

## 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

(株)ひばり福祉支援センター

### ② 施設・事業所情報

名称：伊豆医療福祉センター 医療型障害児施設「苺花（まいか）」	種別：障害児入所施設
代表者氏名：渡邊 誠司	定員（利用人数）： 38 名
所在地：静岡県伊豆の国市寺家 202	
TEL：055-949-1165	ホームページ： <a href="http://www.izuiryo.jp">http://www.izuiryo.jp</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和 40 年 9 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 済生会支部静岡県済生会	
職員数	常勤職員： 47 名 非常勤職員 6 名
専門職員	（専門職の名称） 53 名 医師、看護師、准看護師、生活支援員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、児童発達支援管理責任者、心理判定員
施設・設備 の概要	（居室数） 18 室 （設備等） 特殊浴槽 2 台、スプリンクラー設備、医療ガス設備 ナースコール設備、その他必要な医療機器 他

### ③ 理念・基本方針

#### 【理念】

私たちは、障がいを持つ方々の生活の充実・納得を目指して、チームを組んで医療と療育の総合支援に取り組みます。

#### 【基本方針】

重症心身障害児（者）の療育訓練、生活援助をはじめとした入所・通所事業、療育相談  
障害児（者）の外来診療など、障がいのある方への地域における総合的な療育を目的と  
しています。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・重症心身障害児を対象とする（区分 6）の医療的ケアを必要とする利用者を積極的に受け入れています。
- ・季節行事や活動を生活に取り入れて運営しています。
- ・隣接している東部特別支援学校と連携し就学支援を行っています。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 6 月 19 日（契約日）～ 令和 7 年 12 月 26 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	- 回（ 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・医療及び福祉を取り巻く外部環境の急激な変化を踏まえた中期事業計画が策定され、現状の課題と実施計画がまとめられています。
- ・遵守すべき法令等の理解と倫理綱領や職員行動指針を提示し、各種規程等の整備が行われております。特にコンプライアンス研修や接遇研修、虐待防止研修が積極的に取組まれています。
- ・重症心身障害児の特性や利用者一人ひとりの状態に応じた関わりシートを作成して、様々なシーンでのサービス提供に活かし、工夫されています。
- ・オープンホスピタル（伊豆医療福祉センターまつり）が定期的に開催されています。開催は「地域の人々に楽しんでもらうこと」を目的とし、開催内容も見直し、変更を重ねていくことで来場者が増えてきています。実施後のアンケート調査結果からも地域の人々への理解が広がっていることが読み取れました。
- ・オンライン診療と対面診療の併用を推進し、遠隔地域の患者さんの診療とかかりつけ医との連携強化が図られています。また、電子カルテの導入と運用により適切な記録のデータ管理が行われ、情報共有の迅速化と業務の効率化が図られています。
- ・重度心身障害児の利用者一人ひとりへの配慮と支援の工夫がみられました。
- ・看護科と育成課のチームワークにより、医療的ケアと支援サービスの連携が図られています。

### ◇改善を求められる点

- ・福祉サービスの質向上についての課題認識はありますが、具体的な経営改善計画書が文書化されていません。計画策定過程の検討記録や職員からの意見集約の記録がありません。
- ・日常的な福祉サービスの質の向上に向けた具体的な取組みについて、組織的な自己評価の実施による結果の分析、分析内容についての検討された記録が文書化されていません。また、質の向上についての取組みが一部の役職員のみで検討されるのではなく、現場職員も含めた全職員の参画による意見を述べる機会など課題に対する改善計画策定プロセスが書面で確認できません。
- ・各種の研修記録や会議録などの資料が作成されていますが、全職員による関わりと適切に共有され、理解されているかどうかの周知と確認が徹底されていません。
- ・各種マニュアルが整備されていますが、見直しの有無も含めて内容の改訂記録が確認できないものがあります。
- ・利用者と家族等からの軽微な苦情も含めて意見や要望、提案などにより、マニュアル内容を検討し、見直しを行うことが仕組みとして制度化されていません。
- ・ボランティアの受け入れについて基本姿勢の明文化が文書化されていません。
- ・支援に必要なリハビリ職員との情報共有の徹底がされていません。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審することで、現状の出来ている点と外部からの客観的な指摘により、普段の業務では気づくことのできなかった課題を見つけることが出来ました。利用者さんが安心して生活できる施設と感じてもらえるように、課題や認識を整理し組織的に検討改善を実施し、より利用者さんに寄り添うサービス提供が出来るように取り組んでいきます。

## 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
〈コメント〉		
理念、基本方針は明文化されており、ナースステーションへ掲示し、パンフレットへの記載とホームページに掲載されています。入職時にはオリエンテーションで理念、基本方針の説明が行われており、新任職員以外の職員にも周知が図られています。一方、利用者や保護者に対しては懇談会やセンター便りを配布するなどの周知は行われていますが、わかりやすく伝えるための工夫や継続的に周知状況を確認することは行われていません。		

##### 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。	a
〈コメント〉		
毎月第1水曜日の幹部職員会議で各職種の運営状況や利用実績、コスト分析等の報告が行われており、議事録が作成されています。また、職員に対しての周知は施設の運営に関する資料等をファイリングしてナースステーションに閲覧可能な状態にされています。社会福祉事業全体の動向は、法人本部及び各支部間での情報共有が行われており、地域の各種福祉計画の策定動向を踏まえて、中期事業計画や単年度の事業計画策定時に把握・分析されています。		
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。	b
〈コメント〉		
経営環境と経営状況の把握については、幹部職員会議で検討され経営課題を明確にし、役員には理事会報告により共有が図られています。職員に対しては幹部職員会議の決定事項を内容によっては申し送りノートの活用等で周知されていますが、経営状況や経営課題の周知は十分とはいえず、経営課題に対する具体的な取組みの経営改善計画書が作成されていません。		

### 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。	b
〈コメント〉 第3期中期事業計画書が策定されています。前年度の第2期中期事業計画の実施状況の振り返りが行われており、計画内容は法人の理念、使命の追求、目指すべきビジョンの実現に向けた現状の課題と実施計画がまとめられています。また、重点指標を各年度別に数値化したKPIが指標シートに明示されていますが、5カ年の中期事業計画を財務面で裏付ける投資計画、資金調達計画等の収支計画書の作成はありません。		
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。	b
〈コメント〉 第3期中期事業計画内容を踏まえた単年度の事業計画が策定されています。事業計画内容は重点目標と各事業の数値目標・成果指標が設定されていますが、第3期中期事業計画の収支計画書の作成がないため、単年度の収支計画書への反映が確認できません。		
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。	c
〈コメント〉 運営方針や事業計画内容は、管理者から職員会議時に職員へ伝えられていますが、計画策定過程での職員からの意見聴取や集約による反映が確認できません。事業計画は幹部職員が中心となり策定されていますが、事業計画の策定と実施についてPDCAサイクルが職員参画のもと組織的に回すための仕組みが十分に機能しているとはいえない。職員の参画と理解度を定期的に確認するための仕組みが文書化されていません。		
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
〈コメント〉 事業計画内容や方針は、毎年5月の総会時に家族への説明が行われております。その他に10月に行う懇談会の時に活動状況や今後の動きについても説明する機会を設けておりますが、事業計画内容の理解を促すためにわかりやすい資料の作成など、説明の工夫や配慮による周知は行われていません。		

### 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
職員各人の業務目標を設定し、個々のスキルアップを図ることで質の向上につなげるための		

日常的な取組みが行われています。一方、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを回すための組織的枠組の設定や職員の参画による循環型取組みが十分に機能しているとはいえないません。また、組織としての課題に対する経営改善計画書の作成をもとに、評価記録、改善報告等の経過に関する記録が確認できません。

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。	c
---	--	---

#### 〈コメント〉

職員の参画による改善策、経営改善計画書等の策定が文書化されていません。また、改善計画による実施状況を評価分析した結果に基づく課題の明確化、職員共有、改善の策定、計画的な実施、評価・見直しについてのPDCAサイクルが文書と実践の両面で継続的に回っていることが確認できません。

## 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

#### 〈コメント〉

管理者自らの役割と責任を処務規則で文書化されています。また、有事（災害、事故等）における管理者不在時の権限委任等は文書化され、管理者不在時の対応訓練も実施されていますが、職員への理解を得るための定期的な説明と工夫についての取組みは十分ではありません。

		第三者評価結果
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。		
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

#### 〈コメント〉

管理者が遵守すべき法令は関係機関、協会、行政等からの最新情報を収集し把握されています。また、済生会の内部監査を定期的に受けて法令遵守に関するチェックが制度化されています。職員に対しては倫理綱領や職員行動指針を提示し、特にコンプライアンス研修をはじめ虐待、接遇に関する研修と教育が積極的に行われています。

		第三者評価結果
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

#### 〈コメント〉

管理者は福祉サービスの質向上の課題を把握し、職員への教育、研修の実施指導が行われていますが、現状評価、課題把握、体制づくり、職員からの意見反映、教育指導における取組みが徹底されているとはいえないません。特に管理者が把握している課題を明確化し、改善計画を示して指導することや、職員からの提案・意見を吸い上げる仕組みが書面で確認できません。

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
管理者は経営の改善や業務の実効性を高めることを目的に現場の適材適所の人員配置を意識して現場の状況報告に努めています。職員の働きやすい環境整備の具体的な取組みは、完全週休二日制の導入や業務負担がかかるところには人員を手厚く調整することで職員のワークライフバランスに配慮されています。職員が経営改善・業務効率化を共有目標として理解できるよう、情報共有や参画の仕組みや意識の浸透を図るための具体的な取組みが確認できません。		

## 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。	b

### 〈コメント〉

必要な職種・人員を確保、維持していくために退職または育児休業予定者の希望があった場合、早期の採用活動が行われています。募集方法もホームページでの求人掲載やハローワーク、看護協会への募集など多様な手段により採用活動が行われています。また、実習生を積極的に受け入れることで重症心身障害児の仕事を知ってもらい人材確保にも繋げていきたいと考えておりますが、昨今の厳しい人手不足の状況から効果的な人材確保の施策と取組みが課題となっています。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
----	-----------------------------	---

### 〈コメント〉

期待する職員像等は明確になっており、人事基準は済生会の就業規則に定められ目標管理制度が導入されております。職員各人が作成した目標管理シートにより期首、中間、期末の年3回の面談を実施し人事考課につなげています。職員からは異動についての希望は意向調査書により聴取が行われていますが、異動に関する希望以外の意向や意見を集約するなど、評価・分析にもとづく改善策を具体的に検討、実施された記録はありません。

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組んでいる。	b

### 〈コメント〉

職員の就業状況や意向について、毎年、職員の意向調書をもとに勤務形態の希望を確認し、有給休暇の取得状況や時間外労働については勤怠システムの導入により把握されております。職員の福利厚生支援としてリロクラブに加入し、職員の希望により各種サービスの提供が受けられます。職員の心身の健康と安全の確保に関しては定期的な健康診断やストレスチェック等を実施し、問題があれば産業医による相談対応が可能となっています。

職員の潜在的な悩みや相談ができるような配慮や工夫は十分ではなく、勤務形態以外の職員からの意向把握や希望聴取に関する対応記録はありません。		
--	--	--

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

[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。

b

〈コメント〉

職員一人ひとりの育成に関しては、目標管理制度により個々の目標設定と定期的な個別面談を通じて進捗状況が確認されていますが、組織が求める期待する職員像の理解を職員に促し深めるための周知は十分ではありません。また、目標設定の内容は各人の経験・スキルに応じて具体的な目標（項目、水準、期限）をできる限り数値化し、到達度を確認するための工夫が十分ではありません。

[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。

b

〈コメント〉

職員に対する研修は学習係が勉強会の計画を立てて実施されています。今年度は育成課が支援員会議時に事例検討による勉強会を実施し、医療に関することは看護師が講師を務めて3ヶ月に1度の継続研修を行い、生活支援員には業務を通じて必要な知識や技術の教育が行われています。研修実施後の研修成果の振り返りと評価を行い、研修内容の見直しについての記録は確認できません。

[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。

b

〈コメント〉

外部研修、静岡済生会からの研修、療育学会や重心学会の研究発表、院内勉強会等の研修の機会が確保されています。研修の実施については参加者、研修内容、研修アンケートの集計結果、コメント、研修の振り返り等が研修委員会議事録や研修報告書等に記録されています。新任職員研修では個別的なOJTが実施されていますが、新任職員以外の個別的なOJTの実施体制が確立されていません。

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。

[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。

b

〈コメント〉

看護や介護の実習生を受け入れて、医療と福祉の専門職の研修・育成に関する基本姿勢がオリエンテーション資料に明示されています。実習生向けのオリエンテーション説明事項に受け入れ体制の内容が文書化され、マニュアル化されています。指導者研修に関しては生活支援員については実施されていますが、看護師については勤務実態から実施が困難な状況です。また、実習期間中での学校側との継続的な連携を維持していくための工夫や記録が確認できません。

## 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。		b
＜コメント＞			
ホームページ等の活用により、理念、基本方針、事業内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を公開しています。苦情、相談等の受付対応に関する仕組みは構築されていますが、軽微なものも含めた苦情、相談等の内容や改善、対応した状況に関する公開はありません。			
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
＜コメント＞			
事務分掌により事務、経理、取引等に関する権限や責任の範囲が明確に文書化され、職員等に周知しています。会計、経理に関しては監査法人が関与し、外部監査を受け監査報告書により財務や内部統制等に関する指摘又は改善提案レビューにより、その後の是正措置、提案、助言に対する経営改善の取組みが記録されています。			

## 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
「地域の方々に楽しんでいただくおまつり」を目的に毎年11月にオープンホスピタル（伊豆医療福祉センターまつり）を開催しています。社会資源や情報は必要に応じて利用者ごとに提供されています。遠足や外出の際には職員が地域の人々と交流ができるように計画されています。日常的な活動について利用者のニーズに応じた社会資源の利用を推奨する働きかけは確認できません。			
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		c
＜コメント＞			
医療ケアを必要とする重度心身障害児を利用者の施設としては、ボランティアの受け入れが容易ではないもののボランティアや学生を受け入れ、学校教育活動にも協力をしています。また、ボランティア受け入れ記録もあり、担当職員が登録手続きや事前説明を行っていますが、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢の明文化とボランティアに対してのトラブル・事故防止対策の研修が実施されていません。			
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
＜コメント＞			
近隣の病院や特別支援学校等との連携については、必要とする社会資源のネットワークが構築され、定期的に各種連絡会や各市町の担当課や児童相談所とも会議を開催しています。			

地域の共通課題として在宅者の短期入所利用の課題がありますが、具体的な取組みについての経過が記録されていません。
---

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。	b
----	--	---

〈コメント〉

法人内の相談支援員が運営委員会・関係機関・団体との連携等各種会合へ出席されています。オープンホスピタル（伊豆医療福祉センターまつり）等のイベント時にはアンケートも実施し、地域の福祉ニーズや生活課題を把握していますが、その情報を梅花の事業に活かしていくための連携や検討記録がありません。

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
----	--	---

〈コメント〉

地域貢献や地域福祉向上のため、毎年11月にオープンホスピタル（伊豆医療福祉センターまつり）を開催しています。地域住民に対する施設の存在を理解していただく目的もあり、地域のコミュニティ作りにも貢献し、一般公開セミナーも開催されています。地域の防災対策や災害時の具体的な対応方法について検討された記録が確認できません。

### 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。	b

〈コメント〉

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され、特に虐待防止や身体拘束廃止に向けた利用者の権利擁護に関する取組みが行われています。研修も定期的に行われていますが、全ての関係者に研修内容が理解されるような研修実施体制にはなっていません。

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。	b
----	---	---

〈コメント〉

職員に対しては倫理要綱や職員行動指針にプライバシーの保護について明示されています。着替えや排泄の場面で、目隠しボード等の工夫によりプライバシーに配慮されています。プライバシー保護の具体的な内容がマニュアル化されていません。

		第三者評価結果
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

〈コメント〉

広報委員が中心となり、ホームページへの掲載と施設の理念や基本方針、提供しているサービス内容、施設の特徴が記載されているパンフレットを関係機関等へ配布していますが、情

報提供についての効果を評価・測定する取組みは行われていません。また、体験利用の希望者に対しては相談支援センターが窓口になり施設職員が対応されていますが、具体的な対応マニュアルが文書化されていません。

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
----	--	---

〈コメント〉

福祉サービスの開始時には利用契約書、重要事項説明書、個別支援計画書の内容を説明し、利用者、家族からの同意を得ています。福祉サービスの変更については、利用者、家族からの要望を申し送りノートに記録し、必要に応じてケースカンファレンスで検討しています。その後、利用者や家族に丁寧な説明を行い、個別支援計画書に記録され同意が確認できます。意思決定が困難な利用者に対しては、各人の特性が記載された関わりシートを利用して確認の配慮が行われていますが、配慮に関する手順がルール化されていません。

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。	b
----	---	---

〈コメント〉

移行時又は内容変更の場合は、著しい変更や不利益が生じないように関係機関、利用者及び家族との協議を行うことになっています。福祉サービスの継続性については電子カルテ等の情報提供により対応することになりますが、福祉サービスの利用が終了した後の手順方法は文書化されていません。

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	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。	b
----	---	---

〈コメント〉

サービス利用について利用者の思いを家族から調査しています。また、親の会に職員が参加することで、定期的に利用者満足度を把握し、担当者会議で改善策を検討、実施されています。実施されたことを親の会の会長を通じて家族へ報告されていますが、実施後の満足度の分析、評価が行われていません。

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。	c
----	--	---

〈コメント〉

苦情の受付については整備され、外来入口に対応に関する内容が掲示されています。意見箱は外来入口付近に設置していますが、設置場所については入所施設の利用者、家族等が気軽に苦情や意見を出しやすい配慮がありません。軽微な苦情も含めて苦情に関する情報収集を能動的に行うことや苦情解決状況の公表は行われていません。

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
----	--	---

〈コメント〉

利用者や家族が意見を言いやすいように施設入口のボードにその日の責任者の名前等を掲示するなど、相談対応者を明確にしています。相談室も完備され、相談者への配慮もされていますが、複数の相談者や相談方法を自由に選択できることについての説明や周知は行われて

いません。

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
----	---	---

〈コメント〉

日々の福祉サービスの提供は利用者、家族からの相談や意見は保護者会で意見聴取する機会があります。また年度末には福祉サービスの意向調査をアンケートで実施し、意見を把握する仕組みがあります。把握した意見を各部署で取りまとめて対応していますが、組織として他部署との共有連携を行うことや、相談や意見を受けた後のマニュアル等の定期的な見直しは行われていません。

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。	b
----	---	---

〈コメント〉

安心・安全な福祉サービス提供のためのリスクマネジメントについて各種委員会が定期的に会議を開催しています。それぞれマニュアルも作成されていましたが、マニュアルの見直しがされていません。

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
----	--	---

〈コメント〉

院内感染防止委員会・ICT（情報通信技術）委員会を設置しています。ICT委員会では手洗いの動画の視聴後、手洗いの状況を可視化して感染症予防の研修を行っています。今年度は防護服の着脱チェックと嘔吐物の処理方法について研修を行います。感染症が発生された場合は手順に沿って月ごとに報告されています。

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。	b
----	--	---

〈コメント〉

危機管理マニュアルを作成し対応体制が整っています。施設の防災訓練は毎月、法人全体では年1回総合防災訓練を実施しています。通報訓練、防災倉庫の点検も行われています。職員がDWAT(災害派遣福祉チーム)の資格を取得するなど地域の防災時に活躍できる人材の育成に力を入れていますが、施設をまたいだ近隣住民と協働した防災訓練の実施記録がありません。

## 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。	b
----	---	---

〈コメント〉

標準的な福祉サービスについての日常生活支援マニュアルが作成され、個人別に場面対応の実施方法が文書化されています。マニュアルには利用者の尊重や権利擁護、プライバシーの保護についての記載があります。日常生活支援マニュアルを職員へ周知徹底するための継続的

な研修は行われていません。

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
----	---	---

〈コメント〉

年度末に標準的な支援内容について見直しが行われています。支援内容の見直しを課ごとにを行い、その後、実施方法のすり合わせが行われていますが、常勤、非常勤を問わず、パート勤務の職員を含む全職員の参加による見直しは行われていません。

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。

42	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。	b
----	--	---

〈コメント〉

個別支援計画サービス管理責任者を中心に多職種の職員が参加して策定されています。利用者一人ひとりのニーズを明示し、毎年家族に説明が行われています。支援困難ケースへの対応については、個々に検討する機会がありますが、その解決方法を積極的に追求する取組みは十分ではありません。

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

個別支援計画の見直しは利用者の意向を踏まえたものとなっており、年2回ケース会議を実施して見直されています。緊急に個別支援計画を変更する場合はリハビリ、看護師等の連携のもと担当者会議を経て変更しています。報告ルートはありますが、全職員に対する周知と確認方法が統一されていません。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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
----	---	---

〈コメント〉

利用者の身体、生活状況は生活情報シートに記録され、個別支援計画に基づいたサービスの実施は電子カルテによって毎日記録されています。書き方の統一のため口頭による指導はありますが、記録要領の定めや職員教育等の研修が行われていません。

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

〈コメント〉

利用者に関する記録の管理については個人情報保護規定により管理体制が整っています。事務長から各課に毎年法令遵守について伝達が行われています。個人情報の取扱いを毎年家族会の総会時に説明し、同意を書面でもらっています。

## 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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>「視覚」「聴覚」「感覚」を利用し、工夫を重ね、利用者個々のコミュニケーション方法で、本人の意思を尊重し、自己決定に繋げています。利用者の生活情報シートを担当者が作成し、常に職員が情報を共有可能な状態であり、育成課と看護科のチームで日々病棟業務に当たっています。情報の共有もされ周知徹底されていますが、リハビリ職員までの周知が十分ではありません。</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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>虐待防止対応マニュアルにある委員会を設置し、緊急切迫性のある利用者の身体拘束を実施しています。委員会への届出と報告は年度初めと年度末に行っていますが、中途変更などの計画書は委員会に提出されていません。身体拘束記録Ⅱに具体的な取組が記録され、家族には同意書・利用契約書・重要事項説明書が渡されています。全職員に対する身体拘束等適正化の研修はなく資料配布のみであり、研修実施が十分ではありません。</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>〈コメント〉</p> <p>利用者の障害に配慮した支援を行っています。自立に向けて買い物体験（金銭管理、社会生活の体験）、自己選択を可能にするため、今年度は2か所の施設見学を実施し、来年度はさらに2か所の施設見学を計画しています。計画、経過、モニタリング、記録は電子カルテに入力し、全職員に共有されています。</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>〈コメント〉</p> <p>「関わりシート」と称して個別シートを作成し、意思疎通が難しい利用者への関わり方の工夫がされていて、新人職員に対して役立っています。利用者の中には歯医者を怖がり、散歩にも行けなくなった折に好みの絵を壁に貼って毎日1歩ずつ前に進む工夫をし、散歩ができるようになり歯医者にも通院できるまでになりました。自販機での買い物体験をして、手伝</p>		

うことの成功体験に繋げる工夫もされていました。モニタリング、日常生活記録は電子カルテに入力してあり、全職員に共有されています。

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。	b
----	--	---

〈コメント〉

家族との面談は年1回行っていますが利用者との面談は行っていません。食事介助のときに1対1になるので、活動について、要望などを聞く環境と雰囲気作りはできています。会話で終わっていることで、相談内容、助言内容、対応結果の記録がないため、利用者支援に反映されません。

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
----	--	---

〈コメント〉

月に1回、利用者の障害レベルに合わせたグループでの活動計画、実施、報告を行っています。年間ではクリスマス会、夏祭り等の行事の練習から参加しています。土曜、日曜日は全体活動として、全員で内容計画からの参加なので、やった感を味わうことができています。地域交流は通所の仲間や社協ボランティアが月1回来所した活動記録はありますが、この活動計画の見直しがありません。

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

〈コメント〉

利用者個々の障害について対応は、職員が共通認識を持ち、生活情報、事故報告については申し送りノートにて伝達し共有できています。ケース会議にて対応の見直しを行い、電子カルテに記録しています。職員に対して専門職(PT)による内部研修が行われ、専門知識の習得と支援の向上が図られています。

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。	b
----	--------------------------------------	---

〈コメント〉

利用者個々のファイルがあり、生活支援方法については職員に周知徹底されており、実践しています。食事については摂食評価を年2回行い、季節を五感で味わえるように香りやとろみ等で工夫した給食イベントを行っています。入浴、排泄については手順書がありますが、入浴支援については利用者の意向や心身の状況に応じた入浴の頻度や快適に入浴できるような支援内容の見直しの検討、工夫が十分ではありません。

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。	a
----	---	---

〈コメント〉

事故防止マニュアルが作成されています。避難訓練は毎月第3水曜日に入浴中、水害等を想定した訓練を行い記録しています。浴室、トイレ等は清潔感があり、居室は利用者の特性に合わせて配慮されています。興奮状態に陥った利用者のために部屋の隅にクールダウンする居場所を作り、一時的に他の部屋を使用する対応と支援も行っています。

#### A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

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。	b
----	---	---

##### 〈コメント〉

利用者一人一人のリハビリ計画書があり、生活の中で、車いすまで転がる、おむつ替え時にうつ伏せ30分行ってリラックス効果を味わうなど、個々の居室に実施方法の写真を貼り、その通りに支援を行うことができます。訓練実施記録をもとにケース会議にて評価、見直しを行い、記録しています。リハビリ職員との情報共有と円滑な連携は図られていません。

#### A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

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。	b
----	--	---

##### 〈コメント〉

バイタルチェックから、入浴時、更衣時などの支援時に全身の状態チェックを看護師が行っています。健康面は、医師の指示を看護師が受け、生活支援員と共有しています。筋力低下の指先運動にカスタネットを利用する工夫やねたきりの利用者に対しては時間を決めて、あぐら座の訓練をしています。体調変化時の対応は手順書がありますが、生活支援員との共有はされていません。

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
----	---	---

##### 〈コメント〉

医療安全対策マニュアルがあり、薬の服用については、薬剤師から各利用者の一週間分の薬がだされ、看護師が管理し服用まで行い、口から服用できる利用者には生活支援員も行っています。アレルギー疾患対応は、栄養士が利用者別に盆の色で区別して食事内容に配慮するなどの工夫を行っています。医療安全対策委員会による研修を年2回開催、重度心身については、今年度は3回勉強会を行いました。

#### A-2-(6) 社会参加、学習支援

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。	a
----	--	---

##### 〈コメント〉

遠足等（外出）の計画、実践、見直し、反映までの計画、報告記録があります。計画は利用者がグループに分かれ年度初めにアンケートではなく、聞き取りで計画書を作成します。外出時の緊急対応は救急を呼ぶこととしています。年に6月と12月学生ボランティアによる特技演奏などが行われます。社会参加や、ボランティアの来所については利用者としても体調管理に留意しています。

#### A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

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。	a
----	--	---

##### 〈コメント〉

利用者本人が選択できる環境づくりの支援を行っています。移行先の情報を提供し、見学先を本人が選択し、今年度は2か所の施設を見学しました。来年度も2か所の見学を考えています。利用者は宿泊の機会がないので、移行支援の一環として修学旅行への参加を、児童相

談所、行政、見学先の協力を得られるよう計画中です。経過記録は電子カルテに入力してあります。

#### A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

A⑯	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
----	--------------------------------------	---

#### 〈コメント〉

毎週日曜日に面会にくる家族と利用者については、面会時に直接報告ができます。行事、イベントの連絡はメールにて行い、個別支援会議はメールで日程調整を行い直接会って報告、要望、意見交換も行っています。急変時の連絡体制はマニュアルがあり、日中は医師から家族へ、夜間は夜勤者から家族へ連絡することになっていますが、家族が病院へ駆けつけた時の適切な情報提供が十分に行われていません。

### 評価対象 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
〈コメント〉 利用者の機能維持、可能性を伸ばす支援は行われています。支援員会議にて振り返りを行い、次年度に向けて個別支援計画をたて、議事録に残し、全職員に周知徹底をしています。学校とは、個々の連絡ノートがあります。学校連絡会と施設で毎月第4木曜日に会議を開催しています。活動計画書においてはグループのみの計画で、個々の計画書はなく、活動記録のみ電子カルテに入力されています。		

### 評価対象 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〉		
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〉		
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〉		