

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29年6月21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 三好 尉史	定員（利用人数）70名
所在地：〒874-0904 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

- 基本理念や基本方針は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向を示し職員等の行動基準となっている。所長自ら年度当初に、職員研修会の場において、映像や資料を作成し、基本理念、基本方針、基本的人権・権利擁護推進等を周知している。
- 所長は、年度当初職員研修会の場において、自らの施設の役割や方針を資料を作成し支援の方針を表明している。幹部拡大会議・支援会議の場において、具体的に自らの役割と責任を職員が理解されるよう取り組んでいることを確認した。
- 利用者の担当は一人だけではなく、看護や介護、理学療法士、作業療法士などの専門職で構成された数名が担当となっており、日常的な支援に活かされている。
- 各疾患の特性を分かりやすく説明した施設独自のハンドブックを専門職が作成して誰でも手にできるようにラウンジに配置している。
- 施設の変更や地域移行のさい支援の継続性に配慮するため、九州内であれば直に訪問して情報提供を行っている。
- 虐待防止研修は外部講師（弁護士）を招いて行われている。また、虐待防止委員会により不適切な関りを防止するための対策がなされている。
- 資格や技能を取得できる幅広い訓練の実施や希望者にはスポーツを行うことができるように体育館やテニスコートなどの環境が整備されている。
- 退院後の生活を想定するためのモデルルームを完備している。
- 2名の医師が常勤で看護師も常駐しており体調変化時や健康面での不安に対して、その都度対応ができる体制を整備し医学的管理を行っている。

◇改善を求められる点

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、障害者総合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。

当センターでは、利用者サービスの透明性と質の確保を目的として、この度、平成26年度に続き2回目の福祉サービス第三者評価を受審いたしました。

初回の受審において指摘された事項について可能な範囲で改善を図った結果、今回さらに高い評価を頂きましたが、これは当センターに対する各方面からの期待の表れであると認識し、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ともに、国立の障害者支援施設としてふさわしいサービスや先進的なサービスのさらなる実施に向けて、今後とも事業を展開していく所存です。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

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. 経営状況の把握
3. 事業計画の策定
4. 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

II. 組織の運営管理

1. 管理者の責任とリーダーシップ
2. 福祉人材の確保・育成
3. 運営の透明性の確保
4. 地域との交流、地域貢献

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. 福祉サービスの質の確保

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-2 生活支援

A-3 発達支援 (非該当)

A-4 就労支援 (非該当)

訪問調査日 平成29年6月21日
調査実施の時間 開始9時40分 ~ 終了15時20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	三好尉史
庶務課長	佐藤春巳
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 5 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64項目です。

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) 本施設は厚生労働省が設置する障害者支援施設で、障害者リハビリテーションを担う数少ない国立機関の一つとして、大分県別府市南立石地区にある。施設の沿革は、昭和14年軍事保護院の傷痍軍人別府温泉療養所として設立される。昭和27年旧厚生省社会局に移管され「国立別府保養所」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) 所長自ら年度当初に、職員研修会の場において、映像や資料を作成して、基本理念、基本方針、利用者の基本的人権・権利擁護推進、職員の専門的知識、支援技術を通して、利用者が自己決定出来る関わりの大切さを伝え、管理者のリーダーシップが発揮されている。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。医療体制を整備した施設として、医師や看護師が感染症等の予防や発生時における対応を協議、文書化し実践している。事例を通して予防が為されていることを確認した。</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) (1)基本理念や基本方針は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向を示し職員等の行動基準となっている。所長自ら年度当初に、職員研修会の場において、映像や資料を作成し、基本理念、基本方針、基本的人権・権利擁護推進等を周知している。
福祉サービスの基本方針と組織	(要改善点について)
II	(優れている点) (1)所長は、年度当初職員研修会の場において、自らの施設の役割や方針を資料を作成し支援の方針を表明している。幹部拡大会議・支援会議の場において、具体的に自らの役割と責任を職員が理解されるよう取り組んでいることを確認した。
組織の運営管理	(要改善点について)
III	(優れている点) (1)利用者の担当は一人だけではなく、看護や介護、理学療法士、作業療法士などの専門職で構成された数名が担当となっており、日常的な支援に活かされている。 (2)各疾患の特性を分かりやすく説明した施設独自のハンドブックを専門職が作成して誰でも手にできるようにラウンジに配置している。 (3)施設の変更や地域移行のさい支援の継続性に配慮するため、九州内であれば直に訪問して情報提供を行っている。
適切な福祉サービスの実施	(要改善点について)

分野・領域	項目数	評価		
		a できている	b 十分でない	c できていない
I 福祉サービスの基本方針と組織	小計 9項目	9	0	0
1 理念・基本方針	1項目	1	0	0
2 経営状況の把握	2項目	2	0	0
3 事業計画の策定	4項目	4	0	0
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	2項目	2	0	0
II 組織の運営管理	小計 18項目	17	1	0
1 管理者の責任とリーダーシップ	4項目	4	0	0
2 福祉人材の確保・育成	7項目	7	0	0
3 運営の透明性の確保	2項目	2	0	0
4 地域との交流、地域貢献	5項目	4	1	0
III 適切な福祉サービスの実施	小計 18項目	18	0	0
1 利用者本位の福祉サービス	12項目	12	0	0
2 福祉サービスの質の確保	6項目	6	0	0
A-1 利用者の尊重と権利擁護	小計 2項目	2	0	0
1 利用者の尊重と権利擁護	2項目	2	0	0
A-2 生活支援	小計 13項目	13	0	0
1 生活支援	13項目	13	0	0
A-3 発達支援	小計 1項目	0	0	0
1 発達支援	1項目			
A-4 就労支援	小計 3項目	0	0	0
1 就労支援	3項目			
合計	64項目	59	1	0

<p>A-1</p> <p>利用者の尊重と 権利擁護</p>	<p>(優れている点) (1)虐待防止研修は外部講師(弁護士)を招いて行われている。また、虐待防止委員会により不適切な関りを防止するための対策がなされている。</p> <p>(要改善点について)</p>
<p>A-2</p> <p>生活支援</p>	<p>(優れている点) (1)資格や技能を取得できる幅広い訓練の実施や希望者にはスポーツを行うことができるように体育館やテニスコートなどの環境が整備されている。 (2)退院後の生活を想定するためのモデルルームを完備している。 (3)2名の医師が常勤で看護師も常駐しており体調変化時や健康面での不安に対して、その都度対応ができる体制を整備し医学的管理を行っている。</p> <p>(要改善点について)</p>
<p>A-3</p> <p>発達支援</p>	<p>(優れている点)</p> <p>(要改善点について)</p>
<p>A-4</p> <p>就労支援</p>	<p>(優れている点)</p> <p>(要改善点について)</p>

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	b	c	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・周知されている。					
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			基本理念や基本方針は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向を示し職員等の行動基準となっている。所長自ら年度当初に職員研修会の場において、映像や資料を作成し、基本理念、基本方針、基本的人権・権利擁護推進等を周知している。	
理念・基本方針 計		1	0	0		

I-2 経営状況の把握

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
I-2-(1)	経営環境の変化等に適切に対応している。					
I-2-(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。	○			庶務課を中心に、施設運営に関する情報を厚生労働省や大分県等からの通知、各種研修会、各機関からの情報誌等より速やかに情報を入手。それらの情報については、幹部拡大会議メンバーに周知するとともに、課員への周知依頼を行なっている。利用者に関するデータ等はサービスが広域的なことから核となる医療機関や相談支援事業所から情報を把握し検討を行う体制を整備している。	

I-2-(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。	○			庶務課を中心に国の基準に従い、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にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにし、計画に反映する取組を進めている。	
経営状況の把握 計		2	0	0		

I-3 事業計画の策定

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
I-3-(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	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。	○			国の中核機関として中期目標(平成27年4月~32年3月)を策定し、明文化されている。3ヶ月毎に、実施状況の進捗や評価を実施している。	
I-3-(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。	○			関連する国の6施設で、中期目標に基づき、毎年度、運営方針、組織目標及び事業計画重点事項を策定している。	
I-3-(2)	事業計画が適切に策定されている。					
I-3-(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。	○			計画の策定は、各課で意見集約・検討し、幹部拡大会議に諮り策定している。また、四半期ごとに事業実施状況報告を行うなど、組織的に実施している。これらを幹部拡大会議において周知し、各部門長から所属職員に供覧で周知している。さらに、パソコンのセンター共有フォルダ内に各計画を掲載し、いつでも閲覧できる環境を整備している。	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	○			事業計画の利用者周知については、ホームルーム(個別・全体)で説明するほか、掲示板を利用して周知している。家族については、遠隔地の方が多いことから、利用開始時面接、その後はセンターだより送付により周知している。	
事業計画の策定 計		4	0	0		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
I-4-(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	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。	○			福祉サービスの実施状況については、四半期ごとにチーム(医師・看護師・PT・OT等)評価を実施する体制が整備されている。全課が参加する幹部拡大会議・支援会議の場においても分析・検討が組織として位置づけられている。	
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。	○			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整理して、改善策や改善計画を幹部拡大会議・支援会議に諮ったうえで、計画的に行っている。	
福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 計		2	0	0		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
II-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促している。	○			所長は、年度当初、職員研修会の場において、自らの施設の役割や方針を資料を作成し支援の方針を表明している。幹部拡大会議・支援会議の場において、具体的に自らの役割と責任を職員が理解されるよう取り組んでいることを確認した。	

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。	○			国立の機関として、幹部拡大会議・新規採用職員等研修会等を利用し、公務員倫理・綱紀肅正・法令遵守等について、積極的に発言している。	
II-1-(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。					
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。	○			所長は職員研修において、「社会福祉法第78条にある、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供することが出来るよう具体的な資料を作成し質の向上に意欲を持って指導に取り組んでいる。	
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。	○			国の基準に従い、経営改善や業務効率の向上に向けて、人事、労務、財務を分析し、幹部拡大会議等体制を整備し、業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	
管理者の責任とリーダーシップ 計		4	0	0		

II-2 福祉人材の確保・育成

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。					
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。	○			国立施設として、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。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	○			国立施設として、人事院の基準に従い人事管理を実施しており、人事評価制度として業績評価を年2回、能力評価を年1回実施している。	
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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	○			毎年10月に職員意向調査を実施し、その後、施設長と個別面談を実施し今後の業務希望や、自己啓発、様々な内容の意向等把握している。庶務課を中心にワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を実施している。	
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			国の機関としての人事評価制度により、組織目標に則した人事・業績評価を年2回設定。上司による面接によるアドバイスも実施している。	
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。	○			基本方針に「専門的知識と支援技術の向上に努めます。」と明示し、各種研修受講計画を組織的に策定し、所内研修会も年間計画を策定し実施している。	
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。	○			サービス管理責任者研修、相談支援従事者初任者研修、各種専門研修など、資質向上を図る研修会を受講するよう執行計画を策定し、計画的に職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	
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。					
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	○			実習マニュアルを整備し、研修・育成に関する基本的な姿勢を明文化している。受入先の学校については、西日本域を中心に受け入れている。実習内容については、学校側と詳細な連絡が成されていることが確認出来た。	
福祉人材の確保・育成 計		7	0	0		

II-3 運営の透明性の確保

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。					
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。	○			国の基準に従い、ホームページやパンフレット、センターだより、事業年報等により必要な情報公開を行っている。	
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。	○			国の関係法令等に基づき諸規程が制定され、事務分掌が作成され経営・運営がなされている。外部チェックについては、会計検査院・人事院・厚生労働本省・保健所等の監査を受検し、指摘事項は是正報告し改善を図っている。	
運営の透明性の確保 計		2	0	0		

II-4 地域との交流、地域貢献

項目番号	項目	a	b	c	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	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	○			スポーツ大会、盆踊り大会、文化祭、市民講座、福祉体験教室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。地域に向けては施設機関誌を自治会、公民に配布し事業所や利用者への理解を深めるための取組を行っている。	

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。	○			ボランティア受入・活動要領を策定し、受入体制を整備している。	
II-4-(2)	関係機関との連携が確保されている。					
II-4-(2)-①	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。	○			利用者が必要とする情報のハンドブックを作成している。西日本域等広域な利用者のため個々の社会資源をデータベース化して蓄積して職員間で共有している。別府市障害者自立支援協議会や別府市障害支援区分審査会に定期的に参画。また、地域の相談支援事業所等との連絡体制ができていることを確認する。	
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。	○			専門機関として、県や市の各種委員会等への職員派遣や地域住民を対象にした市民講座、小学生に対する体験学習等を実施している。専門機能を有する福祉避難所として指定されている。テニスコートや体育館を地域の障害者団体等に貸し出しを行い交流を深めている。	
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。		○		自立支援協議会への定期的参加等を通じて、地域のニーズ把握に積極的に努めている。	公的な専門的機関として、この項目については、現実的な対応となると困難なこともあるが検討を期待する。
地域との交流、地域貢献 計		4	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	b	c	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	利用者を尊重した福祉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。	○			各部署への掲示のほか、所長自ら年度当初に、職員研修会の場において、映像や資料を作成し、基本理念、基本方針について周知を行っている。	
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。	○			プライバシー保護のマニュアルが整備されており研修会を実施し周知に努めている。	
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。	○			利用希望者に対して疾患の特性を分かりやすく説明した施設独自のハンドブックを作成して誰でも手にできるようにラウンジに配置している。また、地域の相談支援事業所等の関係機関を訪問して各種の情報を提供している。	
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。	○			重要事項説明書や契約書を用いてサービス内容の説明を行い同意を得ている。また、個別の具体的な内容は個別支援計画等で理解しやすいような工夫がなされている。	
Ⅲ-1-(3)-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。	○			施設の変更や地域移行のさいは、終了時情報提供書などを作成して九州内であれば直に訪問して情報提供を行うなど支援の継続性に配慮している。	
Ⅲ-1-(3)	利用者の満足の向上に努めている。					
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。	○			年1回、全利用者に満足度調査を行っている。また、管理栄養士が個別に嗜好調査を実施し、週3回の選択メニューに反映されている。	
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。	○			苦情解決規定や取扱要領に基づき、苦情解決の仕組みが整備されている。苦情箱を設置しており、毎朝主任が確認をしている。	
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。	○			適宜連絡を取り合い意見や相談を述べやすい体制を整備している。また、重要事項説明書やセンター内の2箇所の掲示板に第三者委員の氏名及び連絡先を明示している。	
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。	○			利用者はホームルーム時に限らず常時、生活支援員に相談や意見を述べる環境にあり、苦情についても看護・介護・理学療法士等の苦情受付担当者に直接伝える事ができる体制が整備されている。側溝の蓋の改善など相談された内容は迅速に対応できている。	
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。	○			ヒヤリハット報告や事故報告書が整備されており、事故再発防止検討会により、要因や改善策、再発防止策を講じている。	
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。	○			厚生労働省の指針に基づいた感染対策マニュアルを整備しており、週1回の看護カンファレンスを感染対策委員会に位置付けて職員へ周知している。	
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。	○			地域の特性をふまえて地震や噴火を想定した避難訓練を消防と連携し年6回実施している。また、緊急時に備えて一週間分の備蓄を準備している。	
利用者本位の福祉サービス 計		12	0	0		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。	○			医療、看護、介護、リハビリなど、各部門単位でマニュアルを整備している。マニュアルの内容について外部研修で得た最新の情報を施設内研修により共有している。	
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。	○			定期的な見直しのほか外部研修で得た内容や感染などの最新情報をもとにその都度見直しを行っている。	
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。	○			看護や介護、理学療法士、作業療法士が担当となりアセスメントを行っており、サービス管理責任者が支援計画を策定し支援課がとりまとめている。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○			担当の看護や介護、理学療法士、作業療法士、支援課が3か月に一度支援会議を行い見直しをしている。	
Ⅲ-2-(3)	福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
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。	○			利用者の情報はケース記録や訓練記録に記載されネットワーク化されており、毎朝情報共有を行っている。また、記録は適切に行われているか所長がチェックしている。	
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。	○			文書管理規程や個人情報管理規程が整備されている。利用者の情報はケースファイルにまとめられ支援課のキャビネットで管理されている。また、個人情報の取り扱いについて職員の研修会が実施されている。	
福祉サービスの質の確保 計		6	0	0		

3 調査報告書（障害者・児福祉サービス版）

A-1 利用者の尊重と権利擁護

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-1-(1)	自己決定の尊重					
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。	○			利用者の希望を尊重した支援計画に基づき資格や技能を取得できる幅広い訓練を実施している。また、定期的に利用者で構成されたホームルームにより日常生活についてを検討する機会が設けられている。	
A-1-(2)	権利侵害の防止等					
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。	○	-		虐待防止研修は外部講師(弁護士)を招いて行われている。また、虐待防止委員会により不適切な関りを防止するための対策がなされ、介護部門では接遇担当を決めて不適切な関わりがないように対応している。	
利用者の尊重と権利擁護 計		2	0	0		

A-2 生活支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
A-2-(1)	支援の基本					
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。	○			利用者の要望や支援計画に基づいて支援をする範囲を定めており、自律した生活を送るための体制が構築できている。	
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。	○			言語障害や難聴の利用者には筆談を実施するなど、各障がいの特性に配慮されたコミュニケーションの方法を実施している。	
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。	○			定期的に福祉相談員が来設して相談に対応している。また、利用者には各専門職が数名担当しており、適宜利用者の選択により相談できる体制が整備されている。	
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。	○			利用者の希望や障がいの特性に配慮された支援計画に基づいて、資格や技能を取得できる幅広い訓練を実施している。また、希望者にはスポーツを行うことができるように体育館やテニスコートなどの環境を整備している。	

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。	○			各専門職により3ヶ月に一度支援計画について検討されており、支援方法などの共有を図っている。また、定期的な研修の実施や外部研修への参加により知識や技術の向上を図っている。	
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。	○			アセスメントにより要望や障がい特性を踏まえた支援計画に基づいた生活支援を行っている。食事は温冷庫により温かいものは温かく冷たいものは冷たく提供しており、調味料も自由に使用することができる。	
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。	○			資格取得やスポーツができる場合には専門職が見守りや支援を行い安全性を確保している。また、照明器具や空調設備も完備されており生活空間は快適である。居室には利用者の馴染みのものを持ち込む事ができ安心した生活を送ることができる。	
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。	○			利用者の希望や障がいの特性に配慮された支援計画に基づいて、資格や技能を取得できる幅広い訓練を実施している。また、退院後の生活を想定するためのモデルルームを完備している。	
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。	○			2名の医師が常勤で看護師も常駐しており体調変化時や健康面での不安に対して、その都度対応ができる体制を整備し、医学的管理を行っている。必要があれば医師の指示のもと、看護師の付き添いによる医療機関への受診にも対応している。	
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。	○			各疾患に対して常勤の医師が指示を行い、看護師が服薬管理を行う体制が整備されている。疾患や服薬の情報は医師の指示のほかに利用者個別のファイルに記録され、職員に共有することができる。	
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。	○			利用者の個別の要望に対して、状態に応じたプログラムをたてている。外出の際には職員が付き添い、エレベーターの押しボタンの高さの確認やタクシーの乗降方法など一緒に検討する支援を行っている。	
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。	○			訓練の一環として外出の支援を行い社会参加を促している。退院時は必要があれば県外でも職員が付き添い自宅訪問を行い、支援の継続性に配慮して関係機関等と連携している。	
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。	○			自宅での生活を想定しやすいようにモデルルームが完備されており介護体験を行う環境が整備されている。また、各専門職が家族の不安などについての相談を随時受け付けている。	
生活支援 計		13	0	0		

A-3 発達支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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。					
発達支援 計						

A-4 就労支援

項目番号	項目	a	b	c	判断した理由や根拠	改善すべき点等の特記事項
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-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-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。					
就労支援 計						