

評価報告書

福祉サービス第三者評価項目(障害者・児施設版)
(評価項目の構成)

I. 福祉サービスの基本方針と組織

1. 理念・基本方針
2. 計画の策定
3. 管理者の責任とリーダーシップ

II. 組織の運営管理

1. 経営状況の把握
2. 人材の確保・養成
3. 安全管理
4. 地域との交流と連携

III. 適切な福祉サービスの実施

1. 利用者本位の福祉サービス
2. サービスの質の確保
3. サービスの開始・継続
4. サービス実施計画の策定
5. 質の高い福祉サービスの
実施に係る具体的な取り組み

IV. 障害者・児施設福祉サービスの実施

1. 利用者の尊重
2. 日常生活支援
3. 自立支援

訪問調査日 平成26年7月23日、平成26年7月24日
調査実施の時間 10時00分～15時00分、10時00分～14時30分

施設名 国立障害者リハビリテーションセンター
自立支援局別府重度障害者センター

主任評価調査員
(記入者) 氏名 山田和嘉

同行調査員 氏名 今道慎一

施設側対応者

(職名)	(氏名)
所長	小石公二郎
庶務課長	福田克広
支援課長	藤田ゆかり
医務課長	橋本 通

ヒヤリングをした職員数 7 人

※記入方法

- 調査の結果を調査員同士が話し合い、主任調査員がご記入下さい。
- 第三者評価基準(障害者・児施設版)の判断基準に基づき「a」「b」「c」の欄のいずれかに○を付け、その判断した理由や根拠を記入して下さい。

※評価項目について

- 評価項目は86項目です。

福祉サービス第三者評価結果

事業所名	国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局別府重度障害者センター
------	--

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

福祉サービス評価センターおおいた

②第三者評価実施期日

平成26年7月23日、24日

③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 自立支援局別府重度障害者センター	種別：指定障害者支援施設
代表者氏名：所長 小石公二郎	定員（利用人数）70名
所在地：大分県別府市南荘園町2組 TEL：0977（21）0181	

④総評

◇評価の高い点

- 運営方針や重点事項の作成などを通し各職員にその趣旨や役割を示し、各課、幹部拡大会議、部門長との打ち合わせなどあらゆる機会に、役割、責任、方向性を協議し、改善に積極的に取り組んでいる。
- 福祉教育、市民生活に役立つ学習会を実施し、頸髄損傷者支援の機能を地域に還元している。小学生への体験学習、中・高生への職場体験も受け入れている。また、全国の病院・施設等を対象に頸髄損傷者に対するリハビリテーション研修会を毎年実施し、支援や訓練技術等の普及に努めている。本年は10月に別府市で開催予定である。
- 施設相談員が年一回、全利用者に対して、「訓練について」や「相談のしやすさ」「職員の言葉遣い」などを直接聴取するだけでなく、食堂前の廊下にパソコンを設置して、随時対応することで、直接的には伝えづらい内容、または言葉を発しにくい利用者に対しても、より意見や苦情を述べやすい体制を整えている。
- 温冷庫により温かいものは温かく、サラダなど冷たいものは冷たく、適温の食事が提供されている。また週3回、利用者に人気のあるメニューを選択できる日を設けている。
- 利用者は頸髄損傷により健康面に不安があるが、医師が常駐していることで高度の医療にも対応でき、安心して訓練を行うことができる環境が整っている。

改善を求められる点

- 今後、利用者、家族に当機関の中・長期ビジョンの実施計画など分かりやすい資料を作成し説明することを期待する。
- 本事業所は国の機関として他にない専門性を有し、他事業者に対する支援等は積極的に行っているため、さらに把握されたニーズに対応できるような取り組みに期待する。
- 個々の利用者の主体的な活動は尊重されているが、さらなる主体的な活動を支援するためにも利用者会などの発足を期待したい。
- 基本的には男女別のトイレである。トイレはカーテンによりプライバシーを保護されているが、一部で男女共同のトイレがあるので、男女別々のトイレを整備することが望まれる。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当センターは、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設で、頸髄損傷者等の重度の肢体不自由者に対し、医学的管理のもとに障害者福祉サービス（機能訓練及び施設入所支援）を提供している施設です。

同様の施設が全国に殆どないこともあり、初めての福祉サービス評価を受審するにあたり不安もありましたが、提供している現在のサービス内容の再確認や職員の支援意欲の向上などに繋がり、良い機会となりました。

結果は高い評価を頂きましたが、これにおごることなくサービスの向上に努めてまいります。なお、改善を求められた事項については、基本的には理解しているところではありますが、訪問時の職員ヒアリングにおいて全てを短時間で適切なお説明できなかったこともあったかとは思いますが、例えばトイレの件については、女性の平均利用者数7人に対し6箇所的女性専用トイレを設置していますが、障害の程度・左右差・可動域制限等が同程度の者が複数在所した場合などは、同種類のトイレをその数だけ設置しなければならないことから、使用時間が重なるような時のみ他のトイレを使用する運用をしています。一般的に建物・設備や管理の面を考え、また、現行制度の中で利用者の倍程度のトイレを設置することが適切な施設運営と言えるのか疑問が残ります。

また、福祉ニーズに基づく事業・活動については、施設・病院・事業所・行政等関係機関に対して毎年研修会を実施し、頸損リハの技術普及や連携を図り、学校に対する障害者学習への協力（受け入れ、職員派遣）、在宅訪問相談、書籍やホームページによる頸損リハ技術等の普及、センター紹介活動に併せて関係学会・事業所・病院等との相談・連携活動、地域行政の委員会や研修会への講師派遣、各種市民講座の開催を通して市民への啓蒙活動などを行っておりますが、一施設の限られた資源の中で本来業務を適切に実施した上で、他の評価項目を含め附加的業務をどの程度出来るか総合的に思慮した評価が必要と思います。

最後に、ご指導頂いた事項については、種々困難な課題はありますが、努力していきたいと思っております。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

1 評価報告概要表

全体を通して(優れている点、独自に工夫している点など)	
<p>(施設概要)本施設は別府湾が見下ろされ、背後に鶴見岳を望む別府の老舗ホテルや旅館がある南立石地区にある。昭和14年軍事保養院の傷痍軍人別府温泉療養所として設立される。昭和20年旧厚生省に移管され「国立別府温泉療養所」となる。その後、組織再編を経て現在名称が「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局別府重度障害者センター」となっている。特に頸髄損傷者等の自立をめざす国立の機関として事業を実施している。</p> <p>(全体的に優れている点、工夫している点) 受傷後の一定の治療が終わった重度の肢体不自由者の方に対し、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、医学的管理、医学的リハビリテーション(理学療法・作業療法・スポーツ訓練)、心理的・社会的リハビリテーション(社会的支援・心理的支援)職業的リハビリテーションが一体的になされている。特に、利用者の地域復帰後の社会参加・社会的自立をめざし訓練を実施する職能訓練についてはトールペイントコース、手織りコース、情報処理コース等があり職員が個々の特性にあわせた訓練を実施している。</p>	
分野	特記事項(優れている点、要改善について)
I	(優れている点) 運営方針や重点事項の作成などを通し各職員にその趣旨や役割を示し、各課、幹部拡大会議、部門長との打ち合わせなどあらゆる機会、役割、責任、方向性を協議し、改善に積極的に取り組んでいる。
福祉サービスの基本方針と組織	(要改善について) 今後、利用者、家族に当機関の専門的支援の実施計画など分かりやすい資料を作成し説明することを期待する。
II	(優れている点)福祉教育、市民生活に役立つ学習会を実施し、頸髄損傷者支援の機能を地域に還元している。小学生への体験学習、中・高生への職場体験も受け入れている。また、全国の病院・施設等を対象に頸髄損傷者に対するリハビリテーション研修会を毎年実施し、支援や訓練技術等の普及に努めている。本年は10月に別府市で開催予定である。
組織の運営管理	(要改善について) 国の機関として他にない専門性を有し、広くニーズ把握がされているので、さらに把握されたニーズに対応できるような取り組みに期待する。
III	(優れている点) 施設相談員が年一回、全利用者に対して、「訓練について」や「相談のしやすさ」「職員の言葉遣い」などを直接聴取するだけでなく、食堂前の廊下にパソコンを設置して、随時対応することで、直接的に伝えづらい内容、または言葉を発しにくい利用者に対しても、より意見や苦情を述べやすい体制を整えている。
適切な福祉サービスの実施	
IV	(優れている点) ・温冷庫により温かいものは温かく、サラダなど冷たいものは冷たく、適温の食事が提供されている。また週3回、利用者に人気のあるメニューを選択できる日を設けている。 ・利用者は頸髄損傷により健康面に不安があるが、医師が常駐していることで高度の医療にも対応でき、安心して訓練を行うことが出来る環境が整っている。
障害者・児施設福祉サービスの実施	(要改善点について) ・個々の利用者の主体的な活動は尊重されているが、さらなる、主体的な活動を支援するためにも利用者会等の発足に期待したい。 ・現在、週2回(本年10月から週3回実施予定)の入浴であるが、利用者も週3回の入浴を希望しており、早めの実現を期待したい。 ・一部に男女共同のトイレがあり、カーテンによりプライバシーを保護されているが、男女別々のトイレを整備する事が望まれる。

分野・領域	項目数	評価		
		a できて いる	b 十分に ない	c できて いない
I 福祉サービスの基本方針と組織	小計 13項目	12	1	0
① 理念・基本方針	4項目	4	0	0
② 計画の策定	5項目	4	1	0
③ 管理者の責任とリーダー	4項目	4	0	0
II 組織の運営管理	小計 22項目	21	1	0
① 経営状況の把握	3項目	3	0	0
② 人材の確保・養成	9項目	9	0	0
③ 安全管理	3項目	3	0	0
④ 地域との交流と連携	7項目	6	1	0
III 適切な福祉サービスの実施	小計 23項目	23	0	0
① 利用者本位の福祉サービス	7項目	7	0	0
② サービスの質の確保	8項目	8	0	0
③ サービスの開始・継続	3項目	3	0	0
④ サービス実施計画の策定	4項目	4	0	0
⑤ 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み	1項目	有 1	— —	無 —
IV 障害者・児施設福祉サービスの実施	小計 28項目	25	3	0
① 利用者の尊重	5項目	4	1	0
② 日常生活の支援	16項目	14	2	0
③ 自立支援	7項目	7	0	0
合計	86項目	81	5	0

2 調査報告書

I 福祉サービスの基本方針と組織

○ →該当する項目へ丸印を入れてください。合計は自動的に計算します。

I-1 理念・基本方針

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			平成13年に「利用者の基本的人権を尊重します。」 「利用者の自立と主体性を支援します。」 「利用者が社会の一員としてあらゆる活動に参加する機会を支援します。」と明文化している。	
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	○			利用者の意向等を尊重した個別支援計画に基づき個別支援を計画するの視点が盛り込まれた4項目の基本方針が定められ、事業計画やパンフレットに記載されている。	
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。	○			毎年度3月、4月に各課を横断した拡大会議の場で施設長から継続的に周知する取組を行っている。	
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○			遠隔地からの利用者が多いこともあり、入所前・入所後、パンフレットや重要事項説明時に周知している。	
理念・基本方針計		4	0	0		

I-2 計画の策定

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○	—		中期目標の期間として平成22年4月～平成27年3月の5年間、国立障害者リハビリテーションセンター中期目標～時代を拓く先進的障害者研究センターを目指して～を策定。サービス等業務の質の向上に関する事項から全5項目を策定している。	
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。	○	—		平成26年度年間主要行事計画の中に各課共通の計画の他、庶務課、医務課、支援課で策定されている。	

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。	○			各計画の策定については、毎年度末に各課評価検討したものを毎月第1水曜日開催の拡大幹部会議に諮り策定している。	
I-2-(2)-②	計画が職員に周知されている。	○			計画の職員周知については、拡大幹部会議から各課長を通して周知をしている。また、パソコンシステムに掲載し職員がいつでも閲覧できる仕組みを導入している。	
I-2-(2)-③	計画が利用者等に周知されている。		○		ホームルームの場において周知説明をしている。	今後、利用者、家族に当機関の中・長期ビジョンの実施計画など分かりやすい資料を作成し説明することを期待する。
計画の策定 計		4	1	0		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			管理者は各計画策定時や毎週開催の拡大幹部会議において国の機関としての役割や責任、方向性を職員に対して積極的に表明している。	
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。	○			年間10回開催の職員研修の場や拡大幹部会議を通して周知説明をしている。特に、新採用職員に対しては公務員としての心構えや遵守事項、法令等を説明している。また、法令の改正・制定等があった場合にはその都度職員研修会において説明している。	
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。	○			管理者は、4半期毎に各課、拡大幹部会議、マニュアル編集委員会から課題を把握し、実施する福祉サービスの質の評価・分析、改善のための具体的な取組を実施している。	
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。	○			管理者は業務の効率化や施設改善実施について拡大幹部会議中心に実施。同会議が毎年度末に進捗状況や改善事項について協議するよう指導している。	
管理者の責任とリーダーシップ 計		4	0	0		

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			国立の組織として本部に運営委員会(有識者21名)を設置し、動向を具体的に把握する方法を持っている。	
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。	○			四半期毎に利用者数の分析、事業進捗状況を把握するなど改善に向けた取組を行っている。	
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	○			会計検査院、人事院、厚生労働省が実施する監査を受け、指摘事項は是正報告をし、適宜改善を図り経営改善を実施している。	
経営状況の把握 計		3	0	0		

II-2 人材の確保・養成

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			国立施設として定員が定められ、それに伴う有資格者が配置され、適切な人事管理が行われている。	
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。	○			人事評価制度として業績評価を年2回、能力評価を年1回、人事院の基準に従い実施していることが確認出来た。	
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	○			毎年10月職員に業務等に関する意向調査を実施。その後、施設長と個別面談を行い、改善等が必要な事項は改善を行い、検討を要する事項については幹部拡大会議に諮る仕組みが構築されている。また、随時相談に応じる旨を周知している。	
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○			本施設は国の機関であることから、国家公務員共済組合連合会に加入し、福利厚生を実施している。	

II-2-(3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。				
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。	○			中期計画の中にリハビリテーション専門職員の人材育成、専門職員の研修機能強化等で職員のあり方など組織が職員に求める基本的姿勢を明示している。
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。	○			職員別免許取得・研修会等受講一覧により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ていることが書面により確認できた。
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。	○			会議・研修会等に参加した者は、復命書を作成し報告。また、職員研修会で研修内容等について発表する機会も設けている。評価については所長が行うなどの体制となっている。
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。	○			実習マニュアルには実習生の受け入れに対する基本的な姿勢、受け入れ体制や学校側と詳細な連絡が成されていることが書面により確認出来た。
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。	○			社会福祉士等種別に配慮した実習マニュアルに基づき、各学校の実習要領に沿ったプログラムを立案し専門機関として育成に積極的な取組を行っている。
人材の確保・養成 計		9	0	0	

II-3 安全管理

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			緊急時対応についてはマニュアルに基づき全部門センター内連絡網により対応。安全確保については週1回カンファレンスを実施し拡大幹部会議に諮っている。	
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。	○			ヒヤリハットの事例は施設情報システムにて管理者まで報告。改善については職員研修会で改善策検討や研修を実施している。	
II-3-(1)-③	災害等の発生時における防災体制が整備されている。	○			防災管理規程整備、計画的避難訓練を実施。利用者の特性を理解し避難困難の場合もあり緊急時の備蓄も1週間分整備している。	
安全管理 計		3	0	0		

1 地域との交流と連携

項目番号	項目	a できて いる	b 十分で ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
II-4-(1)	地域との関係が適切に確保されている					
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている	○			文化祭、盆踊り大会、地区運動会など様々な行事を通して地域との交流を積極的に図っている。他の障害者施設の利用者とスポーツ大会を通して交流を深める取り組みを行っている。地域に向けては施設機関誌を自治会、公民館に配布するなど地域の理解の促進を継続的に実施している。	
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している	○			福祉教育、市民生活に役立つ学習会を実施し、頸椎損傷者支援の機能を地域に還元している。また、小学生への体験学習、中・高生への職場体験を受け入れている。	
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	○			ボランティア受入・活動要領等整備されている。11月開催の文化祭開催時を例にしても、活動前のオリエンテーション等必要な手順により受入を行っている。	
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	○			利用者が必要とする情報はハンドブックを作成し配布している。事業所としては遠隔地からの利用者が多数あるため個々の関係機関リストを作成。地域において業務遂行に必要な関係団体・支援機関する情報は、各課、各部門毎に情報システムで共有している。	
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	○			市自立支援協議会参画はもとより、市内相談支援事業所等との連携体制を構築し、他事業所と協働した支援を実施している。	
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。	○			市自立支援協議会において市内の福祉ニーズの把握に努めている。また、訓練終了者のアフターケア時に名古屋以西の各自治体、病院等を訪問し、その地域のニーズ把握に努めている。	
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。		○		市自立支援協議会において市内の福祉ニーズを把握。現在、通所での機能訓練を実施している。	国の機関として他にない専門性を有し、広くニーズ把握がされているので、さらに把握されたニーズに対応できるような取り組みに期待する。
地域との交流と連携 計		6	1	0		

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

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			基本理念に、「利用者の人権を尊重します」と明示している。それを実践するため、施設内の職員研修会で、接遇や人権、虐待防止についての勉強会をしている。また、外部講師を招いてスピーチロックによる業務優先に陥らない様に周知徹底を図っている。	
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。	○			人権擁護の勉強会の際にプライバシー保護を含めた勉強会を行っている。また、プライバシー保護についてのマニュアルは「入浴」「排泄」「着替え」など個々のサービスについて詳細な内容となっている。	
Ⅲ-1-(2)	利用者満足の向上に努めている。					
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○			年一回、施設相談員が全利用者に訓練についてや、相談のしやすさ、職員の言葉遣いなどを、また栄養士が嗜好調査を個別に聴取して、満足度向上に向けた取り組みをしている。	
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	○			聴取された内容は相談員が集計を行っている。改善にむけての取り組みについては、拡大会議で検討がなされ、利用者にホームルームで説明とさらなる意見を聴取したうえで、職員に文書により周知を図っている。また、嗜好調査にて得た結果は、週3回実施する選択メニューに反映している。	
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	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	○			第三者委員の連絡先を掲示板に掲示しており、食堂前の廊下にパソコンを設置することで、より意見を述べやすい体制を整えている。また、直接的な相談に対しては支援課内に相談室を設けている。	

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。	○			所長が苦情解決責任者となり、支援課が窓口となって苦情の受け付けや集計を行っている。6年間実績はないものの、受け付けた苦情に対しては、食堂前の掲示板に掲示することで利用者等へのフィードバックの仕組みを整えている。	
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。	○			苦情受付についての記録や対応マニュアルを整備しており、出された意見に対して設備に関わるものなど、時間のかかる事はホームルームで利用者に報告をしている。	
利用者本位の福祉サービス 計		7	0	0		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			相談員による意向調査を基にして、部門長で構成された「サービス改善検討会」にて、サービス内容の評価を行っている。	
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。	○			嗜好調査では「好きなもの」を聴きとるのではなく出来るだけ摂取してもらう様に「嫌いなもの」を聴くなど工夫がされている。	
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。	○			サービス改善検討会にて明確となった課題は、拡大会議により検討され、事業計画などにより文書化されており、各職員に周知されている。	
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。	○			「マニュアル編集委員会」により排泄や失禁についてなどプライバシー保護も含めて、詳細なマニュアルが整備されている。また、マニュアル通りに実施しているか部門長が確認のうえ指導をしている。マニュアルは新人研修の際に冊子として配布されている。	
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。	○			「重度肢体不自由者のための支援マニュアル」に研修等で得た新しい情報を反映しており、必要であれば見直しや追加をしている。	

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。	○			ケース記録は一人一人の利用者の実施内容が記載されており、記録内容の指導は支援課長が行っている。
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。	○			ケース記録など書庫に保管をしており、文書管理規定や個人情報管理規定により、適切に管理されている。
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。	○			日常的な内容や体調などは毎日行われる「申し送り」で共有されている。また、介護士や看護師、PT、OTなど各部門が個人の情報を項目ごとに整理しており、職員一人一台のパソコンでいつでも確認ができることで情報共有化が出来ている。
サービスの質の確保 計		8	0	0	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			全国的に少ない特殊な施設であるため、利用者の理解を促すためにパンフレットを公民館や関係機関に置いている。また、350部もの「センターだより」を病院や保健所などの関係機関、町内やハローワークなどに郵送にて配布している。	
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。	○			重要事項説明などは、サービス管理責任者とケース担当が説明を行っている。また、理解力が低下している利用者に対して、家人に付き添ってもらい理解を促すようにしている。	
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。	○			医師の添書や看護、介護、訓練などの各サマリーを引き継ぎの情報提供として作成している。また、終了後も訪問を行い継続性に配慮をしている。終了後の相談を受け付ける窓口は支援課が担っている。	
サービスの開始・継続 計		3	0	0		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			初期と3ヶ月ごとに各部門が施設独自のアセスメントを行い、身体機能や生活状況の把握を行っている。	
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。	○			利用者の意向や機能状態に合わせ個別のニーズが明確に明示されている。	
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。	○			支援課長が責任者となり、担当職員が1～5名のケアプランを策定している。記録や実施の確認は中堅以上が指導やアドバイスを行っている。	
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。	○			計画は各部門の担当者が部門長等の助言を受けてプランを作成し、支援課長が各部門の調整を行った上で、全体の支援会議で決定している。緊急の変更があった際はその都度見直しをしている。	
サービス実施計画の策定 計		4	0	0		

Ⅲ-5 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み

項目番号	項目
Ⅲ-5-(1)	質の高い福祉サービスの実施のために特記すべき取り組みが行われている。
Ⅲ-5-(1)-①	質の高い福祉サービスの実施に向けて、事業者として独自性のある取り組みや特徴的な取り組みを行っている。

◇該当する項目を記入し、具体的な取り組みについて記述する。

【該当項目】

「Ⅲ— 2 — (1)」

【特記項目】

職業的リハビリテーションにおいては、センター退所者を中心にNPOや生協連合と連携した地域移行支援・在宅就労支援を行っている。

職能訓練終了後に自作品の展示会や公の展覧会参加、地域での制作活動支援によるコミュニティへの参加等をする人たちがいる。

また、手工芸訓練では、終了後、在宅就労(自営活動)を行えるよう、自営活動準備訓練を行っている。作品を商品化するまでの付帯業務や販売方法、指導方法などを、指導実習を交えて習得し、一定の習得を得た後、就労準備訓練として、自宅での制作活動を想定したシミュレーションを行い、終了後の実践的な体験をすることが出来る。

「グリーンコープ」+「NPO在宅就労支援部 湯輪夢」+「リハビリテーションセンター」の連携により社会的自立を支援していることは特徴的な取り組みである。

3 調査報告書（障害者・児版付加基準）

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

項目番号	項目	a でき ている	b 十分 でない	c でき て いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-1-(1)-①	施設の行う援助について事前に説明し、主体的に選択（自己決定）できるよう支援がなされている。	○			初期のアセスメントなどにより利用者の「ゆずれない所」の確認、また選択メニューをする事で自己決定を促している。自己決定の重要性について、外部の研修で学んだ事を伝達研修を行い周知を図っている。	
A-1-(1)-②	利用者の自己決定を支援するために、コミュニケーション手段を確保するための思念や工夫がなされている。	○			言語障害のある利用者には文字盤、記憶障害のある方には記憶の定着を促すためにルール等が記載された「メモリーノート」を使用して、特性に合わせたコミュニケーション手段を行っている。	
A-1-(1)-③	自立支援のため、利用者の主体的な活動を尊重している。		○		タクシー券を使い自由に外出し交流する事ができている。また、体育館やテニスコートの使用など、利用者の意志による主体的な活動を尊重している。	個々の利用者の選択による主体的な活動は尊重されているが、利用者の自治会等はない。さらなる主体的な活動を支援するためにも利用者会等の発足に期待したい。
A-1-(1)-④	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体制が整備されている。	○			アセスメントにより利用者個々の状態を把握し、支援会議により支援の範囲が検討されている。また、施設内に段差はなく、3基のエレベーターにより各階への移動は自由となっている。	
A-1-(1)-⑤	利用者に対する暴力（体罰を含む）、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	○			毎日、所長が所内見回り、利用者との対話、満足度調査等を通して利用者等からの意見を聴き、適切な関わりの確認や職員へ周知徹底を図っている。	
利用者の尊重 計		4	1	0		
A-1 利用者の尊重		4	1	0		

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			栄養部門により栄養量等の計画が策定されている。また、歯科治療時など形態の変更も対応できている。	
A-2-(1)-②	食事環境(食事時間や利用者の嗜好)に配慮している。	○			広々とした食堂でくつろぎながら食事を摂取できている。献立は食堂前に掲示されており、温冷庫により温かいものは温かく、サラダなど冷たいものは冷たく、適温の食事が提供されている。また週3回、利用者に人気のあるメニューを選択できる日を設けている。	
食事 計		2	0	0		

2-(2) 入浴

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(2)-①	利用者の自立を念頭におき、入浴支援を行っている。	○			障害の特性に合わせた入浴設備が整備されており、自立して入浴できる方は毎日の入浴にも対応している。また、訓練のために浴室と同じ設備もあり、自立支援を念頭に訓練浴も実施している。	
A-2-(2)-②	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。	○			アセスメントにより利用者個々の状態を把握し、支援会議により支援の範囲が検討され文書化されている。	
A-2-(2)-③	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		○		汚れた場合はその都度入浴を行っており、利用者の週3回の入浴の要望に対して検討がされており、10月より実現する予定である。また、シャンプーなど利用者個人で選択し、好みの物を使用している。	利用者も週3回の入浴を希望しており、早めの実現を期待したい。
A-2-(2)-④	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	○	—		浴室や脱衣場はカーテン等によりプライバシーが保護されており、空調設備も適切である。	
入浴 計		3	1	0		

2-(3) 排泄

項目番号	項目	a できている	b 十分でない	c できていない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(3)-①	利用者の自立を念頭におき、排泄介助は適切に行われている。	○			障害の特性に配慮した設備がされており、トイレ内にチェックが必要な利用者の個別チェックを配置している。	
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。		○		基本的には男女別のトイレである。一部で男女共同のトイレがあるが、カーテンによりプライバシーが保護されており、定期的な清掃により臭いもなく清潔である。	利便性やハード面からの課題がありカーテンによりプライバシーは保護されているが、男女別々のトイレを整備することが望まれる。
排泄 計		1	1	0		

2-(4) 衣服

項目番号	項目	a できている	b 十分でない	c できていない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(4)-①	利用者の意思や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	○			個人個人でこだわりがあり、着脱がしやすい衣類など利用者の意志により選択している。また、希望時には担当職員が買い物などの支援を行っている。	
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。	○			利用者の衣類は清潔感があり、着替えなどを希望した際にはその都度対応している。	
衣服 計		2	0	0		

2-(5) 理容・美容

項目番号	項目	a できている	b 十分でない	c できていない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(5)-①	利用者の意思や好みを尊重し、選択について支援している。	○			利用者個人個人で好みがあるため、髪の色を染めるなど利用者の相談にその都度応じて対応している。	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	○	—		月2回理容店が来所しており、地域の理容店や美容院の情報提供も行っている。また、利用者間での情報交換にも協力している。	
理容・美容 計		2	0	0		

2-(6)睡眠

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(6)-①	安眠できるよう就寝環境に配慮している。	○	—		布団は使いなれた私物の持ち込みにも対応しており、汚染時にはその都度対応する事で清潔さを保っている。	
A-2-(6)-②	睡眠時間帯における適切な支援を行っている。	○	—		マニュアルは整備されており、夜間の支援については看護記録や介護記録により、コールによる呼び出しでの理由や対応内容など、適切で詳細な記録がなされている。	
睡眠 計		2	0	0		

2-(7)健康管理

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	○			医師が常駐しており、看護師により健康管理を行っている。また、体調不良時の対応手順についてのマニュアルも整備されており、新たな感染症などの追加があった際には、その都度変更をしている。	
A-2-(7)-②	内服薬・外用薬の扱いは確実に行われている。	○	—		誤薬の対応など服薬についてのマニュアルが整備されている。自己管理ができる利用者については一ヶ月分を渡して一週間ごとに担当職員がチェックをすることで、自立を念頭に入れたうえで適切な服薬ができています。	
健康管理 計		2	0	0		
A-2 日常生活支援		14	2	0		

A-3 自立支援

3-(1)エンパワメントプログラム

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-3-(1)-①	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。	○			アセスメントに基づいた訓練プログラムを実施している。また、パソコンを学ぶ場もあり、コミュニケーションスキルの獲得についても支援をしている。	
エンパワメントプログラム 計		1	0	0		

3-(2)余暇・レクリエーション

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-3-(2)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿ったうえで、利用者の社会参加や自立支援という視点から行われている。	○			文化祭、盆踊り大会、地区運動会など地域との交流を積極的に図っている。また、買い物の付き添いとしてボランティアの活用を検討している。	
余暇・レクリエーション 計		1	0	0		

3-(3)外出、外泊

項目番号	項目	a できて いる	b 十分に ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-3-(3)-①	外出は利用者の希望に応じ、自立支援の視点に立って支援が行われている。	○			21時までの門限はあるものの、タクシー券を使用して自由に外出が出来ている。また、利用者個人個人に外出評価を実施しており、必要があれば職員による支援を行っている。	
A-3-(3)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮し、自立支援の視点から支援が行われている。	○			終了前の試験外泊は大部分の利用者が行っており、不安の解消のため2～3泊の体験をしてもらっている。また、モデルルームでの宿泊にも対応しており、専門職より介護の方法などのアドバイスを行う事で、自立支援の場としての取り組みを行っている。	
外出、外泊 計		2	0	0		

3-(4)所持金・預かり金の管理等

項目番号	項目	a できて いる	b 十分で ない	c できて いない	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-3-(4)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	○			原則として預かり金は行っておらず、利用者が個別に管理をしている。適切に管理が出来るように施設などの支援が行われており、トラブルに発展した事はない。	
A-3-(4)-②	新聞、雑誌の購読やテレビ、IT機器等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	○			コンセントの不足などハード面からの制約から、テレビやIT機器等を個人で所有する事には対応していない。各部屋にはテレビを置き意向を尊重し、ケーブルネットを導入している。また、訓練の他にパソコン室を設置し、自由にパソコンを使用できるようにしている。	
A-3-(4)-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うえで、利用者の意思や希望が尊重されている。	○			ラウンジルームでの飲酒も認めており、各階に喫煙室を設けるなど利用者の希望を尊重している。	
入浴 計		3	0	0		
	A-3 自立支援	7	0	0		