

事業者名:④就労移行様

2019年11月18日

福祉サービス 第三者評価結果報告

【評価機関】	株式会社 ブルーライン
【代表者】	田島 佐喜雄
【評価調査者】	富沢 誠一(組織関連担当) 塚川 貴枝子(福祉関連担当) 田島 静子(オブザーバー参加)
【評価期間】	2019年6月4日～2019年11月18日
【訪問調査日】	2019年 10月28日

基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 2019年7月8日

設置・運営主体	厚生労働省		
設置主体	厚生労働省		
経営主体	厚生労働省		
事業所名 (施設名)	国立障害者 リハビリテーショ ンセンター 自立支援局 移行支援課	就労 種別	就労移行支援
所在地	〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1		
電 話	04-2995-3100		
FAX	04-2992-5553		
Email			
URL	http://www.rehab.go.jp		
施設長氏名	飛松 好子		
調査対応担当者	若林 耕司 (所属、職名： 自立支援局 就労移行支援課長)		
利用定員	100名	開設年	昭和 54年 7月 1日
理念・基本方針			
<p>(基本理念)</p> <p>① 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。</p> <p>② 私たちは、利用者の自立と主体性を尊重したサービスを提供します。</p> <p>③ 私たちは、利用者が社会の一員として、あらゆる活動に参加できるよう支援します。</p> <p>(基本方針)</p> <p>障害者基本法、社会福祉法の基本理念に基づき、障害者総合支援法に規定される障害者がある能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活が営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る支援を行い、もって障害者の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず誰もが相互に人格と個性を尊重し、安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目指します。</p>			
開所/退所時間 (通所施設のみ)			

【利用者の状況に関する事項】

○利用者の年齢

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
1名	6名	5名	9名	1名	3名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
3名	7名	4名	1名	-名	-名
					合計
					39名

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	-名	-名	-名	1名	-名	-名	-名
聴覚又は平衡機能の障害	-名	-名	-名	-名	-名	-名	-名
音声・言語、そしゃく機能の障害	-名	-名	1名	1名	-名	-名	-名
肢体不自由	11名	10名	1名	1名	-名	-名	-名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	-名	-名	-名	-名	-名	-名	-名
重複障害（別掲）	2名	1名	-名	1名	-名	-名	-名
合計	13名	11名	2名	4名	-名	-名	-名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

A ※	B	C
-名	-名	-名

※「A」には丸付きのAを含む。

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	-名	-名	-名
そううつ病	-名	-名	-名
非定型精神病	-名	-名	-名
てんかん	-名	-名	-名
中毒精神病	-名	-名	-名
器質精神病	-名	-名	-名
その他の精神疾患	-名	5名	9名
合計	-名	5名	9名

○障害支援区分の状況（介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。）

区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
1名	5名	6名	7名	-名	1名

○サービス利用期間の状況

～6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
21名	5名	13名	-名	-名	-名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
-名	-名	-名	-名	-名	-名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
-名	-名	-名	-名	-名	-名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
-名	-名	-名	-名		

(平均利用期間: 0.63年)

【職員の状況に関する事項】

	総数	施設長	主任(事務員)	サービス管理責任者	主査(支援員)
常勤	16名	名	名	6名	名
非常勤	9名	名	名	名	名
	主任(支援員)	支援員	臨時職員(支援員)	看護師	OT、職業指導員
常勤	名	7名	名	名	3名
非常勤	名	名	名	名	9名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

○他の有資格者数

社会福祉士	8名 (名)
介護福祉士	1名 (名)
精神保健福祉士	6名 (名)
保育士	名 (名)
ヘルパー1級	名 (名)
ヘルパー2級	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

(注) 職員の状況に関する事項(補足)

自立支援局所沢センターは、指定障害者支援施設(多機能型)として障害福祉サービスを提供している。上記以外の各サービスを統括する職員を以下のとおり配置している。

- ・局長1名(常勤)
- ・理療教育・就労支援部長1名(常勤)
- ・総合支援課長1名(常勤)
- ・事務員9名(常勤5名、非常勤4名)、派遣職員
- ・栄養士1名(常勤)、調理師1名(常勤)、委託業者
- ・医師1名(常勤)、看護師2名(常勤)
- ・就労相談室4名(常勤)

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 救護施設における通所事業(定員5名)

- ・就労移行支援事業における施設入所支援(定員100名)
- ・指定就労定着支援事業(2019年10月1日から事業開始予定)

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・平成30年度におけるボランティアの受け入れ数(延べ人数)

人

・ボランティアの業務

--

【実習生の受け入れ】

・平成 30 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士	4 人
介護福祉士	人
その他	人

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和 5 6 年）に基づいて記入。

(1) 建物面積	27,634 m ²		
	入所(通所)者 1 人あたり	67 m ² (延べ床面積÷定員)	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築（含大改築）年	昭和	52 年	

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・毎月のホームルームの実施や利用者との面接、終了時調査の実施
- ・給食関係では、嗜好調査や満足度調査の実施

【その他特記事項】

--

【第三者評価の受審状況】

・合計受審回数 前回の受審時期

2 回 (平成 24 年度)

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 ブルーライン

②事業者情報

名称: 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局 就労移行支援課	種別: 就労移行支援
代表者氏名: 若林 耕司	定員(利用人数): 100 (39)名
所在地: 〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1	Tel 04-2995-3100

③総評

◇特に評価の高い点

(1) 【就職活動の支援と定着支援】

障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行っており、利用者の就職率50%、3年間の定着率は70%と云う実績を上げています。利用者や地域の障害者が離職した場合、合計2年の範囲で再受入れも行なっています。職場や受注先の開拓に付いては、出来る範囲での対応となっています。

(2) 【分かり易い計画展開】

5年スパンの中期計画(運営方針・組織目標)を掲げ、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にし、具体的な課題を抽出しています。中期計画を踏まえた年度の事業計画が同じ帳票上に作成されており、繋がりが分かり易く工夫されています数値目標や具体的な成果等を設定する事により、実施状況の評価を行える内容となっています。内容のPDCA展開が7月・12月・年度末と年に3回行なわれており、評価結果に基づき追加/削除/継続等の見直しが行なわれています。事業計画は、基本的には職員からのボトムアップの課題提案型でまとめられています。

(3) 【コミュニケーション手段の確保】

利用者とのコミュニケーションできる関係作りの為、手話やPCの拡大機能、デジジー(録音再生器機)、書きポン(直ぐ消せる黒板)、トーキングエイド(キー入力に合わせ音が出る)等を使用しています。又、発達障害の利用者に対応して、利用者の過去の生活環境や背景を調査し参考にしたり、筆談によりコミュニケーションを取る事も行なっています。

(4) 【障害の状況に応じた支援】

特に今年度は発達障害に対応して2回の職員研修を行い、専門知識の習得と支援の向上をはかっています。利用者の行動観察を行ない、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行なっています。対応を間違わない様に言動や仕草、入浴有無、家族で着衣の着回し等がないか、注視して支援しています。

◇特にコメントを要する点

(1) 【サービスの質の向上】

サービスの質の向上に関する取組として、終了時アンケートを行ないデータの収集とまとめが行なわれています。しかしながら、そこから課題の抽出・分析や改善策の策定等が行なわれておらず、アンケート実施の目的が何なのか分かり難くなっている様に感じます。

(2) 【事業計画の周知】

年度の事業計画は、利用者や家族等に周知(配布・掲示・説明等)されていませんが、施設の目指している方向や具体的な施策等を利用者に理解して貰う事で、利用者・施設・職員の理解やコミュニケーションが深まり、運営の協力関係に繋がるのではないのでしょうか。その始めとして、事業計画を利用者や家族等に周知(配布・掲示・説明等)を行なってはと感じます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、ご指摘頂いた「サービスの質の向上」と「事業計画の周知」については、現在取組みを行っているとありますが、十分ではない部分については第三者評価のご指摘を踏まえ改善していきたいと考えます。

サービスの質の向上を図るため終了時アンケート調査を実施していますが、今後は、項目の整理を行いサービスの充実に向けてより役立てられるよう取り組む予定です。

事業計画の周知については、個々人の利用者や家族、関係機関には面接や電話等での説明、ホームルームや掲示板、局だよりの配布等にて伝えております。さらに、今回の第三者評価の結果を受け、誰もが分かる方法として当センターのパンフレットに基本理念を入れる改善を進めることとしました

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果別紙

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児サービス分野）

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	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	I-1-1 (1)-①	b	理念・基本方針は、自立支援局として整合性を持って統一されており、法人の使命や目指す方向、考え方を読み取る事ができる。又、ホームページに掲載され職員の行動規範となっている。利用者へは入所時に重要事項説明書にて分かり易く説明し周知を図っているが、継続的な取組は行なわれていない。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-1 (1)-①	b	厚生省施設管理室より提示される資料を元に、コスト分析や利用者の推移、利用率等の分析を行っているが、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向と内容等は把握されていない。
3	I-2-1 (1)-②	c	国からの情報提示はあるが、そこから経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状を分析し、具体的な課題や問題点を明らかにして経営課題の解決・改善に向けた取組を進める等は行なわれていない。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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)-①	a	5年スパンの中期目標（運営方針・組織目標）を掲げ、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、具体的な課題を抽出している。掲げられた課題は、数値目標等により成果の評価が行なわれ、必要に応じて課題の追加/削除/継続等の見直しが行なわれている。
5	I-3-1 (1)-②	a	中期計画を踏まえた年度の事業計画が作成されており、事業計画はより具体的な内容となっている。又、数値目標や具体的な成果等を設定する事により、実施状況の評価を行える内容となっており、7月・12月・年度末と年に3回PDCAの展開を行っている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-1 (2)-①	a	年度の事業計画は、基本的には職員からのボトムアップの課題提示でまとめられている。内容のPDCA展開が7月・12月・年度末と年に3回行なわれており、評価結果に基づき追加/削除/継続等の見直しが行なわれている。
7	I-3-1 (2)-②	c	事業計画は、利用者や家族等に周知（配布・掲示・説明等）されていない。

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 (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)-①	b	質の向上に関する取組として終了アンケートを行っており、データの収集とまとめが行なわれている。しかしながら、そこから課題の抽出・分析、改善策の検討等が行なわれておらず、何の為にアンケートを行っているのかに疑問が残る。自己評価は行なわれていない。
9	I-4-1 (1)-②	c	自己評価が行なわれていない為、課題の共有化や改善策・改善計画の策定は行なわれていない。

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	II-1-1 (1)-①	b	職務分掌（業務分掌）に自ら、及び職員の役割と責任を文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任については、自立支援局全体としての役割・責任に決められているが、不在時の権限委任等は明確にされていない。

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	障害者基本法・社会福祉法・障害者総合支援法・障害者虐待防止法等々が上げられるが、総括的には公務員法に従うところが大きい。最近では、虐待防止法の研修に参加する事が増えている。環境に関しては、支援局として対応が必要な場合は指示が出される。職員に対しては、ハラスメント等、必要な内容はe-ラーニングが義務付けられている。
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	質の向上に関する取組として終了アンケートを行っており、データの収集とまとめは行なわれているが、評価・分析には至っておらず、課題の抽出・具体的改善策の検討等を行われていない。職員には就業支援基礎コース等の研修が義務付けられている。

		第三者評価結果	コメント	
13	II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b	現状の在籍数をもって人員計画としている。職員の働き易い職場環境作りでは、欠員が出た場合、短時間で非常勤職員の補充を行ったり、急なシフト変更の要望の調整や日常的な職員からのヒヤリング等に対応しており、育休の積極取得の推奨や年休5日以上を組織目標とする等に対応している。就職率を上げる為の職場開拓等に組織を上げて取組んでいる。

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。

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	現状の在籍数をもって人員計画としている。近年の応募人員減の傾向を踏まえ、定年退職者の補充は保留とした年度の人員計画が別途作成されている。専門職や有資格者の配置や確保・育成計画等に付いては、具体的な計画は持っていない。
----	------------	--	---	--

15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされている。国としての人事基準も明確に定められ、職員に周知されている。結果に付いては年2回の評価・分析が行われ、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等が反映される様になっている。明確に職員が自ら将来の姿を描く事が出来る様な体系になっているとは確認できない。
----	------------	------------------	---	--

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	管理者が責任者となり、労務管理を行っており、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータが把握されている。職員の心身の健康管理も行われており、特にメンタルヘルス面では、ストレスチェックを行い何か問題があれば、管理部内の総務課相談窓口（産業医）に繋げられる仕組みがある。育休の積極取得の推奨や年休5日以上を組織目標とする事、ノー残業デーの設置、ゆう活（7・8月限定）のフレックスタイム等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。総合的な福利厚生等は実施されていない。
----	------------	-----------------------------------	---	---

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。	a	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされている。目標管理が行われており、職員一人ひとりの目標の設定時に目標の難度を査定し、設定される。年2回のPDCAにより、適切に進捗状況や達成度の確認が行われている。又、都度の面談により職員の希望の聴取や管理者側からの期待値の伝達等が行われる。
----	------------	-------------------------	---	--

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	「期待する職員像」は中期計画の中で明確にされている。又、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。教育・研修計画がない為、計画の見直しやカリキュラムの評価等は行われていない。
----	------------	---	---	--

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	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等に付いては、毎年厚労省のチェックがあり、把握している。外部研修に関しては、職員に対し朝礼時に案内する他、回覧・メールにも情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。職員一人ひとりの教育・研修計画は策定されていない。
----	------------	---------------------------	---	--

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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	中期計画に実習生を積極的に受入れる旨、明文化しているが、教育・育成に付いてのマニュアル等は整備されていない。実習内容に付き専門職種の特性に配慮したプログラムを用意しており、学校側と、実習内容に付いて連携してプログラムを整備すると共に、実習期間中においても継続的な連携を維持していく様に努めている。
----	------------	---	---	--

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。

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	理念、基本方針や中期的なビジョン等に付いては、ホームページに存在意義や役割と併せ、明確にしている。又、地域に向けては、施設内の職業センターとハローワークとのコラボにより、活動を紹介したイベントを開催している。しかしながら、提供する福祉サービスの内容や事業計画・事業報告・予算/決算情報等は公開されておらず、苦情・相談の体制や内容に付いても公表していない。
----	------------	----------------------------	---	---

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。	b	公務員法始め、国の法令に従い事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。又、伴い職務分掌に権限・責任が明確にされている。内部監査や外部監査は実施されておらず、監査の結果に基づいた経営改善等は実施されていない。
----	------------	----------------------------------	---	--

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。			
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 活用できる地域の情報等に付いては、掲示板の利用等で利用者に提供している。地域の方とのコミュニケーションの場として毎年「並木祭」が開催され、市内の障害者施設の参加も得て盛況な催しとなっている。又、通院の同行や出身地元へ出向いての指導等ニーズに応じた指導を行なっている。尚、地域との関わり方については、基本的な考え方を文書化等はしていない。
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。	c ボランティアの受入れは行なっていない為、マニュアル等は準備されていない。

		第三者評価結果	コメント
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。	a 職員は担当利用者の状況に応じた関係機関リストを持っており、職員会議等を通じて職員間では情報の共有化が図られている。特に関わりの多い相談支援事業所とは、ケース会議等に参加して貰い、共通の課題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。利用者のアフターケアに付いては、必要があれば利用者の地元を訪問し課題に対応する事もある。
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b 敷地内のグラウンドやテニスコート等、施設の貸出を行なっている。又、地域の方とのコミュニケーションの場として毎年「並木祭」が開催され、市内の障害者施設の参加も得て盛況な催しとなっている。その他、発達障害や障害者への対応に関する講習会等に付き、講師等で参加している。災害時の福祉避難場所に指定されている。
27	II-4-（3）-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b 入所を希望される利用者は、相談支援事業所を介して訪れる事が多く、その様な関連から地域の福祉ニーズを把握したり、発達障害や引きこもり、高次脳機能障害等の障害者への対応に関する講習会等に付き、講師等で訪れた中からも地域の福祉ニーズの把握を行なっている。民生委員や児童委員との繋がりはない。相談支援事業そのものは行っていない。
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。			
28	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組を行っている。	b 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関しては、国家公務員法が基本のベースとなっており、職員は実践の中で規程として理解している。標準的な実施方法は、実施要領や訓練プログラム等を用いてマニュアルとして利用されている。
29	III-1-（1）-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b 利用者のプライバシー保護に付いては、利用者規律の第5条生活規律に触れられており、マニュアルとして職員の理解が図られている。又、虐待防止や権利擁護に関してそれぞれ規程が策定されている。職員は利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等を理解し研修等も行なっている。設備的なハード面のプライバシー対応はされていない。
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 利用希望者に向け施設の特長等を紹介した資料をパンフレットとして作成しているが、理念・基本方針の記述はない。この資料は言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容になっており、全国の相談支援事業所等に配置されている。施設の見学や一日利用に対応している。資料は変更があれば適宜見直しができる。
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 サービス開始・変更時のサービスの内容に関する説明は重要事項説明書と利用者ハンドブックを用いて分かり易く説明し、同意にあたっては契約書の取り交わしにより、利用者の自己決定を尊重・確認している。入所前に1日利用し体験する事で内容を理解して貰う様にしている。基本的に働きたいと云う意思をお持ちの利用者のみなので、意思決定が困難な利用者は非該当。
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 事業所の変更や家庭への移行等、サービス内容の変更が生じた場合は、相談支援事業所も確認してから手続きがされる。どちらの場合もサービス実施報告書が引継文書として渡されている。退所後の相談等に付いては、アフターケアの中で担当者や窓口を明示して行なわれる。
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 利用者の満足度調査も目的の一環として、終了時のアンケート調査が行なわれている。データの取り纏めが行なわれ分析もされているが、その結果に基づく具体的な改善策の策定や実施はされていない。又、利用者懇談会や家族会は設置されていない。
III-1-（4） 利用者が意見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。	b	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されており、重要事項説明書にも記載され入所時に説明されているが、所内掲示等はされていない。又、苦情記入カード等は準備されていない。苦情の記録は保管されており、結果は公表はされていないが、利用者や家族等に必ずフィードバックされている。
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	相談に対応した仕組は策定されていないが、相談に応じるスペースは準備されている。
		第三者評価結果 コメント		
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	相談に対応した仕組は策定されていないが、日々の指導の中ではほぼ個別の指導内容に基づき進められているので、その中で出された相談の結果は、個別支援計画にフィードバックされ改善が進められる事もある。部門の中に意見箱と用紙は準備されているが、相談事は殆ど口頭で行なわれているので、使用頻度は低い。

		第三者評価結果	コメント	
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	安全管理委員会の発足に向け準備を進めているが、現在の所はまだ成立していない。リスクに対応したマニュアルが整備されており、インシデント事例の収集とそれに伴う発生要因分析・改善策・再発防止策の検討・実施等の取組が行われている。又、職員に対して安全対策の研修が行なわれている。
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	感染症対策委員会が発足しており、各種感染症に対応したマニュアルも策定されている。自立支援局医務課による研修が定期的に行われ、職員に周知されている。対応方法に付き変更が必要な場合等は、適宜マニュアルの改訂が行なわれている。
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	防災対策実施要領に基づき毎月防災訓練が行なわれている。災害時の対応に付き、事前に被害の状況を想定しどの様に対応すべきかを検討する事業継続計画(BCP)も中期の課題として取り上げられ、検討が進められている。安否確認(点呼)方法が決められ、防災訓練時に実施されているが、マニュアルの記載場所の確認に少し時間が掛かる。災害対応備蓄も管理者を決め進められている。
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。				
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	標準的な実施方法は、権利擁護に関わる姿勢が明示されている実施要領や、訓練プログラム等を用いてマニュアルとして利用されている。只、職員の標準的な実施方法の理解が統一的ではない為、周知徹底には至っておらず、実施状況を確認する仕組みも策定されていない。
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。	c	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ない。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントは決められた様式に基づき適切に行なわれ、他部門の関係者も参加しての調整会議にて個別支援計画に繋げる協議を実施している。その後、利用者を含めてカンファレンスが行なわれニーズを反映した個別支援計画を策定する為の支援調整会議(他部門の関係者も参加)が行なわれる。3ヶ月毎のモニタリングにより実施内容の確認が行なわれ決定会議に繋がる。支援困難ケースへの対応についてはマニュアルが策定されている。
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	3ヶ月毎のモニタリングにより実施内容の確認が行なわれ、他部門の関係者も参加した決定会議にて変更があれば訂正される。モニタリングの中から標準的な実施方法に反映すべき事項や質の向上に関わる課題等が発生した場合も同様、見直し・変更が実施される。
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。	a	利用者の健康状況については、医務課による健康チェックが年2回行なわれ記録されている。又、個別支援計画の内容については、ケース記録や訓練記録に記載されており、報告の際に上長の確認を受け、書き方に付いても修正があれば指導される。情報の分別は、メールの発信時に配慮される。部門を横断した会議は必要の都度、開催され情報共有されている。PCでの情報共有については、パスワードにて管理されている。
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	公務員法始め、個人情報保護規程や文書管理規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定や個人情報の漏洩等につき、罰則も含め規定されている。職員に対する個人情報保護に関する教育については、e-ラーニングの導入により行なわれている。利用者や家族に対しては、入所時に個人情報の取扱いについて説明し、確認の書面を頂いている。
A-1 利用者の尊重と権利擁護				
A-1-(1) 自己決定の尊重				
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。	b	利用者の能力を引き出し、自己決定力を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援を行っている。利用者一人ひとりへの配慮として、車椅子の方用の自動ドアのボタン位置の調整や机の改良等に対応している。
A-1-(2) 権利侵害の防止等				

2 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。	b	権利侵害の防止等の為、具体的な内容・事例を収集・提示して再発防止策等を検討し、実践する仕組みは策定されていない。運営規程に身体拘束に関する規定を定め利用者にも承諾を得ている。虐待防止に関しては連絡する窓口を設けており、県への届け出手順も決められている。
A-2 生活支援			
A-2-(1) 支援の基本			
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。	d	就労移行支援の為、非該当。

		第三者評価結果	コメント
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 コミュニケーションできる関係作りの為、手話やPCの拡大機能、デジター（録音再生器機）、書きボン（直ぐ消せる黒板）、トーキングエイド（キー入力に合わせ音が出る）等を使用している。又、発達障害の利用者に対応しては過去の背景を参考にしたり、筆談によりコミュニケーションを取る場合もある。
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を適切に行っている。	a 週の時間割の中に面接・相談の時間を取っている。時間割の選択・決定に関しては利用者の判断に任せている。支援調整会議に於いて相談内容に付きサービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。又、決定会議に於いて個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。
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 訓練を日中活動とした場合、時間割の多様化等を行ない、選択肢を広げている。余暇やレクリエーションとして、クラブ活動や生け花、軽音楽、車椅子バスケット、車椅子ラグビー、ゴールボール等が提供されている。地域では、航空公園のイベント（例：車椅子マラソン）の参加を支援している。これらは個別支援計画にも反映され、PDCAのチェックの際に見直しされる。
7	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 特に今年度は発達障害に対応して2回の職員研修を行い、専門知識の習得と支援の向上をはかっている。行動観察を行ない職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っており、対応を間違わない様に言動や仕草、入浴有無、家族の着衣の共有等がないか注視して支援している。利用者間で問題が起こったら、その調整等を必要に応じて行っている。
A-2-(2) 日常的な生活支援			
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 食事は嗜好調査も行なわれており、おかゆや刻み食等、利用者の心身の状況に応じた食事の提供が行なわれている。入浴・排泄・移乗支援は非該当。
A-2-(3) 生活環境			
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が確保されている。	d 就労移行支援の為、非該当。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
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。	d 就労移行支援の為、非該当。
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
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。	b 医務課による健康相談や健康面での説明の機会を定期的（年2回）に設けている。又、利用者の障害の状況に合わせた健康の維持・増進の為、健康教室等を開催している。利用者の体調変化等に迅速な対応を計る為、直ぐに施設内の医院との連携を計っている。入浴・排泄は非該当。
12	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。	d 就労移行支援の為、非該当。
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
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 就労移行支援の目的としての社会復帰を目指し、職場実習や職場見学等を行ない社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供している。未終学の方等に対して、利用者や家族の希望と意向を尊重し学習支援を行っている。学習の意欲を高める為の支援として、漢字検定の取得にも挑戦している。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
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 就労移行支援の目的としての社会復帰を目指し、利用者の意思や希望を尊重して職場実習や職場見学等を行ない社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供している。施設職員の名札の作成等、実践的な作業に挑戦する等、意欲を高める支援や工夫を行っている。地域生活への移行や地域生活の為の支援に付いては、その地区の就業支援相談センターや就労支援センターと連携して支援している。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			

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。	b	家族等との連携・交流については、家族会や保護者がいない為、定期的な面談や意見交換の機会は持たれていない。家族からの相談には対応している。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡については、事故発生時の対応ルールにより適切に対応している。発達障害の利用者の対応について、家族への報告・連絡の際はサビ管が対応する事に統一すると共に言葉も選び、伝え方に注意している。
A-3 発達支援				
A-3-(1) 発達支援				
16	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。	d	就労移行支援の為、非該当。

		第三者評価結果	コメント
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
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 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力の元、利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っており、見学や体験する事で理解できる様、工夫している。職場体験で経験する事で働く為に必要なマナー・知識・技術の習得や能力の向上を支援している。働く意欲の維持・向上の為、仲間意識を醸成したり感謝の言葉が得られる様な体験に心掛けている。
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 仕事の内容・工程等の計画は、利用者の意思を尊重し作成する様、努めており、選択できる訓練内容も提供している。労働安全衛生に関する配慮を適切に行い、リスク管理はインシデント管理を主に行っている。工賃関係は非該当。
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。	b 障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行っており、利用者の就職率50%、定着率3年で70%と云う実績を上げている。利用者や地域の障害者が離職した場合、合計2年の範囲で再受入れも行っている。職場や受注先の開拓に付いては、出来る範囲での対応となっている。