

令和6年度(2024年度)
社会福祉法人・社会福祉施設運営
自己点検・自己評価表
【利用者支援(老人福祉施設)】

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	2	3
出	出	該
来	来	当
て	て	無
い	い	し
る	ない	

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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(2) 運営規程に整備すべき内容 <input type="checkbox"/> 施設の目的及び運営の方針 <input type="checkbox"/> 職員の職種、員数及び職務内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> 入所者の処遇の内容及び費用の額（特養） <input type="checkbox"/> 入所者の処遇の内容（養護） <input type="checkbox"/> 入所者に提供するサービスの内容及び利用料その他の費用の額（軽費） <input type="checkbox"/> 施設の利用に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法（特養） <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> その他施設の運営に関する重要事項	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
施設設備	(1) 施設の設定備は、基準に従い適正に設置し、運用しているか。	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(5) 居室の鍵は、中から解錠できるようになっているか。	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(7) 掲示物については、誤飲等事故防止のため、画紙や小さなマグネットを使用しないといた配慮をしているか。	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(2) 全ての職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じているか。	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
記録の整備 保管	(1) 設備、職員、会計、入所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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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、人目につくとおりに放置しない等）	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
施設定員	(1) 入所定員及び居室の定員を遵守しているか。	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

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。課題別方針となっているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
	(2) 支援方針の内容は適切か。 <input type="checkbox"/> 設置目的達成のための支援要件（日常生活の援助、訓練、健康管理、リハビリテーション、余暇活動、食事、自立支援、地域交流等）が網羅されているか。 <input type="checkbox"/> 前年度の総括に基づいているか。 <input type="checkbox"/> 入所者のニーズを把握・反映したものであるか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
個別支援計画 (施設サービス 計画、処遇 計画等)	(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、入所者本人等の希望に基づいて策定されているか。（軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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。（軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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、必要に応じて見直しを行い計画の変更が行われているか。（軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(4) 個別支援計画の原案の内容について、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。（軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(5) 個別支援計画を作成した際には、当該計画を入所者に交付しているか。（軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(6) 措置実施機関と連携して、長期的な支援計画や見直しを行っているか。（特養、軽費は必要がある場合）	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
入浴	(1) 個々の入所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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
	(2) 感染疾患に対する配慮があるか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
	(3) 風呂の湯は清潔に保たれているか。 <循環式浴槽の場合> <input type="checkbox"/> 循環ろ過装置は1週間に1回以上消毒を行っているか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 管理記録を3年以上保管しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
	(4) 入浴回数 <input type="checkbox"/> 隔日以上あるか、回数の増あるいは入浴日以外にシャワー等の配慮があるか。【軽費】 <input type="checkbox"/> 1週間に少なくとも2回以上あるか。回数の増あるいは入浴日以外にシャワー等の配慮があるか。【特養・養護】	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
清潔保持	(1) 清潔・衛生に対する配慮があるか。 <input type="checkbox"/> シーツ交換は定期的に行われているか。（週に1回以上） <input type="checkbox"/> 利用者の着替えは適切に（朝夕）行われているか。 <input type="checkbox"/> 洗面、爪切り、耳かき、理髪等随時実施されているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		
余暇活動	(1) クラブ活動・レクリエーション活動・行事等は適正に実施されているか。 <input type="checkbox"/> 教養娯楽設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用者のニーズを反映した内容になっているか。 <input type="checkbox"/> 参加が低調な利用者への配慮や働きかけがあるか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		

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
事故防止及び発生時の対応	(1) 入所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、入所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。 また、事故やヒヤリハットの記録を残しているか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	(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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	(4) 事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行っているか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	(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。 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	(6) 事故発生及びその再発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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	虐待の防止 ・身体的拘束等	(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。 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。 <input type="checkbox"/> 入所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。 <input type="checkbox"/> 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、その他の入所者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。 <input type="checkbox"/> 入所者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、その他の入所者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 <input type="checkbox"/> 入所者にわいせつな行為をすること又は入所者にわいせつな行為をさせること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
(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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(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。 また、記録を残しているか。		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(6) 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(7) 管理者及び各職種で構成する「身体的拘束等廃止委員会・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」などを設置し、施設全体で身体的拘束等廃止に取り組んでいるか。		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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	
虐待の防止 ・身体的拘束等	(8) 既に身体的拘束等の原則禁止を実現できているか。若しくは、身体的拘束等を廃止するための改善計画を作成しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(9) 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3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(10) 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(11) 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。 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図っているか。 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための指針を整備しているか。 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための職員研修を定期的に行っているか。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
感染症対策、健康管理対策、保健	(1) 健康診断は適切に行われているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(2) 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。 <input type="checkbox"/> 感染症及び食中毒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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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おおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図っているか。 <input type="checkbox"/> 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及び訓練を定期的実施しているか。 <input type="checkbox"/> 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、通知・基準等に基づき、適切な措置を講じているか。 <input type="checkbox"/> 専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(3) 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。 <input type="checkbox"/> 必要な日数、時間が確保されているか。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(4) 急病等の場合の緊急連絡体制が整備されているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
医療の確保 【協力医療機関を定めることは令和9年3月31日までは努力義務】	(1) 医療機関との協力体制が確立されているか。 <input type="checkbox"/> 枚方市の条例で定める要件を満たす協力医療機関を定めているか。 <input type="checkbox"/> 1年に1回以上、協力医療機関の名称等を、市長に届け出ているか。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行っているか。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームの利用者について、病院又は診療所入院する必要がある場合であって、入院後概ね3か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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
業務継続計画の策定等	(1) 業務継続計画を策定しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(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実施しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>

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			
苦情解決	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(2) 第三者委員が選任されているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(3) 苦情解決の体制及び手順等について入所者、家族等へ周知しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(4) 苦情解決の記録は書面によって整備しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(2) 規程と、実際の運用が相違していないか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(5) 個人別の預り金管理台帳を適切に整備しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(6) 預り金から現金を払いたず（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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
【特別養護老人ホーム】							
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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(2) 排泄の自立について、必要な支援がなされているか。 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
褥瘡予防	(1) 褥瘡対策のための指針を整備しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(2) 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(3) 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(4) 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(5) 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	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(6) 医師、看護師、介護職員、栄養士等からなる褥瘡対策チームを設置しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
たん吸引	(1) 看護職員との連携の下、介護職員による口腔内のたんの吸引等を実施しているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	(2) 介護職員による口腔内のたんの吸引等を実施している場合、登録特定行為事業者としての登録をしているか。	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>

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
	(3) 登録している場合は以下の書類を保管しているか。 <input type="checkbox"/> 登録番号のわかる書類（登録特定行為事業者登録の受理通知） <input type="checkbox"/> 認定特定行為業務従事者認定をうけた介護職員の名簿 <input type="checkbox"/> 認定特定行為業務従事者認定証（原本又は写し）	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策の検討 【令和9年3月31日までは努力義務】 ※特別養護老人ホームのみ該当	(1) 入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置しているか。 <input type="checkbox"/> 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催しているか。	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(5) 献立に基づき給与栄養量、充足率を算定しているか。 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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(7) 入所者に対して、適切な栄養食事相談を行っているか。	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(12) 給食経費係書類（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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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。 また、検査項目に腸管出血性大腸菌を加えているか。	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
(委託の場合)	(1) 施設に栄養士を配置しているか。	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
	(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	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
	(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。 <input type="checkbox"/> 施設と委託業者の業務分担及び経費負担 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 調理従事者の大半は、相当の経験を有する者であること。	1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	

- 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

(4) 契約の履行状況を確認しているか。

1 2 3