

## 福祉サービス第三評価結果の公表様式〔障害者・児福祉サービス〕

### ① 第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

### ② 施設・事業所情報

名称：静岡済生会療育センター令和	種別：医療型障害児入所施設・療養介護		
代表者氏名：施設長 石山 純三	定員（利用人数）：		60名
所在地：静岡県静岡市駿河区曲金五丁目3番30号			
TEL：054-285-0753	ホームページ： <a href="https://shizuoka-saiseikai.jp/department/center/reiwa/">https://shizuoka-saiseikai.jp/department/center/reiwa/</a>		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和61年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 <sup>思賜財団</sup> 済生会支部静岡県済生会			
職員数	常勤職員：	94名	非常勤職員 20名
専門職員	（医師）	6名	（医師） 2名
	（看護師）	21名	（看護師） 4名
	（准看護師）	2名	（准看護師） 1名
	（保育士）	6名	（保育士） 1名
	（栄養士）	1名	（栄養士） 0名
	（理学療法士）	18名	（理学療法士） 0名
	（作業療法士）	12名	（作業療法士） 1名
	（言語聴覚士）	6名	（言語聴覚士） 0名
施設・設備の概要	（居室数）	17室	（設備等） 食堂 1
			浴室 1
			特殊浴室 1
			便所 1
			洗面台 3
			訓練室 14
			保育室 1

### ③ 理念・基本方針

#### (1) 理念

1) 私たちは、ノーマライゼーション実現のため、あたたかな心をもって皆さんを応援します。  
ノーマライゼーションとは、  
「障害をもっている地域で当たり前の暮らしをしよう」という、障害を持つ人も持たない人もそれぞれの地域で共になかよく暮らそうという基本的な考え方です。

## (2) 基本方針

- 1) 施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその児童の立場に立って指定入所支援を提供すると共に、できる限り居宅に近い環境の中で地域や家庭との結び付きを保ち、他の保健医療サービスや福祉サービスを提供する者との密接な連携を重視した運営を行うものとする。
- 2) 施設は、サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮した運営を行うものとする。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 本体病院と一体的な事業の展開
- 2) 入所施設だけでなく外来でのリハビリテーションを実施している。肢体不自由児だけではなく最近では自閉症などの発達障害者のリハビリの受け入れが増加している。
- 3) 法人内の他施設へリハビリ職員の派遣

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年5月30日（契約日）～ 令和5年3月9日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（                      年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・静岡県済生会 SDGs 行動宣言をしており、3つのテーマを持ち、生活困窮者の支援、医療と福祉の面へ切れ目のないサービスの提供を目指し、取り組んでいます。
- ・サービスの終了後も、利用者が相談できるように、相談支援事業所との連携を図り、支援課が窓口となり担当者を設け、利用者家族に印刷物を各種サマリーと共に渡しています。

### ◇改善を求められる点

- ・モニタリングの会議には多職種が出席し、必要に応じて児童相談所職員等、行政にも出席をしてもらい、意見や提案が反映されるようになってはいますが、マニュアル類の検証・見直しの時期や方法を組織として定めておらず、定期的な見直しが行われていません。
- ・個人情報保護規程が策定され、管理体制や記録の保管、保存、廃棄、情報の提供等が規定されています。また、それに基づいた説明が利用者家族に行われ、同意を得ています。しかし職員に対し、個人情報保護規程についての研修を行い、機密保持及び個人情報保護に関する誓約書を提出してもらっていますが、遵守できているかどうかの確認は行われていません。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今年度初めて第三者評価を受審いたしました。

事前準備として、全職員で自己評価を行いました。福祉サービスを実施する施設として必要なことは何かを職員が意識する良い機会となりました。

受審によって施設として改善が必要な点が明確になりました。良い点を維持しながら不十分な点は施設全体の課題として取り組んでまいります。

施設を利用される皆様へのサービスの向上を図り、またさらに地域に貢献できる施設を目指してまいります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果〔障害者・児福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p>基本理念は法人と同じものであり、事業所の文書や広報媒体に記載されています。基本方針は運営方針として事業計画の中に記載されています。基本理念は職員カードに記載してあり、職員の行動規範となるような具体的内容になっていますが、会議や研修会での説明等の協議をもって職員へ周知を図ることや、周知状況の確認、継続的な取組みにまでは至っていません。利用者や家族に対しても、基本理念も資料として特にわかりやすい工夫はなく、周知までは図っていません。</p>		

##### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 社会福祉事業全体の動向や、全国肢体不自由児施設運営協議会は施設長・事務長が参加、静岡市の事業所説明会へ担当者が参加し動向の把握はしていますが、分析まではしていません。事業所内の状況については肢体不自由児の減少、重複障害児の増加、在宅サービス利用者の増加により入所者の減少等、昨年との対比・分析の結果を、主任者会議で報告をし、内容は5年間の記録を年2期に分けた棒グラフで表し、全職員が書面にて確認しています。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 5年の事業計画の中での課題としての院内感染（安全な医療・生活の場の提供）に院全体で取り組んでいます。また、施設整備計画に改善指示内容を記載しています。監事監査結果を理事会に報告し、参加者の施設長・事務長が主任者会議で報告し、内容は書面にて全職員に回覧し、PCでも閲覧可能になっており、全員が既読しています。また、BCPについては事業所独自で災害対策委員会が取組中です。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>建物は県からの無償貸与になっており、建物以外の計画は5年の中・長期計画で目標を定め、見直しをしています。現状の課題を実施計画に組み込み、介護者の負担軽減のためのレスパイトに焦点を当て、短期入所事業に力を入れています。(現在はコロナウィルス感染症のため受け入れを中止しています)年2回、項目別に進捗状況実数、達成状況、未達理由、評価結果を本部に報告し、項目別に進捗状況実数、達成状況、未達理由、評価結果を本部に報告しています。事業所により、変更があれば、施設長より法人本部へ申し出ることでなっています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度計画の具体的内容は経営の安定化と目標を示しています。事業計画は社会の実情を反映し、医療型障害児入所施設事業(1種事業)、障害福祉サービス事業(療養介護)(2種事業)、障害福祉サービス事業(短期入所)等、ニーズを捉え、事業計画は内容別に記載しており、計画・目標、実績見込みで評価を行える内容になっています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年、暮れに実施状況をまとめ、年明けの理事会で単年度の見込みを、年度目標、実績、結果を見て評価、見直し、目標を立てています。各部署の職員の現場の意見を取りあげて実施しているとの確認はできませんが、主任者会議記録には意見の集約を記載してあります。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容は、令和4年度事業計画は広報誌「こころ」(2022年8月初版)に記載してあります。利用者会や家族会の機会はありません。年2回、個別支援計画のモニタリング時に面談を実施し、説明していますが、工夫まではしていません。また、重度心身障害児(重複障害)で、意思疎通が困難なため、利用者の目の動きや、顔の表情で利用者の身体状況の把握や、訴えを把握する以上の支援はできていません。家族会懇談会は今年度1回実施、令和5年度より年2回実施する予定です。</p>		

## I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務目標を設定して年2回面談の上、目標達成基準、達成手段、一時評価、被評価書、一次評価、二次評価と欄を設けて評価しています。第三者評価の受審は今回が初めてですが、自己評価を年2回実施し内容項目は職種ごとに環境、プライバシーの保護とし、入院と外来に分けて棒グラフ、折れ線グラフで表し、満足度調査をしていますが、分析・検討する場合は、施設として位置づけられておらず、PDCAには至っていません。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員間で課題として共有していた記録が、病棟看護管理会議録に記載されています。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していますが、仕組みや、自己評価結果についての取組の計画的な実施、見直しには至っていません。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は本年着任し、着任時に紙面に方針と取り組みを明記して職員に配付しています。経営・管理に関する方針とともに、自らの役割と責任を表明していますが、周知を図っているとまでは言えません。不在時の権限委任等は処務規則に事務長が代行することが明記されています。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業者との取引は、金額により方法が決まっており、取引については購入伺いを提出して決済をとり、適正な関係を保持しています。また、法令遵守責任者の研修会と済生会病院の教育センターが実施する研修に参加し、職員には伝達研修を実施しています。環境への配慮は、静岡県済生会 SDGs 行動宣言をしており、3つのテーマを持ち、生活困窮者の支援、医療と福祉の面へ切れ目のないサービスの提供を目指し、取り組んでいます。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>インシデントについてパソコン内で報告を管理し、済生会病院のTQRMセンター（医療安全管理室）で全体を管理し、職員は済生会病院の教育センターで階層別に教育・研修が組まれた院内教育委員会への参加を必須とし、守秘義務、個人情報の保護法の基礎知識、医療安全、オンデマンドでPCの扱い等、職員の教育・研修の充実を図っています。個人面談を年2回実施し、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映させています。内容の一部に福祉サービスの質の向上についてのもも含まれていますが、現状を把握する目的や、課題としては取り組めていません。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>済生会支部長が10月12日に施設長として着任し、前任者からの引継ぎの勤務です。事業計画の中で経営改善として短期入所等を実施し、財務の経営改善を図り、職員定数は毎年支部事務局に提出し、理事会の承認を得ています。また、就業規則等の整備や、物品購入方針の明文化、静岡医療福祉センターの今後の在り方に関して必要な検討を行う「静岡医療福祉センター検討委員会」を立ち上げ、自らも参加し、具体的に取り組んでいます。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人事務局で人事方針は決めています。事前に個別の具体的資格・年齢・男女間等と異動先・退職、勤務希望調査を踏まえて実施しています。現状は、業務に足るだけの必要資格者は揃っているため、その先の具体的計画は必要ないと判断しています。階層別研修が計画に沿って確実に実施されていることを済生会病院の教育センターで確認し、階層別の研修を実施後、職員の施設間の交流により、育成を図り、スキルを上げています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>「期待する職員像等」明記され、法人事務局の人事基準で昇任昇格について定められ、所属長は人事評価シートにより評価しています。職員の勤務意向調査は周知され、異動に関する希望は他の施設との調整により可能になっていますが、人材育成ビジョンで職員の活躍できる仕組みができていることについては、周知が十分とは言えません。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事課（病院）で業務環境を管理し、分掌で事業所の労務管理者を明確にしています。職員の就労状況を院長が毎月確認し、所属長が年2回の面接を行っています。職員の定期健康診断や、ストレスチェックは、健康管理センターが直接実施し、ハラスメントについてはメールで、個人で申し込み、臨床心理士等が対応しています。福利厚生は院内</p>		

<p>に保育園と児童クラブ、法人全体の福利厚生施設やホテル等充実しています。休暇の急な対応には、看護部は本院からの応援体制があります。病院と一体になったことで離職率が低くなっていますが、連続休暇の取得については懸案となっています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  職員の育成については、法人の人事方針、人材育成ビジョンで明確にされています。目標設定シートは1年間を対象とし、難易度は目安とし、難易度×ウェイト×達成度で評価を一人ひとりに作成しています。所属長（各課長）による中間面接が9・10月にあり、各課の目標（病院行動規範→各課・各部署→個人の進捗状況の確認）に沿って確認し、所属長（各課長）の面接で人事評価シートでの目標達成度を確認しています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  人材育成ビジョンで求められる職員像を明記し、法人の人事方針の中に、各部署に就くために必要な専門資格と専門技術について明示されています。教育センターの研修計画には階層別、職種別研修計画が記載され、参加状況も確認され、評価見直しについては、教育センターで参加者のアンケート等により、統括して実施し、アンケートを基に円グラフ・棒グラフや数値化して見直しています。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  全職員の専門資格の取得状況は資格者証の写しの提出をもって確認し、新任職員研修は3日間対面により実施し、済生会病院の教育センターが階層別、職種別（課別）の研修を実施しています。研修の案内や情報は必要な部署へ転送・回覧し、現場の判断で職員の勤務調整をして参加を図り、正規職員・パート職員（医療安全の研修）それぞれ勤務調整を図り、参加できるように配慮しています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  「実習の目的」「実習生受け入れの意義」を明文化のうえ、マニュアルを作成し、各学校（PT, OT, ST, 看護学校）等、学生に合わせたプログラムを準備し、PT, OT, ST, 看護学校では指導者研修を受講しています。マニュアルには、実習受け入れ前の打診への対応、実習前のオリエンテーション等丁寧に記載されています。</p>		



## II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページで「理念」「基本方針」が公開され、社会・地域に対して、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にしています。また、今年度より広報誌を作成し、児童相談所や実習受け先の学校、関連施設、近隣の町内会等に配布しています。また、法人のホームページで事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、苦情・相談の体制や内容についても公表しています。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部が作成したマニュアルにより行っており、年度当初に職員に対し説明されています。本部監査室は毎年ではありませんが定期的に監査を実施、済生会静岡支部監査室により年1回の内部監査があります。また、決算時には会計事務所による決算監査の実施、監事監査の実施を行い、外部の専門家の意見を得ています。</p>		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的開催される済生会フェアや福祉機器展にて、地域との交流を図ったりしてきましたが、コロナ禍のためできていません。施設内の掲示板に児童発達支援や放課後等デイサービス事業所の情報を掲示していますが、地域との関わり方についての基本的な考えを文章化したものはありません。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルを整備し、それに沿い受入れを行っています。また、高校生リハビリ体験スクールや職場体験実習の受入れ等、学校教育への協力を行っています。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>保育園のリストや子ども病院地域連携室など状況によって対応できる社会資源のリスト化を行い、職員間で情報の共有を図っています。また、短期入所連絡会に参加し、地域の共通の問題に取り組み、相談支援事業所と連絡を取り合っていますが、ネットワーク化はできてい</p>		

ません。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>以前は、子ども福祉機器展を開催していましたが、コロナ禍のため行っていません。また、地域防災会議に参加し、シニアサポーター事業の登録を行ったりしていますが、地域のニーズを把握する取り組みとしては十分ではありません。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の支え合い体制づくり実行委員会へ参加し、福祉に関わることについて相談に乗ったり、防災活動として避難所開設訓練に参加しています。また、専門的な知識を伝えるために、障害児をもつ親御さん向けに療育講習会を実施していましたが、コロナ禍のため行っていません。</p>		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や運営方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について示されており、職員倫理規程に基づく行動指針を基に人権擁護の取り組みを行っています。</p> <p>アセスメント時に利用者、家族の思いを聞き取り、カンファレンス等で情報を共有し、必要に応じて権利擁護や成年後見制度について情報の提供を行っています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護についての規程があり、職員の研修も行われています。入院時に利用者、家族にプライバシー保護と権利擁護についての説明を行い、症例検討の時には家族に説明をし、同意を得ています。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パンフレットやホームページでは、写真を掲載し、分かりやすい言葉で紹介し、入院前の診察や見学者には、3つのしおりを使い説明し、分からないことや質問には丁寧に対応していますが、パンフレットを公共施設へは置いていません。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始や変更時には自己決定できるように配慮し、丁寧に説明していますが、分かりやすいような工夫や配慮は特に行っていません。契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等、サービスの開始や変更時には、家族へ説明し、同意を得て、書面を残しています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族と医師やリハビリ担当職員との面談、訪問看護指示書や診療情報提供書等、サービスの継続に向けての手順と引継ぎ文書が決められ、退院前に関係機関で会議を行っています。また、サービスの終了後も、利用者が相談できるように、相談支援事業所との連携を図り、支援課が窓口となり担当者を設け、利用者家族に印刷物を各種サマリーと共に渡しています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足度調査を年1回行っています。保護者会はありませんが、定期的なモニタリング時や個別の相談面接で聴取を行っています。また、利用者の自治会であるあひるの声毎月行われ、その場で利用者の意見等を聞くようにしています。利用者満足度調査を行い、患者サービス委員会で分析検討していますが、その結果に基づいて具体的な改善を行っているか把握できていません。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情取扱い要綱があり、第三者委員会が設置され、苦情解決の体制が確立されています。苦情解決に関するポスターを病棟内に掲示し、利用者や家族が意見や苦情を申し出やすいよう、苦情受付箱を設置しています。受け付けた意見や苦情は利用者家族にフィードバックし、苦情を申し出た利用者や家族に配慮し、公表していますが、個別対応に終わっていて、全体的な福祉サービスの質の向上に向けた取り組みにはなっていません。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談を受ける場合は、面会室など個室を使用し、相談内容が聞こえないように配慮しています。重要事項説明書を基に、相談の受付窓口や、行政機関、福祉サービスへの申し出ができることを説明し、連絡先を伝えています。また、それぞれの部署で意見を聞く体制と伝えたい相手を選ぶことができるようになってはいますが、利用者家族に向けた分かりやすく説明した文書はありません。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a

<b>&lt;コメント&gt;</b> 意見箱の設置や相談時には個室の利用、また、利用者の自治組織であるあひるの声にて、利用者の意見を聞くようにしています。また、意見等から業務の見直しが必要になった場合は、マニュアルを更新し、業務の見直しをしています。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<b>&lt;コメント&gt;</b> 医療安全委員会が設置され、責任者も決められており、定期的に報告、共有、見直しが行われています。事故発生時の対応と安全確保についてマニュアルが整備され、カンファレンス等で職員への周知を図り、事例発生ごとにカンファレンスを実施し、事故の再発防止に取り組んでいます。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<b>&lt;コメント&gt;</b> 院内感染マニュアルが作成され、責任と役割を明確にした管理体制が整備され、手指衛生、PPE（個人用防護具）など、項目ごとに定期的に研修と見直しが行われています。感染症が発生した場合は、病棟マニュアルに沿って、多職種が連携し、適切な対応を行っています。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<b>&lt;コメント&gt;</b> 防災委員会があり、防災対策規程等が作成され、災害時の対応体制が決められており、初動チェックリストで利用者と職員の安否確認ができるようになっています。消防署や自治会等と連携し、定期的に訓練を実施しています。また、備蓄リストを作成し、管理者を決め、備蓄を整備し、BCP（事業継続計画）を策定中です。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<b>&lt;コメント&gt;</b> 標準的な実施方法が、マニュアル「日常生活に関わる業務」の中に文章化され、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明示されています。標準的な実施方法について、院内研修を年2回実施し、看護補助者技術チェックリストにて、実施状況を確認しています。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b> マニュアルの中には、実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が明示されておらず、必要に応じて検証・見直しが行われていますが、定期的には行われていません。カンファレ		

<p>ンスや利用者家族との個別面談、個別支援計画の内容等、意見や提案が必要に応じて反映されています。</p>		
<p>Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>		
42	<p>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画を策定するための手順書があり、医師、看護師、管理栄養士、リハビリ担当職員等、関係職種職員が参加し、アセスメントを実施しています。個別支援計画会議は定期的に行われ、支援困難ケースについては、区役所や障害者協会の方と協議・検討しながら福祉サービスを提供しています。</p>		
43	<p>Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画の見直しについて、時期や手順を定め、見直しによって変更された内容を関係職員へ会議で説明し意見を聞き、会議の内容は電子カルテに記載し、目を通したらチェックするよう手順が決められています。個別支援計画の見直しにあたり、個別支援計画書策定委員会を開催し、多職種職員の意見を聞き、解決すべき課題等を明らかにし、新たな支援目標、支援内容等を決めています。個別支援計画は必要な時に見直しを行っていますが、緊急に変更する場合の仕組みは整備されていません。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;          個別支援計画や記録類は電子カルテで管理され、情報の分別によって、必要な情報が的確に届き、共有できるよう仕組みが整備されています。定期的にケースカンファレンスを開催し、モニタリング会議では関係職種が集まり、情報の共有化を図っています。</p>		
45	<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;          個人情報保護規程が策定され、管理体制や記録の保管、保存、廃棄、情報の提供等が規定されています。また、それに基づいた説明が利用者家族に行われ、同意を得ています。職員に対し、個人情報保護規程についての研修を行い、機密保持及び個人情報保護に関する誓約書を提出してもらっていますが、遵守できているかどうかの確認は行われていません。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自己決定、エンパワメントを尊重した支援を大切にし、個別支援計画、電子カルテで情報を共有しています。生活の場面では利用者の意向を大切にし、利用者が主体的に生活できるような環境作りに努めています。余暇時間を利用しての趣味活動や嗜好理美容、衣類についても利用者の希望を大切にしています。食事摂取の方法や入浴、排泄介助は利用者に合わせて合理的な配慮がされています。利用者の権利については年に3回の検討会をもち、意識強化に努めています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止検討委員会が中心となり、年3回の職員の意識調査を実施し、防止策の振り返りや共有を図っています。保護者、第三者も委員として参加し、人権侵害ゼロの誓い、身体拘束の現状確認、行動制限について文書化され保護者に配付されています。また人権擁護の取り組みとして毎月目標を掲げ、職員の意識向上に努めています。権利擁護に関するマニュアルが整備され理解を深めるために全職員がチェックし、その結果に基づいて再度研修を実施しています。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望を把握し、その実現のために各部署（看護、リハビリ、支援）が情報を共有する機会が整っています。ミーティングや毎朝行われる申し送り、電子カルテの記録で情報を共有し、必要に応じケース会議を持ち、利用者一人一人の自立、自律に向けた支援に当たっています。6ヶ月に1度モニタリングを実施し計画を振り返り、検討し、共有を図っています。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リハビリの言語聴覚部門が中心となり、利用者のコミュニケーション能力を高める支援を行っています。コミュニケーションがとりにくい利用者が多く、言語によるコミュニケーションが十分でない利用者には、身振り、表情、サイン、アイコンタクト、マカトン言語や絵カードやボード、</p>		

コミュニケーション機器を利用しています。自分で話せる利用者とは直接やり取りをしています。		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p>いつでも話せるように、日々の生活の中で日常的な会話や関わりを大切にしています。学齢児は帰宅後に話しができる機会を設けていますが、夕食後の余暇時間が中心になっています。利用者の選択と決定のための情報提供は写真や絵を利用して答えやすいように工夫しています。意思決定は自ら発信する利用者が少ないため、表情を読み取り、支援者が働きかけています。職員の対応を均一化するためにカンファレンスやノートを利用し、情報を共有しています。モニタリングを年に2回実施し、多職種、児童相談所、学校が参加して情報を共有し、個別支援計画に反映しています。</p>		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  個別支援計画の中に利用者の希望やニーズが明記され、日中の活動については特別支援学校と情報を共有し、活動は利用者の個々の状態に合わせています。地域への活動参加は七夕まつり、大道芸、就学前の利用者が園外保育として公園を利用しています。院内ではレクリエーション係が計画し、季節に合わせて花火やクリスマス会を行っています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  職員は各部門の勉強会や新人研修など研修の機会は多く、研修に参加できない場合はオンデマンドを利用しています。利用者の状態はカンファレンスやモニタリングで支援方法を共有し、行動障害のある利用者への対応は状態に合わせ、時には別室対応をすることもあります。毎朝のミーティングで情報を共有しています。利用者間でトラブルが発生した場合は、必要に応じて席替えや部屋替え等の調整を行っています。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
<p>利用者への日常的な支援は個別支援計画に基づいて個々に対応しています。食事に関しては食形態、摂取方法、適温に配慮し、楽しく食事が摂れるように配慮しています。入浴日は週に2回、ほとんどの利用者が機械浴で、入浴のない日は清拭を行っています。入浴前にバイタルチェックを行い体調に合わせた入浴方法をとっています。排泄に関しては、利用者の心身の状況に合わせ、衝立を使用するなど、プライバシーを大切に、排泄介助に入っています。移動、移乗に関しては車椅子の使用が殆どのため、事故がないように支援しています。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<p>&lt;コメント&gt;  病院の一病棟として位置しているため、環境ラウンドチェックを実施し、不備な点は改善し利用者が生活しやすい環境を作っています。居室は基本4人部屋になっています。余暇時間はプレイルームで過ごすこともあります。他の利用者に影響を及ぼすような場合は個別に対応を図り、別部屋を用意することもあります。生活環境について利用者の意向を取り入れる</p>		

<p>までには至っていません。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
A⑩	<p>A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状態に合わせ、医師の処方の下で個別のリハビリ実施計画に基づき、日課の中でスケジュール化し、摂食方法や介助の方法、車椅子、ベッドへの移乗など利用者の生活に合わせて実施しています。カンファレンス、モニタリングを3ヶ月毎に実施し計画の見直しを行い、多職種が情報を共有しています。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
A⑪	<p>A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康状態の把握を看護師と支援員で行い、問題のある場合は医師に連絡し指示を仰いでいます。毎朝のミーティングで情報を共有し必要に応じ、学校へも連絡しています。健康についての相談は、年2回面談を実施しています。職員間はカンファレンスで情報を共有しています。保護者には面談で報告をしています。</p>		
A⑫	<p>A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護手順書により医療的な支援が実施され、生活の場での支援のあり方も記載され、実施されています。安全管理については各種マニュアルが用意され、薬に関しては与薬マニュアルに基づいて投与され、介護職員が医療的ケアに入ることはなく、看護師長の下に管理され、事故を未然に防ぐためのチェック体制がとられています。現在アレルギー疾患の利用者はいませんが、アレルギー疾患に対する対応ができる体制になっています。職員研修は医療的ケア、人権、服薬などeラーニングによる研修が組まれています。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
A⑬	<p>A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナの影響を受け、地域への参加に難しさもありますが清水の七夕飾りの作成や未就学の利用者の参加の機会を持っています。外出や外泊は病院の決まりの中で自由に行うことができます。今はコロナの感染予防のため、外泊は制限を設け実施(自宅のみ)。学習に関しては、日中は特別支援学校に通学し、学校との連携の中で学習支援に取り組んでいます。長期の休み中は宿題を一緒に行っています。散髪ボランティア、音楽ボランティアを招き、外部との関わりを持っています。(学習支援につきましてはリハビリ担当の職員の協力を得ています。)</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
A⑭	<p>A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域移行に向けて保護者の意向や本人の希望を大切にしています。社会生活向上のための働</p>		



<p>きかけを、リハビリや日常生活の中で行っていますが、地域生活への移行や、地域生活の意欲を高めるための支援や工夫は十分とは言えません。地域移行に向けて事業所の紹介や地域福祉サービスの情報を提供して動機づけを行っています。</p>		
<p>A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援</p>		
A15	<p>A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;            今年度は1回実施、来年度からは前期と後期に懇談会を予定、保護者の意向に沿った支援をしています。意見箱に投函された意見を尊重し、保護者からの意見は家族懇談会で回答し後日報告書を配布しています。措置の利用者につきましては児童相談所、学校との連携の中で利用者の意向を尊重しています。急変時の対応につきましては重要事項説明書で説明し、日常の業務の中では指示書が図式化され、役割、指示系統が明確化されています。</p>		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 発達支援</p>		
A16	<p>A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;            保育士が中心になり、子どもの状態に合わせて支援しています。内容的には個別支援が中心になっていますが、多職種の連携のなかで集団保育のプログラムも組まれています。基本的な生活動作は段階を追って無理をせず、子どもの意思を大切にプログラムを組んでいます。子どもの発達状況はモニタリングを実施して保護者、児童相談所、特別支援学校、児童発達支援事業所、相談支援事業所と情報を共有し、調整を図っています。</p>		

### 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 就労支援</p>		
A17	<p>A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A18	<p>A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		
A19	<p>A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

