|  |  |
| --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 |
| **第２　運営・管理関係**  **１　職員の配置状況**  （１）直接処遇職員は充足しているか。  いる  いない  （２）施設長及び資格の定めのある職員（生活相談員、栄養士、管理栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員、看護職員）は所定の資格を有しているか。  いる  いない  　　　・施設長が満たしている資格の内容を記入してください。   |  | | --- | |  |   　（３）施設長は常勤の者が務めているか。また、他の職務を兼務している場合、適切な兼務体制をとっているか。  いる  いない  　（４）ユニット型の場合  ①　ユニット数と１ユニット当たりの定員を記入してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ユニット数 |  | ユニット | | １ユニット当たりの定員 |  | 人 |   ②　日中は、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。  いる  いない  ③　ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置しているか。  いる  いない  ④　ユニットリーダーのうちに、ユニットリーダー研修を受講した者が２人以上配置されているか。  いる  いない  （５）施設に勤務している職員の一覧について、別表１「施設職員調書」に記入してください。  （６）施設に勤務している職員の職種ごとの標準的な１日の勤務状況について、別表２「職員の標準的な勤務状況」に記入してください。 | □ 職員の資格証 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | | | 確　認　書　類 |
| （７）施設に勤務している職員の直近月の勤務実績（直近月の実績が確定していない場合は前々月分）について、別表３「職員の勤務体制表」に記入してください（同じ内容が確認できる施設の既存の勤務実表の添付でも可）。  　　　※　施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員、栄養士、管理栄養士、介護支援専門員、宿直員、事務員等 | | □ 勤務体制一覧表  □ 勤務実績表  □ タイムカード | |
| （８）職員の配置基準及び配置状況について記入してください（ショートステイ含む）。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | 施 設 長 | 処　遇　職　員 | | | | | | | 栄養士又は  管理栄養士 | 事  務  員 | 調  理  員 | 介  護  支  援  専  門  員 | 宿直専門員 |  |  | 医　師 | 計 | | 生活相談員 | 介  護  職  員 | 看  護  職  員 | 機  能  訓  練  指  導  員 |  |  |  | | 配置基準 | | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 現員数 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 常勤換算数 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 現員数のうち  夜間専門従事者数 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 内  訳 | 有資格者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 無資格者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| （９）夜間の勤務体制  　　①　施設における夜勤時間帯（※）：　　時　　分　～　　時　　分  ※　22：00～翌5：00までを含めた連続する16時間  　　　②　夜勤を行う介護職員又は看護職員が必要な人数（※）配置されているか。  いる  いない  ※　入所者（短期入所生活介護利用者を含む）  ア　25人以下：１人以上  イ　26人以上60人以下：２人以上  ウ　61人以上80人以下：３人以上  エ　81人以上100人以下：４人以上  オ　101人以上：４名＋25人又はその端数を増す毎に１人増  ③　ユニット型の場合は、２ユニットごとに１人以上の介護職員又は看護職員を配置しているか。  いる  いない      （10）正規職員の採用、退職の状況を記入してください。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 新規採用者 | | 退職者 | | | 前年度 |  | 人 |  | 人 | | 今年度 |  | 人 |  | 人 | | □ 勤務体制一覧表  □ 勤務実績表  □ タイムカード | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | | 確　認　書　類 |
| **２　施設の整備状況**  （１）施設の構造設備は、最低基準を満たしているか。  いる  いない  （２）施設等の使用目的を変更して利用しているか。  いる  いない  ・「いる」場合、変更内容を記入してください。   |  | | --- | |  | | □ 平面図 | |
| （３）施設の状況について記入してください。（居室はショートステイ含む）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 項目 | | 施設内の状況 | 利用者一人当たりの床面積 | | 居　室 | 個室 | 室 | ㎡ | | ２人部屋 | 室 | ㎡ | | ３人部屋 | 室 | ㎡ | | ４人部屋 | 室 | ㎡ | | その他（　　　）人部屋 | 室 | ㎡ | | 共同生活室（ユニット、一部ユニット型の場合） | | 室 | ㎡ | | 食堂と機能訓練室の合計面積(ユニット型以外) | | ㎡ | ㎡ | | 廊下幅 | 片廊下の幅 | ｍ |  | | 中廊下の幅 | ｍ |  | | 耐火建築物、準耐火建築物の別 | | 耐火　　　・　　　準耐火 | | | | |
| （４）以下の設備のうち、施設内に設けていないものはあるか。  　　・設けていない設備がある場合は、該当するものを選択してください。  浴室　　　　洗面設備　　　　便所　　　　医務室  調理室　　　面談室　　　　　洗濯室又は洗濯場  汚物処理室　介護材料室  【従来型のみ】  静養室　　　食堂　　介護職員室　　看護職員室  面談室　　　機能訓練室  　　・設けられていないものがある場合、その理由及び代替措置は。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 設　備　名 | 理　由 | 代　替　措　置 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   （５）居室及び便所には、ブザー又はこれに代わる設備を設けているか。  いる  いない | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 |
| **３　職員の健康管理の状況**  （１）職員を雇い入れる際は、採用時健康診断を実施しているか。  いる  いない  （２）職員の定期健康診断は、１年以内ごとに１回（深夜業務に従事する職員は６か月ごとに１回）実施しているか。  いる  いない  ・職員の健康診断の実施状況を記入してください。（前年度から直近まで）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 実施年月日 | 受診人数 | 実施機関の名称 | 当日受診できなかった  職員がいた場合の対応 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |     （３）介護作業等、腰部に負担がかかる業務に従事している職員について、腰痛検診を実施するよう努めているか。  いる  いない  （４）衛生管理者又は衛生推進者を選任（※）しているか。  いる  いない  ※　衛生管理者：常時50人以上の労働者を雇用している事業所  衛生推進者：常時10以上49人以下の労働者を雇用している事業所  　　　・「いる」場合は、その者の職・氏名等を記入してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 職 | 氏　名 | 免許証（修了証）№ | |  |  |  |   （５）常時50人以上の労働者を雇用している場合、産業医を選任しているか。  いる  いない  （６）常時50人以上の労働者を雇用している場合、衛生委員会を設置・運営しているか。  いる  いない  （７）職場におけるハラスメント対策  ①　職場におけるハラスメント対策に関する方針を明確にし、職員に周知・啓発しているか。  いる  いない  ②　相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、職員に周知しているか。  いる  いない | □ 健康診断の記録  □ 衛生管理者（衛生管推進者）の資格証写し  □ 労基署への産業医選任届の写し  □ 衛生委員会議事録  ・前年度から直近まで  □ ハラスメント対策に関する方針  □ 相談記録 |

|  |  |
| --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 |
| **４　衛生管理の状況**  （１）施設の使用水は、次のどれか。  都市水道又はこれに準ずる簡易水道  井戸水等の自家水  ・井戸水等の自家水の場合は、年１回以上、水質検査を実施しているか。  いる  いない  ・「いる」場合は、直近２回の検査の実施状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 実施年月日 | 検査機関の名称 | | 年　　月　　日 |  | | 年　　月　　日 |  |   （２）貯水槽（受水槽）を設置している場合は以下の設問に回答してください。  ①　年１回以上、水槽の清掃を行っているか。  いる  いない  ・「いる」場合は、直近２回の清掃の実施状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 実施年月日 | 清掃依頼先の名称 | | 年　　月　　日 |  | | 年　　月　　日 |  |   　　　②　年１回以上、厚生労働大臣の登録を受けた検査機関の検査を受けているか。  いる  いない  ・「いる」場合は、直近２回の検査の実施状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 実施年月日 | 検査機関の名称 | | 年　　月　　日 |  | | 年　　月　　日 |  |   （３）風呂は循環式浴槽を使用しているか。  いる  いない  　　　・「いる」場合は、以下の①～③までの設問に回答してください。  　　　①　循環式浴槽の使用・管理状況を記入してください。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 使用回数 | | | 浴槽水の交換 | | | | 週 |  | 回 | 週　日 |  | 回 | | ろか器の消毒・逆洗 | | | 循環配管の消毒 | | | | 週 |  | 回 | 週 |  | 回 | | 集毛器の洗浄・消毒 | | | 残留塩素濃度の測定 | | | | 週　日 |  | 回 | 日 |  | 回 |   ②　浴槽水等の水質検査を定期的に（※）行っているか。  いる  いない  ・「いる」場合は、直近２回の検査の実施状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 実施年月日 | 検査機関の名称 | | 年　　月　　日 |  | | 年　　月　　日 |  |   ※　検査頻度（レジオネラ症対策マニュアル）  ア　ろ過器を使用していない浴槽水及び毎日完全に換水している浴槽水：1 年  に1 回以上  イ　連日使用している浴槽水：1 年に2 回以上  ウ　連日使用している浴槽水でその消毒が塩素消毒でない場合は、1 年に4 回  以上 | □ 検査結果の記録  □ 清掃結果の記録  □ 検査結果の記録  □ 循環式浴槽の清掃・消毒の記録  □ 検査結果の記録 |

|  |  |
| --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 |
| ③　水質検査でレジオネラ属菌が検出された（10ＣＦＵ(個)／100ｍｌ以上）ことがあるか。  ある  ない  　　　　・「ある」場合は、適切な対策を講じているか。その内容を記入してください。   |  | | --- | |  |   **５　非常災害対策**  （１）防火管理者を選任し、所轄消防署に届け出ているか。  いる  いない  　　　・「いる」場合は、防火管理者の職・氏名等を記入してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 職 | 氏　名 | 選任年月日 | |  |  |  |   （２）消防計画を作成し、所轄消防署に届け出ているか。  いる  いない  （３）防災訓練は年２回以上（うち１回以上は夜間又は夜間を想定した訓練）実施しているか。  いる  いない  　　　・前年度の防災訓練の実施状況を記入してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 防災訓練実施回数 | |  | 回 | |  | うち夜間又は夜間想定訓練 |  | 回 |   （４）訓練の実施に当たっては、地域住民等の参加が得られるよう連携に努めているか。  いる  いない  　（５）非常災害対応（火災、風水害、地震等）に係るマニュアルはあるか。  ある  ない  （６）非常災害時の連絡網等は用意されているか。  いる  いない  （７）消防設備士又は消防設備点検資格者による消防用設備の定期点検（※）を行い、１年に１回消防署へ点検結果を報告しているか。  いる  いない  ・「いる」場合は、前年度の点検の実施状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 実施年月日 | 点検実施者の名称 | | 年　　月　　日 |  | | 年　　月　　日 |  |   　　※　６ヶ月に１回の機器点検（うち年１回の総合点検）  延べ床面積が１千㎡以上の施設は法定義務  （８）備蓄食料等は、種類・品目ごとに管理表を作成し、保管場所を明記する等により、適切に管理しているか。  いる  いない | □ 消防署への届出  □ 避難訓練の記録  □ 非常災害時の対応マニュアル  □ 通報・連絡体制表  □ 消防用設備点検の記録  □ 備蓄品管理簿 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | | | | 確　認　書　類 | | | |
| （９）施設が地域防災計画で定められた浸水想定区域内にある場合、水害に関する避難確保計画を作成し、施設所管課へ届け出ているか。  いる  いない  該当しない  　　　・「いる」場合、浸水を想定した訓練を実施し、市に報告しているか。  いる  いない  （10）施設が地域防災計画で定められた土砂災害警戒区域内にある場合、土砂災害に関する避難確保計画を作成し、施設所管課へ届け出ているか。  いる  いない  該当しない  　　　・「いる」場合、土砂災害を想定した訓練を実施し、市に報告しているか。  いる  いない  （11）施設が地域防災計画で定められた津波災害警戒区域内にある場合、津波災害に関する避難確保計画を作成しているか。  いる  いない  該当しない  　　　・「いる」場合、津波災害を想定した訓練を実施し、市に報告しているか。  いる  いない  **６　業務継続計画（ＢＣＰ）の策定等**  （１）感染症及び非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの継続的な提供及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定しているか。  いる  いない（検討中　未検討）  　　・作成している場合は、以下の設問に回答してください。  （２）業務継続計画の作成状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 感染症に係る業務継続計画 | 作成済　　未作成 | | 非常災害に係る業務継続計画 | 作成済　　未作成 |   （３）職員に対し、業務継続計画を周知しているか。  いる  いない  （４）業務継続計画に関する研修（平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行）を定期的に（年２回以上及び新規職員採用時）実施しているか。  いる  いない  （５）業務継続計画に関する訓練（施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等）を定期的に（年２回以上）実施しているか。  　　　　　☐いる  ☐いない | | | | □ 避難確保計画  □ 避難訓練の記録  □ 業務継続計画  □ 研修の実施記録  ・前年度から直近まで  □ 訓練の実施記録  ・前年度から直近まで | | | |
| 運　営　・　管　理　関　係 | | | | 確　認　書　類 | | | |
| **７　職員研修**  （１）体系的（経験年数・職種別等）な研修プログラムを策定しているか。  いる  いない  （２）新規採用職員の研修プログラムを策定しているか。  いる  いない  （３）施設が主催する内部研修は行われているか。  いる  いない  （４）入所者の処遇に携わる全ての職員（医療・福祉関係の有資格者（※１）を除く）に、認知症介護基礎研修を受講させているか（※２）。  いる  いない  ※１　各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者  （５）職種ごとの外部研修等を受講させているか。  いる  いない  ・「いる」場合、研修結果の共有や内部研修への活用等をしているか。　　　　いる  いない  　（６）施設内研修及び外部研修の実施記録を整備しているか。  いる  いない | | | | □ 研修計画  □ 研修の記録  □ 復命書 | | | |
| （７）前年度に実施した主な研修について記入してください。（別紙の添付でも可）  　　①　施設内研修の実施 | | | | | | | |
|  | 研修名 | 対象職種 | 研修内容 | | 実施回数 | |  | |
|  |  |  | |  | 回 |
|  |  |  | |  | 回 |
|  |  |  | |  | 回 |
|  |  |  | |  | 回 |
|  |  |  | |  | 回 |
|  |  |  | |  | 回 |
| ②　外部研修の受講 | | | | | | | |
|  | 研修名 | 対象職種 | 研修内容 | | 受講年月日 | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 | |
| **８　諸規程等の整備**  （１）施設の運営規程を作成しているか。  いる  いない  ・「いる」場合、以下の必要事項が規程に定められているか。定めている内容を選択してください。   |  |  | | --- | --- | | 必要事項 | 規程の有無 | | １　施設の目的及び運営の方針 | 有　無 | | ２　職員の職種、数及び職務の内容 | 有　無 | | ３　入所定員（ユニット型：ユニットの数、ユニットごとの入居定員） | 有　無 | | ４　入所者の処遇の内容（ユニット型：サービスの提供の内容）及び費用の額 | 有　無 | | ５　施設の利用に当たっての留意事項 | 有　無 | | ６　緊急時における対応方法 | 有　無 | | ７　非常災害対策 | 有　無 | | ８　虐待の防止のための措置に関する事項 | 有　無 | | ９　その他施設の運営に関する重要事項 | 有　無 |   （２）秘密保持等  　　①　職員（退職者を含む）が正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又は家族の情報を漏らすことがないよう規程等を定め、周知しているか。  いる  いない  　　②　個人情報の利用に当たり、入所者及び家族から契約書又は同意書等により同意を得ているか。  いる  いない  （３）公益通報者の保護  ①　職員に対して、公益通報者保護法について周知しているか。  いる  いない    ②　公益通報に関する内部規程を整備しているか。  いる  いない  　　　③　相談（通報）窓口を設置しているか。  いる  いない  ④　通報者の個人情報保護、秘密保持を徹底しているか。  いる  いない | □ 運営規程  □ 秘密保持に関する規程  □ 職員の秘密保持誓約書  □ 個人情報の利用に関する同意書等  □ 公益通報に関する規程 | |
| 運　営　・　管　理　関　係 | 確　認　書　類 | |
| （４）就業規則  　　①　就業規則について、以下に記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 最終改定日（直近の改定日） | 年　　月　　日 | | 労基署への届出日 | 年　　月　　日 |   ②　現状の取扱いと就業規則の定めに差異は生じていないか。  いない  いる  　　　　・「いる」場合、差異の内容を記入してください。   |  | | --- | |  |   （５）労働時間、休日等  ①　１日８時間以内、週40時間以内の勤務時間が守られているか。  いる  いない  　　　②　勤務時間が６時間（８時間）を超える場合、45分（60分）の休憩時間を与えているか。  いる  いない  ③　週１回又は４週４回以上の休日を与えているか。  いる  いない  ④　毎年、時間外・休日労働に関する協定（36協定）を締結し、労基署へ届け出ているか。  いる  いない  　　　　・「いる」場合、直近の協定の状況を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 締結年月日 | 年　　月　　日 | | 労基署への届出日 | 年　　月　　日 |   　　　⑤　タイムカード及び時間外勤務命令簿等の客観的な方法により、労働日ごとの勤務時間を確認・記録しているか。  いる  いない  （６）産前・産後休暇及び育児時間は、適正に与えているか。  いる  いない  （７）育児・介護休業を適正に与えているか。  いる  いない  （８）年次有給休暇  ①　６か月以上勤務し、全労働日の８割以上勤務した従業員に10日以上の有休を与えているか。また、勤続年数に応じて最大20日まで付与しているか。  いる  いない | □ 就業規則  □ 就業規則（変更）届の写し  □ 勤務実績表  □ 時間外労働・休日労働に関する協定届の写し  □ タイムカード  □ 時間外勤務命令簿  □ 産前・産後休暇申出書  □ 産前・産後休暇付与通知書の写し  □ 育児・介護休業申出書  □ 育児・介護休業許可通知書の写し  □ 年次有給休暇管理簿 | |
| 運　営　・　管　理　関　係 | | 確　認　書　類 | |
| ②　労働日数が常勤職員より相当程度少ない職員（非常勤、パート職員等）にも年次有給休暇を与えているか。  いる  いない  　　　③　使用されなかった年次有給休暇（当年度分）を次年度に繰越しているか。  いる  いない  　（９）給与規程  　　①　給与規程について、以下に記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 最終改定日（直近の改定日） | 年　　月　　日 | | 労基署への届出日 | 年　　月　　日 |   　　　②　初任給は規程に従って適正に決定されているか。  いる  いない  　　　③　前歴換算をしている場合は、規程に従って適正に行われているか。  いる  いない  　　　④　昇格・昇給は規程に従って適正に行われているか。  いる  いない  ⑤　各種諸手当は規程に基づき適正に支給されているか。  いる  いない  （10）給食費､親睦会費等を賃金から控除して支払う場合、控除に関する協定（24協定）を締結しているか。  いる  いない  該当なし  　　　　・「いる」場合、締結年月日を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 締結年月日 | 年　　月　　日 |   （11）職員ごとの給与の支給状況を記録した給与台帳（賃金台帳）を整備しているか。  いる  いない  （12）職員の雇入れ時に、賃金、労働時間その他の労働条件を労働条件通知書の交付により明示しているか。  いる  いない  （13）就業規則等を常時、職場の見やすい場所へ掲示、又は備え付けること等により、職員に周知しているか。  いる  いない | | □ 就業規則（給与規程）  □ 就業規則（変更）届の写し  □ 職員採用に係る決裁文書  □ 昇給・昇格に関する決裁文書  □ 給与台帳（賃金台帳）  □ 賃金控除に関する協定書の写し  □ 給与台帳（賃金台帳）  □ 労働条件通知書の写し | |