

事業者名:②生活訓練様

2019年10月9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10月9日  
【訪問調査日】 2019年 9月17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			
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 生活訓 練課	種別	自立訓練 (生活訓練)
所在地	〒 359-8555 埼玉県所沢市並木4-1		
電 話	04-2995-3100		
FAX	04-2992-6393		
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	茅根 孝雄 (所属、職名：自立支援局 生活訓練課長)		
利用定員	30名	開設年	平成 18年 10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その有す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
- 名	- 名	4 名	- 名	3 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
2 名	3 名	7 名	2 名	- 名	- 名
					合 計
					24 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	1 名	- 名	- 名	2 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	4 名	4 名	- 名	- 名	1 名	- 名	- 名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	- 名	- 名	- 名	1 名	- 名	- 名	- 名
重複障害（別掲）	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名	- 名
合 計	4 名	5 名	- 名	1 名	3 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	2 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	10 名	10 名
合 計	- 名	10 名	10 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	6 名	2 名	- 名	- 名	- 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
15名	8名	1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: 0.39 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	9名	名	名	2名	名
非常勤	3名	名	名	名	名
	主任(支援員)	支援員	臨時職員(支援員)	看護師	OT
常勤	名	4名	名	名	3名
非常勤	名	3名	名	名	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	5名 ( 1名 )
介護福祉士	名 ( 名 )
精神保健福祉士	4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 )

(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)
- ・第一自立訓練部長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)

(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(生活訓練)事業における施設入所支援(定員30名)
- ・指定自立生活援助事業(2018年10月1日から事業開始)

【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 1 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56年）に基づいて記入。

(1) 建物面積	27,634 m <sup>2</sup>
	入所(通所)者 1 人あたり 67 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	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。

- ・毎日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 生活訓練課	種別：	自立訓練（生活訓練）
代表者氏名：	茅根 孝雄	定員（利用人数）：	30（14）
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)【中期計画～年度事業計画～職員個人目標展開】

中・長期計画は、5年を1期として策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしています。経営課題や問題点毎に担当・期間・達成レベル等が詳細に設定され、具体的な数値目標も踏まえ評価・見直しが行える内容となっています。中・長期計画のフォーマットに年度の事業計画を織り込んでワンライティングでまとめられており、中期との繋がりを理解した上で年度の目標の達成を目指したPDCAが遂行できる様、工夫されています。更にここから職員は、関連づけたテーマを選び目標展開に繋げています。具体的な事業計画策定に付いては、職員の検討から始まりボトムアップ方式で部門の計画が決定される仕組みとなっています。評価・見直しに付いては、年2回行なわれ実施状況の確認がなされると共に、必要があれば内容の追加・変更・打切も検討されています。

##### (2)【アセスメント～個別支援計画】

決められたアセスメント様式に従いアセスメントが実施され、それに基づき個別支援計画が策定される手順となっています。アセスメント時・個別支援計画策定時とも、部門を横断したカンファレンス、その後、支援調整会議、最終的な決定会議として支援決定会議が行なわれる仕組みとなっています。個別支援計画は年4回の評価・見直しが行なわれ、PDCAが展開されています。記憶障害等、支援困難ケースに付いては、容態の軽重に対応したサービスの提供が行われています。

#### ◇特にコメントを要する点

##### (1)【自己評価】

事業計画や目標管理の展開の中で、組織的・定期的の実績確認・評価を行なう仕組みや手順が定められ実施されていますが、自己評価は行なわれていない為、その評価結果を分析・検討する場は設定されていません。又、自己評価を行なう仕組みがない為、評価結果の分析や改善策の策定・実施等は行なわれていません。

##### (2)【有事の際の安否確認】

自然災害等の有事の際の安否確認方法に付いて、職員の安否確認方法に付いては規定されていますが、利用者の安否確認方法に付いては触れられておらず、早急に見直す必要があると感じます。

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

ご指摘いただきました「自己評価」について、自立訓練（生活訓練）では「福祉サービスの質の向上に向けた取組」の一つとして、昨年度から提供サービスモニタリングチェック表を作成する等してサービス提供場面の状況の評価（C:Check）を行う体制を整え取組んできています。

また、有事の際の利用者の「安否確認」方法について、「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局における防災対策実施要領」等には利用者の「安否確認」の文言はないものの、火災発生時等の避難誘導、避難場所での点呼及び避難状況の確認等について述べてあり、訓練でも必要な安否確認を実施しています。

今後は、関係部署とも相談しながら必要な取組を行い、サービスの質の向上に努めていきたいと思っております。

### 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。			
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・基本方針は局レベルのホームページに明記されており、当部門としても事務所に掲示し、一部の職員ではあるがIDカードホルダーの裏側に挿入し、常時確認できる状態にあり、周知されている。利用者には入所の際に重要事項説明書に掲載された内容を説明し、周知を図っているが、継続的な確認はなされていない。

### 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。			
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	経営環境や課題については、事業報告や運営委員会資料で把握・分析されているが、全国で展開されている事業に関してが主となり、位置する地域（所沢市・埼玉県）での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析する内容とはなっていない。
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。	b	事業報告や運営委員会資料からの方向付けに従い、中期的に体制を整える部分と、国の決定事項に従い展開される内容がある。これらの内容は冊子にまとめられ、職員に配布され周知が図られている。

### 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。			
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・長期計画は、5年を1期として策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしている。経営課題や問題点毎に担当・期間・達成レベル等が詳細に設定され、具体的な数値目標も踏まえ評価・見直しが行える内容となっている。
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	中・長期計画のフォーマットに年度の事業計画を織り込んでワンライティングでまとめられており、中期との繋がりを理解した上で年度の目標の達成を目指したPDCAが遂行できる様、工夫されている。更にここから職員は、関連づけたテーマを選び目標展開に繋げている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
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	具体的な事業計画策定については、職員の検討から始まりボトムアップ方式で部門の計画が決定される仕組みとなっている。評価・見直しについては年2回行なわれ、実施状況の確認がなされると共に、必要があれば内容の追加・変更・打切も検討される。
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	利用者に対しては、事業計画の説明や資料の配付等は行なわれていない。

### 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。			
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	事業計画や目標管理の展開の中で、組織的・定期的に実績確認・評価を行なう仕組みや手順が定められ実施されているが、自己評価は行なわれていない為、その評価結果を分析・検討する場は設定されていない。

		第三者評価結果	コメント
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。	<b>c</b>	自己評価を行なう仕組がない為、評価結果の分析や改善策の策定・実施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。			
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>b</b>	事業計画は職員の検討を重視したボトムアップ方式で策定される。そのまとめの段階では、管理者が中期計画等との摺り合わせを行ない、部門の方針を集約している。職務分掌に於いて責任と役割を明確にしているが、不在時の権限委任等は明文化されていない。
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。	<b>a</b>	公務員の立場から、或いはそれに関わる法令等からも法令遵守は義務付けられており、職員も含め徹底されている。管理者は、内/外部の研修や勉強会等の中で法令遵守の観点での授業を受けた場合は、部門での報告会や回覧を通して職員に情報提供し周知を図っている。

II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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>a</b>	退所時に利用者アンケートを行い、サービスの質の向上に反映すべくデータまとめ・分析が行なわれている。部門内で年に数回、職員のグループ毎にサービスの質の向上に付いてテーマを設けて議論する機会を設定し、自らもその活動に積極的に参画している。その中から利用者の満足度を計り、又、職員の意見を反映する場ともなっている。

		第三者評価結果	コメント
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>b</b>	中期計画や事業計画を踏まえ、方向付けされた内容に付き、報告業務と併せ人事・労務・財務等の管理がされているが、公務員という立場から、主体的に判断し行動に結びつける事は難しく、具体的な体制の構築には繋がっていない。

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。			
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>a</b>	計画の内容に付いて、実数を持って計画を策定している訳ではないが、現状に対して増減があれば補正すべく、募集や増員要望が行なわれる（現状維持が計画と認定）。将来的に2～3年後を目指し、特に専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制に付いての案画はされている。
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	<b>b</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。人事基準は職員等に周知されており評価面談も実施されているが、評価結果自体は年功序列的なニュアンスもあり、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 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-2 (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	労務管理に関するデータ管理は、報告業務と合わせ責任者が行なっている。職員のメンタルヘルスに関しては、ストレスチェックが定期的に行われ、管理部内の相談窓口と連携してフォローされている。福利厚生に付いては、公務員共済組合で色々なサービスが行なわれている。ワークライフ・バランスへの配慮に付いては、N○残業デーの設置や時間単位の有給休暇の取得、又、フレックスタイムの導入により効果的な施策が図られている。
II-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
II-2-2 (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	中期計画の中で「期待する職員像」は明確に示されており、目標項目・目標水準・目標期限等が詳細に策定された目標管理、人事評価制度が運営されている。年2回の職員個別面接を行う等、組織の目標や方針の徹底、又、職員の要望・意見等を確認し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されており、進捗状況・達成度の確認もされている。
II-2-2 (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	中期計画の中で「期待する職員像」は明確に示されており、組織が職員に必要と期待している専門技術や専門資格も明示している。職員には、e-ラーニングの受講が計画的に義務付けられており、必要とされる知識や能力が示されているが、研修のまとめや課題の抽出、カリキュラムの評価・見直し等は業者からフィードバックがなく、何の為に実施しているのか確認できない。
II-2-2 (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	新任職員に対するOJTに関しては、全てに関して標準的な実施方法に沿ったマニュアルが準備されている訳ではないので、指導者により多少の差異はある可能性はあるが、利用者に対しては1人の職員が退所まで担当すると云う事から、大きな問題とはならない。外部研修に関しては、責任者からの声かけ・推薦に基づき、全員が参加できるよう配慮している。
II-2-2 (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。			
II-2-2 (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。	a	中期計画に於いて積極的な受入れが明示されている。自立支援局として、オリエンテーション資料の作成やプログラム・スケジュールの調整を学校と連携して行い、実習担当者は、指導者研修を受けた職員が当たっている。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-1 (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
II-3-1 (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	ホームページのセンター全体のサイト、及び自立支援局のサイトに於いて理念・基本方針始め、各種情報が公開されている。地域との関わりでは、並木祭の開催に合わせて市内の福祉施設の参加を推奨したり、講師として専門知識を地域の講習会等で要請にに応じている。又、用地が広い為、福祉避難所の機能を担っているが、事業所の活動内容を紹介する印刷物の配布等は行なわれていない。
II-3-1 (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	事務、経理、取引等に関するルールに付いては、国立の施設である事から、法令や規定が策定されており、職員に周知されている。又、職務分掌が詳細に決められており、権限・責任が明確にされている。内部監査は定期的に行われているが、専門家等による経営改善に関わる指導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。			
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	中期計画や基本方針に地域との関わりの重要性を謳い、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。又、並木祭の開催等、地域の福祉施設を招いてのイベントの開催や事業公開の機会を設け地域に対し情報発信している等、地域との交流を図っているが、外部への買い物や通院については、利用者に任せている。
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。	b	ボランティアの活動に付き、基本姿勢や学校教育への協力も明文化されているが、自立した方が利用する事業所となる為、ボランティアの受け入れは限定的となっており、ボランティアを必要とする活動は少ない。依ってマニュアル等は準備されていない。
Ⅱ-4-（2） 関係機関との連携が確保されている。			
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	地域の関係機関・団体に付いて、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成しており、職員間で情報の共有化が図られ周知されているが、定期的な連絡会等は行なわれていない。退所後のアフターケアに付き、必要があれば利用者の居住地域に向き、関係機関との調整や相談に応じ、便宜を図っている。
Ⅱ-4-（3） 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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	センターとしてスペースを活用して、施設やグラウンドの貸出や事業公開の機会を設け地域に対し情報発信している等、地域との交流を図っている。又、災害等の有事の際の福祉避難所として登録されており、地域での役割を負っている。尚、相談支援の部門はあるが利用者向けであり、地域との対応は行なっていない。
		第三者評価結果	コメント
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	部門としては、高次脳機能障害に対応したリハビリテーションの専門家として、これに関わる情報発信を事業公開の機会等を利用して行なっているが、民生委員・児童委員との連携や相談事業を通じての地域の福祉ニーズの把握等は行なわれていない。

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。			
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	理念の一番目に基本的人権の尊重を掲げ、職員にも周知徹底されている。公務員として遵守しなければならない各種規定や規則に、倫理規定や懲罰規定も明示されている。基本概念として、基本的人権の尊重は個々の訓練に付いてのマニュアル等にも反映されている。又、基本的人権への配慮については、グループ内での勉強会でも取り上げられているが、実施状況に付き検証する様な仕組みはない。
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	個人情報保護や虐待防止に関する規程・マニュアル等は準備されているが、プライバシー保護に特化した物は策定されていない。基本的には日常生活は普通に行える利用者なので、必要な範囲でのプライバシーへの配慮や設備対応になっている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等に付いては、倫理規定等にも明示されている。

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。			
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	パンフレットは公共施設や全国の関係施設に配布されているが、理念・基本方針は掲載されていない。組織を説明する数種の資料は、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あり、内容に付いては定期的に見直しを行なっている。
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	サービス開始時には重要事項説明書等を用いて説明しており、契約に当たっては捺印を貰う事で同意を確認している。サービス開始・変更時には、失語の方等、利用者の状況に応じて丁寧に説明し理解を得る様に配慮している。特に退所後のアフターケアに付いては、利用者が出身地域に戻っても必要があれば訪問してケアを行なっている。意思決定が困難な利用者への配慮に付いてのルール化等はされていない。
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	施設の変更や家庭への移行等にあたっては、不利益が生じないように配慮しアフターケアが行なわれている。利用者が出身地域に戻っても必要があれば訪問してケアを行なっている。在籍時は1人の担当者が修了まで継続して担当する仕組みとなっており、退所後も引き続き窓口として対応している。移行時の手順や引継文書は策定されていない。
Ⅲ-1- (3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	b	退所時に利用者アンケートを行い、サービスの質の上昇に反映すべく詳細にデータまとめ・分析が行なわれ、結果の評価や検討は行なわれている。利用者から直接意見や要望を聞く為の家族会や利用者会は設立されていない。
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。			
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	苦情解決の仕組み（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掲載され利用者に周知されている。資料は所内掲示されており逐次確認されている。処理された苦情内容に付いては、適切に記録され利用者にフィードバックされており、必要な内容に付いては公表されている。
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	相談に付いてのみの仕組みは策定されておらず、明文化もされていないが、相談するスペースに付いては、相談しやすい、意見を述べやすい環境が整備されている。
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	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めているが、相談に特化したマニュアル等は策定されていない。相談に関しての意見箱は設置されておらず、アンケートも行なわれていない。
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。			
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	リスクマネジメントに関する委員会等は設置されていない。有事の際の対応に付いて、責任や担当、手順等を含んだマニュアルは策定されているが、説明が全て文章で書かれている為、緊急事態に何処まで瞬時に判断できるのか、疑問が残る。ヒヤリ・ハット事例の収集は積極的に行われ、データとして記録されている。要因分析や改善策の検討は都度行なわれているが、評価・見直しをして今後の対応に結びつける方向付けはされていない。

		第三者評価結果	コメント
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設置されており、管理体制が整えられている。対応マニュアルは各種感染症別に策定されているが、文章表記の為、瞬時に判断できるのか、疑問が残る。定期的に医師や看護師が講師になり勉強会等を開催している。病院が組織内にある事もあり、万全な対応体制が準備されている。
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	災害対応マニュアルが策定されており、対応体制が整えられている。有事の際の食料や備品類等の備蓄計画を整備しており、事業継続計画（BCP）の検討も詳細に進められている。只、避難誘導の際の安否確認方法に付いて触れられておらず、地域と連携しての総合防災計画等も策定されていない。
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。			
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	技術的な介助方法を記したマニュアルは策定されており、実際に実施されているかどうかを確認する仕組みはあるが、利用者の権利擁護やプライバシーの保護に付いての記述はない。
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	標準的な実施方法の見直しをする仕組みは準備されていない。
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。			
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	決められたアセスメント様式に従いアセスメントが実施され、それに基づき個別支援計画が策定される手順となっている。アセスメント時・個別支援計画策定時とも、部門を横断したカンファレンス、後に支援調整会議、最終的な決定会議として支援決定会議が行なわれる仕組みとなっている。個別支援計画は年4回の評価・見直しが行なわれ、PDCAが展開されている。記憶障害等、支援困難ケースに付いては、容態の軽重に対応したサービスの提供が行われている。
		第三者評価結果	コメント
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。	b	年4回、3ヶ月毎に定期的にモニタリングを実施し、支援会議等で見直しを行っており、結果、変更する必要が生じた場合は都度、訂正されるが、福祉サービスの質の向上に関わる課題等は明確にされていない。
Ⅲ-2-(3) 福祉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、職員間で共有化している。	a	利用者の身体状況や生活状況等はフェースシートに記録されており、個別支援計画も合わせ利用者の状況の記録は適切に行なわれている。職員の記録方法の標準化に付いては、上長への報告時に確認され、差異が生じない様、チェックされている。情報はネットワーク上の共有フォルダーにより管理され、メールの配信時に情報の分別も計られている。
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。	b	個人情報保護規程や公務員法に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。又、漏洩等の不適切事案に対しても懲罰規定含め規定されている。職員は個人情報保護に付いて理解しており、利用者や家族にも説明しているが、教育・研修等は実施されていない。

A-1 利用者の尊重と権利擁護			
A-1-1 (1) 自己決定の尊重			
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	利用者の自立や自己決定・主体的な活動に付いては、利用者の意向やエンパワメントの力を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。ある程度自立した方が利用する施設の為、趣味活動や衣服・理美容・嗜好品等に関してサジェスチョンする事は余りない。利用者会等は設けられていない為、生活に関わるルールを話し合いで決めるという様な事はない。
A-1-1 (2) 権利侵害の防止等			
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	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を明確に定め、利用者との契約内容にも説明され、職員に徹底している。所管行政への虐待の届出・報告に付いての手順等を明確に定めている。権利侵害が発生した場合の対応に付き、具体的な内容・事例の収集や早期発見の為の具体的な取組みは行なわれていない。
A-2 生活支援			
A-2-1 (1) 支援の基本			
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	ある程度自立した方が利用する施設の為、関わる事は少ないので見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。利用者の心身の状況や生活習慣、望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。自立の動機付けの為、外部施設の見学会等も行なっている。その他、行政手続や生活関連サービス等の利用も支援している。
		第三者評価結果	コメント
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。	a	言語のコミュニケーションが旨く行かない方には、ノートに書くことでコミュニケーションを図っている。又、スマホやボイスレコーダーを利用する等、コミュニケーション手段を選び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。
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	日々の支援の中で相談を受けており、必要に応じて情報提供や説明を行なっている。3ヶ月に1回の個別支援計画の評価・見直しの際にも利用者の意思決定を尊重し、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。
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	利用者の希望やニーズに基づくメニューを利用者の進捗状況によりフレキシブルなプログラムとして組立を行なっている。又、地域のイベント情報の提供や高次脳機能障害者の集まり等の情報提供と、必要に応じた利用支援を行っている。、レクリエーションや余暇等に関する情報提供等はあまり行なわれていない。
		第三者評価結果	コメント
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。	a	職員は内外の講習会や勉強会から専門知識を習得し、支援の向上を計っている。内部のカンファレンスにより利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。利用者を障害の状況に応じて3グループに分け、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。

A-2- (2) 日常的な生活支援			
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	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。機会を見て外での会食を計画する事もある。食事の内容は、利用者に併せた形態で対応している。入浴は見守り程度になるが、対応している。通常の事として、移動・移乗支援を行っている。
A-2- (3) 生活環境			
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	非該当
A-2- (4) 機能訓練・生活訓練			
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。	a	当部門の主業務となっている為、全てが実施している内容となる。
A-2- (5) 健康管理・医療的な支援			
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。	a	利用者の状態に合わせ、随時問題があれば施設内の医師が対応しているし、健康管理室による3ヶ月1回の検診や利用者によっては毎月健康診断がプログラムに織り込まれている。又、看護師による健康教室や健康講話が定期的に行われている。
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	非該当
A-2- (6) 社会参加、学習支援			
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。	d	非該当
A-2- (7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
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	全国からの受け入れとなる為、当該地域支援機関と連携して支援している。その為、場合によっては利用者と共に出張し、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っている。
A-2- (8) 家族等との連携・交流と家族支援			
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	個別支援計画の見直し時には家族も含めニーズの確認が行なわれ、個別に年2回の家族教室を開催し家族等と意見交換する機会を設けている。又、家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。
A-3 発達支援			
A-3- (1) 発達支援			
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	非該当
A-4 就労支援			
A-4- (1) 就労支援			
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	殆どの利用者が修業後の就労を希望しており、利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っている。利用者によっては面接方法や履歴書の書き方等も含め支援している。地域の企業や関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。

評価結果詳細（国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局生活訓練課）

		第三者評価結果	コメント
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	非該当
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	非該当