令和**５**年度　社会福祉施設（養護老人ホーム）指導監査資料

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 |  | 左の定員の認可時期 | 年　　月 | 現　　員 | 計 | 男 | 女 |

○　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　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）

　６　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

　７　監査前月の職員勤務表（　　頁「職員の勤務体制」備考５参照）

　８　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 |  |
| 質  疑  事  項 |  |

目　　次

|  |  |
| --- | --- |
| ◇表紙・・・・・・・・・・・・・・・・・・１  ◇前回指導監査結果通知に基づく指導事項の  改善措置状況・・・・・・・・・・・・・・２  ◇施設運営上の要望・質疑事項・・・・・・・２  ◇目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・３  ◇諸帳簿等の整備関係項目  諸帳簿等の整備　・・・・・・・・・・・４  ◇処遇関係  １　入所者の措置状況・・・・・・・・・・５  　２　処遇計画及び処遇の実施状況・・・・・６  　　　　健康診断・・・・・・・・・・　・・８  　　　　身体拘束適正化・・・・・・・・・・10  　　　　虐待の防止対策　・・・・・・・・・11  衛生管理等・・・・・・・・・・・・13  　　　　事故防止対策・・・・・・・・・・・15    　３　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整備・・17  　４　給食業務・・・・・・・・・・・・・・19 | * 運営・管理関係   　１　職員の配置状況・・・・・・・・・・21  　２　職員の健康管理の状況・・・・・・・24  　３　職場の衛生管理の状況・・・・・・・24  　４　非常災害対策・・・・・・・・・・・25  ５　業務継続計画の策定・・・・・・・・28  　６　施設の整備状況・・・・・・・・・・29  ７　職員研修・・・・・・・・・・・・・31  ８　諸規程等の整備  　　　　基本的事項・・・・・・・・・・・31  　　　　就業規則・・・・・・・・・・・・32   * 施設職員調書・・・・・・・・・・ 33 * 人件費の内容・・・・・・・・・・ 34 * 職員の勤務体制・・・・・・・・・ 35 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、46、47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 |  |  |  | 32 | 看護日誌 |  |  |  |
| 2 | 運営規程 |  |  |  | 33 | 処遇日誌 |  |  |  |
| 3 | 就業規則 |  |  |  | 34 | 業務日誌 |  |  |  |
| 4 | 労基法関係許可・届出 |  |  |  | 35 | 在勤日誌（日勤・夜勤） |  |  |  |
| 5 | 非常勤職員雇用契約書 |  |  |  | 36 | 入所者健康診断記録 |  |  |  |
| 6 | 給与規程・退職金規程 |  |  |  | 37 | 苦情処理の記録 |  |  |  |
| 7 | 育児・介護休業規程 |  |  |  | 38 | 給食献立表（予定・実施） |  |  |  |
| 8 | 給与台帳 |  |  |  | 39 | 保菌検査記録 |  |  |  |
| 9 | 職員名簿 |  |  |  | 40 | 検食記録 |  |  |  |
| 10 | 職員履歴書 |  |  |  | 41 | 給食日誌 |  |  |  |
| 11 | 資格証明書 |  |  |  | 42 | 給食内容検討（栄養出納）表 |  |  |  |
| 12 | 出勤簿（タイムカード） |  |  |  | 43 | 給食材料受払簿 |  |  |  |
| 13 | 職員健康診断記録簿 |  |  |  | 44 | 給食栄養給与目標量算定表 |  |  |  |
| 14 | 年次有給休暇管理簿 |  |  |  | 45 | 衛生管理点検記録 |  |  |  |
| 15 | 旅費規程 |  |  |  | 46 | 利用者預り金関係書類 |  |  |  |
| 16 | 時間外勤務命令簿、出張命令簿 |  |  |  | 47 | 平成17年度実施のアスベスト「使用実態調査結果」 |  |  | 長期 |
| 17 | 職員会議録 |  |  |  |  | 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 |
| 18 | 業務分担表 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 職員研修記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 入所者名簿 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 入所者台帳 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 身体拘束記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 事故報告記録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 31 | 相談員日誌 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処　遇　関　係 | | 特　記　事　項 |
| **１　入所者の措置状況**  　※　**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   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3年前年度 | 前々年度 | | | 前年度 | | | 今年度 | | | | 年度末 | 入所 | 退所 | 前年度末 | 入所 | 退所 | 前年度末 | 入所 | 退所 | 現員 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| （２）年齢構成比　　・監査前月の初日時点・（　　　　　　　）時点   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 年齢 | 男 | 女 | 計 | 比率（％） | | 64歳未満 |  |  |  |  | | 65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 | 男 | 女 | 計 | 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）地区別入所状況  　・監査前月の初日時点　・（　　　　　）時点   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 市町名 | 男 | 女 | 計 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| （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 | 男 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 居宅サービス  利用者 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   （6）身体障害者手帳、療育手帳取得の状況　　・監査前月の初日時点　・（　　　　　　　　　　）時点   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 手帳区分 | 内容 | 男 | 女 | 計 | | 身体障害者 | 視覚障害 |  |  |  | | 聴覚言語障害 |  |  |  | | 肢体不自由 |  |  |  | | 精神 |  |  |  | | 内部障害 |  |  |  | | 療育 | 療育A |  |  |  | | 療育B |  |  |  | | 計 |  |  |  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **２　処遇計画及び処遇の実施状況**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 会議の種類 | 出席者の職種 | 開催回数 | 議題等内容 | |  |  | 週・月・年 |  | |  |  | 週・月・年 |  | |  |  | 週・月・年 |  | |  |  | 週・月・年 |  |   ●　職員会議や職種分野会議等施設運営のための会議（身体拘束適正化、虐待防止対策、衛生管理、事故防止対策以外）の開催状況について記入してください。 | |
| ★　入所予定者の入所に際して、その者の心身の状況、生活歴、病歴等を  把握しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  ★　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  　乗る等の支援を行っているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  ★　入所者個別の処遇計画を作成し２年間保存しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  　　○　いる場合、ＡＤＬ（日常生活動作）等の定期的な調査結果やケース会議  の検討結果等に基づき作成されているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  　　☆　いる場合、入所者及び家族の希望等を勘案し、説明を行っているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  　　☆　計画の実施状況を把握し、適切な時期に必要に応じて見直しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  ○　処遇計画に、含まれているものに○をつけてください。  　　　　・生活指導　　　・日常生活動作能力　　　・精神状況  　　　　・健康管理　　　・リハビリテーション　　・作業指導  　　　　・レクリエーション　　　・学習　　　　　・医療  　　　　・介護内容　　　・面会、家族　　　　　　・自立への意欲  　　　　・自立の障害となる問題　　・前年度の結果　・今年度の重点目標  ●　利用者と家族との連携を図るための具体的な対応は。 | ○養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する規則（静岡県規則第７号　平成25年４月１日施行）(以下、｢最低基準｣という。)  ○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３０７）（以下「局長通知」という）  ○最低基準第14条  ○最低基準８条  ・処遇計画及び処遇の記録は2年間保存すること。  ○最低基準第14条、15条  ・処遇計画の策定は関係職員全員で  　討議  ・利用者ニーズの把握  ○局長通知第５－２  ・家族等の連携  ○最低基準第17条第4項  ○局長通知第５－５－(３) |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　生活相談や行事へ参加等に当たっては、利用者を強制し自由を拘束することのないよう留意しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない  ●　居室、便所にカーテン等を取り付けるなどプライバシーの確保に努めて  いるか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　　・いない  　　○　いない場合の理由は。  ●　教養娯楽設備等を備えるほか適宜レクリエーション行事を行なっているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　　・いない    　　「いる」場合、内容を記入してください。    ○　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諮っているか。    　　　　　　　　　・いる　　　　　　　　・いない  「いる」場合、内容を記入してください。  　　　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  ★　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状況(平成18年４月1日以降)  　　○　被保険者証等を確認の上、介護保険の保険者が施設所在地市町でない場合、  施設入所者名簿に住所地特例の旨を記載しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　　　　・いない  ○　住所地特例制度該当者が入所した際、従前住所地の市町村に施設入所連絡  票を送付しているか。  ・いる　　　　　・いない  　○　住所地特例制度該当者が入所した際、施設所在地市町に入所連絡をして  いるか。  ・いる　　　　　・いない  　　○　住所地特例制度該当者が退所した際、従前住所地の市町村及び施設所在  市町に施設退所連絡票を送付しているか。  ・いる　　　　　・いない | ○局長通知第５－５－(６)  ※利用者の居住環境の確保  　★利用者のプライバシーの尊重  　・利用者の生活に対しての不当な  　　制限の禁止  　・訪問販売等の活用  　・居室等の清掃、衛生管理、保温、  　　換気、採光、照明の確保  　・車椅子、歩行器等福祉機器の確保  　　等  ○最低基準第17条第8項  ○局長通知第５－５－(５)  ○最低基準第27条  ○局長通知第5－15－(1)  ○最低基準第18条  ○局長通知第５－６  ※すべての入所者に対して行うこと。  ○介護保険法第13条第3項  　平成18年4月1日施行    ○最低基準第17条第３項  ○局長通知第５－５－(２) |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **【健康診断】**  ★　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の状況  　　・原則全員実施　　　　・希望者のみ実施　　　　・実施していない  　　○　書面により本人の同意確認を行っているか。　　・いる　　　　　・いない    　　○家禽を飼養しているか。　　　　　　　　 ・いる　　・いない  　　○「いる」場合、家禽と野鳥が接触しないよう対策しているか。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・いる　　・いない  ●　夜間、緊急時の医療機関との協力体制は。　　　・あり　　　・なし  　　☆　協力病院名　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）  　　○　協力歯科医療機関名　（　　　　　　　　　　　　　 ） | ○最低基準第19条　☆年2回以上  ・新規入所者は入所前の診断結果があること。  ・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9年1月27日　社援第7号  　「社会福祉施設におけるインフルエンザ様疾患の感染予防について」    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  ○最低基準第24条  ○局長通知第第５－11 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　嘱託医は配置されているか。　　　　　　　　　　・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 | 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　　　　：　　　　　　　　　） | |
| ●　入浴について記入してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 一　般　浴 | 人 | １人１週当たり　　　　　　　 回 | | 特　別　浴 | 人 | 〃　　　　　　　　　　　 回 | | 清　　　拭 | 人 | 〃　　　　　　　　　　　 回 |   　●　褥瘡（じょくそう）予防のため、どのような対策を実施しているか。 | ★週２回以上、入浴又は清拭  ○最低基準第17条第7項 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **【身体拘束適正化】**   * 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（身体拘束廃止委員会等）を３ヵ月に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 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  * 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   * 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 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   ★　監査前２年以内に、身体拘束を行ったことがあるか。　・ある　　　・ない  　○　ある場合、行った身体拘束で、下記のうち該当する項目を記入してください。  ［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  　　　①　徘徊しないように車椅子やいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。  　　　②　転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。  ③　自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。  　　　④　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 | ※「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。  ○最低基準第15条第４、５、６項  ○局長通知第５－３－(４)～(６) |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ⑤　点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。  ⑥　車椅子やいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Ｙ字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。  ⑦　立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。  ⑧　脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。  ⑨　他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。  ⑩　行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。  ⑪　自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。  ⑫　その他  ☆　ある場合、「緊急やむを得ない場合」を判断する要件を定めているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  　　☆　ある場合、｢緊急やむを得ない場合｣を判断する方法について    　　　☆　｢身体拘束廃止委員会｣等の組織で行っているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  　　　☆　いない場合、具体的に誰がどのように決定しているのか。  ☆　身体拘束を行う場合、本人、家族等の同意を得ているか。  ・いる　　・いない  　　☆　再アセスメントの状況を記録しているか。　　　・いる　　　・いない  ★　身体拘束を行う場合、その様態及び時間、利用者の心身の状況、拘束の  理由等を記録し２年間保存しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない  **【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 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | ・切迫性、非代替性及び一時性の要件をすべて満たしていること。  ・記録の保存期間は２年間  　○最低基準第８条  ○最低基準第29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 |
| ★　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  　　　　　○担当者　職（　　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　　）  　●　高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律　第３章について職員に周知しているか  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない | ○左記の法第20条（養介護施設従事者等による虐待防止等の措置）、21条（虐待にかかる通報等） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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  　　○「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  ●　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 | ○最低基準第23条第２項第２号  ○局長通知第５－11－(１)④  ○局長通知第５－11－(２)②  ○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号外健康局長外通知 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| 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、新型コロナウイルス等）を講  じている場合、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    　　○　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   * 施設内を清潔に保つとともに、年１回以上大掃除を行っているか。     　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・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号外健康局長外通知  ○最低基準第23条第２項第４号  【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)④  ～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。）  ○最低基準第23条第１項  ○局長通知第５－11－(１)④ |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **【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 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   ★　事故発生時、発生後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  　★　事故があった場合、市町村、家族等へ報告しているか。  ・いる　 　　・いない　　 ・該当なし  　●　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  　　☆　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：    　★　事故発生防止のための職員研修を行っているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・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  ★　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：　　　　　　　　］ | ○最低基準第28条  ・「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組み指針」　　厚生労働省ＨＰ参照  　http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/  　03/s0328-1.html  ※委員会はデレビ電話装置等の活用可  ・記録を整備し、完結の日から2年間保存すること。（最低基準第８条）  【事故防止マニュアルに記載する項目】  ①施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方  ②介護事故の防止のための委員会その他の施設内の組織に関する事項  ③介護事故の防止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  ○最低基準第28条第１項第４号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　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)の管理状況は    　　○　施設で薬を管理しているか。　　　・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  ○　投薬時は複数人の職員が確認をしているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・いる　　　・いない    ●　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 |  |  | | ○最低基準第28条第４項  ○局長通知第５－16－(6)② |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **３　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、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  　●　入所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　　　・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）  ・最低基準第26条第１項  ○局長通知第５－13－(１)  ・匿名の苦情に対応するため、「ご意見受付箱」等を設置する。  ・受付窓口を設け、利用者に周知する。  ・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  ○最低基準第８条第２項、基準第26条第２項  ○局長通知第５－13－(２)  ・記録を整備し、完結の日から２年間保存すること。（最低基準第８条）  ・「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 | ・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か。  ○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） |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| **４　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    　★　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    　●　ノロウィルス食中毒対策はとられているか　・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：　　　　　℃  　●　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  　●　加熱調理中の中心温度を記録しているか　　　　・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    ●　食事の時間を記入してください。   |  |  | | --- | --- | | 朝　食 | ：　　　　　　～　　　　　　： | | 昼　食 | ：　　　　　　～　　　　　　： | | 夕　食 | ：　　　　　　～　　　　　　： | | ○局長通知第５－５－(４)  ・健康増進法第20条  ・給食施設の届出に関する要綱（県）  ・健康増進法第18条  （毎年7月1日付で調査）  ○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５－11－(１)⑤  ・大量調理施設衛生管理マニュアル  　平成９年３月24日 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。  ・ノロウィルス食中毒対策  　作業前後の手洗い、ノロウィルス流行期（10月～３月）には必要に応じて検便検査にノロウィルスを含める等  ＜温度の目安＞  ・冷蔵庫　　５℃以下  ・冷凍庫　　－20℃以下  ＜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。）  ○最低基準第16条  ○局長通知第５－５－(３) |

|  |  |
| --- | --- |
| 処　遇　関　係 | 特　記　事　項 |
| ●　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。    　　○　検食者は特定の職員に偏っていないか。　　　　・いる　　　・いない  　★　保存食はあるか。　　　　　　　　　　　　　　　・ある　　　・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   * 食事の提供は、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めているか。   　　　　　　　　　　　　　　　　　・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 | |  |  |  |   ●　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。 | ・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年3月9日社施第38号）  ○社会福祉施設における保存食の保管等について（平成８年７月25日社援施第117号）  ・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 |