令和７年度

特別養護老人ホーム指導監査提出資料（１）

自主点検表　　施設運営管理

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号：  FAX番号：  メールアドレス： |
| 記入年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 記入者職氏名 | 職名：  氏名： |
|  |  |

＊以下は記入不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導監査日 |  | |
| 施設職員 | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
| 監査指導課職員 | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |
|  | 職名： | 氏名： |

自主点検表記入要領

**１　記入方法**

1. 「点検結果」欄の該当する回答を○で囲んでください。また、「自主点検項目・内容」欄において、

必要事項を記載の上、内容を確認して「点検結果」欄に記載するようお願いします。

（２）　各項目の「点検結果」については、前年度からの状況を記載してください。

（３）　記入欄が不足する場合や本様式での記載が困難な場合は、適宜、様式等の追加をお願いします。

（４）　別表（エクセル様式）も忘れずに提出願います。

**２　根拠法令の名称**

この自主点検表に記載されている根拠法令等の略称の詳細は、次のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 文中の記載 | 名称 | 施行日・  改正日 |
| 県条例 | 長崎県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例 | Ｒ６/4/1 |
| 県規則 | 長崎県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例施行規則 | Ｒ６/4/1 |
| 平26老高発1001第2号、特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン | 老人福祉施設等における医薬品の使用の介助について（老人福祉施設等への注意喚起及び周知徹底依頼）、別添２特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン（平成24年度厚生  労働省　老人保健事業推進費等補助金） | H26/10/1 |
| 老人福祉法15条の2 | 老人福祉法第15条の2第2項 | H11/12 |
| 昭６２社施107号 | 社会福祉施設における防火安全対策の強化について(局長通知) | S62/9/18 |
| 社会福祉施設における飲用井戸及び衛生確保について | 社会福祉施設における飲用井戸及び受水槽の衛生確保について  (課長通知) | H8/7/19 |
| 社会福祉施設における衛生管理の自主点検の実施について | 社会福祉施設における衛生管理の自主点検の実施について(課長通知) | H９/８/８ |
| 大量調理マニュアル | 大量調理施設衛生管理マニュアル | H29/6/16 |
| 社会福祉施設における衛生管理について | 社会福祉施設における衛生管理について | H9/3/31 |
| 平12老発214号特養ホームの設備及び運営に関する基準について | 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（局  長通知） | H12/3/7 |
| 社会福祉施設等におけるレジオネラ症防止対策の徹底について | 社会福祉施設等におけるレジオネラ症防止対策の徹底について  (課長通知) | H15/7/25 |
| 消防法８条 | 消防法第8条2項 | H28/4/1 |
| 消防法施行令3条の2 | 消防法施行令第3条の2 | H30/4/1 |
| 消防法17条 | 消防法第17条３の３ | H28/4/1 |
| 身体拘束ゼロへの手引き | 身体拘束ゼロへの手引き  ～高齢者ケアに関わるすべての人に～ | H13/3 |
| 老人福祉施設に係る指導監査について | 老人福祉施設に係る指導監査について(局長通知) | R４/３/３１ |
| 「施設預り金等管理規程モデル」 | 長崎県福祉部長通知「施設預り金等管理規程モデル」の改正に  ついて | H27/3/11 |
| 高齢者虐待防止法20条 | 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第20条 | H28/4/1 |
| 平28社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について | 社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について(課長通  知) | H28/9/15 |
| 基準省令 | 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 | H12/3/17 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| **１施設運営管理の状況**   1. 事業計画は適切に策定されているか。   ・事業計画は理念やスローガンにとどまらず、行事だけでな  く、当該年度に実施する基本的な事項を具体化したもので  あるか。  ・事業計画は予算に反映されているか。  ・毎年度見直しがなされているか。  (2)事業報告は適切に作成されているか。  (3)職員会議等の開催状況：　年　　　回  ・施設運営に関する重要事項が職員に周知されているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１２参照  　 (4) 運営、入所者及び会計経理の記録に関して、少なくとも以下に  掲げるものは整備されているか。  ①運営に関する記録  　　　　　ア事業日誌  　　　　　イ沿革に関する記録  　　　　　ウ職員の勤務状況、給与等に関する記録  　　　　　エ条例、定款及び施設運営に必要な諸規定  　　　　　オ重要な会議に関する記録  　　　　　カ月間及び年間の事業計画及び事業実施状況表  　　　　　キ関係官署に対する報告書等の文書綴  　　　　②入所者に関する記録  　　　　　ア入所者名簿  　　　　　イ入所者台帳(入所者の生活暦、病歴、入所前の居宅サービス  の利用状況、処遇に関する事項その他必要な事項を記録し  たもの)  　　　　　ウ入所者の処遇に関する計画  　　　　　エ処遇日誌  　　　　　オ献立その他食事に関する記録  　　　　　カ入所者の健康管理に関する記録  　　　　　キ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に行った身体拘束等の態様及  び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得  ない理由の記録  　　　　　ク行った処遇に関する入所者及びその家族からの苦情の内  容等の記録  　　　　　ケ入所者の処遇により事故が発生した場合の事故の状況及  び事故に際して採った処置についての記録  　　　　③会計経理に関する記録  　　　　　ア収支予算及び収支決算に関する書類  　　　　　イ金銭の出納に関する記録  　　　　　ウ債権債務に関する記録  　　　　　エ物品受払に関する記録  　　　　　オ収入支出に関する記録  　　　　　カ資産に関する記録  　　　　　キ証拠書類綴  ・入所者に関する記録は2年間保存しているか。  (5)運営規程は適正に整備されているか。  ・規程に記載するする項目  　　　　　ア施設の目的及び運営の方針  イ職員の職種、数及び職務の内容 | いる　ない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  ある　ない |  | 定款例31条  定款例32条  平成12老発214号（特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について）第１の８  県条例8条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ウ入所定員  →ユニットの場合、次の項目を追加  　ユニットの数及びにユニットごとの入居定員  エ入所者の処遇の内容および費用の額  →ユニットの場合は、次の項目となる  入居者へのサービスの提供の内容及び費用の額  オ施設の利用に当たっての留意事項  カ緊急時等における対応方法  キ非常災害対策  ク虐待の防止のための措置に関する事項  ケその他施設の運営に関する重要事項  　(6)入所定員を超えていないか。  　　　定員：　 　　人  現員：　　 　人（4月1日現在）  (7)職員の配置は適切に行われているか。  ①施設長の任免は、理事会の承認を得ているか。  承認年月日：　　　　年　　月　　日  　　　②施設長は資格要件を満たしているか。  ・社会福祉法第19条第1項各号に該当の場合、  具体的に名称を記載願います：  ・社会福祉事業に2年以上従事した者  ・これらと同等以上の能力を有すると認められる者  ③施設長は常勤か。  ④施設長は職務に専念しているか。  兼務の場合、施設運営管理に支障はないか。  （兼務先：　　　　　　　　　　　　　　）  （職　名：　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤施設長は職員管理、業務実施状況把握、その他の管理を一元  的に行っているか。  ⑥医師は必要な数が配置されているか。  医療機関名：  医師名　　：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表７参照  ⑦生活相談員は必要数（1人以上）が確保され、資格要件は充た  しているか。　下記に記載願います。  ・社会福祉法第19条第1項各号に該当の場合、  具体的に名称を記載願います：  ・これと同等以上の能力を有すると認められる者  　（サテライト型で本体施設の生活相談員により適切に入所者処  遇が行われる場合、生活相談員を置かないことも可能。）  　　　⑧看護・介護職員の総数は適切であるか。  ・常勤換算で入所者の数が３又はその端数を増すごとに1以上  　となっているか。  ・介護職員のうち１人以上は常勤であるか。  ・ユニットの場合、ユニット毎に、常勤のユニットリーダーを  配置しているか。  ユニットリーダー研修を受講した従業者を2名以上配置し  ているか。（2ユニットの場合1名で可） | ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  いない　いる  いる　いない  いる　いない  いる　いない  常勤　常勤でない  いる　いない  ない　ある  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例27条  県条例12条  県条例6条  県条例7条  県条例25条  県条例12条  県条例12条  県規則17条  県規則7条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| （従来型・ユニット型併設施設の場合、介護・看護職員の兼  務は入所者処遇に支障がない場合、可能）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表３参照  ⑨看護職員は必要数配置されているか。  ・入所者30～50人で2人以上。  入所者51～130人で3人以上。  　　　　　1人以上は常勤か。（サテライト型では常勤換算で1人以上）    ⑩栄養士又は管理栄養士は必要数(1人以上)が確保されている  か。  　　・40人以下は置かないことも可能。  　　・地域密着型特養は他施設と連携を図り効果的運営かつ入所者  処遇に支障ないときは置かないことも可能。  ⑪機能訓練指導員は必要数(1人以上)が配置されているか。  ・資格要件（OT、PT、看護師等）は満たしているか。    ⑫職員は専ら当該施設の職務に専念しているか。  　　　⑬育児休業、産休等代替職員は確保されているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表３参照  (8)職員の勤務体制  　　　①月毎の勤務表を作成しているか。  　　　②第三者への委託は直接影響を及ぼさないものであるか。  (委託業務の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　)    ③昼間における勤務体制は適切であるか。  ・ユニットの場合、ユニット毎に常時1名以上の介護職員又は  看護職員を配置しているか。  （従来型・ユニット型併設施設の場合、介護・看護職員の兼  務は入所者処遇に支障がない場合、可能）  ④夜間及び深夜における介護職員の勤務体制は適切であるか。  　　　　（夜勤及び深夜の職員数：　　　人、１人当り夜勤回数：  月　　　　回）  ・ユニットの場合、2ユニットに1名以上の看・介護職員が夜  間及び深夜の勤務をしているか。  （従来型・ユニット型併設施設の場合、介護・看護職員の兼  務は入所者処遇に支障がない場合、可能）  　　　⑤職員に対する研修の機会は確保されているか。  ・職員の資質向上のため、研修について具体的計画が立てられ  ているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１１参照  ・研修に参加できない職員への対応は行っているか。  ・入所者処遇に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格  を有しない者について、認知症介護基礎研修を受講させてい  るか。また、新規採用職員についても、採用後1年を経過す  るまでに同研修を受講させているか。  　　　⑥職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント  （以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のため  の方針の明確化等の必要な措置を講じているか。  ・職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメ  ントを行ってはならない旨の方針を明確化し、職員へ周知・  啓発しているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  ある　ない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例7条  県条例12条  県条例47条  県規則14条  県条例26条  県条例26条  県条例26条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・相談（苦情含む）に対応する担当者をあらかじめ定め、職員  に周知しているか。  　　相談担当者：職・氏名  ＊福祉・介護現場では特に、入所者又はその家族等からのカス  タマーハラスメントの防止が求められていることから、上記の  必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラス  メント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手  引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。  (9)業務継続計画の策定等  　　　①感染症又は非常災害の発生時において、入所者に対するサービ  スの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期  の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）  を策定しているか。（それぞれに対応する項目を適切に設定して  いる場合には、感染症の予防及びまん延の防止のための指針、非  常災害に関する具体的な計画と一体的に策定して差支えない。）  計画には以下の項目を記載しているか。  　　　　ア　感染症に係る業務継続計画  　　　　　・平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組実施、備蓄品の確保等）  　　　　　・初動対応  　　　　　・感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への  対関係者との情報共有)  　　　　イ　災害に係る業務継続計画  　　　　　・平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフ  ラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等)  　　　　　・緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)  　　　　　・他施設及び地域との連携  　　　②研修は業務継続計画の内容を職員間に共有するとともに、平常  時対応の必要性や緊急時対応の理解の励行を行うものになっ  ているか。  ③研修は定期的（年２回以上）に開催し、新規採用時には別に実  施しているか。また、実施内容は記録しているか。  （感染症に係る研修は感染症の予防及びまん延防止のための研  修と一体的に実施することも差し支えない。）  ④訓練（シミュレーション）は業務継続計画に基づき、役割分担  の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等  を定期的（年２回以上）に実施しているか。（感染症に係る訓練  は感染症の予防及びまん延防止のための訓練と一体的に実施  することも差し支えない。また、災害に係る訓練については、  非常災害対策に係る訓練と一体的に開催しても差し支えな  い。訓練は机上及び実地を組み合わせながら実施することが適  切）  (10)業務上知り得た入所者又は家族の秘密保持は確保されている  か。  ・雇用時に誓約書等の取り決めはあるか。  　　(11)苦情に対応するための体制は確保されているか。  　　　　苦情解決責任者氏名　：  　　　　苦情受付担当者氏名　：  第三者委員氏名：　　　　　　　　　、 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない |  | 県条例26条の２  県条例30条  県条例31条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・苦情に対する窓口・体制等を入所者・職員等に周知している  か。  ・苦情の受付・解決の記録、報告を行っているか。  　(12)地域との連携及び協力はなされているか。  ・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。  ・入所者からの苦情に関して、市町等が派遣する者が相談及び  援助を行う事業等に協力するよう努めているか。  (13)事故発生の防止・発生時の対応は適切に行われているか。  ①事故発生の防止・発生時の対応等について指針を作成している  か。（指針作成年月日：　　　　　年　　　月　　　日）  ②指針には次の項目が盛り込まれているか。  　　　　ア施設における介護事故防止に関する基本的考え方  　　　　イ介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関す  る事項  　　　　ウ介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針  　　　　エ施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例及び現状を  放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下  「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確  保を目的とした改善のための方策に関する基本方針  　　　　オ介護事故発生時の対応に関する基本方針  　　　　カ入居者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針  　　　　キその他介護事故等の発生の防止の推進のための方策に関す  る基本方針  ③事故発生に際して、事故を報告しその分析を通した改善策につ  いて、職員へ周知する体制を整備しているか。  　　　　ア介護事故等について報告するための様式を整備しているか。  　　　　イ介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するととも  に、事故報告等の様式に従い報告しているか。  ウ事故防止のための委員会において、事故報告事例を集計・分  析しているか。  エ事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況を分析  し、その発生原因、結果等を取りまとめ、防止策の検討を行  っているか。  　　　　オ報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底しているか。  カ防止策を講じたあとに、その効果について評価しているか。    ④事故防止のための検討委員会は、幅広い職種により構成し、構  成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、安全対  策を担当する者を決めているか。  （担当者職名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  （担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤事故発生防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行  うことができるものとする。この際、「医療・介護関係事業者に  おける個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報  システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。  利用者等が参加する場合は、さらに同意を得ること。他の会議等  も同様。）及び職員に対する研修(年2回以上、新規採用時には必  ず)を定期的に行っているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例32条  県条例33条、  平成12老発214号（特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について）第４の20 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ⑥事故が発生した場合、速やかに市町村、当該入所者の家族等に  連絡するなど必要な措置を講じているか。  ⑦損害賠償保険に加入しているか。  ⑧入所者の事故等の状況が、個別記録等に正確に記録されている  か。  　　　⑨事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を決めて  いるか。（事故防止検討委員会の安全対策担当者と同一の従業  者が望ましい。）  （担当者職名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  （担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  (14)協力医療機関を定め、その名称等を県に届け出ているか。  　　　　　（協力医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（協力歯科医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　）  ・契約書又は協定書を取り交わしているか。  ・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しているか。  ・協力医療機関が感染症法に規定する第二種協定指定医療機関  　である場合、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。  (15)服薬管理について、適切に行われているか。  ・服薬管理マニュアル等は整備され、職員へ周知されているか。  ・薬についての研修等は実施されているか。  ・誤薬防止のための対策がとられているか。  ・誤薬が発生した場合のマニュアルは整備されているか（夜間  を含む）。  ・誤薬事故に関する報告書は作成されているか。  ・誤薬事故情報は迅速に施設長まで報告されているか。  　　(16)虐待防止のための対応は適切に行われているか。   1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等   を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催し  ているか。また、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。  委員会では具体的には次のような事項について検討している  か。  ア　虐待防止委員会その他施設内の組織に関すること  イ　虐待の防止のための指針の整備に関すること  ウ　虐待の防止のための職員研修の内容に関すること  エ　虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関  すること  　　　　オ　従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速  かつ適切に行われるための方法に関すること。  　　　　カ　虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られ  る再発の確実な防止策に関すること  　　　　キ　前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評  価に関すること   1. 虐待防止の指針を整備し、次の項目を盛り込んでいるか。   　　　　ア　施設における虐待の防止に関する基本的考え方  　　　　イ　虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項  　　　　ウ　虐待の防止のための職員研修に関する基本方針  　　　　エ　虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針  　　　　オ　虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項    **自主点検項目・内容** | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 県条例29条  平２６老高発1001第２号、特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン  県条例33条の２  根拠法令等 |
| カ　成年後見制度の利用支援に関する事項  　　　　キ　虐待等に係る苦情解決方法に関する事項  　　　　ク　入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項  　　　　ケ　その他虐待の防止の推進のために必要な事項     1. 介護職員その他の従業者に対し、虐待防止のための研修（年2   回以上、新規採用時には必ず）を定期的に実施しているか。  　　　④虐待防止対策を担当する者を定めているか。  （担当者職名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  （担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  (17)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するための委員会の設置  ・業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、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するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催しているか。  **２施設整備等の管理の状況**  　　(1)増築、用途変更の届出は事前に行っているか。  　　(2)目的外に使用されている設備はないか。    (3)設備の基準は確保されているか。  　　　①居室  居室の定員を超えていないか。（ユニットの場合、一ユニッ  トは原則おおむね10人以下とし、15人を超えていない  か。  　　　②医務室  診療所として県知事の許可を受けているか。  必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨  床検査設備を設けているか。  (4)設備・構造の基準の確保  　　　①居室  ・ブザー又はこれに代わる設備を設けているか。  入所者の身の回り品を保管する設備が備えてあるか。  車椅子の使用に支障のない広さが確保されているか。  　　　②便所  ・居室のある階ごとに居室に近接して設けているか。  ブザー等は介護を必要とする者が使用するのに適している  か。  ③廊下及び階段  ・廊下幅は入所者の身体的、精神的特質及び非常災害時の避難、  救出の確保を念頭に置いた広さとなっているか。  常夜灯を設けているか。  スロープは傾斜が緩やかであるか。  非常災害時の避難、救出の妨げとなるような物品が置かれ  ていないか。  廊下及び階段には、手すりを設けているか。  　　　④洗面所  ・介護を必要とする者が使用するのに適しているか。  居室のある階ごとに設けているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例33条の３  老人福祉法１５条の２  県条例11条、県規則６条  県規則１６条  県規則6条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ⑤浴室  ・床は滑りにくい材料で仕上げられているか。  特殊浴槽等の介助に適した設備が備えられているか。  ⑥静養室  ・介護職員室又は看護職員室に近接しているか。  寝台又はこれに代わる設備を備え、ブザーを設置しているか。  (5)入所者の生活環境  ・常に施設内外を清潔に保つとともに、毎年1回以上大掃除を  行っているか。  ・居室の清掃、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。  　　(6)給水設備等  使用水、水道水、受水槽の管理は適切に行われているか。  ・井戸水及び小規模受水槽を使用している場合、水質検査は  年1回以上実施しているか。  （直近の水質検査年月日：　　　　　年　　月　　日）  ・その結果は適正であるか。    ・飲用に使用している受水槽（１０t超）の清掃・検査は年1  回以上実施しているか。  ・受水槽の残留塩素の有無を検査しているか。検査は吸光光度  法によって行われているか（試薬例：DPD法）。  　　(7)感染症・食中毒の防止対策について  感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置  を講じているか。  ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針が整  備されているか。（作成年月日：　　　　年　　月　　日）  ・上記指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定して  いるか。（「介護現場における感染対策の手引き」参照）  ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討  する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる  ものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するととも  に、その結果を職員に周知徹底しているか。  ・感染対策委員会は幅広い職種により構成されているか。また、  構成メンバーの責務・役割分担を明確にしているか。  ・感染対策を担当する者（感染対策担当者）を定めているか。  　　　　　　（担当者の職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　（看護師が望ましい。施設外の専門家が委員として参画す  　　　　　　　ることも望ましい。）  ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修（年2  回以上、新規採用時には必ず）を定期的に実施しているか。（厚  労省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための  教材」等を活用）  ・入所者が感染症や既往である場合、感染症担当者はその他の  職員に対し、当該感染症に関する知識・対応等について周知  しているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 社会福祉施設における飲用井戸及び受水槽の衛生確保について  県条例28条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・感染症の予防及びまん延の防止のための訓練（シミュレーシ  ョン）を定期的（年2回以上）に実施しているか。  (８)新型コロナウイルス感染症対策  ・平時からの感染対策を行っているか  　　　　・入居者や職員等に感染が疑われる状況が発生した時等の対応方  　　　　 針は決めているか  (９)調理室等の衛生管理・食中毒対策。  　　　①調理室等の汚染防止は適切に行っているか。  ・ねずみ・こん虫の駆除は半年に1回以上実施され、その記  録が保存されているか。  ・ねずみ・こん虫の発生はないか。  ・入口手前に手洗設備、履物の消毒設備（履物の交換が困難な  場合）が設置されているか。なお、手洗設備は感知式の設備  等で、コック、ハンドル等を直接手で操作しない構造のもの  であるか。  ・上記が難しい場合、調理工程の見直しを図り、汚染作業(検収・  保管・下処理)と非汚染作業（調理・盛付等）を明確に区分し、  食材の相互汚染を防止しているか。  　　　　・汚染作業区域（検収場・原材料の保管場・下処理場）と非汚  染区域（調理場・放冷・調製場・製品の保管場）を明確に区  分しているか。  ・上記が難しい場合、下処理済みのものを購入するなど、食材  を通して調理室内が汚染されないような工夫がなされてい  るか。  ・シンク等の排水口は排水が飛散しない構造になっているか。  　　　②シンクの清潔は確保されているか。  　　　　・シンクは用途別に各々設けているか。  　　　　・上記が難しい場合、調理工程を汚染作業(食材の検収・保管・  下処理)と非汚染作業（調理・盛付等）に分けているか。  ・汚染作業から非汚染作業に移るときはシンクを洗浄消毒して  いるか。  　　　③調理器具・食器等の衛生的な保管はされているか。  ・包丁・まな板等の調理器具は用途別・食品別に用意し、使用  しているか。  ・調理器具・容器等は使用後（必要に応じて使用中）に洗浄・  殺菌し、乾燥させているか。  ・食器消毒保管庫を設置しているか。  ・上記が難しい場合、調理器具・食器等の消毒を行い、乾燥さ  せた上で清潔な場所に保管しているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ない　ある  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 大量調理施設衛生管理マニュアル |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ④使用水の検査は適切に行っているか。  ・使用水は、色・濁り・におい・異物のほか、貯水槽を設置し  ている場合や井戸水等を殺菌・ろ過して使用する場合には、  遊離残留塩素が０．１ｍｇ/㍑以上であることを始業前及び  調理作業終了後に毎日検査し、記録しているか。  ⑤適切な検食保存はされているか。  ・原材料（購入した状態のもの）及び調理済み食品を食品ごと  に５０ｇ程度ずつ清潔な容器に密封して入れ、－２０℃以下  で2週間以上保存しているか。なお、原材料は購入した状態  で、調理済み食品は配膳後の状態で保存しているか。  　　　⑥調理場の温度等は適切であるか。  ・調理場の温度は２５℃以下になるよう努めているか。  　⑦食品庫の管理等は適切であるか。  ・原材料は、隔壁等で他の場所から区分された専用の保管場所  に保管設備を設け、食材の分類ごとに区分して保管してい  るか。  ・専用の衛生的なふた付容器に入れ替えるなどにより、原材料  の包装の汚染を保管設備に持ち込まないようにするととも  に、原材料の相互汚染を防いでいるか。  (10)適正な給食管理・事務処理を実施しているか。  ・関係職員による給食会議を開催しているか。  ・給食日誌が作成され、記録は整備されているか。  ・給食材料の納品に当たって、納品書に検収印が押印され、検  収日付が記載されているか。（食品受払簿が作成され、適正  に記録されているか。）  ・給食業務に従事する職員の検便は毎月実施されているか。ま  た、従来の検査に加え、O１５７の検査を含めているか。  　　(1１)レジオネラ症防止対策  循環式浴槽を使用している場合、レジオネラ症防止のための適  切な措置がとられているか。  ・少なくとも年に1回以上、水質検査を行い、レジオネラ属  菌に汚染されていないかを確認し、県に報告しているか。  　　　　　（ただし、ろ過器を設置して浴槽水を毎日、完全に換える  ことなく使用する場合等は年に2回以上検査し、報告する  こと。）  ・1週間に1回以上、ろ過器内に付着する生物膜等を逆洗浄で  十分に排出しているか。  ・集毛器は毎日清掃しているか。  ・塩素濃度は０．４ｍｇ/㍑程度を保ち、１．０ｍｇ/㍑を超え  ないように努めているか。また、結合塩素のモノクラミンの  場合には、３ｍｇ/㍑程度を保っているか。  ・浴槽水を連日使用している場合は、気泡発生装置、ジェット  噴射装置等を使用していないか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 社会福祉施設等におけるレジオネラ症防止対策の徹底について |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・自主管理を行うため、自主管理手引書及び点検表を作成して、  職員に周知徹底しているか。  ・施設の管理者又は従業員の中から日常の衛生管理に係る責任  者を定めているか。    　(12)非常災害対策  ①非常災害に関する具体的計画がたてられているか。  ・消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための具体  的計画を立て、定期的に職員へ周知しているか。  （玄海原子力発電所から概ね半径30km圏内に所在する  施設については、原子力災害に対する計画も含む。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１３参照  ・訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう、  日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するよう努め  ているか。  ・非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制はとられている  か。  　　　　　（地域の消防団への通報する体制を職員へ周知する。常日頃  から消防団や地域住民との連携を図り、消火・避難等への  協力体制を作っておく。）  ②防火管理者は有資格者が選任されているか。  ・防火管理者を所轄消防署へ届出ているか。  ③消防計画を作成し、所轄消防署に届出ているか。  ・消防計画に変更があった場合、消防署へ届出ているか。  ④避難・消火・通報訓練を法令で定められている回数実施して  いるか。  ・避難（消火）訓練を年2回以上実施し、そのうち1回は夜  間又は夜間想定で実施されているか。  ・消防訓練及び避難訓練については、事前に消防署へ通知し  ているか。  ・訓練結果等の記録を整備しているか。  　　　　　（消防計画に沿って避難訓練・消火訓練・通報訓練・自主  点検が定期的に行われること。  訓練結果については、毎回記録し、次回訓練等の参考に  すること。）  ・消防署の立入検査に対して適切に対応しているか。  ⑤消防設備等の管理は適切に行われているか。  ・避難経路に障害物はないか。  ・避難場所、避難経路は利用者に周知されているか。  ・消防設備等の点検は適切に行われているか。  （総合点検は１年毎、外観・機能点検は６ヵ月毎に行う。）  　　　　・総合点検結果の報告は消防署に行われているか。  ・警報設備で未設置のものはないか。誘導灯の故障はないか。  避難器具は完備されてあるか。カーテン等は防炎性能がある  か。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ない　ある  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ない　ある |  | 県条例9条  消防法８条  消防法施行令3条の2  消防法８条  消防法17条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| **３入所者処遇の状況について**  　　(1)適切な処遇計画を立てているか。  ・入所者の心身の状況、置かれている環境、その者及び家族の  希望等を勘案し、その者の同意を得て、処遇に関する計画を  作成しているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１７参照  ・処遇計画については、入所者の処遇の状況等を勘案し、必要  な見直しを行っているか。  (2)入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、入所者  の居宅生活が可能か否かを定期的に検討しているか。  ・検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員等の職員  の間で協議しているか。  (3)入所者又はその家族の相談に適切に応じるとともに、必要な助言、  その他の援助を行っているか。  　　(4)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、身体的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。  (5)緊急やむを得ずに身体的拘束等を行う場合、その判断や手続きは適正に行われているか。  ・緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断は、個人又  は数名の職員で行うものではなく、施設全体として判断して  いるか。  ・身体的拘束を行う行為が、一時的であり、もっとも短い拘束時  間となっているか。  ・入所者本人や家族等に身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の  時間(時間帯)、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理  解を得るよう努めているか。  ・緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合であっても、「緊急やむ  を得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、  要件に該当しなくなった場合には直ちに解除しているか。  　　(6)身体的拘束を行う場合に、記録をしているか。  ・緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その態様及び時  間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由  （切迫性、非代替性及び一時性の３要件を満たす具体的な内  容）を記録しているか。  ・身体的拘束に関する説明書・経過観察記録など適切な記録を作  成し、保存しているか。  　　(7)身体的拘束等の適正化を図るための措置を講じているか。  ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ  電話装置等を活用して行うことができるものとする。）  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。  　　　　・身体的拘束等の適正化対策を担当する者を定めているか。  （担当者の職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　（看護師が望ましい。） | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例15条  県条例14条  県条例19条  県条例16条  身体拘束ゼロへの手引き |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備しているか。  　　　　　（指針作成年月日：　　　　年　　月　　日）  ・介護職員その他の従業者に対し身体的拘束等の適正化のため  　の研修（年２回以上、新規採用時には必ず）を定期的に実施し  ているか。  　　(8)入浴介護を適切に行っているか。  ・1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、  又は清しきを行っているか。  ・ユニット型の場合、入居者が身体の清潔を維持し、精神的に  快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入  居者に入浴の機会を提供しているか。やむを得ない場合に  は、清しきを行うことをもって入浴の機会の提供に代えてい  るか。  (9)排泄介護を適切に行っているか。  ・心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立につ  いて、必要な援助を行っているか。  　(10)褥そう対策について  ①褥そうが発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生  を予防するための体制を整備しているか。  　　　　ア褥そうのハイリスク者に対し、褥そう予防のための計画の作  成、実践並びに評価を行っているか。  　　　　イ褥そう予防対策を担当する者（看護師が望ましい。）を決めて  いるか。  （担当者の職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　ウ医師、看護職員、介護職員、栄養士等からなる褥そう対策チ  ームを設置しているか。  　　　　エ褥そう対策のための指針を整備しているか。  　　　　　（指針作成年月日：　　　　年　　月　　日）  オ介護職員等に対し、褥そう対策に関する施設内教育を実施し  ているか。  褥そう者の状況（令和７年4月1日現在）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 年齢 | 入所年月日 | 発症年月日 | 発生場所 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   ＊発生場所は施設・病院等で記載してください。  　　(11)機能訓練  ・心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改  善し、又はその減退を防止するための訓練を行っているか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１８参照  　　(12)離床、着替え、整容  ・離床、着替え、整容など、心身の状況に応じて適切に行って  いるか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　ない  いる　ない  いる　いない    いる　いない  いる　いない |  | 県条例17条  県条例17条  県条例21条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| (13)健康管理等  ・医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、疾  病の早期発見、予防等健康保持のための適切な措置をとるよ  う努めているか。  　　(14)食事の提供について  ①栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適  切な時間に提供しているか。  ・入所者の身体的特性に適合したたんぱく質、ビタミン等の栄  養素が確保されるよう考慮しているか。  ・調理はあらかじめ作成された献立にしたがって行っている  か。  ・個々の入所者の食事管理の状況は記録してあるか。  ②食事の環境は適切であるか。  　　　　・食事場所は基本的に食堂（ユニット型は共同生活室）であるか。  テーブルやイスの配置は車いすで使うのに適しているか。  行事食は取り入れているか。  摂食時間は十分確保されているか。  ③嗜好調査、残食調査、給食会議及び検食結果等を踏まえて、入  所者の評価が献立に反映され、食事メニューに工夫がされてい  るか。  ・嗜好調査は実施され、記録は整備されているか。  残食調査は実施され、記録は整備されているか。  　　　　　代替メニューはあるか。  ④入所者の身体状況(咀嚼能力健康状態等)にあわせた調理内容に  なっているか。  ・刻食、ミキサー食等を取り入れているか。  医師の指示に従って、治療食・病人食を取り入れているか。  　　　⑤夕食時間は17時以降となっているか。  　　　　夕食開始時間：　　　　時　　　分（18時以降が望ましい）  ⑥検食は適正に行われているか。  ・施設長以下あらゆる職種の者が1名ないし2名で、食事提  供前に実施しているか。  　　　　　（食中毒が発生したとき、原因究明を確実に行うため、原則  として、調理従事者は当該施設で調理された食品を喫食し  ないこと。ただし、原因究明に支障を来たさないための措  置が講じられている場合はこの限りではない。  (毎日の健康調査・月1回以上の検便検査等)）  ・検食の記録は整備され、検食時間も記録されているか。  　　(15)栄養管理  　　　①入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア  計画を作成しているか。（栄養ケア計画に相当する内容を施設  サービス計画の中に記載する場合は、栄養ケア計画の作成に代  えることができる。）  　　　②栄養ケア計画に従い管理栄養士が栄養管理を行い、入所者の栄  養状態を定期的に記録、評価、必要に応じて計画を見直してい  るか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  ある　ない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 県条例22条  県条例１８条  基準省令17条の2 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| （「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の  実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式の提  示について」第4参考）  (16)口腔衛生の管理  　入所者の口腔の健康状態に応じて、以下の手順により計画的に口  腔衛生管理を行っているか。  　　①歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介  護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を  年2回以上行っているか。  　　　②①の技術的助言及び指導に基づき、以下の事項を記載した入所  者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成し、必要に応じて定  期的に見直しているか。（口腔衛生の管理体制に係る計画に相当  する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、口腔衛生  の管理体制に係る計画の作成に代えることができる。）  　　　ア　助言を行った歯科医師  イ　歯科医師からの助言の要点  ウ　具体的方策  エ　施設における実施目標  　　　オ　留意事項・特記事項   1. 歯科訪問診療料が算定された日に、介護職員に対する技術的助   言等又は②の計画に対する技術的助言等を行うにあたっては、歯  科訪問診療等の実施時間以外の時間帯に行っているか。  (1７)社会生活上の便宜の供与等  ①入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続  きについて、その者又はその家族において行うことが困難であ  る場合は、その者の同意を得て、代わって行っているか。  ②預り金の管理は適切に行われているか。  　　　　・預り金管理規程は整備されているか、また、規程に基づい  た取扱をしているか。（預り金等保管依頼書等必要な書類を  とっているか。）  　　　　・自己管理が可能な者について、預り金の管理を行っていない  か。  自己管理可能者には、金銭等を保管する場所と設備を提供し  ているか。  　　　　　　＊入所者自身が自己管理している者　　　　　人   |  |  | | --- | --- | | 自己管理の方法及び保管場所 |  |   ・入所者の依頼(委任)により預り金を管理している場合、預金  通帳保管者、印鑑保管者がそれぞれ別になっており、保管場  所もそれぞれ別にして、その鍵の管理者も別の者にするな  ど、内部牽制体制が確立しているか。  ・預り金の収支状況は、施設長により定期的に点検されている  か。  ・預り金の収支状況は、定期的に入所者（必要に応じて家族）  に知らせているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 基準省令17条の3  平27県福祉部長通知「施設預り金等管理規程モデル」 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| 入所者預り金の状況（令和７年3月末現在）を記載してください。   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 預り人員　A | | | 預り金総額  　　B | 1人当りの平均預り金B/A | 個人別 | | | 最高額 | 最低額 | | 現金 | 人 | | 万円 | 万円 | 万円 | 万円 | | 通帳 | 人 | | 万円 | 万円 | 万円 | 万円 | | 保管責任者 | | | | | 保管方法 | | | 区分 | | 職名 | 氏　名 | | 保管場所 | 鍵管理者 | | 現金 | |  |  | |  |  | | 通帳 | |  |  | |  |  | | 印鑑 | |  |  | |  |  |   ③遺留金品の取扱は適切に行われているか。  ・受領者及び引渡しの時期は適切であるか。（長期間施設で保管して  いないか。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別表１９参照  ・預り金等受領書をとって金品を引き渡しているか。  (18)不適切処遇（虐待等）の防止の取組は適切に行われているか。  ・不適切処遇（虐待等）防止のために研修や勉強会等は開催しているか。  ・不適切な処遇と感じる事例を見かけたときの連絡・報告体制は  整備されているか。  ・事故について、同様の事例が繰返し発生していないか。  　　軽度の事故であっても、発生原因が把握されているか。  ・苦情について、職員の無視や強制、暴言に起因するものはないか。  ・虐待が疑われるような事例の発生はないか。  (19)防犯対策の取組みは適切にされているか。  ・日頃から、設備の整備・点検、職員研修などに努めているか。  　・関係機関や地域住民等多様な関係者との協力・連携体制を  構築しているか。  (20)電磁的記録について  　・特別養護老人ホーム及びその職員は、作成、保存その他これらに  類するもののうち、この省令において書面（書面、書類、文書、  謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によ  って認識することができる情報が記載された紙その他の有体物  をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されてい  る又は想定されるもの（次項に規定するものを除く。）について  は、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁  気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方  式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供  されるものをいう。）により行っているか。  ・特別養護老人ホーム及びその職員は、説明、同意その他これらに  類するもの（以下「説明等」という。）のうち、この条例の規定  において書面で行うことが規定されている又は想定されるもの  については、当該説明等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、  電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認  識することができない方法をいう。）により行っているか。 | いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 高齢者虐待防止法20条  平28社会福祉施設等における防犯に係る安全の確保について  県条例54条の2 |
| **【職員処遇編】＊該当がない場合は、点検結果は未記入にしてください。**  **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| **４職員の状況**  　（１）就業規則の適正な整備  ・就業規則を適切に整備しているか。  　　　　　作成又は直近の変更日：H・R　　年　　月　　日  　　　　　直近の労基署届出日　：H・R　　年　　月　　日  　　　　　届出に職員代表者の意見書を添付しているか。  　　　　　（職員代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）    ・短時間労働者の就業規則は整備されているか。  　　　　　（一般職員用の規則の中で対応・短時間労働者用の規則を整備）    ・職員への周知はどのように行っているか。  　　　　　（周知方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（２）適切な労働時間  　　　　・労働時間は法定労働時間（週40時間）を超えていないか。  ・変形労働時間制の場合、職員代表者と協定を締結し、所轄の  労基署に届出ているか。  （該当する場合、届出年月日：H・R　　年　　月　　日  　　　　　　職員代表者　職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（一ヶ月単位の場合は労使協定又は就業規則のいずれかで可。1年  単位の場合はいずれも必要です。）  　　　　・時間外、休日労働について、職員代表と協定を締結し、所轄  労基署に届出ているか。（36条協定の届出が効力の発生要  件のため、協定期間の開始日より早い期日に届出てくださ  い。）  直近の労基署届出日　：R　　年　　月　　日  　　　　　職員代表者職氏名：  　　　　　協定の有効期間が経過していないか。  　　　　　協定に記載されていない業種の者に時間外・休日労働をさせ  ていないか。  　　　　・法定休日（毎週少なくとも1回（4週間で4日でも可））を  与えているか。  （「夜勤明け」の日は法定休日には該当しないので注意して  ください。）  　　　　・労働時間を適正に管理するために、労働者の始業・終業時刻  　　　　　を記録しているか。  　　　　　（勤務時間は、業務の引継ぎや申し送り等に要する時間も考  慮して設定してください。）  　（３）年次有給休暇  　　　　・就業規則に定める付与日数は労基法の水準を下回っていない  か。  ・短時間労働者に比例付与が適切に行われているか。  ・週の所定労働時間が30時間以上の短時間労働者は一般職員  と同等の付与日数が確保されているか。  ・年度繰越は適切になされているか。  ・時間単位の年次有給休暇の取得にあたっては労使協定を締  結し、就業規則に記載しているか。 | ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 労基法８９条  労基法３２条  労基法３６条  労基法３５条  労基局長通知３３９号  労基法３９条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・年10日以上の年次有給休暇が付与される労働者は、年次有  給休暇のうち年5日の年次有給休暇を確実に取得している  か。  【参考】  一般労働者   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 勤務年数 | 6月 | 1年6月 | 2年6月 | 3年6月 | 4年6月 | 5年6月 | 6年6月 | | 付与日数 | １０ | １１ | １２ | １４ | １６ | １８ | ２０ |   短時間労働者（週所定労働日数が４日以下かつ週所定労働時間が30時間未満の労働者）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 週所定労働日数 | 年間所定労働日数 | 6月 | 1年6月 | 2年6月 | 3年6月 | 4年6月 | 5年6月 | 6年6月 | | ４ | 169～216日 | ７ | ８ | ９ | １０ | １２ | １３ | １５ | | ３ | １２１～１６８日 | ５ | ６ | ６ | ８ | ９ | １０ | １１ | | ２ | ７３～１２０日 | ３ | ４ | ４ | ５ | ６ | ６ | ７ | | １ | ４８～７２日 | １ | ２ | ２ | ２ | ３ | ３ | ３ |   （太線黒枠で囲った部分に該当する労働者は、「年5日の年次有  給休暇の確実な取得」の対象になります。）  （４）・産前産後の休暇は適正に取り扱われているか。  　（５）育児休業・介護休業  　　　　・就業規則又は付属規程として整備しているか。    ・職員代表と協定をしないまま休業の申出を拒んでいないか。  　　　　　休業に関して、必要な事項をあらかじめ職員に周知している  　　　　　か。    ・3歳に満たない子を養育する職員または要介護状態の対象家  族を介護する職員の申出により必要な措置を講じているか。  （所定外労働の不可等）    ・小学校就学の始期に達するまでの子を養育するために請求  した場合、又は要介護状態にある家族を介護するために請求  した場合においては、1ヶ月につき24時間、1年につき  150時間を超える時間外をさせていないか。  　（６）職員の健康・安全管理  　　　　・常時50人以上を雇用する場合（非常勤含む）  　　　　　衛生管理者及び産業医を選任しているか。  　　　　　衛生管理者　職名：  　　　　　　　　　　　氏名：  　　　　　産業医氏名　　　：  　　　　　所轄の労基署に届出ているか。  　　　　　衛生管理者　届出日　H・R　　年　　月　　日  産業医　　　届出日　H・R　　年　　月　　日    ・衛生管理者（週1回）及び産業医（月1回）は施設を巡視し  ているか。  ・衛生委員会は開催しているか。  　　　　　直近の衛生委員会開催日：R　　年　　月　　日    ・ストレスチェックを実施しているか。  （職員数が10人～49人の施設については当面努力義務。）  　　　　　（実施または実施予定月：R　　年　　月　　日） | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 育児介護休業法  労安法１２、１３条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・常時10人～49人を雇用する場合（非常勤含む）  　　　　　専属の衛生推進者を選任し、職員の見やすい場所に掲示等により周知しているか。  ・常時10人以上を雇用している事業所は、専属の安全推進者を  　　　　　配置し、職員の見やすい場所に掲示等により周知しているか。  【参考】  Ⅰ　衛生管理者の資格　①～③のいずれか   1. 第1種衛生管理者免許、第二種衛生管理者免許、衛生工学衛生管理者免許 2. 医師・歯科医師 3. 労働衛生コンサルタント等   Ⅱ　産業医の資格　医師＋①～③のいずれか   1. 厚生労働大臣が定める研修を終了 2. 労働衛生コンサルタント試験に合格し、区分が保健衛生 3. 大学教授・准教授・講師（労働衛生担当）等   Ⅲ　衛生推進者の資格　①～⑤のいずれか   1. 5年以上の衛生の実務 2. 大卒で1年以上の衛生の実務経験 3. 高卒で3年以上の衛生の実務経験 4. 労働基準局長の講習を終了 5. 上記と同等以上の能力   Ⅳ　安全推進者の要件   1. 5年以上の安全衛生の実務 2. 大卒で1年以上の安全衛生の実務経験 3. 安全・衛生推進者養成講習修了者 4. 上記と同等以上の能力を有すると認められる   （労働安全コンサルタント、安全管理士等）  　（７）賃金等  　　　　・給与規程は適正に整備され、運用されているか。    ・初任給の決定は適正に行っているか。    ・給与格付・昇給・昇格は適正に行われているか。    ・賃金の支給額は適正であるか。    ・諸手当の認定は適正に行われているか。また、適正に支給さ  れているか。[住宅手当・扶養手当・通勤手当・時間外手当等]    ・期末・勤勉手当等の支給は適正に行われているか。    ・給与規程以外の支給はないか。    ・支払いにあたっては金額等の明細を職員に交付しているか。  　　　　　現金支給の場合、職員から受領印を求めているか。  ・口座振替による賃金の支払いは該当職員全員から同意書を求  めた上で行われているか。  ・賃金からの法定外控除については、職員代表と協定を締結し  ているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 労基法２４条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| 協定に記載されていないものを控除していないか。  　　　　・非常勤職員等に対する雇用契約、賃金の支払いが適正に行われているか。  　　　　　最低賃金を下回る賃金を支払っていないか。    　　　　・非常勤職員の雇用の際には、雇用契約書、雇入れ通知書等の  文書により労働条件を明示して交付しているか。  （□には明示している項目にチェックを入れてください。）  □労働契約の期間  □期間の定めのある労働契約を更新する場合の基準  □就業場所の変更の範囲及び従事すべき業務の変更の範囲  □始業及び終業の時刻、所定労働時間を超える労働の有無  □休憩時間  □休日  □休暇  □賃金の決定、計算及び支払いの方法、賃金の〆切及び支払いの時期  □退職に関する事項（解雇の事由を含む）、□昇給・退職手当・賞与の有無  □相談窓口  　　　　・一定の要件に該当する非常勤職員等は、社会保険等（健康保険、厚生年金保険、雇用保険）に加入しているか。  ・2020．4から65歳以上の雇用保険料の徴収をしているか。  【参考】加入が必要な場合  Ⅰ．雇用保険：①1週間の所定労働時間が20時間以上で②31日以上の雇用見込みがある人を雇入れた場合。  Ⅱ．健康保険・厚生年金保険：1日または1週間の労働時間お  よび1ヶ月の所定労働日数が通常の労働者の4  分の3以上ある場合。  　　　　・常勤職員を雇用する場合に、雇用契約書、採用辞令、雇入れ通知書等の文書により労働条件を明示して交付しているか。  ＊雇用の際には、常勤・非常勤を問わず労働条件を書面によ  り明示することが義務づけられています。  ｛就業規則に記載があるものは、それを提示して説明し、  交付することで通知書等に具体的に記入しなくても可。｝  （８）継続雇用制度  　　　　・就業規則又は付属規程として整備されているか。    　　　　・次の高年齢者雇用確保措置のいずれかを講じているか。  　　　　　　□定年の引き上げ　　　　定年（　　）歳  　　　　　　□継続雇用制度の導入（原則として希望者全員を対象）  　　　　　　□定年制の廃止  　　　　　　（□にチェックを入れてください。）  　（９）職員の健康診断  　　　　・定期健康診断は1年以内ごとに1回適切に行っているか。    ・夜勤を行う職員については、6月以内ごとに1回、定期的に  　行われているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 労基法１５条  安衛則４４条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・雇入れ時の健康診断は適切に行われているか。  ・健康診断票は個人ごとに整備し、5年間保存しているか。  （10）退職手当等の状況  　　　　・退職手当を支給しているか。  ・加入している退職共済等について  　　　　　福祉医療機構退職手当共済に加入しているか。  　　　　　制度改正後（H18.4）の新規採用職員は加入しているか。  　　　　　共済に加入していない者に係る他の制度等への加入状況  　　　　　□中小企業退職共済制度  　　　　　□退職積立金制度  　　　　　□その他（　　　　　　　　）  （□にチェックを入れてください。） | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 安衛則４５条  安衛則４３条 |
| **【施設会計編】＊該当がない場合は、点検結果は未記入にしてください。**  **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| **５施設会計**  　（１）経理体制  　　　　・定款、事業の実態、法令等の事業種別等に基づき、事業区分は社会福祉事業、公益事業または収益事業ごとに区分されているか。  　　　　・拠点区分は予算管理の単位ごとに、一体として運営される施設、事業所ごとに区分されているか。  　　　　・各拠点区分においては、サービス区分を設け収支計算がされ  ているか。  ＊社会福祉事業、公益事業又は収益事業は、別の拠点区分とすることが原則であるが、社会福祉事業と一体的に実施されている公益事業については、当該社会福祉事業と同一の拠点区分とすることができます。  　（２）会計組織  　　　　・拠点区分ごとに会計責任者が置かれているか。    ・拠点区分又はサービス区分には会計責任者に代わって一切の  経理事務を行わせるため、出納職員を置いているか。  　　会計責任者と出納職員の職名・氏名・辞令の有無を記載願います。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 担　当　職 | 職　名 | 氏　名 | 辞　令 | | 会計責任者 |  |  | 有・無 | | 出納職員 |  |  | 有・無 |   　　　　・契約担当者が任命され、辞令が交付されているか。  　　　　　（理事長が契約している場合は任命の必要はありません。）  　　　　・会計処理ソフトの利用はあるか。  ・会計処理等の会計事務所等への委託はあるか。  　（３）予算の状況  　　　　・収支予算は会計年度前に理事長が作成し、定款に従い承認を受けているか。  　　　　・予算を超える支出等（軽微なものを除く）、変更事由が生じた  場合、補正予算を作成し、承認を受けているか。  　（４）会計帳簿  　　　　・拠点区分ごとに主要簿（仕訳日記帳・総勘定元帳）を作成し、備え置いているか。  　　　　・計算書類にかかる各勘定科目の金額については、総勘定元帳と一致しているか。  　　　　・基本財産（有形固定資産）及びその他の固定資産（有形固定資産・無形固定資産）の金額は、固定資産管理台帳と一致しているか。  　（５）現金等の管理等  　　　　・現金は出納帳を作成し、適正に管理しているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 会計省令  モデル経理規程６条  モデル経理規程８条  モデル経理規程１６条  モデル経理規程１２条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| 取扱っている現金出納帳にチェックを入れてください。  　　　　　□施設の利用料、□入所者預り金、□小口現金  　　　　　□立替金、□その他（　　　　　　　　　　　　　）  ・毎日の現金残高と出納帳の残高は出納職員等が照合し、会計  責任者へ報告、会計責任者はその事実を確認しているか。  （小規模法人については、経理規程で「現金の受払いがあった  日」と規定した場合には、毎日照合しなくても可。）  （会計責任者は通帳等についても定期的に確認してくださ  い。）  　　　　・印鑑・通帳の管理は適正に行われているか。  　　　　　（通帳及び印鑑の管理は、それぞれ別の職員が管理し、鍵のかかる金庫等に保管してください。）  　　　　・小口現金の残高は、経理規程で定める限度額内であるか。  （経理規程で定めている金額　　　　万円）  　　　　　小口現金で支払うことが適切な経費であるか。    　　　　・現金収入は、直接支出に充てることなく、金融機関へ預け入  　　　　　れているか。  　　　　　収納した金銭の保管は、経理規程で定めた日以内で金融機関に預け入れているか。  （経理規程で定めている日数：収入後　　　日以内）  　（６）会計処理の状況  　　　　・金銭の支払処理にあたり、会計伝票（振替伝票）等を作成し、会計責任者の承認印又は承認のサインを得ているか。  　　　　　　＊会計伝票には、サービス区分、勘定科目、取引年月日、数量、金額、相手方及び取引の内容などが必要です。  ＊会計伝票に代えて仕訳日記帳などを使用している場合は、経理規程にその旨規定し、会計伝票に準じた処理を行ってください。  　　　　・会計伝票等には、証憑（請求書、領収書）類を添付等し、10年間保存しているか。  　　　　・会計責任者は、各拠点区分ごとに毎月末日における月次報告書（試算表）を作成し、経理規程に定めた日までに理事長へ提出されているか。  　（７）勘定科目等  　　　　・現金預金  　　　　　すべての預貯金は残高証明書をとり、勘定残高と照合しているか。  　　　　　残高証明書と補助簿、試算表、計算書類は一致しているか。  不一致の場合、調整表を作成しているか。    積立預金等の証書は施設に漏れなく保管されているか。  　　　　・有価証券  　　　　　種類は安全、確実な方法であるか。  株式を保有する場合、理事会の議決を経ているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  ある　ない  いる　いない |  | モデル経理規程３０条  モデル経理規程２８条  モデル経理規程２４条  モデル経理規程１３条  モデル経理規程３２条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| 株式保有を行っている場合（全株式の20％以上を保有して  いる場合に限る）に、所轄庁に必要書類の提出をしているか。  有価証券を保有する場合、注記に記載しているか。  　　　　・貸付金  社会福祉法人外部への貸付はないか。  内部貸付金（本部会計・他の社会福祉事業・公益事業・収益  事業）は年度内に返済されているか。    年度内に返済されていない場合、事業区分間及び拠点区分間  またはサービス区分間貸付金（借入金）残高明細書を作成し  ているか。  　　　　・未収金、立替金、前払金、仮払金  　　　　　発生原因は妥当であるか。    法人や施設に関係しないものが含まれてないか。    立替金、仮払金に本来貸付金となるべきものが含まれていな  いか。    立替金、仮払金の精算に相当の期間を要していないか。  　　　　・固定資産、償却資産  　　　　　基本財産およびその他の固定資産（有形・無形固定資産）の明細書は、貸借対照表のそれぞれの数値と一致しているか。    国庫補助金等特別積立金は固定資産の減価償却のうち当該  補助金により取得された部分に相当する額を適切に取崩し  ているか。  　　　　　耐用年数が1年以上かつ１個若しくは１組の金額が10万円以上の有形固定資産及び無形固定資産を対象としているか。  　　　　　平成19 年4 月以降に取得した有形固定資産については、償却計算を実施するための残存価額はゼロとし、償却累計  額が当該資産の取得価額から備忘価額（１円）を控除した金  額に達するまで償却しているか。  無形固定資産（ソフトウェア等）については、定額法により  減価償却を行い、当初より残存価額をゼロとして減価償却を  行っているか。  建設仮勘定が計上されている場合、期末残高は工事未完了の  ものに限られているか。    基本財産の処分については、事前に理事会の同意を得て、知  事の承認を受けているか。  　　　　・借入金  金銭の借入（多額の借財に限る）は理事会の議決を経て行わ  れているか。    金銭の借入及び償還は借入目的に応じて、各拠点区分で行わ  れているか。 | いる　いない  いる　いない  ない　ある  いる　いない  いる　いない  ある　ない  ある　ない  ない　ある  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | 運用上の留意事項  定款例29条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| ・リース取引  　　　　　ファイナンスリース取引については、通常の売買契約に係る方法に準じて会計処理を行っているか。（ただし、リース契約1件あたりのリース料総額300万円以下又はリース期間が1年以内のファイナンスリース取引については、通常の賃貸借取引に係る方法に準じて会計処理を行うことができる。）  オペレーティングリース取引については、通常の賃貸借取引  に係る方法に準じて会計処理を行っているか。  ＊ファイナンスリース取引とは、リース期間の中途におい  　て契約を解除することができないリース取引又はこれ  に準ずるリース取引で、借手が、契約に基づき使用する  物件からの経済的利益享受することができ、かつ、リー  ス物件の使用に伴って生じるコストを実質的に負担す  るリース取引をいい、オペレーティングリース取引とは  ファイナンスリース取引以外の取引をいいます。    ・仮払金  　　　　　本部・施設間の貸借関係を仮受、仮払で処理していないか。    理事又は施設長からの借入について、仮受、仮払で処理して  いないか。  　　　　・会計の1年基準について  　　　　　1年以内に入金または支払期限が到来するもの（貸付金・借  入金）は流動資産・流動負債へ振替えているか。  　　　　・引当金  　　　　　引当金について、合理的に見積もられ、引当金明細書が作成されているか。    未収金等の金銭債権のうち徴収不能と認められる額がある  場合には、徴収不能引当金として計上しているか。  　　　・基本金  　　　　　基本金は、施設の創設等、借入金元金償還、運営資金等のための寄附金を種類に応じて基本金としているか。    基本金の組入れにあたり、基本金明細書を作成しているか。  　　　　・国庫補助金等特別積立金  　　　　　施設及び設備整備のために、国等から補助金、助成金、交付金等の受入れがあった場合、同額を国庫補助金等特別積立金として積立を行っているか。    対象となった固定資産の減価償却等による取崩し及び対象  となった基本財産等が廃棄又は売却された場合の取崩しに  ついては、各拠点区分で処理しているか。    国庫補助金等特別積立金の積立および取崩しについては、国  庫補助金等特別積立金明細書を作成しているか。  ・その他の積立金  　　　　　その他の積立金は、理事会の議決に基づき、当期末繰越活動増減差額にその他の積立金取崩額を加算した額に余剰が生じた場合に行われているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いない　いる  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  |  |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| その他の積立金は、その積立の目的である支出が行われた年  度において、同額を取崩しているか。  　　　　・寄附金  　　　　　寄附金の受入れは寄付者の意向（本部や施設等）に沿っているか。  寄附金に関する書類を整備しているか。  　　　　　　□寄附申込書、□領収書（税制上の優遇措置記載）、□寄附金品台帳  （整備している書類は□にチェックを入れてください。）  　　　　　寄附金を受け入れた場合には、会計責任者に報告し、理事長  の承認を受けているか。  　　　　・注記  　　　　　注記は、適切に行われているか。    　注記にかかる勘定科目と金額が計算書類と整合しているか。  （８）契約事務  　　　・契約締結に際して、定款の定めにより理事会等の議決は得て  いるか。（理事長専決事項は除く）  　　　　・契約書  1件100万円を超える契約について、契約書は作成されて  いるか。（100万円以下の契約であっても、必要に応じ、適  正な履行を確保するために、請書その他これに準ずる書面を  とること。）  　　　　・随意契約  　　　　　随意契約を実施する場合、価格による随意契約は３社以上から見積書を取り、比較するなど、適正な価格を客観的に判断しているか。  （ただし、経理規程に定めている額を超えない場合は、２社以上の見積りで差し支えありません。）  　　　　・随意契約によることができる予定価格を超えて随意契約を行う場合、その理由を明確にし、経理規程に定めている合理的理由に該当することを確認し、理事長等の承認を受けているか。  　　　　・競争入札  　　　　　一般競争入札及び指名競争入札の手続きは、経理規程の定めに従い、適正に行っているか。  　　　　　指名競争入札において、指名業者の選定は理事会で行われているか。  　　　　　契約相手の決定に関する理事会において、契約に関して特別な利害関係を有する理事は、その議決に加わっていないか。  　（９）決算の状況  　　　　・計算書類  　　　　　資金収支計算書の当期末支払資金残高は、貸借対照表の流動資産と流動負債（引当金を除く）の差額に一致しているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いない　いる  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | モデル経理規程２５条  定款例２６条  モデル経理規程７５，76条  モデル経理規程７４条  モデル経理規程７２，７３条 |
| **自主点検項目・内容** | **点検結果** | 確認状況  （記載不要） | 根拠法令等 |
| 事業活動計算書上の次期繰越活動増減差額は、貸借対照表上の  次期繰越活動増減差額と一致しているか。  計算書類は年度終了後３ヶ月以内に作成され、適切に保存さ  れているか。  　　　　　・資金収支計算書、・事業活動計算書、・貸借対照表  　　　　　会計帳簿は適切な期間、保存しているか。  　　　　　（計算書類及び附属明細書は１０年、財産目録は５年）  【参考】  ＊法人全体で作成が必要な附属明細書。  □借入金明細書、□寄附金収益明細書、□補助金事業収益明  細書、□事業及び拠点区分間繰入金明細書、□事業及び拠点  区分間貸付金（借入金）明細書、□基本金明細書、□国庫補  助金等特別積立金明細書  ＊拠点区分ごとに作成が必要な附属明細書  □基本財産及びその他の固定資産の明細書、□引当金明細  書、□拠点区分資金収支明細書、□拠点区分事業活動明細書、  □積立金、積立資産明細書、□サービス区分間繰入金明細書、  □サービス区分間貸付金（借入金）残高明細書（法人全体・  拠点区分ごとに作成されているか確認願います。）  　（１０）繰入金等の状況  　　　　・資金の運用について  　　　　　介護報酬を主たる財源とする資金の使途について、特別養護老人ホームでは以下の経費に当てられていないか。   1. 収益事業に要する経費 2. 社会福祉法人外部への資金の流出（貸付を含む） 3. 高額な役員報酬など実質的な剰余金の配当と認められる経費   　　　　・法人が運営する他の社会福祉事業、法人本部、公益事業への資金の繰入については、事業活動資金収支差額に資金残高が生じ、かつ、当期資金収支差額合計に資金不足が生じない範囲内での繰入になっているか。  　　　　・法人が運営する居宅サービス等の事業への資金の繰入は、当期末支払資金残高に資金不足が生じない範囲内となっているか。 | いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない  いる　いない |  | モデル経理規程１４条  会計省令３０条  老健局長通知「特別養護老人ホームにおける繰越金等の取扱いについて」 |