安全管理重点確認監査チェックシート（届出保育施設(居宅訪問型)）

記入日：令和 年 月 日（ ）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： | 記入者（職・氏名）： |

**１ 防災上の措置**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | ☑ | 自由記載欄 |
| 地震、火災等の災害発生時における対処方法等（避難経路や消火用具等の場所の確認等を含む。）について検討し、実施しているか。 |[ ]   |

**２ 虐待等の禁止**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | ☑ | 自由記載欄 |
| (1)未然防止 |
| 乳幼児に身体的苦痛を与えることや、人格を辱めることがないなど、乳幼児の人権に十分な配慮がなされているか。 |[ ]   |
| 人権尊重の気づきを促すため、チェックリスト(「保育所・認定こども園等における人権擁護のためのセルフチェックリスト（全国保育士会）」)等を用いて自己評価を実施し、結果を職員間で共有しているか。 |[ ]   |
| (2)発生時の対応 |
| 家庭での虐待が疑われる事案を確認した際、速やかに市町村又は児童相談所に相談・連絡する体制を整備しているか。 |[ ]   |

**３　事故報告**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | ☑ | 自由記載欄 |
| 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しているか。 | [ ]  |  |
| 事故やケガの発生時に直ちに保護者へ報告するなど、連絡体制を確認しているか。 | [ ]  |  |
| 事故発生時には、原則当日（遅くとも翌日）に当該事実を国の定めた様式により市町村担当課（鳥取市以外の届出保育施設は鳥取県）に報告しているか。（死亡事故、治療に要する期間が 30 日以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故等、子どもの見落とし事案） | [ ]  |  |

**４ 危険・事故防止対策**

| 確認事項 | ☑ | 自由記載欄 |
| --- | --- | --- |
| (1)食事内容等 |
| 乳児にミルクを与えた場合に、ゲップをさせることや離乳食摂取後の乳児について食事後の状況に注意が払われているかなど乳児に対する配慮が適切に行われているか。 |[ ]   |
| アレルギー疾患等を有する子どもについて、保護者と連携し、医師の判断及び指示に基づき、適切な対応が行われているか。 |[ ]   |
| (2) 乳幼児突然死症候群 |
| 睡眠時の部屋の明るさは、子どもの顔色など様子がわかる程度となっているか。 |[ ]  呼吸等チェック表　[ ] 有 [ ] 無その他（ ） |
| 子どもを寝かせる際に仰向けで寝かせているか。 |[ ]   |
| 就寝中の寝返りを注意深く観察しているか |[ ]   |
| 子どもの呼吸の妨げになるようなものがないか確認しているか。 |[ ]   |
| 定期的に子どもの顔色、呼吸、発汗等の状況をチェックし、その結果をチェック票に記入しているか。（目安 0歳：5分ごと、1歳：10分ごと、2歳：10～15分ごと） |[ ]   |
| 両親の喫煙等により、乳幼児突然死症候群のリスクが高いとされる子ども等を把握しているか。 |[ ]   |
| ぬいぐるみや、ヒモ又はヒモ状のもの等がないか。 |[ ]   |
| 隙間に顔が埋まる危険はないか。 |[ ]   |
| 保育中は禁煙を厳守しているか。 |[ ]   |
| (3) 誤嚥・誤飲 |
| 誤嚥を防止するため、子どもの食事に関する情報（咀嚼や嚥下機能を含む発達や喫食の状況、食行動の特徴等）や当日の子どもの健康状態を把握しているか。 | [ ]  |  |
| 子どもの手の届く位置に誤飲による窒息のリスクのあるもの、誤飲する危険のある玩具、薬品、小物等がおかれていないか。 |[ ]   |
| 誤飲を防止するため、職員が保育室内及び園庭の点検を、定期的に実施しているか。 |[ ]   |
| (4) 飲食 |
| 誤嚥、窒息などの事故が起きた食材（例：りんご、白玉風のだんご、丸のままのミニトマト等）を提供していないか。提供する場合は、食材をカットして与えるなど対応しているか。 |[ ]   |
| 子どもが、ゆっくり落ち着いて食べることができているか。 |[ ]   |
| 子どもが食べ物をのどに詰まらせた際の、緊急対応方法について理解しているか。 |[ ]   |
| (5) その他 |
| 事故防止に対する研修・訓練を実施しているか。 |[ ]   |
| 日常的にヒヤリ・ハット事例を収集しているか。 |[ ]   |
| 県が実施する安全管理研修を全職員（育休職員等を除く。）が受講しているか。 |[ ]   |