者の受入（宿泊）を行っていますか。</p> <p>⇒ 無 <input type="checkbox"/> / 有 <input type="checkbox"/> → <u>下記に、その具体的内容を記載してください。</u></p> <p>[]</p>	
---	---	--