

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

令和5年10月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 下山敬寛 | 定員（利用人数）70名（17名） |
| 所在地：〒874-0904 別府市南荘園町2組 TEL：0977-21-0181 | |

④総評

◇評価の高い点

- ・国立障害者リハビリテーション第3期中期目標(令和2年4月～令和7年3月)に基づき、年度ごとの運営方針や組織目標等を定めており、数値目標も組み込みながら組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。また、国立障害者リハビリテーションセンター運営本部が各センターの進捗を総括し、適宜修正等が行われている。
- ・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おり、令和5年度は、(1)サービスの質の向上と新たなニーズへの対応、(2)情報発信体制の検討と強化、(3)人材育成などの重点事項が単年度計画として具体的に策定され、実現可能な事業内容となっている。
- ・利用者に対して、個々の利用者に応じて参考になる情報については、関係機関、団体等のパンフレットやチラシ、また、当センターで作成した健康管理、介助支援、機能維持、社会資源の活用、社会参加、環境調整の6分野の項目で「在宅生活ハンドブック」等は、施設内のラウンジで展示やホームページ等で情報の提供が行われている。また、大分県身体障害児者施設協議会や別府市障害者自立支援協議会などに定期的に参画し、地域連携や利用者サービスの質の向上に努めている。なお、会議等な内容は幹部拡大会議等を通して情報は職員に共有化されている。
- ・重度障害者が訓練・生活する施設であり、利用者の安心と安全の確保を図る施設としてリスク管理の強化体制が構築されている。利用ヒヤリハット事案は日常的に記録され、職員間で情報は共有化されており、また、センターにおいては事故再発防止検討委員会を通して傾向や改善策を定期的に検討しており、それらを踏まえた職員研修等も実施して、職員の危険への気づきを促して、事故の再発防止に努めている。併せて、利用者にも事故等の事例の状況と改善策等の情報を各所に掲示して、注意喚起に取り組んで事故の未然防止に取り組んでいる。

【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。】

利用者一人ひとりへの合理的配慮がなされ、本人が希望する地域生活を実現できるように、エンパワメントや社会生活力の向上に重点を置いた支援を行っている。利用者の希望を尊重した個別支援計画の策定やホームルームでの意見等も取り入れながらサービスを提供している。

【利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。】

利用者の主体性を主眼に置き、適宜面談などを行い、自律・自立に向けた意欲づけの維持・向上に働きかけを行っている。「利用者のどこまでできるか」「どうすればできるのか」をセラピスト・介護・看護等で情報を共有し、支援につなげている。支援の際は、職員は見守り・励ましの言葉かけなどに配慮しながら、気づきがあれば共有し、組織全体で協働し、個別支援の充実を図っている。

【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。】

利用者の希望する職場へ、障害に対する合理的配慮の考え方や職場環境の整備、業務内容の検討等について支援を行っている。同時に、就職後や復職後にも利用者と職場双方へのフォローができるよう、地元ハローワークや就労支援機関にも引継ぎを行っている。就労後については、半年後の状況確認を行い必要に応じて訪問支援を行っている。

◇改善を求められる点

特になし。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

別府重度障害者センター（以下、「当センター」という。）は、厚生労働省が設置する障害者支援施設で、重度の肢体不自由のある方々（以下、「頸髄損傷者等」という。）に対して、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、理学療法、作業療法、スポーツ訓練、社会参加訓練のほか、就職を希望する利用者に対してパソコン技能等の習得及び職業人としての知識等を身に着けるための訓練・支援を行っています。

また、重度の肢体不自由者が利用する施設だからこそ、地域生活への移行や地域生活の継続の支援にも力を入れています。

国立の障害者支援施設として、今回の評価結果に満足することなく、当センターが果たしている頸髄損傷者等に対する専門的な支援の役割を踏まえつつ、国が進める「地域共生社会」の実現を目指して、当センターの有する支援ノウハウ（健康管理、機能維持、生活動作、介助方法、補装具・自助具等の検討・作製、住宅改修等）を積極的に地域（事業者）に還元するなど、地域において障害者等が安心して過ごすことのできるよう、引き続き、支援体制の充実に貢献していく所存です。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

6 調査報告書

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|-------------------------|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

I-2 経営状況の把握

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|---------------------------------|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

I-3 事業計画の策定

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|---|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

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 | 第三者評価結果 |
|-----------|--|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 |

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 | 第三者評価結果 |
|------------|------------------------------------|-----------|
| 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図っている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |
| 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持ち、その取組に指導力を発揮している。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| II-1-(2)-② | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | Ⓐ ・ b ・ c |

II-2 福祉人材の確保・育成

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|------------|---|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

II-3 運営の透明性の確保

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|------------|----------------------------------|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |

II-4 地域との交流、地域貢献

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|------------|--|-----------|
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 | 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| II-4-(3)-② | 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | Ⓐ ・ b ・ c |

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 | 第三者評価結果 |
|-------------|---|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| III-1-(1)-② | 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| III-1-(3) | 利用者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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|---|-----------|
| 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 ・ c |
| 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 ・ c |
| 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支援計画を適切に策定している。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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 ・ c |

内容評価基準(19項目)

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|-----------------------------|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| A-1-(2) | 権利擁護 | |
| A-1-(2)-① | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | Ⓐ ・ - ・ c |

A-2 生活支援

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|--|-----------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| A-2-(6) | 社会参加、学習支援 | |
| A-2-(5)-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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

A-3 発達支援

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|--------------------------------|-----------|
| A-3-(1) | 発達支援 | 非該当 |
| 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。 | a ・ b ・ c |

A-4 就労支援

| 項目番号 | 項目 | 第三者評価結果 |
|-----------|-----------------------------------|----------------------|
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| A-4-(1)-② | 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 | a ・ b ・ c |
| 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 ・ c |

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

A-4 就労支援

訪問調査日 令和5年10月24日
調査実施の時間 開始 9時30分 ~ 終了 14時30分

施設名 別府重度障害者センター

主任評価調査員
(記入者) 氏名 衛藤清孝

同行調査員 氏名 山本裕子

施設側対応者

| (職名) | (氏名) |
|-------|-------|
| 所長 | 下山 敬寛 |
| 庶務課長 | 牧 秀一郎 |
| 支援課長 | 有馬 昭郎 |
| 支援専門員 | 中山 修司 |

ヒヤリングをした職員数 0 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)</p> <p>・厚生労働省が設置する指定障害者支援施設「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」は、障がい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20年旧厚生省に移管され「国立別府温泉療養所」となる。平成22年4月に、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」となっており、重度障害である頸髄損傷者等の自立を支援している。利用者は、受傷後一定の治療が終わられた重度の肢体不自由の方々に対して、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、理学療法、作業療法、スポーツ訓練、職業訓練のほか、医師、看護師、介護員、生活支援員などが必要な相談や支援を行っている。令和2年10月からは、従来の自立訓練(機能訓練)事業に加えて、長年積み重ねた頸髄損傷者支援の経験を活かし就労移行支援事業を開始した。</p> <p>(全体的に優れている点、工夫している点)</p> <p>・国立障害者リハビリテーション第3期中期目標(令和2年4月～令和7年3月)に基づき、年度ごとの運営方針や組織目標等を定めており、数値目標も組み込みながら組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。また、国立障害者リハビリテーションセンター運営本部が各センターが進捗を総括し、適宜修正等が行われている。</p> <p>・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おり、令和5年度は、(1)サービスの質の向上と新たなニーズへの対応、(2)情報発信体制の検討と強化、(3)人材育成などの重点事項が単年度計画として具体的に策定され、実現可能な事業内容となっている。</p> <p>・YouTubeチャンネルを開設して、センターの自立訓練(機能訓練)等の支援サービス内容を「新しい自分との出会い」をテーマで動画を作成し、積極的な情報発信に取り組んでいる。</p> | |
| 分野 | 特記事項(優れている点、要改善について) |
| I | <p>(優れている点)</p> <p>・国立障害者リハビリテーション第3期中期目標(令和2年4月～令和7年3月)に基づき、年度ごとの運営方針や組織目標等を定めており、数値目標も組み込みながら組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。また、国立障害者リハビリテーションセンター運営本部が各センターの進捗を総括し、適宜修正等が行われている。</p> <p>・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おり、令和5年度は、(1)サービスの質の向上と新たなニーズへの対応、(2)情報発信体制の検討と強化、(3)人材育成などの重点事項が単年度計画として具体的に策定され、実現可能な事業内容となっている。</p> <p>(要改善点)</p> |
| 福祉サービスの基本方針と組織 | |
| II | <p>(優れている点)</p> <p>・利用者に対して、個々の利用者に応じて参考になる情報については、関係機関、団体等のパンフレットやチラシ、また、当センターで作成した健康管理、介助支援、機能維持、社会資源の活用、社会参加、環境調整の6分野の項目で「在宅生活ハンドブック」等は、施設内のラウンジで展示やホームページ等で情報の提供が行われている。また、大分県身体障害児者施設協議会や別府市障害者自立支援協議会などに定期的に参画し、地域連携や利用者サービスの質の向上に努めている。なお、会議等内容は幹部拡大会議等を通して情報は職員に共有化されている。</p> <p>(要改善点)</p> |
| 組織の運営管理 | |
| III | <p>(優れている点)</p> <p>・重度障害者が訓練・生活する施設であり、利用者の安心と安全の確保を図る施設としてリスク管理の強化体制が構築されている。利用ヒヤリハット事例は日常的に記録され、職員間で情報は共有化されており、また、センターにおいては事故再発防止検討委員会を通して傾向や改善策を定期的に検討しており、それらを踏まえた職員研修等も実施して、職員の危険への気づきを促して、事故の再発防止に努めている。併せて、利用者にも事故等の事例の状況と改善策等の情報を各所に掲示して、注意喚起に取り組んで事故の未然防止に取り組んでいる。</p> <p>(要改善点)</p> |
| 適切な福祉サービスの実施 | |
| A-1 | <p>(優れている点)</p> <p>【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。】</p> <p>利用者一人ひとりへの合理的配慮がなされ、本人が希望する地域生活を実現できるように、エンパワメントや社会生活力の向上に重点を置いた支援を行っている。利用者の希望を尊重した個別支援計画の策定やホームルームでの意見等も取り入れながらサービスを提供している。</p> <p>(要改善点)</p> |
| 利用者の尊重と権利擁護 | |

| 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 | 18 | 0 | 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 | 5 | 0 | 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 | 1項目 | 非該当 | | |
| A-4 就労支援 | 小計 3項目 | 2 | 0 | 0 |
| 1 就労支援 | 3項目 | 2 | 0 | 0 |
| 合計 | 64項目 | 62 | 0 | 0 |

| | |
|------|---|
| A-2 | (優れている点) 【利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。】 |
| 生活支援 | 利用者の主体性を主眼に置き、適宜面談などを行い、自律・自立に向けた意欲づけの維持・向上に働きかけを行っている。「利用者のどこまでできるか」「どうすればできるのか」をセラピスト・介護・看護等で情報を共有し、支援につなげている。支援の際は、職員は見守り・励ましの言葉かけなどに配慮しながら、気づきがあれば共有し、組織全体で協働し、個別支援の充実を図っている。 (要改善点) |
| A-3 | 非該当 |
| 発達支援 | |
| A-4 | (優れている点) 【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 | 利用者の希望する職場へ、障害に対する合理的配慮の考え方や職場環境の整備、業務内容の検討等について支援を行っている。同時に、就職後や復職後にも利用者と職場双方へのフォローができるよう、地元ハローワークや就労支援機関にも引継ぎを行っている。就労後については、半年後の状況確認を行い必要に応じて訪問支援を行っている。 (要改善点) |

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。 | ○ | | | 3つの基本理念、4つの基本方針を明文化しており、周知について、パンフレットやホームページ、重要事項説明書等に掲載すると共に、所内に掲示している。また、利用者・家族等には、利用開始時に重要事項説明書等により説明している。職員には、毎年度当初の職員研修会で管理者が説明を行っている。さらに、基本理念や基本方針の周知状況の確認については、作成された印刷物等の内容がわかりやすいかどうかや、周知の方法に配慮しているか等について、3年ごとに実施する自己点検で確認作業をしている。 | |
| 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。 | ○ | | | 全国施設長会議等により、厚生労働省等から障害福祉行政に関する様々な情報をいち早く入手し、社会福祉事業全体の動向を把握すると共に、当センターのあり方等についても分析している。また、利用率の推移や経営状況等については、幹部拡大会議等で適宜把握して分析されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 国リハ全体で5年ごとに定める業務運営の目標「中期目標(令和2年4月1日から令和7年3月31日)」を基本に、毎年、運営方針・組織目標等を定めている。また、重点事項等については、定期的に進捗状況など事業実績を取りまとめている。経営状況や経営課題については、定期的に各種委員会や、業務運営会議等で審議され、その内容は幹部拡大会議(毎週開催)に諮って運営方針が決定されている。なお、幹部拡大会議等の審議内容は、構内LANで全職員に情報共有すると共に、部門毎に開催される会議等で周知徹底されている。 | |
| 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。 | ○ | | | 国リハ第3期中期目標に基づき、各部門の毎年度の運営方針や組織目標及び各職員が業績目標を運動させる仕組みを構築しており、福祉サービスの質の向上等に努めている。また、第3期中期目標にかかるロードマップを策定しており、各年度毎に評価・確認するとともに、状況に応じて、国立リハにおいても適宜見直し等を行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 令和2年度から国リハ第3期中期目標に沿って、年度毎に運営方針や組織目標等が策定され、それに沿って当施設独自の事業計画重点事項等も策定されている。また、年度ごとのロードマップが策定され、年に3回の中間評価を実施し、計画の進捗を点数化して評価・確認すると共に、状況に応じて適宜修正等も行われている。 | |
| 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。 | ○ | | | 国立リハの運営方針及び組織目標に係る別府センターの取り組みは、毎年2月に開催される業務運営会議において、当該年度の事業実績評価及び次年度の事業計画重点事項が審議され、幹部拡大会議に諮り決定している。その決定内容は全職員に対して構内LANで情報が共有化して組織的に周知されている。別府センター独自の事業計画重点事項については、主任以上の職員で構成する業務運営会議において決定し、進捗状況については年3回にわたり達成状況を確認するとともに管理者に報告し、評価・見直しを行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者には、福祉サービス提供、居住環境の整備など、利用者の生活に密接にかかわる事項について、毎週行う「ホームルーム」開催時、担当CWから事業計画等について説明すると共に、所内掲示版等を利用してパワーポイントや決まった様式で利用者等に周知している。 | |
| 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。 | ○ | | | 福祉サービス提供は、「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局障害者支援施設におけるリハビリテーション実施要領」に定められた「サービス提供のプロセス」等に基づいて実施されており、組織的に行われる体制が整備されている。そのほか、「ヒヤリハット報告」や「職場ミーティング」の実施等により、福祉サービスの質の向上が図られている。 | |

| | | | | | | |
|---------------------------|--|---|---|---|--|--|
| 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。 | ○ | | | 部門毎に業務マニュアルやチェックシートを策定しており、日常的に業務のモニタリング検討会を開催すると共に、「ヒヤリハット報告」の手順書も策定されており、常に業務の改善に計画的に取り組んでいる。また、令和5年度から、「利用者懇談会」を定期的に開催して、利用者の意見等を踏まえて必要に応じて改善が図られている。 | |
| 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図っている。 | ○ | | | 管理者の役割と責任について、センターの運営方針や運営規程で整備されており、毎週、開催の幹部拡大会議等に参画して、職員及び業務の総括的管理に指導力を発揮している。さらに、災害、事故等における管理者の役割や不在時の緊急時対応等については、BCPや各種マニュアル等が整備されている。また、マスコミの取材に自ら応じて当センターの役割等についての情報発信にも努めている。 | |
| 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。 | ○ | | | 管理者に対して、年2回開催される全国施設長会議において厚生労働省から法令等に関しての最新情報及び具体的な取り組みについて周知が図られている。また、センターの幹部拡大会議等を通じて職員へ周知及び各所管課によるフォローアップを行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 管理者として、利用者・家族用に意見箱を設置するほか、食事の満足度調査、介護等体験に係るアンケート調査等を通して、福祉サービスの質の向上について具体的に取り組んでいる。また、職員との個人面談から、仕事についての感想や意見等を聞き取って職場環境の改善に取り組んでいる。 | |
| II-1-(2)-② | 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | ○ | | | 全国施設長会議において共有化された課題等について、職員への周知徹底に努めており、自ら組織定員要求や、予算要求に取り組んで中期目標等の実現に向けて取り組んでいる。なお、令和5年4月に新たに「利用者募集対策委員会」を設置して、広報活動等の見直し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。 | ○ | | | 国立の障害者支援施設として、福祉サービスの質の向上を確保するため必要な資格者が多数配置され、適切な人事管理が行われている。新たな福祉ニーズへの対応等の実現するため、新規事業等を計画し、必要な人員要求等も行われている。 |
| II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | ○ | | | 国家公務員として、国の人事評価制度(業績評価・能力評価)に従って適切に人事管理が行われている。また、管理者として全職員に対し、毎年「意向調査」を実施して、人事に対する意向や処遇面の改善の必要性を確認するなどの総合的な人事管理が行われている。また、非常勤職員に対しても適切な人事管理を実施している。 |
| 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。 | ○ | | | 健康・安全管理者等で構成された「健康安全委員会」を設置し、職員から健康管理・安全管理に関する意見を聴いたり、就業状況や意向を確認する等に取り組んでいる。また、フレックスタイム制度の活用により、超過勤務の縮減、年次有給休暇の計画的な取得、男性職員の育児参加休暇の取得等の推進にも取り組んでいる。 |
| 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。 | ○ | | | 国の人事評価制度は、職員一人ひとりの能力・実績を適正に把握し、人材育成等の向上につながることを目的としており、職員自ら目標設定し、自己申告、評価等の手続き(前期・後期)を面談等を通して適確に行われている。なお、目標設定は、職位に応じた役割・貢献について記載することとしている。また、管理者は職員一人ひとりの秀でている点・改善点を踏まえた指導・適切な助言や支援が行われている。 |
| 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。 | ○ | | | 「自立支援局職員の教育・研修に関する基本方針」が策定されており、基本方針で「職場研修」・「職場外研修」・「自己啓発」の3本に分けて教育・研修が実施されている。なお、具体的な計画策定は、当センター内の「職員研修委員会」で策定され、計画的に実施されている。 |
| 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。 | ○ | | | 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会の予算は確保されており、必要に応じて知識・技術水準・専門の研修が受講できている。なお、新規職員が配置された部門においては、指導職員を指名する等して、OJTを適切に実施している。 |
| 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。 | ○ | | | 組織目標で「大学生等の実習生の受け入れを継続する。」と明記しており、社会福祉士、PT、OT、介護福祉士など、専門職の分野ごとにマニュアルを整備し、実習の受け入れ体制が整備され、効果的な研修・育成の環境が整っている。また、受け入れ部門の職員に対しても、計画的に実習指導者講習を受講することとしている。 |
| 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。 | ○ | | | センターの基本理念・基本方針、第三者評価の受審結課、運営規程、重要事項説明書等をホームページで適宜公開している。また、関係機関等に向けた広報誌、パンフレット等により、必要な情報発信を行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 厚労省及び会計検査院等による会計監査等を定期的に受けており、また、必要があれば、外部の顧問弁護士や運営委員会の委員等に助言を求めると、運営改善を図る体制も整備されている。 | |
| 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。 | ○ | | | ・運営方針の「地域との結びつきを重視する」に基づき、地域との交流行事等をはじめ、スポーツ大会や障害者作品展など、様々な行事等に感染対策を行った上で参加している。また、57年の歴史を持つ竹田市立南部小学校との交流事業もリモート開催で継続している。なお、利用者のニーズに対しても郵貯や買い物代行などの支援を個別に行っている。 ・令和5年10月、別府市で合宿中の武蔵川部屋の親方や力士の訪問があり、利用者と交流が行われた。 | |
| 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。 | ○ | | | ボランティアの受入や学校教育への協力に関する基本姿勢は明文化されている。なお、コロナ禍以降、停止中であり、今後の再開に備えて、感染症対策を整備して、実施要領等を見直す予定である。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者に対しては、個々の利用者の状況に応じて参考になる関係機関、団体等のパンフレットやチラシ、また、当センターで作成した「在宅生活ハンドブック」等の情報について、施設内のラウンジで展示して情報の提供が行われている。また、大分県身体障害児者施設協議会、全国障害者自立訓練事業所協議会などに定期的に参画し、地域連携に努めている。なお、会議等な内容は幹部拡大会議等を通して情報は職員に共有されている。 | |
| 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 | 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | ○ | | | 県の身体障害児者施設協議会や市の自立支援協議会、障害者支援区分審査会等への参画を通して地域の福祉ニーズ等の情報は把握している。 |
| II-4-(3)-② | 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | ○ | | | 国立リハとの共催で毎年「頸髄損傷者に対するリハビリテーション研修会」を開催し、病院をはじめとする多くの支援関係者等に対して、頸髄損傷者に対する支援ノウハウや専門的な情報の提供が行われている。また、「介護等体験プログラム」を整備し、利用者及び家族等が不安や負担なく在宅生活を営めるよう情報提供し支援している。そのほか、地域の防災対策として、別府市との間で災害時における要介護者の緊急受入れに関する協定を締結している。 |
| 地域との交流、地域貢献 計 | | 5 | 0 | 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。 | ○ | | | 「国立リハ自立支援局障害者支援施設におけるリハビリテーション実施要領」で利用者を尊重した福祉サービス実施について明示されており、職員研修会等での基本理念・基本方針の周知が図られて、職員一人ひとりが理解しており、接遇マナー研修も実施している。また、具体的な取り組みとして「利用者満足度調査」等が実施されている。 | |
| III-1-(1)-② | 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | ○ | | | プライバシー保護等の取組は、リハビリテーション実施要領のほかに「プライバシー保護マニュアル」を整備して、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。また、定期的に接遇マナー研修を実施して適切な福祉サービス提供に努めている。なお、利用者及び家族等にたいしては、「利用者ハンドブック」を活用してプライバシー保護やセンターに対する意見・要望の受け付けについても説明している。 | |
| 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。 | ○ | | | 重度の身体障害者を対象としているため、福祉サービス内容や施設の特徴等をわかりやすく紹介した各種パンフレットの配布や、ホームページによる情報発信、頸髄損傷者に対するリハビリテーション研修会等を通じて、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。また、令和5年度から「利用者募集対策委員会」を設置して、利用者募集活動と広報活動等に重点を置いており、必要に応じて現地利用相談も実施している。 | |
| 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。 | ○ | | | 個別支援計画書は利用者の意向を踏まえて策定されており、定期的な見直しを図っており、利用者及び家族等が訓練等の進捗状況等が理解できるようわかりやすい説明に努めている。なお、障害状況等に応じて平易な文章や平仮名等の対応が行われている。 | |

| | | | | | |
|-----------|---|---|--|---|--|
| 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。 | ○ | | 介護施設利用や地域移行等の進路策定にあたっては、「終了時情報提供書」「動作獲得結果」等を集約したDVD等を利用者に渡しており、移行先の市町村、相談支援事業所、病院、施設等の関係機関に引継ぎを行うなど、福祉サービスの継続性に努めている。また、ホームページで「在宅生活ハンドブック」は随時、改定して情報の提供に取り組んでいる。 | |
| Ⅲ-1-(3) | 利用者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。 | ○ | | 令和5年度から「利用者懇談会」を開催して、利用者と共にセンター運営を検討してサービス向上に努めている。また、給食に関する食事調査を年1回、センター終了者には終了時満足度調査を実施し、その結果をサービス改善に繋げている。 | |
| 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。 | ○ | | 苦情解決の仕組みや体制については、利用契約時の重要事項説明書等で利用者へも周知している。 | |
| 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。 | ○ | | 一人の利用者に係る支援職種が多いため、相談しやすい環境となっている。各種相談は、基本的に担当CWが日々の面接等で確認・対応しているが、複数の相談窓口設置や意見箱の設置、苦情解決委員や外部の通報窓口などを重要事項説明等で説明し、利用者が相談したり意見を述べたりする環境(相談室等)も整備している。なお、利用者には、重要事項説明書に「なお、苦情受付担当者に相談しづらい場合は、相談しやすい職員にご相談ください。相談することによって不利益な取り扱いを受けることはありません」との文言を追記し、利用開始時に周知・説明している。 | |
| 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。 | ○ | | 利用者等からの意見や要望は、HRや個別面談等において積極的に把握している。その内容は必要に応じて会議や各種委員会などで情報共有を図るとともにサービス管理責任者を通して管理者にも伝えられ、即座に対応している。 | |
| 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。 | ○ | | ヒヤリハット事例は日常的に記録され、職員間で情報は共有化されており、センターにおいては事故再発防止検討委員会を通して傾向や改善策を定期的に検討しており、それらを踏まえた職員研修等も実施して、事故の再発防止に努めている。併せて、利用者への還元も行われている。 | |
| 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。 | ○ | | 自立支援局共通の感染症対策マニュアル、国リハ病院の感染症マニュアル及び別府センターの感染防止対策マニュアル等が策定されており、職員にも周知徹底されている。また、集団発生等を想定した「感染症対策委員会」も設置されており、迅速に対応できる体制が整っている。さらに、外部研修会の受講、その伝達講習会の開催など積極的に取り組んでいる。 | |
| 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。 | ○ | | 別府市の地域防災計画やハザードマップ等を参考にセンターのBCPが策定されており、毎年度見直して必要な対策が講じられている。また、防災訓練計画を策定しており、部分訓練や消防署と連携した総合防災訓練等を実施している。また、食料や医薬品の備蓄が整備されている。 | |

| 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。 | ○ | | | 福祉サービスが標準的に実施できるよう、看護・介護マニュアル、SWマニュアル等が整備されており、更新も行われている。また、令和元年度から通常業務に関するモニタリング体制も整備し、マニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する取り組みも行っている。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者からの様々なニーズや合理的配慮を踏まえ、センターの業務重点事項等として取り上げ、必要な見直しを継続的に行っている。 | |
| 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支援計画を適切に策定している。 | ○ | | | リハビリテーション実施要領等に基づいて、利用開始後のオリエンテーション期間中に各部門毎で評価を行って、その具体的な内容を訓練カンファレンスで共有し、個別支援計画書を策定している。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者の身体機能や獲得するADL等の状況変化が大きな機能訓練施設であるため、アセスメント及びモニタリングは、3ヶ月ごとに調整会議等にて担当職員による細かい修正を行い、毎回、全員の個別支援計画書の見直しを行っている。 | |
| Ⅲ-2-(3) | 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | | |
| 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。 | ○ | | | 各種の訓練記録、看護記録、介護記録、ケース記録、診療データ、栄養マネジメント記録等は、当センター独自のオンラインシステム(利用者情報システム)に入力され、一元的に管理されている。また、記入方法についてのマニュアルも整備されている。インシデントの発生や緊急連絡の際にはIPメッセージにより速やかに文字伝達が必要な職員に伝わる仕組みがある。 | |
| 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。 | ○ | | | 各種の記録等は、国が定めた文書管理規程や保有個人情報管理規程に基づき適切に管理されている。利用者の個人情報は支援課にて管理し、オンライン上のデータに関してはアクセス権等のセキュリティ対策が適正に管理されている。また、個人情報の持ち出しに関する規定や倫理審査の仕組み等が整備されており、利用者や家族等に利用開始時に重要事項説明書を用いて説明している。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者一人ひとりへの合理的配慮がなされ、本人が希望する地域生活を実現できるように、エンパワメントや社会生活力の向上に重点を置いた支援を行っている。利用者の希望を尊重した個別支援計画の策定やホームルームでの意見等も取り入れながらサービスを提供している。 | |
| A-1-(2) | 権利擁護 | | | | | |
| A-1-(2)-① | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | ○ | — | | 虐待防止委員会や事故再発防止委員会を定期的で開催し、発生予防や早期発見に努めている。マニュアルの整備、接遇や虐待防止の研修、セルフチェックを実施し職員の意識向上に努めている。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者の主体性を主眼に置き、適宜面談などを行い、自律・自立に向けた意欲づけの維持・向上に働きかけを行っている。「利用者のどこまでできるか」「どうすればできるのか」をセラピスト・介護・看護等で情報を共有し、支援につなげている。支援の際は、職員は見守り・励ましの言葉かけなどに配慮しながら、気づきがあれば共有し、組織全体で協働し、個別支援の充実を図っている。 | |

| | | | | | | |
|-----------|--|---|--|--|---|--|
| 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。 | ○ | | | 高次脳機能障害等がある方には、ご本人がイメージしやすい資料(ひらがな使用・流れ図などを活用)を作成して、ご本人のスムーズな理解や意思表示がしやすい環境を整えている。 | |
| 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。 | ○ | | | 日々の関りからコミュニケーションを深め信頼関係を構築している。面接やモニタリングを通して利用者の意向を確認、必要時は情報提供等して、意思決定の支援につなげている。相談内容などは各担当者間で共有している。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者が主体的に訓練プログラムに取り組めるよう、いつでも運動や作業等ができる環境を整備している。文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供や、ご本人の希望があれば地域の行事等に参加できるよう外出支援もしている。 | |
| 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。 | ○ | | | 頸髄損傷者の受け入れが多く、セラピストの評価を中心に生活面の自立支援や介護、医療の管理等につなげている。職員も定期的な研修に参加し、障害に関する知識の習得と支援の向上を図っている。その他の障害についても、それぞれの専門性を活かし、利用者個人に合わせて必要な情報提供を行い、適切な支援につなげている。 | |
| 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。 | ○ | | | 利用者の障害に合った方法で必要な支援を個別支援計画に盛り込みサービス提供を行っている。利用者自身の障害特性を自分で理解してもらい自身のペースを尊重しながら、各関係部署が連携して、利用者の自立した生活動作の獲得に向けて支援している。 | |
| 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。 | ○ | | | インシデント・アクシデントの報告を徹底しており、細かなトラブルでも各職員が積極的に報告を行っている。また、安全面における環境整備について、利用者だから分かる気づきや視点を環境整備に活かし、安心・安全に配慮した生活環境の確保に努めている。 | |

| | | | | | |
|-----------|--|---|--|--|---|
| 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。 | ○ | | | 本人が主体的に取り組めるよう適宜訓練プログラムの見直しを行うとともに、本人が訓練内容を選択できるセレクトティブワークの実施を行っている。 |
| 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。 | ○ | | | 常勤医師と看護師が健康チェックや健康管理支援を行っている。異常がある場合には、医師の診察を経て、協力医療機関に迅速に受診できる体制を整えている。 |
| 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。 | ○ | | | 医師・看護師が中心となり、24時間体制で適切な医療支援が行われている。服薬管理では、看護マニュアルに沿ってダブルチェックを行い、誤薬や飲み忘れ防止に努めている。 |
| 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。 | ○ | | | 就労を希望する利用者に対しては社会参加訓練や外出訓練を行っている。オフィス関連等資格取得についても支援している。地域の各種スポーツ大会や作品展参加の支援も行っている。 |
| 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。 | ○ | | | ご本人が希望する地域の相談支援事業所等関係機関と連携を図りながら、福祉サービス事業所との顔合わせ、引継ぎなど現地で行いスムーズな地域移行ができるよう支援している。 |
| 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。 | ○ | | | 利用者の生活面や訓練状況・健康面などの情報を家族へ情報共有や相談を行っている。家族からの相談にも応じている。緊急時には必ず家族に報告することが徹底されている。利用者や家族の意向を確認し、在宅福祉サービスの情報及び情報提供の実施、介護等体験や試験外泊の実施、住環境整備相談を実施している。 |

| | | | | | |
|--------|----|---|---|--|--|
| 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。 | | | | 非該当 | |
| 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。 | ○ | | | 本人の希望・障害状況・習得している技術等を総合的に勘案し支援している。就労支援にあたっては地元の障害者雇用を積極的に行っている企業の協力を得て、職場見学や実習を行っている。検定試験の機会を設けており、利用者のモチベーションにもつながっている。 | |
| A-4-(1)-② | 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 | | | | 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。 | ○ | | | 利用者の希望する職場へ、障害に対する合理的配慮の考え方や職場環境の整備、業務内容の検討等について支援を行っている。同時に、就職後や復職後にも利用者と職場双方へのフォローができるよう、地元ハローワークや就労支援機関にも引継ぎを行っている。就労後については、半年後の状況確認を行い必要に応じて訪問支援を行っている。 | |
| 就労支援 計 | | 2 | 0 | 0 | | |