

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「運営規定」「赤城会職員行動規範」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) - ・基本理念・基本方針は重要事項説明書・利用契約書・「しきしま」(パンフレット)に明示されており、「保護者会総会」等において保護者に対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「しきしま」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>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。</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>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。</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>

【 -2 事業計画の特記事項】

- ・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「さぼーと」「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」「障害者自立支援法体制への移行の準備」「共同募金配分金事業の実施」「職員の意識改革」が掲げられている。(1) -
- ・年度末に全職員の自己評価に基づく「しきしま希望調査」の「前年度を振り返っての反省点」を作成し、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>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。</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「しきしま」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」管理者の責務（第9条）・職務内容（第11条）・「しきしまにおける責任のあり方と所在」等に規定されており、「運営マニュアル」に関する「職員会議」（年2回開催）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」が8月と2月に開催されており、全職員からの「業務改善提案書」により業務改善提案を受け、パソコンを活用した「支援日誌」「個別支援記録」が導入されている。（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「しきしま」評価結果

<p>【 -4 体制及び責任の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「組織図」・「運営規定」従事者の職種員数（第10条）・職務内容（第11条）に規定されており、「運営マニュアル」に関する「職員会議」（年2回開催）において職員の共通認識が図られている。（1）- ・「サービス内容の記録と引継ぎのあり方」（マニュアル）に規定されている記録内容・引継ぎ時間・各種記録の方法・報告方法等に基づき、「宿直日誌」「養護日誌」等の記録と引継ぎが行われている（1）-
--

- 5 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に対応している。	
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。
b	<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>
<p>【 -5 経営状況の把握の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の予算・決算を周知し、他の施設の状況把握や「障害者自立支援法」の導入に伴う利用者負担の増加等について、「主任会議」「職員会議」を通じて職員の周知が図られている。「さぼーと」を全職員が購読し、知的障害者福祉に関する法令の制定・改編・動向・ニーズ等の情報収集に努めている。（1）- ・経営状況は資金収支決算書・事業活動収支計算書・貸借対照表等の会計法規に基づく形式で把握され、「主任会議」（四半期に1度開催）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。（1）- 	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

- 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開催されている。</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、定期的開催されておらず、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>
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"> ・「主任会議」「支援課会議」「養護会議」において、利用者に対する質の高いサービスの提供を図るための検討が行われている。(1) - ・各会議における検討内容は、会議録を活用し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>

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

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。
a	<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>
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>

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

<p>【 -7 人事管理・研修の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「赤城会職員行動規範」の基本理念・倫理要領に基づき、職員は福祉サービス向上のために社会福祉士・介護福祉士等の資格取得や技術向上のための研鑽に努めている。(1) - ・職員は「就業環境改善等の提案書」を提出しており、改善提案は「主任会議」において検討されている。(2) - ・福利厚生事業に加入しており、親睦会の運営や職員旅行に対して財政的な援助が行われている。職員による親睦会「さつき会」が組織されており、職員旅行等が実施されている。(2) - ・7つのグループが編成され、グループごとに研修計画が毎年度策定されている。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) - ・「しきしま希望調書」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><u>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。</u></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><u>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。</u></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> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の親睦旅行・道路の清掃活動・防災協力員・運動会・文化祭等の地域との交流を図る活動や広報誌「ふれあい」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) - ・在宅の利用者に対して短期入所事業も含めた在宅支援相談に取り組んでおり、「陶芸教室」の開催、「地域交流ホーム」の地域住民に対する開放、施設が所有するマイクロバスの貸し出し等が行われている。(1) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

- 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>
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>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。</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しての工夫がなされている。
a	<p>【判断基準】</p> <p>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てのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</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>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る。</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が行われている。(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、ボランティア活動終了時に施設長・次長・担当者が面接により感想等の意見聴取を行い施設運営に活用されている。(1) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」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了解を得ている。</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了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了解は得ていない。</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"> ・「実習生受け入れマニュアル」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) - ・「実習生受け入れマニュアル」に基づき施設長・次長・支援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) - ・「実習生受け入れマニュアル」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・しきしま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、しきしまの沿革・利用者の一日・作業活動・余暇活動等が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）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」には施設の目的や方針・自立支援給付対象外サービス料金・職員配置状況・自立支援給付の対象サービス・苦情の受付等についての記載があり、利用者・家族等に説明を行った上で署名捺印を頂いている。(1) - ・「利用契約書」を活用し利用者・家族等との契約が取り交わされている。「保護者会」において法務省民事局やぐんま地域福祉権利擁護センター作成の「成年後見制度」に関するパンフレットが配布されている。現在3名の利用者が「成年後見制度」を活用している。(2) - 	

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「しきしま」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」は「サービス管理計画に関する管理体制」に基づき担当者が作成し、グループ主任が統括、支援課長が管理責任者となっており、「サービス担当者会議」において支援係長・支援課長による指導助言が行われている。(1) - ・「個別支援計画」は利用者一人一人に対して前期(4月～9月)・後期(10月～3月)の年2回作成されている。作成に際しては「サービス担当者会議」「支援課会議」において提案されたものを「主任会議」において確認し、「職員会議」において職員の合意形成が図られている。(1) - ・「グループ懇談会」において「本人及び保護者の希望」を聞き取り、年度末に「本人の希望・保護者の希望」アンケートを実施し、「個別支援計画」に反映させている。(2) - ・「個別支援計画」の内容は「個別支援計画書における同意書」を活用し前期・後期にそれぞれ同意を得ている。(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	<p>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。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a)</u> 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
(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	<p>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。</p>
a	<p>【判断基準】</p> <p><u>a)</u> 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>【 - 2 サービス提供（個別支援）計画の策定の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「アセスメント表」を活用し日常生活動作・生活行動の特徴・生活歴等が把握されている。「アセスメント表」に基づき「個別支援実施評価表」において具体的な介護支援内容が計画されている。(1) - ・「アセスメント表」「個別支援実施評価表」を活用し「個別支援計画」が作成されている。「個別支援計画」は健康面・日常生活・社会生活・コミュニケーション・日中活動のそれぞれについての課題解決目標が策定されている。(2) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」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> <p>・利用者一人ひとりに対するサービス提供状況は「支援経過記録」に毎日記録されている。「支援経過記録」には「個別支援計画」が貼り付けられており、「個別支援計画」に基づくサービス提供状況について健康面・日常生活・社会生活・コミュニケーション・日中活動のそれぞれの視点から記録が行われている。</p> <p style="text-align: right;">(1) -</p> <p>・サービス提供上のマニュアルが網羅された「支援計画書」は、「主任会議」「職員会議」においてそれぞれのマニュアルの見直しが検討されている。平成18年度は誤薬防止を強化する観点から「与薬マニュアル」の見直しが行われている。(2) -</p>	

- 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。
b	<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「しきしま」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"> ・利用者の状況の変化等は「支援日誌」（利用者の状況）・「支援経過記録」（利用者ごとの状況）・「宿直日誌」（利用者の夜間の様子）・「養護日誌」（利用者の健康状態・精神状態）にそれぞれ記録されており、担当者、主任、係長、課長、施設長に報告されている。（1）- ・「個別支援実施評価表」において生活支援の状況・コミュニケーション方法・買い物支援・作業支援状況がそれぞれ段階的に評価されている。「個別支援計画」の経過記入欄に支援計画に対する評価が記入されている。「個別支援計画」は前期・後期それぞれにおいて作成（変更）されている。（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）
a	<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「しきしま」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"> ・「人権マニュアルしきしま」（マニュアル）に、利用者の意思と個性の尊重・利用者の生活環境の保障・利用者等に対する情報の開示・管理職の責務・禁止事項等が規定されており、「職員会議」「主任会議」等において職員の理解と改善点の検討が行われている。(1) - ・「プライバシーの保護（性に対する保護）しきしま」（マニュアル）に職員の一般的な心得等が規定されており、班ごとのミーティングにおいて共通認識が図られている。(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しきしま運営規定」第32条第2項に利用者に対する賠償が規定されている。(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) - ・「しきしま運営規定」（第26条秘密保持等）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) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

- 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	<p>利用者の居室環境への配慮がなされている。</p> <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	<p>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。</p> <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	<p>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。</p> <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"> ・利用者の日常生活動作（ADL）や希望を尊重し、居室の場所に配慮がなされている。（1） - ・「人権マニュアルしきしま」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。居室のドアにプライバシーに配慮するステッカーが貼り付けられ、職員のプライバシーに配慮する意識を高めている。浴室はドアとカーテンが設置されている。排泄介助の際は居室のドアを閉めて介助が行われている。（1） - ・「プレイルーム」（床と畳のスペースがあり、利用者が自由にくつろげるようになっている）・「憩いの間」（食事をしたり娯楽をするために活用されている）「訓練棟」（図書があり読書やカラオケが楽しめる）等の共用スペースが利用者の希望に基づき確保されている。（1） - 	

知的障害者更生施設「しきしま」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け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け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け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」にコミュニケーション概念・コミュニケーションの重要性（発達の促進）・コミュニケーションの種類と方法・具体的手段と方法が明示されており、「サービス担当者会議」「職員会議」において共通認識が図られている。(1) - ・「個別支援計画」には利用者一人一人のコミュニケーション上配慮すべき点が明示されており、コミュニケーションに関する支援結果は「支援経過記録」「支援日誌」に記録されている。(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「しきしま」評価結果

【 - 4 移動の特記事項】

・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には、「日報」「送り」「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) -

- 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「しきしま」評価結果

<p>【 - 5 食事の特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「食事マニュアル」に食事前の準備・手洗い・消毒・食事場所への誘導・移動・食事介助・服薬・下膳・食後の環境整備等が明示されている。(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、重度の利用者から順次食事の提供が行われている。利用者に対する食事支援内容に誤りがないように、利用者一人一人の必要な栄養量・嗜好・摂食行動等に関する情報が、プライバシーに配慮した上で食堂・厨房に掲示されており、職員の共通認識が図られている。(1) - ・嗜好調査を実施し、利用者の希望を把握している。利用者の希望に基づき利用者が選択できる「選択メニュー」が定期的実施されている。(2) - ・食事のときは音楽が流れ、「憩いの場」等の食堂以外の場所での食事もできるようになっている。「養護会議」において、食事が楽しめる環境づくりに関する検討が行われている。(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。
b	<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「しきしま」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"> ・「入浴支援マニュアル」に入浴する目的・入浴方法・入浴環境への配慮・安全への留意事項・入浴支援の手順等が明示されており、「養護会議」において共通認識が図られている。(1) - ・「個別支援計画」に基づき、入浴支援が行われている。(1) - ・入浴介助は同性により行われており、浴室のドアの内側にカーテンやついたてを設置する等利用者のプライバシーに配慮した入浴介助が行われている。(1) - ・脱衣場・浴室の清掃は定期的に行われ、カビの除去が毎月行われている。夜間に入浴するための浴槽が設置されている。利用者の転倒防止のため浴室は特殊タイル（FRP素材）が使われており、脱衣場は滑り止めマットが使われている。「養護会議」において入浴環境についての検討が行われている。(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「しきしま」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>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。</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"> ・「排泄介助のマニュアル」に安全について・プライバシーについて・便意尿意の訴えについて・失禁時の対応について等が明示されており、「養護会議」において共通認識が図られている。(1) - ・「個別支援計画」に基づき、排泄支援が行われている。(1) - ・「環境・安全への配慮」(マニュアル)「便秘の予防」(マニュアル)に基づき、排泄時の安全に対する配慮が行われている。トイレは朝・昼・夜、定期的に清掃が行われ、清掃状況は「トイレ掃除確認表」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>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。</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>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。</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「しきしま」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"> ・「身だしなみ」(マニュアル)に利用者の希望を尊重した衣類・整髪・衛生面のケアについて明示されており、「養護会議」において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) - ・衣類の選択は利用者の意思を尊重し、「養護会議」において職員の共通認識が図られ、利用者の衣服に関する購入・着替え・洗濯・気温による配慮等の支援が行われている。(3) - ・利用者の衣服は「クリーニング班」が洗濯し、衣服についてボタン付けやほころび等の破損が生じた場合は職員が補修し、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"> ・「睡眠マニュアル」に睡眠・寝具に関する対応方法が明示されており、「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。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「しきしま」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が行われている。(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>

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

【 -11 外出・外泊の特記事項】	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの希望を尊重した「施設外支援計画書」に基づき外出の支援が行われている。外出に際して支援が必要な利用者に対しては職員が付き添っている。「買い物をしたい時の手順」が「ブレイルーム」に掲示されており、利用者が買い物をするための支援が行われている。(1) - ・利用者からの希望を尊重した「施設外支援計画書」に基づき帰省・外泊・旅行等の外泊の支援が行われている。帰省しない利用者に対しては、外食や地域の行事等に外出する等の配慮がなされている。(1) -
-------------------	---

-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"> ・余暇活動に関する情報を利用者に提供し、「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) - ・テレビ鑑賞、居室におけるゲーム等利用者の意思を尊重した支援が行われている。児童に対しては「学習室」において勉強の指導が行われている。(2) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

-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>
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「家庭連絡簿」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施設との連携が図られている。「保護者会」に引き続き三者面談が行われている。(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"> ・「家族との連携」（マニュアル）に家族との連携を図る趣旨・具体的な方針・接し方等が明示されている。相談内容は「支援日誌」を活用し「支援会議」において検討されており、検討結果は「支援日誌」に記録され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>
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>a) 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。
a	<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>b) 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"> ・利用者の希望に応じ余暇活動として鼓笛隊・陶芸が行われている。利用者の希望に応じて貼り絵・音楽鑑賞（ボランティアの音楽活動家を招いている）・美術品鑑賞・キャッチボール（職員が昼休みに支援している）等の支援が行われている。毎年ボーリング大会に参加している利用者に対して、大会直前にボーリング場で練習するための支援が行われている。(1) - ・利用者による「しきしま利用者自治会」が組織されている。役員会を通じて利用者の意向が把握されている。「納涼祭」「収穫感謝祭」は自治会が主体となり、利用者の希望に基づき模擬店を出店している。(1) - ・タバコに関しては喫煙場所が設置されている。飲酒については利用者の希望により「クリスマス会」等の行事において提供されている。現在、喫煙・飲酒を希望する利用者はいない。(2) - 	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

- 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。
a	<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>b) 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> <p>・地域移行の準備を行っている利用者に対し、「地域生活移行支援のために」（マニュアル）に基づく「地域生活支援プログラム」による支援が行われている。併せて「群馬県障害者職業センター」の「自活訓練プログラム」「生活訓練プログラム」「職場実習訓練プログラム」が活用されている。(1) -</p>	

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>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。</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>・「しきしま健康管理マニュアル」に基づき利用者の健康面の支援が行われている。囑託医を講師に招き、利用者の健康管理上の職員研修が実施されている。精神科医によるカウンセリング(2ヶ月ごと)・健康診断(年2回)・予防接種(利用者の同意を得た上で実施している)・血液検査(年2回)・健康管理上の体重測定(月1回)等が行われている。(1) -</p>	

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

- 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>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。</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>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。</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>
(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) 利用者に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) 利用者に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) 利用者に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>

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

(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"> ・発生した事故については「無断外出・事故報告書」を活用し、担当者から主任・係長・課長・施設長に報告されている。事故につながりそうな事例については「支援日誌」（担当者が毎日記録）の「ひやりはっと」の欄に記録され報告されている。いずれの報告内容も「朝の打ち合わせ」において全職員に周知されている。「利用者の事故発生時における初動体制マニュアル」が活用されている。(1) - ・「無断外出・事故報告書」・「支援日誌」の「ひやりはっと」・「夜間巡視記録簿」の記録内容は「朝の打ち合わせ」において全職員に周知され、「主任会議」「支援会議」において原因分析が行われている。利用者の事故防止の観点から「安全管理の日」を設定し安全点検を行っており、明らかになった問題点は「職員会議」において対策が検討されている。(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、職員に対しては朝礼において説明が行われている。(2) - ・「しきしまにおける防災マニュアル」に地震対策・火災対策に関する対応方法が規定されている。「しきしまにおける防災マニュアル」は「支援計画書」に掲載されており、「支援計画書」は「朝の打ち合わせ」において全員が携行し、災害時の対応方法を確認している。(2) - ・「与薬マニュアル」「薬管理マニュアル」「医療棚にある外用薬・使用方法」「医務室の備品」等の各種マニュアルが活用されている。「与薬マニュアル」は食堂・支援室・宿直室に掲示し職員への周知徹底が図られている。利用者における薬の変更等の連絡は「夕方の引継ぎ」や「養護日誌」・職員が携帯する「利用者名簿」・「宿直日誌」を活用して行われている。(3) - 	

- 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>

知的障害者更生施設「しきしま」評価結果

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」において汚染作業区域と清潔作業区域・給排水設備・廃棄物の処理について規定されている。「支援計画書」の「養護計画」において居室・寝具等の衛生管理について規定されている。衛生管理に関するマニュアルは「朝の打ち合わせ」「養護会議」において職員に周知されている。(1) - ・「支援計画書」の「養護計画」において感染症予防・血液媒介型感染症予防・飛沫経口感染予防・皮膚疾患予防・口腔衛生・精神保健等について規定されている。感染症への対応方法は群馬県保健福祉食品局の「ノロウイルス平常時発生時の対応について」・全国社会福祉協議会の「感染症対策の手引き」「しきしま健康管理マニュアル」に規定されている。感染症に関するマニュアルは「朝の打ち合わせ」「職員会議」において職員に周知されている。(1) - ・「給食衛生管理マニュアル」において「調理従事者の健康管理マニュアル」「調理器具・容器の管理マニュアル」「食品取り扱いの衛生管理マニュアル」「食中毒発生時の対応」が規定されている。「給食衛生管理マニュアル」は「朝の打ち合わせ」「養護会議」において職員に周知されている。(1) - 	