

社会福祉施設運営
自己点検・自己評価表
(施設共通項目)

平成30年度

法人名	つくし会
施設名	特別養護老人ホーム 萱振苑
評価した者の氏名	直木 慎吾
評価年月日	2019.1.31

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
オ	業者選定や契約手続きは、適正に行われているか。	
	・工事の発注、物品、給食材料の購入等は、複数業者からの見積合わせ、市場価格調査等により適正に行われているか。	1
	・工事、又は、高額物品の購入については、一般競争入札しているか。また、契約書等は、作成されているか。	1
	・指名競争入札、随意契約は、合理的理由に基づき行われているか。	1
	・契約は、理事長、又は、その委任をうけた契約担当者のみで行っているか。	1
	・入札を行う際に、監事や、複数の理事（理事長を除く）及び、評議員が立ち会っているか。	1
	また、立会人全員の署名を徴しているか。	1
	・入札結果を、一般の閲覧に供しているか。	1
カ	事業区分間、拠点区分間、サービス区分間の相互間における資金の貸借が、みだりに行われていることはないか。	1
キ	資金計画や借入金の償還は、適正に行われているか。	1
ク	資産のうち現金は、安全確実な方法で管理、運用されているか。	1
ケ	債権・債務の発生要因は、適正な事由によるものか。	1
	また、管理は適正に行われているか。	
コ	事業費と事務費の流用は、適正に行われているか。	1
サ	利用者負担金（職員給食費、延長保育、一時保育利用料、児童主食代等）が、適正な額となっているか。	1
(2)	運営費の弾力運用は、平成 16 年 3 月 12 日付け雇児発第 0312001 号、社援発第 0312001 号、老発第 0312001 号通知（平成 24 年 3 月 28 日一部改正）及び平成 27 年 9 月 3 日付け府子本第 254 号、雇児発 0903 第 6 号通知に基づき、適正に行われているか。	1
	また、これら通知に基づく所轄庁への報告又は事前協議が適正に行われているか。	1
(3)	高額の当期末支払資金残高等を有している場合、入所者支援等に必要な改善を要するところはないか。	1
	保育所や措置費支弁対象施設において、当期末支払資金残高を有している場合は、過大な保有を防止する観点から当該年度の運営費収入の 30%以下の保有となっているか。	3
(4)	繰越金（欠損金）の発生要因の分析を、適切に行っているか。	1
(5)	保険医療機関である診療所を設置している場合等の事業区分、拠点区分又は、サービス区分における経費按分は、適正に行われているか。	1
(6)	事業区分間、拠点区分間、又は、サービス区分間の共通経費は、按分基準を作成し適正に行われているか。	1
(7)	本部拠点区分、又は、本部サービス区分で負担すべき経費を、施設拠点区分、又は、施設サービス区分で負担していないか。	1
(8)	措置費等の各種加算は、適正に執行されているか。	
(9)	措置費等の請求金額は、妥当か。	1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(3) 必要な諸規程は、整備されているか。 管理規程（又は、運営規程）、就業規則、給与規程等必要な規程が、整備、運用されているか。	1
	(4) 施設運営に必要な帳簿は、整備されているか。	1
	(5) 児童福祉施設においては、利用者の実態把握が、適切になされているか。 （※定員と現員との開差）	3
	(6) 施設の職員は、専ら当該施設の職務に従事しているか。	1
	(7) 人事管理は、適正に行われているか。 ア 直接支援職員等は、配置基準に基づく必要な職員が確保されているか。また、定着化に努めているか。	1
	イ 通所事業（分場）などを実施する施設にあっては、指導員等の加配が行われているか。	1
	ウ 各種加算に見合う職員が、配置されているか。	1
	エ 職員研修は、具体的に計画が立てられ、積極的に行われているか。	1
	オ 労務管理等施設の運営管理は、適正に行われているか。 また、夜間勤務体制の確保、及び、労働基準法関係の諸届出は、適正になされているか。	1
	(8) 医師にかかる嘱託契約は、勤務日時、手当額等を明確にした、適正な契約書をもって締結されているか。	1
	(9) 施設長に適任者が、配置されているか。 ア 施設長の資格要件は、満たされているか。	1
	イ 施設長は、専任者が確保されているか。 施設長が、やむなく他の役職を兼務している場合は、施設の運営管理に支障が生じない体制が、とられているか。	1
	ウ 施設長等の給与が、当該施設の給与水準に比較して極めて高額となっていないか。	1
	(10) 生活支援員・生活相談員・生活指導員の資格要件は、満たされているか。	1
	(11) 特別養護老人ホームにおいて、機能訓練指導員の資格要件は、満たされているか。	1
	(12) 施設設備は、「設備及び運営に関する基準」等に抵触していないか。 また、建物、設備の維持管理は、適切に行われているか。	1
	(13) 施設運営に関する点検が、行われているか。 ア 施設サービスの第三者評価を、行っているか。	2
	イ 第三者評価の評価結果を、公表しているか。	2
	ウ 施設サービスの自己評価を、行っているか。	1
	(14) 感染症予防対策について ア 介護職員室、便所、食堂等において、共用タオルを使用していないか。	1
イ 嘔吐等の処理時に使用する消毒セット（バケツ・ビニール袋・新聞紙・消毒薬・手袋・マスク・ペーパータオル等）を準備し、すぐに対応できるか。	1	

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	また、非常災害対策計画は、火災に対処するための計画のみではなく、火災、水害・土砂災害、地震、津波等の地域の事情も鑑みた災害にも対処できるものであるか。 (※必ずしも、災害ごとに別の計画として策定する必要はない。) キ 非常災害対策計画には、以下の項目が盛り込まれているか。 また、実際に災害が起こった際にも、利用者の安全が確保できる実効性のあるものであるか。 (※施設が所在する都道府県等で、防災計画の指針等が示されている場合には、当該指針等を参考の上、実効性の高い非常災害対策計画が、策定されているか。) 【具体的な項目の例】 ・施設等の立地条件 (※地形 等) ・災害に関する情報の入手方法 (※「避難準備情報」等の情報の入手方法の確認等) ・災害時の連絡先、及び、通信手段の確認 (※自治体、家族、職員 等) ・避難を開始する時期、判断基準 (※「避難準備情報発令」時 等) ・避難場所 (※市町村が設置する避難場所、施設内の安全なスペース 等) ・避難経路 (※避難場所までのルート (複数)、所要時間 等) ・避難方法 (※利用者ごとの避難方法 (車いす、徒歩等) 等) ・災害時の人員体制、指揮系統 (※災害時の参集方法、役割分担、避難に必要な職員数 等) ・関係機関との連絡体制 ク 非常災害対策計画の内容を、職員間で十分共有しているか。 また、関係機関と避難場所や、災害時の連絡体制等必要な事項について、認識を共有しているか。 ケ 火災、地震、その他の災害が発生した場合を想定した消火訓練、及び、避難訓練は、消防機関に消防計画を届出のうえ、年2回以上適切に実施され、そのうち1回は、夜間、又は、夜間を想定した訓練が、実施されているか。 また、非常災害時の関係機関への通報、及び、連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知しているか。 なお、児童福祉施設においては、消火訓練および避難訓練を月1回以上実施されているか。 コ 避難訓練を実施し、非常災害対策計画の内容を検証し、見直しを行っているか。 (2) 無断外出等危険防止の配慮が、なされているか。	1 1 マニュアルに記載 1 1 1 1 1 1 1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
2. 不祥事防止 対策の確立	(3) 防犯について、平成 28 年 9 月 15 日厚労省通知「社会福祉施設等における防犯に係る安全確保について」に提示された点検項目等を踏まえ、施設の実情に即した対策を講じているか。	
	ア 日常の対応 (※所内体制と職員の共通理解、不審者情報に係る警察等の関係機関や地域との連携、設備面における安全確保)	1 1
	イ 不審者情報を得た場合その他の緊急時対応 (※危害に即した警戒態勢、避難誘導等)	1
	(特養等における診療報酬請求) 配置医師（嘱託医）が、診療報酬で請求できない初診料、再診料、利用者の健康診断の経費を請求していないか。	1
	(1) 理事長、施設長等は、役職員等研修会に積極的に参加し、法人・施設の公共性に対する認識の高揚を図るなど、不祥事の未然防止に、万全を期しているか。	1
	(2) 架空職員配置等により給与費（補助金等）の水増し請求は、行われていないか。	1
	(3) 私的利用契約者が、いないか。（ショートステイを含む）	1
	(1) 利用者預り金の管理は、適正に行われているか。	
	ア 利用者預り金管理規程を整備し、適切に保管管理しているか。	1
	イ 利用者の所持金を、自己管理が可能な者についてまで、一律に施設が預り金として管理していないか。	1
3. 利用者預り金 管理の適正化 等	ウ 所持金の管理能力のある利用者に対して、保管場所の確保がなされているか。	1
	エ 利用者の依頼により預り金を保管している場合、預金通帳保管者、印鑑保管者が、それぞれ別に定められ、その保管場所が別々になっているか。	1
	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るか等、内部牽制体制が確立しているか。	1
	預り金の収支状況は、施設長により定期的（毎月）、かつ、個人ごとに、預金通帳と預り金収支残高簿などとの照合点検を行っているか。	1
	オ 預り金の払出しに当たっては、引き渡す職員以外の職員の立会いのもとに金銭授受が行われ、利用者から受領の確認書が徴されているか。	1
	カ 預り金の収支状況を、定期的に（少なくとも四半期に一度）利用者（必要に応じて家族等）に連絡しているか。	1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
4. 在宅福祉、地域福祉への積極的な貢献	キ 特別養護老人ホームで、預り金管理料を利用者から徴収する場合においては、その積算根拠が明確にされており、かつ、実費相当となっているか。 (2) 日常生活用品等の本人負担は、適切に行われているか。 ア 利用者の支援に必要な褥瘡予防用マット等の介護用品、医療用品、布団、毛布等の日常生活用品等であって、施設会計で負担すべき経費を利用者に負担させていないか。 イ 行事の一環として行う外食等の費用を、利用者に負担させていないか。 ウ 利用者の負担により、当該施設の職員以外の者による介護を受けさせていないか。 (3) 施設を利用するための利用料は、低額な料金になっているか。 また、利用者個人の負担能力に配慮しているか。 (遺留金品) 遺留金品の引渡し等は、適切に行われているか。 利用者が死亡した場合、実施機関への連絡、及び、実施機関の指示に基づく遺留金品の引渡しは適切になされているか。 (入院患者日用品費) 入院患者日用品費は速やかに本人に支給されているか。 また、その支給は入院患者日用品費支給簿等により明確に整理され、支給漏れ（差額支給を含む）はないか。 (1) ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの施設機能を活用した在宅福祉サービスを積極的に推進しているか。 (2) 施設の専門的機能を地域に提供しているか。 (※リハビリ、介護技術、療育、生活訓練、各種相談等)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
第2 適切な利用者支援の確保 1. 利用者の意向、希望の尊重と生活環境の確保等	(利用者の意向、希望の尊重等) 施設の運営に当たり、個人の尊厳の保持を旨とし、入所生活全般にわたって、利用者の意向、希望等を尊重するよう配慮しているか。 (生活環境の確保) (1) 利用者が、安全・快適に生活できる広さ、構造、設備となっているか。 また、段差解消等、障がいに応じた配慮がなされているか。 (2) 居室等が、設備、及び、運営に関する基準を定める条例にあった構造となっているか。	1 1 1 1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
2. 利用者支援の 充 実	(3) 食堂、居室等の清掃、衛生管理、保温、換気、採光、及び、照明は、適切になされているか。	1
	(4) 居室、便所等必要な場所にナースコールが設置され、適切に作動するか。	1
	(5) 居室、便所等必要な場所にカーテン等が配置され、利用者のプライバシーが守られるよう配慮がされているか。	1
	(ゆとりある生の確保) 利用者の生活の質の向上を図り、ゆとりのある、かつ、楽しみのあるものにするために、レクリエーション、及び、クラブ活動等の実施が行われているか。 また、利用者が積極的に参加できるよう創意工夫がなされているか。	1 1
	(支援の基本方針) (1) 支援の基本方針は、適切に設定されているか。	1
	(2) 支援計画は、適切に設定されているか。	1
	(個別支援方針の策定) (1) 個別支援方針（又は、施設サービス計画、施設支援計画）は、適切に設定されているか。	
	ア 個別支援方針は、日常生活の状況、対人関係、健康状況、家族との関係を把握し、自立支援を踏まえたうえ、利用者本人等の希望に基づいて策定されているか。	1
	イ 個別支援方針は、医師、理学療法士等の専門的なアドバイスを 得て、多職種間で協議し策定されているか。	1
	ウ 個別支援方針に基づいた入浴、排泄介護、健康管理などの支援が 実践されているか。	1
	エ 利用者の支援記録等が整備され、その活用が図られているか。 また、プライバシー保護のためケース記録の取り扱い・保管には、 細心の注意を払っているか。	1 1
	オ 個別支援方針は、入所時、及び、入所後の適切な時期にケース 検討会議等の検討結果を踏まえたうえで策定され、計画の実施 状況を把握した上、必要に応じて（少なくとも6か月に1回） 見直しを行い、計画の変更が行われているか。 （※障がい支援施設については、少なくとも6月に1回以上。 自立訓練「機能、生活」又は就労移行支援を提供する 場合にあつては、少なくとも3月に1回以上）	1
	カ 施設サービス計画の原案について、入所者、又は、その家族に 対して説明し、文書により同意を得ているか。	1
	キ 施設サービス計画を作成した際には、施設サービス計画を 入所者に交付しているか。	1
	(2) 認知症の支援対策が確立しているか。 ア 行動心理症状（BPSD）の支援方針が医師等の専門的な助言、 指導を得て策定され、かつ、その実践に努めているか。	1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	イ 行動心理症状について危険防止対策は確立しているか。 1 (食 事) (1) 調理の業務委託が行われている場合、契約内容等が遵守されているか。 1 (2) 必要な栄養量が、確保されているか。 1 (3) あらかじめ作成された献立に従って食材を調達し、調理を行っているか。 1 (4) 利用者に必要な種類の献立（アレルギー除去食・糖尿病食・減塩食離乳食等）があるか。 1 (5) 利用者の身体状態（咀嚼能力、健康状態等）に合わせた調理内容になっているか。（一般食、刻み食、ミキサー食等） 1 ア 複合施設にあっては、施設毎に利用者（児）の特性に応じた給食となっているか。 1 イ 保育所、幼保連携型認定こども園にあっては、「授乳・離乳の支援ガイド」や「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」を参考に対応しているか (6) 献立は、年間を通じて変化を持たせているか。 1 (7) 嗜好調査、残食調査、検食等を適切に実施し、その結果等を献立に反映させているか。 1 (8) 利用者に応じて栄養に関する情報の提供・食育を行っているか。 1 (9) 給食経費に係る書類（発注書・納品書・請求書・在庫食品受払簿等）は、整備されているか。 1 (10) 検食が、利用者の食事提供前に実施され、検食簿が整備されているか。 1 (11) 食事会議は、施設長等の関係職員が参加して定期的に開催され、会議録が保管されているか。 1 (12) 食事の時間は、家庭生活に近い時間になっているか。 1 （※特に夕食時間については、午後6時以降にすることが望ましいが、早くても午後5時以降となっているか。） 1 (13) 食堂や食器類の材質・種類に配慮するなど、食事環境の配慮はなされているか。 1 (14) 食品、及び、食器、その他の設備、飲用水について「社会福祉施設等における衛生管理の徹底について」に準じた衛生的な管理が、行われているか。 1 (15) 調理室の衛生管理について、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて実施しているか。 1 (16) 保存食を適切に、保管しているか。 1 （※原材料、及び、調理済み食品を、食品ごとに 50 g 程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に入れ、密封し、－20 度以下で 2 週間以上保存） (17) 調理従事者等の検便は、毎月 1 回以上、実施されているか。 1 また、検査項目に腸管出血性大腸菌を加えているか。 (18) 調理従事者の雇い入れや、配置換えの際には、調理作業に従事する前に検便を実施し、その結果を確認した後に調理作業に従事させているか。 1	

自己点検・自己評価項目		評 価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(入 浴)	
	(1) 個々の利用者の身体状況に対応した入浴形態で、くつろいだ入浴の確保ができるよう努めているか。	1
	また、安全対策は、講じられているか。	1
	(2) 入浴に当たっての健康状態の確認は、行われているか。	
	(※体調の悪い者、褥瘡のある者等の入浴については、医師、看護師の指示を仰いで行われているか。	1
	また、入浴時に皮膚観察を行っているか。)	
	(3) 風呂の湯は、清潔に保たれているか。	
	ア 循環ろ過装置は、1週間に1回以上、消毒を行っているか。	
	イ 連続使用型循環式浴槽は、1週間に1回以上、完全換水して消毒・清掃を行っているか。	1
	ウ 毎日完全換水型循環式浴槽は、毎日浴槽を清掃し、月1回以上、消毒しているか。	
	エ 管理記録を、3年以上保存しているか。	1
	(4) 脱衣場の換気や保温に、配慮しているか。	1
	(5) 利用者の入浴は、1週間に少なくとも2回以上、行っているか。	1
	また、必要に応じて清拭等を行っているか。	1
	特に、入浴日が行事日・祝日等に当たった場合、代替日を設けるなど週2回の入浴が確保されているか。	1
	(排 泄)	
	(1) 利用者の状態に応じた排泄、及び、おむつ交換が、適切に行われているか。	1
	(2) 排泄の自立について、その努力がなされているか。	1
	トイレ等は、利用者の特性に応じた工夫が、なされているか。	
	また、換気、保温、及び、利用者のプライバシーの確保に配慮が、なされているか。	1
	(3) おむつ交換時には、清潔なタオルで清拭し、皮膚の状態、床ずれの有無など、肌に異常がないか、或いは尿・便に異常がないか観察しているか。	1
	(4) 排せつの経過を把握し、その記録は整備・活用されているか。	1
	(褥瘡予防対策)	
(1) おむつ交換、体位変換、栄養量の確保、入浴、エアーマット等の活用など、褥瘡予防のための方策が確立しているか。	1	
以下(特養)		
(2) 褥瘡対策のための指針を、整備しているか。	1	
(3) 関係職員に周知徹底され、継続的に教育が行われているか。	1	
(4) 褥瘡を有する者に対する治療・処置は、医師の指示のもとに適切に行うとともに看護師、介護職員等の連携が図られているか。	1	
(5) 褥瘡予防対策の担当者(看護師が望ましい)を決めているか。	1	

3 対象外
2 出来ていない
1 出来ている

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(6) 褥瘡のハイリスク者に対する褥瘡予防のための計画を作成し実践、評価しているか。	1
	(7) 医師、看護師、介護職員、栄養士からなる褥瘡対策チームを、設置しているか。	1
	(機能訓練の実施) 機能訓練が、必要な者に対して適切に行われているか。	1
	(リハビリテーション寝たきり予防対策) (1) 寝たきりを防止するため、離床対策が実施されているか。 (※食堂での食事、トイレへの排泄誘導、車椅子の活用など。)	1
	(2) 必要なリハビリ器具は、確保されているか。	1
	(3) 必要に応じ理学療法士等の指導の下に、機能低下防止等のためのリハビリが、行われているか。	3
	(4) 車椅子、歩行器等は、必要な台数が確保されているか。	1
	(5) 施設内における転倒防止のための工夫や、段差解消に努めているか。	1
	(健康管理対策保健、医療の確保) (1) 定期的健康診断、衛生管理、及び、感染症等に対する対策は適切に行われているか。	1
	感染症等予防対策、特にインフルエンザ対策、感染性胃腸炎対策、レジオネラ症対策等については、その発生、及び、まん延を防止するための措置について、別途通知等に基づき、適切な措置を講じているか。	1
	(2) 施設の種別、利用定員の規模別に応じて、必要な医師（嘱託医）が置かれているか。	1
	必要な日数、時間が、確保されているか。	1
	また、個々の利用者の身体状態・症状等に応じて、医師（嘱託医）による必要な医学的管理が行われ、看護師等への指示が、適切に行われているか。	1
	(3) 急病等の場合の緊急連絡体制が、整備されているか。	1
	また、医療機関との長期的な協力体制が、確立されているか。	1
	(4) 特別養護老人ホームの利用者について、病院、又は、診療所に入院する必要がある場合であって、入院後概ね3月以内の退院が明らかに見込まれるときは、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、退院後、再び当該特別養護老人ホームを利用できるようにしているか。	1
	(清潔保持) (1) シーツ交換は、定期的に行われているか。 (※週に1回が望ましい。)	1
	(2) 利用者の着替えは、朝夕行われているか。	1
	(3) 洗面、爪切り、耳かき、理髪等、随時実施されているか。	1
	(4) トイレ介助、特に生理介助は、同性で行われているか。	2

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(相談体制、家族との連携) 家族との連携に、積極的に努めているか。 また、利用者や家族からの相談に応じる体制が、とられているか。 相談に対して適切な助言、援助が行われているか。 居宅生活へ移行が期待できる者や、通所事業の実施に当たっては、実施機関及び、家族との連携を図るなど適切に対応されているか。 (成年後見制度) (1) 入所者が、判断能力が不十分な状態であり、成年後見制度の利用が必要と考えられる場合は、入所申込者、又は、その家族に対し、地域包括支援C、基幹相談支援C、市町村等の相談機関と調整を図るなどの対応を行っているか。 (2) 入所後においても、入所者の権利擁護を図る観点から、成年後見制度の利用が必要と考えられる場合は、入所申込者又はその家族の相談に応じるなど、成年後見制度の利用を支援しているか。 また、相談にあたっては、地域包括支援C、基幹相談支援C、市町村等の相談機関と連携するなど適切に行っているか。 (意見、要望等の受け入れ) 利用者やその家族、ボランティアや地域住民等からの意見や、要望等を受け入れる体制が整備されているか。 また、受けた意見や要望等を検討するとともに、職員等に、その内容について、個別支援会議や研修等で周知しているか。 (利用者の権利擁護) 職員等への研修については、利用者の権利擁護の観点を取り入れたものとなっているか。 (虐待の防止) (1) 施設の従事者は、虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努めているか。 入所者について、以下に掲げる行為を行っているか。 ア 身体に外傷が生じ、又は、生じるおそれのある暴行を加えること。 イ 入所者を衰弱させるような著しい減食、又は、長時間の放置、その他、養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 ウ 入所者に対する著しい暴言、又は、著しく拒絶的な対応、その他、入所者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 エ 入所者にわいせつな行為をすること、又は、入所者をしてわいせつな行為をさせること。 オ 入所者の財産を不当に処分すること、その他、当該入所者から不当に財産上の利益を得ること。	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

自己点検・自己評価項目		評価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(2) 虐待の防止について、従業者への研修の実施、サービスの提供を受ける利用者、及び、その家族からの苦情の処理の体制の整備等による虐待の防止のための措置（人権研修等）を講じているか。 (3) サービス提供に当たっては、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、身体拘束、その他、入所者の行動を制限する行為を、行っていないか。 (4) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その状況（態様、時間、心身の状況等）、及び、緊急やむを得ない理由を、詳細に記録しているか。 (5) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人、家族に十分な説明を行い、同意を得て、実施しているか。 (6) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ケース検討会議等で、他に方法がなかったかどうか、検討しているか。 また、記録を残しているか。 (7) 身体拘束廃止に向けて、外部研修だけでなく、内部研修を実施し、職員の意識啓発に努めているか。 (8) 管理者、及び、各職種で構成する「身体拘束廃止委員会」などを設置し、施設全体で、身体拘束廃止に取り組んでいるか。 (9) 身体拘束を廃止するための改善計画を、作成しているか。 (入所者の支援内容の把握) 入所者施設において、入所者への支援状況について、施設長をはじめ、幹部職員が把握しているか。 (実施機関との連携) 実施機関との連携が図られているか。 利用者の入退所、及び、処遇計画策定の際に、必要に応じ実施機関との連携を図っているか。 (苦情解決の仕組) (1) 福祉サービスに関する苦情解決の仕組みへの取り組み、苦情受付担当者、苦情解決責任者、及び、第三者委員の選任が行われているか。 (2) 苦情解決システムについて、関係者へのパンフレットの配布や施設内の目立つ場所に掲示するなど、利用者・家族等への周知が図られているか。 (3) 苦情を受け付けた場合には、当該苦情の受付日、内容等を記録して、その文書を保存しているか。 (4) 第三者委員に苦情解決の件数・内容等定期的な報告が、行われているか。 (5) 苦情解決の結果を、苦情申出人に報告しているか。 (6) 苦情内容、及び、解決結果を、定期的に公表しているか。 (7) 苦情や要望の内容と解決策が、会議等を通じて、職員に周知・理解されているか。	1 1 3 3 3 3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 1

自己点検・自己評価項目		評 価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
	(8) 過去の苦情・トラブルや要望のデータを蓄積整理し、解決に活かしているか。 (福祉サービス) 福祉サービスの質の評価を行い、福祉サービスの質の向上を図るための措置を講じているか。 (第三者評価) 関係通知に基づき、第三者評価を受審し、その結果についても公表を行い、サービスの向上に努めているか。	1 1 2
3. 自立、自活等への援助	利用者個々の身体状況等を考慮し、施設種別毎の特性に応じた自立、自活等への援助が行われているか。	1
4. 事故発生時の対応	事故発生の防止、及び、発生時の対応を、適切に行っているか。 (1) 利用者に係る事故が発生した場合は、速やかに必要な関係先(府・市町村の施設担当課等)、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じているか。 (2) 事故発生時の対応、(3)に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備しているか。 (3) 事故が発生した場合、又は、それに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従事者に周知徹底する体制を整備しているか。 (4) 事故発生の防止のため委員会、及び、職員に対する研修を定期的に行っているか。 (5) 事故の状況、及び、事故に際して採った処置を記録し、その文書を保管しているか。 また、賠償すべき事故の場合は、速やかに対応しているか。 (6) 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じているか。	1 1 1 1 1 1 1 1
第3 必要な職員の確保と職員処遇の充実 1. 適切な給与水準の確保	優秀な人材を安定的に確保するため、資質向上のための研修の充実や、福利厚生等の充実等、職員処遇が充実されるよう努めているか。 (1) 施設長等施設の一部職員の給与が、当該施設の給与水準に比較して極めて高額となっていないか。	1 1

自己点検・自己評価項目		評 価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
2. 労働時間の短縮等労働条件の改善	(2) 給与規程に給料表、給料表適用区分表（標準職務表）初任給格付基準表、前歴換算表が整備され、給与格付、昇格、昇給、各種諸手当の支給は、適正に行われているか。 また、非常勤職員等に対する雇用契約、賃金の支払い等が適正に行われているか。	1 1
	(1) 労働時間、休暇関係 ア 労働基準法等関係法規は、遵守されているか。 (※就業規則の作成、届出の状況、24条・36条等の労使協定締結の状況、41条に係る労働基準監督署長の許可、就業規則・給与規程の法定条項の適否、就業規則・給与規程の職員への周知等)	1
	イ 週40時間の労働時間が、守られているか。	1
	ウ 各種休暇等の取扱いは、適切に行われているか。	1
	エ 職員の定年は、高齢者雇用確保措置が講じられているか。	1
	(2) 夜勤、宿日直関係 ア 夜勤、宿日直等の取扱いは、適切に行われているか。	1
	イ 介護職員等の夜間勤務を行う者について、長時間勤務の解消に努力しているか。	1
	(3) 健康管理関係職員の健康診断は、適正に実施されているか。 また、介護職員等夜間勤務を行う職員については、6か月以内に1回行っているか。	1 1
	(4) 退職手当関係 退職手当制度へ加入しているか。	1
	3. 業務体制の確立と業務省力化の推進 業務体制の確立と業務省力化の推進のための努力が、なされているか。	
4. 職員研修等資質向上対策の推進	ア 職員の所掌業務が、明確にされ、それが有機的に機能しているか。	1
	イ 専門職員、非常勤職員等、各種の職員の組合せによるなど、効率的な業務体制を確立するよう努めているか。	1
	ウ 介護機器、業務省力化設備の導入、業務の外部委託の推進等により、業務の省力化に努めているか。	1
	職員研修等資質向上対策について、その推進に努めているか。	
	ア 施設内研修、及び、外部研修への参加が、計画的に行われているか。	1
	イ 介護福祉士等の資格取得について、配慮しているか。	1
	ウ 職員に対するレクリエーションの実施など、士気高揚策の充実に努めているか。	1

自己点検・自己評価項目		評 価
		1 出来ている 2 出来ていない 3 対象外
5. 職員の確保 及び定着化	職員の確保、及び、定着化に積極的に取り組んでいるか。 ア 職員の計画的な採用に、努めているか。 また、養成施設に対する働きかけは、積極的に行われているか。 イ 労働条件の改善等に配慮し、定着促進、及び、離職防止に努めているか。	1 1 1
6. 相談体制	職員が、職務や職場の人間関係について、気軽に相談ができる体制が、出来ているか。	1
7. 秘密保持	職員は、正当な理由がなく、その業務上、知り得た利用者、又は、その家族の秘密を漏らしていないか。 また、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき措置を講じているか。	1 1
第4 地域社会に 開かれた事業運営	(1) 養成校の研修生(実習生)、又は、介護相談員の受け入れを毎年行っているか。 (2) ボランティアの受け入れ体制が整備され、ボランティアを受け入れているか。 (3) 利用者と地域との交流を広げるため、地域との連携や施設等の機能を地域に開放する取組みを、積極的に行っているか。	1 2 1