

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：愛知県三河青い鳥医療療育センター(医療型障害児入所施設)	種別：医療型障害児入所	
代表者氏名：則竹 耕治	定員（利用人数）：140名（39名）	
所在地：愛知県岡崎市高隆寺町小屋場9番地3		
TEL：0564-64-7980		
ホームページ： https://www.mikawa-aoitori.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成28年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人恩賜財団済生会支部愛知県済生会		
職員数	常勤職員：158名	非常勤職員：42名
専門職員	（医師） 25名	（歯科医師） 2名
	（事務） 9名	（栄養士） 2名
	（支援員） 15名	（保育士） 14名
	（公認心理師） 4名	（臨床検査技師） 3名
	（理学療法士） 13名	（作業療法士） 4名
	（言語聴覚士） 3名	（看護師） 92名
	（准看護師） 1名	（放射線技師） 2名
	（歯科衛生士） 4名	（薬剤師） 5名
施設・設備の概要	（居室数） 49室	（設備等）ベッド、配管バック
	（内 入所施設26室）	メディカルユニット、収納棚
		カーテンボックス、洗面器

③理念・基本方針

- ★理念
法人
三つの目標
- ・生活困窮者を済(すく)う
 - ・医療で地域の生(いのち)を守る、
 - ・医療と福祉、会を挙げて切れ目のないサービスを提供

施設・事業所

障害のあるお子さんと重症心身障害のある成人の方を主な対象とした愛知県東部における医療・療育センターとして、利用児・者の人権を尊重し、最良の医療を提供するとともに、多様化する福祉ニーズに的確に応えていきます。

★基本方針

1利用者へのサービスの向上

利用児・者に対する医療、療育の充実に努める。

2地域福祉への貢献

地域における療育拠点として、各機関や行政との連携をはかり、利用児・者とその家族を支援する役割を果たしていく。

3人材育成と明るい職場づくり

施設運営の持続的発展のため、職員に研修会等への参加の機会を与え、資質の向上をめざす。また、各職員が業務や運営についての意見が述べやすい環境づくりに努める。

4財政基盤の安定化

安定した財政基盤の確立のため、収入財源の確保に努め、効率的な運営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 肢体不自由児を対象として整形外科手術を実施するとともに、手術後は、入所・入院施設として医療・療育を総合的に行っている。
- ・ 肢体不自由児と重症心身障害児者の両方を対象とした機能を有している。
- ・ 世界最高水準の性能を誇る三次元動作解析装置を用いて、安全かつ高度な歩行分析の検査を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年10月 2日（契約日）～ 令和 6年 6月 5日（評価決定日） 【令和 6年 3月 4日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初回 （平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆地域医療・福祉の増進

法人理念の一節に、「医療で地域の生（いのち）を守る」と謳い、管理者（センター長）の言葉（パンフレットやホームページの「ごあいさつ」）からも、愛知県東部地域の医療・療育センターとしての役割や使命感が伝わってくる。管理者の言葉通り、職員一人ひとりが使命感を持って業務にあたっており、地域に同業種の事業所がないだけに、医療を必要とする肢体不自由児や重症心身障害児を持つ保護者から、希望や期待とともに絶大な信頼感を得ている。

◆事業運営の透明性確保

事業所（センター）内で不適切な支援の事案が発生したが、直ちに専門性のある外部委員（看護系2名、障害系2名）を含む虐待防止委員会を組織し、改善計画の作成に着手している。外部専門家4名を招聘して、事業運営の透明性を確保しようとする取組みは評価に値する。

◆万全な医療支援体制

医師が常勤し、支援する職員はほぼ看護師であることから、万全の医療支援体制がとられている。外来の診療部門との兼務も多いが、職員のほぼ全員が公的資格の保持者であり、高い専門性は保護者からも高く評価されている。毎月医療安全委員会が開催され、病棟で何かあれば、速やかにアクシデント報告やインシデント報告がなされ、未然防止や再発防止の措置が講じられている。

◇改善を求められる点

◆目標管理制度の構築

職員育成の柱となるのは、職員研修と目標管理と考えられる。職員研修に関しては、院内研修計画に沿って研修を実施しており、eラーニングの活用で研修効果も挙がっている。一方、目標管理の取組みが看護部にて試行されているが、法人や事業所を挙げた取組みとはなっていない。看護部に留まらず、事業所内の全部門を対象とした目標管理制度としての構築を期待したい。

◆災害への備え

国内だけでなく、世界の各地で想定を越す規模の自然災害の発生がある。それに備えて、災害に関するBCP（事業継続計画）が策定されている。そのBCPが実際に役に立つものであるか、可能な範囲で計画に基づいた訓練を実施することを期待したい。3日分の食料の備蓄リストを確認することができた。平常時、非常時に関わらず、利用者（子ども）には医療的な支援が必要となることから、医療備品についても、災害時に必要となるものをリスト化することが望ましい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審し、当施設が提供している福祉サービスの質について、専門的かつ客観的な立場から評価をいただきました。

この評価結果は、使用者主体の質の高い福祉サービスを提供していくために、取り組みへの客観的な指標になるものと受け止めております。

評価の高い点については今後さらに推進していくとともに、改善に向けた助言をいただいた点については検討し福祉サービスの質の向上に努めていくことで、より良い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

※すべての評価細目（64項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※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

【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。		
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。	障1	①・b・c
＜コメント＞ 法人理念が示す三つの目標に沿い、事業所の理念を定めて基本方針へと展開している。事業所理念には、どこの？（愛知県東部地域）、誰に？（障害児及び重症心身障害者）、何をする？（最良の医療の提供）が、明確に謳われている。これらは、ホームページや「重要事項説明書」、広報誌「Rainbow」等に記載されている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等適切に対応している。		
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。	障2	①・b・c
＜コメント＞ 医療に特化した児童の入所施設であり、県内にもその数は少ない。そのため、全国レベル、県レベルの同業者団体に加入し、情報収集に努めている。毎年1回と頻度は少ないが、県の入所施設医療ネットワークの会議に参加して意見交換を行っている。名古屋市内の法人同業施設とは、相談したり助言を受けたりと、常に連携を図っている。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3	a・②・c
＜コメント＞ 3年間に及ぶコロナ禍によって利用者の漸減傾向が続き、そのために事業収益が落ち込んでいることを課題とし、事業計画に具体的な数字を挙げて収益の回復を目指している。そこに細かく分析した数字が示されているが、実際の活動の計画としては5項目の表題を示すにとどまっている。		

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。		
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。	障4	①・b・c
＜コメント＞ 「第3期中期事業計画」（令和5年度～9年度）が策定されている。前期の5ヶ年計画を評価した上で策定されており、利用者数を目標数値として設定している。単年度の事業計画を作成する際、枠組みを示すための指標となっている。		
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。	障5	①・b・c
＜コメント＞ 「第3期中期事業計画」を踏まえ、前年度の事業計画を評価した「事業報告書」を反映させて事業計画を作成している。取り組むべき事業の一つひとつに予算付けをし、「資金収支予算書」としてまとめ上げている。事業計画や資金収支予算書は、センター長以下各部門の部門長が参加する管理者会議で作成されている。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	障6	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 毎月開催される管理者会議で、事業計画の進捗管理を行い、計画通りに事業が遂行されていることを確認している。ただ、事業計画の作成や評価に関し、職員の関与が十分とは言い難い。職員の事業計画への参画意識の醸成が、今後の課題となる。		
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。	障7	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 家族アンケートでは、「コロナのために、中の状態や様子がよく分からない」との回答が多かった。久しぶりに家族会が開催され、50名を超す家族が集まった。役職員の紹介や意見交換が行われ、家族会としては有効な会となった。しかし、家族会では事業の内容等に関しての説明はなく、広報誌「レインボー」での事業説明のみとなっている。		

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。		
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。	障8	① ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価の受審は今回が初回であり、法人の内部監査における指摘を受けてのものである。自己評価として、「職員サービス自主点検」を使ったチェックを毎年実施しており、サービス向上委員会で集計等が行われている。		
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。	障9	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 毎年「職員サービス自主点検」による自己チェックを行っているが、その結果を集計して分析するに至っていない。あくまで職員個々の点検に終始し、組織（センターや各部門）としての課題の抽出には至っていない。サービス向上委員会の役割として捉え、「職員サービス自主点検」を事業に活用することを期待したい。		

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。				
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。	障10	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>センター長（管理者）は、ホームページやパンフレットに「センター長ごあいさつ」を掲載し、自らの所信を語っている。組織図において、センター長以下の指揮命令系統も明確になっている。ただ、「運営規程（医療型児童入所施設）」に、センター長はじめ職員の職務内容の記載がない。「運営規程」には、職種、員数、職務の内容を明記することが求められる。</p>				
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。	障11	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>センター内で不適切な支援事案の発生があったこともあり、組織を挙げてコンプライアンス意識の向上に努めている。職員研修による法令順守の意識付けを行っており、虐待等権利侵害に関しては支援課が中心となり、支援の内容に関することは看護部主導で研修が行われている。</p>				
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
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。	障12	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍によって、利用する子どもだけでなく保護者にも閉塞感が生じていたが、久しぶりに家族会が開催されたことにより、閉塞感やモチベーション低下の払拭に効果を挙げた。センター内で不適切な支援の事案が発生したが、直ちに専門性のある外部委員（看護系2名、障害系2名）を含む虐待防止委員会を組織し、改善計画の作成に着手している。</p>				
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。	障13	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>虐待防止委員会やサービス向上委員会等の委員会活動が活発に行われ、業務改善の取組みが進んでいる。特に虐待防止委員会は、外部から専門家を招聘して委員会メンバーに加え、既に5回の委員会が開催された。重要な委員会には管理者（センター長）も参加する等、職員の改善意識を鼓舞するために先陣を切っている。</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。				
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。	障14	Ⓐ	b	c
<p><コメント></p> <p>採用計画や実際の採用活動は、事業所（センター）独自に行っており、事務部が担当している。事業所に勤務する約200名はほぼ全員が公的資格の保持者であり、最も多い職種の看護師は90名を超える。毎年20名ほどの離職や休職者があることから、定期採用に加えて随時の職員採用を行っている。職業紹介事業者を有効に使い、約7割の職員がそこを通して入職している。</p>				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	ⓑ	c
<p><コメント></p> <p>ラダー（段階的なキャリアアップ制度）の構築に取り組んでいるが、未完成の状態である。年功序列の人事制度の運用であり、人事考課や目標管理の制度は導入されていない。</p>				

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	障16	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員のほぼ全員が公的資格保持者であり、責任感を持って業務にあたっている。それ故、一部の部署（看護部等）では、若干の有給休暇の取りづらさはあるものの時間外勤務は少なく、ワー・ライフ・バランスにも配慮がみられる。育児休業明けの職員の多くは復職しており、子育て等の事情により正規職員にも時短勤務や希望時間常勤務を認めている。</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。		
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。	障17	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>職員研修を職員育成の柱と捉えており、院内研修計画に沿って研修を実施している。一方で、目標管理の取組みが看護部にて試行されているが、法人や事業所を挙げた取組みとはなっていない。看護部に留まらず、事業所内の全部門を対象とした目標管理制度としての構築を期待したい。</p>		
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。	障18	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「院内研修計画」が作成されており、職員教育委員会も立ち上げられている。eラーニングを推奨しており、自宅での受講も可能である。履修後には事後アンケートを行い、看護部長が受講者を把握している。外部研修に参加した際には、履修後に「復命書」が提出されている。</p>		
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。	障19	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>自宅で研修に参加できるeラーニングを導入することで、より多くの職員が研修に参加できるよう、研修機会を提供している。eラーニングの受講率は60%以上であり、職員の自己啓発意識は高い。勤務上で必要とみなされる研修項目に関しては、自宅でのeラーニングの受講も業務の一環として捉え、給与の対象となる。</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。		
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障20	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>コロナ感染症が5類に移行となったが、入所する利用者は医療を必要とする子どもであり、外部からの来訪は必要最小限に制限している。それらの事情もあり、今年度の実習生受入れは保育実習生1名に留まっている。実習は、職員の経験やこれまでの慣習によって進められており、マニュアルの整備（見直し）を行って受入れ体制を強化することが望ましい。</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。		
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。	障21	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情解決処理要綱」があり、受け付けて処理した苦情等は、センター入り口（玄関）の掲示板に掲示している。ただ、今年度の受付け件数は1件のみであり、前向きな苦情解決体制の運用とは言い難い。第三者評価受審に伴う保護者アンケートにおいても、苦情や改善を求める声がある。苦情を解決することをサービスの質の向上と捉え、利用者や保護者の声に前向きに取り組まれない。</p>		
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。	障22	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人統一の「事務決済規程」があり、それぞれの職位による権限が明確に定められている。物品の購買は「購入伺」を介して行われ、適正な運用が図られている。虐待防止委員会の委員に外部専門家4名を招聘するなど、事業運営の透明性確保の取組みは評価に値する。</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。			
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。	障23	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人理念の一節に、「医療で地域の生（いのち）を守る」と謳い、管理者（センター長）の言葉（パンフレットやホームページの「ごあいさつ」）からも、愛知県東部地域の医療・療育センターとしての役割や使命感が伝わってくる。3次元動作解析装置をセンター内だけでなく、地域の健常者（小学生）をも対象として活用し、事業所の存在感を示す手段となっている。</p>			
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。	障24	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>市内の高校（岡崎東高校、光ヶ丘女子高校）から、イベントのスタッフや車いす外出の手伝いボランティアを受け入れているが、コロナ禍以前の実績には及ばない。「ボランティア登録規約」はあるが、受入れ全般を見据えたマニュアルはなく、ボランティアに対して、利用者の個人情報に関する守秘義務等の要求も曖昧である。</p>			
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障25	③ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>自立支援協議会の部会委員を務めており、地域に共通する課題を把握して解決に向けて取り組んでいる。退院後に就学先となる、また現在籍を置く小・中・高校や特別支援学校とも連携を図っている。他の病院へ移行するケースもあり、連携して円滑な移行が可能となるよう努めている。</p>			
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	障26	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>外来の診療部門から、医療的ケアの必要な子どもの情報を得ることができる。ショートステイ（5床）を利用する子どもの保護者からは、医療を必要とする障害児を持つ家庭の潜在的な福祉ニーズも聞き取っている。自立支援協議会の部会委員を務め、地域ニーズの把握や地域の課題の共有を図っている。</p>			
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。	障27	⑤ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業自体が、地域に例の少ない医療型の児童入所施設であり、肢体不自由児や医療を必要とする障害児を持つ家庭にとって、頼もしい助っ人となっている。備えている3次元動作解析装置は世界的なレベルであり、地域の小学校と連携し、子どもたちの安全歩行のために活用されている。市と協定を結び、災害時の福祉避難所として登録されている。</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。		
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。	障28	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職種（看護、保育、介護）ごとの「倫理綱領」が用意されており、その内容理解が入職時の研修プログラムに取り入れられている。研修後はアンケートを実施し、次年度の改善へ繋げる取組みとなっている。</p>		
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。	障29	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>共通看護・介護マニュアルの「摘便マニュアル」内にカーテン、パーテーションを使用する等のプライバシーに配慮する内容が記載されている。排泄以外の様々な生活環境（入浴、居住空間、電話や会話等々）についても、プライバシー保護に関する内容を記載することが望ましい。</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。		
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。	障30	a ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>年に2回機関誌が発行され、ホームページに掲載されている。施設内の掲示板に季節ごとの行事の写真を掲示し、来園者が見ることができる。施設のパンフレットは大まかな事業内容と館内案内となっているため、事業計画もホームページに掲載することや、外出行事以外にも日々の活動内容を発信することで、「サービスの見える化」に繋がる。</p>		
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。	障31	a ・ ④ ・ c
<p><コメント></p> <p>入所中のしおりには、生活や授業、手術、面会、持物等について分かりやすい記載がある。個別支援計画についても、支援内容が適切に記載されている。利用開始時に「重要事項説明書」を取り交わしているが、変更があった場合の対応として、案内を配付するのみで署名を取った書類を確認することはできなかった。サービスの変更時の対応として、対応の明確化を期待したい。</p>		
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。	障32	a ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>ケース会議において、関係機関も交えて移行に関する話し合いを行っている。窓口は療育支援課の担当者が対応することになるが、対応方法がケースバイケースであるため、マニュアル等は作成されていない。退所後に外来の利用者となるケースも多いことから、引継ぎ方法を明示したマニュアルの作成が求められる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	⑥ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会が毎月開催されている。ご意見箱が用意されており、無記名により意見が投函され、箱の中を毎日確認している。人材面、ハード面に関することや、改善が難しい意見も多々見られる。意見内容は集計され、病棟会やデイカンファレンスで情報共有されている。電波が繋がりにくいという意見から、Wi-Fiを利用できるようにするなど、改善策も確認することができた。</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。		
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。	障34	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情解決処理要綱」が作成されている。ご意見箱も活用して苦情受け付けをしており、要望と苦情との区別が付け難く、無記名の意見が多いため詳細な確認ができていない。受け付けた苦情は適切に対応されていることを確認したが、公表が受付件数のみのため、苦情内容も含めて公表することが求められる。第三者委員については、「重要事項説明書」にも記載されたい。</p>		
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。	障35	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>ご意見箱を3ヶ所設置しており、投函の有無を日々確認している。相談室やボランティア室は、常に面会できる場所としての用意がある。ご意見箱の運用方法（投函されてから対応に至るまでの一連の流れ、事務手続き等）について明文化し、意見が埋もれてしまうことを防がれたい。管理方法を定めることで安心して投函でき、記名する保護者も増えることが考えられる。</p>		
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。	障36	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>日々、ご意見箱の中身を確認し、サービス向上委員会において毎月集計して検討し、意見内容とそれに対する回答をラウンジに掲示している。年間でも集計しており、良い意見、改善が必要な意見も含めて職員へも周知している。利用者（家族）アンケートにも改善を求める意見や要望があるため、マニュアルの整備も含め、今後の更なる改善に期待したい。</p>		
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。		
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。	障37	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>医療安全管理のための指針や緊急時の対応フローチャートが用意されている。インシデント（年間350件程度）、アクシデントと分類され、レベルを分けてレポートが取られている。医療安全管理委員会で集計（月、年毎）され、検討して報告が行われている。</p>		
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。	障38	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「院内感染防止マニュアル」（令和2年3月26日改定）が用意されており、入職時に研修を行っている。院内感染対策委員会が組織されており、必要な情報を各部署へ伝達している。「感染防止マニュアル」が新型コロナ発生前のものとなっていることと、感染症のBCP（事業継続計画）が作成されていないため、早急の対応が求められる。</p>		
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している。	障39	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>各種防災規程が用意されている。避難訓練を毎月実施し、電子申請にて消防署へ提出している。災害に関するBCP（事業継続計画）は策定されていることから、今後は計画に基づいた訓練の実施を期待したい。3日分の食料の備蓄リストを確認することができた。医療備品についても、災害時に必要となるものをリスト化することが望ましい。</p>		

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。		
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。	障40	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護や介護に関するマニュアルが用意されている。棟ごとに対応方法が異なるものについては、別のファイルに手順が示されている。マニュアルは目次により項目を分けて管理されており、必要時に検索しやすくなっている。</p>		

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。	障41	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 標準的な実施方法を定めたマニュアルは、業務委員会で見直しを行っている。マニュアルには作成年月日が記載されていたが、平成30年に作成されたものが多く見られた。今年度、全面的に見直し（内容の変更、様式の統一）を行っている途中とのことで、今後のマニュアル整備に期待したい。</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。		
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。	障42	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 電子カルテの中に個別支援計画、アセスメントが作成されており、6ヶ月、1年ごとのモニタリング、評価も確認できた。毎月、評価を行って進捗状況を確認している。部門間の意見交換を課題に挙げているため、データの管理方法（クラウド管理）や、意見の集約場所（ネット内でのケース会議）等、ITを利用したシステムの構築を検討することも考慮されたい。</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。	障43	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 「看護記録」の観察項目内で記録（学校関係、外出支援、食事、排せつ等）している。入力方法を示した書類はあるが、マニュアルは作成されていない。特定の記録（支援計画に関する項目）については、題目を入力してから内容を入力しているが、それ以外は統一された入力基準がないため、一定の題目基準を定めることで、振返りや検証を行う際に検索がしやすくなる。</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。		
Ⅲ-2-(3)-② 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。	障44	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント> 3ヶ月に1度「アセスメントシート」を更新し、カンファレンスは医師、看護師、介護士が参加して情報共有を図っている。電子カルテ内の掲示板を読んでから業務に入ることになっているが、電子カルテ内の掲示板は職員個々に確認するため、確認に時間を要している。パソコンの増設やフロア内でも記録の入力、確認ができるシステム（タブレット等の電子端末活用）の構築を検討されたい。</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。	障45	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 「文書管理規程」が作成されている。個人情報管理、電子カルテについては入職時に研修を行い、在職者には資料を配付している。入所時に、予防接種や診療方針、情報提供、写真公開についての同意書を取っている。電子カルテは職員個々に異なったパスワードによりログインしている。</p>		

【内容評価基準】

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				
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。	障46	a	ⓑ	c
<コメント> 利用者の権利について、入職時、3ヶ月後とフォローアップ研修にて教育を行っている。月に1度、訪問理髪サービスを利用することができる。フロアによっては利用者の話合いの場を設けており、生活のルールとしてノートに手書きで記録している。話合いの場は両フロアで設け、話した内容は報告書として記録、提出し、情報の共有、検討を行うことが望ましい。				

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	Ⓐ	b	c
<コメント> 虐待防止・身体拘束適正化委員会が組織されている。セルフチェックを年に1回実施し、集計している。再発防止策として、ご意見箱に「虐待」の項目を追加し、通報等についてのフローチャート、啓発ポスターを掲示し、3月に虐待防止研修を予定している。セルフチェックは無記名であるため、アフターフォローは難しいが、職員の本音が出てくる点は利点である。				

A-2 生活支援

		第三者評価結果		
A-2-(1) 支援の基本				
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。	障48	Ⓐ	b	c
<コメント> アセスメントに支援度合いを明記して、見守りの姿勢で対応している。日常生活動作の訓練を通じてできることを増やせるよう支援しており、利用者のやる気にも繋がっている。お金の使い方等の社会体験や、階段を使つての歩行練習等、幅広く実施している。				
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。	障49	Ⓐ	b	c
<コメント> 手話や絵文字を使ってコミュニケーションを図ったり、口の動き、表情が見えるようにマスクからフェイスシールドへ変更して支援することもある。食事のセレクトメニューの際は、自由に選択できるように支援している。面会を活発に行い、保護者ともコミュニケーションを図れるよう取り組んでいる。				

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。	障50	a	ⓑ	c
<コメント> 外泊や治療方針について等、面会時に説明したり相談に乗ったりしている。手術の説明も、利用者本人同席の下で行っている。退所後の進路については、児童相談所経由で意見を聞いている。ご意見箱を利用できない利用者も多く、個別支援計画の評価時、面会時以外にも個別相談の場を設定することが望ましい。今後も意思決定支援の向上に期待したい。				
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。	障51	a	ⓑ	c
<コメント> 月、金曜日は入浴、火、水、木曜日は活動の時間となっている。療育活動以外にもスノーブレンの時間やトランポリン、ポッチャ、ボーリング等を行っている。季節行事も大切にしており、四季を感じられる取組みとなっている。「入浴の回数を増やして欲しい」との要望があることから、活動とのバランスを考え、活動時間外で個別養育をプログラム化して取り組み、利用者満足に繋がりたい。				

	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。	障52	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 公認心理師により発達年齢、発達評価を行い、活動内容を変更して個別支援計画へ反映させている。身体状況の回復、成長に伴って居室の変更や施設移行を進めている。身体拘束が必要な場合は家族の同意書を取り、カルテに記録している。支援内容、記録の入力方法等（ベット柵で過ごす時間、車いすセーフティベルト等）について、支援の統一を図るためのマニュアル整備が求められる。</p>			
A-2-(2) 日常的な生活支援			
	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。	障53	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 調理は外部委託業者が行っており、温冷式の配膳車を使い、最適な状態で提供しよう心掛けている。しかし、食事介助を必要とする利用者が多く、配膳車の使用時間が決まっているため課題も見られる。入浴は週に2回となっているが、「回数を増やして欲しい」との要望やドライバーのかけ方についても複数意見が挙がっている。標準的な部分をマニュアル化する等、検討の余地がある。</p>			
A-2-(3) 生活環境			
	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。	障54	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 居室ごとに空調管理が可能である。居室にはカーテンの仕切りがあり、利用者の関係性に応じて居室変更も行っている。必要に応じて転落防止の高柵ベット、ベット上ネットが用意されている。安全面を考慮しての使用ではあるが、身体拘束となる場合もあり、今後も適切に使用する上で、マニュアルによる職員教育や身体拘束適正化委員会にて継続の有無について話し合うことが期待される。</p>			
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
	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。	障55	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 外来の診療部門（病院機能）と兼務する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が20名在籍し、個別支援計画の中に機能訓練を組み込んで支援している。病棟勤務の職員（主として看護師）も計画に沿って機能訓練、生活訓練を行っているが、意識や知識、技術の面で個人差が大きい。リハビリ面における職員格差の是正が、今後の課題となる。</p>			
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
	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。	障56	① ・ b ・ c
<p><コメント> 日々の支援はほとんどの部分で看護師資格を持つ職員が担当しており、常に利用者の状態を把握し、異状があれば適切な処置を講ずるとともに、保護者に連絡を入れている。緊急時を含め、事業所（看護職員）と家庭との連携は取れており、保護者アンケートでも職員の対応の適切性が高く評価されている。</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。	障57	① ・ b ・ c
<p><コメント> 医師が常勤し、支援する職員はほぼ看護師であることから、万全の医療支援体制がとられている。毎月医療安全委員会が開催され、病棟で何かあれば、速やかにアクシデント報告やインシデント報告がなされている。常に安全保持の支援が必要な利用者は、個別支援計画に挙げて取り組んでいる。個別支援計画の定期的見直しは、6ヶ月を基本としている。</p>			
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
	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。	障58	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> コロナ禍によって制限されていた外出も徐々に緩和され、買い物経験の外出支援が再開されている。居室は基本4人部屋であるが、勉強机は個別に用意されている。その他に図書学習室もあり、学習のための環境は整っている。早期に、学習ボランティアの受入れが再開されることを期待したい。</p>			

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
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。	障59	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 地域移行のケースとしては、治療が終了して自宅に戻る場合が考えられる。今後の就学先となる保育園や学校（小・中・高校、特別支援学校等）と連携を図り、円滑な就学となるよう努めている。この際のケース検討会議には、病棟の支援員（看護師等）の他に、理学療法士や作業療法士等の他職種や、場合によっては児童相談所の職員、特別支援学校の教師が参加することもある。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
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。	障60	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 今年度（令和5年10月）、久しぶりの家族会が再開され、約50家族が集まった。利用者はすべて20歳未満の子どもであり、重要な意思決定や支援の変更等は、すべて親権者である保護者の同意が必要となる。概して事業運営に協力的な保護者が多く、職員の繁忙な仕事ぶりに接して、「職員の増員」を求める声（保護者アンケート）が挙がるのも、良好な関係の所以であろう。		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
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。	障61	㉑ ・ b ・ c
<コメント> 発達段階を踏まえて、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士を中心に機能訓練を行っている。これらの機能訓練や生活訓練は個別支援計画に盛り込んで実施しているが、すべて医師の指示に基づいて作成されている。機能訓練、生活訓練に関しては専門性も高く、保護者から高い評価を得ている。		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
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。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
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。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		
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。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当		