

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：福島整肢療護園	種別：療養介護	
代表者氏名：吉原 康	定員（利用人数）：	60 名
所在地：いわき市平上平窪字古館1の2		
TEL：0246-25-8131	ホームページ：https://ryogoen.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：S27年10月9日（旧肢体不自由児施設）		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人いわき福音協会		
職員数	常勤職員：73名	非常勤職員 23名
専門職員	（専門職の名称）名	
	医師：7名 （常勤2名 非常勤5名） 薬剤師：1名 臨床検査技師：1名 診療放射線技師：1名 理学療法士：5名 作業療法士：2名 言語聴覚士：3名 リハ工学士：1名 公認心理師：1名（非常勤） 看護師：36名（准看護師9名含む） （常勤32名 非常勤4名） 看護助手：5名（非常勤）	保育士：4名 生活支援員：5名 栄養士：2名 （管理栄養士1名 栄養士1名） 調理員：9名 （常勤5名 非常勤4名） ケースワーカー：1名 事務員：10名 （常勤8名 非常勤2名） 当直員：2名（非常勤）
施設・設備の概要	（居室数）2人部屋 2室 3人部屋 3室 6人部屋 8室	（設備等）機械浴設備、スプリンクラー、大型洗濯乾燥機、オゾン脱臭装置

② 理念・基本方針

【基本理念】

- ・医療をもって障がい児者の療育と支援にあたり、地域の福祉に貢献します。

【基本方針】

- ・障がい児者の療育の為に必要な医療、リハビリテーション、福祉を提供します。
- ・障がい児者の人権を守ります。
- ・障がい児者の安心安全のために努めます。
- ・障がい児者と職員の信頼関係、連携の強化に努めます。

- ・理念達成のために、職員の研修や研究的な取り組みに努めます。
- ・明日を担う医療福祉従事者を育成します。
- ・地域の療育および福祉の拠点として、地域に開かれた施設を目指します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

医療法による病院と児童福祉法・障害者総合支援法に基づく障がい児者施設機能を持ち下記内容によりサポートしている。

看護部：医療的ケアが必要な重度障害児者に対し成長発達段階や健康状態に応じて療育全般についてケア並びに QOL の向上に努め、療養生活・生き方の支援を行っている。

リハビリテーション部：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による障がいに合わせたリハビリテーションを行っている。

○理学療法

適切な運動療法による運動発達を促し二次障害の予防に努め、家族への及び自主トレーニング指導も行っている。体幹や下肢補装具の製作のサポートも実施。

○作業療法

発達段階に応じた遊びや活動を通して、上肢機能の向上や日常生活動作の獲得を促し認知機能や社会性の向上の促しを行っている。車いす・座位保持装置等の道具の製作のサポートも実施。

○言語聴覚療法

言葉の遅れ、正しい発音、吃音などの言葉の問題を持つお子様の言語発達や発音獲得の促しを実施。また、嚥下機能へのアプローチも行っている。

療育支援部：障がい児者の豊かな生活を目指し個々に合わせたあそびや活動を行っており、各種事業・社会交流なども実施。

地域支援課：医療及び福祉の専門職が連携し、医療ニーズの高い障がい児者とそのご家族が安心してご家庭での生活を送るため、日中一時支援事業、日帰り型、宿泊型の短期入所事業を行っている。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年5月26日（契約日）～ 令和6年2月28日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 医療部門と福祉部門の連携による療育支援体制の構築について

従来医療部門に属していた生活支援部門を福祉重視の視点から療育支援部として独立させ福祉モデルに立った療育支援体制を構築している。福島整肢療護園としての強みを活かし医療面、福祉面双方が連携して利用者一人一人の障がい特性に合わせた支援に努めている。

2. 公益的な事業・活動について

法人全体で地域貢献委員会を中心に公益事業や活動を行っており、整肢療護園の職員も参加している。これまで、毎年実施してきた独居高齢者の会食会「あじさい会」はコロナ禍のため地域からの要請もあり自粛しているが、生活困窮者や引きこもりの方の居場所づくりとして行っている「ふれあいサロン」は継続して開催している。その他に、出前講座や福祉体験教室の開催などの地域貢献事業を実施している。また、災害時の支援として、台風の浸水被害時に法人の体育館を地域住民に避難場所として開放し、さらに福島整肢療護園も他の入所系施設と同様に福祉避難所として登録している。

3. 感染症への組織的な取り組みについて

感染予防対策委員会を中心に感染症マニュアルを作成する他、法人及び施設独自のBCPを作成し、それらの検証・評価・見直しにも取り組んでいる。施設内で新型コロナウイルス感染症のクラスター発生があったが、咽頭・発熱系と消化器系など症状別にゾーン分けを行い、呼吸器系の症状が出たケースでは早期に医療センターに入院させるなど、適切な対応により後遺症もなく軽快している。事業所の強みとして医療系の多職種職員が多く、滅菌操作や消毒の徹底などが適切に実施されている。

4. 多職種連携による機能訓練や生活訓練の実施について

専用の訓練室や訓練機器が備えられ、医師の指示に基づき理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訓練計画を立て機能維持や向上訓練を実施している。また、定期的なモニタリングや多職種によるカンファレンスを通して個々の利用者の嚥下機能に合わせた食事、機能訓練内容の検討や見直しを行い、利用者の心身状況に応じた福祉用具や自助具などを工夫・開発して機能維持や自立に向けたリハビリに取り組んでいる。

◇改善を求められる点

1. 事業計画の利用者等への周知について

利用者や家族へ事業計画を周知していない。事業計画は利用者への福祉サービスの提供に関わる事項であるため、理解しやすい資料を作成するなど工夫を行い、利用者や保護者へ事業計画の周知を図り理解を促す取り組みが望まれる。

2. 福祉サービス実施の記録について

利用者に関する福祉サービスの記録について、施設内のネットワークが完備されていないため、職員が個別の記録を閲覧し入力することができない状況にある。個別化や意思決定支援など、権利擁護と自立支援を目的とした体制を構築するためにも施設内ネットワーク化や記録方法の簡易化と情報共有化を図ることが期待される。

3. 意見を述べやすい環境の整備について

自由に意見を出せる意見箱を設置する他利用者に対するアンケートを実施して意見や要望を聞いている。

しかし、意見箱の設置場所が狭いうえ生活棟から遠い玄関ホールにあるので利用者に近い生活棟などへの設置も望まれる。また、筆記できる利用者がほとんどいないため、アウトリーチによる意見の把握が必要と思われるので利用者同士のミーティングなどを行い、意思表示ができる場面をつくる等、エンパワーメントに向けた取り組みや工夫が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘のありました利用児（者）及びご家族への事業計画の周知については、より分かり易い表現を用いて令和6年度分より周知することといたします。

一方、福祉サービスの記録と情報共有化については、電子カルテと連動する総合管理システム導入を目指しつつ、園内独自の電子情報共有システムを既存のソフトを用いて開発する予定です。また、利用児（者）の意思表出を汲み取る手段として、毎月実施している振り返りシートを用いて、支援にあたる職員個々の観察記録を基に、利用児（者）のニーズの把握に努め、QOLの向上に繋げるよう取り組みます。

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（共通評価基準）

※すべての評価細目（45項目）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。

※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。

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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針を基に施設の理念や基本方針を策定している。施設の理念は東日本大震災の年に前施設長の原案をもとに職員で話し合っ見直しを行ったものである。職員へは採用時の施設長講話の中で詳しく説明している。また、朝会の会場である研修室に理念と基本方針を大きく掲示し毎日確認できるようにしている。さらに、各部署では年度初めに理念や基本方針に触れて事業所の重点事業の確認を行っている。</p> <p>なお、利用者や家族への周知が図られていないため、分かりやすく説明した資料などを作成し、周知を図ることが望まれる。</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を的確に把握・分析している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向は、福祉新聞や社会福祉法人経営者協議会などの情報から把握している。また、全国肢体不自由児施設運営協議会や日本重症心身障害福祉協会の会議、いわき市地域自立支援協議会に出席して最新の情報や地域の福祉ニーズの把握に努めている。さらに、法人の施設(療護園)の地域支援課が窓口になり利用者からの要望や外来患者・家族等から出される意見などを把握して施設に対するニーズも把握している。契約者数・利用者数・利用率は毎月集計し、運営会議(各部署の主任クラス以上の職員14名で構成)で経営状況の分析を行い、法人本部に報告している。</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・b・c

<p><コメント></p> <p>単年度収支の赤字や医師の確保と安定雇用、施設の老朽化などの経営課題を明確にしている。経営課題は、運営会議や各委員会で検討し改善のために計画を策定して職員へ周知している。これらの経営課題は理事会に報告して役員間で共有し、中・長期計画の長期視点で改善策を立て計画的に取り組んでいる。</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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期の事業計画と収支計画(事業活動の収支の試算)を策定している。中・長期計画において目標や経営課題を明確にし、経営課題の解決に向けた具体的な改善策を示している。令和3年9月に当初計画を作成しているが、状況の変化に対応し令和5年1月に中・長期計画の見直しを行っている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を踏まえた単年度事業計画と単年度の「予算書」(収支計画)を作成している。事業計画は実行可能な内容になっており、数値目標や具体的な成果等を設定しており、実施状況を評価できるものとなっている。施設において四半期ごとに進捗状況を確認している。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>事務で作成した素案をたたき台にして運営会議において4~5回の討議を経て原案を作成し、理事会に諮り事業計画を策定している。策定された事業計画は、運営会議に報告し、会議録を回覧することで職員への周知を図っている。</p> <p>なお、職員への周知は運営会議の会議録の回覧のみであるため、事業計画を配布し説明を行うなど理解を促す取り組みが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・㉓
<p><コメント></p> <p>利用者や家族へは行事計画以外の事業計画について周知は行っていない。以前は施設の2大行事である夏の「ふれあいたのしい会」と「クリスマス祝会」で保護者へ施設長から話をする機会があり、その中で事業計画について説明していたが、コロナ禍以降中断している。</p> <p>なお、コロナが落ち着いた段階で利用者や家族へ分かりやすい資料を作成し配布する等、事業計画の周知を図る取り組みが望まれる。</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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>2年前に発足したサービス向上委員会を毎月2回開催し、手順書やマニュアルの作成・見直しを行っている。また、毎年1回、保護者や関係機関、業者にアンケートを実施しておりその結果に基づき改善につなげている。</p> <p>個別のサービス内容等については、随時、ケースカンファレンスやケース検討会議を開催し、多職種による多角的な視点で検討を行い、見直しや改善を図る取り組みを行っている。今回、初めて第三者評価を受審したが、来年度以降、評価基準に基づく自己評価を毎年実施する予定でありサービスの質の向上に期待したい。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>サービスの質などの内部の課題について、サービス向上委員会が毎年実施している保護者や関係機関等のアンケート結果から課題を把握して運営会議で共有し、各部署で改善に取り組むようにしている。インシデントやアクシデントは安全管理委員会で評価分析して全部署において改善に取り組んでいる。また、発生した内容によってはサービス向上委員会に諮り、手順書・マニュアルの作成や見直しにつなげている。</p> <p>なお、今回初めての評価受審であり、自己評価や第三者評価の結果を活かし課題に取り組む質の向上に活かしていくことが望まれる。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
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。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、事務分掌を職員に配布して管理者としての役割と責任について周知している。また、令和5年5月には全職員の出勤日に合わせ施設長自らの役割や経営・運営に関する方針や取り組みについて職員へ話をしている。不在時の権限委任を示したフロー図等は全部署にファイルにして置いている。</p> <p>なお、施設長の役割や責任についても広報誌等に掲載する等、広く職員へ周知することが望まれる。</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	a・㉓・c

	っている。	
<p><コメント></p> <p>施設長は、法人の副理事長を兼ねており理事会に出席して、その中で遵守すべき法令等の情報を得ている。また、全国肢体不自由児施設運営協議会・日本重症心身障害福祉協会・全国肢体不自由児施設長事務長会議等への出席を通じて遵守すべき法令等について把握している。法人の施設長会議の内容は毎週開催している運営会議を通して職員に伝達している。</p> <p>しかし、職員へは施設長会議の内容を伝達するのみであり、職員が遵守すべき法令等の周知を図るとともに研修など遵守させるための具体的な取り組みが望まれる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は感染予防対策・学術研修・安全管理・虐待防止・衛生管理や中長期事業計画検討会等の各委員会に参加している。また、サービス向上委員会にはアドバイザーとして参加し、それぞれの委員会において医師や施設長の立場から発言している。</p> <p>なお、施設長は医師で診療に従事しているため、各部署の管理職等に委ねている部分が多く、今後施設長として福祉サービスの質の向上に向けリーダーシップを発揮されることが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、中・長期事業計画の検討会に参加する他、毎週開催している運営会議を通して経営の改善に向けての協議や改善策の進捗状況を確認し、四半期ごとに評価分析を行い、運営状況を法人本部へ報告している。</p> <p>また、施設長の発案で、「療護園活性化ミーティング」や「ウェルビーイング」研修を主導し、各部署横断的に職員が参加しグループ討議やミーティングを行う等、職員の意見を吸い上げている。さらに、人事考課以外に職員との個別面談を実施し、新人職員とのグループ面談を毎週1回実施して意見や要望を聞きながら職場環境の整備にも努めている。</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、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期事業計画において、必要な福祉人材や人員体制に関する考え方を示し、年度毎の人員配置計画書を作成している。配置基準をもとに、利用者の介護必要度や職員の有給休暇取得を参考として、利用者が必要とするサービス量に見合った人員配置を考えている。従来のハローワークや学校訪問、ホームページによる求人活動に加え、人材紹介や人</p>		

材派遣会社を活用して人材確保を図っている。		
また、報奨金付きの職員紹介制度を創設して、職員確保に努めている。求人は法人本部が担当しているが、医師等の専門職は当該施設のみでの採用であるため、施設独自で医大の医局に出向き、求人活動を行っている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像は理念や基本方針に示してあり、人事考課表に期待する職員の具体的な能力が明示されている。人事基準は職階制度内規に規定している。</p> <p>また、職階制度内規において、キャリアパスの内容を示して職員が自らの将来を描くことができる総合的な仕組みづくりができています。人事考課は、一次考課者は上席の職員が行い、二次考課者(最終考課者)は部署長が実施している。最終的には、各部署長による会議で一人一人の人事考課の内容を点検し、客観的かつ公平な考課ができるようにしている。さらに、定期的に全国の同種の施設や市内の病院の給与等の処遇の実態調査を行い、処遇改善の可否を判断している。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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・c
<p><コメント></p> <p>職員毎の有給休暇や超過勤務は、1ヶ月単位で集計して把握している。毎年、全職員の健康診断を実施し、夜勤者は年2回実施している。ハラスメント対応では、法人全体で3名の職員を選任し窓口担当者として、職員へ周知している。施設内での相談窓口は看護部長と事務部長としているが、内容によっては法人の相談窓口へ報告し連携して対応するようになっている。</p> <p>また、福利厚生は福利厚生センター「ソウェルクラブ」に加入する他、休職期間の給与の補填のためハイパー保険に加入している。さらに、行政の「イクボス宣言」や「くるみんマーク」の認証を受け超過勤務の縮減に取り組み、夜勤ができない職員は夜勤免除とするなど働きやすい職場づくりに努めている。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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・c
<p><コメント></p> <p>目標管理は人事考課シートを活用して実施している。5月に管理職員が職員と初回面談を行い、相談のうえ職員の目標設定を行っている。秋に面談して達成度を確認し、その結果を賞与に反映している。未達成者には年度末までの達成に向けて指導を行っている。年度末に振り返りと評価を行い、結果を当該職員に伝えるフィードバック面談を行い、次年度の目標設定へのアドバイスを行うなどPDCAサイクルで職員の育成を図っている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>学術研修委員会が年間研修計画を立てており、法令で義務付けられている医療安全の研修は年2回実施し、施設に求められている虐待防止・身体拘束・コンプライアンスの研修</p>		

<p>は毎年実施している。法人研修と施設内研修がある他、外部研修にも参加させている。</p> <p>また、部署毎に症例研修など専門的な研修を実施している。看護師にはeラーニングを実施し、テーマを決めて受講を義務付け、受講したかどうか確認している。さらに、学術研修委員会で研修毎にアンケートを実施し、職員の反応や感想を精査して研修の評価を行い、研修計画の見直しを行っている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>職員一人一人の資格取得や研修履歴は、職員台帳に記録している。看護師や保育士、リハセラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)は、勤務年数やキャリアなど一定の基準を設けて段階を踏んで研修の受講を義務づけている。また、東京の心身障害児総合医療療育センターや重症心身障害福祉協会主催の研修に参加させ、職種別の専門的な研修を受講させている。年1回施設内の研究発表会を行い、職員の研修や学びの成果の発表の場を設けている。新採用者には、主任クラスの職員が指導者になって具体的な業務を通してOJTを行っている。</p> <p>なお、OJTは各部署で実施しているがマニュアル化されておらず、職員により指導内容が異なる場合も生じるため、各部署の専門職種毎の指導マニュアルの作成が望まれる。</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・育成を適切に行っている。		
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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>実習生受入れのフローを作成し、保育士や看護師に関する実習プログラムを作成している。理学療法士や作業療法士の実習プログラムは、養成校側の要請により「学校の実習指導マニュアル」のプログラムに基づき実習を実施している。実習に当たっては、学校と事前の協議を行い、実習中は指導教員が巡回指導のため来所したときに実習内容等について協議している。また、実習後も指導教員と話し合いや振り返りを行い、次回の実習指導に活かしている。実習指導者は、実習指導者養成講習を受講している</p> <p>なお、保育実習生対応マニュアルや保育実習生オリエンテーションマニュアルなど保育士に関するものは整備されているが、リハセラピストや看護師の実習生対応マニュアルが作成されていないため、整備が望まれる。</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を行っている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>ホームページにおいて、理念・基本方針や予算決算、サービスの内容等の情報を公開している。また、広報誌「ひかりの丘」を年1回発行し、施設の行事や生活状況、サービス提供の状況等を掲載して、行政や関係機関、保護者へ送付している。施設としては、初めて第三者評価を受審となっている。</p>		

<p>なお、苦情・相談の体制や内容は公表されていないため、ホームページなどに掲載して公開することが望まれる。</p>		
22	<p>Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>経理や取引等に関するルールは、経理規程で定められ、決裁権者や決済区分も明確に定められている。毎年、経理及び事務内容について、法人本部の事務局長や総務部次長、職員による監査を受けることになっており、内部牽制が働くシステムができています。</p> <p>また、契約については全て理事長名で行うルールのため、契約金額の多寡に関わらず全て理事長の決裁を受けることになっている。さらに、毎年法人監事による定期監査の他に公認会計士(独立監査人)による外部監査を受け、指導に従い改善を図るなど公正で透明性の高い適正な運営がなされている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。</p>		
23	<p>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。</p>	a・②・c
<p><コメント></p> <p>以前は、毎年実施してきた施設の行事の際に、ボランティア・保護者・地域の関係者を招待して交流を図ってきたがコロナ禍以降中断している。社会資源については、本人や家族へ市発行の「暮らしのお手伝い」を使用して説明している。利用者が外出する時は、保育士・看護師が同行して支援している。</p> <p>なお、関係機関や民間サービス、自助グループなどをまとめたファイルを利用者が閲覧できる場所に常備するとともに、地域の行事・イベントなどの情報も周知することが望まれる。</p>		
24	<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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画の中で、ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。ボランティアの保険加入は施設(療護園)負担で実施している。高校生のサマーショートボランティアやJRC活動等のボランティアを受入れてきたが、コロナ禍以降は中断している。法人として小中高校生の福祉体験の受け入れを再開しており、施設では受け入れのエントリーをしているが高齢者施設や保育所への希望が多く申し出がなく、実現していない。福島県立医科大学といわき市が連携して実施している医大生に地域医療を体験してもらう「いわき地域医療セミナー」に参加し、毎年、施設見学と外来通院の保護者との面談機会を持つなど医師の教育・育成に協力している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。</p>		
25	<p>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を適切に行っている。</p>	a・②・c

<p><コメント></p> <p>いわき市が発行している「暮らしのお手伝い」を情報提供のツールとして活用している。いわき市地域自立支援協議会の部会に出席し、地域の課題等について関係機関と情報共有を図るとともにケース検討会・担当者会議を開催し、連携して地域や利用者の課題解決に取り組んでいる。また、市のこどもみらい部・保健福祉部など関係部署の役職員と意見交換会を今年スタートさせて、障がい児者の支援体制や連携について協議を行っている。</p> <p>なお、福島整肢療護園独自の社会資源リストなどは作成していないので、施設の利用者が活用できる社会資源の収集、リストの作成が望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として、毎年、地域の3区長との懇談会を開催し、地域の福祉ニーズ等の把握を行っている。また、施設ではいわき市地域自立支援協議会に出席し、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。法人の地域貢献委員会が、毎年1回民生委員定例会に出席し、情報収集を図っている。今年から市の関係部署との意見交換会を開催し、地域の福祉ニーズや地域課題の把握に努めている。</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・活動を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の地域貢献委員会が中心になり、コロナ禍においても生活困窮者や引きこもりの方を対象にした「ふれあいサロン」を開催し、居場所づくりに取り組んでいる。その他に地域の公園のゴミ拾い活動、小学校での福祉体験教室の開催など地域貢献事業を実施している。これまで毎年実施してきた独居高齢者の会食会「あじさい会」はコロナ禍以降、自粛している。</p> <p>また、災害時の支援として台風などの浸水被害時に法人の体育館を地域住民の避難場所として開放している。さらに、法人の方針として入所系の全施設が福祉避難所として登録し、市の担当者と一緒に訓練も実施している。</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を明示している。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>入所前のオリエンテーションや利用者の状態の把握などにより本人・家族に寄り添った受入体制を作っている。また、定期的に法人の権利擁護委員会等を開催して職員相互の情</p>		

<p>報交換や不適切なケアの早期発見などに努めている。さらに、意思表示が明確でない重度の利用者への配慮として、権利擁護委員会に付属した虐待防止・身体拘束防止部会をとおして尊厳あるケアの実践について理解を深めるように研修を行う他、「ふりかえりチェックシート」を使った自己評価などを行い利用者尊重への理解を深める工夫をしている。</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を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>本人の希望で同性介護や2人部屋を活用するなど、プライバシーに配慮した取り組みを行っている。</p> <p>なお、建物が古く居室は6人部屋が主となっており、カーテンで仕切るなどの視覚的なプライバシーへの配慮はしているが、匂いや音などの面でプライバシー保護が十分とはいえず改善が望まれる。</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）を適切に行っている。		
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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>入所の決定は医師が行い、説明は、ケースワーカーがパンフレット・入所のしおりを配付して行う他、施設生活を理解出来るよう見学や体験へも対応している。また、コミュニケーションの不十分な利用者には顔の表情やうなずきなどの繊細な表情を読み取り、良い表情やしなやかな表情をキャッチして理解できているか判断しながら説明している。さらに、利用者によっては了解出来たかどうか不明の方や自己決定の判断が難しい方もおり、本人に代わり家族から確認する場合も多い。</p> <p>なお、パンフレットは優しい文言及び写真を多用して理解しやすいよう工夫しているが、現場では自己決定の難しい場合に備え改善する必要を感じており、視覚に訴える動画などの映像も含め更なる工夫が望まれる。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>分かりやすく工夫した写真付きのパンフレットはあり、医師が入所の判断をした場合はパンフレット・入所のしおりによりケースワーカーが説明している。本人の判断が難しい場合は、家族に説明し同意を得ている。</p> <p>なお、利用者の理解力や判断力が低い場合でも意思表出や意思表示が出来るよう意思決定支援への工夫が望まれる。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>法人内のグループホームや他施設への移管、他県への転院などによる退所などサービス提供責任者を中心に外部の計画相談窓口（指定特定相談支援事業所）やいわき市地区保健福祉センターなどの行政と連携しながら継続した支援につなげる対応を行っている。必要に応じて日中活動の場など様々な受け入れ先の調整も行っている。</p>		

<p>しかし、退所にあたり医師等の紹介状やサービス担当者への申し送り状なども行っているが、退所後の相談窓口など家族への説明文書は十分でないので相談窓口や担当者を明示した文書などの配布が望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>2年前からサービス向上委員会を設け各種アンケートや「ふりかえりチェックシート」で自己評価を実施し、生活や支援内容等現状に対する満足度をチェックしている。その結果を踏まえて、各部門でフィードバックの話し合いを実施して改善に努めている。アンケートの結果については改善策も含め施設内に掲示し利用者や家族にフィードバックしている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。</p>		
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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置しており、苦情解決の仕組みが構築されている。入所の際、利用者と家族に説明し、重要事項説明書にも記載され周知している。利用者の多くは、コミュニケーション障がいや知的障がいを有しており、活発な意見交換やペーパーによるクレームはほとんどなく職員が利用者の言葉を苦情と受け止め文書にまとめ苦情として対応する工夫をしている。出された苦情は法人の苦情委員会で対応され、結果もホームページで公表している。</p> <p>なお、投書箱の位置が分かりづらく、筆記するスペースや筆記具がないので改善が求められる。また、職員は利用者の特性に配慮し権利擁護の視点に立って、あらゆる方法を駆使して利用者の意思表示をキャッチできるような取り組みが望まれる。</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・b・㉓
<p><コメント></p> <p>自由に意見を出せる意見箱を設置する他利用者に対するアンケートを実施して意見や要望を聞いている。</p> <p>しかし、意見箱の設置場所が狭いうえ生活棟から遠い場所にあるので利用者に近い生活棟などへの設置が望まれる。また、筆記できる利用者がほとんどいないため、アウトリーチによる意見の把握が必要と思われるので利用者同士のミーティングなどを行い、意思表示ができる場面をつくる等、エンパワーメントに向けた取り組みや工夫が望まれる。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や要望がほとんど出ていないため、利用者の外泊・一時帰宅時や、施設での家族の面会時、さらに年1回行われる総カンファレンスに出席した家族から意見を聞き取るようにしている。また、サービス向上委員を中心にニーズ調査を行い要望につい</p>		

<p>て検討を行い、改善への取り組みを行っている。</p> <p>なお、意見等に対しての対応マニュアルは未整備であり、整備が望まれる。</p>		
<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を行っている。</p>		
37	<p>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を構築している。</p>	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設内に安全管理・防災対策・感染予防対策・褥瘡対策・医療ガス安全管理・虐待対策・衛生防止・サービス向上などの各委員会を設置している。また、インシデント・アクシデント・ヒヤリハット等をシェルモデル(ヒューマンエラーを防止するため、ソフト面・ハード面・環境面・当事者・当事者以外の5つに分け原因を分析)で分析し対応策を検討している。</p> <p>なお、法人の研修委員会や危機管理委員会が開催する研修に全職員が参加できていないので、施設内でも職員からのフィードバックを交えた意見交換の場を持つなど、職員全員の意識づけをすることが望まれる。また、対応策についても実施状況を確認し実効性を評価する取り組みが望まれる。</p>		
38	<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。</p>	㉕・b・c
<p><コメント></p> <p>感染予防対策委員会を中心に感染症マニュアルを作成する他、法人がBCPを作成しており、検証・評価・見直しにも取り組んでいる。施設内で新型コロナウイルス感染症のクラスター発生があったが、咽頭・発熱系と消化器系など症状別にゾーン分けを行い、呼吸器系の症状が出たケースでは早期に医療センターに入院させる適切な対応により、後遺症もなく軽快している。施設の強みとして医療系の多職種職員が多く、滅菌操作や消毒の徹底などが適切に実施されている。</p>		
39	<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行っている。</p>	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>3.11 東日本大震災の経験を経て、主に防災対策委員会を中心に防災計画にもとづいて防災と避難訓練に努めている。また、利用者の家族や職員に対しては「一斉メール」を使い連絡する体制が構築されている。職員に対しては通報訓練も行っている。法人がBCP計画を作成している。食料・防寒用具・自家発電などがあり、非常食体験も行っている。</p> <p>なお、10月に予定していた消防署立ち会い総合訓練がコロナ対応で中止となっているので、再度計画し実施することが望まれる。また、自立移動が困難な利用者が多いため、法人内他施設の応援協力も含め、夜間想定訓練を重ねることが望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。</p>		
40	<p>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を文書化し福祉サービスを提供している。</p>	a・㉔・c

<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会が中心になって看護・リハビリ・介護マニュアルを昨年全面改定し、サービス提供に取り組んでいる。また看護師・生活支援員によるカンファレンスでは、言語聴覚士から口唇の観察方法やトロミ食の作り方などについて助言を得て、安全な食事介助方法について検討し写真やイラストを使って介助方法を統一し共有している。さらに、理学療法士・作業療法士の意見も反映させながら支援方法を検討するなど、チームスタッフ全員が協力して専門性を活かし支援方法の標準化に努めている。</p> <p>なお、標準的な支援方法に基づいて職員全員が支援出来ているか組織として確認できる仕組みの構築が望まれる。</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を確立している。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会が中心になって適時見直している。学術研修委員会による研修を通して、職員全員に行き渡るような仕組みで実施している。職員からのフィードバックや利用者・家族の意見を聞き取り、サービス全体の標準化に向けて見直しに取り組んでいる。</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を策定している。		
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。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が中心になって作成している。サービス向上委員会が発足してからは、アセスメントの方法を見直し、ストレングスモデル・社会モデルなどを意識して個別支援計画を作成している。また、言語によるコミュニケーションが不十分な利用者には、多職種によるチーム全体で関わることによって、様々な情報収集やニーズの発見に努め、信頼関係を築きながら個別支援計画を作成している。</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。	a・㉘・c
<p><コメント></p> <p>6ヶ月を目安にモニタリングを行い、ケース検討会議等で計画の見直しを行うようにしている。</p> <p>なお、見直し時期についてどのような状態変化があれば見直しが必要であるのか緊急に変更する場合の仕組みがなく、実際の支援が先になり後追いで計画を見直すケースもあることから、リスクマネジメントの面からも見直す仕組みを整備することが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	a・㉘・c
<p><コメント></p> <p>看護師等が作成した看護記録は看護師長や主任が確認し、生活支援員が作成した記録は療育支援課長が確認している。</p> <p>なお、基本情報や医学・看護情報、また個別支援計画やサービス記録等とリンクしていない他、施設内ネットワークも完備していないため職員が個別の記録を閲覧できない状態</p>		

であり、施設全体での共有化は不十分となっている。ソフトの更新時期に職員が情報を共有できるようシステム全体を検討することが望まれる。

45

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。

a・b・c

<コメント>

カルテはその必要性から原則永続保存とし、その他の文書は保存年限や破棄の方法など、法人の文書管理規程に基づいて施設長が責任者となり記録管理体制がとられている。また、個人情報に関してはプライバシーポリシーを示しており、入職時には誓約書を取る等職員一人一人に周知に努めている。

なお、個人情報保護法の理解に関する研修や倫理的取扱(ガイドライン)、チェックリスト等による確認は行ってないので今後、新入職員教育を中心に実施されることを期待する。

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（19項目）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。

※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。

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	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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者の中には意思を表出できない方が多く、職員は利用者の表情や仕草からくみ取る工夫をしている。文字盤・絵カード・パソコン・ジェスチャーなどもコミュニケーション手段として活用している。また、利用者一人一人に担当者として生活支援員をつける他、看護師を配置し、勤務日は1対1で関わる時間を取り、関わりを持つ中で信頼関係を形成している。得られた情報を基にケース毎に多職種で検討し、利用者の意志は何か、検討している。</p> <p>なお、自己評価で全ての利用者の意思を把握した取り組みまではできていないと課題としており、困難な利用者の意思の把握をあきらめることなく利用者との関わりの中でくみ取る努力の継続に期待したい。</p>		

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A ②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	a・-・③
<p><コメント></p> <p>施設に虐待防止委員会を設けサービス向上委員会と連携しながら利用者の権利擁護に取り組んでいる。生活に特化した支援を展開できるよう医療部門に属していた支援部門を療育支援部として独立させた他、福祉モデルに立った支援を重視するためサービス向上委員会を設け権利擁護の徹底に取り組んでいる。利用者・家族に向けて行動指針（おやくそく）を作成し、職員が守るべき規範とし施設内に掲示している。また、「ふりかえりチェックシート」で毎月自己検証を行い、虐待や不適切ケアの早期発見に努め、その結果は回答も含め施設内に掲示し公表している。</p> <p>今後は、サービス向上委員会で検討した対応策についてPDCAサイクルで改善状況を確認しながら権利擁護の取り組みが推進されることに期待したい。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A ③	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・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画を検討する過程で個々の利用者の状況を共有できている。利用者ができることは先回りせずやっていただくことで自立生活に繋げているが、待てずに思い込みで手を出してしまうケースもあると振り返っている。家庭復帰や地域移行を目指す利用者は、衣服の着脱等の身辺自立の訓練やバスの乗り方、行政窓口でのサービス利用を一緒に行う他、担当者会議に利用者本人にも参加させて意見を出す訓練やお金の管理など身に着ける支援を行っている。</p> <p>なお、在宅復帰や地域移行望んでいない利用者も、お小遣いを使った買い物や社会の中で自立や声を出しても良いという自己決定の経験を重ねるなど、エンパワーメントに基づく支援をすることが望まれる。</p>		
A ④	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・b・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーション手段として表情確認・ジェスチャー・手話・文字盤・パソコン・ノートなどを活用しコミュニケーションをとっている。施設は、医師の他に言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・保育士・生活支援員・看護師など多職種で構成され、それぞれの専門分野の強みを活かし成功例を共有する等、職種横断的に連携して取り組んでいる。共通目標として利用者が輝けることを掲げ支援している。</p> <p>なお、コミュニケーションが難しい利用者に対してもあきらめることなくエンパワーメントの考えで取り組んでほしい。</p>		
A ⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員担当制を取り、勤務日には必ず顔を合わせ話しかけることで信頼関係を築き、利用者が話しかけやすい環境づくりをしている。利用者本人から出た希望や言葉を大事にとらえサービス担当者会議で共有するとともに、出された希望は個別支援計画に反映させている。利用者の表情も明るく要求を訴える状況が訪問で確認できている。</p> <p>なお、自ら訴えられない利用者には、障がい特性への理解を図りながら思いを汲み取り支援に繋げているが、職員は課題として再認識している。更なる研究や取り組みに期待したい。</p>		
A ⑥	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・b・c
<p><コメント></p> <p>本人が輝けるニーズを引き出すことを福島整肢療護園の目標として、一人が好き、集団が好きなどの利用者の特性に応じ活動やプログラムを立てている。皆で外出を楽しむバス</p>		

<p>ハイクは年間計画の中で実施している。ユニット毎に散歩に出かけ、拾ったドングリでの作品制作や音楽鑑賞、ゲーム遊びなどわくわくできるプログラムを提供している。</p> <p>なお、生活支援員が業務に追われ提供できるプログラムが少なく日中活動の充実を課題に挙げているので、楽しく参加できるプログラムの検討が望まれる。</p>		
A ⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>年1回総カンファレンスがあり、利用者全員について医師や各専門職スタッフ、家族が入り施設全体で情報共有と支援についての検討が行われている。また、随時ケース会議を持ち支援経過を共有し改善策を話し合っている。</p> <p>なお、病態像や先天性障がい、内部障がい、強度行動障がいなど利用者は様々な障がいを持っており、専門知識の習得を課題としている。次年度の研修に強度行動障がいを予定しており、専門知識の習得に向けて取り組んでいる。順次様々な障がいに関する専門知識や支援技術を習得し医療型療養介護入所施設として地域の期待に応えていくことが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A ⑧	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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画マニュアルがあり手順が示される他、アセスメントやモニタリングの時期・様式が決められている。食事は言語聴覚士による検査で食事形態が詳細に決められ、誤嚥防止など安全性に配慮した食事が提供されている。毎年嗜好調査を実施し、献立に反映している。嫌いなものや体調不良時には別メニューで対応している。入浴は週2回を目途に支援する他、汚染時はシャワー浴で対応し清潔を保っている。排泄チェック表で状況を把握し定時に交換している。移乗・移動は、理学療法士、作業療法士とともに、利用者に合った車いす・座位保持装置を医師の指示のもと支援計画に盛り込まれ支援している。</p> <p>なお、おむつの交換は定時交換としているが、センサーの活用や排泄のサイクルを把握し随時交換やトイレ誘導など排泄自立への取り組みが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(3) 生活環境		
A ⑨	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を確保している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>施設内は障がい児者に対応し、バリアフリーになっており鍵はなく自由に入出りできる他、廊下も広く移動に配慮した環境となっている。居室は利用者の転落など危険を回避するためベッドに安全保護材を設けている。</p> <p>なお、ベッドからの転落防止のため設置している2段の柵付きベッド(高柵ベッド)につ</p>		

いては、身体拘束の指摘もあり現在無くす方向で検討を進めており、早急に利用者が閉塞感なく安全に過ごせる環境づくりを検討することが望まれる。また、建物が老朽化し、雨漏りがある部屋もあり職員対応でベッドの移動で凌いでいるが改善が望まれる。

		第三者評価結果
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A ⑩	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>医師の指示で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が機能訓練計画を立て専門職による機能維持や向上訓練を実施している。専用の訓練室があり訓練機器も備えられている。また、姿勢を保つ器具や食事に使う自助具なども工夫して機能維持や自立に向けたリハビリに取り組んでいる。定期的にモニタリングが行われる他、多職種によるカンファレンスで支援内容の検討・見直しを進めている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A ⑪	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎日のバイタルチェックに加え、生活支援員・看護師・リハビリ職の全員が支援に関わる中で利用者の変化を観察している。また、毎日医師による巡回などがあり健康状態の把握が行われている。体調変化時は、医師による速やかな診察が行われている。さらに急変時の緊急事態対処マニュアルがフローチャートで役割分担・情報伝達方法も含め明示され、救急車要請までの手順も示されている。緊急時の受け入れ先の医療機関とも連携を取っている。</p>		
A ⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援を適切な手順と安全管理体制のもとに提供している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>安全管理委員会があり毎月開催され、それぞれのリスクに応じたマニュアルがあり手順・役割が明示されている。感染症や事故等発生時の医療的ケアは医師の指示のもと看護師が行っている。服薬も看護師が中心となり誤薬が起きないように管理している。</p> <p>また、人口呼吸器の取り扱いなど医療的ケアの看護師対象の研修に参加し、専門技術を学んでいる。施設内に学術研修委員会があり研修・研究が行われ、全国及び東北・北海道ブロックの療育研修会や全国重心療育学会等で研究発表する機会があり職員のやりがいやスキルの向上に繋がっている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(6) 社会参加、学習支援		

A ⑬	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・b・c
<p><コメント></p> <p>バスで外出する機会があり、秋の遠足ではアクアマリンふくしまに家族も同行し出かけている。本人の希望で、散歩や美容室へ出かける利用者もいる。また、自費で外部の日中活動支援を利用する他、自分でパソコンを使いヘルパーの同行支援契約を結び支援を受けてケーキ店や床屋に外出している。さらにグループホーム移行のトライアルにも挑戦している。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A ⑭	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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望でグループホームの見学やお泊りの体験入所を行い、地域移行への意欲を高めている。地域移行に向けて日中活動の場の見学なども行い、体験を積みながら移行に向けて気持ちを高める取り組みもしている。地域移行後利用する日中活動の場や行政手続きなど、地域移行に向けた各種サービスの利用について相談支援事業所と連携しながら検討してスムーズに移行できる準備を進めている。</p>		

		第三者評価結果
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A ⑮	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>面会は事前申し込み制であるが人数等制限なしで面会を促している。利用者は電話で家族とコミュニケーションをとっている。年1回広報誌を発行する他、クリスマスカードを送っている。また、年1回総カンファレンスに家族も参加しており、利用者の情報を共有できている。親の会の役員及び会員を施設が事務局としてサポートして実施され、先進地の他施設見学会などを行い家族に様々な情報を提供し相談にも応じている。体調不良時等は、看護部や療育支援部等より家族に状況を伝えている。退院の際はサービス管理責任者と連携して家族の困りごとに対応している。</p>		

A-3 発達支援

【障がい児支援（障害児入所支援、障害児通所支援）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A ⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c

<コメント> 非該当

A-4 就労支援

【就労支援（就労移行支援、就労継続支援 等）の評価において適用】

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A ⑰	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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ⑱	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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ⑲	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。	a・b・c
<コメント> 非該当		