**社会福祉施設 巡視用チェックリスト（自主点検調書）**

※該当する項目について自主点検結果を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | 施設自主点検年月日 | 令和 年 月　 日 | 施設担当者 | |  | | | | |
| 施設名 | |  | 市 監査 年 月 日 | 令和 年 月 　 日 | 市 監査員 | |  | | | | |
| **施設基準** | **点 検 事 項** | | | | **自主点検結果** | | **市の監査結果** | | **備 考** | | |
| **適** | **不適** | **適** | **不適** |  | | |
| 施設全体 | ① 清掃は行き届いているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② いやな臭気はないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 消火器等消防設備の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 避難口は確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ⑤ 階段や通路に障害物は置かれていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ⑥ 特に危険な個所はないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 入所者の  状況 | ① 入所者の様子に異常はないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 身体拘束者  　 名 | | |
| ② 服装は清潔か。（特に寝間着のままの者がいないか。） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 身体拘束をされている者はいないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  |  |  |
| 居　　室 | ① カーテン･衝立等によりプライバシーが確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② ナースコールは設置されているか。(特養・障支施設） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 静 養 室 | ① 必要なベッド数は確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 目的外使用はされていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ ナースコールは設置されているか。（特養） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 医 務 室 | ① 医療法上の表示は適切か。（特養・軽費老人Ａ型） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 医薬品の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 医療廃棄物の処理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 医務室に職員が不在となるときは必ず鍵をかけているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 介護員室  指導員室 | ① 入所者数、入院者数が即時に確認できるか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 目的外使用がされていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 緊急連絡網が備えつけてあるか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 食 堂 | ① 手洗い設備は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 共用タオルは使用していないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 調理室 | ① 給食材料の保管等食品倉庫の衛生管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 食器類の衛生管理に努めているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 調理員の専用トイレ、手洗い設備は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 調理業務従事者以外の者が立ち入っていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ⑤ 保存食は、適切に保存されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 浴 室  脱 衣 場 | ① 各種入浴機器の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 脱衣場のスペースは十分確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 脱衣場の室温管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 清潔に保たれ、換気がなされているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ⑤ レジオネラ症防止対策を実施しているか｡（循環式のみ） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ト イ レ  洗 面 所 | ① カーテン等によりプライバシーが確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 共用タオルは使用していないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 石鹸、洗剤等の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 清潔に保たれ、換気がなされているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ⑤ ナースコールは設置されているか。（特養、軽費、障支施設） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 事 務 室 | ① 入所者預り金の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 防災設備は設置されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 通報装置は設置されているか。（介護員室・宿直室でも可） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ④ 緊急連絡網が備えつけてあるか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 宿 直 室 | ① 専用の部屋は確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 外線電話及び防災設備（通報装置）は設置されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 緊急連絡網が備えつけてあるか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 機　　能  訓 練 室 | ① 必要なリハビリ器具は確保されているか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 目的外使用されていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 作 業 室  作 業 場 | ① 安全は確保されているか。（障支施設） | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 目的外使用されていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 洗濯・汚  物処理室 | ① 洗剤、薬品等の管理は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 目的外使用されていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ボイラー室  （該当施設） | ① 危険物（ガソリン・灯油・可燃物）は置いていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |  | | |
| ② 不用品の物置になっていないか。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ③ 給湯設備の設定温度は適切か。 | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |