令和5年度（2023年度）
社会福祉法人・社会福祉施設運営
自己点検・自己評価
【利用者支援（障害者支援施設）】

法　　人　　名	
施　　設　　名	
評価者の氏名	
評　価　年　月　日	

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 該当無し
運営規程	(1) 施設管理や基本方針等を定めた運営規程が整備されているか。	1 □ 2 □
	(2) 運営規程に整備すべき内容 □ 事業の目的及び運営の方針 □ 提供する施設障害福祉サービスの種類 □ 職員の職種、員数及び職務内容 □ 昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間 □ 提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員 □ 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利用者から受領する費用の種類及びその額 □ 昼間実施サービスに係る通常の事業の実施地域 □ サービスの利用に当たっての留意事項 □ 緊急時等における対応方法 □ 非常災害対策 □ 事業の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 □ 虐待の防止のための措置に関する事項 □ その他運営に関する重要事項	1 □ 2 □
施設設備	(1) 施設の設備は、基準に従い適正に設置し、運用しているか。	1 □ 2 □
	(2) 変更申請（変更届）をせずに、設備の用途を変更していないか。	1 □ 2 □ 3 □
	(3) 施設の清掃、衛生管理、保温、換気、採光及び照明は適切か。	1 □ 2 □
	(4) 居室、便所等は、必要に応じカーテンを設置するなど利用者のプライバシーの確保に努めているか。	1 □ 2 □
	(5) 居室の鍵は、中から解錠できるようになっているか。	1 □ 2 □
	(6) リネン室、汚物処理室、倉庫、医務室等は、事故防止のため、職員が不在の際には適切に施錠しているか。	1 □ 2 □
	(7) 掲示物については、誤飲等事故防止のため、画鋲や小さなマグネットを使用しないといった配慮をしているか。	1 □ 2 □
備品等の管理	(1) 医薬品は適切に管理しているか。（施錠できる保管庫に収納する、利用者が自由に出入りできるところに置かない、冷蔵庫で医薬品と食品類を混在させない等）特に、向精神薬等の劇薬の管理には留意しているか。	1 □ 2 □
	(2) 刃物や洗剤等は適切に管理しているか。（施錠できる保管庫に収納する等）	1 □ 2 □
	(3) 備品やリネン等は、清潔・不潔を区別して適切に保管しているか。	1 □ 2 □
職員	(1) 職員は基準に従い適正に配置するとともに、夜間の防火管理体制も適切にしているか。	1 □ 2 □
記録の整備・保管	(1) 設備、職員、会計、利用者の処遇の状況に関する記録（帳簿）を整備し、適正に保管しているか。	1 □ 2 □
	(2) ケース記録等、各種の記録類は、施設長等責任者が内容を適切に確認しているか。また、確認したことが分かる押印やサインなどがあるか。	1 □ 2 □
	(3) ケース記録等は、プライバシーに配慮して保管しているか。（施錠できる保管庫に収納する、人目につくところに放置しない等）	1 □ 2 □
	(4) 職員に関する記録や情報についても、プライバシーに配慮しているか。	1 □ 2 □
施設定員	(1) 利用定員及び居室の定員を遵守しているか。	1 □ 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 該当無し
支援方針	(1) 支援の基本方針を策定しているか。	1 □ 2 □
	(2) 支援方針の内容は適切か。 □ 設置目的の達成のための支援要件（日常生活の援助、健康管理、リハビリテーション、余暇活動、食事、就労援助、自立支援、地域交流、社会資源の活用[ガイドヘルパー等の活用等]）が網羅されているか。 □ 前年度の総括に基づいているか。 □ 利用者のニーズ及び意向を十分に尊重した内容であるか。	1 □ 2 □
個別支援計画	(1) 個別支援計画は日常生活の状況、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 □ 2 □
	(2) 個別支援計画は医師、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 □ 2 □
	(3) 個別支援計画は、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、少なくとも６か月に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っては、少なくとも３か月に１回以上）見直しを行い、必要に応じて計画の変更が行われているか。	1 □ 2 □
	(4) 個別支援計画の原案の内容について、利用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 □ 2 □
	(5) 個別支援計画を作成した際には、当該個別支援計画を利用者に交付しているか。	1 □ 2 □
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。また安全対策は講じられているか。	1 □ 2 □
	(2) 感染疾患に対する配慮があるか。	1 □ 2 □
	(3) 風呂の湯は清潔に保たれているか。 ＜循環式浴槽の場合＞ □ 循環ろ過装置は１週間に１回以上消毒を行っているか。 □ 連日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。 □ 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。 □ 浴槽水の水質検査は１年に１回以上（連日使用型は１年に２回以上）実施しているか。 □ 管理記録を３年以上保管しているか。	1 □ 2 □
	(4) 自力で入浴可能な者について、入浴時間、入浴回数を増やす等の配慮を行っているか。（夜間入浴・隔日での入浴の試み等）	1 □ 2 □ 3 □
清潔保持	(1) 清潔・衛生に対する配慮があるか。 □ シーツ交換は定期的に行われているか。（週に１回以上） □ 利用者の着替えは適切に（朝夕）行われているか。 □ 洗面、爪切り、耳かき、理髪等随時実施されているか。	1 □ 2 □
機能訓練	(1) 機能訓練が、必要な者に対して適切に行われているか。	1 □ 2 □ 3 □
余暇活動	(1) 適宜利用者のためのレクリエーション活動を実施するよう努めているか。 □ 実施計画を策定しているか。また、実施記録は整備されているか。 □ 利用者のニーズを反映した内容になっているか。 □ 参加が低調な利用者への配慮や働きかけがあるか。 □ ボランティア等の活用は図られているか。	1 □ 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 該当無し
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 □ 3 □
	(2) 排泄の自立について、その努力がなされているか。	1 □ 2 □
	また、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。	1 □ 2 □
	(3) 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 □ 2 □
	(4) 排泄の経過を把握し、その記録は整備・活用されているか。	1 □ 2 □
	(5) 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、あるいは尿・便に異常がないか観察しているか。	1 □ 2 □ 3 □
褥瘡予防	(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 □ 2 □ 3 □
事故防止及び発生時の対応	(1) 利用者に関わる事故が発生した場合は、速やかに必要な関係先、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。	1 □ 2 □ 3 □
	また、事故やヒヤリハットの記録を残しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(2) 事故発生時の対応、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。	1 □ 2 □
	(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。	1 □ 2 □ 3 □
	(4) 事故発生の防止のため職員に対する研修を定期的に行っているか。	1 □ 2 □
	(5) 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 □ 2 □ 3 □
	また、賠償すべき事故の場合は、速やかに対応しているか。	1 □ 2 □ 3 □
虐待の防止・身体的拘束等	(1) 施設の従事者は、利用者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。	1 □ 2 □
	また、入所者について、以下に掲げる行為を行っていないか。 □ 利用者の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。 □ 利用者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、その他の利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 □ 利用者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、その他利用者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 □ 利用者にわいせつな行為をすること又は利用者にわいせつな行為をさせること。 □ 利用者の財産を不当に処分すること、その他当該利用者から不当に財産上の利益を得ること。	1 □ 2 □
	(2) 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（以下「身体的拘束等」という。）を行っていないか。	1 □ 2 □
	(3) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、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。	1 □ 2 □ 3 □
	(4) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、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。	1 □ 2 □ 3 □
	(5) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、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。	1 □ 2 □ 3 □
	また、記録を残しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(6) 利用者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定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っているか。	1 □ 2 □
	(7) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。	1 □ 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 該当無し
	(8) 身体的拘束等廃止に向けて、また身体的拘束等の適正化のため、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。	1 □ 2 □
	(9) 虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じているか。 □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、その結果について、職員に周知徹底を図っているか。 □虐待の防止のための指針を整備しているか。 □虐待の防止のための職員研修を定期的に行っているか。 □虐待の防止措置を適切に実施するための担当者を置いているか。	1 □ 2 □
感染症対策・ 健康管理対策、 保健、医療の確保	(1) 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。 □ 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のためのマニュアルを整備しているか。また、職員に周知しているか。 □ 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を整備しているか。【令和６年３月31日まで努力義務】 □ 感染症及び食中毒の予防及びまん延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、その結果について、職員に周知徹底を図っているか。【令和６年３月31日まで努力義務】 □ 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及び訓練を定期的に実施しているか。 【訓練については令和６年３月31日まで努力義務】 □ 感染症等予防対策、特にインフルエンザ対策、感染症胃腸炎対策、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 □
	(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。 □ 必要な日数、時間が確保されているか。 □ 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 □ 2 □
	(3) 急病等の場合の緊急連絡体制が整備されているか。	1 □ 2 □
	また、医療機関との協力体制が確立されているか。	1 □ 2 □
	(4) 常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じているか。	1 □ 2 □
	(5) 施設入所支援を利用するものに対して、毎年２回以上定期的に健康診断を実施しているか。	1 □ 2 □
業務継続計画の策定等 【令和6年3月31日までは努力義務】	(1) 業務継続計画を策定しているか。	1 □ 2 □
	(2) 業務継続計画について、職員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しているか。	1 □ 2 □
	(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画を変更しているか。	1 □ 2 □
苦情解決体制	(1) 苦情解決体制において、苦情解決責任者、苦情受付担当者が選任されているか。	1 □ 2 □
	(2) 第三者委員が選任されているか。	1 □ 2 □
	(3) 苦情解決の体制及び手順等について利用者、家族等へ周知しているか。	1 □ 2 □
	(4) 苦情解決の記録は書面によって整備しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(5) 苦情解決の実績等を公表しているか。（個人情報に関するものを除く）	1 □ 2 □ 3 □

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 該当無し
利用者預り金	(1) 預り金の管理手続を明確に定めた規程を整備しているか。	1 □ 2 □
	(2) 規程と、実際の運用が相違していないか。	1 □ 2 □
	(3) 預金通帳と印鑑は、保管場所及び取扱者を区別し、同一の者が取り扱えない状態にしているか。	1 □ 2 □
	(4) 入所者から預かりの依頼があった際は、書面で依頼書を徴し、預り証を発行しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(5) 個人別の預り金管理台帳を適切に整備しているか。	1 □ 2 □
	(6) 預り金から現金を払いだす（又は物品の買い物等を代行する）際は、入所者より書面で依頼を受けて実施し、受領の記録（受領印、サイン）を残しているか。（本人が押印、サイン等ができない場合、複数の職員が立会い、その記録を残すこと。）	1 □ 2 □ 3 □
	(7) 預り金の収支状況は、施設長等が毎月１回程度点検し、記録を残しているか。（押印、サイン等）	1 □ 2 □
	(8) 預り金の収支状況を本人又は家族に定期的に報告しているか。	1 □ 2 □
遺留金品	(1) 遺留金品を引き渡す際、受領証を徴しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(2) 遺留金品のうち通帳については、現金化せずに引渡し、コピー（又は口座番号や預金額等を記載した受領書）を保管しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(3) 措置入所者の場合、実施機関へ報告をするとともに、遺留金品の処分について指示を受けているか。	1 □ 2 □ 3 □
食事提供関係	(1) 食事の提供については、利用者の心身の状況・嗜好に応じて適切な栄養量及び内容で行っているか。	1 □ 2 □
	(2) 食事環境に配慮をしているか。（できるかぎり離床して食堂や共同生活室で食事がとれるよう支援、食器や自助具等の配慮等）	1 □ 2 □
	(3) 食事時間は適切か。（夕食時間は午後６時以降とすることが望ましいが、早くても午後５時以降）	1 □ 2 □
	(4) 給与栄養目標量（食事摂取基準）は適正に設定しているか。	1 □ 2 □
	(5) 献立に基づき給与栄養量、充足率を算定しているか。	1 □ 2 □
	また給与栄養量を定期的に確認し目標量と比較・評価しているか。	1 □ 2 □
	(6) 献立表を整備し、調理はあらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしているか。	1 □ 2 □
	(7) 利用者に対して、適切な栄養食事相談を行っているか。	1 □ 2 □
	(8) 食事内容は、施設の医師又は栄養士を含む会議（給食運営会議）において検討し、その内容を記録しているか。	1 □ 2 □
	(9) 嗜好についての調査（栄養ケア・マネジメント実施の場合は栄養アセスメント等）を実施し、その記録を整備しているか。	1 □ 2 □
	(10) 残食についての調査（栄養ケア･マネジメント実施の場合はモニタリング等）を実施し、その記録を整備しているか。	1 □ 2 □
	(11) 食事提供前に検食を実施し、その記録を整備しているか。	1 □ 2 □
	(12) 給食経費係る書類（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 □ 2 □
	(13) 調理従事者の検便は、新規採用時及び毎月１回以上実施しているか。	1 □ 2 □
	また、検査項目に腸管出血性大腸菌を加えているか。	1 □ 2 □
	(14) 調理に従事する者は、調理業務にふさわしい服装（白衣、帽子、調理専用履物等）で調理しているか。	1 □ 2 □
	(15) 衛生自主管理点検を適正に実施し、記録しているか。 （調理従事者の個人衛生点検・調理設備等の衛生点検）	1 □ 2 □
	(16) 保存食は、原材料及び調理済食品を食品ごとに50ｇ程度ずつ、清潔なビニール袋等に入れ、密封し、－２０℃以下で２週間以上保存しているか。	1 □ 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 該当無し
	(17) 食材の納入時は、調理従事者が立会い、品質等の点検を行っているか。	1 □ 2 □
	(18) 保健所の立入検査で改善指示があった場合、その内容について改善しているか。	1 □ 2 □ 3 □
（委託の場合）	(1) 施設に栄養士を配置しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(2) 利用者の栄養基準及び献立の作成基準を委託業者に明示しているか。	1 □ 2 □ 3 □
	(3) 委託契約書を適切に整備し、次のような内容を明記しているか。 □ 施設と委託業者の業務分担及び経費負担 □ 施設給食の趣旨を認識し、適正な食材料を使用し所要の栄養量が確保される調理を行うこと。 □ 調理従事者の大半は、相当の経験を有する者であること。 □ 調理従事者に対して、定期的に衛生面・技術面の教育・訓練を実施すること。 □ 調理従事者に対して、定期的に健康診断・検便を実施すること。 □ 委託業者に対して、施設側から必要な資料の提供を求めることができること。 □ 契約書の履行を遂行しなかった場合の契約の解除 □ 代行保証に関すること。 □ 施設に損害を与えた場合の損害賠償に関すること。 □ 業務に関して知り得た個人の秘密の保持	1 □ 2 □ 3 □
	(4) 契約の履行状況を確認しているか。	1 □ 2 □ 3 □