

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

施設名称:岩手県立療育センター	種別:医療型障害児入所施設	
代表者(職名)氏名:所長 葛西健郎	定員・利用人数: 60名・41名	
所在地:岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番3号		
TEL:019-601-2777	ホームページ: https://www.i-ryouiku.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:平成24年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 経営法人一岩手県社会福祉事業団 理事長 佐々木信 設置主体一岩手県		
職員数	常勤職員: 103名	非常勤職員: 名
専門職員	(専門職の名称: 名)	
	所長	1名
	医師(所長兼務含む)	5名
	看護師	47名
	理学療法士	5名
	作業療法士	2名
	言語療法士	3名
	臨床心理士	5名
	相談支援員	5名
	歯科衛生士	3名
	児童指導員	1名
	生活支援員	1名
	保育士	4名
	看護補助	1名
	児童発達支援管理責任者	1名
	栄養士	1名
	診療放射線技師	2名
	臨床検査技師	1名
薬剤師	2名	
臨床工学技士	1名	
事務員等	12名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	病室(4人部屋)13室	診察室
	病室(2人部屋)1室	面談室
	病室(1人部屋)6室	浴室
		洗面所

		トイレ
		保育室
		スタッフステーション
		食堂・プレイルーム

③ 理念・基本方針

《岩手県社会福祉事業団 経営理念・経営基本方針》

岩手県社会福祉事業団は、極めて公共性の高い組織として、全ての人が相互に人格と個性を尊重し合いながら、共に生きる豊かな社会の実現に貢献します。

- 1 お客様本位の良質かつ適切なサービスの提供
- 2 地域福祉の推進
- 3 人材確保・育成と働きがいのある職場づくり
- 4 信頼される組織運営と経営の安定・強化

《岩手県立療育センター 基本理念・経営方針》

利用児一人ひとりを大切な存在としてとらえ、専門的で質の高い公平なサービスの提供を目指し、利用児(者)及び家族に信頼される施設づくりを進めます。

- 1 利用児(者)起点の安全で安心なサービスの提供に努めます。
- 2 人権擁護と虐待防止の徹底に努めます。
- 3 地域との交流ニーズへの対応に努めます。
- 4 総合的な障がい児(者)の療育相談体制と地域支援機能の充実に努めます。
- 5 人材育成と働きがいのある職場づくりを目指します。
- 6 信頼される組織運営と経営基盤の安定・強化を推進します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

超重症児・準超重症児等や医療的ケアを必要とする児、医療的ケアを必要とする障がい児・者の短期入所などの在宅福祉サービス利用のニーズに対応するため、また、障がい児療育の拠点及びリハビリテーションの拠点として、医療・福祉・教育が一体となったサービスの提供を行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年5月17日（契約日） ～令和6年3月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	5回（平成31年度）

⑥ 総評

◇ 特に評価の高い点

安心・安全に配慮した生活環境の確保

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。

施設は、外来機能を併設した指定医療機関で、人工呼吸器を装着した児等、常時医療的ケアを必要とする超重症児のための医療機器等が整備されている。医療安全対策委員会での5S（整理・整頓・清

掃・清潔) 活動や毎月チェックリストを通して、病棟内の安全を評価し、職員で共有し環境調整を行っている。緊急避難を想定した個別の避難手順・計画をベッドサイドに整備している。児童自治会や何でも相談等を通じて、生活環境について利用児の意向を把握している。病棟内やベットサイド、テラスに季節の装飾を掲示し、季節感を感じられるようにしている。

◇ 改善を要する点

適切な個別支援の策定

利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。

個別療育支援計画の責任者は児童支援係長とされ、個別療育支援計画作成に当たって、利用児及び保護者の意向を踏まえ、医師、訓練部、看護部、育成部がそれぞれの現状と課題、支援内容・期間等を共有している。同じ様式を使用し、半年ごとのモニタリングで実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みはある。また、支援困難ケースへの対応については検討が行われ、適切な福祉サービスの提供が行われている。

一方、各部で共有した情報をもとに、利用児一人ひとりの全体像を捉えたアセスメントを実施し、具体的なニーズを明示して統一した目標を設定するには至っていない。具体的なニーズを明らかにするには、生育歴や家庭環境、疾患も含めた心身の状況や発達、本人や家族の意向や強みなどの総合的な情報が、組織全体の協力のもと集約されることが前提となる。

また、個別療育支援計画の見直し時期やケース会議の開催時期が固定されているため、新規入所者について各部の情報共有の前にサービス提供が行われるケースがあることも課題といえる。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

○施設のコメント

県立療育センターの福祉サービス第三者評価受審は、今回が4回目となりました。

今回の評価では、「経営課題の明確化と取組」、「利用者満足向上の仕組み、取組」、「安心・安全に配慮した生活環境の確保」について、特に高い評価をいただきました。

当施設の定員は60人ですが、超重症児、準超重症児を積極的に受け入れ、現在は全体の68%を占めています。今後も利用児一人ひとりを大切な存在としてとらえ、専門的で質の高い公平なサービス提供を目指し、利用児及び家族に信頼される施設づくりを進めていくと共に、障がい児療育の拠点施設としての役割を果たしていくよう職員一同努めてまいります。

一方、「計画的な改善策の実施」、「適切な個別支援の策定」、「利用者の権利擁護」について、改善を要する点のご指摘がありました。中でもアセスメントの実施方法については『継続的に検討項目に上げられているが、改善策が不十分で、特にも医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、個別療育支援計画に具体的な支援やメニューを可視化する項目設定が必要である』とご指摘がありました。職員は日々支援する中で利用児の細やかな変化を捉えることはできますが、ご指摘のとおりそれを具体的に可視化するまでには至っておりません。超重症児、準超重症児の意思をどこまで正確に汲み取ることができるかは難しさもありますが、今後はアセスメント手法を確立し、個別療育支援計画に日常の具体的な生活支援を可視化する項目設定を行い、権利擁護に関する取組についても検討してまいります。

報告会の中で調査員の方から「評価者と施設職員は横に並んだ関係であり、子どもにとっての最善は何かを一緒に考えていきたい」とのお言葉をいただき、励みになりました。この度の評価結果を真摯に受け止め、ご指摘をいただいた課題につきましては改善に努め、今後の施設運営に活かしてまいります。

○法人本部のコメント

令和5年度は、障害者支援施設1施設、医療型障害児入所施設1施設、救護施設1施設の3施設が福祉サービス第三者評価を受審しました。ここ数年は、新型コロナウイルス感染症対策に追われ、各施設で抱える課題等について十分に取組むことができない期間もありました。

そのような中でも、今回の受審では、満足度調査の実施や何でも相談による利用者からの希望を確認する場の提供等、利用者の満足向上の取組等について高い評価をいただきました。多様化する利用者のニーズを的確に把握し、満足向上に向けた取組を引き続き進めていきます。

その一方、組織的な改善への取組や課題に対する計画的な改善策の実施等についてご指摘をいただきました。当法人では、今般、令和3年度に策定した中長期経営基本計画の前期実施計画について、取組の自己評価と課題の明確化を行い、中間見直しを行いました。全職員が計画の内容を良く理解し、地域福祉の担い手として、より良いサービスの提供に努めて参ります。

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

受審事業所名： 医療型障害児入所施設「岩手県立療育センター」

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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント1> 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。 施設を指定管理する社会福祉法人岩手県社会福祉事業団の理念及び基本方針が明文化されている。また、県立施設として重度障がい児の総合的な療育拠点施設として、「利用児一人ひとりを大切な存在としてとらえ、専門的で質の高い公平なサービス提供を目指し、利用児及び家族に信頼される施設づくりを目指します」と施設の理念が掲げられている。これらの理念等は、法人及び施設のホームページ、パンフレット、広報紙等で周知が図られ、保護者には保護者懇談会資料として配布されている。利用児に対しては、職員の行動基準を説明することにより施設の方針の理解を促す取組がある。職員には業務の手引書「手にして未来Ⅲ」や事業計画書等に理念等が明示されているほか、会議で読み合わせを行うなど理解を深める継続的な取組が行われている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント2> 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。 中長期経営計画の策定過程において、国の施策動向、県の施策(いわて県民計画及び各種福祉計画)、県内の障がい者の状況が把握分析されている。また、岩手県内唯一の障がい児総合療育拠点施設として、看護師等の人材確保、認定看護師の養成等の知識・技術の向上、医療的ケア児の受入れニーズに対応する施設設備の改修などが分析されている。法人が経営する施設の課題を検討するプロセスマネジメント会議においては、職員確保や人材育成、利用率などの状況が理事長をも交えて把握、共有されている。法人による経営ヒアリングも行われ、施設の経営課題が法人と共有される仕組みが機能している。</p>		
3	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。	a
<p><コメント3> 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 施設の定員は60人だが、利用する子どもの障害の特性に応じた病床運用がなされている。30床は肢体不自由児対応病床、20床は超重症・準超重症児病床、10床が一般病床(在宅重症児病状重篤化対応病床及びNICU後送病床)となっている。この対応は、医療的ケア児の受入れニーズに対応する具体的な取組であり、医療ガスの配管や人工呼吸器、吸引機、心拍・呼吸モニター等の設備導入により超重症児・準超重症児を受け入れる環境が整備された。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
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><コメント4> 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。 中・長期計画は令和3年から12年までの10年計画である。また7年度までの前期実施計画が策定されている。施設は、岩手県立療育センター運営推進計画に基づく指定管理施設であることから推進計画の目標達成も併せて求められている。計画は13の目標で構成され、さらに目標達成に連なる重点項目が設定されている。利用児のうち医療的ケア児の割合を70%としている。人員配置と収支については、それぞれ10年間の人員配置計画と収支見通しが策定されている。中長期計画は、後期実施計画の策定に併せて、評価見直しされることになっている。</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><コメント5> 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 単年度事業計画の目標と重点項目の体系は中長期計画の体系に基づいており、整合性がある。それぞれの項目について、実施回数や人数の指標が明示され、事業評価を行える内容となっている。常設の会議は部長会議、ケース会議など5つ、委員会は医療安全対策委員会など20ある。未就学児は施設内で保育が行われている。就学児のうち5人は隣接する盛岡となん支援学校の訪問教育を受けている。それ以外の子どもは施設から学校に通学している。支援学校とは密接な連携が図られ、6つの合同委員会が運営されている。防災訓練や利用児の行事計画は別途策定されている。また、施設事務局と看護部及び育成部の区分で事業計画の細目が策定されている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	第三者評価結果
---------------------------------	---------

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
---	--	----------

<コメント6>
 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。
 法人の取組は、理事会、施設長会議、プロセスマネジメント会議、経営検討委員会等を通じて中・長期計画及び単年度計画の実施状況を評価見直しする仕組みがあり、会議の結果は施設の職員会議等を通じて説明され、共有されている。また、前年度決算に基づいた経営分析が行われており、良好な点、課題点があきらかにされている。施設では年度の前期と後期に業務担当者が個々の業務の進捗状況を取りまとめ、反省評価する取組がある。中・長期計画と単年度計画の項目は法人が経営する全ての事業に共通するものだが、施設では育成部、看護部などの体制毎に委員会や研修、実習受け入れ、業務マニュアルの見直し、保育実践、余暇活動等の細目が検討されるなど職員の理解が図られている。

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。	a
---	--	----------

<コメント7>
 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
 年1回保護者懇談会が開催され、前年度の事業概要と当年度の事業計画の概要の資料が提供されている。資料には、利用児の入退所の状況、就学状況、主な行事、ケース会議や個別療育支援計画の取組が記載されている。また、施設の理念や基本方針、施設を取り巻く環境、事業の重点事項が説明されている。また、広報紙「みち」や毎月発行の「育成だより」によって、職員の状況や特徴的な業務内容の紹介、利用児が行事を楽しむ様子や食事内容、翌月の行事スケジュールなどが周知されている。利用児に対しては、毎月の自治会活動を通じて、行事、余暇活動の希望聴取、職員行動基準の説明などが行われている。説明資料を映写するなどの工夫が行われている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	第三者評価結果
---	---------

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。	a
---	--	----------

<コメント8>
 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。
 毎年度の自己評価、3年ごとの第三者評価の受審に取り組んでおり、今年度の受審が6回目となる。岩手医科大学附属病院と盛岡となん支援学校に挟まれた用地に新築移転し医療、教育、福祉が連携して療育を進める環境が整えられた。利用児のニーズをとらえて、医療的ケアを必要とする超重症児の受け入れが可能となる設備改修が行われている。自己評価又は第三者評価でb評価となった細目はサービス改善計画を作成し1年間後に改善結果を確認する取組がなされている。質の向上の取組は、法人段階、施設段階、各部の段階で検討する場があり組織的な取組が機能している。

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
---	---	----------

<コメント9>
 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
 自己評価及び第三者評価後に課題認識された事柄は、サービス改善計画で具体的な改善目標が策定されている。例えば、平成29年度は身体拘束の記録や監査、30年度は利用児と地域との交流、令和2年度はアセスメントに基づく個別的なサービス実施計画の作成等の課題を改善計画に基づいて実施し、それぞれ年度の中盤に改善結果が評価され、次の改善計画にも反映させるなど組織的な取組がある。
 一方、アセスメントの実施方法に関する課題は、継続的に検討項目に設定されているが、改善策が十分に実行されていない。アセスメントは利用児の個別療育計画策定の基礎となる情報であることから、手法の確立が望まれる。

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

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント10> 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 所長は年度の開始に当たって、施設の経営方針を文書で表明している。災害時における対応は法人に対策本部、施設に現地対策本部を設置することになっており、副所長が所長を補佐するとともに、職員の役割分担があらかじめ定められている。所長は施設の業務を統括するとともに医師として小児の診療及び指導業務にあっている。所長の役割は、業務分掌に明示され職員に周知されている。</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><コメント11> 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 法人はコンプライアンス基本方針・行動指針を令和3年3月に定め経営する施設に浸透を図っている。管理者のリーダーシップは事務系の副所長にも分担され、コンプライアンスに関する資料を用いた説明の取組がなされている。また、コンプライアンス自己チェックシートに基づいて職員の自覚も促されている。チェック内容は、業務姿勢、人権尊重、ハラスメント禁止、説明責任、苦情処理、個人情報保護、交通法規の遵守、情報セキュリティ、知的財産保護などがあり、それぞれの内容ごとにポイント解説も記載され、職員に周知している。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント12> 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 法人全体の取組として業務改善運動が行われ令和4年度は44件の取組があった。進捗確認会議が2回開催されるとともに業務改善運動発表会も開催されている。施設の取組は特別優秀賞を受賞するなど成果があった。また、職員提案制度の仕組みがあり、きめ細かな取組が組織的に取り組まれている。また、看護研究、医療安全、院内感染防止対策等を通じて超重症児の療育環境の向上に意欲をもって指導力を発揮している。</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。	b
<p><コメント13> 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮しているが、十分ではない。 職員の処遇改善加算への対応がなされている。利用児の居室のうち3室を陰圧室にするなど、感染症対策に万全な取組がなされている。浴室における更衣スペースの確保などは職員の発案を受けて具体化された。停電に備えた無停電装置、臨時電源コンセント、災害による避難に備えた医療機器取扱要領の個別カードの作成、手動による呼吸支援器具などは、非常時に備えて整備されている。 一方、医療ガスの配管や臨時電源設備が整備されていない居室があることや、高度な看護知識・技術を習得した看護師の内部育成には一定期間を要するなどの課題があり、すぐに利用ニーズに対応できない事情にある。これらの業務の実効性をより高める予算の確保への努力が期待される。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

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。		第三者評価結果
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><コメント14> 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。 法人事務局が主に職員採用業務を行っている。就職説明会の開催、就職情報サイトの活用、学校訪問、採用試験(年2回)、内定者研修などが取り組まれている。採用は総合職、一般職(異動地域を限定)、地域職専門員(非正規、異動なし)の区分が設けられている。運営規程に定める人員体制が確保されている。</p>		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント15> 総合的な人事管理を実施している。 期待する職員像は、中長期経営計画や職員の手引書「手にして未来Ⅲ」に明記されている。人事の基準は総合職採用、一般職採用、地域職採用の区分ごとに異動や昇格基準が示されて職員に周知されている。人事考課制度、目標管理制度に基づく取組が行われている。職務等級は1級支援員から施設長までの6段階に職務が定義され、各段階における職務に基づいて成果や貢献度の評価が可能となっている。目標管理と人事考課は一体的な書式で進められ、それぞれ実施要領に基づいて運用されている。人事考課は一次考課、二次考課の2段階で実施されている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント16> 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。就業に関する意向は年1回、身上調書によって把握されている。職員本人の健康状況、家族の状況、仕事の適正や量、質、職場環境、人間関係、異動希望、将来の希望などが表明され、所長面談が行われる仕組みである。有給休暇や時間外労働は職員毎に把握されている。変形労働及び時間外労働・休日労働の協定が締結されている。メンタルヘルス不調に関する相談対応、保健師による健康相談が実施されているほか、職員衛生委員会において職員の健康管理が協議されている。職員互助会が組織されており、人間ドックや脳ドックへの費用補助、入院時の療養費給付などの福利厚生が実施されている。女性活躍推進・次世代育成支援推進行動計画が策定され、管理職に占める女性の割合、時間外労働の削減、育児休業取得率などを目標に掲げ取組が進められている。</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。		第三者評価結果
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><コメント17> 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。 目標管理制度実施要領に基づいて、年間で目標設定面談、中間面談、達成面談が行われている。面談者は係長、副所長、所長で、目標設定面談(5月)では期待や達成に向けた留意事項の助言がある。中間面談(9月)では業務の進捗状況について意見交換が行われ、達成面談(2月)では達成度の確認と次年度に向けた助言が行われている。</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><コメント18> 組織として職員の教育・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。 法人が定める教育研修実施要綱に基づいて職員一人ひとりが個人人材育成計画を作成するとされている。また、法人が定める実施要領では、法人が所管する職制別研修、看護師等の専門職を対象とした部門別研修、課題別研修が用意されている。施設が所管する研修はOJT、職場研修、他団体が主催する研修への派遣研修、自己啓発研修などが用意されている。このほか、採用内定者研修、新採用職員研修なども実施されている。実施又は職員が参加した研修は事業報告書に掲載され、研修の状況を確認することができる。</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><コメント19> 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 職員一人ひとりについて5年を期間とする個人人材育成計画を作成し研修に参加する仕組みである。計画は目標管理や人事考課に基づく、所属長の期待なども記載され、研修目標も設定する。前年度の3月末までに計画を策定するが、異動があった場合は研修履歴を異動先に引き継ぐ仕組みであり、継続的な研修の積み上げが把握できる。研修履歴票には専門資格に取得年月日、サービス管理責任者等基礎研修、実践研修、更新研修、実習指導者研修、相談支援従事者初任者研修、防火管理者、危険物取扱、自動車運転免許大型などの取得日が管理されている。また、法人所管の職制別研修や施設が所管する研修の受講履歴が管理され、研修の機会が確保されている。</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。		第三者評価結果
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><コメント20> 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 令和4年度は理学療法士1人、看護師81人、保育士1人の実習が行われた。5年度は社会福祉士養成のソーシャルワーク実習を受け入れるなど専門職の育成が積極的に行われている。このほか教員免許に関する介護等体験実習や中高生の看護体験を受入れている。実習生受入要綱及び要領に基づく体制が整備され、資格ごとに実習担当者が定められているほか、担当者は実習指導者研修を受講している。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

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。		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント21> 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、内容が十分でない。 中長期経営計画、単年度法人全体事業計画、事業報告(法人全体の概要)、収支決算、定款、役員名簿、役員報酬基準、第三者評価結果、地域に対する公益的な活動、女性活躍の状況等がホームページで公開されている。また、広報紙やパンフレットが保護者や地域向けに発行されている。 一方、収支予算、施設単位の事業計画、施設単位の事業報告、事業の自己評価報告、苦情受付体制、苦情解決状況については、情報が公開されていない。これらについては公開の工夫が望まれる。</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><コメント22> 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。 独立した会計監査人及び監事が設置され透明性の高い監査が実施されている。加えて経理、労務、利用者支援、利用者預り金、予算要望等について内部監査と法人事務局による事務指導が行われている。また、決算に当たって会計事務所の確認を受けている。事業報告書は事業の全容が体系立てて記述されている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
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><コメント23> 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分でない。 地域との交流促進が事業計画の項目に掲げられている。新型コロナウイルス感染症予防のため、対面による直接的な交流の取組には慎重な姿勢だが、県立不来方高等学校音楽部によるコンサート動画の視聴や地域行事のチャグチャグ馬っ訪問などが行われた。生活体験の拡大、余暇支援の観点からもより積極的な交流の取組が望まれる。</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。	b
<p><コメント24> ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 ボランティアの受入れ姿勢は要領を定めて明文化されている。マニュアルや登録カードが整備され、担当者が定められている。一方、施設として地域の学校教育に協力する姿勢を明示するものはないが近接する支援学校に対しては必要に応じて体育館を貸し出す等の協力がなされている。新型コロナウイルス感染症予防の観点から、施設内へのボランティアの受け入れは慎重に対応する必要があるため、ボランティアの募集や定期的なボランティアの受入れについてはなお取組の余地がある。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
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><コメント25> 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分でない。 法人が経営する各種事業所、児童相談所、県・市町村行政の連絡先がリスト化されている。また、県児童福祉施設協議会や近接する支援学校連絡会議に参加し、定期的な情報共有や連携の機会がある 一方、子どもが自宅に帰省する際に利用できる夜間診療機関や休日当番医、医療機器事業所等との連携が求められる。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント26> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。 福祉ニーズを把握する仕組みは地域懇談会と運営協議会がある。年1回開催の地域懇談会では支援学校、重症心身障害児の親の会、社会福祉協議会などから意見要望が寄せられている。 ただ、新型コロナウイルス感染症予防対策の一環として外部関係機関との対面会議を自粛しており、取組は積極的とまで言えない。従前の取組の再開が望まれる。</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><コメント27> 地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分でない。 医療機関として小児科、整形外科、児童精神科、神経内科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科、歯科の外来診療が行われている。また、児童発達支援及び生活介護事業所「かがやき」、医療型児童発達支援事業所「つくしんぼ」が併設され、医療的ケアニーズの高い事業が本体施設と一体的に行われている。また、短期入所事業、日中一時支援事業、障がい者芸術作品展示ギャラリーの取組がある。年1回療育研修会を県内の関係機関を対象に開催し医療的ケア児や行動障害等の学習機会を提供している。 一方、法定事業にとどまらない地域貢献活動や災害発生時において県内の医療的ケア児をはじめとする超重症児への支援のあり方については、なお向上の余地が残されている。</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

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
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><コメント28> 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。 法人の経営理念、倫理綱領、職員行動規範に利用者の尊重が掲げられ、さらに療育センターの経営方針にも、人権擁護と虐待防止の徹底に努めることが明示されている。 利用児の尊重に関する基本姿勢については、育成部の職員会議において、毎月項目を決めて勉強会を行っており、これらの基本姿勢は、児童自治会のマニュアル等にも反映されている。さらに、虐待防止研修への参加が年間計画の中で位置づけられ、その伝達研修も開催している。 利用児の尊重や基本的人権への配慮については、毎月「人権侵害に関する自己チェック票」が活用され、このことが、利用児を尊重した福祉サービス提供について職員が具体的に理解し実践することにつながっている。法人の虐待防止要綱の中で、虐待防止責任者を事業団事務局長、虐待防止担当者をサービス管理責任者としている。</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><コメント29> 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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。利用者のプライバシー保護に関する姿勢・責務等を「コンプライアンス基本方針・行動指針」等に明記し、おむつ・清拭・浣腸等のマニュアルに具体的なプライバシー保護の方法を記載している。これらの指針・マニュアルに基づいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 浴室、トイレ、居室は、それぞれ必要に応じてカーテンで区切ることができるよう配慮されており、トイレには消音装置も設置されるなど、利用児のプライバシーを守るための設備上の工夫が行われている。職員は声がけで利用児本人の気持ちを確認しながら介助をしている。個人情報保護の取扱いに関しては、契約書&重要事項説明書に明記し、利用者や家族に説明を行っている。</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。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント30> 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等をHPに掲載している。パンフレットには写真・図・絵等を使用し、市町村行政や児童相談所等に配置している。HPは写真を多用し、明るく見やすいイメージで療育センターを紹介し、事務局が定期的に見直しや更新を行っている。 療育センターの利用希望者(入所、ショートステイ利用)の窓口は、療育連携室であり、見学、体験入所等は、病棟と連携しながら対応している。情報提供は、「パンフレット」や「入所のご案内」等の資料を用いて行われており、内容は適宜見直しが行われている。</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><コメント31> 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意は、保護者に対して行われている。育成部が対応し、契約書と重要事項説明書を用いて説明し、同意の上、書面を残している。保護者の中には外国人の方もあり、説明の際には、難しい言葉を使用せずに分かりやすく伝えることを心がけている。 サービスの開始・変更において利用児の意思決定が難しい場合に、保護者の意向を尊重しながら対応しているが、「個別支援マニュアル」は未着手であり、ルール化には至っていない。医療的ケア児、重度心身障がい児の中には被措置児童もおり、受け入れ手順や内部の情報の共有方法、配慮事項等もルール化していく必要が生じている。</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><コメント32> 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。療育センターからの退所は家族の申出により決定し、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように、「退所時対応手順」「育成部退所時の確認事項」に沿って行われている。移行先(療養施設、病院等)への情報提供は、「医療情報提供書」等が使用されている。施設変更や家庭引き取りの場合は、盛岡となん支援学校とも連携し、サービスの継続性に配慮がなされている。 退所後の相談窓口は療育連携室が対応することとされており、利用児、保護者、関係機関から相談を受けることが可能である。入所時に保護者等に対して連絡先を提示しており、退所後も同じ窓口が対応することを伝えている。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント33> 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 「満足度調査実施要領」が作成され、利用者満足に関する調査を毎年7～8月に実施することとされている。調査票を家族に郵送(又は手渡し)し、無記名も可能としているが、多くの場合は記名で返送されており、保護者等の個別の意向や希望を確認する機会となっている。 利用児に対しては、月1回開催される自治会(第1火曜日4時～)にて満足度を把握する取組が行われており、職員が「職員行動基準」を分かりやすいようにスライドで説明しながら、児童からの意見や要望を聴取している。説明はリモート配信により各病室でも聞くことができる。入所児童の「やりたいこと」「食べたいもの」「居室の変更」等、様々な意見があげられている。 把握した結果は、満足度調査委員会で分析し、看護部と育成部が打合せをしながら対応を検討している。</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。		第三者評価結果
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><コメント34> 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 苦情解決責任者は事務局長、苦情受付担当者は、療育センター所長が指名した3名の職員（育成部長、看護部長、障がい者支援部長）とされ、第三者委員を設置している。苦情解決の仕組みについては玄関と面談室前にポスターを掲示し、保護者等に対しては、入所時に重要事項説明書で説明、配布している。 令和4年度は3件の苦情があり、苦情内容は、定められた様式に従って、受付及び経過を記録し保管している。利用者・家族等へのフィードバックは事務局長、事務局次長が行っており、苦情相談内容に基づき、福祉サービスの質の向上に向けた取組が行われている。 一方、苦情内容及び解決結果等について、ホームページ上での公表は確認できない。</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。	a
<p><コメント35> 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。 利用児が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選ぶことについては、保護者に対しては「重要事項説明書」「入所のご案内」で説明が行われている。入所児童に対しても、児童自治会でスライドを使用して説明している。 相談場所は限定せずに対応し、必要に応じて職員が出向くなどしているが、個人情報に配慮した対応場所としては、2階の面会室が使用できる。</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。	b
<p><コメント36> 利用者からの相談や意見を積極的に把握しているが、対応が十分ではない。 職員は、日々のサービス提供において、利用児が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に務めている。意見箱は玄関ほか数か所に設置され、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組が行われている。 「苦情以外の相談に関する対応マニュアル」が作成され、受付票の様式が統一されており、申出人の相談・意見の内容と対応状況が確認できる。報告は育成部、看護部、事務局で共有され、意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に向けた取組が行われている。 一方、看護部で受け付けた相談等の内容について育成部への共有は行われておらず、組織的な対応が十分とはいえない。</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。		第三者評価結果
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
<p><コメント37> リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。 法人の「リスクマネジメント実施要綱」に基づき、療育センターにおけるリスクマネジメントに関する責任者（ゼネラルリスクマネジャー）を育成部長とし、リスクマネジメント委員会が設置されている。また、病棟の「医療安全対策要綱」により医療安全対策委員会が設置されている。事故発生時の対応についてもこれらの要綱に明記されており、職員に周知されている。さらに、6月に職員がリスクマネジメント研修に出席し、研修内容が職員に共有されている。 アクシデント事例は、毎月「安全対策委員会・リスクマネジメント委員会」（現在はメールによる書面会議）で看護部・育成部、診療部長、栄養士等の中で広く共有されている。インシデント事例は育成部、看護部それぞれで共有され、発生要因を分析し、改善策が検討されている。</p>		
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
<p><コメント38> 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 療育センターの「院内感染対策指針」に基づいて院内感染対策委員会を設置し、毎月開催している。委員長は所長とされ、「院内感染対策マニュアル」に感染症の予防と発生時の対応が整理され、育成部にも周知されている。マニュアルは年1回院内感染対策委員会に諮り、見直しが行われている。 職員に対する研修は新採用者研修のほか、継続研修を年2回開催することとされており、看護部を中心に2～3か月に1回勉強会を実施している。 感染症の予防策は、ICT（院内感染対策チーム）委員と各部署の感染対策委員がチェックリストを用いて定期的に巡視を行っている。</p>		

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
<p><コメント39> 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 災害時の対応体制が、「防火管理規程」やBCP(事業継続計画)に基づき定められ、立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対応を講じている。利用児及び職員の安否確認の方法が決められ、民間の安否確認システムによる緊急連絡網も活用している。災害時に備え、食料や備品等の備蓄リストが作成され、備蓄を整備している。 防災計画を整備した上で訓練が実施されており、医療的ケア児や重度心身障がい児も含めた避難誘導の方法が決められている。消防署のほか、隣接する盛岡となん支援学校とも連携した防災体制がとられている。</p>		

III-2 福祉サービスの質の確保

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。		第三者評価結果
---------------------------------------	--	---------

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
----	---	---

<p><コメント40> 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。 育成部においては、「日常生活関係」「金品関係」「業務・施設管理関係」の業務マニュアルが整備され、新採用職員や転任者の業務に活用され、機能している。また、実際の業務にあたっては、これらのマニュアルを活用しながらOJTが実施されており、マニュアルどおりに業務が実施されているかどうかの確認もOJTの中で行われている。 また、主にケアに関する業務を担当する看護部のマニュアルの中で、利用児の尊重やプライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢や配慮が明示されている。</p>		
---	--	--

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
----	---	---

<p><コメント41> 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 マニュアルの見直しは、職員会議等の意見も取り入れた上で年1回、年度末に児童支援係長が実施している。 一方、これらのマニュアルの検証・見直しにあたり、個別療育支援計画の内容が必要に応じて反映されるには至っていない。</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。		第三者評価結果
---	--	---------

42	III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援を適切に策定している。	b
----	--	---

<p><コメント42> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 個別療育支援計画の責任者は児童支援係長とされ、個別療育支援計画作成に当たって、利用児及び保護者の意向を踏まえ、医師、訓練部、看護部、育成部がそれぞれの現状と課題、支援内容・期間等を共有している。同じ様式を使用し、半年ごとのモニタリングで実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みはある。また、支援困難ケースへの対応については検討が行われ、適切な福祉サービスの提供が行われている。 一方、各部で共有した情報をもとに、利用児一人ひとりの全体像を捉えたアセスメントを実施し、具体的なニーズを明示して統一した目標を設定するには至っていない。具体的なニーズを明らかにするには、生育歴や家庭環境、疾患も含めた心身の状況や発達、本人や家族の意向や強みなどの総合的な情報が、組織全体の協力のもと集約されることが前提となる。 また、個別療育支援計画の見直し時期やケース会議の開催時期が固定されているため、新規入所者について各部の情報共有の前にサービス提供が行われるケースがあることも課題といえる。</p>		
--	--	--

43	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。	b
----	--------------------------------------	---

<p><コメント43> 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 ケース会議が年2回、メールでの情報共有の形で実施されている。個別療育支援計画の見直し時期、参加職員、利用者同意の手順等の仕組みがあり、見直し後の個別療育支援計画の周知に関してもメールが活用されている。書類の保管は育成部で行っている。 一方、個別療育支援計画の評価・見直しに当たって、一人ひとりの利用児の全体像をとらえてニーズや支援目標、マニュアルに反映すべき事項等を総合的に精査するには至っていない。</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。		第三者評価結果
44	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。	b
<p><コメント44> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。 利用児の身体状況や生活状況等は、入所時に保護者に児童記録票の記入を求めて把握している。個別療育支援計画に基づくサービス実施状況は、個人情報保護の関係上、育成部のケース記録、看護部の電子カルテがそれぞれのシステムで管理されており、各部が必要と判断した情報のみ適宜共有フォルダで共有されている。10月以降は、療育的カンファレンスを週3回実施している。 育成部のケース記録の作成に関しては、記録要領はないものの、新採用職員等に対して記入見本を提示し、記録の書き方の統一を図っている。 一方、入所時の療育連携室からの情報や、看護部からの医療関係の情報が、組織全体で十分共有されておらず、利用児一人ひとりを取り巻く情報共有がスムーズに行われる仕組みが求められる。</p>		
45	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。	a
<p><コメント45> 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 法人の個人情報保護規程にて、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する事項を定めており、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が明記されている。 記録管理の責任者は事務局次長である。記録の管理(個人情報保護)については コンプライアンスの職場研修で説明しており、職員は個人情報保護規程を理解し遵守している。 なお、保護者に対しては、入所時に重要事項説明書で個人情報保護について説明した上で、個人情報の使用承諾書を取り交わしている。</p>		

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント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が、十分ではない。 利用児の意思と希望や個性の尊重の取り組みは、利用児が超重症等で常時医療的ケアを必要とし、障害の程度に応じて意思表示しやすいように絵カードや文字盤、タブレットやスライドを活用している。 利用児一人ひとりの希望やニーズに応じた個別支援が必要となることから、多面的なアセスメントを通じたニーズの把握、ニーズに基づいた合理的配慮が求められる。併せて、医療的ケアを常時必要とする超重症児の権利について、多職種で検討することが課題である。</p>		

A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A2	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。	c
<p><コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。 権利擁護についての規程等の整備や取組は、法人の「手にして未来Ⅲ」を通して、読み合わせ等で理解を図っている。十数名の身体拘束の必要となる利用児においては、法人の身体拘束等取扱要領のほかに、医療施設でもあることから医師の指示に基づく「身体拘束に関する基準」を整備し実施している。 「看護職の倫理綱領」や障がい者権利条約の読み合わせを行っているが、医療的ケアを常時必要とする超重症児の権利について、「子どもの権利条約」等を踏まえて検討し、家族等と共有する取組が課題である。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント3> 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。 利用児の自律・自立に配慮した個別支援は、利用児や保護者の意向を確認し、医師、訓練科、看護部、育成部で現状と課題を示し、「個別療育支援計画」に反映している。受給者証等の行政手続の支援は、更新時期を保護者に確認し、期限切れの防止に取り組んでいる。 利用児一人ひとりの障害に応じて、自律・自立に配慮した支援を行っているが、医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に具体的な支援やメニューを可視化する項目設定が課題である。</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。	b
<p><コメント4> 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が、十分ではない。 利用児の障害の状況に応じて意思表示しやすく写真やイラスト、文字盤や表情カードを活用したり、手サインでコミュニケーションが図れるようにしている。さらに、言語伝達の他にタブレットやスライドを活用し支援を行っている。児童自治会や余暇活動に参加が難しい際は、リモートでベッドサイドに映像を送信し、雰囲気を感じてもらえるように工夫している。 医師の指示箋により言語聴覚訓練を行っているが、医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に具体的な支援やメニューを可視化する項目設定が課題である。</p>		
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。	b
<p><コメント5> 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。 利用児の意思を尊重する取組は、イラストや写真、文字盤等を使用し、細かな顔の表情等を確認し、受け止めている。児童自治会活動でも、何でも相談の開催日をお知らせし、個別に相談できる機会を設けている。個別療育支援計画作成において、利用児と保護者の意向を確認し反映している。 意思決定の支援においては、法人の「手にして未来Ⅲ」に示されているように、医療的ケアを常時必要とする超重症児の施設の基本的な考えや仕組み手順を整備することが課題である。</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。	b
<p><コメント6> 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が、十分ではない。 利用児のほとんどは、併設する特別支援学校に在籍し、日中は教育を受けている。学齢前利用児は、保育を実施している。放課後や土日祝日の余暇活動は、毎月の児童自治会で利用児の希望を計画に反映し、社会適応訓練的な内容も盛り込み実施している。保育活動は、多様な体験をねらい、日中活動の選択肢を広げている。定例での活動に参加が難しい利用児には、リモートで様子を伝える工夫をしている。また、タブレット等を活用し、利用児が興味、関心があることを自分で検索できるよう支援している。 医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に具体的な支援やメニューを可視化する項目設定が課題である。</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><コメント7> 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 施設は、外来機能を併設した指定医療機関であり、医師の指示のもとで看護師、言語療法士、理学療法士、作業療法士、児童指導員等がチームとなり、利用児の障害の状況に応じて、保護、日常生活指導及び知識技能の習得支援並びに治療を行っている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント8> 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が、十分ではない。 施設は指定医療機関で、人工呼吸器の装着や胃瘻等の経管栄養を必要とする児が十数名入所している。医師の指示のもと、利用児一人ひとりの病状や障害に配慮し、多職種で食事の提供、入浴や清拭、排泄、移動・移乗を行っている。毎月の児童自治会で、利用児から食事に関する意見や要望を栄養士と情報共有し、献立に反映させている。利用児のリクエストで、バイキング食等の機会を設定している。 医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に日常の具体的な生活支援を可視化する項目設定が課題である。</p>		

A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
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。	a
<p><コメント9> 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。 施設は、外来機能を併設した指定医療機関で、人工呼吸器を装着した児等、常時医療的ケアを必要とする超重症児のための医療機器等が整備されている。医療安全対策委員会での5S(整理・整頓・清掃・清潔)活動や毎月チェックリストを通して、病棟内の安全を評価し、職員で共有し環境調整を行っている。緊急避難を想定した個別の避難手順・計画をベットサイドに整備している。児童自治会や何でも相談等を通じて、生活環境について利用児の意向を把握している。病棟内やベットサイド、テラスに季節の装飾を掲示し、季節感を感じられるようにしている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	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。	a
<p><コメント10> 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。 施設は、外来機能を併設した指定医療機関であり、医師の指示のもと言語療法士、理学療法士、作業療法士等で利用児の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。看護部は、日々の生活でも実践できるホームプログラムを看護計画に取り入れ、継続した支援を行っている。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	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。	a
<p><コメント11> 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。 施設は、外来機能を併設した指定医療機関で、医師、看護師が24時間体制で常勤し、利用児の状態に応じた全身状態の観察、バイタルサイン、心電図、経皮酸素モニターによる監視等、体調の変化を早期に発見し、医師の指示のもと迅速に対応している。</p>		
A12	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。	a
<p><コメント12> 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。 施設は、外来機能を併設した指定医療機関であり、医師の指示のもとで利用児の障害児に対して、保護、日常生活指導及び知識技能の習得支援並びに治療を行っている。医師及び看護師等が、24時間体制で勤務し、土日・祝日は日直医、夜間は当直医、夜間オンコールシステムで小児科医に連絡が取れるような体制が整備されている。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	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。	b
<p><コメント13> 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が、十分ではない。 毎月の児童自治会で利用児の希望を反映し、社会参加や学習内容も盛り込み実施している。社会適応訓練の中で社会ルールや模擬体験等ができるようオンライン配信動画等を活用して学習を行っている。家族の意向等で、数名が定期的に外出を実施している。 医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に具体的な社会参加や学習の支援を可視化する項目設定が課題である。</p>		

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	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。	b
<p><コメント14> 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が、十分ではない。 利用児の希望や意向を把握し、近郊の社会資源に必要な情報や社会見学や社会参加のための学習を実施している。個別療育支援計画に、利用児と保護者の地域生活の意向を確認している。家族の意向に沿って、関係機関と連携し、定期的に支援会議を通して地域生活へ移行した実践がある。 医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを整備し、「個別療育支援計画」に具体的な地域生活への移行や地域生活に関する課題等を可視化する項目設定が課題である。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	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。	b
<p><コメント15> 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。 満足度調査を実施し、利用児及び家族のニーズに沿った支援に努め、療育支援の充実とサービスの向上を図っている。年度初めに、受け持ち看護師が家族と面談し、家族の要望や緊急時の連絡先、体調不良時の連絡方法について確認している。毎月「育成だより」を発行し、利用児の様子等を保護者に伝えている。面会等の自粛時は、個別にお便りを送付し、保護者の希望に応じて動画配信を行っている。例年保護者懇談会を実施しているが、コロナウイルス感染症の流行後は参集せず、資料等の配布を行っている。 医療的ケアを常時必要とする超重症児の家族等のアセスメントを設定し、「個別療育支援計画」に具体的な家族等のニーズ等を可視化する項目設定が課題である。</p>		

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A16	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。	b
<p><コメント16> 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が、十分ではない。 学齢前の利用児は、「個別保育計画」を作成し発達の支援を行っている。活動内容は、個々の発達差を考慮し個別と集団を組み合わせ計画を立てて支援している。併設する特別支援学校と情報共有し、連携を図りながら支援している。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、育成部担当職員で個別療育支援計画を作成し支援を行っている。 医療的ケアを常時必要とする超重症児のアセスメントを設定し、子どもの最善の利益を保証する視点で、「個別療育支援計画」に具体的な発達課題を可視化する項目設定が課題である。</p>		

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援		第三者評価結果
A17	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。	非該当
<コメント17> 非該当		
A18	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。	非該当
<コメント18> 非該当		
A19	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。	非該当
<コメント19> 非該当		