|  |
| --- |
| 社会福祉施設運営自己点検・自己評価表（養護老人ホーム） |

**令和６年度**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 評価した者の氏名 |  |
| 評価年月日 |  |

令和５年度

| 自己点検・自己評価項目 | 評　価 |
| --- | --- |
| ②できていない①できている |
| **Ⅱ．利用者支援** |
| １　基本方針 | 　１．施設管理や基本方針等を定めた運営（管理）規程が、施設最低基準等に　　　規定する項目を踏まえて、整備されているか。 | １　　２ |
| ２　施設設備 | 　１．最低基準に定める設備を有しているか。　２．建物の構造や部屋の用途に変更がある場合、所定の手続きを行っているか。　３．建物の内外に危険箇所はないか。　４．非常口・非常階段は、緊急時に速やかに利用ができるか。　５．業務継続計画（ＢＣＰ）を策定し、研修及び訓練を実施しているか。６．策定されたＢＣＰの実効性を高めるため防災等のリーダーとなる職員を定め、施設内で共有しているか。（任命は任意）　７．非常災害対策計画は、災害時にも利用者の安全が確保できる実効性のある　　　ものであるとともに職員や関係機関間で共有されているか。　　　また、当該計画に基づく避難訓練は必要回数実施されているか。　　　さらに、市町村地域防災計画に記載されている施設は避難確保計画を作成　　　しているか。８．災害時情報システム（介護サービス情報報告システム）に登録している情報は、最新のものになっているか。（ID、パスワードは必要な職員間で共有されているか。）　９．施錠などの防犯措置の徹底、有事の際の迅速な通報体制の構築など、　　　入所者等の安全対策は講じられているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２１　　２－１　　２１　　２１　　２ |
| ３　勤務体制の確保等 | １．職員の勤務体制が定められているか。２．資質向上のために研修の機会を確保しているか。３．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。４．性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２ |
| ４　利用者 | 　１．入所定員が遵守されているか。 | １　　２ |
| ５　事業計画 | 　１．立案の時期・方法は適切か。　２．法人及び施設が当該年度に実施する基本的な事項を具体化したものか、　　　予算及び支援計画等との関連付けが十分かなど計画の内容は適切か。 | １　　２１　　２ |
| ６　支援方針の　　状況 | 　１．支援の基本方針を策定しているか。また、課題別方針となっているか。　２．設置目的達成のための支援要件の網羅や、前年度の総括に基づくもの、　　　また利用者のニーズを把握・反映しているなど、支援方針の内容は適切か。　３．支援方針の内容は関係者に周知しているか。 | １　　２１　　２１　　２ |
| ７　個別支援　　計画の状況 | 　１．入所時個別支援計画を策定しているか。　２．個別支援計画作成に当たって、サービス担当者会議により、入所者及び　　　その家族の希望、入所者について把握された解決すべき課題（アセス　　　メント結果）に基づき、原案を作成しているか。　３．個別支援計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ているか。　４．個別支援計画を利用者に交付しているか。　５．ケース検討会議を開いて個別ケースの状況を把握し、それらを踏まえた　　　理解や周知徹底に努めているか。　６．入所後個別支援計画を適切に見直ししているか。　７．措置機関と連携して、利用者の長期的な援助計画を策定し、見直しを　　　行っているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２ |
| ８　入退所 | 　１．入所に際しては、居宅介護支援を行う者に対する紹介等により、心身の　　　状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めて　　　いるか。　２．退所後も必要に応じ、入所者・家族等に対し相談、その他適切な援助に　　　努めているか。 | １　　２１　　２ |
| ９　ケース記録　　の状況 | 　１．開始記録（フェースシート）が整備されているか。　２．経過記録が整備され活用が図られているか。　３．終結記録が整備されているか。　４．プライバシー保護のためケース記録の取扱い・保管には細心の注意を　　　払っているか。同時に支援に活用しているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２ |
| 10　支援の実施　　状況 | （食事）　１．食事の指導や介助に配慮はあるか（時間帯／職員配置）。（入浴）　１．感染疾患に対する配慮があるか（疥癬等への対応）。　２．風呂の湯は清潔に保たれているか（レジオネラ症防止対策）。　３．入浴の介護は心身の状況や自立支援を踏まえて適切に実施されているか。　　　また、安全対策は講じられているか。（清潔維持）　１．常に施設内外を清潔に保っているか。（余暇活動）　１．クラブ・レクリエーション活動・行事等は適切に実施されているか。（事故発生の防止及び発生時の対応）　１．事故発生の防止のための指針が整備されているか。　２．「基本的考え方」「委員会その他施設内の組織に関する事項」など必要　　　項目は盛り込まれているか。　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、　　　その事実が報告されているか。また、分析を通じた改善策について職員に　　　周知徹底を図る体制を整備しているか。４．事故防止検討委員会を定期的に行っているか。　５．事故発生の防止のための職員研修を定期的に行っているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２ |
| 10　支援の実施　　状況 | 　６．事故発生時、速やかに市町村等関係機関、利用者の家族等に連絡を行うと　　　ともに必要な措置を講じているか。　７．賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行っているか。８．上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。（虐待の防止）１．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、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っているか。２．虐待の防止のための指針を整備しているか。３．虐待の防止のための研修を定期的に実施しているか。４．上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか。（人権、身体拘束等、その他）　１．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（外からのみ鍵のかかる居室など）を　　　行っていないか。　２．身体的拘束等廃止を実現するための正確な事実認識を持つため、また　　　身体的拘束等の適正化のため、施設の管理者は外部研修にとどまらず、　　　内部研修を実施し、職員の意識啓発に努めているか。　３．管理者及び各職種で構成する「身体的拘束廃止委員会・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の廃止に取り組んでいるか。　４．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、身体的拘束等をなくしていくための改善計画が作成されているか。　５．入所者本人や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等を詳細に記録しているか。　６．入所者本人や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　　　得ず身体的拘束等を行う場合は、入所者又は家族に十分な説明を行い、　　　同意を得て実施しているか。７．入所者本人や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　　　得ず身体的拘束等を行った場合は、概ね２週間に１回以上ケース検討　　　会議等で他に方法がなかったかどうか検討しているか。　８．身体的拘束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、その結果を介護職員その他の従事者に周知徹底を　　　図っているか。　９．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　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２ |
| 10　支援の実施　　状況 | （衛生管理）　１．感染症及び食中毒防止予防及びまん延防止のためのマニュアルを作成して　　　いるか。　２．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。　３．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　　　（感染対策委員会）を概ね３月に１回以上定期的に、また感染症が流行　　　する時期等必要に応じて開催し、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。　４．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　　　のための研修を定期的に実施しているか。　５．感染症又は食中毒が通常規模以上の発生もしくは発生が疑われる場合、　　　速やかに市町村、保健所等に報告するとともに、必要な措置を講じて　　　いるか。　６．感染症や既往歴を、サービス提供を断る理由にしていないか。　７．入所者が要介護状態等になった場合、適切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。　８．感染症発症時等の特別な職員体制等の整備に努めているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２１　　２ |
| 11　苦情解決　　体制 | 　１．入所者や家族が施設の運営やサービス内容について意見を述べかつ反映　　　できる仕組みがあるか｡（具体的には意見箱の設置等）　２．苦情解決委員会等苦情解決システムがあるか。　３．市町村又は、国保連合会からの調査に協力し、指導又は助言に従い改善を　　　行っているか。　　　また、求めがあった場合には、改善内容を報告しているか。 | １　　２１　　２１　　２ |
| 12　健康管理の　　状況 | 　１．利用者の健康診断は入所時と年２回以上実施されているか。　２．医務室を医療法に規定する診療所として知事等の許可を得ているか。 | １　　２１　　２ |
| 13　協力医療機関等※②は令和9年3月31日までの経過措置期間あり | １．入所者の病状の急変等に備えるため、協力医療機関を定めているか２．協力医療機関を定めるに当たって、次に掲げる要件を満たす協力医療機関（(3)の要件を満たす協力医療機関にあっては、病院に限る。）を定めているか※複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。　(1)入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。(2)当該特別養護老人ホームからの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。(3)入所者の病状が急変した場合等において、当該特別養護老人ホームの医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。３．１年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、大阪府に届け出ているか４．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を取り決めるように努めているか※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する義務あり。５．入所者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、退院が可能となった場合においては、再入所させることができるように努めているか６．協力歯科医療機関を定めておくよう努めているか | 　１　　２１　　２１　　２　１　　２　１　　２　１　　２ |
| 14　家族・地域　　との連携 | 1. 外出、外泊簿の整備、家庭との連絡体制は整っているか。
2. 地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図っているか。
 | １　　２　１　　２ |
| 15　入所者　　預り金 | 　１．入所者預り金の管理は預り金管理規程に基づき、内部牽制体制を確立する　　　など適切に行われているか。　２．入院患者日用品費は速やかに入所者本人に支給されているか。　３．預り金出納管理に係る費用徴収を行っている場合は、その積算根拠を　　　明らかにしているか。また入所者本人、家族に事前説明を行っているか。 | １　　２１　　２１　　２ |
| 16　遺留金品 | 　１．入所者の遺留金品の処理は引渡しの際に受領書を徴するなど適切に行われて　　　いるか。　２．措置機関からの文書（遺留金品指示書）による指示を求めているか。　３．引渡しにあたって措置機関の職員の立会いを求めているか。　４．引渡しの内容が福祉事務所の指示通りになっているか。　５．入院患者日用品費を精算しているか。 | １　　２１　　２１　　２１　　２１　　２ |
| 17　契約書 | 　１．人権擁護の観点から「入居申込書」の記入事項に本籍、出生地、転居の　　　状況、職歴、学歴、宗教、婚姻歴や家族の変化及び精神の状況等の事項が　　　ないか。　２．戸籍謄（抄）本を添付させていないか。 | １　　２１　　２ |