

社会福祉施設の運営管理

- 1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
評価結果	社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。</p>
評価結果	社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。</p>
<p>【 -1 理念・基本方針の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本理念・基本方針は「社会福祉法人あかぎ育成園施設運営マニュアル」に明示されており、「職員会議」において全職員に周知が図られている。(1) - ・毎年7月に開催される「保護者会総会」において「あかぎ育成園」(事業計画)が保護者に配布されており、基本理念・基本方針に関する説明が行われている。(1) - 	

- 2 事業計画	
(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。	
評価結果	福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</p> <p>b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価 結果	中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</u></p> <p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p>
(2) 事業計画の評価を行っている。	
評価 結果	事業計画の実施状況に関する評価を行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</u></p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
<p>【 -2 事業計画の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期的な事業計画として「法人の管理運営基盤の確立」「施設改築の基本構想の検討」「障害者自立支援法への順次移行」「長期的な人事考課制度の設計」が掲げられている。 ・「障害者自立支援法」等の関係法令の理解に対する取り組みや地域移行に向けた種々の取り組みが掲げられており、「全国知的障害関係施設長会議」「全国知的障害福祉関係職員研究大会」への参加や「さばーと」「愛護ニュース」（日本知的障害者福祉協会）「福祉新聞」等の活用、地域移行のためにグループホームとして活用するための民家・アパート・地域環境の調査等が行われている。(1) - ・平成18年度事業計画として「福祉サービス第三者評価の受審」「施設体系の見直し」「サービスの質の向上に向けた個別支援ソフトの導入」「職員配置の見直し」が掲げられている。(1) - ・年度末に事業計画に関する評価（年間行事実施・総括・利用者の状況・財務・保健・給食等に関する評価）が行われ「事業報告書」が作成されており、次年度の事業計画に反映されている。評価の実施に先立ち、職員の自己評価に基づく「あかぎ育成園希望調査書」の「前年度を振り返っての反省点」が作成されている。(2) - 	

- 3 管理者の責任とリーダーシップ	
(1) 管理者の責任が明確にされている。	
評価 結果	管理者の責任が明文化されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</u></p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
評価 結果	管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p>
<p>【 -3 管理者の責任とリーダーシップの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「運営規定」において管理者の責務（第9条）・従事者の職種・員数（第10条）が規定されており、「運営マニュアル」に関する「職員会議」（毎年3月に開催される「職員会議」）において職員の共通認識が図られている。（1）- ・業務改善等に関する提案を検討するための「主任会議」「職員会議」が毎月開催されており、「生活寮」における時間帯に鑑みた職員配置や居室環境に関する検討が行われている。（2）- 	

- 4 体制及び責任	
(1) 施設の運営が適切に行われている。	
評価 結果	施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。</p> <p>c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。</p>
評価 結果	サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。</p> <p>c) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

【 -4 体制及び責任の特記事項】	<ul style="list-style-type: none"> ・「あかぎ育成園職制・職務分掌」に支援課・総務係・保健係・給食係における職制と職務分掌がそれぞれ規定されており、年度末の「職員会議」において組織図の発表と共に職制と職務分掌の責任について共通認識が図られている。(1) - ・「あかぎ育成園第1部事業計画書第2部支援計画書」の「サービス内容引継ぎマニュアル」に引継ぎ内容・引継ぎ時間・各種記録の方法・報告方法等が規定されており、「職員会議」において共通認識が図られている。(1) -
-------------------	--

- 5 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

評価結果	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。</p>
評価結果	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>

【 -5 経営状況の把握の特記事項】

<ul style="list-style-type: none"> ・「全国知的障害関係施設長会議」「全国知的障害福祉関係職員研究大会」や「さぼーと」「愛護ニュース」(日本知的障害者福祉協会)において得られた知的障害者福祉に関する法令の制定・改編・動向・ニーズ等の情報は、「職員会議」「朝会」において職員の共通認識が図られている。(1) - ・経営状況は損益計算書・貸借対照表・キャッシュフロー表等の会計法規に基づく形式で把握され、「主任会議」において経営改善(問題点発見)に関する検討が行われている。(四半期に1度開催)(1) -

- 6 サービス内容の検討体制

(1) 質の向上のための取り組みが行われている。

評価結果	提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的に行われている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的に行われておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>【 -6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月2回「サービス担当者会議」が開催され、利用者に対する質の高いサービスの提供を図るために、一般職員を含めて前期・後期それぞれにおいて検討が行われている。(1) - ・「サービス検討・委員会」の検討内容は会議録を通じて共通認識が図られている。(1) - 	

- 7 人事管理・研修	
(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価結果	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>
評価結果	人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価結果	職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。	
評価結果	職員の資質向上に関する目標を設定している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができています。</p> <p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
評価結果	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>
<p>【 -7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員から12月に転勤希望・要望等に関する「人事調書」の提出、3月に担当グループ・担当業務・自己評価等に関する「あかぎ育成園希望調書」の提出をそれぞれ受け、「人事調書」「あかぎ育成園希望調書」に基づき施設長・次長・課長により人員配置に関する検討が行われている。(1) - ・福利厚生事業に加入しており、職員による親睦会が組織されている。テニス・野球・ゴルフ等の職員のクラブ活動が実施されている。(2) - ・「研修委員会」が組織され、研修目的に基づいた研修計画が毎年度策定されている。研修目的はそれぞれ研修計画や研修時における配布文書等に明示され職員に周知が図られている。研修結果は「法人研修発表会」(年度末に開催)において全職員に周知されており、「法人研修発表会」の内容を編集した「研修集録パートナー」が発行されている。(3) - ・「あかぎ育成園希望調書」に記載された職員の支援員としての目標・参加を希望する研修や職員の取得資格に鑑み、「研修委員会」による研修計画が策定されている。職員は研修計画に基づき、群馬県主催「群馬県障害者ケアマネジメント従事者研修」、知的障害者協会主催「新任職員研修会」「関東地区施設職員研修」等・マンパワーセンター主催「相談援助技術研修」「社会福祉施設職員」「職場内指導者研修」「専門技術研修」「レクリエーション援助研修」等の研修に参加している。(3) - 	

地域等との関係

- 1 地域社会との関係	
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。	
評価結果	社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p>
評価結果	専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p> <p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p>
<p>【 -1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <p>・地域・公共施設の清掃活動・防災協力員・赤城会後援チャリティーゴルフ・運動会等の地域との交流を図る活動を通じ、知的障害者更生施設における支援内容を理解していただくための取り組みが行われている。(1) -</p> <p>・「地域交流ホーム」の地域住民に対する開放や、施設が所有するマイクロバスの貸し出しが行われている。「窯業班」による陶芸を通じた支援活動を公開し、地域住民に理解を得るために「陶芸教室」が開催されている。(1) -</p>	

- 2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
評価結果	ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</u></p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
評価結果	ボランティアの受け入れに関する工夫がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めたのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</u></p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
評価結果	ボランティアからの疑問等に応えている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</u></p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p>
<p>【 -2 ボランティアの受け入れの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ボランティア受け入れ要領」に、施設・利用者理解の促進、地域社会との架け橋、サービスの質・量の拡充等の意義から積極的に受け入れることが明示されている。(1) - ・利用者に対しては目的等を説明し誤解や不満がないよう配慮し、ボランティアに対してはオリエンテーションを実施し利用者の状況・プライバシーについて説明を行っている。(1) - ・「ボランティア受け入れ要領」に基づき「支援課」にボランティア受け入れ担当者が配置されており、ボランティア計画に則りボランティア活動が実施されている。(1) - ・ボランティアからの疑問等に対しては「支援課」のボランティア担当係長が対応し、ボランティア活動の終了時に施設長・次長・課長等が面接により感想等の意見聴取を行い施設運営に活用している。(1) - 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

- 3 実習生・体験学習への対応	
(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。	
評価 結果	実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>
評価 結果	実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の理解を得ている。</p> <p>b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の理解は十分に得ていない。</p> <p>c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の理解は得ていない。</p>
評価 結果	効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p>c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<p>【 -3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「社会福祉法人赤城会実習要領」に、実習生を受け入れる意義・利用者の権利を擁護するために実習生が留意する事項・実習日誌等の記録方法・利用者と実習生の事故防止等が明示されている。(1) - ・「社会福祉法人赤城会実習要領」に基づき施設長・次長・課長により施設運営・実習内容説明・実習心得に関するオリエンテーションが行われており、「班」の実習支援員により実習生活・日課表・養護・実習日誌・評価表等に関するオリエンテーションが行われている。(1) - ・「社会福祉法人赤城会実習要領」に基づき実習担当支援員・班実習支援員等が配置され、実習実施にあたり配慮する点・事故防止・あかぎ育成園における支援内容等が明示されている。(1) - 	

サービスの利用開始

- 1 サービス開始時の対応	
(1) サービスの開始が適切に行われている。	
評価結果	施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫のもと、情報提供は十分行われている。</p> <p>b) 施設が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫はしているが、情報提供は十分ではない。</p> <p>c) 施設が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫は特にしていない。</p>
評価結果	サービスの実施にあたり、利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対しての説明について、施設が定める方法に基づいて重要事項等の説明を行うとともに、必ず意向を把握して、同意を得ている。</p> <p>b) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対しての説明について、施設が定める方法に基づいて重要事項等の説明を行い、同意は得ているが、意向の把握は十分ではない。</p> <p>c) サービスの実施に先立つ利用者やその家族等に対しての説明について、施設が定める方法は整備されておらず、重要事項等の説明も同意を得ることも十分ではない。</p>
(2) 利用者との契約が適切に行われている。	
評価結果	利用契約に関する契約が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を積極的に活用して利用者に対する援助を行っている。</p> <p>b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用や第三者の関与等を含めて、利用者に対する援助は十分ではない。</p> <p>c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用あるいは第三者の関与等を含めて、利用者に対する援助はしていない。</p>
<p>【 -1 サービス開始時の対応の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット・HPを活用し、「社会福祉法人赤城会」の沿革・法人案内・「あかぎ育成園」の概要・利用者の一日等を四季ごとの写真と共に情報提供されている。「NPO法人渋川広域障害保健福祉事業者協議会」に設置された「渋川広域障害福祉なんでも相談室」を通じて施設の紹介が行われている。「ふれあい」（広報誌）・「あかぎ」（市町村の広報誌）において体験入所案内が行われている。(1) - ・「重要事項説明書」・日用品に関する「特定費用のあかぎ育成園の扱いについて」・基本サービス・食事・光熱費・年金等に関する「障害者自立支援法障害福祉サービス利用者負担額について」に基づいて施設長等が説明を行った上で、利用者・家族等の署名捺印を頂いている。(1) - ・「知的障害者更生施設サービス」利用契約書に基づき、利用者・家族等の署名捺印を頂き契約が取り交わされている。利用者本人の契約が困難な場合には、成年後見制度が活用されている。(4名が活用している) <p>(2) -</p>	

サービス提供計画の策定・変更

- 1 サービス提供（個別支援）計画の管理体制	
(1) サービス提供（個別支援）計画に関する責任体制が明確である。	
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成、実施において責任者が定められている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成を統括する担当者を置き、かつその実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定め、指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成を統括する担当者を置き、その実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定めているが、指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成を職員が個々に行なっている。</p>
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において職員間で合意形成を徹底している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、関係する職員間の合意形成が十分図られている。</p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、関係する職員間の合意形成は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、関係する職員間で合意形成は図られていない。</p>
(2) 利用者の意向を尊重したサービス提供（個別支援）計画を作成している。	
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において利用者の意向に配慮している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向を十分に反映させている。</p> <p>b) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向の反映は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のサービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、本人や家族の意向は反映されていない。</p>
評価結果	サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更において「説明」と「同意」を徹底している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を十分得ている。</p> <p>b) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を得ることは十分ではない。</p> <p>c) サービス提供（個別支援）計画の作成及び変更にあたり、利用者及びその家族に説明と同意を得ていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

<p>【 -1 サービス提供（個別支援）計画の管理体制の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「個別支援計画書」において、基本的な生活習慣・生活スキル・社会スキル・社会参加・コミュニケーション・対人関係に関する支援目標・生活支援目標や支援課題が策定されており、「サービス担当者会議」において施設長・次長・課長による「個別支援計画」に関する指導・助言が行われている。(1) - ・「サービス担当者会議」（月2回開催）において、利用者一人ひとりに対するサービス実施状況の確認・サービス内容の検討等が行われており、関係する職員間の合意形成が図られている。「養護会議」（毎月開催）において、利用者一人ひとりに対する保健・給食・被服等に関する情報の共有が図られている。 (1) - ・「個別支援計画作成にあたってのアンケート」「三者面談」が実施され、利用者・家族等の意向把握が行われている。アンケートでは、あかぎ育成園への要望・5～10年後の利用者の思い・障害者自立支援法についての疑問・意見等について回答していただいている。(2) - ・「個別支援計画書」における基本的な生活習慣・生活スキル・社会スキル・社会参加・コミュニケーション・対人関係に関する支援目標・生活支援目標・支援課題は、利用者・家族等にそれぞれ説明を行った上で署名捺印を頂いている。(2) -

-2 サービス提供（個別支援）計画の策定	
(1) 利用者一人一人についてアセスメントを行っている。	
評価結果	利用者の情報（事実）を把握し、ニーズの明確化がされている。
a	【判断基準】 <u>a) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報を把握し、それに基づいてのニーズが具体的に明示されている。</u> b) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報を把握しているが、それに基づくニーズの具体的な明示は十分ではない。 c) 全ての利用者についての身体状況や生活状況等に関する情報の把握が十分ではなく、それに基づくニーズの具体的な明示も十分ではない。
(2) 利用者に対するサービス提供（個別支援）計画を作成している。	
評価結果	課題解決の目標を明らかにし、目標に対するサービス提供（個別支援）計画が作成されている。
a	【判断基準】 <u>a) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標を明示し、その目標に対する具体的なサービス提供（個別支援）計画を作成している。</u> b) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標を明示しているが、その目標に対する具体的なサービス提供（個別支援）計画の作成は十分ではない。 c) 利用者一人一人のニーズに対して、課題解決の目標の明示も、その目標に対する具体的なサービス提供（個別支援）計画の作成も十分ではない。
【 -2 サービス提供（個別支援）計画の策定の特記事項】 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者全員の家族の状況・健康状態・性格・行動特性等を把握する「フェイスシート」や基本的な生活習慣・生活スキル・社会スキル・社会参加・コミュニケーション・対人関係を把握する「アセスメントシート」が作成されている。「個別支援計画書」に支援目標（個別目標・指針）が明示されている。(1) - ・利用者一人ひとりに対して、支援目標・支援課題が前期・後期に分けて策定されている。支援課題は利用者の生活に関すること・余暇・その他について具体的に策定されている。更にきめ細かな支援目標・支援課題等に基づく「個別支援計画書」の策定を行うため、コンピューターソフトによる「個別支援計画書」へ移行中である。(2) - 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

- 3 サービスの実施	
(1) サービス実施に関わる記録が整備されている。	
評価 結果	計画の実施に関わる記録が整備されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、そのサービス提供（個別支援）計画の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、そのサービス提供（個別支援）計画の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、そのサービス提供（個別支援）計画の実施状況が記録されていない。</p>
(2) 各種マニュアルは見直しがされている。	
評価 結果	サービス実施にあたり、各種マニュアル類は定期的に見直しがされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) マニュアル類は定期的を検証し、必要な場合には見直しを行い、職員に周知徹底されている。</p> <p>b) マニュアル類は定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員への周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 定期的な検証・見直しはしていない。</p>
<p>【 - 3 サービスの実施の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりに対するサービス提供状況は「育成記録」や「支援経過記録」（生活面・作業訓練面に関する記録）に毎日記録されている。更にきめ細かなサービス提供状況を記録するため、現在コンピューターソフトによる「個別支援計画書」へ移行中である。(1) - ・様々なサービス実施上のマニュアルを集約した「あかぎ育成園施設運営マニュアル」は、「評価委員会」において定期的に見直すことが規定されている。本年度は、「あかぎ育成園基本方針」（知的障害者権利擁護支援）・「あかぎ育成園職員の使命」について見直しを行い、「マニュアル会議」において全職員の共通認識が図られている。(2) - 	

- 4 評価・変更	
(1) サービスの実施に関する評価を行っている。	
評価 結果	利用者の情報が施設長に確実に伝わる仕組みがある。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制が整備されており、なおかつ施設長の指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制が整備されているが、施設長の指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況の変化等に関する情報が、責任者に確実に伝達されるための体制を整備していない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価 結果	サービス提供（個別支援）計画に基づく実施状況に関する評価がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価し、必要な場合にはサービス提供（個別支援）計画の変更が行われている。</p> <p>b) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価しているが、サービス提供（個別支援）計画の変更は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況の評価は定期的に行われず、サービス提供（個別支援）計画の変更も十分ではない。</p>
<p>【 - 4 評価・変更の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「支援日誌」「養護日誌」において利用者の状況の変化に関する記録が行われている。「宿直日誌」「養護日誌」において宿直体制における利用者の状況に関する記録が行われている。各種記録は担当者から課長・次長・施設長に報告され、報告に基づき適宜指示が「指示事項」の欄に明記され、指示が行われている。(1) - ・「アセスメントシート」の項目（基本的生活習慣 - 6項目・生活スキル - 10項目・社会スキル - 10項目・コミュニケーション対人関係 - 5項目）に基づき、年度末や必要に応じて目標に対する実施・達成状況の評価が行われている。(1) - 	

サービスの内容

- 1 人権への配慮	
(1) 人権への配慮がなされている。	
評価 結果	利用者の尊厳が守られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む）については、マニュアルが整備され、改善するための検討会議や研修が設けられている。</p> <p>b) 接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む）については、マニュアルが整備されているが、改善するための検討会議や研修が設けられていない。</p> <p>c) 接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉づかいを含む）については、マニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	利用者の性に対する人権が守られている。（利用者へのセクハラ含）
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の性に対する人権を守るための指針等を整備し、職員の共通認識を図る場を設け周知徹底されている。</p> <p>b) 利用者の性に対する人権を守るための指針等を整備しているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の性に対する人権を守るための指針等は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	利用者への虐待等（利用者へのセクハラ含）に備えた対応方法が定められている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 虐待等については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化され、体罰等が行われたり、疑われたりした場合の対応策（調査委員会の設置、家族への説明、当事者への補償等）が定められている。</u></p> <p>b) 虐待等については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化されているが、体罰等が行われたり、疑われたりした場合の対応策（調査委員会の設置、家族への説明、当事者への補償等）は定められていない。</p> <p>c) 虐待等については、就業規則（サービス規定等）、運営管理規定等で禁止事項・罰則規定が明文化されていない。</p>
評価結果	苦情解決の体制が適切である。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられ、利用者及び家族への周知徹底が図られている。</u></p> <p>b) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者及び家族への周知が十分ではない。</p> <p>c) 苦情解決の運用については、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、利用者及び家族への周知も十分ではない。</p>
(2) プライバシーに配慮した支援を行っている。	
評価結果	利用者のプライバシーが守られる体制ができています。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程及びマニュアル等が整備され、職員に周知徹底されている。</u></p> <p>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程及びマニュアル等は整備されているが、職員への周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての規程やマニュアル等は整備されていない。</p>
<p>【 -1 人権への配慮の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「あかぎ育成園基本方針（知的障害者権利擁護支援）」（マニュアル）に、利用者の尊厳の確保・利用者のプライバシー保護・利用者の自己決定権等を尊重することが規定されている。「赤城会職員行動規範」に、職員の責務（利用者の自己決定と意志の尊重・利用者の生活環境の保障）・利用者への配慮事項・利用者への禁止事項が規定されている。「あかぎ育成園基本方針」「赤城会職員行動規範」については「職員会議」において改善するための検討が行われている。(1) - ・「赤城会職員行動規範」に利用者への体罰・利用者への性的差別・利用者のプライバシーに対する配慮等が規定されており、「生活支援マニュアル」に同性介護を原則とする旨が規定されている。(1) - ・「赤城会職員行動規範」に利用者への体罰を禁止する規定があり、違反した職員は「懲罰規定」に基づき「懲戒審議対象者」として「懲罰委員会」に諮られることが規定されている。「就業規則」において虐待に関する禁止事項・罰則規定が規定されている。「知的障害者更生施設あかぎ育成園運営規定」第32条第2項に利用者に対する賠償について規定されている。(1) - ・「重要事項説明書」に苦情受付窓口・第三者委員（2名）・群馬県（障害政策課）・運営適正化委員会等が明示されている。「苦情解決制度実施要綱」に苦情解決の手順が規定されており、全職員が携帯し年2回の研修を通じて共通認識が図られている。(1) - 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

・「あかぎ育成園基本方針（知的障害者権利擁護支援）」（第4条利用者のプライバシー保護）や「個人情報保護に関する基本方針」にそれぞれ規定されており、「職員会議」を通じて職員の共通認識が図られている。（2）-

- 2 生活環境	
(1) 生活環境が適切に整備されている。	
評価結果	利用者の居室環境への配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な課題として意識しており、いろいろな指摘や提案を行う機会を設け、かつ利用者の意思が反映されるような居室環境の整備がなされている。</p> <p>b) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な課題として意識し、いろいろな指摘や提案を行う機会は設けられているが、利用者の意思が反映されるような居室環境の整備はなされていない。</p> <p>c) 居室環境のあり方について、利用者・職員ともに日常的な課題として意識しておらず、いろいろな指摘や提案を行う機会も設けられていない。</p>
評価結果	利用者のプライバシーを保護するような環境づくりがなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの反映が十分ではない。</p> <p>c) 生活環境におけるプライバシー保護について、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、環境づくりへの反映も十分ではない。</p>
評価結果	利用者のための共用スペースの環境づくりに配慮している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のための共用スペースのあり方について職員の共通認識を得る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映させている。</p> <p>b) 利用者のための共用スペースのあり方について職員の共通認識を得る場が設けられているが、環境づくりへの具体的な反映は十分ではない。</p> <p>c) 利用者のための共用スペースのあり方についての職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映もなされていない。</p>
<p>【 - 2 生活環境の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望や日常生活動作（ADL）に配慮した上で居室にベッド又は和室が用意されている。居室への私物の持込やインテリア・装飾は利用者の希望を尊重し自由に行えるようになっている。居室の清掃は決められた手順により定期的に行われている。（1）- ・「生活支援マニュアル」に基づき職員の共通認識が図られ、利用者のプライバシーへの配慮が行われている。（1）- ・「班」毎に自由に使用出来る「学習室」「小食堂」「娯楽室」が設置されている。雨の日等において「機能訓練棟」を活用し「リズム体操」「球技」等が行われている。（1）- 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

- 3 コミュニケーション	
(1) 利用者へのコミュニケーションの支援が適切に行われている。	
評価 結果	コミュニケーションについてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションの手段やサインの発見と確認に心掛る等のマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの手段やサインの発見と確認に心掛る等のマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛る等のマニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	コミュニケーションの支援について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく支援が具体的に実施されている。</p> <p>b) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
<p>【 - 3 コミュニケーションの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「コミュニケーションマニュアル」に基づき利用者とのコミュニケーションが図られている。利用者とのコミュニケーション状況は「支援経過記録簿」「アセスメントシート」へ記録され、職員の共通認識が図られている。(1) - ・コミュニケーションについて支援が必要な利用者に対しては「個別支援計画」に課題が明示されており、支援の状況は「育成記録」に記録されている。「育成記録」は「ケース会議」「サービス担当者会議」において職員の共通認識が図られている。(1) - 	

- 4 移動	
(1) 利用者に対する移動の支援が適切に行われている。	
評価 結果	移動（移乗）の支援について、支援が必要な利用者に対して具体的な支援が実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 移動について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づいての具体的な支援が実施されている。</p> <p>b) 移動について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 移動について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

<p>【 - 4 移動の特記事項】</p> <p>・移動について支援が必要な利用者に対しては、「フェイスシート」において移動支援の必要性が把握され「個別支援計画書」に明示されている。移動支援について配慮する必要がある場合は、「支援日誌」「引き継ぎノート」「サービス担当者会議」において職員の共通認識が図られている。(1) -</p>
--

- 5 食事	
(1) 利用者に対する食事の支援が適切に行われている。	
評価 結果	食事についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 食事に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価 結果	食事の支援について、支援が必要な利用者に対して具体的な支援が実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく具体的な支援が実施されている。</p> <p>b) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、かつ関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づいての具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 食事について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。	
評価 結果	利用者の食事の状況を把握し、それに応じたメニューが提供されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人の食事の状況を把握し、かつ利用者の意見、要望に配慮し、メニューの改善に反映させている。</p> <p>b) 利用者一人一人の食事の状況を把握しているが、利用者の意見、要望に配慮したメニューの改善は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人の食事の状況を把握していない。</p>
評価 結果	利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望に配慮した工夫がなされている。</p> <p>b) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望に配慮した工夫は十分ではない。</p> <p>c) 食事を楽しむことができるような環境づくりについて、職員の共通認識を図る場が設けられておらず、工夫も特にされていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

<p>【 - 5 食事の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活支援マニュアル」に食事の支援に関する手順や衛生上の留意点等が明示されている。食事の支援については「個別支援計画書」に基づき行われており、「養護会議」において支援内容の検討や職員の共通認識が図られている。(1) - ・食事の支援は「個別支援計画書」「アセスメントシート」に基づき行われており、「養護会議」において支援内容の検討や職員の共通認識が図られている。利用者の日常生活動作(ADL)等の状況により、食事の時間帯に配慮がなされている。(1) - ・利用者に対する食事支援内容に誤りがないように、食堂や厨房に利用者一人一人の食事に関する形態・摂取量・嗜好等に関する情報がプライバシーに配慮した上で掲示されており、職員の共通認識が図られている。利用者の要望を把握し、メニューに反映させている。(2) - ・利用者が自由に調理出来る調理室が設置されている。「施設外支援計画書」に基づき外食や調理実習等が実施されている。(2) -

- 6 入浴(清拭を含む)	
(1) 利用者に対する入浴・清拭の支援が適切に行われている。	
評価結果	入浴についてのマニュアル(安全確保含む)があり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 入浴に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	入浴の支援について、支援が必要な利用者に対して適切に実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供(個別支援)計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく具体的な支援が実施されている。</p> <p>b) 入浴について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供(個別支援)計画に明示され、かつ関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 入浴について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供(個別支援)計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
評価結果	入浴・清拭時のプライバシーや同性介助への配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられ、支援に具体的に反映されている。</p> <p>b) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、支援への反映は十分ではない。</p> <p>c) 入浴・清拭時におけるプライバシーの確保や同性介助のあり方について、職員の共通認識を図る場は特に設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。	
評価結果	快適な入浴の環境づくりに取り組んでいる。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場が設けられているが、利用者の意見、要望等への配慮や環境づくりへの具体的な反映も十分ではない。</p> <p>c) 快適な入浴環境のあり方について職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映はなされていない。</p>
<p>【 -6 入浴（清拭を含む）の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活支援マニュアル」に入浴の支援に関する手順や安全上の留意点等が明示されている。「ケース会議」において支援内容・浴室のリフォーム・整頓等の検討や職員の共通認識が図られている。(1) - ・入浴の支援は「個別支援計画書」「アセスメントシート」に基づき行われており、利用者の日常生活動作(ADL)等の状況により入浴の時間帯に配慮したり、必要に応じて特浴室が活用されている。(1) - ・「あかぎ育成園基本方針（知的障害者権利擁護支援）」（第4条利用者のプライバシー保護）や「生活支援マニュアル」にプライバシーを確保することや同性介護を原則とすること等が規定されており、「職員会議」において職員の共通認識が図られている。(1) - ・安全で快適に入浴できるように定期的な浴室の清掃や冷暖房の温度と湯温の管理が行われており、「浴室清掃・安全管理」に清掃時間・空調電源・湯温等が記録されている。利用者の要望に基づきシャンプーや椅子の高さに配慮がなされている。利用者の希望に基づきシャワー浴が行われている。(2) - 	

- 7 排泄	
(1) 利用者に対する排泄の支援が適切に行われている。	
評価結果	排泄についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄に関するマニュアルが整備されていない。</p>
評価結果	排泄の支援について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく具体的な支援が実施されている。</p> <p>b) 排泄について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 排泄について支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	排泄時の安全や快適性に配慮されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</u></p> <p>b) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの反映は十分ではない。</p> <p>c) 排泄時の安全や快適性について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【 - 7 排泄の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活支援マニュアル」に排泄の支援に関する手順や衛生・プライバシーへの配慮等が明示されている。「養護会議」において支援内容の検討や職員の共通認識が図られている。(1) - ・排泄の支援は「個別支援計画書」「アセスメントシート」に基づき行われており、支援内容は「育成記録」「支援日誌」「引き継ぎノート」に毎日記録され、職員の共通認識が図られている。排泄の失敗時には利用者のプライバシーに配慮し、清潔のためのシャワー浴等の支援が行われている。(1) - ・排泄時の安全性・快適性は「ケース会議」「サービス担当者会議」において検討され、職員の共通認識が図られている。「トイレ清掃マニュアル」に基づきトイレの清掃と定期点検を実施し、清掃・点検結果は「トイレ清掃表」に記録されている。(1) - 	

- 8 身だしなみ	
(1) 利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている。	
評価結果	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設け、それに基づく具体的な支援が実施されている。</u></p> <p>b) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示され、関係する職員の共通認識を図る場を設けているが、それに基づく具体的な支援は十分ではない。</p> <p>c) 身だしなみについて支援が必要な利用者に対しては、サービス提供（個別支援）計画に明示されているが、関係する職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
(2) 利用者の理・美容が適切に行われている。	
評価結果	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重し、選択について適切に支援している。</u></p> <p>b) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重しているが、選択についての支援は十分ではない。</p> <p>c) 髪型や化粧等は、利用者の個性や好みを尊重していない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

(3) 利用者の衣服の選択が適切に行われている。	
評価 結果	衣服について利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重し、選択について適切に支援している。</p> <p>b) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重しているが、選択についての支援は十分ではない。</p> <p>c) 衣服は、利用者の個性や好みを尊重していない。</p>
評価 結果	衣類の汚れや破損に気づいた時等の対応が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 汚れや破損が生じた場合には、職員の共通認識のもと、速やかかつ適切に対処されている。</p> <p>b) 汚れや破損が生じた場合には、個々の職員の判断で対処されている。</p> <p>c) 汚れや破損が生じた場合の対処は十分ではない。</p>
<p>【 - 8 身だしなみの特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活支援マニュアル」に衣服の支援に関する汚れ・破損に対する対応や利用者の選択を尊重すること等が明示されている。「養護会議」において支援内容の検討や職員の共通認識が図られている。(1) - ・利用者の髪型・化粧等については利用者や家族からの要望が尊重されている。利用者はボランティアによる理美容(月1回)と地域の理美容店の利用を希望により選択している。(2) - ・「生活支援マニュアル」に衣類の選択は利用者の意思を尊重し、衣類を購入する場合は利用者・家族と相談の上承諾を得て行うこと等が明示されている。職員が「養護会議」において共通認識を図り、利用者の衣服に関する購入・着替え・洗濯等の支援を行っている。(3) - ・衣服は「クリーニング班」が洗濯し、担当職員がタンスに収納するまでを支援している。衣服に破損が生じた場合は担当職員が補修し、補修が困難な場合は利用者や家族の同意に基づき購入している。(3) - 	

- 9 睡眠	
(1) 睡眠環境が適切に整備されている。	
評価 結果	利用者の安眠について配慮がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望に配慮した環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を得る場が設けられているが、利用者の意見、要望に配慮した環境づくりへの反映は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が安眠できる環境について、職員の共通認識を得る場は設けられておらず、環境づくりへの具体的な反映はなされていない。</p>
<p>【 - 9 睡眠の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活支援マニュアル」に睡眠・寝具に関する対応方法が明示されている。「養護会議」において支援内容の検討や職員の共通認識が図られている。夜間の支援に際してファミリーケア(月曜日から金曜日の夜間)を活用している。眠れない利用者に対しては、同室者に配慮し一時的に他の部屋を活用する等の対応が行われている。(1) - 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

-10 預り金	
(1) 預り金の管理・運用が適切である。	
評価結果	預り金について、管理体制が適切である。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の預り金は、契約に基づいて適切に運用されている。</p> <p>b) 利用者の預り金は、契約に基づいているが、運用は十分ではない。</p> <p>c) 利用者の預り金は、契約を結ばず、運用は適切にされていない。</p>
評価結果	金銭の自己管理ができるように配慮されている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 自己管理を希望する人には、金銭等を保管する場所と使い方に関する情報を提供し、支援している。</p> <p>b) 自己管理を希望する人には、一部、支援している。</p> <p>c) 自己管理は認めていない。</p>
<p>【 -10 預り金の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の預り金は「預り金等管理規程」に基づき、利用者や家族から「委任状」の提出を受け行われている。「預り金管理規程」には預り金の使途・受け入れ（預り金受領書の発行や施設長への報告等）・払い出し（施設長の承認・「個人別購入伺い簿」の提出・領収書の保管・帳簿への記録等）・収支報告等に関する規定されている。(1) - ・金銭の自己管理を希望する利用者には小口の現金を管理して頂いている。利用者の自動販売機や近隣のコンビニエンスストアでの買物支援を通じて、金銭の自己管理が行えるように支援している。(1) - 	

-11 外出・外泊	
(1) 外出・外泊の支援が適切に行われている。	
評価結果	外出は利用者の希望に応じて行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 外出を希望する利用者への配慮が十分行われている。</p> <p>b) 外出を希望する利用者への配慮が十分ではない。</p> <p>c) 個別の外出は行われていない。</p>
評価結果	外泊（主に家庭）は利用者の希望に応じた支援を行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮され、必要に応じて調整し、実施されている。</p> <p>b) 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されているが、対応が十分ではない。</p> <p>c) 外泊は利用者の希望に応じていない。</p>
<p>【 -11 外出・外泊の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「個別支援計画書」に基づき、地域への買物等利用者の希望に沿った外出の支援が行われている。グループの外出は「施設外支援計画書」に基づき、利用者の意見・要望を尊重し実施されている。(1) - ・「施設外支援計画書」に基づき、帰省・外泊・旅行等、利用者の要望を尊重して行われている。(1) - 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

-12 行事・レクリエーション・余暇の支援	
(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。	
評価結果	行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a)レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者の意見を採り入れて、参加しやすいように計画され、かつ参加しにくい人への配慮もなされている。</p> <p>b)レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者の意見を採り入れて、参加しやすいように計画されているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c)レクリエーション・各種行事等のプログラムは、利用者が参加しやすいように計画されていない。</p>
(2) 利用者の余暇に対する支援が適切に行われている。	
評価結果	利用者一人一人の余暇の過ごし方に対する支援が行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a)利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性が職員に共通認識され、かつ支援が必要な利用者に対してはサービス提供（個別支援）計画に基づいて具体的な支援が実施されている。</p> <p>b)利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性が職員に共通認識されているが、支援が必要な利用者に対してはサービス提供（個別支援）計画に基づいての具体的な支援が十分ではない。</p> <p>c)利用者の余暇の過ごし方については、一人一人の意思を尊重することの重要性を職員が共通認識していない。</p>
<p>【 -12 行事・レクリエーション・余暇の支援の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「行事・レクリエーション・余暇の支援マニュアル」に基づき、利用者の要望・意見を尊重した行事等が実施されている。(1) - ・「居室」「小食堂」「娯楽室」においてカラオケ・映画鑑賞・テレビ鑑賞等、利用者の意思を尊重した支援が行われている。利用者の意思を尊重した音楽・軽スポーツ・美術・ドライブ・クッキング・園芸・創作・ソフトボール・野外活動・カラオケ等のクラブ活動が実施されている。(2) - 	

-13 家族との連携	
(1) 家族との連携が適切である。	
評価結果	家族への情報提供が適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a)家族には、定期的に施設全般の情報が提供されているとともに、利用者個人の情報も十分に提供されている。</p> <p>b)家族には、定期的に施設全般の情報が提供されているが、利用者個人の情報の提供は不十分である。</p> <p>c)家族には、施設全般の情報や利用者個人の情報がほとんど提供されていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価 結果	家族と共通認識を深める機会を積極的に設定している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 家族会・保護者会などが組織され、密接に連携して、家族向けの広報紙発行や講演会・学習会等を積極的に実施している。</p> <p>b) 家族会・保護者会などが組織され、連携はとれているが、家族向けの広報紙発行や講演会・学習会等の実施は十分ではない。</p> <p>c) 家族会・保護者会などの組織が機能していない。</p>
<p>【 -13 家族との連携の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設全般の情報は定期刊行物「ふれあい」（年2回）を通じて家族に提供されている。利用者個人に関する情報は「班だより」を通じて家族に提供されている。(1) - ・「保護者会」「保護者会役員会」が組織され家族等との連携が図られている。利用者と家族が宿泊できる施設「地域交流ホーム」が設置されている。(1) - 	

-14 相談等の援助	
(1) 利用者・家族からの相談に適切に対応している。	
評価 結果	利用者・家族からの多様な相談に積極的に対応している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 相談についてのマニュアルが整備され、利用者や家族からの多様な相談に積極的に対応できるような体制になっている。</p> <p>b) 相談についてのマニュアルが整備されているが、利用者や家族からの多様な相談に対応できるような体制は十分ではない。</p> <p>c) 相談についてのマニュアルは整備されておらず、利用者や家族からの多様な相談に対応できるような体制も十分ではない。</p>
<p>【 -14 相談等の援助の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者相談支援フローチャート」に基づき対応している。相談内容は「ケース会議」において検討されており、検討結果は「ケース会議録」に記録し職員の共通理解が図られている。(1) - 	

利用者の主体的な活動への支援

- 1 利用者の意向の尊重	
(1) 利用者の主体的な活動への支援が適切である。	
評価 結果	利用者が主体的に行う活動については、その意思を尊重して支援している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を得る場が設けられ、かつ支援が必要な利用者に対して、その意思を尊重した具体的な支援を実施している。</p> <p>b) 利用者が主体的に行う活動について、職員が共通認識を得る場が設けられているが、支援が必要な利用者に対して、その意思を尊重した具体的な支援が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が主体的に行う活動についての職員の共通認識が希薄であり、その意思を尊重した支援がなされていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

評価結果	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a)</u> 自治会ないし利用者の会等が組織され、施設運営の責任者と定期的に及び必要な場合には随時協議を行い、利用者の意向が施設運営に反映されている。</p> <p>b) 自治会ないし利用者の会等が組織されているが、利用者の意向は施設運営にほとんど反映されていない。</p> <p>c) 自治会ないし利用者の会等は組織されていない。</p>
(2) 利用者の生活内容(酒、たばこ)の選択が自由である。	
評価結果	酒、たばこについては、基本的に飲酒・喫煙の自由が認められている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 酒やたばこの害については、必要な情報の提供を行い、場所・時間・方法(喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等)に様々な配慮のもと、基本的に飲酒・喫煙を認めている。</p> <p><u>b)</u> 行事等、特定の場合のみ飲酒・喫煙を認めている。</p> <p>c) 飲酒・喫煙は認めていない。</p>
<p>【 - 1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向・意思を尊重した各種クラブ活動が実施されている。「クラブ活動」には音楽・カラオケ・野外活動・ソフトボール・軽スポーツ・美術・ドライブ・創作活動・クッキング・園芸等があり、各「クラブ活動」には担当職員が2~8名配置されている。「クラブ活動」の活動内容は「クラブ活動記録」に記録されている。(1) - ・利用者による「あかぎ育成園自治会」が組織され、役員会・総会が行われている。役員会は毎月開催され、施設長・次長・課長が出席し利用者との情報交換が行われている。(1) - ・タバコは喫煙場所が定められており、喫煙しない利用者との分煙化が図られている。飲酒は各種行事(クリスマス・新年会・お花見・収穫感謝祭等)において、希望する利用者に対して提供されている。 <p>(2) -</p>	

- 2 地域生活への移行	
(1) 地域生活への移行の支援が適切である。	
評価結果	地域生活に向けての支援を行っている。
b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 地域移行に際しては、必要な情報や資料を提供し、そのための支援プログラムが用意され、利用者に応じた地域移行が実現している。</p> <p><u>b)</u> 地域移行に際しては、必要な情報や資料を提供し、そのための支援プログラムは用意されているが、地域移行は実現していない。</p> <p>c) 地域移行に関して、特に情報や資料を提供していない。</p>
<p>【 - 2 地域生活への移行の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援の担当者が配置されており、地域移行に向けた自立支援計画が策定されている。自立支援計画はグループホームやハローワーク等の活用が盛り込まれており、現在2名の利用者に対して地域移行に向けた支援が行われている。(1) - 	

健康管理・安全管理

- 1 健康管理	
(1) 利用者の日常の健康管理が適切に行われている。	
評価結果	利用者のための健康管理体制が整っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ健康の維持・増進のための日常生活の中に取り入れるプログラム等が用意され、利用者のための健康管理が十分できている。</u></p> <p>b) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、健康の維持・増進のための日常生活の中に取り入れるプログラム等も用意されているが、利用者のための健康管理は十分ではない。</p> <p>c) 健康管理のあり方について職員の共通認識を図る場は設けられておらず、利用者のための健康管理も十分ではない。</p>
<p>【 - 1 健康管理の特記事項】</p> <p>・利用者の健康診断（身体測定・同意に基づく予防接種・レントゲン等）が年2回実施されており、「医療・健康管理マニュアル」における「健康管理の基本原則」に基づき、利用者の体質・既往歴・治療歴・体調不良のサイン等が把握されている。「日課」にうがい・手洗い・散歩が取り入れられている。(1) -</p>	

- 2 安全管理	
(1) 事故防止のための取り組みを行っている。	
評価結果	発生した事故を把握し、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に確実に伝わる体制が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底されている。</u></p> <p>b) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に確実に伝わる体制が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設けているが、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) サービス実施中に発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例については、責任者に伝わっているが、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
評価結果	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設け、具体的な工夫を行っている。</u></p> <p>b) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な工夫は十分ではない</p> <p>c) 発生した事故事例や、事故につながりそうになった事例の分析は行われておらず、事故防止についての職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。	
評価結果	事故補償（賠償）を行うための方策を講じ、周知している。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じ、その内容等について説明会等を開催し、利用者及び職員に周知している。</p> <p>b) 利用者が生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じ、その内容等について利用者及び職員に知らせている。</p> <p>c) 利用者が生じた損害等について、想定される保険事故に対応（補償）できる方策を講じているが、その内容等について利用者及び職員には知らせていない。</p>
評価結果	防災に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応できるマニュアルは整備されていない。</p>
(3) 薬品の管理が適切である。	
評価結果	内服薬・外用薬等の扱いはマニュアル等が用意され、適切に行われている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）については、マニュアルが用意され、職員に周知徹底されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）については、マニュアルが用意されているが、職員への周知徹底が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者に使用される薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）についてのマニュアルが用意されていない。</p>
<p>【 -2 安全管理の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「事故防止マニュアル」（（財）日本知的障害者福祉協会発行）を全職員に配布し、毎朝「朝の打ち合わせ」において10分間「事故防止マニュアル」の確認が行われている。「事故報告書」「ひやり・はっと報告書」を活用し、担当者から課長・次長・施設長へ報告が行われている。（1）- ・「事故防止対策委員会」において事故事例や事故につながりそうになった事例の分析をし、利用者の転倒事故に対して廊下の段差の解消を行ったり、利用者の無届外出に対して塀の隙間に植木を設置する等の工夫を施している。（1）- ・「福祉事業者総合補償保険」に加入しており、賠償費用・利用者傷害・従事者感染症・財物損害補償等に関する説明が行われている。利用者に対しては「利用契約書」への明示と共に説明が行われ、職員に対しては「朝の打ち合わせ」において説明が行われている。（2）- ・「火災発生時の行動マニュアル」に基づき、昼間・夜間それぞれ避難訓練が毎月実施されている。「地震発生時の行動マニュアル」に基づき、避難訓練が年1回実施されている。「総合防災訓練」が消防署の指導の基に実施され、地域の住民（防災協力員）にも参加していただいている。（2）- ・「医療・健康管理マニュアル」に与薬に関する規定があり、「投薬フローチャート」に基づき与薬が行われている。薬は医務室に保管され、看護師が利用者ごとに「与薬ボックス」へ分類している。支援員が利用者の氏名を確認し「与薬トレー」を活用する等のミス防止の工夫が行われている。（3）- 	

知的障害者更生施設「あかぎ育成園」評価結果

- 3 衛生管理・感染症対策	
(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。	
評価結果	衛生管理に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
評価結果	感染症への対応については、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症への対応についてのマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 感染症への対応についてのマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応についてのマニュアルは整備されていない。</p>
評価結果	調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され職員の共通認識が図られている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
<p>【 - 3 衛生管理・感染症対策の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「給食衛生管理マニュアル」の「施設の衛生」に基づき、汚染作業区域と清掃作業区域・給排水設備・流し・廃棄物の処理等が行われている。「給食衛生管理マニュアル」は「マニュアル会議」において職員の共通認識が図られている。(1) - ・「感染症予防対応マニュアル」を活用しており、「感染症予防対応マニュアル」は「マニュアル会議」において職員の共通認識が図られている。(1) - ・「調理従業者の衛生管理マニュアル」「器具・容器等の衛生管理マニュアル」「トイレ清掃マニュアル」を活用しており、「調理従業者の衛生管理マニュアル」は「マニュアル会議」において職員の共通認識が図られている。(1) - 	