令和５年度社会福祉施設軽費老人ホーム（ケアハウス・経過的Ａ型）指導監査資料

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)施 設 名 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　－　　　－ | メールアドレス |  |
| ホームページアドレス |  |
| 設置者 |  |
| 施設長名 |  | 施設認可年月日 | 　年　　月　　日 |
| 認可定員 | 　　　　　　人 | 左の定員の認可時期 | 年　　月 | 現　　員 | 人 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日現在）

○　資料記入要領

・特に指定のあるもの以外は、指導監査実施予定日の属する月の前々月末時点で記入してください。

・前年度延利用者数は、全利用者の延数で、入所日を含み、退所日を含まないでください。

・回答をあらかじめ用意した設問については、該当する答えに○をつけてください。

・★又は☆で示された項目は、法令、通知、定款等に規定された特に重要な遵守事項です。

○　添付書類

１　就業規則の写し（労働基準監督署に届出を行った写し、全体）

２　前年度の事業報告書

３　今年度の事業計画

４　施設の見取図（直近の認可書に添付されている建物（施設）の平面図(写し)）【大きさ：A３版まで】

５　契約書、重要事項説明書のひな形

６　特別なサービスの提供に要する費用の種別・料金が判る資料

７　保健所に提出した「給食施設栄養管理報告」の写し（直近のもの）

８　調理業務委託契約書の写し　※調理業務を委託している場合のみ

９　監査前月の職員勤務表（34頁「職員の勤務体制」備考５参照）

10　運営規程

※ 指導監査当日、施設長及び資格の定めのある職員の資格証等確認できるものを用意すること。

●　前回指導監査結果通知に基づく指導事項（助言指導を含む。）の改善措置状況

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （前回指導監査実施日　　令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指　導　事　項 | 改善措置状況 | 未改善の理由 |
|  | ※現在の状況 |  |

●　施設運営上の要望・質疑事項

|  |  |
| --- | --- |
| 要望事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　表紙・・・・・・・・・・・・・・・・・・１　前回指導監査結果通知に基づく指導事項・・２　施設運営上の要望・質疑事項・・・・・・・２◇目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・３諸帳簿等の整備・・・・・・・・・・・・・４◇処遇関係１　入所者の状況・・・・・・・・・・・・５　２　入所者へのサービス提供・・・・・・・６　　　　身体拘束適正化・・・・・・・・・・７虐待の防止対策・・・・・・・・・・８　３　処遇の実施状況　・・・・・・・・・・９　　　健康診断・・・・・・・・・・・・・９　　　　衛生管理等・・・・・・・・・・・・11　　　　事故防止対策・・・・・・・・・・・13　４　福祉サービスの質の向上のための措置・15　５　給食業務・・・・・・・・・・・・・・16◇運営・管理関係　１　職員の配置状況　・・・・・・・・・・19　２　職員の健康管理の状況　・・・・・・・23　３　職場の衛生管理の状況　・・・・・・・23　４　非常災害対策　・・・・・・・・・・・24５　業務継続計画の策定　・・・・・・・・27６　施設の整備状況　・・・・・・・・・・28７　諸規程等の整備　・・・・・・・・・・30　８　職員研修・・・・・・・・・・・・・・32　施設職員調書・・・・・・・・・・・・・・33　職員の勤務体制・・・・・・・・・・・・・34　人件費の内訳・・・・・・・・・・・・・・35 |  |

目　　次

|  |
| --- |
| 諸　帳　簿　等　の　整　備　関　係　項　目 |
| **諸帳簿等の整備**　●　諸帳簿等の有無について、該当する欄に○をつけてください。　　　※「有」の書類は、監査当日用意してください。（NO.41～43,45～46は除く。） |
|  | № | 書　類　名 | 有 | 無 | 保存年限 |  | № | 書　類　名 | 有 | 無 | 保存年限 |  |
|  1 | 認可関係書類 |  |  |  | 29 | ケース記録 |  |  |  |
|  2 | 重要事項に関する規程（運営規程） |  |  |  | 30 | 園務日誌 |  |  |  |
|  3 | 就業規則 |  |  |  | 31 | 指導員日誌 |  |  |  |
|  4 | 労基法関係許可・届出 |  |  |  | 32 | 看護日誌 |  |  |  |
|  5 | 非常勤職員雇用契約書 |  |  |  | 33 | 介護日誌 |  |  |  |
|  6 | 給与規程・退職金規程 |  |  |  | 34 | 業務日誌 |  |  |  |
|  7 | 育児・介護休業規程 |  |  |  | 35 | 在勤日誌（日勤・夜勤） |  |  |  |
|  8 | 給与台帳 |  |  |  | 36 | 利用者健康診断記録 |  |  |  |
|  9 | 職員名簿 |  |  |  | 37 | 苦情処理の記録 |  |  |  |
| 10 | 職員履歴書 |  |  |  | 38 | 給食献立表（予定・実施） |  |  |  |
| 11 | 資格証明書 |  |  |  | 39 | 保菌検査記録 |  |  |  |
| 12 | 出勤簿（タイムカード） |  |  |  | 40 | 検食記録 |  |  |  |
| 13 | 職員健康診断記録簿 |  |  |  | 41 | 給食日誌 |  |  |  |
| 14 | 年次休暇請求簿 |  |  |  | 42 | 給食内容検討（栄養出納）表 |  |  |  |
| 15 | 旅費規程 |  |  |  | 43 | 給食材料受払簿 |  |  |  |
| 16 | 時間外命令簿、出張命令簿 |  |  |  | 44 | 給食栄養給与目標量算定表 |  |  |  |
| 17 | 職員会議録 |  |  |  | 45 | 衛生管理点検記録 |  |  |  |
| 18 | 業務分担表 |  |  |  | 46 | 平成17年度実施のアスベスト「使用実態調査結果」 |  |  | 長期 |
| 19 | 職員研修記録 |  |  |  | 47 | アスベスト除去工事「設計図書及び工事記録」（関係施設） |  |  | 長期 |
| 20 | 消防計画（防災対策規程） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 防火管理者届出書（控） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 避難訓練記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | 緊急連絡網（職員） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | 消火設備等の業者点検記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 消火設備等の自主点検記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | 処遇計画（全体・個別） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 利用者名簿 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 利用者台帳 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **１　入所者の状況**　※　**施設で作成している資料があれば、その資料の提出をもって作成に代えてください。**以下の表で、現員の時点は監査前月の初日時点としてありますが、状況がわかれば、適宜の時点で結構です。どちらか〇をつけ、適宜の時点の場合は（　）に記入してください。 |  |
| 1. 入退所状況

現員は、・監査前月の初日時点　・（　　　　　　　　　　）時点

|  |  |
| --- | --- |
| 前年度 | 今年度 |
| 入所 | 退所 | 前年度末 | 入所 | 退所 | 現員※ |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参考）※　男性　　　人（　　％）、女性　　　人（　　　％）　 |
| （２）年齢構成比　　・監査前月の初日時点・（　　　　　）時点

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年齢 | 人数 | 比率（％） |
| 60歳未満 |  |  |
| 60歳～69歳 |  |  |
| 70歳～79歳 |  |  |
| 80歳～89歳 |  |  |
| 90歳以上 |  |  |
| 平均年齢 |  | － |

（3）入所期間別構成比　・監査前月の初日時点・（　　　）時点

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所期間 | 人数 | 比率（％） |
| ０～1年未満 |  |  |
| １～5年未満 |  |  |
| ５～10年未満 |  |  |
| 10～15年未満 |  |  |
| 15年以上 |  |  |

 | 4）出身地別入所状況　　・監査前月の初日時点　・（　　　　）時点

|  |  |
| --- | --- |
| 市町名 | 人数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| （５）介護認定の状況　　　　　　　　　　　　・監査前月の初日時点　・（　　　　　　　　　　）時点

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 要介護度 | 要支援 | 該当なし |
| ５ | ４ | ３ | ２ | １ | 平均 | ２ | １ |
| 該当者人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅サービス利用者人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（6）入居者の自立状況　　　　　　　・監査前月の初日時点　・（　　　　　　　　　　）時点

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 自立 | 一部介助 | 介助の内訳（複数） |
| 入浴 | 配膳 | 服薬 | 掃除 | 金銭 |
| 人数 |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **２　入所者へのサービス提供**　●　入所申込者に対する説明　　○　入所申込者又はその家族に対し、重要事項を記載した文書を交付して説明しているか。　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　・いない　　○　当該サービスの提供に関する契約書を、文書により締結しているか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　・いない　　○　契約書に定める契約解除条件は、利用者の権利を不当に狭めていないか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いない　　　・いる　●　入退所　　○　入所時に、利用者の心身状況や家庭等の状況、生活暦等、必要な事項について、調査を行っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　○　施設での日常生活を営むことが困難であると認められる状態になった場合、本人又は家族とよく話し合って今後の対応を決めているか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない○　退所することとなった利用者について、退所先で適切なサービスを受けることができるよう情報提供に努め、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と連携に努めているか。　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　●　サービス提供の記録○　提供したサービスの内容を記録し２年間保存しているか。・いる　　　　　・いない　●　利用料の受領○　特別なサービスを提供することに伴い必要となる費用について、内容、額が適正に設定されているか。　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない○　サービスの提供に要する費用及び生活費は、知事が定めた額を上限としているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　●　サービス提供の方針○　サービスを提供するにあたり、利用者及び家族に対し、理解しやすく説明しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない●　生活相談等○　入所後は利用者の心身の状況等の把握に努め、利用者又はその家族の相談に応じるとともに、助言等に努めているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない○　要介護認定の申請等利用者が日常生活を営むのに必要な行政機関に対する手続について、本人の意思を踏まえ、必要な支援を行っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない○　常に利用者の家族との連携を図り、利用者と家族の交流の機会を確保するよう努めているか。 　　　　・いる　　　　　・いない | 軽費老人ホームの設備及び運営の基準に関する規則（平成25年３月28日静岡県規則第6号）（以下｢基準｣という。）軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成20年５月30日付け老発第0530002号）（以下「局長通知」という。）基準第11条第1項、第２項局長通知第４－１(１)、（２）基準第13条第１項局長通知第５－１(１)基準第13条第２項局長通知第５－１(２)基準第13条第３項局長通知第５－１(３)基準第14条、第８条第２項局長通知第５－２基準第15条第1項第５号局長通知第５－３（５）基準第15条第１項第１号、第３項局長通知第５－３基準第16条第２項局長通知第５－４基準第18条第１項基準第18条第２項基準第18条第３項局長通知第５－６ |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　入所者が要介護状態等になった場合に、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るか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない* 介護保険住所地特例制度への対応をしているか。

・いる　　　　　・いない* 入所者からの要望を考慮し、適宜レクリエーション行事を実施しているか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　いる場合の内容は★住民やボランティア団体等との連携及び協力等地域との交流を図っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　いる場合の内容は**【身体拘束適正化】**　　○　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、身体拘束その他行動を制限する行為を行っていないか。　・いない　　・いる　　○　やむを得ず身体拘束等を行った場合、その状況を記録し２年間保存している　か。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・記録あり　・記録なし* 身体拘束等の適正化のための対策委員会（身体拘束廃止委員会等）を組織しているか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　　・いないいる場合、組織名　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕構成メンバー〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　★　身体拘束等の適正化のための対策委員会を３ヶ月に１回以上、開催しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　　・いない○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 検討内容 | 参加者 | 特記事項※あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

〇対策委員会の結果について、介護職員その他の従業者に、周知徹底を図っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　 ・いない | 最低基準第19条介護保険法第13条第3項基準第18条第６項基準第31条基準第16条第３項局長通知第５－４基準第16条第４項、第８条第２項記録　その態様及び時間、心身の状況、緊急やむを得ない理由基準第16条第５項第１号※「身体拘束ゼロ作戦」手引書参照※テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行なうことが可能。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| * 身体拘束等の適正化のための指針が整備されているか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　・いる　 　・いない○指針の名称〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕○　介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化を図るための研修を定期的に実施しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 研修内容 | 参加者 | 特記事項あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**【虐待の防止対策】**★　虐待の防止のための対策を検討する委員会）を組織しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　　・いない○いる場合、組織名　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕構成メンバー〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕★　虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を職員に周知徹底しているか。　　　　・いる　　　　・いない　○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 検討内容 | 参加者 | 特記事項※あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

★　虐待の防止のための指針（マニュアル）を整備しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない○指針の名称〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕★　職員に対し虐待の防止のための研修を定期的に実施しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　★　上記３項目を適切に実施するための担当者を配置しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　　・いない　　　○　「いる」場合、職氏名は。　［職：　　　　氏名：　　　　　　　　］ | ○基準第33条※R6.3.31までは努力義務　※委員会は、テレビ電話装置等の活用可 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **３　処遇の実施状況**　★　利用者の健康診断の実施状況は。　　　　　　年　　　　　　回　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施機関名　　・実施日は　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　対象者　　　人　　　　未実施者　　　　　人　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　対象者　　　人　　　　未実施者　　　　　人　　・治療を要するとされた場合の対応は。　　・未実施者への対応は。　　・健康診断の記録は保存してあるか。　　　　・いる　　　　　・いない　★　結核検診の実施日は。　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　実施機関名　　　　　　　　　　　対象者　　　　　人　　　　未実施者　　　　　人　　○　保健所に結果報告しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　●　インフルエンザ予防接種　　・原則全員実施　　　　・希望者のみ実施　　　　・実施していない　　○　書面による同意の確認を行っているか。　・いる　　　　　・いない　●　利用者の病状の急変に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　　協力医療機関名　 | 　基準第20条　基準附則第22項○定期的に健康診断を受ける機会を提供する。○経過的Ａ型：入所時及び毎年定期に2回以上健康診断を実施・診断結果記録の保存・要精密検査対象者への対応・時期、回数、内容は適切か。・当日実施しなかった者への対応　感染症法第53条の２　感染症法施行令第12条第1項　65歳に達する日の属する年度以降において毎年度１回の定期健康診断を行うこと。感染症法第53条の７健康診断の結果を管内の保健所に報告しなければならない。・平成17年11月30日老計発　　　　　　　　　　第1130001号「社会福祉施設等における新型インフルエンザ対策等について」通知　基準第26条第1項　協力医療機関を定めておかなければならない。第2項　協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。局長通知第５－13 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| 　●　嘱託医は配置されているか。（経過的A型）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　いる場合、看護記録等に活動記録はあるか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ある　　　・ない　　○　いる場合、嘱託契約書はあるか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ある　　　・ない | 　基準附則第8条第（7）項※　嘱託契約書の記載事項　勤務日時　手当額　業務内容等 |
| ○　いる場合、医師（嘱託医師）の状況を記入してください。（施設内診療の1ヶ月平均件数は、監査前6ヶ月分の平均）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 専門科名 | 医療機関名 | 医療機関の所在地 | 定　例出勤日 | 施設内診療の1ヶ月平均件数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　※定例出勤日の勤務時間　（　午前・午後　　　　：　　　　　～　午前・午後　　　　：　　　　　　） |
| ●　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いるか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　入浴の回数　　　　１週間の入浴回数（１人）　　　　　　　　　　回／週　　　 | 　基準第26条第１項　局長通知第5－12－（1）ウ　基準第18条第５項　２日に１回以上の頻度で入浴の機会を提供する。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **【衛生管理等】**★　感染症及び食中毒の予防対策のための対策委員会を組織しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　　・いない○いる場合、組織名　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕構成メンバー〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　●　感染症及び食中毒の予防対策のための対策委員会を定期的に開催しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　・いない○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 検討内容 | 参加者 | 特記事項あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　○対策委員会の結果について、介護職員その他職員に周知徹底を図っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　介護職員その他の職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的に実施しているか。　　　　　　・いる　　　・いない | 基準第25条第２項第１号局長通知第5－11－（２）ア・概ね3ケ月に1回開催すること。・デレビ電話装置等を活用し行うことが可能　基準第25条第２項第３号　局長通知第5－11－（２）ウ　基準第25条第２項　局長通知第５－11－（１）※訓練は、R6.3.31までは努力義務。 |
| ○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 研修・訓練内容 | 参加者 | 特記事項※あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| ●　新型コロナウイルス、ＭＲＳＡ、インフルエンザ、腸管出血性大腸菌、結核等の感染予防対策マニュアルが整備されかつ職員に周知されているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●　感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告する体制が整っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●　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いるか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない○　上記の措置において、医師の指示に従っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない | 　基準第25条第２項第２号　局長通知第５－11－（２）イ　局長通知第５－11(１)オ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日付け健発第0222002号外健康局長外４局長通知） |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　下記ア～ウの発生が、監査前1年以内にあったか。　　ア　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週間内に2名以上発生した場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・あり　　　・なし　　イ　同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上　　　又は全利用者の半数以上発生した場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・あり　　　・なし　　ウ　ア及びイ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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・あり　　　・なし☆　上記の発生があった場合、市町、県介護保険課及び保健所に報告しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●　共用タオルを使用しているか。　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　排泄物・おう吐物の処理を行うため、あらかじめ処理用品を準備してあるか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ある　　　・ない●　その他、具体的な感染予防措置(インフルエンザ、新型コロナウィルス等)を講じているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　いる場合、具体的な内容は。●　レジオネラ症の予防措置について○　施設内においてレジオネラ属菌の繁殖しやすい生物膜が発生する設備（入浴設備、空気調和設備の冷却塔、給湯設備、加湿器等）があるか。　　　・ある　〔設備名　　　　　　　　　　　　　　　〕　　・ない☆　上記である場合、管理責任者を定めているか。　　・いる　・いない　　　○　「いる」場合、職氏名は。　［職：　　　　氏名：　　　　　　　　］☆　定期的な清掃・検査を行い、記録しているか。　・いる　　　・いない | 社会福祉施設等における感染症等発生時にかかわる報告について(平成17年２月22日付け健発第0222002号外健康局長外４局長通知）【排泄物・おう吐物処理用品の例】　・使い捨て手袋・マスク・ガウンやエプロン・ふき取るための布やペーパータオル・ビニール袋・次亜塩素酸ナトリウム・専用バケツ・その他必要なもの**・**「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」、「循環式浴槽におけるレジオネラ症防止対策マニュアル」に沿った管理の徹底局長通知第５－11(1)オ |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| 　○　入所者が集団で利用する風呂の使用・管理状況を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用回数　　　　週・日　　　回 | 換水　　週・日　　　　回 |
| 塩素剤による消毒　　週・日　　　回 | 水質検査　年・月　　　　回 |
| 残留塩素濃度測定　　日　　　　回 |  |

　　○　風呂のレジオネラ属菌検査を年１回以上行っているか。　・いる　　　・いない**【事故防止対策】**★　事故防止対策を中心とした危機管理マニュアルを整備し、職員に周知しているか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない○指針・マニュアル名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕★　事故発生防止のための委員会等を設置しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない○いる場合、組織名　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕構成メンバー〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　○「いる」場合、その内容は

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 検討内容 | 参加者 | 特記事項※あれば |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

〇　対策委員会の結果について、介護職員その他の従業者に、周知徹底を図っているか。★　事故発生の経過を書面で記録し２年間保存しているか。・いる　　　・いない　○　職員に対して事故発生防止の研修を行なっているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　○　ヒヤリ・ハットを記録し、職員に周知しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない | ～公衆浴場における衛生等管理要領～・毎日完全換水し、浴槽を清掃すること。＜残留塩素濃度＞　浴槽水中の遊離残留塩素濃度を常時、0.2～0.4mg／1Ｌを保つこと。（循環式浴槽は、通常0.4ｍｇ～/1Lを保つこと。）基準第32条第1項3号基準第８条第２項基準第32条第１項３号局長通知第５－18 (1)エ |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　医療機関での治療を要する事故の発生件数は。　　　・前年度　　　　　　件　　　　　・今年度　　　　　　件　　　そのうち、報告の対象となる事故の発生件数は。・前年度　　　　　　件　　　　　・今年度　　　　　　件　　☆　事故の原因分析、再発防止策の検討方法及び職員への周知方法は。　　　　検討方法：　　　　周知方法：★　事故防止のための指針(危機管理マニュアル等）の整備、事故の原因分析及び再発防止策の職員への周知、事故発生防止のための委員会及び定期的な研修会の開催の措置を適切に実施するための担当者が配置されているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない　　○　「いる」場合、職氏名は。　［職：　　　　氏名：　　　　　　　　］●　医薬品は適切に管理され、管理者が定められているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●　薬(処方薬)は施設で管理しているか。　　・いる（　　　　人）　・いない　　○　「いる」場合、保管者及び保管場所は。　　　　保管者職名　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]　　　保管場所　　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]●　投薬マニュアルや投薬チェックリストによる管理を行っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●　投薬に誤りがないよう確認されているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　「いる」場合、具体的な確認方法は。●　誤投薬などの事故は発生しているか。　　・いる（前年度　　　件、　今年度　　　件　）・　いない●　施設で傷害保険に加入しているか。　　　　・いる　　　　・いない　○　利用者自身の傷害保険に加入しているか。　・いる　　　　・いない　　○　いる場合、次の事項を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 契約先・契約期間 | 保障内容・保障額 |
| 施　　　設 |  |  |
| 利　用　者 |  |  |

 | 基準第32条第２項報告の対象となる事故・死亡事故・事故発生後、入所者が医師の診察を受け通院又は入院を要することとなった事故・事故の発生に職員が関わった事故基準第32第1項２号○基準第28条第１項第４号　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **４　福祉サービスの質の向上のための措置**　★　苦情解決に関するマニュアルを整備し、かつ職員に周知しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　マニュアルに、苦情内容及び結果の公表の規定があるか。　　　　　　　　・ある　　　・ない★　苦情解決責任者及び苦情受付担当者を決めているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　　苦情解決責任者　　職　　　　　　氏名　　　苦情受付担当者　　職　　　　　　氏名　★　利用者及び関係者に対して、苦情解決制度を周知しているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　「いる」場合、その方法を記入してください。　　　　・ご意見箱の設置　・受付窓口の設置　・ポスター　・パンフレット　　　　・ホームページ　　・入所のしおり　・その他（　　　　　　　　　　）　●　第三者委員の選任、委員会の設置をしているか。　　・いる　　　・いない　　○　第三者委員はどのような者を選任したか。　　○　第三者委員が受理、又は解決に当たって第三者委員に報告した苦情件数は。　　　　・前年度　　　　　　件　　　　　・今年度　　　　　　件　●　苦情の受付・解決の過程が書面で記録され２年間保存されているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　苦情(要望等含む)受付・解決件数は。　　　　・前年度　　受付件数　　　　　件　　　　解決件数　　　　　件　　　　・今年度　　受付件数　　　　　件　　　　解決件数　　　　　件　●　運営適正化委員会へ報告した事例はあるか。　　　　・ある　　　・ない　●　苦情内容及び解決結果の公表を行っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　「いる」場合の方法は。　　　　　　　 | 社会福祉法第65条「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日付け厚生省大臣官房障害保健福祉部長、社会・援護局長、老健局長、児童家庭局長連名通知）基準第30条第１項局長通知第５－16－(１)・複数であることが望ましい。　＜例＞　評議員、監事、社会福祉士、民生・児童委員、大学　教授、弁護士等　基準第８条第２項基準第30条第２項局長通知第５－14－(２)・「苦情」とは、施設の全ての職員等に寄せられた、要望・苦情を対象とする。・職員等からの聞き取りを実施しているか。・運営適正化委員会ホームページ　（静岡県社会福祉協議会）http://www.shizuoka-wel.jp/figure/clerical/suitability.php　公表の内容は　・責任者　・受付担当者　・第三者委員　・施設の苦情解決の仕組み・苦情解決結果 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| 　●　職員による自己評価を実施しているか。　　　　　・いる　　　・いない　　○　直近で、自己評価を行った時期は。　　　　　　　年　　　　　月○　評価結果を集計・分析し、サービスの向上に反映させているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない○　いる場合、その内容及び取組方法は。　　　　内容：　　取組方法：　●　福祉サービス第三者評価を受審したか。　　　・実施済（　　　　年　　月）　・予定（令和　　年　　月）　・予定なし　・予定なしの理由は　　**５　給食業務**●　給食業務を委託しているか。○　委託している場合、契約書はあるか。・ある　　　・ない　●　調理は清潔に行われているか、該当するものに○をつけてください。　　　・調理衣の着用　　　　・頭巾の着用　　　　・防鼠、防虫の実施　　　・専用手洗いの設置　　・専用便所の設置　　・排水設備の設置　　　・採光、換気、通風設備の設置　★　健康管理、衛生管理表が整備･使用されているか。 　・いる　　　・いない　★　給食関係者の検便を毎月実施しているか。　　　　○　調理員　　　　　　　・毎月　　　回　　　・年　　　回　　　・未実施　　○　検便結果は保管しているか　　　　　　　　　・いる　　　・いない　●　ノロウイルス対策は行なっているか。　　　　　・いる　　　・いない　●　食品の保管設備は適当か、該当するものに○をつけてください。　　○　設備は　　　・食品庫　　　・食品戸棚　　　・冷蔵庫　　　・冷凍庫　　○　冷蔵庫の温度：　　　　　℃　　　　冷凍庫の温度：　　　　　℃ | * 提供する福祉サービスの質の評価を行い、その改善を図っている

社会福祉法第78条第１項　社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うこと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に努めなければならない（受審の努力義務）局長通知第５－５－(３)・保護施設等における調理業務の委託について　（昭和62.3.9社施第38号）★委託条件、業務分担が適正であること。局長通知第５－８－(３)・大量調理施設衛生管理マニュアル　H9.3.24 衛食第85号局長通知別添・調理に携わる全職員（栄養士、調理員(臨時・パートを含む)）について実施。・保菌者は調理に従事させない。・ノロウイルス食中毒対策　 作業前後の手洗い。ノロウイルス流行期（10月～3月）には必要に応じて検便検査にノロウイルスを含める等＜温度の目安＞・冷蔵庫　　5℃以下・冷凍庫　　－20℃以下 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　食器の消毒・保管方法の該当するものに○をつけてください。○　消毒は　　　・熱湯　　・蒸気　　・薬用　　・その他（　　　　　　）○　保管は　　　・保管庫（電気又はガス消毒庫兼用）　　・食器庫●　調理器具の消毒・保管方法の該当するものに○をつけてください。　　○　消毒は　　　・熱湯　　・蒸気　　・薬用　　・その他（　　　　　　）　　○　保管は　　　・保管庫（電気又はガス消毒庫兼用）　　・食器庫★　給食に関する会議（打合せ会）等を開催しているか・いる　　　・いない●　嗜好調査を行っているか。　　　　 　　　　　　　・いる　　　・いない●　嗜好調査や残食調査等の結果を献立作成に活用しているか。　　 ・いる　　　・いない○　献立作成への具体的な活用方法　　●　検食を行っているか。　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○いる場合、検食簿等に記録しているか。・いる　　　・いない　　★　原材料及び調理済み食品、各50ｇずつを、マイナス20℃以下で２週間以上保存しているか。 　　　　　　・いる　　　・いない●一時的な疾病等により食堂において食事をすることが困難な入所者に対しては、居室配膳等必要な配慮を行っているか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない●入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲などの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が十分取られているか。・いる　　　・いない　●　適温給食に配慮しているか。　　　　　　　　　　・いる　　　・いない　　○　「いる」場合の方法は。●　食品衛生責任者等給食責任者の職氏名は。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 職 | 資格 |
|  |  |  |

 | 局長通知第５－11－(１)－ア＜食器消毒の目安＞・熱湯：95℃以上、10分以上浸漬・蒸気：100℃以上、10分以上・薬用：消毒薬に必要な時間浸漬（食器の材質等により異なる。）・給食会議の実施状況（委託の場合、業者も出席させる。）・食事時間前に、調理従事者以外の者が実施すること。・できるだけ施設長を含む多くの職員が交替で行うようにすること。・衛生面、嗜好･味覚面等の視点から検食されていること。・保護施設等における調理業務の委託について（昭和62.3.9社施第38号）・社会福祉施設における保存食の保管等について（H8.7.25社援施第117号）局長通知　第５　５(1),(4)特定給食施設　継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供する施設（健康増進法第21条）・衛生管理体制の確立　食品衛生責任者の資格　・栄養士　・調理師　・養成講習受講者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　食品衛生監視員（保健所）の立入検査について　　○　直近の検査日は。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　○　違反及び指導事項は。　　　　　　　　・あり　　　・なし　　　○　「あり」の場合、違反及び指導事項の内容は。　　　☆　違反及び指導事項に対する改善状況は。　●　栄養指導員（保健所）の助言及び指導について　　○　直近の助言及び指導日は。　　　　　　年　　　月　　　日　　○　助言及び指導事項は。　　　　　　・あり　　　・なし　　　　○　「あり」の場合、助言及び指導事項の内容は。　　　☆　助言及び指導事項に対する改善状況は。 |  |