**令和２年度　障害者支援施設**

**一般指導監査提出資料　自主点検表　処遇　（書面監査用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 定員 | 人 | 入所者現員（記入日現在） | 合計　　人 | 男性　　人 | 女性　　人 |

**自主点検表記入要領**

１ 自主点検表の対象

　　この点検表は、障害者支援施設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** |
| 指定基準 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第172号） |
| 指定基準について | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日障発第1206001号） |
| 条例 | 甲府市障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例（平成30年12月26日条例第54号） |
| 指定条例 | 甲府市指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成31年3月29日条例第7号） |
| 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2年11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　重要事項の説明及び処遇計画等** |
| **(1)施設の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）を定めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→定められているものを選択してください。**[ ] **①施設の目的及び運営方針**[ ] **②提供する施設障害福祉サービスの種類**[ ] **③従業者の職種、員数及び職務の内容**[ ] **④昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間**[ ] **⑤提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員**[ ] **⑥提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額**[ ] **⑦昼間実施サービスに係る通常の事業の実施地域**[ ] **⑧サービスの利用に当たっての留意事項**[ ] **⑨緊急時等における対応方法**[ ] **⑩非常災害対策**[ ] **⑪提供する施設障害福祉サービスの種類ごとに主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類**[ ] **⑫虐待の防止のための措置に関する事項**[ ] **⑬その他運営に関する事項**※⑬その他運営に関する事項については、利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きなどについて定めておくことが望ましいとされています。 | ○指定基準第41条○指定基準について第三-3（35）、（41）○条例第7条○指定条例第45条【運営規程】 |
| **(2)サービスの提供に際し、重要事項の説明を行っていますか。**＜「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** | 施設障害福祉サービスの提供の開始に際し、実施する施設障害福祉サービスの種類ごとに、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、利用者の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、わかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行う必要があります。また、利用申込者の同意を得なければなりません。（重要事項内容）①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③事故発生時の対応 ④苦情処理の体制 ⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況　　等施設の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、協力医療機関 及び協力歯科医療機関 その 他の利 用者 申込者のサービスの選択に資すると認められる重 要事項を掲示しなければなりません。○利用者の心身の状況等に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、施設障害福祉サービスの提供が漫然かつ画一的なものとならないよう配慮しなければなりません。○計画作成の際は利用者に面接を行い、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援 内容の検討をしなければなりません。○施設障害福祉サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、支援上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければなりません。（支援上必要な事項）・施設障害福祉サービス計画の目標及び内容・行事及び日課等も含む。○施設障害福祉サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うとともに、少なくとも六月に一回以上、施設障害福祉サービス計画の見直しを行い、必要に応じて、施設障害福祉サービス計画の変更を行ってください。また、モニタリングに当たっては、利用者及び家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次により行わなければなりません。①定期的に利用者に面接すること。②定期的にモニタリングの結果を記録すること。 | ○指定基準第7条第1項・第2項、第47条○指定基準について第三-3（1）○指定条例第10条第1項・第2項、第51条【重要事項説明書】 |
| **①サービスの提供について、書面で同意を得ていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②重要事項は、見やすい場所に掲示してありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(3)入所者個別の処遇（サービス）計画を作成していますか。**＜「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** | ○指定基準第22条、第23条○指定基準について第三-3（17）○条例第20条○指定条例第26条 |
| **①入所者及び家族に計画の内容を説明し、同意を得ていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②計画作成後の計画の実施状況を把握し、必要に応じて変更を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○指定基準第17条○指定基準について第三-3（11）○指定条例第20条○条例第3条第2項○指定条例第4条第2項 |
| **(4)個別の処遇記録（提供したサービスの内容の記録）はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者に対して行った具体的な処遇内容の記録は、５年間保存してください。○処遇記録は個人情報であるので、その取り扱いについては、プライバシーの保護に十分配慮する必要があります。 |
| **(5)入所者の意思及び人格を尊重した処遇に努めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めてください。○処遇は、入所者の施設サービス計画等に基づき、漫然としたもの又は画一的なものとならないよう配慮するとともに、プライバシーの確保にも配慮して行ってください。 |
| **２　身体的拘束等の適正化のための取組み** |
| **(1)身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、予めルールや手続きを定めてありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはなりません。○「緊急やむを得ない場合」を判断する要件を定め、その判断は施設長及び各職種の職員で構成する会議等で、組織として慎重に検討・決定してください。 | ○指定基準第48条○指定基準について第三-3（35）⑧、（41）○条例第42条○指定条例第52条 |
| **(2)過去１年間に、やむを得ず身体的拘束等を行ったことがありましたか。**＜「はい」の場合は、①～④の設問に回答してください。＞ | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○「緊急やむを得ない場合」を判断する要件は次のとおりです。①切迫性②非代替性③一時性○身体的拘束を行うためには、①②③の要件をすべて満たす必要があります。また、これら要件の確認は慎重に行う必要があります。 | ○身体拘束ゼロへの手引き（厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議）○障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き（平成30年6月厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室） |
| **①身体的拘束のための要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが慎重に実施されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②入所者や家族に詳細な説明をし、同意を得ていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○身体的拘束等を行う場合は、入所者やその家族に詳細な説明を行い、同意を得ることが必要です。 | 【同意書】 |
| **③緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録してありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○身体的拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録する必要があります。（5年間保存） | 【身体的拘束に関する記録】 |
| **④日々の心身の状態等の観察をし、拘束解消に向けての検討を記録に残していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除してください。○経過観察、再検討の内容を記録してください。 |  |
| **(3) 職員等に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を行うなど意識啓発等を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→直近2回の研修実施日を記入してください。****第1回：　年　　月　　日　第2回：　年　　月　　日** |  |
| **３　虐待防止についての取組み** |
| **(1)利用者に、虐待又は心身に有害な影響を与える行為を行っていません****か。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○次の行為及び利用者の心身に有害な影響を与える行為を行ってはなりません。①身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく身体を拘束すること。②わいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること。③著しい暴言、著しく拒絶的な対応又は不当な差別的言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。④衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、他の障害者による①～③に掲げる行為と同様の行為の放置その他障害者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。⑤財産を不当に処分することその他不当に財産上の利益を得ること。 | ○障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律第2条、第3条、第15条○指定基準第3条第2項・第3項○指定基準について第三-3（35）⑦○条例第3項第2項・3項○指定条例第4条第2項・第3項○障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き（平成30年6月厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室）【委員会議事録】○障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律第16条【虐待防止指針】 |
| **(2)虐待の防止に関する責任者を設置していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→虐待の防止に関する責任者について記入してください。****職（　　　）　氏名（　　　）**○障害者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備と実効的な取り組みに努めてください。○施設の責任を明確化するため、責任者を設置してください。 |
| **(3)「虐待防止委員会」の設置等必要な措置を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→直近１年間に開催した委員会の日を記入してください。****①　　年　　　月　　　日****②　　年　　　月　　　日****③　　年　　　月　　　日****④　　年　　　月　　　日**○「虐待防止委員会」の設置等により、研修計画やマニュアル等の作成、チェックリストによる自己点検（職員のストレスマネジメントを含む）の実施と集計及び分析、課題の共有、改善計画の検討、必要な取り組みの周知と実践等を進めてください。 |
| **(4)人権の擁護、虐待の防止のための指針やマニュアル等を整備し、職員に周知していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○倫理綱領や行動指針等の制定、虐待防止マニュアルの作成等により、施設内虐待（身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクト、経済的虐待等）や利用者間のいじめ等を早期発見、予防するための取り組み方針を明らかにしてください。○施設職員等による施設内虐待等を発見したときに職員が取るべき対応や手続きを定め、周知してください。○施設職員等による施設内虐待を発見した場合、速やかに甲府市役所障がい福祉課へ通報することが義務付けられています。 |
| **(5)職員に対し、人権の擁護、虐待の防止等に関する研修等を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→直近2回の研修実施日を記入してください。****第1回：　　年　　月　　日　第2回：　　年　　月　　日**○人権擁護、虐待防止等に関する研修を実施するよう努めてください。 | 【研修記録】 |
| **４　健康管理等** |
| **(1)** **年２回以上利用者の健康診断を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→健康診断について記入してください。****・前年度実施回数：（　　）回****・前年度実施日****実施日：　 年 　　月　　　日****実施日：　 年 　　月　　　日****・実施項目****・治療を要するとされた場合の対応****・未実施者への対応**○定期的に（年２回以上）利用者の健康診断を行わなければなりません。また、健康診断の実施状況とその結果を個人別に整理記録してください。 | ○指定基準第36条第2項○指定基準について第三-3（30）○条例第33条第2項○指定条例第39条第2項【健康診断の記録】 |
| **(2)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。 | ○指定基準第46条○指定基準について第三-3（40）○条例第41条○指定条例第50条【合意書】 |
| **(3)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**[ ] **該当なし** | **→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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 | ○指定基準第4条○指定基準について第三-1（1）○条例第12条○指定条例第6条【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** |
| **(4)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（マニュアル）を整備し、職員に周知されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→指針（マニュアル）について記入してください。****・平常時（予防）の記載**[ ] **有**[ ] **無****・発生時の記載**[ ] **有**[ ] **無**○インフルエンザ、レジオネラ症等の感染症及び腸管出血性大腸菌感染症等の食中毒の発生及びまん延の防止については、必要な措置を講じるよう努めなければなりません。○「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」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定し、内容を職員に周知してください。（平常時の対策）○施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）、日常のケアに係る感染対策（標準的予防策～例えば血液・体液・分泌物・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするか等の取り決め）、手洗いの基本、早期発見のための日常の観察項目等（発生時の対応）○発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における施設関係課等の関係機関との連携、医療処置、行政への報告等が想定されます。また、発生時における施設内の連絡体制や関係機関への連絡体制を整備し、明記することが必要です。 | ○指定基準第45条第2項○指定基準について第三-3（39）○条例第40条第2項○指定条例第49条弟2項【指針（マニュアル）】 |
| **(5)** **年１回以上、職員を対象とした衛生管理に関する研修を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→研修の実施日を記入してください。****第1回：　　　　年　　月　　日****第2回：　　　　年　　月　　日**○年１回以上、職員を対象とした衛生管理に関する研修を行ってください。○研修の実施内容は、記録しておいてください。 | 【研修記録】 |
| **(6)感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じた場合、有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | ○感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録してください。○次の場合は、感染症又は食中毒が疑われる者の人数、症状、対応状況等を甲府市役所障がい福祉課、保健所等関係課に報告し、指示等を求めてください。①同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合②同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらが疑われる者が10名以上又は全入所者の半数以上発生した場合③上記に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合 | ○社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について（平成17年2月22日老発第0222001号） |
| **(7)感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる者が発生した場合、甲府市役所障がい福祉課、保健所等に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** |
| **(8)新型コロナウイルス感染症防止のための対策を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | 〇新型コロナウイルス感染症防止のため次のような対策を講じてください。・利用者の健康の状態や変化の有無等に留意・職員間で情報共有し、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進・接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設に出入りした者の記録等を準備・面会は緊急やむを得ない場合を除き制限し、テレビ電話等の活用を検討・物品の玄関先での受け渡し等委託業者等の入館の制限・面会者等の施設内に出入りした者の氏名・来訪日時・連絡先等の記録・マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底・職員の出勤前に体温を計測・感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応・職員は施設外においても換気の悪い場所に集団で集まること等を避ける・リハビリテーション等を行う際に、「３つの密」を避け、実施人数の縮小、定期的な換気、共有物の消毒、手指衛生の励行等の徹底を行う〇新型コロナウイルス感染症に感染した者等が発生した場合の取組についても、厚生労働省通知等を参考とし、適切に実施してください。 | 〇社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）（令和2年4月7日）〇障害者支援施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について（令和2年7月3日） |
| **５　事故防止の取組み** |
| **(1)事故発生防止のための指針（マニュアル）等を作成し、職員に周知していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○事故対応マニュアル等を作成し、職員に周知してください。○安全管理に関し、職員会議等で取り上げるなど、職員の共通理解を図ってください。○事故が発生した場合の対応方法についても、あらかじめ定めておくことが望ましいとされています。 | ○指定基準第3条第3項、54条第1項○指定基準について第三-3（46）○条例第3条第3項、第46条○指定条例第4条第3項、第58条○福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成14年3月28日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）【指針・マニュアル】【事故処理簿】【報告書】 |
| **(2)事故発生の経過や、事故には至らなかったものの事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）の状況等を、書面で記録し、再発防止策を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○事故の状況及び事故に際して採った処置について記録してください。（5年間保存）　○利用者の安全を脅かす事例（ヒヤリハット事例等を含む）を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い、利用者の安全確保のためのリスクを把握し、対策を実施してください。 |
| **(3)事故があった場合、関係機関等へ報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** | **→医療機関受診を要する事故の発生件数について記入してください。****前年度　　件　　　　　今年度　　件**○入所者の処遇により事故が発生した場合は、速やかに甲府市役所障がい福祉課等の関係課及び入所者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じてください。 |
| **(4)事実の報告及び事故の原因分析を通じた改善策が職員に周知徹底されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○事故発生の原因を解明し、改善策を講じてください。また、その改善策の職員への周知を徹底してください。 |
| **(5)事故発生防止のための職員に対する研修を定期的に行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→研修の実施日を記入してください。****第1回：　　　　年　　月　　日****第2回：　　　　年　　月　　日**○リスクマネジメントの観点から継続的・定期的かつ計画的な職場内研修が必要です。○研修内容は講義形式だけではなく、実技を取り入れたものや、職員同士が話し合って業務遂行上の危険を明らかにしたり、それらの対応策を互いに考えることなどが考えられます。 | 【研修記録】 |
|  |  |
| **(6)入所者の賠償保険に加入していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ◇利用者に対する施設障害福祉サービスの提供により事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければなりません。 |  |
| **(7)内服薬の管理は適切ですか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**○投薬事故を防止するため、投薬（与薬）管理マニュアルを作成し、適正に管理を行ってください。 | 【マニュアル】 |
| **(8)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** |
| **(9)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** |  |
| **６　生産活動の状況** |
| **(1)生産活動の機会の提供を行っていますか。**※生産活動の機会の提供を行っていない場合は、生産活動に関する以下の設問の回答は不要です。 | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○地域の実情、製品及びサービスの需給状況等を考慮しつつ、利用者の心身の状況や意向、適性、障害の特性その他の事情等に配慮して行うよう努めなければなりません | ○指定基準第第28条第1項・第2項・第4項、第29条○指定基準について第三-3（22）○条例第25条、第26条○指定条例第31条第1項・第2項・第4項、第32条○就労移行支援事業、就労継続支援事業（Ａ型、Ｂ型）における留意事項について（平成19年4月2日障障発第0402001号）（最終改正 平成30年4月10日 障障発00410第1号）【各種報告書】 |
| **(2)作業量、作業時間に対する配慮を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○作業量、作業時間が利用者に過重な負担とならないよう配慮しなければなりません。 |
| **(3)作業の安全管理を適切に行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○防塵設備又は消火設備の設置など生産活動を安全に行うために必要な措置を講じなければなりません。 |
| **(4)収益は適切に利用者に工賃として支払われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○工賃の支払いについては、次により行わなければなりません。①工賃支払い規程に基づき、工賃の支払いを適性に行ってください。②工賃支給台帳を整備してください。③作業記録により利用者の状況を把握してください。④生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければなりません。⑤就労支援B 型の提供に当たっては、利用者それぞれに対し支払われる1 月あたりの工賃の平均額を、3,000円を下回るものとしてはなりません。⑥就労支援B 型の提供に当たっては、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、工賃水準を高めるよう努めてください。⑦就労支援B 型の提供に当たっては年度ごとに、工賃の目標水準を設定し、工賃の目標水準及び前年度に利用者それぞれに対し支払われた工賃の平均額を利用者に通知するとともに、甲府市役所障がい福祉課に報告してください。**→前月分の工賃の平均額を記入してください。****（）月：　　　　円** |
| **(5)工賃支払に関する規程はありますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(6)就労支援Ｂ型を実施していますか。**＜「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** |
| **①１月あたりの工賃の平均額が、3,000円を下回っていませんか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②工賃の目標水準及び前年度に支払われた工賃の平均額について、利用者に通知していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **③工賃の目標水準及び前年度に支払われた工賃の平均額について、甲府市役所障がい福祉課に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→直近の報告日を記入してください。****：　　　　年　　月　　日**○利用者が施設障害福祉サービス計画に沿って就労できるよう、実習の受け入れ先を確保してください。○実習の受入先の確保に当たっては、関係機関と連携して、利用者の意向及び適性を踏まえて行うよう努めてください。○公共職業安定所での求職の登録その他の利用者が行う求職活動を支援してください。○関係機関と連携して、利用者の適性や意向に応じた求人の開拓に努めてください。○利用者の職場定着を促進するため、関係機関と連携して、利用者が就職した日から6月以上、職業生活における相談等の支援を継続してください。**→直近の報告日を記入してください。****：　　　　年　　月　　日**○就労移行支援の提供に当たっては、毎年、前年度における就職した利用者の数や就職後6月以上職場定着している者の数を、甲府市役所障がい福祉課に報告してください | ○指定基準第30条、31条、32条、33条○指定基準について第三-3（24）・（25）・（26）・（27）○条例第27条、28条、29条、30条○指定条例第33条第、第34条、第35条 |
| **(7)就労移行支援又は就労継続支援Ｂ型を実施している場合、職場実習の支援を適切に行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** |
| **(8)就労移行支援を実施している場合、利用者の前年度の就職状況等を甲府市役所障がい福祉課に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** |
| **７　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】 |
|  |  |  |
|  |  | [ ] **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。 | 【自主点検表】 |
| **(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** |
| **８　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○指定基準第52条第1項、第56条第2項○指定基準について第三-3（44）①・（48）○条例第9条第2項、44条第1項・第2項○指定条例第56条第1項・2項、第60条第2項○「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）（一部改正：平成29年3月7日雇児発0307第1号外） |
| **(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、2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 | ○指定基準第52条第1項・第2項○条例第9条第2項、44条第1項・第2項○指定条例第56条第1項・2項、第60条第2項○指定基準について第三-3（44）①・②○条例第56条第1項・第2項○苦情解決の仕組みの指針」1、2-（2）、3-（1）・（5）・（6） |
| **(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・改善や利用者の満足感の向上、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。 |  |
| **９　入所者の預り金等** |
| **(1)利用者の自由な選択に基づき利用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。 | ○指定基準第19条第3項、第41条第6号○指定基準について第三-3（13）・（35）○条例第18条、第36条○指定条例第22条第3項、第45条第6号○障害福祉サービス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18年12月6日障発第1206002号）（最終改正：平成26年3月31日障発0331第22号）【運営規程】【重要事項説明書】 |
| **(2)利用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。****（利用者の嗜好品の購入等）** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(3)その他の日常生活費及び利用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利用者の同意については、利用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利用者の署名を受けることにより同意を得てください。○利用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。○利用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。**→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（）** | 【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** | ○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。〇受領印（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複数人が確認する方法で出金の管理をしてください | 【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。〇受領印（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複数人が確認する方法で出金の管理をしてください |  |
| **(13)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】 |
| **(14)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　　（　　　　　　　　　）** |  |
| **(15)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） | ○障害福祉サービス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18年12月6日障発第1206002号）（最終改正：平成26年3月31日障発0331第22号） |
| **１０　給食の状況** |
| **(1)給食は、適切な時間に提供されていますか。** | [ ] **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** |

 |  |
| **(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** | ○食事の時間は、家庭生活に近い時間にしてください。○正当な理由なく、食事の提供を拒んではならないとされています。○食事の提供に当たり、あらかじめ、利用者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、同意を得なければなりません。○必要な給与栄養量等を確保し、バランスのとれた食事を提供してください。○利用者の身体状況（咀嚼（そしゃく）能力、健康状態等）に合わせた調理内容にしてください。○予定献立表を作成してください。○献立の内容は、変化に富んだものにしてください。 | ○指定基準第34条○指定基準について第三-3（28）○条例第31条○指定条例第37条【献立表】 |
| **(4)必要な給与栄養量等を確保していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  |  |
| **(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**○嗜好及び残食を把握し、献立に反映してください。 | 【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** |

○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。 | ○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）○大量調理施設衛生管理マニュアルⅡ-5-（3）・(4)【検便結果表】】 |
| **(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)○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】 |
| **(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。 |
| **(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。 |  |
| **(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。**→「はい」の場合、****○立入検査日　　(　　　　　年　　　月　　　日)****○指導事項及び改善状況：** | ○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）の第4の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** |  | 【保健所指導文書等】 |