

(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 称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成24年8月8日～10月31日

2 事業者情報

事業者名称：岩手県立療育センター育成部 (施設名)	種別：医療型障害児入所施設
代表者氏名：理事長 藤原 健一 (管理者) 所 長 嶋田 泉司	開設年月日 平成19年4月1日
設置主体：岩手県 経営主体：社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団	定員 (利用人員) 60 名
所在地：盛岡市手代森6-10-6	TEL 019-624-5141

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 理念、基本方針の実現に向けた取り組み

岩手県立療育センターを指定管理する(社福)岩手県社会福祉事業団は、平成24年3月、従来の理念を見直した。その経営理念は「岩手県社会福祉事業団は、ご利用のお客様の人間の尊厳の保持を旨として、お客様の立場に立った質の高いサービスを提供するとともに、地域福祉を推進し、全ての人が相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら、その人らしく共に生きる豊かな社会の実現に貢献します」と、なっている。また、同センターの前身となる肢体不自由児施設都南学園が昭和32年に開設してから掲げてきた運営理念を今に引き継ぎ、「利用児(者)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」と定めている。経営理念と運営理念は、利用者主体の観点から整合性が図られており、法人・施設の使命や目指す方向性を確認することができる。また、これら理念は法人の広報紙や施設パンフレットに掲載されている。管理者は自らの役割と責任を職員や利用者、地域に対し、明らかにするとともに、理解されるよう積極的に取組んでいる。施設が指定管理となったことにより、経営の主体が事業団に変更され、経営管理は極めて難しいものが想定されるなかで、管理者は福祉医療サービスの質の向上に向けて意欲的に取組んでおり十分な指導力を発揮しており理念、基本方針の実現に向けた取り組みは高く評価できる。

◇ 改善が求められる点

○ 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画の策定

平成23年度に法人の教育研修制度実施要綱が改正され、個別人材育成計画の策定を進めることとされた。

要綱に基づく実施要領は23年6月及び24年4月に改正され、併せて個別人材育成計画策定の手引きが作成され、実施方法や取扱いが示されたところであり、当センターにおいては、育成部に所属する職員の個別人材育成計画の策定過程のなかで目標設定までが確認された。

看護部においては策定途上であり、年度内に作成を図るとしていた。従って、現段階では個別人材育成計画に基づいた具体的な取組は実施に移されていなかった。個別人材育成計画は、人事考課と目標管理結果に基づいて、中期目標と短期目標を設定し、法人本部及び当センター所管研修、並

びに自己啓発を計画するとともに、評価を記述する様式が整備されている。外部研修への参加計画は指定管理計画の中で示され、必要な予算取りもなされ研修が実施されているが、個別人材育成計画との整合性を図る取り組みは、今後の課題となる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

(1) 施設のコメント

平成 24 年 4 月、岩手県立療育センターは、法改正によって医療型障害児入所施設となりました。そして、同年 4 月、岩手県社会福祉事業団が岩手県立療育センターの指定管理者として 2 期目に入り、管理計画書に基づき新療育センター移転整備に向けた業務改善、人材の確保及び育成等の準備を職員一丸となってその推進に努めているところです。このような節目の年に、福祉サービス評価に係る第三者評価受審により、基本理念、基本方針の吟味、管理者としてのあるべき姿勢や個別人材育成計画等について、的確な評価と示唆に富むご助言をいただきました。今後の岩手県立療育センターとしてのあるべき方向性を示していただけたものと思っています。

今回の評価結果については、これをしっかりと受け止め、サービス改善に努めながら、利用児の満足度に取り組んでまいります。また、「利用児（者）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（者）及び家族に信頼される施設」をより推進するために、しっかりとした目標設定をもった各職員の個別人材育成計画を策定し、岩手県の障がい児療育の拠点施設としての機能を果して行けるようその人材育成に努めてまいります。

(2) 法人本部のコメント

ア 個別の教育・研修計画の評価・見直しについて

本年度、法人において個別人材育成計画策定の手引きを作成し、具体的な実施方法や取扱いを示し、各施設においては、個別人材育成計画の策定、計画に基づいた取り組みを行っているところですが、取り組みの期間が浅いこともあり、十分な定着までには至っていません。今後は策定された計画に基づいた研修の受講、職員と管理者双方による評価・見直しを行うとともに、事務局内に「人材育成室」を設置し、「期待する職員像」の実現と人材育成の充実に積極的に努めてまいります。

イ 利用者満足の向上に向けた取り組みについて

利用者満足の向上に向けた取り組みについては、「利用者参画による向上に向けた仕組みを充実させる必要がある」との評価を受けた施設もありました。今後は利用者や家族の意見を取り入れるための仕組みを整備するとともに、またその仕組みを職員間で共有し、施設で共通の問題意識をもって利用者満足の向上に取り組んでまいります。

ウ 利用者本位の福祉サービスについて

苦情解決の仕組みについては、昨年度の受審を受け、法人として苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員それぞれの役割を明確に規定した要綱のモデルを作成し、これを踏まえて各施設において、苦情解決実施要綱の整備の見直しを図ったところですが、意見と苦情の取り扱いが不明確であるとの評価を受けた施設もありました。このことについては、苦情とは異なる利用者からの意見を反映する仕組みを工夫し、迅速に対応できるよう、改善に取り組んでまいります。

エ 浴室、トイレの環境について

浴室やトイレの環境については、施設の老朽化等の理由で根本的な改善ができない中で、可能な限り工夫、改善を行い、事故防止、プライバシーの保護等に努めてきたところでしたが、十分な評価をいただけない結果となりました。今後も、老朽化施設の整備について、県との協議を継続し、早期の改築整備を図っていくほか、可能な限り工夫、改善を進め、利用者が快適に生活できる環境づくりに努めてまいります。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

施設名 岩手県立療育センター

共通基準

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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 岩手県立療育センターを指定管理する(社)岩手県社会福祉事業団は、平成24年3月、従来の理念を見直した。その経営理念は「岩手県社会福祉事業団は、ご利用のお客様の人間の尊厳の保持を旨として、お客様の立場に立った質の高いサービスを提供するとともに、地域福祉を推進し、全ての人が相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら、その人らしく共に生きる豊かな社会の実現に貢献します」と、なっている。また、同センターの前身となる肢体不自由児施設都南学園が昭和32年に開設してから掲げてきた運営理念を今に引き継ぎ、「利用児(者)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」と定めている。経営理念と運営理念は、利用者主体の観点から整合性が図られており、法人・施設の使命や目指す方向性を確認することができる。また、これら理念は法人の広報紙や施設パンフレットに掲載されている。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 岩手県社会福祉事業団(法人)の基本方針は、経営理念と共に24年3月に新たに定められ、「経営基本方針(行動指針)」とされた。方針は4項目からなり、「私たちは、常に、お客様の立場に立って考え、人権の擁護とお客様本位の質の高いサービスの提供に努めるとともに、創意工夫し、社会環境の変化や地域ニーズに即応する新たな事業展開に挑戦します。」(以下、3項目省略)などとしている。また、法人として職員倫理綱領(7項目)、職員行動規範(10項目)を定め、例えば「利用者に対し、いかなる体罰もしない」等、分かりやすく具体的に行動規範を示している。また、岩手県立療育センターとして、主に肢体不自由児や発達障害児者への支援に重点を置いた方針として、「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」等、5項目の経営方針を定めているほか、職員行動基準を23年8月に定め、利用者の特性にさらなる配慮を加えた取り組みを行っている。法人・施設の基本方針はそれぞれ経営理念等との整合性が図られ、その内容は職員の行動規範として適切である。経営基本方針は、事業計画書や法人広報紙等に記載されている。	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 4月の職員会議において、各職員へ療育センター経営方針・事業計画書を配布して理念等の周知を図るとともに、全職員を前に所長が挨拶し、理念、方針を説明している。所長は、療育センター事業計画書において、「基本理念について」と題して、療育センターの理念、使命を解説し、基本的な姿勢を示している。また、法人の経営理念、経営方針が改まったことにより8月に理事長が、自ら幹部職員に対して説明を行った。新しい法人理念等の浸透はこれからの取り組みになるが、従前の法人理念等は、23年度事業報告書にも記載され、周知への努力が払われている。21年度に導入された職員目標管理制度では、施設目標の理解を踏まえた職員目標の設定が求められており、理念、基本方針の理解を深める仕組みとなっている。所内のパソコンネットワークによって、理念等や諸規程を閲覧できる機能が備わっている。理念等の職員への周知度を確認する取り組みは、定例の会議を通じて行うとしているが、意図して確認する取り組みはなかったものの、所長が自ら委員長を務める委員会は九つを数え、理念をサービス実践に反映する取り組みが行われている。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を所内玄関や事務室内に掲示して、利用児童やその保護者が目に出来るよう配慮している。利用児童の保護者には、7月20日に開催した保護者懇談会で理念・基本方針等が記述された平成24年度経営方針・事業計画を配布し、説明した。当日の出席は3家族だったが、参加できなかった保護者には個別療育支援計画の説明会の機会に配布し、説明することとしている。施設を利用している児童には、理念等を配布していないが、所長が年度初めに挨拶し、説明している。 理念等を広報紙等に掲載する取り組みはなされていないが、今後は療育センター機関紙「みち」や毎月発行の育成だよりに掲載を行っていくよう申し合わせしている。一方、法人本部の広報紙には法人の理念等が掲載されている。利用児童に分かりやすく理念等を伝える工夫は少なく、利用児童や保護者が理念等を理解する取り組みは十分とは言えないが、今後は自治会や朝会において分かりやすく伝えていきたいとしている。	

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 法人本部の中長期経営基本計画(平成23年度～27年度)は、平成24年3月に策定され、当療育センターはこの計画に基づく中長期アクションプラン(平成23年度～27年度)を策定している。法人中長期経営基本計画では、超重症児童の受入と通所ニーズへの対応及び施設設備の改修を課題にあげるとともに、当センターの移転改築に向けた専門職員の確保も課題としている。すでに計画化された医療型障がい児入所施設への移行は24年度に実施し、計画が実行に移されている。 当センターのサービス実施の実績は、平成19年度から22年度までの推移を数値化しており、19年度と22年度を比較した利用者の延人数の伸び率は約8%となっている。また年間を通じて定員に対する利用率は51%である点は事業報告書で把握され、問題点は認識されている。当センターは岩手県立の施設であり、平成24年度から28年度までの指定管理契約に基づいて職員体制、設備点検、外部業務委託、職員研修等が管理計画として策定されているのが特徴的である。また、当療育センターは28年度に移転改築が予定されており、整備に向けた検討は県において進められることになっているが、委員会を立ち上げて整備内容に対する現場の意見を9月に取りまとめ、県に提言していくことになっている。中長期アクションプランの進捗は、法人本部において四半期ごとにプロセスマネジメント会議において進捗管理する仕組みがあり、計画の見直しに向けた検討場面となっている。	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。 年度の事業計画は、法人の中長期経営基本計画及び当センター中長期アクションプラン、指定管理計画及び当センターの移転改築構想に基づき、それらの内容を反映して策定されている。中長期アクションプランでは、数値目標が明示されている項目が多数あるものの、年度計画では数値目標を示されていない項目が多く、両方の計画を総合して理解する必要があった。事業計画の内容は、施設内に分教室を置く支援学校との連携会議や防災計画を含む広い範囲を計画化している。一方、職員配置や組織体制、職員研修等については指定管理に基づく管理計画に記載されており、当センターの計画の全体像を俯瞰的に把握するためには、計画書を編集する上での工夫が求められる。計画の実施状況は、プロセスマネジメント会議において、四半期ごとに進捗管理するとともに評価を行う仕組みであり、7月には1回目の会議が行われた。	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b
各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 法人の中長期基本計画は、法人が経営する施設の管理者を主な検討メンバーとし、策定当時の委員長は副理事長(現理事長)である。法人本部におけるプロセスマネジメント会議では、法人が経営する各事業所及び当センターの中長期アクションプランの実施状況の把握と評価が行われている。会議では中長期アクションプランの中から年度における優先課題を選定し、踏み込んだ評価・見直しを行っている。当センターの年度事業計画は、法人本部の計画項目との整合性を図りつつ、指定管理仕様書に基づいて管理計画を策定する流れである。当センターの現場職員は、前年度の反省を踏まえた活動ごとの実施計画(余暇活動計画、スノーズレン実施計画、なかよし保育計画)を作成しているが、それぞれ担当分野ごとに限定的な関与である。法人本部が示す計画項目と指定管理仕様の項目を別々に計画を取りまとめざるを得ないなど、トップダウンの策定過程がうかがわれ、当センター職員の参加による計画の評価、見直しは組織的、総合的な取り組みとしては、十分な機能を発揮していない。所内のコンピュータネットワークによる情報共有が図れるようになっていることから、計画の実施状況の把握が進むことが期待される。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 当センターの年度計画は、年度当初の職員会議で職員に配布されている。利用児童の保護者に対しては、保護者会や個別支援計画説明会において配布されている。行事日程などは、広報「なかよしだより」「育成だより」で分かりやすく周知されている。 法人の中長期経営基本計画や中長期アクションプランの周知については、コンピュータネットワークの共有ファイルにより閲覧可能とのことだが、職員や利用者等への周知については、効果的な工夫は見られなかった。 中長期アクションプラン及び年度計画を分かりやすく編集し、職員や利用者等に理解を促す必要があるが、両計画がどの程度職員に周知されているかを意図して確認するに至っていない。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
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。 管理者は、当センターの外来及び入院部門の医師であり、医療型障がい児入所施設の施設長に留まらず、発達障がい者支援センター、障がい者支援施設を含む統括センター長として重い責任を担っている。管理者は年度経営方針・事業計画書において、「県立療育センターの基本理念について」と題して、当センターの使命・役割を文章化することにより、管理者としての役割、責任を表明している。各種会議、各種委員会、年度初めや新年の訓示などで、自らの役割を表明している。また、経営面のみならず、診療やサービス実践面における根拠だった研究を推進し、研究論文集を発刊するなど、医療依存度の高い児童への支援の充実に積極的に取り組んでいる。	

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a
管理者自ら、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。 管理者は、法人主催の副施設長会議において示された「コンプライアンスマニュアル」により、職員会議において職員への法令遵守の周知徹底を図った。管理者は、院内感染対策委員会や医療安全対策委員会の委員長又医師の立場から、法令遵守、感染対策及び医療安全、環境配慮に関して各部署の担当者に適切な指示及び指導等を行っている。 管理者は、全国会議や学会等に参加し、専門知識、施策動向、法令遵守等を正しく理解するよう取り組んでいる。	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 管理者は、業務改善活動報告会の開催や「岩手県立療育センター研究論文集」の発行など、研究の推進に強い意欲を表し、積極的に取り組んでいる。各種委員会では、薬事委員会、医療安全対策委員会、所内感染対策委員会、防火管理委員会、食中毒対策本部等々、管理者が委員長となり、職員等への指導に当たる等、指導力を発揮している。また、当センターの移転改築構想にあたり整備検討委員会を主導し、体制を構築したほか、毎月の会議において積極的に参画している。業務改善活動発表会では部を単位に八つの発表を行うなど組織としての取り組みに十分に指導力を発揮している。	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b
管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 当センターのサービス実施の実績は、平成19年度から22年度までの推移を数値で見ると、利用者の延人数は伸び率が約8%となっている。また年間を通じた定員に対する利用率は51%である。利用を希望する児童の医療依存度が高いことや職員体制や居室環境が整わず、受入が進められていない。一方、併設されている外来診療部門や重症心身障がい児通所部門の利用が増加するなど、センター全体では利用率が向上している。 中長期アクションプランでは、事務費を毎年1パーセント削減する計画を設定するとともに、業務改善活動発表会を毎年開催し、各部による発表が行われている。経営分析の結果は会計事務所から提供されているが、光熱水費や業務委託、人員配置を含む業務効率化の目標設定は十分とはいえない。改善目標とする指標の数値化や組織内における経営の合意形成を図る仕組み、例えば経営会議等の具体的な組織体制が未整備であるなど、業務効率化、改善への指導力を発揮しているが、十分に機能していない。	

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。 本県に唯一設置された肢体不自由児施設として半世紀を超える歴史があり、今般、児童福祉法の改正により医療型障害児入所施設に移行したが、少子化の影響や利用希望者の重度化などにより、定員60人に対する年間利用率は51%と低調に推移している。そのため、超重症児、準超重症児の利用を高めていく方針を固めるなど、環境変化に対応している。 全国的な動向の把握は、全国肢体不自由児施設長会議をはじめ、県・市町村行政機関との連携で動向を把握するように努めている。 地域懇談会は、当事者団体や相談支援事業所、県障がい保健福祉課など11名で構成され、潜在的ニーズを把握する仕組みがあり毎年開催されている。中長期経営基本計画には、当センターの利用状況等の情報が記述され、事業計画に反映されている。その他、専門誌等により事業環境を取り巻く情報収集が行われている。	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b
経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 毎月の収支実績、入所・通所実績等の収支状況は、会計事務所の月例分析表と医業収益推移グラフ等により経営状況を分析し、課題を発見する取組が行われている。収入に対する収支差率は5年平均で11%と良好であり、移転改築に向けた積立金確保の取組が行われている。 県立施設の指定管理者としての運営管理に関する県の評価は、改善点の指摘がなく良好な管理との評価を得たが、さらなる支援の質の向上や役割の発揮に向けた改善の観点では、課題認識に基づく改善目標の具体化や優先順位の設定が明確でなく、取組は十分と言えない。改善課題の職員への周知も十分とは言えない。	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。 法人における中長期経営基本計画に「人材育成と働きがいのある職場づくり」を掲げ、「期待する職員像」を示した。法人全体として平成27年度までの正規職員と非正規職員の配置を計画化し、当センターにおいてもその計画の対象となっている。早期退職制度の実施や教育研修、キャリアパスの明確化、人事考課を含むトータルな人材マネージメントを打ち出している。取得を奨励する専門資格として社会福祉士等を明示している。当センターにおいては、医師、看護師等の資格者の多くは県から派遣を受けており、県との緊密な連携のもとに人事管理が実施されている。	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 人事考課は、岩手県社会福祉事業団人事考課実施要領に基づいて実施されている。その目的は、人材育成と能力開発、公正な人事処遇、職務適性に応じた人事配置などとしており、人事考課の目的が正しく理解されている。考課は、職務定義書、職務基準書に基づいて職階ごとの役割と責務を明示して実施され、考課項目は領域別に定められている。考課者は一次、二次と二段階に置かれ、それぞれヒアリングと考課に基づくフィードバックが行われている。考課の期間は1年単位となっており、定期的に実施されている。	

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
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ている。 勤務実績記録簿で超過勤務の状況が把握されている。就業における職員の意向は、年1回行う身上調査書の提出と目標管理に関する個別面談等によって把握される仕組みとなっており、その仕組みは機能している。身上調査書は、人事ヒアリングに活用され、人事異動にも反映されている。職員の休業や健康管理等については、職員衛生委員会で協議されている。その内容は育児休業、病欠休暇、休職、健康管理などで、個々の職員の状況ごとに検討されている。メンタルヘルス対策では医療相談員等が推進担当者となり、相談助言が受けられるように配慮されている。法人の取組としてはメンタルヘルスケア相談の手引きの配布がある。当センターとして働きやすい環境整備につながる改善課題を明確にしていながら、法人の中長期経営基本計画において「職員の安全と健康の確保」が掲げられており、メンタルヘルス、腰痛予防、セクハラ、パワハラの防止に努めるとしている。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。 職員互助会における給付事業等と岩手県社会福祉協議会の共済に加入し人間ドッグ等の健康管理が実施されている。当センター独自に親睦会を設け、職員間の交流を深める取り組みが行われている。一般健康診断やB型肝炎予防接種、インフルエンザ予防接種助成なども実施され、総合的な福利厚生の実施状況が確認された。また、職員宿舎が2棟整備されている。 互助会の運営については審査委員会を設置され、会計は法人において管理され、各施設の代表による収支状況の確認や事業内容の検討が行われている。一方、非正規職員の雇用が漸増するなか、雇用形態に応じた福利厚生のあり方も今後の課題である。	

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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 法人の中長期経営基本計画において、「人材の確保・育成とトータルな人材マネージメント」が掲げられ、「人材が財産」と位置付け、教育研修制度として、個別に策定した人材育成計画に基づいて職員一人ひとりの能力開発や専門性の向上を図るとする基本姿勢が明示されている。また、資格取得を奨励し、専門資格を例示するとともに、奨励金を支給するなどの助成がある。当センターとして職員研修計画があり、平成22年度4月から当センターの学術研究を推進するため、研究論文編集委員会を設置し、平成22年度岩手県立療育センター研究論文集第1巻を発刊したところであるが、「科学的根拠に基づいた支援、説明」への努力を求め、科学的思考を研究姿勢として明確にしている。	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	c
職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 平成23年度に法人の教育研修制度実施要綱が改正され、個別人材育成計画の策定を進めることとされた。要綱に基づく実施要領は23年6月及び24年4月に改正され、併せて個別人材育成計画策定の手引きが作成され、実施方法や取扱いが示されたところである。当センターにおいては、育成部に所属する職員の個別人材育成計画の作成過程のなかで目標設定までが確認された。看護部においては策定途上であり、年度内に作成を図るとしていた。従って、現段階では個別人材育成計画に基づいた具体的な取組は実施に移されていない。個別人材育成計画は、人事考課と目標管理結果に基づいて、中期目標と短期目標を設定し、法人本部及び当センター所管研修、並びに自己啓発を計画するとともに、評価を記述する様式が整備されている。外部研修への参加計画は指定管理計画の中で示され、必要な予算取りもなされ研修が実施されているが、個別人材育成計画との整合性を図る取り組みは、今後の課題となる。	

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	c
研修成果の評価が定期的に行われていない。 現在、個別人材育成計画等作成検討中であり、評価までに至っていない。しかし、通常の研修では、報告書の作成や伝達研修が行われている。	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 法人の中長期経営基本計画における「施設機能の地域提供」に基づいて、「ボランティアや実習生の積極的な受け入れを進めます。」とし、実習生に関する基本的な姿勢を明確にしている。また、実習生の受け入れ体制では、担当者を事務分掌で任命するとともに、法人が策定する実習生受入要領及び臨地実習要綱、臨地実習指導マニュアルに基づく体制を整備している。実習生を受入れにあたっては、大学等と確約書等の提出を受けている。実習担当者は県立大学における指導者講習会を受講している。	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a
実習生の受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。 看護部においては学校教務と連絡調整して実習プログラム及び臨地実習指導マニュアルを作成し対応している。実習生の受入職種は、看護師、社会福祉士などのほか、教員養成にかかる介護体験の受け入れを行っている。23年度は看護部及び育成部における実習生の受入れ延べ日数が124日であり積極的に取り組んでいる。	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。 リスクマネジメントに関する担当者は事務局次長となっている。リスクマネジメント委員会は事務局長が委員長、各部の部長がゼネラルリスクマネージャー、各部にリスクマネージャーを置き、11名体制としている。医療安全対策委員会、感染対策委員会の委員長は医師であるセンター長が務め、医師の立場から、医療安全及び感染対策に関して適切な指導を行って、リーダーシップを発揮している。看護部は安全管理のマニュアルでインシデント、アクシデント、薬品の取扱い、安全管理に関する実践の心得などを定めている。リスクマネジメントの実施要領は、法人本部が策定し、詳細な内容が盛り込まれている。当センターではリスクマネジメント委員会は年4回開催することとしているが、医療安全対策委員会が毎月開催され、実質的にリスクマネジメントの機能を有し、機能している。	
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a
利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。 毎月1回開催される医療安全対策委員会で事故報告、ヒヤリハット事例が報告され、分析を行っている。委員会の内容は、朝礼で職員に伝えられ、会議録を回覧している。事故の内容は、転倒、転落、投薬時間の間違い、与薬忘れ、経管栄養剤の間違いなどが報告されている。委員会では所長が検討を指示し、また助言を与えている。このことを受けて、24年7月に与薬事故防止対策のマニュアルを策定し、与薬手順を見直した。与薬確認表をもとに確認項目を設けてチェックする仕組みを導入したが、この手順により実際の確認が行われていた。医療安全研修会は年2回開催され、感染予防に関する研修も行われていた。利用児童の個別の対応については、看護計画において気管カニューレの固定方法などの細かな対応を施している。	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	b
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、十分ではない。 法人の中長期経営基本計画では、地域福祉拠点としての機能強化を掲げ、基本姿勢を明示している。盛岡さんさ踊りパレードへの参加など、当センターの役割のアピールにも努め、地域と利用者とのかかわりを大切にしている。施設行事への住民参加としては、チャグチャグ馬こ、サマーフェスティバルなどの行事がある。リング畑でのコンサートに招待を受け児童の代表者が参加し楽しんだ。当センターからの通院等は家族対応となっている。昨年は、社会技能訓練活動で、お茶会用のお菓子、クリスマスプレゼント購入などでショッピングセンターの利用経験を図っている。 地域懇談会を開催し、地域の福祉ニーズの把握に努めているが、懇談会は利用児童が地域住民等の交流を広げるための機能とはなっていない。当センターの指定管理仕様には、地域との交流の視点が含まれていないことも要因があると考えられるが、利用児の日常的な生活の中で自然に地域との交流が図られるような働きかけの充実が求められる。	

Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 当センターの設備等の地域への開放は、グラウンド、多目的ホール、集会室となっている。施設開放の回数は、多目的ホール7回(地区の踊りの練習会場として)、集会室13回(マカトクラブ)であり、利用人数は年間201人となっている。当センターには外来診療部門が併設されており、県内では数少ない児童精神科、小児科、整形外科等の診療科があるほか、当センターの相談支援部門である発達障がい者支援センターが開催する療育セミナーや被災地支援の活動など、併設部門が有する機能や活動は充実している。当センターの広報紙「みち」やパンフレットには施設の活動や機能が紹介され、地域の関係機関に配布されている。医療型障害児入所施設単体での取組は少ないが県立療育センターとしての総合的な機能を含めれば、地域への施設機能の提供は積極的と言える。各種研修会に対して講師として看護師を派遣するなどの取組も積極的だ。	
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。	b
ボランティア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。 法人の中長期経営基本計画において、地域福祉拠点としての機能強化としてボランティアの積極的な受け入れを進めるとしている。当センター事業計画では地域に根差したボランティア活動を推奨するとし、職員のボランティア活動意識の向上に努めると定め、基本姿勢を明示している。ボランティア担当者は事務分掌で定めている。ボランティアの受け入れについては、要領を定め活動内容を例示しているほか、手順を示している。このように、一応の体制はあるが、ボランティアを募集する取組や育成などの体制整備が不十分であり、実際のボランティアの受入は年間13日87人と、やや低調といえる。23年度の活動グループは盛岡工業高校のボランティアをはじめ、18団体となっている。	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a
施設の役割や機能を達成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明示し、その情報が職員間で共有されている。 関係機関や取引先の電話番号、住所を連絡先一覧に取りまとめ、職員間で共有している。入所児童に関する処遇及び措置に関する重要な事項については、主に児童相談所の児童福祉司等からの連絡があるが、そのような場合の情報共有は、「電話口頭受付票」を作成し速やかに施設長及び関係部署に連絡すると共に職員にも周知を図るようにしている。	
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 関係機関からの理解・協力を得ることを目的に11団体に呼び掛けて開催する地域懇談会は年1回以上開催されている。利用児童が通学する盛岡となん支援学校との連携は、毎週月曜日の連絡会議のほか、年2回の合同会議を開催している。平成21年度から、盛岡となん支援学校が主催し、高等部2年生から3年生までを対象とする地域移行支援会議が開催され、円滑な地域移行に向けた検討と支援を行っている。参加する関係機関は、盛岡となん支援学校分教室、県福祉総合相談センター、児童相談所、関係市町村等となっている。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b
地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。 毎年、地域懇談会を開催するとともに、当センターの相談支援部が行う療育相談を通じて地域の福祉ニーズを把握する取組を行っている。また、利用児童の保護者、通所事業の利用児童の保護者等からの要望を受けることによってニーズの把握に努めているが、障がい児療育の専門機関として、療育に悩む保護者が必要とする訪問支援などの幅広いニーズの把握は十分と言えない。	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b
把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。 指定管理業務の範囲内で個別のサービス向上のための事業を実施しているが、把握した地域の福祉ニーズに基づく施設独自の新たな事業が実施されていない。当センター医療型障害児入所部門に併設する通園部門は、引き続き医療型児童発達支援センターや児童発達支援事業所として運営されている。また、19年度から日中一時支援事業所を併設し一日3名の利用受入を行うこととなった。また短期入所事業所として5人定員で利用受入を行っている。外来診療部門の利用児童についても、医師の許可を得て、スヌーズレンや音楽療法を治療や訓練の補完的療法及び療育活動の一環としてサービスが提供されている。超重症児に対する対応は、中長期経営基本計画においてニーズが高いと認識されているが、移転改築の構想の中でこのニーズへの対応が図られる。	

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。

Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
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、組織内での共通の理解を持つための取組が行われている。 利用者を尊重する姿勢は、経営方針に「利用者本位のサービス提供に努める」と明示し、事業の重点項目に「利用者の人権尊重と虐待防止の徹底」を掲げている。倫理綱領や職員行動規範等人権尊重の行動指針等をまとめたコンプライアンスマニュアルについて6月の職員会議で周知を図るとともに、職員一人ひとりが人権侵害に関する自己チェックを毎月実施して自己の振り返りに努めている。 重要事項説明書に虐待防止責任者を定め、職員に対し年1回以上虐待防止等の研修を行うとしていることから年間研修計画への明示も大切である。	
Ⅲ-1-(1)-② 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ている。	b
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ているが、職員に周知する取組が十分ではない。 プライバシー保護に関する規定・マニュアルは、サービス場面ごとに作成している看護基準に基づくマニュアルに留意事項として明示しているが十分ではない。利用者への周知並びに 職員研修と併せ検討が必要である。	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	b
利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 利用者満足の上昇を目指す姿勢が経営方針・事業の重点項目に「利用者本位サービスの提供」として明示し、意見箱を設置して日常的な声を聞く姿勢を備えている。利用者への個別の聴取は7月保護者懇談会において利用者意向として意見聴取し、個別支援計画に反映する方法を行っている。 経営方針の実現を図る上で、家族会等への定期的な満足度調査に向け早期の検討が望ましいと考える。	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	c
把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。 事務分掌に利用者満足に関する担当者・担当部署が未設置である。 担当責任者を設置し、利用者満足に関する組織の取組について方針・方向性等職員間で協議することが有効と思われる。	

Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b
利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 受持ち看護師やケース担当職員以外に相談窓口を設置し、看護・育成・支援の各部長が担当に当たり、複数の相談体制を整備している。 保護者等への周知は、「入所のご案内」「重要事項説明書」等で、苦情や要望と一括して行っている。 日常的には、利用児に毎週月曜日の朝礼で話を聞き、また、保護者の面会時に意見を伺っている。しかし、相談の掲示が「医療に関する相談室」として限定した内容であることから、意見や相談を受ける組織の積極的な姿勢と具体的に示すことが重要と思われる。	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。 「苦情解決実施要綱」に基づき苦情解決の体制を整備し、苦情解決への話し合いの手順に基づき解決が図られている。利用者等へ「重要事項説明書」や「入所のご案内」で周知するとともに「苦情相談ポスター」を掲示し、意見箱と紙・ペンを置いて啓発に努めている。 また、利用者へのフィードバックについては直接報告するとともに掲示板に公表している。しかし、要綱に苦情申出人への報告並びに公表についての明示がないことから、これらの必要性について検討を図りたい。	

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C
利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。関連する要綱、会議録等の内容は苦情が中心で、個人の考え方について意見・提案された内容ではない。従って、苦情に限定されない意見や提案への対応マニュアルの整備について職員参画による組織内の十分な協議が必要と考える。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b
サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 23年度「岩手県社会福祉事業団福祉サービス第三者評価受審等要領」を策定し、今年度見直しを図るなど自己評価・第三者評価等の取組に努めている。しかし、4月からの「医療型障害児入所施設」への改正に伴い、育成部が児童に対する直接の介護業務を担当しないことから、施設の自己評価等は看護部との協力・連携により実施されている。定期的な評価並びに分析・検討する場として、育成部と看護部等の協力・連携並びに共通理解を図る体制の整備が重要と考える。	
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b
実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。 主に自己評価の「C」を課題として設定しているが、職員の参画状況、分析した結果から課題に至った検討過程の記録が不十分である。	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。 通園部門の課題について、定められた様式に基づき改善実施計画を立て、中間報告書において進捗状況を把握して具体的な改善方法を見直しして実施している。しかし、第三者評価の対象である入所部門の課題について明示がないことから精査見直しが必要である。	

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。 看護基準としてマニュアル並びに看護技術基準として手順を作成し、看護並びに生活支援サービス、病棟内保育サービスを実施している。職員への周知徹底は、療育環境委員会において課題としてあげているが、研修計画や実施記録が明確でない。サービスの質向上の観点から、全職員周知のための具体的な方策について明文化することが有効と思われる。	
Ⅲ-2-(2)-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。	C
標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 看護基準としてのマニュアルは、4年前以降今年度見直しが行われているが、少なくとも1年に1回は検証を図る必要性から十分な見直しと言い難い。見直しに関する時期や方法並びに関係職員の参画による体制整備等について具体的に検討する必要がある。	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。 医療入院施設として、一人ひとりの記録は主に病棟のカルテに記録されており、個別療育支援計画による実施状況は、個別のケース記録や児童支援G業務日誌により複数の利用者について記録している。	

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
利用者に関する記録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。 事務分担当表に「関係文書の整理保管に関すること」として責任者が設置されている。利用者の記録の保管、保存、廃棄については文書取扱要領並びに個人情報保護の対応方針等に定めて管理・対応している。利用者や家族等に対する開示の申出については、重要事項説明書により説明がされ、個人情報の保護に関する規程を整備して「保有個人データ—開示申出書」に基づき行われている。	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。育成部・病棟・支援学校分教室との朝の申し送りや病棟の申し送り、パソコンによる共通のネットワークシステムの活用、部長連絡会議等部門を横断した取組が行われ機能している。	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。 ホームページによる施設の紹介や関係機関への広報誌の送付、見学・体験希望者への対応を行っている。しかし、公共施設等へのパンフレット配置は行われていないことから、利用者が身近に情報を入手できる情報提供の積極的な取組について、組織の協議に期待する。	
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 図や絵入りのわかりやすい「入所のご案内」やサービス内容と利用料金等必要事項を記した「重要事項説明書」に基づきケース担当者による説明を行い、契約の同意が行われている。	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。 病棟児童の地域移行支援や退所児童相談支援について担当者を分掌事務に明示している。利用者の将来に向けた検討と計画について、移行支援会議や関係機関との連携を図るとともに帰宅中の家庭訪問により家族への必要な支援を行なっている。病棟における引継ぎについては看護サマリー等定まった様式に基づいて行い、引継ぎ等の積極的な支援を行っている。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。 個別療育支援計画において、フェースシートとして「児童記録票」を整備し、アセスメントは診療・看護等の各部門の手順に基づいたアセスメントで構成している。 病棟の看護過程は、入所時の取扱い手順に添って、また入所時チェックリストを活用して看護計画を立案している。	
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a
利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。 ケース会議及び個別療育支援計画説明会等開催要綱において診療・看護・育成等各部門、関係職種による会議を持ち、一人ひとりのニーズや課題を具体的に明示している。	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a
利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 実施計画策定の責任者を設置するとともに「ケース会議及び個別療育支援計画説明会等開催要綱」に基づき、部門を横断した構成メンバーによる会議の実施、保護者の意向を確認して、意向を反映した支援計画を作成、保護者等に説明を行っている。	
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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。 「ケース会議及び個別療育支援計画説明会等開催要綱」の会議開催日程に見直し時期や参加職員等を示している。しかし、会議開催に当り各部門の構成メンバー並びに家族との日程調整が困難で計画通りに実施できない状況があることから、遅れを生じない対策への検討が望まれる。	

内容評価基準

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 利用者のコミュニケーションを高めるため、医師の指示箋による個別療育支援計画書を策定し、言語療法訓練が行われている。意思伝達に制限がある場合のコミュニケーション手段としての一つにマカトンサインがあり、職員はマカトンサインの講習会に参加し、このサインを使える児童に対しての支援に努めている。サインと言葉のやりとりを交わしながら、コミュニケーション手段確保に取り組んでいる。個別のケース検討会議は、医師・担当看護師・言語聴覚士・教師・生活指導員によって行われており、コミュニケーション手段を確保するための的確な支援実施がなされている。子どもに係わる職員の連携によって、子どもの意思や要求を正しく理解していこうとする支援体制が整っている。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
利用者の主体的な活動が尊重されている。 子どもの主体的な活動を確保するための職員は決められており、必要な支援はなされている。障害が重く困難な状況にあっても、今ある力より高めの可能性を求めている。子どもたちによる自治会があり、職員の支援を受けながら、必要に応じて各種行事の計画立案や内容を協議する機会がもたれている。自治会活動としては、誕生会の企画やSST活動の内容検討などがあり、選出された役員は各行事の司会等の役割を担っている。	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
見守りと支援の体制が整備されている。 当施設は、ADL自立や移動に関わる運動機能の改善を大きな目標として掲げており、職員の支援体制は整備されている。子どもが自力で行う日常生活の行為に関しては、「患者紹介カード」を活用した看護手順を元に、見守りの姿勢と必要時の迅速な支援がなされている。看護計画のケア方針を子どもと保護者に説明をし、利用者の意向確認と同意を得た上で支援実施がなされている。	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a
利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 子どもの主体性を尊重した個別療育支援計画策定においては、医師、各部署のスタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・児童指導員)によるケース会議で十分な検討を重ね、最善の支援体制で臨んでいる。SST活動の一環として、社会見学や買い物体験の場を計画、実施している。施設外の社会学習は、子どもたちの話し合いで訪問先を決めるなど、コミュニケーションスキルを身につける機会ともなっている。余暇活動で見せる子どもの反応を項目ごとにチェックし、各自のコミュニケーションスキルの把握や理解に務めている。	

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 患者紹介カードにおいて、食事形態・水分〔咀嚼・嚥下〕、摂取方法・、介助方法〔姿勢〕、利き手、食器用具など留意点や支援の内容が明示されている。これを基に、子ども一人ひとりの身体状況に応じた食事箋が作成されている。食事介助8項目（食事介助の原則・食事形態・環境・姿勢・食事時間・嚥下防止・できることへの援助・食後の口腔ケア）が食事介助マニュアルに明示され、これに基づいた個別支援が行われている。	
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。 定期的に嗜好調査は行っており、提出された回答の分析結果は給食会議にて検討をし、献立に反映させている。誕生者のいる月は、対象児の希望メニューを取り入れている。毎月一回おやつバイキングを実施している。日頃、食することの出来ない飲み物〔炭酸飲料など〕や、数種類のおやつの中から3点を選ぶことができ、子どもたちには大好評の企画となっている。時として、学校からの帰りが遅くおやつに間に合わない友を気遣い、好物の菓子を取り置きしてあげる姿などが見られる。食事介助にあたっては、利用者の様子を注意深くみながら援助し、食事を楽しみ味わえるよう配慮がなされている。	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a
喫食環境に配慮している。 病棟から出た要望は療育環境委員会で検討され、必要に応じて改善が図られている。（食事時間に音楽を流す。子どもの成長発達に合わせて席替えの実施など）食事は一斉に摂る形態ではあるが、身体障害による食事ペースの個人差が大きいので、個別に応じた時間で食事は摂られている。昼食時、大声を出し何か不満を訴えている児もいたが、介助者は静かに話しかけながら食事を促したり、笑顔で応じている姿が印象的であった。	

2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 入浴については、患者紹介カード〔清潔欄〕に留意すべき事項が明示されている。基本的入浴マニュアルのほか、障害や健康状態など個別の状態に配慮したマニュアルには、シャワーバス入浴、清拭、手浴・足浴手順、気管切開患者の入浴介助方法が定められている。看護師3人体制で安全を確保しながらの入浴介助がなされている。重症児はシャワーバス入浴となっているが、他は風呂の入浴が行われている。子どもを抱きかかえて湯船に入れるのは、かなり介護側の負担増となるのだが、お湯の中で伸びやかに体を浮かし、気持ちよさそうな表情を見せる子どもの入浴を支えようとする、強い愛情が介護者の原動力となっているものと思われた。	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
利用者の希望に沿って行われている。 基本的には週3回の入浴となっている。入浴日以外は足浴、手浴をして清潔を保っている。失禁はシャワーや清拭で対応がなされている。入浴時間は子どもの都合〔学校からの帰宅〕による時間変更の希望に対しては弾力的に応じている。	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
環境は適切である。 子どもの身体・障害状況に応じた入浴器具の設備がなされている。浴室や入浴器具の設置等については、業務改善委員会で検討会議が行われている。平成20年11月、シャワーバスを購入し重症児に対する入浴環境の改善がなされている。男女、年齢に考慮した入浴時間を組み、プライバシーに十分配慮した支援がなされている。脱衣所の暖房は整備しているが冷房は設置していない為、扇風機を利用している。	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
介助は快適に行われている。 患者紹介カードから、排泄に関する身体的状況や補助具使用を把握し、子どもの状態に応じた排泄介助が行われている。人間の尊厳を守る基本的ケアなど6項目を基本とする排泄援助基準が定められている。排泄介助のマニュアルとして、オムツを用いた援助、ポータブルトイレやトイレでの援助が整備されており、排泄介助の結果はフローシートに記録がなされている。重度障害の子どもの入所増によって、オムツ使用者が多数を示す傾向がみられる。	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
清潔で快適である。 姿勢保持困難者や車いす使用者のトイレはオープン構造な為、プライバシー確保の方法として、カーテンを使用したり、排泄時の状況に併せ工夫するなどの介助がなされている。日中のトイレ清掃は清掃業者が担い、朝の清掃は看護師早番職員が担当している。トイレは整理整頓され、換気・照明・防臭対策も適切になされていた。	

2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 意思表示できる児童に対しては、本人の好みに応じて衣服が選択できるよう援助がなされている。外出等、衣類選択の必要がある場合は相談に応じ支援している。基本的には保護者が衣類を購入、用意している。季節による衣替えは、保護者に状況を伝え整えてもらっている。	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。 衣服を汚したり発汗時は看護師等が適宜着替えを介助し、センター内の洗濯業者に出している。破損が生じた場合は、保護者の来所時に確認、補充を依頼している。	

2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 子どもと保護者の意向の元に、センター内の理髪店利用がなされている。外泊・外出時における理髪は可能だが、センターの理髪利用が大半を占めている。県立大学生「化粧ボンティア」による美容体験(髪の整え方・ネイル・化粧水の使い方など)は、日頃の縁遠いお洒落におおはしゃぎだったとか、美容に関心を持つ女・男児にとってサプライズの時間を過ごすことになったと思われる。	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
配慮している。 センター内の理髪店の利用日、時間などは調整しており、利用する際の送迎・同行支援は行われている。	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
配慮している。 心身の不調により安眠できない場合は、医師の指示に従って適切な対処がなされている。個々の好みに合わせてベッドや夜具のしつらえを工夫したり、使用が許可された私物などをベッド周りに並べ安眠できる場への配慮がなされている。定期的リネン交換は行われている。就寝中の支援、援助は随時行われているが、睡眠リズムの乱れや、不眠者への対応マニュアルの策定が必要と思われる。	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
適切である。 医療機関としての療育センターは、24時間体制で医師・看護師が常勤しており適切な対応がなされている。個別療育支援説明会において支援方針を保護者に説明している。保護者の要望や承諾を得て予防接種を実施している。子どもは院内の歯科で定期的に指導を受けている。病棟では歯科衛生士から食後の歯磨き介助の指導を受ける機会がある。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 療育センターは医療機関であり、24時間体制で医師・看護師が常勤しているため、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されている。緊急処置を要する急変や事故が起きたときの「51番コールマニュアル」が策定されている。	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
確実にされている。 与薬フロー(与薬準備・当日部屋担当者)(配薬確認・薬確認係り)(与薬・取り出すとき)(与薬・内服時)(与薬・内服後)(与薬確認・与薬確認係り)(次勤務者へ報告)に沿って、安全な与薬業務がなされている。担当した看護師は与薬確認表に捺印している。	

2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a
余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。 余暇活動アンケートから、好きな遊び・好きなおもちゃ・希望する活動などの意向を把握し計画に取り入れている。毎月1回、病棟余暇活動委員及び児童支援余暇活動担当者による協議を行い、余暇支援計画の立案と実施がなされている。余暇活動計画や内容のお知らせを病棟に掲示する他、確実に子どもたちへ伝わるよう、病棟看護師との朝の引継ぎ時に、当日の予定確認がなされている。ボランティアの訪問による楽器演奏に触れた子どもたちは、楽器の響きが良い刺激となって笑顔が引き出され、日頃見ることが無いほどの集中力で楽しむ姿が見られたと報告がある。こうした事例からも、必要に応じたボランティア受け入れの取り組みが望まれる。	

2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a
利用者の希望に応じて行われている。 外出についての外出許可基準が用意されている。保護者の要請による外出が実施されている。施設が企画する行事の外出は保護者の承諾の元、必要に応じて看護師の同行支援がなされている。外出の際は療育センターが作成した「外出・外泊時連絡カード」を各自携帯する体制が整っている。	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
利用者の希望に応じて行われている。 外泊についての外泊許可基準が用意されている。夏季・冬季の一時帰省案内の送付を行っているが、各家族の要請に沿って実施がなされている。家庭の事情で帰省や外泊の出来ない子どもへの配慮は手厚くなされている。	

2-(10) 所持金・預り金の管理等

A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	非該当
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	非該当
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	非該当