介護サービス事業所　指定更新自主点検表（各サービス共通事項）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | ４ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |

□　自主点検表記載にあたっての留意事項

○　チェック項目については、はい・いいえ　欄のいずれかにチェック（　レ　）をして

ください。

　　○　いいえにチェックがついた項目は、速やかに改善してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 |  | | はい | いいえ |
| 業務管理体制整備 | 介護サービス事業者の業務管理体制の整備（法令遵守担当者の選任等）及び届出を行っているか。 | |  |  |
| 指導監査結果の改善 | 過去の運営指導及び監査で受けた指導について、改善が完了している。再び同じ内容で指導を受けることがないよう対策を講じているか。 | |  |  |
| 指定通知書 | 指定通知書及び指定更新通知書を、事業所の見やすい所に掲げているか。 | |  |  |
| 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | 人員配置が変わった際には、現在届出をしている加算について、算定要件を満たしているか確認しているか。  要件を満たさなくなった場合は、加算の取り下げしているか。 | |  |  |
| 勤務表・雇用関係 | 人員基準を満たした勤務表を毎月作成しているか。 | |  |  |
| 勤務表は、他の雇用・勤務関係の書類と整合性がとれているか | |  |  |
| 併設事業所との兼務がある職員について、勤務時間を事業所ごとに明確に分けているか。 | |  |  |
| 雇用契約書等に記載されている勤務地は、当該事業所となっているか。 | |  |  |
| 職員の勤怠管理（出勤、退勤時間、休暇届出）を適正におこなっているか。 | |  |  |
| 時間外勤務がある場合は、時間外労働・休日労働に関する協定届の手続きを、労働基準監督署へ行っているか。 | |  |  |
| 福岡県で定められている最低賃金は遵守されているか。 | |  |  |
| おおむね週20時間以上勤務している従業員は雇用保険に加入しているか。 | |  |  |
| 従業員全員の守秘義務誓約書があるか。 | |  |  |
| 従業員の欠員を速やかに補充できる体制を整えているか。 | |  |  |
| 資格証の写し等 | 業務上必要な資格や加算に係る資格証の写しを管理しているか。 | |  |  |
| 医療・福祉関係資格を有さない者に対して、採用後１年以内に認知症介護基礎研修を受講させているか。（該当者のみ） | |  |  |
| 損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる書類 | 損害賠償発生時に備え更新予定事業が保険の対象となっているか。保険の更新手続きを行っているか。  （有効期限：　年　　月　　日） | |  |  |
| 事業所の平面図  建物の全体図面 | 専用区画に変更がある場合は、変更届を提出しているか。未提出の場合は、速やかに変更届及びその添付書類を提出すること。 | |  |  |
| 土地・建物関係書類 | 【賃貸の場合】  ・当該事業所に係る賃貸契約書を管理しているか。  ・指定更新にあたり、必要な期間の契約を交わしているか。 | |  |  |
| 消防署の立入検査  【該当事業所のみ】 | 消防法における消防署の立入検査を受け、改善が必要な場合は、速やかに消防署あてに改善報告を行っているか。  また、立入検査結果通知（直近のもの）を保管しているか。  （立入検査結果通知日　　　年　　月　　日）  （改善報告日　　　　　　　年　　月　　日） | |  |  |
| エレベーター検査  【該当事業所のみ】 | エレベーター利用に必要な保守点検を適切に実施しているか。  また、定期検査を実施し、昇降機等定期検査報告を提出しているか。（定期検査実施日　　　年　　月　　日） | |  |  |
| 送迎車両等の点検  【該当事業所のみ】 | 送迎車（入浴車）等事業で使用する車両の車検有効期間は切れていないか、自賠責保険及び任意保険の有効期限を確認しているか。 | |  |  |
| 避難確保計画の策定、提出  【該当事業所のみ】 | ①事業所の立地している場所は、浸水想定区域内、土砂災害警戒区域内、津波災害警戒区域内のいずれにも該当しないか。 | |  |  |
| 【上記①で「いいえ」に該当した事業所→避難確保計画が必要】  ②避難確保計画を策定し、介護保険課に提出しているか。 | |  |  |
| 【上記①で「いいえ」に該当した事業所→避難訓練が必要】  ③想定される災害に対応した訓練や防災教育を年1回以上実施し、訓練実施結果報告書を介護保険課に提出しているか。 | |  |  |
| 非常災害時の対応  【該当サービス】  通所系サービス  短期入所サービス  施設系サービス  GH/小多機/看多機  特定施設 | 災害種別ごと（火災・風水害、地震等）の災害時対応計画を作成しているか。 | |  |  |
| 火災及び自然災害時の避難訓練を年２回以上実施しているか。  （訓練　①　　年　　月　　日　②　　　年　　月　　日　） | |  |  |
| 夜間を想定した避難訓練をおこなっているか。  （通所系サービスを除く） | |  |  |
| 契約、記録等の保管 | 契約書類、サービス提供記録、従業員の勤務状況等については、完了の日から５年間、適切に保管をしているか。  (注：契約継続中のサービス提供記録等は、全て保存対象） | |  |  |
| 身体的拘束等の適正化のための取り組み  【該当サービス】  施設系サービス  GH/特定施設 | 身体的拘束等の適正化のための指針を作成しているか。 | |  |  |
| 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(3ヶ月に１回）を開催しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日  ③　　年　　月　　日　　　④　　年　　月　　日 | |  |  |
| 身体的拘束等の適正化のための研修を新規採用時及び定期的（年２回以上）に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 事故発生の防止及び発生時の対応  【該当サービス】  施設系サービス | 事故発生の防止のための指針を策定しているか。 | |  |  |
| 事故発生の防止のための委員会を定期的に開催しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日  ③　　年　　月　　日　　　④　　年　　月　　日 | |  |  |
| 事故発生防止のための研修を新規採用時及び定期的（年２回以上）に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を置いているか。  【担当者】氏名： | |  |  |
| 業務継続計画  （ＢＣＰ）  **※通所系・訪問系は１回の研修及び訓練に感染症及び災害に関する内容を盛り込むこと。（入所系・特定施設・GHは感染症に関してのみ１回、災害に関してのみ１回の計２回でも可）** | 感染症及び災害 | 〇感染症に関する業務継続計画に①平時からの備え、  ②初動対応、③感染拡大防止体制の確立に関する記載はあるか。  〇災害に関する業務継続計画に、①平常時の対応、②緊急時の対応、③他施設及び④地域との連携に関する記載があるか。 |  |  |
| 研修を新規採用時及び定期的（年1回以上（入所系・特定施設・GHは年２回以上））に実施しているか  【開催日】  ①　　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 |  |  |
| 訓練を定期的（年1回以上（入所系・特定施設・GHは年２回以上））に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 |  |  |
| 感染症（及び食中毒※）の予防及びまん延の防止のための指針  ※については施設系サービスのみ | 指針には平常時の対策及び発生時の対応に関する項目を記載しているか。 | |  |  |
| 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を、定期的（６月に１回以上（入所系は３月に１回以上））に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 研修を新規採用時及び定期的（年1回以上（入所系・特定施設・GHは年２回以上））に開催しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 訓練を定期的（年1回以上（入所系・特定施設・GHは年２回以上））に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 虐待の防止のための指針 | 指針に必要項目を記載しているか。 | |  |  |
| 虐待の防止のための対策を検討する委員会を実施しているか。 | |  |  |
| 虐待の防止のための従業者に対する研修を、新規採用時及び定期的（年1回以上（入所系・特定施設・GHは年２回以上））に実施しているか。  【開催日】  ①　　年　　月　　日　　　②　　年　　月　　日 | |  |  |
| 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を置いているか。  【担当者】氏名： | |  |  |
| 虐待の防止のための措置に関する事項を運営規程に記載しているか。 | |  |  |

事業所の運営について、法令遵守責任者及び管理者等で上記各項目を確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 点検実施日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 法令遵守責任者氏名 | （職名）　　　　　（氏名） |
| 確認実施者氏名 | （職名）　　　　　（氏名） |