

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別: 福祉型障害児入所施設
事業所名(施設名): 信濃学園

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
 - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
 - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態
実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a)	155 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 156 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 158 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	理念、基本方針、職員行動指針「さわやか宣言21」に利用者尊重の姿勢が明示されている。 生活支援マニュアルに基づき基準となる生活支援方法を定め、各寮間の格差が生じないように、支援の統一化と支援内容の向上に努めている。 身体拘束、虐待防止について勉強会、研修を通して職員に周知徹底され、今回の職員自己評価からも利用者尊重に対する意識が高い施設であると推察される。 利用者の人権尊重と権利擁護の観点から、サービスの検証を実施し、利用者の安全を確保した上でのオープン化（施設内の開錠）を検討している。
			利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a)	159 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 160 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 161 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。 162 利用者や保護者に関する情報の収集は、保護者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。 163 記録されている個人情報、保護者の求めに応じて開示している。 164 外部に提出する個人情報は、保護者の同意を得ている。	職員行動指針「さわやか宣言21」、法人の規程、および県の規程に準ずるなど取り組んでいる。生活支援マニュアルにおいてもサービス場面ごとにプライバシーの尊重について具体的に記載されている。 外部委員も参加する年三回の福祉サービス評価委員会でも、プライバシーの確保として委員会の提案によりトイレのカーテンや居室のプライバシーの確保など具体的に検討、改善に努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2) 利用者満足の上 上に努めている。	利用者満足の上 上を意図した仕 組みを整備して いる。	b)	165 利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。 166 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。 167 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、 保護者懇談会を定期的に行っている。 168 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席してい る。	利用者の障害特性、状況から利用者会は設 置していない。個々の担当者や班会等で利用 者の意向の把握に努め、言葉による表現だけ ではなく、表情や行動など言葉にならない想 いや意向も大切にして、個別支援計画に反映 するよう努めている。 ご家庭や様々な事情から直接やりとりでき ない保護者も増加し、家族会も休止中である が、保護者代表者の方をお願いしている。ご 家族へは、毎年、保護者満足度調査を実施し ており、学園のサービスの状況についてアン ケートで意見を頂いている。
			利用者満足の上 上に向けた取り 組みを行っている。	a)	169 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結 果を分析・検討するために、保護者参画のもとで検討会議の設置等 が行われている。 170 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。 171 標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応 をとっている。	福祉サービス委員会では、学園食の試食も 行い学園の現状報告し意見交換を行ってい る。 保護者満足度調査では、概ね満足との回答 を得ている。調査から得られたご意見を職員 に周知し、サービスに活かすように検討して いる。
			個別支援計画に もとづいた支援 を行っている。	a)	172 利用者の特性と発達段階に対応した個別支援計画にもとづいて支援 している。 173 個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行ってい る。 174 自立や就学のための情報を保護者へ提供している。 175 利用者や保護者の希望を面接等により把握し支援計画に反映してい る。 176 自立や就学に向けた体験学習を取り入れている。 177 地域の学校、福祉関係機関等と連携をとり、退所に向けた支援を 行っている。 178 退所後も継続して支援を行っている。 179 利用者の特性や心身の状態に合わせて療育内容を決めている。 180 必要に応じ保護者への相談支援を行っている。	個別支援計画は作成要領が作成され、本人 または保護者の意向の尊重、ケアマネジメ ント手法の活用、自立支援と利用者のQOL(生活 の質)の向上、チームによる支援体制の充実 といった作成の考え方が示され、要領に沿 って担当者は個々の利用者の計画作成に努めて いる。 半年毎に見直しされる個別支援計画に基づ いて、毎月のスモールステップ目標を検討し ており、地域移行プログラム、関係機関との 連携も支援方針に盛り込んでいる。支援にあ たったの留意すべき事項は、利用者の顔写真 とともに簡潔にまとめた資料を職員で共有し ている。 高等部の高校生は、養護学校を中心に自立 に向けての体験学習に力を入れている。担当 者と利用者の約束事を、写真やイラストを用 いて利用者と職員に周知している事例など工 夫も見られる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2)	排泄について利用者本位でサービス提供しているか。	a)	181 排泄介助が必要な子どもには、個人ごとにタイミングをはかって誘導する等の介助をしている。 182 身の回りのことはなるべく自立できるようにするため、職員は真に必要な働きかけと介助をしている。	排泄介助における支援マニュアルが策定され、自立を目指した支援、プライバシー保護が明示されている。排泄の記録は、他の利用者から見えない場所に置かれるような配慮もされている。
			施設での療育訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。	b)	183 利用者が主体的に施設で日常生活ができるよう様々なプログラムを用意している。 184 教室・療育室や食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。 185 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。 186 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。	施設の老朽化は否めないが、共用スペースは清掃や修繕がされ、清潔に保たれ、職員の努力が感じられる。周囲が建物で囲まれている中庭は芝生で心地よく、安心して外遊びできる場所である。余暇支援としての社会体験にも、利用者の思いを大事にして取り組んでいる。 毎日就寝前の「おやすみの会」では、子どもの声を引き出すようにも努めている。 外部講師による音楽療法、作業療法、心理療法、夏のプール、野菜栽培、昆虫の飼育、季節ごとの行事など様々なプログラムに取り組んでいる。 施設整備は県に要望している。窓ガラスは破損防止のシートで外の様子が見えにくく、施設内は日中でもやや薄暗い。外出の機会が多いとは言い難い利用者にとって、窓から見える景色は、季節の移ろいや豊かな自然に囲まれている事を感じ、施設外の人の営みを感じることができるとは言い難い。 利用者が寮に帰ってきた時に自分の住まいと感じホッとして安らげる雰囲気工夫や配慮が望まれる。 障がいの特性を踏まえても子どもの発達を促す環境として、家庭的な「暮らし」の創世、楽しく安らげるような住環境・雰囲気づくりに関する職員の専門性に期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2)	施設と保護者との交流・連携を図っている。	a)	187 保護者の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。 188 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者へ知らせている。 189 保護者からの個別の相談にも応じている。 190 施設と保護者が交流・意見交換する場を設けている。 191 利用者の状況を個別に保護者へ定期的に報告している。	年三回の「なないる通信」という個別のお便り（利用者の写真や活動内容、成長の記録など）を保護者に送付している。定期連絡の希望により月一回施設から連絡をいれている保護者や、毎週外泊する利用者もおられ、保護者の状況に合わせて連携している。 保護者会の設置はないが環境整備作業に来ていただき保護者交流の機会を作っている。また、のびろ祭（学園祭）には保護者とともに参加できる支援も実施している。さらに保護者懇談、家庭訪問を実施している。 保護者の見学は、職員体制、行事等の都合もあるので事前に連絡を入れてもらうことにしているが、原則、いつでも希望に応えるよう努めている。
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	192 利用者又は保護者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 193 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 194 相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。	入所時の契約書及び重要事項説明書に、担当者を明記した文書で説明している。 半年ごとの個別支援計画の作成にあたっては、保護者の意向を確認する仕組みを確立している。 保護者との交流や日々の電話連絡を通して保護者との協力関係を構築し、ご家庭の事情にも配慮しながら、相談や意見を述べやすい環境となるように取り組んでいる。今後も、日常的に、積極的かつご家族に寄り添った取り組みを期待する。
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	195 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備し、実際に機能している。 196 苦情解決責任者は、全ての苦情と圏対応結果を把握している。 197 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 198 保護者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 199 保護者へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。 200 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。 201 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	第三者委員の名前と共に顔写真入りの苦情解決の仕組みポスターが児童玄関、正面玄関近く廊下の二箇所の見やすい場所に掲示されている。 苦情解決の体制を法人の要綱及び施設要領の規定に基づき整備し、苦情解決委員会も設置、開催されている。 周知方法の工夫として、行事等に第三者委員の方に参加して頂いている。 今年度より意見箱を二箇所に設置し広報誌で周知するなど取り組んでおり、苦情申し立て件数は公表されている。 毎年秋に保護者満足度調査を実施し、施設から積極的に意向把握へ取り組み、利用者の言葉にできない思いをくみ取って欲しいなどの意見が出されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
	2 サ ー ビ ス の 質 の 確 保	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	202	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。	年一回保護者への「満足度調査」を実施し、満足度以外にも要望、苦情を汲み取る環境づくりに努めている。この調査で出された満足度や要望等は、職員に周知検討されるだけでなく、外部の方も参加する福祉サービス評価委員会でも検討され、サービスの改善に反映する仕組みを構築している。
					203	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。	
					204	苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。	
					205	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					206	苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	
		(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b)	207	定められた評価基準に基づいて、年に2回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	毎年一回職員自己評価を実施し、第三者評価を三年ごとに受審し、今回で四回目、法人が指定管理となってからは二回目である。業務分担としてサービス向上委員会にサービス評価担当および責任者が定められている。
					208	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
					209	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	
					a)	210	
		211	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。				
212	職員間で課題の共有化が図られている。						
	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)	213	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	排泄時のプライバシー保護について検討し、施設内設備の改善を迅速に実施している。 身体拘束と行動制限について、利用者の安全、安心な環境とリスク管理の観点から、職員の意識向上や職員同士の認識、情報の共有化にあたっての課題など検討されている。 服薬管理においては、支援マニュアルの改定や再度読み合わせを実施し、マニュアルに沿った確実な支援で事故防止に努めている。		
			214	改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a)	215 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 216 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。 217 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 218 日常サービス（健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。 219 マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。 220 マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。 221 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。 222 日常のサービスのあり方や支援方法について、指導者が職員へ評価・助言・指導を行っている。	「生活支援マニュアル」や「サポートシート」などによって、指導・支援方法について整理され、共有化が図られている。また、そのプライバシーの保護の姿勢は、職員行動指針「さわやか宣言21」で示されている。 一方で職員の人事異動や施設内のユニット化で利用者個々の細かい個性への理解について、職員間で差がある。より一層の情報の共有と伝達の徹底が求められる。 社会的に様々な課題を持った措置児童が増える中、比較的、自立度が高い高年齢な子供が増えている。自立に向けた指導や支援のマニュアルといった利用者の状況にあわせての標準的な実施方法の組織的取り組みが必要になると思われる。（担当者、寮だけの取り組みだけでなく、文書化や職員全体の合意など）
			標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)	223 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 224 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。	必要に応じて支援課会議で見直しが行われており、特に周知徹底が必要な事柄については、「留意事項」として、各班に伝えられている。
		(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a)	225 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 226 利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。 227 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 228 記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	記録の方法について全職員対象とした研修を行い、職員間で記録の方法に相違が無いように配慮し、毎日詳しく記録されている。 個別支援計画に沿ったスモールステップを毎月設定し、達成状況を毎月確認出来るようになっている。 毎日詳しく記録されていることは評価できるが、記録量の多さから、予想外の重要な変化や突発的な出来事が記録の中に埋もれてしまう危険性を感じた。第三者が短時間で記録を読む事態を想定した工夫も必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(3)	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	229 記録管理の責任者が設置されている。 230 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 231 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 232 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	文書規定において、管理の責任者や管理方法について決められている。
			利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a)	233 利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。 234 情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 235 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。	情報の共有化のために「支援課会議」が毎月行われ、各班や各寮を横断して、情報の共有化を図っている。また、施設内はパソコンによるネットワークが整備され、情報を共有することが出来る。
	3 サ ー ビ ス の 開 始 ・ 継 続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	236 事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。 237 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 238 理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、公共施設等へ置いている。 239 事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。 240 問い合わせへの対応体制を整えている。 241 利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。 242 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。	ホームページ・パンフレット等が整備されており、必要に応じて施設の見学も可能である。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	3	(1)	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a)	243 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料により、利用者に説明している。 ・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等） 244 重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。 245 利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。 246 サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。	サービス内容を記した「重要事項説明書」等を利用開始に際しては、保護者に説明し、手渡している。（知的障がい児を対象としているため、本人には手渡していない） 年々社会的に様々な課題を持つ利用者が増える中、保護者への説明が困難になってきている。特に基本的に18歳未満の障がい児を対象とした施設であることの説明を、より一層丁寧に行う必要があると思われる。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	247 他の事業所や家庭・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 248 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 249 サービス終了時に、利用者や保護者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	学校と連携し、高等部卒業後の進路を検討し、退所後も継続的な支援を行っている。また、引き継ぎ文書の作成を行い、サービス終了後の相談支援センターとの面談など退所後の支援の仕組みがある。
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者へのアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	250 サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。 251 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。 252 利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。	個別支援計画等作成要領に従い、個別計画書と一体化したアセスメント様式で半年ごとに見直されている。
利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。			a)	253 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手順が決められている。 254 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。	個別支援計画等作成要領に課題抽出の方法、課題設定のプロセスも明記され、個別支援計画と一体となった様式に「課題・ニーズ」が記載されている。	
(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。		サービス実施計画を適切に策定している。	a)	255 個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。 256 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 257 サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 258 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。	「個別支援計画」として、細かく作成されており、その中で毎月「スモールステップ」を設定し、達成状況を確認すると共に、新たなステップに向けた課題を明確にしている。 策定された「個別支援計画」は、支援課会議・班会議で周知されると共に各部署に回覧され、部門を横断した意見を求めている。 項目毎の部門の責任者が判りにくく記載されていないので、必要に応じて項目毎の責任者を記載し、サービス実施の責任の所在を明確にすることで、より一層の周知徹底が図られるものと思われる。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	4	(2)	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	259 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者及び保護者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 260 サービス実施計画の見直しは、保護者に説明し合意を得ている。 261 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 262 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	サービス実施計画の見直しは、個別支援計画の重点支援目標達成のため、スモールステップ目標の設定があり、毎月モニタリング、評価を班ごとで行い確認、検討を行い変更する仕組みがある。また、「個別支援計画」の総合評価は6ヶ月毎に行い、個別支援目標の評価、関連機関との連絡評価、地域移行プログラム評価等により新たな「個別支援計画」策定のために、所定の様式において「アセスメント」（評価）を行っている。
	5 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a)	263 利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。 264 意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有の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ている。 265 意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。 (コミュニケーション機器の用意を含む。) 266 意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。 267 必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。	自閉症療育支援事業において外部より講師を招くとともに、こまき教室においても言語聴覚士を招き、利用者や地域の障がい児のコミュニケーション能力を高めるための支援を目指している。同時に職員個々の療育支援の技量向上と療育体制構築の基盤作りにもなっている。
利用者の主体的な活動を尊重している。			b)	268 利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。 269 利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 270 利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。 271 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 272 自治会等は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。	利用者の自治会はないが、グループで毎日行われる「おやすみの会」において、一人ひとりに発言を求め、一日を振り返ると共に一人ひとりの意向の尊重を図っている。 地域の行事や他施設の行事などへ積極的に参加し、利用者が出来る限り多くの人々と交流が出来るよう努力している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	5	(1)	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a)	273 利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。 274 自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いが行われている。 275 自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。	日常的な学校での学習や指導との連携に加え、施設独自の取り組みとして、作業療法士からの定期的な指導により、広い視点から子ども達の可能性を探りながら支援や指導を行い、効果を上げている。
			利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a)	276 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。 277 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。 278 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。 279 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。	学校での学習や指導が中心のため、低学年の子ども達は余暇活動を通して、社会的な能力を高めるための活動を行っている。 養護学校の高等部に所属する利用者は、18歳での退所を間近に控え、「買い物」「交通機関の利用」「調理・洗濯などの家事」「薬の管理」など、退所後の進路に合わせた指導や学習を日常的に行っている。
6 日常生活支援	(1) 食事	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a)	280 サービス実施計画等において、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。 281 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル(留意する点を含む手引き等)が用意されている。 282 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。	「個別支援計画」及び「サポートシート」に個々の具体的な支援方法を記載し、状態に応じた食事とその支援が行われている。 個々の栄養管理は、医師、看護師との連携により、適正な栄養摂取ができるように支援員、管理栄養士と協働で個別支援計画書に反映し栄養ケア計画により管理されている。身体状況等、特別な配慮を必要とする利用者に対しては、食事ごとに献立表に記載し、利用者、支援員に周知する工夫も実施している。	
		食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a)	283 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 284 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 285 適温の食事を提供している。 286 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。 287 食卓には複数の調味料・香辛料が用意されている。 288 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。 289 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。	知的障がいをもった児童施設のため、利用者が献立会議に参加することは困難だが、直接支援を行っている職員が利用者から聞き取りによる嗜好調査を行い、栄養士と共に給食委託業者を交えた給食委員会に出席している。 職員は、利用者一人ひとりの嗜好や障がい特性を伝え、給食委員会での検討から、にぎり寿司のバイキング形式やセレクト食など楽しむ食事も実施している。 栄養状態や体調の変化に対する食事の配慮を分かりやすく日々の記録に記載している。 写真や絵を使った献立表などの掲示物を通して、子ども達に食の楽しみを伝えるよう工夫している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(1)	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	290 食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 291 食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、幅のある時間帯の中で個人が好む時間に摂ることができる。	全員が揃って食べられる広い食堂の他に各棟に少人数で食事が出来る食堂もあり、一人で食べたい時には居室で食べるなど、利用者の状態に合った喫食環境が提供されている。 社会体験の一環としての外食、寮での調理体験にも取り組んでいる。
		(2) 入浴	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a)	292 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。 293 安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 294 入浴の介助や支援・助言業務は、所定の様式により記録されている。	生活支援マニュアルが作成されており、入浴がもたらす効果、生理的効果の理解をした入浴が行えるようにプライバシーへの配慮、利用者の状態に応じた支援、健康把握、安全確保など支援ポイント、具体的支援が定められている。 一人ひとりの入浴方法について、個別支援計画策定時のアセスメントにおいて、アセスメントを行い、課題やニーズを明確にすると共に、個別の入浴方法について、サポートシートに記載し、周知を図っている。
			入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a)	295 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。 296 入浴の時間帯や週間回数について、利用者との話し合いで決めており、回数については少なくとも週2回以上である。	基本的には隔日の入浴を提供している他、必要に応じて入浴のない日には、シャワー浴を提供できるように配慮している。
			浴室・脱衣場等の環境は適切である。	b)	297 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を持っている。 298 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 299 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。	各寮に浴室を配置し、出来る限り少人数で入浴が出来るよう配慮している。しかし、更衣室に冷房はない。 シャワー室は別に設けられ、プライバシーに配慮した環境が整っている。
		(3) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	a)	300 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 301 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 302 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用方法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。 303 排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。	基本的な排泄介助の方法やプライバシーへの配慮は、「生活支援マニュアル」に記載されている。 個々の排泄方法については、6ヶ月毎の個別支援計画策定時のアセスメントで課題を抽出し、「個別支援計画」や「サポートシート」によって周知を図っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(3)	トイレは清潔で快適である。	b)	304 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 305 プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 306 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 307 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 308 採光・照明等は適切である。 309 冷暖房設備がある。	以前はカーテンであった仕切りをドアに改造するなど、プライバシーに配慮した設備の改善を行っている。 現代の家庭のトイレの環境や設備に鑑み、「暖房便座」「温水洗浄便座」は、一般的な設備として整備する必要があると思われる。
		(4) 衣服	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a)	310 衣類は利用者の意思で選択している。 311 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。 312 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物支援等に応じている。	衣類の購入については、利用者の好みに配慮し、外出支援などの機会に職員と利用者が一緒に購入している。
			衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a)	313 利用者が着替えを希望した場合、特別な場合（強いこだわり等）を除き、その意思を尊重している。 314 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 315 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。	生活支援マニュアルがあり、プライバシーの尊重、利用者の状況に合わせた支援、身だしなみを整える支援ポイントに具体的支援内容が示され自分で着脱できる支援、汚れや破損が生じたときの対応についても記載されている。職員の「衣類・消耗品係」が中心に管理を行っている。 修繕については、地域のボランティアの皆さんにも協力して頂いている。
		(5) 理容・美容	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)	316 髪型や化粧の仕方等は利用者の意向に配慮している。 317 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。 318 理容・美容に関する資料や情報を用意している。	利用者の個性や好みに配慮し、支援している。
			理髪店や美容院の利用について配慮している。	a)	319 地域の理髪店や美容院の利用について、必要に応じて職員の送迎や同行などの支援を行っている。 320 利用する理髪店や美容院に対しては、理解と協力を得られるよう、必要に応じて職員が連絡・調整を行っている。	施設内に理容師・美容師が訪れて理髪を行っているが、利用者や家族に希望があれば、施設外的美容室・理容室に行くことは出来る。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(6) 睡眠	安眠できるように配慮している。	a)	321 寝室やベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じた適切な配慮がなされている。 322 夜間就寝中の利用者に対するサービスについては、体位変換やおむつ交換、さらには睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等を含むマニュアルが用意されている。 323 夜間に行われた個別支援は、所定の様式で記録されている。 324 寝具は、利用者の好みに基づいて用意され、又は私物使用も認められている。 325 不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、一時的に他の部屋を使用することができる。	寝具はリースにより用意し、定期的に変換され、清潔に保たれている。 タオル・好みの枕・縫いぐるみなどの小物については、利用者の好みによって持ち込みや使用が可能となっている。 殆どの居室が個室となっており、不眠などの不安定な利用者に対して個別に対応できる環境が整備されている。
		(7) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	a)	326 利用者の健康管理票が整備されている。 327 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。 328 医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。 329 医師又は看護婦が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。 330 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。 331 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。 332 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。	看護師2名体制をとり、健康管理マニュアルを作成し、年度毎に必要時に見直している。保護者へは、「なないる通信」にて成長の様子や健康状況をお知らせもしている。日常生活における個別の対応は個別支援計画に組み込んで支援している。 養護学校在籍以外の利用者は学園で年2回歯科健診を実施している。
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	333 健康面に不調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 334 地域内に協力的な医療機関（診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院）を確保している。 335 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	健康面での不調、臨時や頓服の投薬時は必ず看護師が確認し、看護師不在の土日休日及び夜間はオンコールで、電話対応または必要時には出勤して対応している。マニュアルも定められ、緊急時の総合病院も近くにあり、連携を緊密にとっている。 インフルエンザに対しては、職員、利用者ともに予防接種を全員が接種し、発生時も個室で対応し、感染拡大を最小限に留めている。感染性胃腸炎は、昨年度発生していないが、嘔吐を伴う体調不良時は、マニュアルに沿って使い捨て食器等で対応している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(7)	内服薬・外用薬等の扱いは確実に 行われている。	a)	336 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。 337 一人ひとりの利用者を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、マニュアルが用意されている。 338 薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。 339 内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。	服薬管理は、薬の誤薬や与薬忘れ防止のため、声出し確認、ダブルチェック、見届け、サインや与薬担当者、最終確認者が明示された与薬管理マニュアルを作成している。健康管理マニュアルに誤薬への対応も作成され勤務交替の引き継ぎ時にも読み合わせをしており、遵守を徹底している。寮による違い、体調不良時、例外的な対応についても明示されている。利用者の内服している薬については、支援職員の勉強会も開いているが障がいの特性もあり、利用者には知らされていない。
		(8) 余暇・レクリエーション	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a)	340 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。 341 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。 342 利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。 343 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。 344 地域の社会資源を積極的に活用している。	日々の関わりの中で、利用者の意向を職員が理解し、それぞれの意向に添った余暇活動を側面的に支援している。余暇活動を通して、将来の自立や地域移行を見据えた自主的な行動が出来るよう支援している。地域の社会資源を積極的な活用に努め、育成行事、松本ブロック文化祭など情報を利用者に伝え行事参加の取り組みも行っている。
		(9) 外出、外泊	外出は利用者の希望に応じて行われている。	b)	345 利用者の代表や自治会等と話し合っ、外出についてのルールを設けている。 346 必要なときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等、いずれかの人がからの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。 347 地域のガイドマップやイベント等の情報を普段から収集するよう努め、利用者に提供している。 348 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。	寮単位の外出実施、個別支援での取り決めを行い、利用者の希望に応じて、買い物や交通機関の利用体験を含めた外出支援を行っている。
			外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	b)	349 利用者の代表や自治会等と話し合っ、利用者主体のルールを設けている。 350 施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。 351 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。	家庭事情の課題を抱える児童も多く、家庭との交流も出来ない利用者もいる。家庭に情報を流す工夫を行い、利用者や家族の立場に立った支援に心がけている。案内文も強制で無い事に配慮した支援に努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	6	(10)所持金・預かり金の管理等	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b)	<p>352 利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。</p> <p>353 金銭等の自己管理ができるように配慮されている。</p> <p>354 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。</p> <p>355 自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。</p> <p>356 金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。</p>	<p>預かり金の管理については、「信濃学園預り金取り扱い要領、児童手当に係る管理規程・取扱要領等」の規定に則り、複数担当で適切に管理されている。</p> <p>利用者個々の発達段階や障がい特性に応じて自己管理に向けた支援を行っている。</p>
			新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a)	<p>357 新聞・雑誌を個人で購入できる。</p> <p>358 テレビやラジオ等を個人で所有できるように便宜を図っている。</p> <p>359 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決められている。</p>	<p>テレビや雑誌などの利用については、各寮の「おやすみの会」でルールについて話し合い、必要に応じて掲示物により明確にしている。</p> <p>個人のテレビなどについては、それぞれのケースで話し合って決められている。</p>