**指定（介護予防）小規模多機能型居宅介**

**護事業所及び指定複合型サービス事業所**

**非常災害対策　調査票**

**【指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護・指定複合型サービス】**

***宛　　　先***

**介護保険課給付指導係　ＦＡＸ　：０４４－２００－３９２６**

**介護保険課給付指導係　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：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 |  | | |

**１／４**

**３　点検内容：解答欄に「○」「×」、年月日等を記入してください。**

1. **介護従業者の夜勤における配置について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |
|  | ア | 宿泊サービス利用者がいる場合、小規模多機能型居宅介護事業所全体で、夜間及び深夜の時間帯に勤務する従業者を２名以上配置していますか。  （※うち１名は宿直でもかまいません。） |  | |  |
|  | イ | 併設する事業所で認知症対応型共同生活介護の指定を併せて受けていますか。 |  | |  |
|  | ウ | 上記「イ」で「はい」と回答された事業所では、認知症対応型共同生活介護のユニットについて夜間及び深夜の勤務を兼務していますか。 |  | |  |
|  | エ | 夜勤を行う職員は、併設されている他の施設の夜勤宿直も兼務していますか。 |  | |  |

**上記「エ」で「はい」と答えた場合は、基準違反です。**

**早急に夜勤の勤務体制を見直してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |
|  | オ | 宿泊サービス利用者がいない場合、宿直又は夜勤を行う従業者を１以上事業所内に配置していますか。（なお、宿直については、随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されていれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はありません。） |  | |  |
|  | カ | 上記「オ」で「いいえ」と回答した場合、夜間及び深夜の時間帯を通じて利用者に対して訪問サービスを提供するために必要な連絡体制を整備していますか。 |  | |  |

**上記「カ」で「いいえ」と答えた場合は、基準違反です。**

**早急に夜勤の勤務体制を見直してください。**

**★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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | キ | ２月８日の利用者人数と、夜勤・宿直職員数を記入してください。  　利用者人数＝　　　名　／　夜勤職員人数＝　　　名　／　宿直職員人数＝　　名 | |  |

**２／４**

**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 | 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 □ ／ 有 □**→*下記に、その具体的内容を記載してください。* | |
| ウ | 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。  防火管理者（責任者）氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 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。 | |
| 避難訓練　　　　　＜直近：平成　　年　　月　　日＞　＜実施回数　　　　回＞  救出訓練　　　　　＜直近：平成　　年　　月　　日＞　＜実施回数　　　　回＞  夜間想定訓練　　　＜直近：平成　　年　　月　　日＞　＜実施回数　　　　回＞ | |
| 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。  （※延べ床面積が２７５㎡以上の事業所は設置義務があります。） |  |

**３／４**

**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 | 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。  ⇒ **無 □ ／ 有 □**→*下記に、その具体的内容を記載してください。* | |
| エ | 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。  ⇒ **無 □ ／ 有 □**→*下記に、その具体的内容を記載してください。* | |
| 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 | 介護保険制度（指定小規模多機能型居宅介護及び指定複合型サービス）外の利用者の受入（宿泊）を行っていますか。  ⇒ **無 □ ／ 有 □**→*下記に、その具体的内容を記載してください。* |

**４／４**