

事業者名:①機能訓練(肢体)様

2019年9月12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】 冨沢 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10日～2019年9月12日

【訪問調査日】 2019年 8月26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 自立支援局肢体機能訓練課	種別	自立訓練(機能訓練)
所在地	〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1		
電 話	04-2995-3100		
FAX	04-2993-2552		
Email			
URL	<a href="http://www.rehab/go.jp">http://www.rehab/go.jp</a>		
施設長氏名	飛松 好子		
調査対応担当者	渡邊 雅浩 (所属、職名： 自立支援局 肢体機能訓練課長 )		
利用定員	90 名	開設年	昭和 28 年 1 月 1 日
		統合	平成 28 年 7 月 1 日

### 理念・基本方針

#### (基本理念)

- ① 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。
- 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。
- 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。

#### (基本方針)

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。

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
- 名	3 名	12 名	2 名	2 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
- 名	4 名	6 名	1 名	1 名	- 名
					合 計
					34 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	- 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	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
肢体不自由	34 名	- 名	- 名	- 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）	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
合 計	34 名	- 名	- 名	- 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	- 名	- 名
合 計	- 名	- 名	- 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
- 名	- 名	1 名	6 名	14 名	13 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
20 名	10 名	4 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： 0.50 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	52 名	名	名	2 名	名
非常勤	4 名	名	名	名	名
	主任（支援員）	支援員	臨時職員（支援員）	看護師	OT, PT, SP, VT, 自訓
常勤	名	4 名	名	11 名	13 名
非常勤	名	名	名	名	1 名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	21 名	名	名	1（部長）名
非常勤	名	3 名	名	名	名

○他の有資格者数

社会福祉士	7 名（ 名）
介護福祉士	21 名（ 1 名）
精神保健福祉士	3 名（ 名）
保育士	- 名（ 名）
ヘルパー1級	名（ 名）
ヘルパー2級	名（ 名）

（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）
- ・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）

	名 (            名)
--	-------------------

(非常勤職員の有資格者数は (    ) に記入)

**【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)  
 ・ 自立訓練 (機能訓練) 事業における施設入所支援 (定員 90 名)

**【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)

0 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                    1 人

介護福祉士                    人

その他                        2 人 (OT)

**【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 56 年) に基づいて記入。

(1) 建物面積	6,293 m <sup>2</sup>		
	入所(通所)者 1 人あたり            70 m <sup>2</sup> (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	平成	28 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 肢体機能訓練課	種別： 自立訓練(機能訓練)
代表者氏名： 渡邊 雅浩	定員(利用人数)： 90 (34) 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) 【個別支援計画】

個別支援計画は、年4回の評価・見直しを行なう仕組みとなっており、その際は組織内で調整会議・調整決定会議が行なわれ内容の協議が進められています。又、必要に応じて部門を横断したカンファレンスも実施されています。内容の変更等に付いては、手順に従い定期的な検討の他、適宜変更が行なわれるフレキシブルな仕組みとなっています。

##### (2) 【施設修了後のケア】

国立の施設と云う事から地方からの利用者も多く、この施設を修了して自分の地域に戻る事になります。依って、地元地域での生活への移行に際しての課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行う為に、相談支援も活用しながら当該地域を訪問して関係機関等と連携・協力する事も実施されています。

#### ◇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結び付く具体的な取組がされておらず、課題を抽出し改善策を策定する様な取組はされていません。質の向上とは、利用者の為に福祉施設が負わなくてはならない義務であるとも言われていますが、満足度調査も行なわれず、家族会や利用者会も設置されていない現状からは、何処から改善の糸口を探ってくるのか、「利用者の為のサービスの質の向上」とは何なのか、熟考する事が喫緊の課題と思われます。

##### (2) 【福祉ニーズ】

国立の施設と云う事で、地域(市・県)との関わりだけから福祉ニーズを把握する事は実施されていません。しかしながら、中期計画には「2. 障害福祉サービスの提供 (2) 質の高い福祉サービスの提供 これまで実施してきたサービスの実績、効果等を検証すると共に地域における障害福祉サービスの動向を考慮し、国立施設にふさわしいサービスや先進的なサービスの実施に向けた取組みを進める」と地域との関わりも謳われています。年度毎の評点もH27年からずっと3.0以上となっており、成果が出ていると云う評価になっていますが、この点に付いても、何をどの様に展開して行くのか、具体的な方策の策定が必要と感じます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

主に頸髄損傷の方への自立訓練(機能訓練)サービス提供を行っています。  
平成28年7月に伊東重度障害者センターを統合し3年目を迎え、今回初の第三者評価を受けまし

た。

当施設では、利用者の満足向上を図るため、「終了時アンケート（利用者満足度調査）」や職員の業務モニタリングを実施しています。今回の第三者評価結果において、利用当事者が現状に満足していない、職員の業務に対する知識や理解不足が確認できましたので、職員に対する研修や自己評価の実施を計画に進め、利用者主体の支援の向上と運営方針や組織目標に沿ったミッションの遂行に取り組むこととします。

#### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙



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 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	理念・基本方針は、ホームページの自立支援局部分に掲載されており、所内に掲示し重要事項説明書にも明示されている。運営母体である自立支援局の理念・基本方針として整合性を持って各部門(施設)に展開されているが、利用者や家族には、継続的な周知活動として展開されてはいない。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に対応している。			
2	I-2-1 (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。	b	国の施設と云う事もあり、所在地域(市/県)との関わりの中で動向を把握し、分析すると云う関係性は稀薄となっているが、福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移・利用率等の分析等は行なわれている。
3	I-2-1 (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	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、財務状況等の現状分析等に付いては、国の指針や国への報告内容となっており、職員にも周知され取組が進められている。

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 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	中期計画は5ヶ年の計画が詳細に策定されており、年度毎PDCAの展開が着実に実行され、次年度への移行の内容も完了・継続含め、評点で評価されており見直しが行われている。
5	I-3-1 (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	年度の事業計画は中期計画に織り込まれた帳票で策定される仕組みとなっており、中期との整合性や分かり易さが秀逸な帳票となっている。
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 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	事業計画は基本的には職員の合議から始まり、中期計画との整合性を加味した上で策定されている。実施状況の評価・見直しは年3回行なわれ、PDCAが的確に展開されて再度中期計画にフィードバックされる。
7	I-3-1 (2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	家族会・利用者会は設置されておらず、事業計画は利用者や家族には資料の配付も説明もされていない。

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 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	利用者の退所時にアンケート調査を行ない、職員にフィードバックされているが、データの集計・分析・評価等が行なわれていない為、質の向上には結び付いていない。
9	I-4-1 (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	質の向上に結び付く取組がされておらず、課題を抽出し改善策が策定される様な取組はされていない。

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 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	部門管理者としての経営・管理への関わり方に付いては、不明確な部分もあるが、詳細な職務分掌は策定されており職員個々の責任と役割は明文化されている。有事の際の権限委任に関する記述は確認できない。
11	II-1-1 (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。	b	管理者も含めe-ラーニングによりコンプライアンスや運営に関する法令等を研修しているが、関連法や環境に関する法令等の周知に関し、具体的な取組は行なわれていない。
II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	II-1-1 (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	質の向上に関しての取組には不十分さを感じるが、管理者は質の向上に結び付く様な教育・研修等の企画をし、職員の参加を促し自らもその活動に積極的に参画している。
		第三者評価結果	コメント
13	II-1-1 (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	管理者は、部門長として経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事・労務・財務等を踏まえた分析等は行っていない。職員の働き易い職場環境作りに関しては、一般的に行なわれている時間単位の年休取得や育児休暇のシステム導入等は国の施設であるので、行なわれている。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1 (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)-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	2年後までの人員配置計画に基づき増減に対応しており、減員に対応する補充に関しては都度募集されている。人材の確保・育成に関する方針等は策定されていない。
15	II-2-1 (1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	中期目標の「国立の中核機関としての役割の遂行に関する事項」第2-(2)-④に「期待する職員像」が明示されており、年度毎に人事評価制度に基づき職員個々の評価が行なわれている。只、職員からは自分の将来像が描ける様な総合的な仕組みにはなっていないとの声も聞かれる。

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り組んでいる。	b 管理者は、職員の有給休暇の取得状況や超過勤務の実績のデータ等を定期的に確認する等、職員の就業状況を把握している。メンタルヘルスに対応した相談の仕組みが確立しており相談しやすい環境は整っている。国で定められた総合的な福利厚生制度は実施されている。又、ワークライフ・バランスに配慮した取組も、同様、国で定められた制度は実施されている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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 目標管理を踏まえた人事評価制度が確立しており、年3回の評価面談により職員とのコミュニケーションの機会が設定されている。目標水準のレベリングについても目標のランキング方式により公平性を確保している。
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 中期目標の中に「期待する職員像」を明示している。又、組織が職員に必要としている専門技術や専門資格も明示しているが、職員個々の教育・研修計画は作成されておらず、計画やカリキュラムの評価・見直しもされていない。
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 新任職員研修を始めとした階層別研修や職種別研修、テーマ別研修等も設定されている。新任職員のOJTは、標準の実施方法を記したマニュアルに沿って行なわれる。外部研修に関しては、回覧や掲示で職員に知らされているが、職員別の教育・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 実習生の受入れは積極的には行われていない。基本姿勢を表明したマニュアルやプログラム等も準備されていない。実習指導者研修は受講されている。

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 ホームページにより各種情報提供が詳細に行なわれている。地域からの福祉関連の講演依頼を受けたり、並木祭を開催し地域に活動を紹介したりしているが、印刷物の配布や公表・説明等はされていない。
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 国立の施設であるので、各種ルールが明確にされ、職員等に周知している。職務分掌により責任・権限が明示されており、同様、職員に周知されている。内部監査も国の関係者を含め実施されているが、経営改善に結びつく様な専門家による外部監査等は行なわれていない。

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 地域のイベント情報等は掲示板の利用で利用者に提供されているが、基本的に国立の施設と云う事から地域との関わりは並木祭以外は行なわれていない。
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 基本的にボランティアを受入れる仕組みはない。
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 個々の利用者の状況に対応できる当該地域の関係機関・団体等の社会資源を明示したリストは作成されており、職員間で共有されている。地域の福祉施設とのネットワーク化も進められているが、共通の課題等の解決に向けて協働して取組む様な事は行なわれていない。
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 ボランティアサークルや趣味のグループに施設のスペースを貸し出したり、専門性を活かし地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等に講師を派遣している。災害時の緊急避難場所に指定されている。又、地域の福祉事業所も参加して並木祭を開催し、地域の活性化やまちづくりに貢献しているが、相談事業等は行なわれていない。
			第三者評価結果 コメント
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。	c 国立の施設と云う事で、地域(市・県)との関わりだけから福祉ニーズを把握する事は実施していない。

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 利用者の尊重は理念の一番に掲げられており、職員に周知されている。国立の施設である事から、倫理綱領の内容は公務員要領に規定されており、懲罰規定も含まれているが、基本的人権への配慮に付いて定期的に状況の把握・評価等は行なわれていない。
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 プライバシー保護規程は策定されていないが、利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。
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。	a 施設を説明した資料に付いては、全国の市役所・病院・相談事業所等、多くの公共施設等に置かれている。資料は絵や図・写真を利用して分かり易い資料になっている。見学・体験入所等も受入れており、提供する資料類の見直しは適宜行なわれている。

		第三者評価結果	コメント
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	開始時には重要事項説明書やリハビリテーション説明書にて分かり易く説明されており、変更時にもそれまでの個別支援計画の内容から説明がされている。何れの場合も捺印を持って自己決定とされているが、意思決定が困難な利用者への配慮についてはルール化されていない。
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	変更時には個別支援計画の内容から説明がされている。以後のアフターケアについては、当該部門が担当となる旨は利用者に伝えられるが、窓口や担当者は設置されていない。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	c	利用者に関しての満足度調査等は行なわれておらず、利用者会や家族会等も設置されていない為、利用者満足に対する具体的な改善は行なわれていない。
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、所内掲示や重要事項説明書への掲載も行なわれている。「利用者の声」として利用者が提出する箱の設置もされており、記録も残されているが、公表して周知した方が良いと思われる解決結果の公表等はされていない。
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	相談に関しての仕組みを明示した文章等は準備されていないが、職員は利用者からの相談を随時受けており、相談をしやすい、意見を述べやすいスペースも確保されている。
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	相談に関しての仕組みを明示したマニュアルや文章等は準備されていないが、職員は利用者からの相談を随時受けており、相談をしやすい、意見を述べやすいスペースも確保されている。「利用者の声」として利用者が提出する箱の設置もされており、仕組みとして準備されているが、実際の投稿はなく質の向上に繋がっているとは言えない。
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	危機管理マニュアルは策定されているが文章での表記が多く、瞬時に対応できるのか、フローチャートにする等の改善が必要である様に感じる。ヒヤリ・ハットの要因分析・改善策策定・再発防止・再検証の仕組みが出来ているが、職員に対して安全確保・事故防止に関する研修等は行なわれていない。
		第三者評価結果	コメント
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。	b	感染症マニュアルは策定されているが、同様、文章での表記が多く瞬時に対応できるのか、フローチャートにする等の改善が必要である様に感じる。感染症の予防や安全確保に関する勉強会等は開催されていない。又、マニュアルの見直し等は行なわれていない。
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	災害時の対応マニュアルは策定されているが、同様、文章での表記が多く瞬時に対応できるのか、フローチャートにする等の改善が必要である様に感じる。又、発災時に優先すべき利用者の安否確認に付いてマニュアルに触れられていない。
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	各担当毎に標準的な実施方法（マニュアル）が策定されているが、利用者の尊重やプライバシーの保護・権利擁護に関わる姿勢等は織り込まれていない。又、標準的な実施方法に従い実施されているか確認する仕組み等は定められていない。
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。	b	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは定期的に行なわれているが、個別支援計画の中で良いと思われる改善方法や職員や利用者等からの意見や提案を織り込む仕組みは策定されていない。
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	多くのアセスメント様式が設定されており、記入方法等、仕組みが確立している。アセスメント及び個別支援計画の内容検討段階において、調整会議・調整決定会議が行なわれ内容の協議が行なわれている。個別支援計画には、利用者のニーズが明示されており、年4回の評価・見直しが仕組みとして構築されている。支援困難ケースへの対応に付いても決められている。
		第三者評価結果	コメント
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	個別支援計画は、年4回の評価・見直しを行なう仕組みとなっており、その際は組織内で調整会議・調整決定会議が行なわれ内容の協議が進められる。内容の変更については、手順に従い定期的な検討の他、適宜変更が行なわれるフレキシブルな仕組みとなっている。
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。	b	利用者の身体状況については、定期健康診断の結果等、統一様式に記録されており、報告の際に上長の確認がされ書き方等に付き、間違いがあれば指導される仕組みとなっている。情報の分別等は行なわれていないが、PCのネットワークシステムが構築されており、情報共有がされている。
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。	b	公文書となる為、国で定められた規定に従い個人情報の保管・保存・廃棄・情報の提供に関して管理されている。漏洩等に関しても懲罰規定を含め、規定されている。職員に対して教育・研修が行なわれているが、家族等に説明はされていない。

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-1-1-1-①	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 本人の意向を重視しそれを高める為の個別支援を行っている。趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等に付いても、利用者の要請があれば援助する様にしている。生活に関わるルール等はホームルームが月1回設定されており、その中で確認される。職員間で「利用者の権利」と言うテーマで検討する様な機会は持たれない。
A-1-1-2 権利侵害の防止等			
2	A-1-1-2-①	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 利用者の権利侵害の防止に付いては、例えば身体拘束に関して具体的な事例を利用者に説明して周知を図っている。身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等は利用要領に明示されており、職員に徹底している。自立の為に発生した場合に再発防止策等を検討する仕組みは策定されていない。
A-2 生活支援			
A-2-1 支援の基本			
3	A-2-1-1-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a 当部門は基本的には自立の為に訓練場所であるので、自分の生活をどうしたいのかを決めて生活できる様、支援している。又、入浴や排泄等は基本的には習熟して行く様、支援している。自立の為に動機付けとして、同様の障害を持っている方との交流を持つ機会を設けている。
		第三者評価結果	コメント
4	A-2-1-1-②	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 会話による意思疎通が難しい利用者には、コミュニケーションツールの活用等により利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っているが、利用者のコミュニケーション能力を高める為の支援は行われていない。
5	A-2-1-1-③	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 利用者が相談しやすい様に声かけを行ったりしている。入所間もない利用者に対しては、選択・決定と理解の為に情報提供や説明を行っている。相談内容に付いては、支援調整会議やケース会議に於いて検討され、情報共有が図られている。
6	A-2-1-1-④	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 日中活動に付いては、利用者の状況に応じた活動やプログラム等へ参加する為の支援を行っている。リハビリテーションスポーツやレクリエーション等、活動プログラムに沿った支援が提供されているが、利用者の希望や意向に基づいた多様なメニューやプログラムは準備されていない。
		第三者評価結果	コメント
7	A-2-1-1-⑤	利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b 専門知識の習得と支援の質の向上は、職員の本分と捉え、日々の支援を行っている。利用者の行動や生活の状況等を把握し、カンファレンスやケース会議に於いて職員間で支援方法等の検討と情報共有を行っている。利用者間のトラブル等に付いては調整等を必要に応じて行っているが、利用者の不適応行動等の行動障害に対しては個別的対応が出来ていない。
A-2-1-2 日常的な生活支援			
8	A-2-1-2-①	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 食事は利用者の嗜好を反映し、嫌いな物を除く対応等もされている。その他、入浴・排泄・移動/移乗等に対する支援は、利用者の心身の状況に応じて適切に行なわれている。
A-2-1-3 生活環境			
9	A-2-1-3-①	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 国立の施設である事からも、居室・食堂・浴室・トイレ等は、清潔で適温と明るい雰囲気を保ち安心・安全に配慮されている。日々の時間割には拘束時間と自由時間があるので、利用者によっては安眠（休息）の時間に充てている。生活環境の改善に付いては、入所施設向けの為、非該当。
A-2-1-4 機能訓練・生活訓練			
10	A-2-1-4-①	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 施設が機能訓練・生活訓練を行なう為の施設であるので、着眼点の内容は全て行なっており、利用者の希望に応じた時間割の選択にも応じている。
A-2-1-5 健康管理・医療的な支援			
11	A-2-1-5-①	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 利用者の様々な場面に於いて、健康状態の把握に努めており、利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進に付いては個別に健康診断を行なっている。健康管理等に付いて、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行ってはいない。
12	A-2-1-5-②	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。	b 原則、センター併設の病院との連携で医療的ケアや支援が行われており、看護師の配置により服薬管理等も適切に行なわれている。介護職員等が実施する医療的ケアは、医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。定期的な職員研修等は行なわれていない。
A-2-1-6 社会参加、学習支援			
13	A-2-1-6-①	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 利用者の希望や社会参加の為に支援として、スポーツやレクリエーションを企画している。学習支援としては、外国人に対する日本語講座等を行なっている。新しい行事の企画やネットワークシステムの提供等により、利用者の意欲を高める支援の工夫を行なっている。外出・宿泊は非該当

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 国立の施設と云う事から、地方からの利用者も多く、この施設を修了して自分の地域に戻る事になる。依って、地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し具体的な生活環境への配慮や支援を行う為に、相談支援も活用しながら当該地域を訪問して関係機関等と連携・協力する事もある。
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・交流に当たっては、連絡帳を利用し説明を行なっているが、定期的に家族に対して報告したり、意見交換を行なう機会は設けていない。家族とは特に介護の方法等に付いて指導を行なったり助言をししたりしている。
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 18歳以上の施設である為、非該当。
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。	b 機能訓練は全て職業訓練に繋がるもの位置づけとなっており、この後、就労支援への移行も行なっている。就労先の開拓等、地域の企業や関係機関との関わりで就労の支援を行う様な事はおこなっていない。
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。	d 就労支援その物は非該当。
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。	d 就労支援に関わる職場開拓と就職活動の支援、定着支援等は非該当。