**令和４年度　特別養護老人ホーム**

**一般指導監査提出資料　自主点検表　処遇**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 記入者職名・氏名 | 職名　　　　　　　　　　　　　　 | 氏名　　 |
| 連絡先 | 電話 | FAX　　 | Eメール |
| 記入年月日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

**自主点検表記入要領**

１ 自主点検表の対象

　　この点検表は、特別養護老人ホームの施設処遇を対象としています。

２　記入方法

⑴　「点検結果」欄の該当する回答をチェックしてください。

また、「記入欄及び点検のポイント」は、必要事項を記入し、点検内容を確認してください。

⑵　指定があるものを除き、原則、記入日時点の内容を記入してください。

⑶　記入欄が不足する場合や、本様式での記入が困難な場合は、適宜、様式を追加してください。

３ 根拠法令・参考資料の名称

　　この点検表に記載されている根拠法令・参考資料の略称の詳細は、下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| **文中の略称** | **名称** |
| 特養 | 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第46号） |
| 指定 | 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号） |
| 地域 | 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号） |
| 条例 | 甲府市特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例（平成31年3月29日条例第3号） |
| 特養について | 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老発第214号） |
| 指定について | 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老企第43号） |
| 地域について | 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成18年3月31日老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知） |
| 苦情解決の仕組みの指針 | 社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について（平成12年6月7日老発第514号）（改正：平成29年3月7日雇児発0307第1号外） |
| 大量調理施設衛生管理マニュアル | 社会福祉施設における衛生管理について（平成9年3月31日　社援施第65号）　別添　大量調理施設衛生管理マニュアル（平成9年3月24日付け衛食第85号別添（最終改正：平成29年6月16日付け生食発0616第1号） |

甲府市福祉保健部指導監査課（令和4年8月）

| **自主点検項目**・年　　　回開催・直近の開催日　　　年　　月　　日 | **点検結果** | **記入欄及び点検のポイント** | **根拠法令等****[確認資料]** |
| --- | --- | --- | --- |
| **１　入所者の健康管理体制等** |
| **(1)入所者の病状の急変等に備えるための医療機関との協力体制はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→協力医療機関、協力歯科医療機関について記入してください。****●協力医療機関名：（　　　　　　　　　　　　）****連携協力の合意**[ ] **有**[ ] **無****●協力歯科医療機関：（　　　　　　　　　　　　）****連携協力の合意**[ ] **有**[ ] **無**○入院治療を必要とする入所者のために協力病院をあらかじめ定めておいてください。○入所者の口腔衛生等の観点から協力歯科医療機関をあらかじめ定めておくよう努めてください。○協力病院及び協力歯科医療機関は、近距離にあることが望ましいとされています。 | ○特養第27条、第42条、第59条、第63条○特養について第4-15○指定第28条第49条○地域第152条、第169条○条例第29条、第44条、第50条、第54条【合意書】 |
| **(2)嘱託医は配置されていますか。**＜「はい」の場合は、①、②の設問に回答してください。＞ | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→嘱託医について記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | **専門科名** | **医療機関名** | **施設内****診療の****１ヶ月****平均件数** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 | ○特養第12条第1項○指定第2条第1項○地域第131条第1項○条例第12条第1項【嘱託医の活動記録】【嘱託契約書】 |
| **①嘱託医の活動記録はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②嘱託契約書はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(3)内服薬の管理は適切ですか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○薬（処方薬）の管理については、看護師などにより一元的に管理され誤薬などの事故がおきないように配慮してください。また、投薬（与薬）マニュアルや投薬（与薬）チェックリストによる管理を行ってください。**→内服薬の保管者及び保管場所について記入してください。****・保管者　（職名　　　　氏名　　　　　　　　）****・保管場所　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | 【マニュアル】 |
| **(4)内服薬の管理及び投薬（与薬）マニュアルは作成されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(5)前年度誤薬事故は発生していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→前年度誤薬事故について記入してください。****（　　）件** |  |
|  |  |  |  |
| **２　入浴設備の保守管理** |
| **(1)浴槽水の水質検査（レジオネラ属菌等）** **を実施していますか。**※該当する浴槽について回答してください。 | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○入浴施設等を安心して利用できるよう、レジオネラ症の発生防止のため衛生管理を徹底しなければなりません。消毒・換水・清掃などを記録し、保管してください。○水質検査（レジオネラ属菌等）は、衛生管理が適切に行われているかどうかを確認するためのものです。○浴槽水は、少なくとも年1回以上、水質検査を行い、レジオネラ属菌に汚染されていないか否かを確認してください。ただし、ろ過器を設置して浴槽水を毎日完全に換えることなく連日使用する場合は、年2回以上検査を行なってください。（消毒方法が塩素消毒で無い場合は、年4回以上必要です。）○水質検査だけでなく、自主点検表等を作成し、それを用いて日常の衛生管理に努めてください。**●直近の検査実施日、実施項目、結果を記入してください。**[ ] **①【循環式浴槽(連日使用)】****→循環式浴槽（連日使用型）については年2回以上のレジオネラ属菌等の検査を実施してください。（塩素消毒で無い場合は年4回以上）****（　　　　）基、換水頻度（　　　　日に　　　　回）****第１実施日：　　　　年　　　　月　　　　日****結 果：（　　　　　　　　　　　　　　　　）****第２実施日：　　　　年　　　　月　　　　日****結 果：（　　　　　　　　　　　　　　　　）** | ○社会福祉施設等におけるレジオネラ防止対策の徹底について○レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針（平成15年7月25日告示）（改正：平成30年8月3日告示）○循環式浴槽におけるレジオネラ症防止対策マニュアル（平成13年9月11日　健衛発第95号）（改正：令和元年12月17日薬生衛発1 2 1 7 第1 号）【水質検査結果】【自主点検表】 |
|  |  |  |
|  |  | [ ] **②【循環式浴槽(毎日完全換水)】****→循環式浴槽（毎日完全換水型）については年1回以上のレジオネラ属菌等の検査を実施してください。****（　　　　）基****実施日：　　　　年　　　　月　　　　日****結 果：（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
|  |  | [ ] **③【非循環式浴槽(毎日完全換水)】****→非循環式浴槽を毎日完全に換水して使用する場合は年1回以上のレジオネラ属菌等の検査を実施することが望ましいです。****（　　　　）基****実施日：　　　　年　　　　月　　　　日****結 果：（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
|  |  |  |
|  |  | [ ] **④【非循環式浴槽(利用者ごとに完全換水)】****→非循環式浴槽で入浴者ごとに換水する場合は、水質検査は必須ではありません。** |
| **(2)浴槽水の消毒には塩素系薬剤を使用し、浴槽水中の遊離残留塩素濃度を頻繁に測定して、通常0.4mg/L程度に保ち、かつ最大1.0ｍｇ／Lを超えないよう努めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○レジオネラ属菌の消毒には塩素が有効です。浴槽水中の遊離残留塩素濃度は、入浴者数、薬剤の注入時間等により大きく変動します。塩素濃度は頻繁に測定・記録し、適切に管理してください。塩素濃度は通常0.4ｍｇ/L程度に保ち、かつ、最大で1.0ｍｇ／Lを超えないように努めてください。○原水若しくは原湯の性質その他の条件により塩素系薬剤が使用できない場合、原水若しくは原湯のpH が高く塩素系薬剤の効果が減弱する場合、又はオゾン殺菌等他の消毒方法を使用する場合であって、併せて適切な衛生措置を行うのであれば、塩素系薬剤以外の消毒方法を使用することができます。 |
| **(3)測定・換水・清掃・消毒等を実施し、実施状況を記録・保管し、衛生状況を管理していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○浴槽水は、毎日、完全に換えることが原則であり、これにより難い場合にあっても、浴槽水の汚染状況を勘案して最低でも1週間に1回以上完全に換えてください。その際、換水のみでは十分ではなく、ろ過器や配管内等に付着する生物膜を除去しない限り、レジオネラ属菌による浴槽水の汚染を防止できないことに留意してください。○ろ過器内は、湯水の流速が遅くなり、最も生物膜や汚れ等が付着しやすい場所であるため、1週間に1回以上、ろ過器内に付着する生物膜等を逆洗浄等で物理的に十分排出してください。併せて、ろ過器及び浴槽水が循環している配管内に付着する生物膜等を適切な消毒方法で除去してください。また、ろ過器の前に設置する集毛器は、毎日清掃してください。○回収槽の水をやむを得ず浴用に供する場合は、回収槽の壁面等の清掃及び消毒を頻繁に行うとともに、回収槽内の水を消毒してください。○貯湯槽は、湯温を60度以上に保つなど貯湯槽内でレジオネラ属菌が繁殖しないようにしてください。また、定期的に貯湯槽内の生物膜の除去を行うための清掃及び消毒を行ってください。○管理記録及び水質検査に関する書類は、3年以上保存してください。 |
| **(4)循環式浴槽がある場合、ろ過装置前に設置してある集毛器の清掃・洗浄を毎日行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** |
| **３　苦情解決体制** |
| **(1)苦情（意見・要望）解決の体制が整備されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→苦情解決体制について記入してください。****苦情受付担当者職氏名（職名　　　　　氏名　　　　　）****苦情解決責任者職氏名（職名　　　　　氏名　　　　　）****第三者委員の設置状況（氏名　　　 ）****（氏名　　　 ）****（氏名　　　 ）**○自ら提供するサービスから生じた苦情について、自ら適切な対応を行うことは、社会福祉事業の経営者の重要な責務です。○苦情解決に関する体制及びマニュアルを整備し、苦情を密室化せず、社会性や客観性を確保し、一定のルールに沿った方法で解決を進めることにより、円滑・円満な解決の促進や事業者の信頼や適正性の確保を図ることが重要です。○入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じてください。○苦情解決責任者は、苦情解決の責任主体を明確にするため、施設長、理事等から選任してください。○苦情受付担当者は、入所者及び関係者が苦情の申出をしやすい環境を整えるため、職員等の中から任命してください。 | ○社会福祉法第82条○特養第9条第2項、第29条第1項、第2項、第42条、第59条、第63条○特養について第4-17(1)(2)、第5-10、第6-6、第7-4○指定第33条第1項第2項、第49条○指定について第4-35（1）（2）、第5-11○地域第3条の36第1項、第157条、第169条○地域について第3-1-4(25)、第3-7-4(22)、第3-7-5(10))○条例第10条第2項、第31条第1項、第44条、第50条、第54条○苦情解決の仕組みの指針1、2、-（2）、3-（1）.（5）.（6） |
| **(2)苦情解決のマニュアル等（要綱・規程も含む）が作成されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(3)第三者委員は適切に設置されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→第三者委員の構成を記入してください。**[ ] **評議員　　人**[ ] **監事　　人**[ ] **民生委員・児童委員　　人** [ ] **大学教授　　人**[ ] **弁護士　　人** [ ] **社会福祉士　　人** [ ] **その他（具体的に：　　　　　　　 　　　　）** |
|  |  | ○苦情解決に社会性や客観性を確保し、保護者等の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置してください。○第三者委員は、中立性・公平性の確保のため、複数であることが望ましいとされています。○第三者委員の要件は、苦情解決を円滑・円満に図ることができる者であること、世間から信頼性を有する者とされています。○当該施設を運営する社会福祉法人の理事や入所者家族を第三者委員に含めることは、中立性・公平性の観点から不適と考えます。 |
| **(4)苦情解決の仕組みや苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員の氏名、連絡先等が施設内の見やすい場所に掲示されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○苦情を処理するために講ずる措置の概要を入所者又はその家族にサービスの内容を説明する文書（重要事項説明書）に記載するとともに、施設内の見やすい場所に掲示してください。○苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果についてマニュアルで定められた書面に記録し、5年間保存してください。○苦情受付担当者は、入所者等からの苦情受付に際し、次の事項を記録し、その内容について苦情申出人に確認するようにしてください。①苦情の内容②苦情申出人の希望等③第三者委員への報告の要否④苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否 |  |
| **(5) 苦情の受付から解決****・改善までの経過と結果が、マニュアル等で定められた書面に記録されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(6)苦情として受け付ける範囲を意見や要望的なものまで広げていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○福祉サービスに対する入所者の苦情や意見を幅広く汲み上げ、サービスの改善を図る姿勢が求められます。 |
| **(7)苦情内容及び解決結果は第三者委員に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者及び第三者委員へ報告してください。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合は除きます。○苦情解決責任者は、一定期間毎に苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けてください。 |
| **(8)苦情内容及び解決結果は、苦情がなかった場合も含め、定期的に（年１回以上）公表を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→苦情受付に関して記入してください。****・過去１年間に受け付けた苦情（意見・要望を含む）件数****（　　　　件）****・苦情受付件数のうち、第三者委員が関わったケースの件数****（　　　　件）****・苦情内容及び解決結果公表の件数****（　　　　件）****→苦情内容・解決結果の公表の方法を記入してください。**○入所者等によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、インターネットを利用した方法のほか、「事業報告書」や「広報誌」等に実績を掲載し、定期的（年1回以上）に公表してください。なお、個人情報に関するものを除いた公表とするよう留意してください。 |
| **(9)苦情等の原因を分析し、処遇や運営の質の向上に反映していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○苦情への適切な対応は、自ら提供する福祉サービスの検証・改善や入所者の満足感の向上、虐待防止・権利擁護の取組の強化など、福祉サービスの質の向上に寄与するものであり、こうした対応の積み重ねが社会福祉事業を経営する者の社会的信頼性の向上にもつながります。 |
| **４　入所者の預り金等** |
| **(1)入所者の自由な選択に基づき入所者等が負担している日常生活に必要な費用（「その他の日常生活費」）はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→入所者等が負担している費用がある場合、その品目と費用の内訳がわかる資料を添付してください。**○「その他の日常生活費」は、入所者又はその家族等の自由な 選択に基づき、事業者又は施設が提供するサービスの一環として提供する日常生活上の便宜に係る経費です。例えば、歯ブラシ等の日用品の費用等です。○入所者、家族に事前に十分な説明をし、同意を得たうえで提供されなければなりません。○施設により行われる便宜の供与であっても、サービスの提供と関係なく入所者等の嗜好や個別の生活上の必要に応じて購入する等の費用はサービス提供とは関係の無い費用として、その他の日常生活費とは区分して徴収する必要があります。○いずれも入所者等の希望により、提供されるものであり、すべての入所者に対し一律に提供し、すべての入所者等からその費用を画一的に徴収することは認められません。 | ○通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年3月30日老企第54号）（最終改正：平成28年3月31日）○「その他の日常生活費」に係るQ＆A（平成12年3月31日）○介護保険施設等における日常生活費等の受領について（平成12年11月16日老振第75号、老健第122号）（最終改正：平成18年3月31日）【運営規程】【重要事項説明書】【同意書】【契約書】 |
| **(2)入所者が負担するサービス提供とは関係の無い費用はありますか。****（入所者の嗜好品の購入等）** | [ ] **はい**[x] **いいえ** |
| **(3)その他の日常生活費及び入所者が負担するサービス提供とは関係の無い費用がある場合は、内容及び費用について、入所者又は家族に懇切丁寧に説明を行い、書面で同意を得ていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○その他の日常生活費の徴収についての入所者の同意については、入所者及び施設双方の保護のために、提供される便宜の内容や費用の額を明示した文書に入所者の署名を受けることにより同意を得てください。○同意書による確認は、その受領のたびに逐次行う必要は無く、入所の申し込み時等の重要事項説明に際し、詳細を明示した同意書により包括的に確認する方法が基本とされています。ただし、同意書に記載されていない費用を別途徴収する必要がある場合は、再度説明を行い、改めて同意書を徴してください。○入所者が負担するその他の日常生活費について運営規程において定め、重要事項として施設内の見やすい場所に掲示することが必要です。○入所者が負担するサービス提供とは関係の無い費用がある場合は、同様の取扱いとしてください。 |
| **(4)退所者の金品の取り扱いは適切に行われていますか。（保険証等退所者の所持品を含む。）** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→前年度退所件数： 件**○退所事由が生じた場合、その者の金品（遺留金品を含む）をもれなく把握し、その者又は家族等に適切に引き渡してください。その際には次の点にご留意ください。①退所者の金品一覧を作成してください。②複数の職員が確認してください。③受領証を取り交わしてください。○遺留金品の取り扱いも同様です。○本人死亡の場合は、遺留金品の所有権者は民法上本人の相続人であり、施設が手続きせずに処分することはできません。 | 【金品一覧表】【受領証】 |
| **(5)入所者預り金はありますか。**※入所者預り金が無い場合は、預り金に関する以下の設問の回答は不要です。 | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→預り金がある場合、どのような管理をしていますか。****（複数回答可）**[ ] **個別に通帳で管理**[ ] **個別に現金で管理**[ ] **共有金として管理**[ ] **その他（）** |
|  |  | **→預り金の状況を****記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **人数（Ａ）** | **預り金総額（Ｂ）：円** |
| **人** | **円** |

 | 　 |
| **(6)入所者の所持金等を、自己管理が可能な者についてまで、一律に施設が管理していませんか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→自己管理者：（　　　）名**○入所者の金品等については、入所者又は家族による管理が原則ですが、心身の状況及び家族の事情により、自ら管理することが困難な場合は、施設が管理を代行することができます。この場合、施設は依頼を誠実に履行するために規程を定め、管理契約を締結することにより、入所者に信頼される方法を確立したうえで、責任を持って金品を管理する必要があります。 |
| **(7)入所者又は家族との契約書（保管依頼書・預り証）はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者又は家族と契約書（保管依頼書）を取り交わしてください。○預り金を受領したことを示す預り証を入所者又は家族に交付してください。○入所者及び家族から信頼される方法で、契約に基づき、責任を持って出納事務を行ってください。 |
| **(8)事務処理の手順等を定めた規程等を作成していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○預り金の管理については、管理方法について定めた預り金管理規程等を整備することが必要です。○預り金受領に係る保管依頼書や預り証の各種書式についても、同規程で定めてください。 |
| **(9)預金通帳、印鑑の保管責任者がそれぞれ別に定められ、その保管場所が別々になっていますか。また、それを保管する金庫等の鍵についても別々に管理されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→次の保管者の職・氏名を記入してください。****・預金通帳 （職：　　　　氏名：　　　　　　　　　）****・預金届出印 （職：　　　　氏名：　　　　　　　　　）** |
| **(10)預り金について、個人別出納台帳、証拠書類（領収書）が整備されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  | 【個人別出納台帳】【領収書綴】 |
| **(11)入・出金に際し、複数の職員が関与していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○『責任者と補助者を設ける』、『必ず施設長の決裁が必要』等入出金に関しては、必ず複数の職員が関与する体制で処理を行ってください。 |  |
| **(12)出金に際し、入所者から受領印（又はサイン）を徴していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→受領印（又はサイン）が困難な場合は、複数の職員が関与して支払調書を作成する等の方法で行っていますか。**[ ] **はい**[ ] **いいえ**○出金に際し、入所者から受領印（又はサイン）を徴してください。受領印（又はサイン）が困難な場合は、複数の職員が関与して支払調書等を作成してください。 |  |
| **(13)預り金から、処遇に必要な、おむつに係る費用を支出していませんか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○介護保険施設サービスの入所者のおむつに係る費用については、保険給付の対象とされていることから、おむつ代を始め、おむつカバー代及びこれらに係る洗濯代等おむつに係る費用は一切徴収できませんのでご注意ください。 | ○通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年3月30日老企第54号）（最終改正：平成28年3月31日）別紙（7）④ |
| **(14)施設長は、預り金の収支状況を毎月点検していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○適正な出納事務を行うため、定期的な点検をしてください。○点検の際は、個人別出納帳、証拠書類、通帳等の付け合わせにより確認してください。 | 【個人別出納台帳】 |
| **(15)預り金の収支状況を、定期的に入所者（必要に応じて家族等）に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→報告している場合、回数等について記入してください。****・報告回数 年　　　　　回****・報告方法　　（　　　　　　　　　）** |  |
| **(16)出納管理に係る費用を徴収している場合、その積算根拠が明確になっていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○預り金の出納管理に係る費用を入所者から徴収する場合は、以下の項目が満たされ、適正な出納管理が行われることが要件となります。①責任者及び補助者が選定され、印鑑と通帳が別々に保管されていること。②適切な管理が行われていることの確認が複数の者により常に行える体制で出納事務が行われること。③入所者との保管依頼書（契約書）、個人別出納台帳等、必要な書類を備えていること。○入所者の預り金の出納管理に費用を徴収する場合、その積算根拠を明確にして、適切な額を定めてください。月当たり一定割合とすることは認められません。（例：出納事務の作業時間から人件費をもとに算出する等） | ○通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年3月30日老企第54号）（最終改正：平成24年3月30日）別紙（4）④、（7）③ |
| **５　給食の状況** |
| **(1)給食は、適切な時間に提供されていますか。****(2)入所者の状況にあった適切な給食を実施していますか。****(3)予定献立表を作成していますか** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→給食の時間を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **朝　　　食** | **時　　分～　　時　　分** |
| **昼　　　食** | **時　　分～　　時　　分** |
| **夕　　　食** | **時　　分～　　時　　分** |

○夕食時間は午後6時以降とすることが望ましく、早くても午後5時以降としてください。○ユニット型の場合は、食事の提供は入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供してください。 | ○特養第17条、第38条、第59条、第63条○特養について第4-5（1）・（2）・（3）・（7）、第5-7〇指定第14条、第44条○指定について第4-12（1）・（2）・（3）・（7）、第5-7○地域第140条、第164条○地域について第3-7-4(7)、第3-7-5(6)○条例第18条、第40条、第50条、第54条【献立表】 |
| ○調理は、あらかじめ作成された献立に従って行うと共に、その実施状況を明らかにしておいてください。①予定献立表を作成してください。②食品材料名・使用量を記載してください。③病弱者への献立は、医師の指示を受け作成してください。 |
| **(4)必要な給与栄養量等を確保していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者の心身の状況・嗜好に応じて、適切な栄養量及び内容の食事を提供してください。 |
| **(5)嗜好調査、残食調査、給食会議等が行われ、その結果が献立に反映されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→実施状況を記入してください。****・嗜好調査：年　　　回実施　　・残食調査：**[ ] **あり** [ ] **なし****・給食会議：年　　　回実施**○嗜好及び残食を把握し、献立に反映してください。○食事内容については、医師又は栄養士（入所定員が40人を超えない施設であって、栄養士を配置していない施設においては連携を図っている他の施設等の栄養士）を含む会議において検討してください。 | 【調査記録】【給食会議議事録】 |
| **(6)検食は、食事提供前に適切に行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○検食を食事前に行い、異味・異臭その他の異常が感じられる場合には、直ちに食事の提供を中止するなどの措置を講ずることとされています。**→検食について記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **検食時刻** |
| **朝　食** | **時　　分** |
| **昼　食** | **時　　分** |
| **夕　食** | **時　　分** |

 | ○社会福祉施設等における食品の安全確保等について（平成20年3月7日雇児総発、社援基発、障企発、老計発第0307001号）【検食簿】 |
| **(7)検食簿を作成していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○検食簿には、検食日、検食時間、検食者の職名・氏名、検食内容（メニュー等）、検食結果等が記載されているか確認してください。 |  |
| **(8)調理従事者の検便を月に1回以上行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○調理従事者は、定期的な健康診断及び月に1回以上の検便を受けてください。なお、検便検査には、腸管出血性大腸菌の検査を含めてください。　また、必要に応じ10月から3月には、ノロウィルスの検査を含めることが望ましいとされています。 | ○社会福祉施設における衛生管理について（平成9年3月31日　社援施第65号）【検便結果表】○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5-（3）・(4) |
| **(9)検食は、原材料も含めて適切に保存されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→検食の保存について記入してください。****保存温度　　　℃****保存期間　　　日間**○検食は、原材料及び調理済み食品を食品ごとに50ｇ程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に入れ、密封し、－20℃以下で2週間以上保存してください。○原材料は、特に、洗浄・殺菌等を行わず、購入した状態で、調理済み食品は配膳後の状態で保存してください。 |
| **(10) 調理施設の衛生管理に関する責任者を指名していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→調理施設の衛生管理に関する責任者について記入してください。****・職名：（　　　　　　　　　）****・氏名：（　　　　　　　　　）** | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅢ-1-(1) |
| **(11)従事者と調理施設の衛生管理の自主点検を実施していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○衛生管理の徹底を図るため、自主点検を行ってください。○点検結果を記録し、１年間保管してください。○施設長は、自主点検結果について報告を受け、適切に点検が行われたことを確認してください。○点検表については、「大量調理施設衛生管理マニュアル」の本文及び別紙様式を参考にしてください。 | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5（2）・（4）、別紙【従事者の衛生管理点検表】【調理施設の衛生管理点検表】 |
| **(12)調理室等の衛生管理を適切に行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→実施している項目を選択してください。**[ ] **調理衣の着用**[ ] **頭巾の着用**[ ] **手と爪の洗浄と消毒の実施**[ ] **包丁、まな板等は用途別・食品別の使い分けをしている。**[ ] **食器を消毒保管している。**[ ] **使用水は始業前及び調理作業終了後に検査し記録している。（※点検項目：色、濁り、におい、異物）****→設置している項目を選択してください。**[ ] **専用手洗い場**[ ] **専用便所**[ ] **専用履物**[ ] **採光、換気、通風設備**[ ] **ガス漏れ警報機**[ ] **石鹸、ペーパータオル、爪ブラシ**○調理従事者等が着用する帽子、外衣は、毎日専用で清潔なものに交換してください。○下処理場から調理室への移動の際には、外衣、履物の交換等を行ってください。○調理、点検に従事しない者が、やむを得ず、調理施設に立ち入る場合には、専用の清潔な帽子、外衣及び履物を着用させ、手洗い及び手指の消毒を行わせてください。○手洗い設備には、手洗いに適当な石けん、爪ブラシ、ペーパータオル、殺菌液等を定期的に補充し、常に使用できる状態にしておく必要があります。なお、タオルは他人と共用とせず、個人専用化が難しい場合には、使い捨てペーパータオル等の利用も有効です。 | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5-（1）・（2）・（4） |
| **(13)ねずみ、昆虫の駆除を半年に１回以上（発生を確認した際にはその都度）実施し、その記録を１年間保存していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○施設におけるねずみ、昆虫等の発生状況を１月に１回以上巡回点検するとともに、ねずみ、昆虫の駆除を半年に1 回以上（発生を確認した時にはその都度）実施し、その実施記録を1 年間保管してください。○施設及びその周囲は、維持管理を適切に行い、常に良好な状態に保ち、ねずみや昆虫の繁殖場所の排除に努めてください。なお、殺そ剤又は殺虫剤を使用する場合には、食品を汚染しないようその取扱に十分注意してください。 | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5-(2) |
| **(14)給食原材料の発注手続きや調理前後の保管管理等について、適切に行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→該当する項目を選択してください。**[ ] **献立表に沿って食品を購入している。**[ ] **発注書・納品書を整理し、保管している。**[ ] **納品時に食品材料の検収を行い、その結果を記録している。****※点検項目：品質、鮮度、品温、異物の混入等**[ ] **原材料の保管温度を管理している。**[ ] **調理が終了した食品は調理終了時刻を記録するとともに、速やかに提供する。**[ ] **調理終了後30分を超えて提供される食品の保存温度は、病原菌の増殖を抑制するため10℃以下又は65℃以上で管理されている。**[ ] **加熱調理食品は、中心温度を測定し、結果を記録している。****※中心部3点以上測定。75℃で1分間以上加熱（ノロウィルス汚染の恐れのある食品の場合85～90℃で90秒間以上）** | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ【献立表】【発注書】 【納品書】【検収記録簿】【食品保管時の記録簿】 【食品の加熱加工の記録簿】 |
| **(15)居室関係部門と食事関係部門の連携は十分とれていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○食事提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を食事に的確に反映させるために、居室関係部門と食事関係部門との連絡を十分にとってください。 | ○特養について第4-5（5）、第5-7（3）、第6-6、第7-4〇指定について第4-12（5）、第5-7（3）〇地域について第3-7-4（7）第3-7-5（6） |
| **(16)給食業務を委託していますか。**＜「はい」の場合は、①～③の設問に回答してください。＞ | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→委託している場合、委託業者名等を記入してください。****・業者名：（　　　　　　　　　）****・所在地：（　　　　　　　　　）** | ○保護施設等における調理業務の委託について（昭和62年3月9日社施第38号） |
| 1. **委託契約等は適正ですか。**
 | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○契約内容、施設と受託業者との業務分担及び経費負担を明確にした契約書を取り交わしてください。また、契約書には、厚生労働省通知「保護施設等における調理業務の委託について」で示される内容を明記してください。○施設は、厚生労働省通知「保護施設等における調理業務の委託について」で示される業務を実施することとし、その業務を担当させるため、栄養士を配置してください。○受託業者は、厚生労働省通知「保護施設等における調理業務の委託について」で示されている要件を満たす必要があります。 | 【委託契約書】 |
| **②委託業者に対して、栄養士による指導を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→指導を行っている栄養士について記入してください。****名前：　(　　　　　　　　　　　　)****所属：　(　　　　　　　　　　　　)** |  |
| **③調理業務従事者の健康診断、検便が適切になされていることを確認していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→確認している項目を選択してください。****健康診断日：****(　　　　年　　月　　日)**[ ] **月に1回以上検便を行っている。**[ ] **健康診断書の写しで健康状況を確認している。**[ ] **腸管出血性大腸菌Ｏ157の検査を実施している。**[ ] **必要に応じて10月から3月にはノロウィルスの検査を含めている。** | ○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5-(4) |
| **(17)施設外で調理を行い、搬入している場合、運搬方法や保管方法等は適切ですか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○施設外の調理室を利用している場合には、運搬手段等について衛生上適切な措置を講じてください。 | ○病院、診療所等の業務委託について（厚生省健康政策局指導課長通知平成5年2月15日付指第14号）第4-2 |
| **(18)給食施設に対して、直近１年間で保健所の立ち入り検査はありましたか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→「はい」の場合、****○立入検査日　　(　　　　　年　　　月　　　日)****○指導事項及び改善状況：** | 【保健所指導文書等】 |