**令和２年度　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、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** |
| 養護 | 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年7月1日厚生省令第19号） |
| 養護について | 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30日老発第307） |
| 条例 | 甲府市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2号） |
| 高齢者虐待防止法 | 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年11月9日法律第124号） |
| 感染症等発生時に係る報告について | 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） |
| 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　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の方針**[ ] **②職員の職種、数及び職務の内容**[ ] **③入所定員**[ ] **④入所者の処遇の内容**[ ] **⑤施設の利用に当たっての留意事項**[ ] **⑥非常災害対策**[ ] **⑦その他施設の運営に関する重要事項**○入所しようとする者に対し、日常生活の自立を図ると共に、社会復帰を目指す上でどのような生活支援が必要であるかについて判断するため、その者の心身の状況、生活歴、病歴、家族との状況、入所者の施設生活に対する意識等の必要な事項について把握し、解決すべき問題の状況を明らかにしてください。 | ○養護第7条、第14条第1項○養護について第1-6、第5-1○条例第8条、第15条【運営規程】 |
| **(2)入所者の心身の状況、生活歴、病歴等を把握していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
|  |  | **●職種分野の会議、委員会等の開催状況について、記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会議の種類** | **出席者の職種** | **開催回数** | **議題内容** |
|  |  | [ ] **週・**[ ] **月・**[ ] **年（　）回** |  |
|  |  | [ ] **週・**[ ] **月・**[ ] **年（　　）回** |  |
|  |  | [ ] **週・**[ ] **月・**[ ] **年（　　）回** |  |
|  |  | [ ] **週・**[ ] **月・**[ ] **年（　　）回** |  |

 |  |
| **(3)入所者個別の処遇（サービス）計画はありますか。**＜「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** | ○生活相談員は、入所者について、その心身の状況、その置かれている環境、入所者及びその家族の希望を勘案して、ケース会議の検討結果等に基づき処遇計画を作成してください。①入所者が指定居宅サービス等を利用している場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成する「居宅介護支援計画」又は地域包括支援センターの職員が作成する「介護予防支援計画」の内容について留意してください。また、入所者が特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護のサービスを受けている場合には、特定施設の計画作成担当者が作成する「特定施設サービス計画」の内容について留意してください。②当分の間、処遇計画は、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）等を参考に作成してください。 | ○養護第15条第2項○養護について第5-2（2）、（4）○基準第16条第2項 |
| **①処遇計画に基づいて処遇が行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者処遇は、処遇計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮する必要があります。 | ○養護第16条第2項○養護について第5-3○条例第１7条第2項 |
| **②職員間で支援の内容、評価等について話し合いのうえ、計画の実施状況の把握や必要に応じた見直しが行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○生活相談員は、処遇計画について、入所者の処遇の状況等を勘案し、必要な見直しを行ってください。○定期的な見直しを行うと共に、入所者の状況に大きな変化が生じた時又は特別な事項があった時にも見直しを行ってください。 | ○養護第15条第3項○条例第16条第3項 |
| **③入所者及び家族に支援上必要な事項を説明していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者又はその家族に対して、処遇上必要な事項（処遇計画の目標及び内容や行事及び日課等も含む）について、理解しやすいように説明してください。 | ○養護第16条第3項○条例第17条第3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** | ○日常の生活状況及び処遇の経過を明確にするため、処遇記録（ケース記録）を作成する必要があります。ケース記録は、適切な処遇を行う上での基礎資料であり、入所者に対する援護の状況、対応の状況まで具体的に記録されるものであり、ケース記録を見ることで、入所者が施設においてどのような処遇を受けていたか、どのように生活してきたかが誰にでも理解できるようにしておく必要があります。○入所者の処遇の状況に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。①処遇計画②行った具体的な処遇の内容等の記録③身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録④苦情の内容等の記録⑤事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録○ケース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。 | ○養護第9条第2項○養護について第1-8（2）○条例第10条第2項 |
| **(5)地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行うなど、地域との交流を図っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→「はい」の場合、主なボランティア等の受入状況を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **団体名又は****代表者名** | **奉　仕　内　容　等** | **年間****延回数** | **年間****延人員** |
|  |  | **回** | **人** |
|  |  | **回** | **人** |
|  |  | **回** | **人** |

○施設が地域に開かれたものとして運営されるよう、地域の住民やボランティア団体等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努めてください。○入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業や市町村が老人クラブなどの非営利団体や住民の協力を得て行う事業に協力するように努めてください。 | ○養護第28条第1項○養護について第5-14○条例第29条第1項 |
| **２　処遇の状況** |
| **(1)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** | ○入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って処遇を行うように努めてください。○居室、便所及び脱衣所等にカーテンを取り付けるなどプライバシーを確保してください。○施設の管理上の都合により、入所者のプライバシーを不当に制限することは認められません。 | ○養護第2条第2項○条例第2条第2項 |
| **(2)入所者のプライバシーを確保していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(3)入所者の衣類、寝具の洗濯は適切に行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  |  |
| **(4)居室、食堂等の清掃は適切に行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  |  |
| **(5)入浴は、適切な方法により実施されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→「はい」の場合、入浴回数等を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **対　象　者** | **１人１週当たり** |
| **一　般　浴** | **人** | **回** |
| **特　別　浴** | **人** | **回** |

○入浴は、入所者の心身の状況や自立支援を踏まえて、適切な方法により1週間に2回以上実施してください。○入浴が困難な場合は、清拭を行ってください。 | ○養護第18条第7項○養護について第5-7（1）○条例第19条第7項【処遇記録】 |
| **(6)入浴時に健康状態のチェックを行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→当日入浴できない者には、どのような対応をしていますか**○入浴にあたっては、事前に健康状態のチェックを行い、体調の悪い者、褥瘡（じょくそう）のある者等の入浴については、医師、看護師の指示を得てください。 | 【処遇記録】 |
| **(7)入所者の心身の状況に応じて、排せつの自立について必要な援助をしていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切な方法で行ってください。**・おむつ使用者：常時　　　人、夜のみ 人****・交換時期：**[ ] **定時**[ ] **随時****・交換回数：１日最高　　　回　最低　　　回** | ○養護第2条第1項・第2項○条例第2条第1項・第2項 |
| **(8)おむつの交換は適切に行われていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  |
| **３　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** | ○「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込み、内容を職員に周知してください。①施設における身体的拘束適正化に関する基本的考え方②身体的拘束適正化検討委員会その他の施設内の組織に関する事項③身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針④施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針⑤身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針⑦その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針○幅広い職種（例 施設長、事務長、医師、看護職員、支援員、生活相談員）により構成された身体的拘束適正化検討委員会を設置してください。また、第三者や専門家を委員として活用することが望ましく、精神科専門医等の活用が考えられます。○事故発生防止のための委員会及び感染対策委員会とは、相互に関係が深いと認められることから、一体的に設置・運営することも差し支えないとされています。○委員会構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の身体的拘束等の適正化対応策の担当者を決めてください。**→委員会の構成員を記入してください。****→専任の身体的拘束等の適正化対応策の担当者について記入してください。****職（　　　）　氏名（　　　）** | ○養護第16条第6項○養護について第5-3（4）・（5）○条例第17条第6項【身体的拘束適正化のための指針】【委員会の記録】 |
| **(2)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置していますか。**＜「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** |
| **①専任の身体的拘束等の適正化対応策の担当者を定めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **②委員会を3月に1回以上開催していますか。****③委員会の結果を職員に周知していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **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。****第1回：　　年　　月　　日　第2回：　　年　　月　　日****第3回：　　年　　月　　日　第4回：　　年　　月　　日**○委員会は、3月に1回以上、定期的に開催してください。○委員会は具体的には、次のような対応を行ってください。①身体的拘束等について報告するための様式を整備してください。②支援員その他の職員には、身体的拘束等の発生ごと、その状況、背景等の記録とともに、①の様式に従い、身体的拘束等についての報告を求めてください。③身体的拘束適正化検討委員会において、②により報告された事例を集計し、分析してください。④事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等をとりまとめ、当該事例の適正化策を検討してください。⑤報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底してください。⑥適正化策を講じた後に、その効果について評価してください。○報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意してください。○「当該入所者又は他の入所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」を除き、身体的拘束等を行ってはいけません。○「緊急やむを得ない場合」を判断する要件についての判断は施設長及び各職種の職員で構成する「身体的拘束適正化検討委員会」等の組織で行ってください。 | ○養護第9条第2項第3号、第16条第4項・第5項○養護について第5-3（3）○条例第10条第2項第3号、第17条第4項・第5項 |
| **(3)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** |
| **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** | ○「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）【身体的拘束に関する記録】 |
| **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。**→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** | ○養護第16条第6項○養護について第5-3（6）○条例第17条第6項【研修記録】 |
| **(4) 職員等に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年2回以上行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○身体的拘束等の適正化のための研修においては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいて適正化の徹底を図ってください。○職員教育を組織的に徹底させていくために、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的に（年2回以上）研修を行ってください。 |
| **(5)新規採用時に、身体的拘束等の適正化のための研修を実施していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○新規採用時には必ず研修を実施してください。○定期の研修及び新規採用職員を対象とした研修について、研修の実施内容を記録してください。 |  |
| **４　高齢者虐待防止についての取組み** |
| **(1)高齢者虐待の防止のため措置を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○施設従事者等による高齢者虐待の防止のために、適切な業務管理体制を構築してください。また、組織的な対応等について指針等を整備し、適切に運用できるよう職員に周知してください。○虐待事案が発生した場合、高齢者虐待防止法に基づいた通報等をしなければならないことに留意してください。 | ○高齢者虐待防止法第20条○高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応の強化について（平成27年2月6日老発0206第2号）○平成30年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況に関する調査』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（令和2年3月24日　老発0324第4号）【虐待防止指針】【研修記録】 |
| **(2)職員に対し、高齢者虐待防止のための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。****実施日：　　　　年　　月　　日**○高齢者虐待の未然防止のため、職員に対し、研修を行ってください。○研修の記録を残してください。○高齢者虐待対応マニュアル（山梨県福祉保健部）を参考としてください。 |
| **５　日常生活の支援等** |
| **(1)レクリエーション等の実施に努めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→主な行事の実施状況を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **月** | **行事の内容** | **地域参加** |
|  |  | [ ] **有**[ ] **無** |
|  |  | [ ] **有**[ ] **無** |
|  |  | [ ] **有**[ ] **無** |

**→主な施設内クラブ活動の実施状況を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称又は目的** | **活動回数** | **参加人数** |
|  | [ ] **月**[ ] **週（　）回** | **人** |
|  | [ ] **月**[ ] **週（　）回** | **人** |

○教養娯楽設備を備えるほか、入所者のためのレクリエーション行事を行ってください。 | ○養護第18条第8項○養護について第5-5（5）○条例第19条第8項○養護第18条第5項○養護について第5-5（4）○条例第19条第5項 |
| **(2)入所者の外出の機会を確保していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者の生活を施設内で完結させてしまうことのないよう、入所者の希望や心身の状況を踏まえながら、買い物や外食、図書館や公民館等の公共施設の利用、地域行事への参加、友人宅の訪問、散歩など、多様な外出の機会を確保するよう努めてください。 |
| **(3) 家族との交流等の機会を確保していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者にとってより良い処遇を行うためには、家族との連携が不可欠です。身体状況の変化等の情報提供を行う等、常に入所者の家族との連携を図ると共に、施設の会報の送付、行事への呼びかけ等により、入所者とその家族との交流の機会を確保するよう努めてください。○入所者と家族の面会の場所や時間等についても、入所者やその家族の利便に配慮してください。 | ○養護第18条第4項○養護について第5-5（3）○条例第19条第4項 |
| **(4)日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、入所者又はその家族が行うことが困難な場合は、適切に支援していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○要介護認定の申請等、入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族が行うことが困難である場合には、その者の意思を踏まえて速やかに必要な支援を行ってください。○特に金銭に関わるものについては、書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後は、入所者に確認を得てください。 | ○養護第18条第3項○養護について第5-5（2）○条例第19条第3項 |
| **(5)機能訓練を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○処遇計画に基づき、自立した日常生活を営むために必要な指導及び訓練その他の援助を行ってください。また、日常生活及びレクリエーション行事の実施等についても、その効果を配慮してください。**→機能訓練の内容を記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **内容** | **実施回数** | **参加人員** | **担当職員** |
| **理学療法** |  | [ ] **週**[ ] **月　回** | **人** |  |
| **作業療法** |  | [ ] **週**[ ] **月　回** | **人** |  |
| **運動療法** |  | [ ] **週**[ ] **月　回** | **人** |  |
| **その他** |  | [ ] **週**[ ] **月　回** | **人** |  |

 | ○養護第18条第2項○養護について第5-5（5）○条例第19条第2項 |
| **(6)入所者が要介護状態になった場合に、居宅サービス等を受けることができるよう、必要な措置を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者が要介護状態又は要支援状態となった場合に、入所者が必要とする介護保険サービスを円滑に受けることができるよう、入所者に対し、近隣の居宅介護支援事業者や居宅サービス事業所に関する情報提供を行うなど、必要な措置を行ってください。 | ○養護第19条○養護ついて第5-6○条例第20条 |
| **(7)衛生的な管理に努め、必要な措置を講じていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければなりません。○常に施設内外を清潔に保つとともに、毎年１回以上大掃除を行ってください。 | ○養護第24条第1項○養護について第5-10（1）○条例第25条第1項 |
| **６　健康管理等** |
| **(1)定期的に入所者の健康診断を行い、健康の保持に努めていますか。** | [ ] **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**○入所時及び定期の健康診断を年2回以上実施し、結果を記録してください。その費用は施設の負担となります。○入所者に対する健康診断は、各人の身体的状況等を考慮の上、「保健事業実施要領」の基本健康診査の検査項目に準じて行ってください。 | ○養護第20条○養護について第5-7（1）○条例第21条【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、１以上の協力病院をあらかじめ定めておいてください。○協力歯科医療機関についても、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。 | ○養護第25条第1項・第2項○養護について第5-11（1）・（2）○条例第26条第1項・第2項【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** | **→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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 | ○養護第12条第1項第2号○条例第13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** |
| **(4)感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設置し、おおむね3月に1回以上定期的に開催していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→委員会の構成員を記入してください。****→直近１年間に開催した委員会の日を記入してください。****第1回：　　年　　月　　日　第2回：　　年　　月　　日****第3回：　　年　　月　　日　第4回：　　年　　月　　日**○幅広い職種（例 施設長、事務長、医師、看護職員、支援員、栄養士、生活相談員）により構成された感染対策委員会を設置してください。また、外部の専門家を委員として活用することが望ましいです。○構成メンバーの責務及び役割分担を明確にし、専任の感染対策担当者を決めてください。○感染対策委員会は、おおむね3月に1回以上、定期的に開催するとともに感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催し、その結果を職員に周知してください。なお、身体的拘束適正化委員会及び事故発生防止のための委員会とは、相互に関係が深いと認められることから、一体的に設置・運営することも差し支えないとされています。 | ○養護第24条第2項○養護について第5-10（2）○条例第25条第2項【委員会の記録】 |
| **(5)感染対策担当者を定めていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→感染対策担当者について記入してください。****職（　　　）　氏名（　　　）** |  |
| **(6)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**○「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。 | ○養護第24条第2項○養護について第5-10（2）○条例第25条第2項○高齢者介護施設における感染対策マニュアル【指針（マニュアル）】 |
| **(7)職員等に対し、定期的に（年2回以上）感染対策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**○職員教育を組織的に浸透させるため、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的に（年2回以上）実施してください。○研修の実施内容は、記録しておいてください。 | ○養護第24条第2項○養護について第5-10（2）○条例第25条第2項 |
| **(8)新規採用時に、感染対策に関する研修を実施していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○新規採用時には必ず感染対策研修を実施してください。 | 【研修記録】 |
| **(9)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高齢者福祉課及び保健所に報告し、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 | ○感染症等発生時に係る報告について |
| **(10)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、甲府市役所高齢者福祉課及び保健所に報告していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ**[ ] **該当なし** |
| **(11)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）〇高齢者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6月30日） |
| **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、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○養護第27条第1項○養護について第5-13（1）○条例第28条第1項○苦情解決の仕組みの指針2-（1）・（2）○苦情解決の仕組みの指針2-（3） |
| **(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に記載するとともに、施設内の見やすい場所への掲示、パンフレットの配付等により、苦情を処理するために講ずる措置の概要を入所者及びその家族に周知してください。○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 | ○養護第27条第1項○養護について第5-13（1）○条例第28条第1項○苦情解決の仕組みの指針3-（1）・（5） |
| **(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** | ○養護第9条第2項第4号、第27条第2項○養護について第5-13（2）○条例第10条第2項第4号、第28条第2項○苦情解決の仕組みの指針3-（5）○苦情解決の仕組みの指針2-（2） |
| **(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。 | ○苦情解決の仕組みの指針3－（6）○養護第27条第2項○養護について第5-13（2）○条例第28条第2項○苦情解決の仕組みの指針1 |
| **(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。 |
| **９　事故防止の取組み** |
| **(1)事故発生の防止のための指針（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** | ○「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込んでください。①施設における介護事故の防止に関する基本的考え方②介護事故防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項③介護事故防止のための職員研修に関する事項④施設内で発生した介護事故、ヒヤリ･ハット事例及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものの報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針⑤介護事故等発生時の対応に関する基本方針⑥入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針⑦その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針 | ○養護第29条第1項○養護について第5-15（1）○条例第30条第1項【指針・マニュアル】 |
| **(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）　 | ○養護第9条第2項第5号、第29条第2項○養護について第5-15（2）○条例第10条第2項第5号、第30条第2項【事故処理簿】 |
| **(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高齢者福祉課、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。 | ○養護第29条第2項○養護について第5-15（3）○条例第30条第2項【報告書】 |
| **(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** | ○次のような内容で対応してください。①介護事故等について報告するための様式を整備してください。②支援員その他の職員は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告してください。③事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析してください。④事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討してください。⑤報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底してください。⑥防止策を講じた後に、その効果について評価してください。○報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意してください。 | ○養護第29条第1項○養護について第5-15（2）○条例第30条第1項 |
| **(5)事故発生防止のための委員会を設置していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→委員会の構成員を記入してください。****→直近１年間に開催した委員会の日を記入してください。****第1回：　　年　　月　　日　第2回：　　年　　月　　日****第3回：　　年　　月　　日　第4回：　　年　　月　　日**○事故発生防止のための委員会を定期的に開催してください。○身体的拘束適正化委員会及び感染対策委員会とは、相互に関係が深いと認められることから、一体的に設置・運営することも差し支えないとされています。 | ○養護第29条第1項○養護について第5-15○条例第30条第1項【委員会記録】 |
| **(6)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。****・実施日：　　　　年　　月　　日**○定期的な研修の実施により、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発すると共に、事故防止対策マニュアルに基づき、安全管理を徹底してください。○職員教育を組織的に浸透させるため、事故防止対策マニュアルに基づいた研修プログラムを作成し、定期的に実施してください。○研修の実施内容を記録してください。 | ○養護第29条第1項○養護について第5-15○条例第30条第１項 |
| **(7)事故発生の防止に関する職員研修の実施内容は記録されていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | 【研修記録】 |
| **(8)入所者の賠償保険に加入していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者に対する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。○損害賠償保険に加入しておくか、若しくは賠償資力を有することが望ましいとされています。 | ○養護について第5-15（3） |
| **(9)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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**○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。 | ○養護第24条第1項○条例第25条第1項【マニュアル】 |
| **(10)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** |
| **(11)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** |  |
| **１０　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。 | ○養護第7条、第9条○養護について第1-6・8○条例第8条、第10条 |
| **(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**[ ] **いいえ** | ○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適当ではありません。○次の資料を参考にしてください。①「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）②「「その他の日常生活費」に係るQ＆A」（平成12年3月31日）③「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） |  |
| **(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、入所時等の説明に際し、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。○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てください。○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。 | 【運営規程】【同意書】【契約書】 |
| **(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。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** | ○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適切ではありません。（例：出納事務の作業時間から人件費をもとに算出する等） |  |
| **１１　秘密の保持** |  |
| **(1)入所者又は家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ同意を文書により得ていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |  |  |
| **１２　サービスの質の評価** |
| **(1)サービスの質の評価を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | **→該当する取組み内容を選択してください。**[ ] **施設の自己評価**[ ] **入所者アンケートや顧客満足度調査**[ ] **第三者評価の受審**[ ] **その他（　　　　　　　　　　）**○提供する福祉サービスの質の自己評価の実施や、外部評価の受審等、その他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って、良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めてください。 | ○社会福祉法第3条、第24条第1項、第78条第１項○養護第2条○条例第2条○『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』の全部改正について（平成26年4月1日老発0401第11号）（一部改正：平成30年3月26日付け老発0326第7号）○高齢者福祉サービス事業所等における第三者評価の実施について（令和2年3月31日老発0331第9号外）○高齢者福祉サービス事業所等における第三者評価の実施に係る留意事項について（平成30年3月26日老発0326第8号） |
| **(2)評価に基づき、サービスの質の改善を図っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **１３　退所等に関する支援について** |
| **(1)** **退所が可能となった入所者の、退所及び退所後の生活について、相談に応じる等の支援を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対しては、円滑な退所に向けて、入所者又は家族との話し合いの場を設けること等により、必要な助言及び指導等を行ってください。○退所に際しては、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と十分に連携を図ってください。○退所後も、在宅において生活を営むうえで解決すべき課題を抱えている場合等には、「地域包括支援センター」等との連携を通じるなどして、必要に応じ入所者又は家族等に対し、健康、生活状況等に関する相談に応じる等、適切な援助をするよう努めてください。○退所日、退所理由、退所に至る経過及び退所先を明確に記録してください。 | ○養護第14条第3項・第4項・第5項○養護について第5-1（3）・（4）・（5）○条例第15条第3項・第4項・第5項 |
| **(2)退所後の地域における生活を念頭に置きつつ、自立的な生活に必要な援助を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者の希望や心身の状況を踏まえ、生活意欲の増進等を図りながら、身体的、精神的条件に応じて、退所後の地域における生活を念頭に置いた訓練の機会を提供する等、自立的な生活に必要な援助を進めてください。 | ○養護第18条第6項○養護について第5-5（5）○条例第19条第6項 |
| **１４　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。** | [ ] **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** |

○栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供してください。※夕食時間は、午後６時以降が望ましいですが、早くても午後５時以降としてください。 | ○養護第17条○養護について第5-4（3）○条例第18条 |
| ○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予定献立表に責任者が関与してください。③献立の内容は季節感があり、変化に富むようにしてください。④食品材料名・使用量を記載してください。⑤病弱者への献立は、医師の指示を受け作成してください。 | ○養護第17条○養護について第5-4（2）○条例第18条【献立表】 |
| **(3)予定献立表を作成していますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** |
| **(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。 | ○養護について第5-4（6） |
| **(5)栄養食事相談を行っていますか。** | [ ] **はい**[ ] **いいえ** | ○入所者に対し、適切な栄養食事相談を行ってください。　 |
| **(6)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50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。 | ○養護について第5-4（7）【調査記録】【給食会議議事録】 |
| **(7)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】 |
| **(8)検食簿を作成していますか。****(9)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**[ ] **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。 |  |
| ○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】 |
| **(10)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。 |  |
| **(11) 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) |
| **(12)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】 |
| **(13)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） |
|  |  |  |
| **(14)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) |
| **(15)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】 |
| **(16)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。 | ○養護について第5-4（5） |
| **(17)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) |
| **(18)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）第4-2 |
| **(19)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】 |