

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

| | | | |
|---------------|-------------------------------|-------|--------------|
| 名 称 | 公益社団法人福岡県社会福祉士会 | | |
| 所 在 地 | 福岡県福岡市博多区博多駅前3-9-12 | | |
| T E L | 092-483-2944 | F A X | 092-483-3037 |
| 評価調査者 登録番号 | 19-a00056、07-a00001、12-b00044 | | |

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

| | | | |
|------------------|--------------------------|-------|---------|
| 法 人 名 称 | こくりつしょうがいしゃりはびりてーしょんせんたー | | |
| | 国立障害者リハビリテーションセンター | | |
| 法 人 の 代 表 者 名 | そうちょう はがのぶひこ | 設立年月日 | 昭和・平成 |
| | 総長 芳賀信彦 | | 54年7月1日 |

◆施設・事業所

| | | | | |
|------------------------|--|------------|--------------|---------|
| 施 設 名 称 | こくりつしょうがいしゃりはびりてーしょんせんたーじりつ しえんきょくふくおかしりょくしょうがいせんたー | | 施 設 種 別 | 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 自立支援局福岡視力障害センター | | | |
| 施 設 所 在 地 | 〒819-0165 福岡県福岡市西区今津4820番地1号 | | | |
| 施 設 長 名 | しよちょう あずま もとゆき | 開設年月日 | 昭和・平成 | |
| | 所長 東 基幸 | | 44年1月1日 | |
| T E L | 092-806-1361 | F A X | 092-806-1365 | |
| E メ ー ル ア ド レ ス | syomuka-f@mhlw.go.jp | | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス | http://www.rehab.go.jp/fukuoka/ | | | |
| 定 員 (利用人数) | 70名・世帯(現員20名・世帯) | | | |
| 職 員 数 | 常勤職員：30名 | | 非常勤職員：24名 | |
| 専 門 職 員 | 生活支援専門職 4名 | 保健指導専門職 1名 | 機能訓練専門職 1名 | |
| | 心理判定専門職 1名 | 管理栄養士 1名 | 教官 14名 | |
| 施 設 ・ 設 備 の 概 要 | 居室(個室、2人部屋) | 教室・自習室 | 談話室・体育館 | |
| | 浴室・シャワー室 | トレーニングマシン | 治療器各種 他 | |

◆施設・事業所の理念・基本方針

| | |
|------------------|---|
| 理 念 | <ol style="list-style-type: none"> 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に支援します。 |
| 基 本 方 針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちはあらゆる場面で利用者の基本的人権を尊重することを最重要事項とします。 2. 私たちは、利用者が施設の主体であることを常に自覚し利用者個々のニーズに対応したサービスを提供します。 3. 私たちは、利用者の意見を取り入れながら、客観的に妥当性のある支援を目指します。 4. 私たちは、利用者が社会の一員として、自立と社会経済活動への参加のために、あらゆる機会を通じて支援します。 5. 私たちは、より人間性を高めるとともに、専門的な知識と支援技術の向上に努めます。 |

◆施設・事業所の特徴的な取組

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立訓練（機能訓練）は、中途視覚障害者の生活場面での自立を目的に事業を開始しましたが、近年では、現職復帰のためのより高度なニーズに対応し得る訓練サービスを提供しています。 ・ 就労移行支援事業（養成施設）は、全国的にも珍しく、中途視覚障害者を対象に、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゆう師の養成を目的とした訓練サービスを提供しています。国家試験の合格および就労を支援する学校教育の機能を有しており、大学、専門学校、養成学校と教育課程を共有しています。また、障害者総合支援法、学校教育法、およびあん摩マッサージ指圧師はりきゆう師等に関する法律に基づき運営しています。 ・ 地域との連携という視点では、センターが所属する地域には「今津福祉村」という自治組織があり、昭和44年の開設当初から、福祉村での活動を通じて地域住民や他施設との緊密な関係づくりを続けています。また、理療教育の臨床実習では、外部患者として近隣の方々にご協力いただいたり、近隣の老人福祉施設で所外臨床実習を受け入れていただくなど、良好な関係を築いています。 |
|---|

◆第三者評価の受審状況

| | | |
|---------------|-----------|-----------------------|
| 評価実施期間 | 契 約 日 | 令和6年4月18日 |
| | 訪 問 調 査 日 | 令和6年10月28日～令和6年10月29日 |
| | 評価結果確定日 | 令和6年12月19日 |
| 受審回数（前回の受審時期） | | 今回の受審：5回目（前回 令和3年度） |

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

1. 健康管理・医療的な支援について

- ・健康診断の際には、主治医と保健指導専門職が振り返りを行い、本人にフィードバックすることで、必要に応じた受診へと繋げています。
- ・利用者の難聴の状況を把握するため、家族に日頃のコミュニケーション状況を確認し、情報共有を行っています。
- ・透析治療が必要な利用者には、血圧測定の記録を音声で記録し、受診時に提示するよう助言しています。また、病院からの服薬指示に基づき、利用者が分かりやすく、服薬しやすいように薬を仕分けして支援しています。
- ・保健指導専門職は、教室をラウンドして利用者の様子を観察したり、給食の状況を確認したりするなど、日々の状態確認を行っています。

2. 生活支援について

- ・年に1回、食事に関するアンケート調査を実施し、利用者に人気のあるメニューを献立に取り入れています。生活環境によって食生活に偏りがみられるため、洋梨や個別包装されたハンバーガー、ホットドッグなどを献立に取り入れ、食生活の充実を図っています。
- ・透析治療が必要な利用者については、個別に献立を作成しています。病院からの指示に基づき、主食の量を調整し、それを献立に反映させています。また、配膳時には顔写真付きの食札を使用し、利用者の名前を確認した上で手渡しすることで、個別に応じた支援を行っています。
- ・職員は、利用者と一緒に歩行訓練を兼ねて公共交通機関を利用し、ハローワークへの同行や失業手当の受給手続き支援、年金事務所での申請相談支援など、自立を目指した個別支援に取り組んでいます。また、障害福祉サービス事業所の見学時には、自宅から現地までの通勤ルートに沿って公共交通機関を利用し、家庭復帰を見据えた支援を行っています。

3. 就労支援について

- ・就職後、卒業生から悩みや困りごとの相談を受けた際には、表面化している問題だけでなく、困っていると思われる事柄も含め、改善のためのアドバイスを行っています。また、就職先の企業からも物の配置に関する相談を受け、机の位置や動きやすい環境の提案を行うなど、利用者職場との関係づくりに取り組んでいます。
- ・ハローワークと連携するほか、大手企業に対して福利厚生としてのヘルスキーパー導入の提案など職場開拓に力を入れています。今年度は2社への導入が決定し、進路指導担当職員が利用者と共に職場を訪問、必要物品の購入やレイアウトに関するアドバイスを行い、合理的配慮を促す取組を実施しています。

(2) 改善を求められる点

1. 事業計画の利用者への周知について

- ・現在、施設では契約時に事業内容を説明する取組を行っています。利用者の参加を促す観点から、事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた資料を作成し説明するなど、提供される福祉サービスについての理解を深める工夫に期待します。定期的に説明会を開催することや、動画を活用したデジタル形式での情報発信を導入することも有効です。これらの取組により、利用者のニーズにも対応し、事業計画の内容をより効果的に伝えることが可能となることが考えられます。

2. プライバシー保護に関する取組について

- ・利用者の写真や映像をホームページや広報資料に掲載する場合には、必ず事前に利用者本人またはその家族から同意を得ることを徹底しています。この取組により、利用者のプライバシーを尊重し、安心感を高めています。また、利用者ハンドブックにおいて、利用者同士がお互いのプライバシーを尊重するための生活上の規律が明確に記されています。この規律は、利用者が快適で安心して生活できる環境を維持するための重要なルールとして機能しています。さらなるプライバシー保護に関する期待として、利用者がより安心して生活できる環境を実現するために、プライバシー保護に関する職員用のマニュアルなどの整備や利用者を交えた話し合いの場を設けるといった取組の強化に期待します。これにより、プライバシー保護についての意識を共有し、利用者と施設の信頼関係をさらに深めることに繋がります。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

当センターは、主に視覚に障害がある方を対象に、就労移行支援（養成施設）と自立訓練（機能訓練）を日中活動として提供し、通所での利用が困難な方に対しては施設入所支援を提供する障害者支援施設です。国立施設で、且つ、福岡県の指定を受け、利用対象者は全国区という当センターの特性がありますが、利用者個々のニーズに対応しつつ、自立と社会経済活動参加に向けた支援を行っています。

サービスの維持・向上と可視化を図るため、定期的（前回は令和3年）に第三者評価を受審しており、今回、概ね高い評価を得られましたことは、これまでの取り組みが一定の成果を得られたことと誠に嬉しく存じます。

「改善を求められる点」として掲げられた「事業計画の利用者への周知」及び「プライバシー保護に関する取組」の他、「b」評価とされた事項については、ご指摘を真摯に受け止め、より一層の強化、改善に向けて取り組む所存です。そして、サービスの透明性と質の更なる向上に、職員一同、引き続き努めて参ります。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【障がい者・児版・評価項目による評価結果】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | |
|-------------------------------|-----------|-------------------------|---|
| 項 目 | | 評価 | コメント |
| 1 | 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。 | a ○理念や基本方針をパンフレットやホームページに掲載し、広く周知しています。また、施設内の各所にも掲示し、職員や利用者の目に触れる機会を増やすことで、権利擁護や主体性を尊重する支援への意識を高く保っています。これにより、支援活動や個別支援計画の策定に役立てています。 ○利用者へも重要事項説明書などを通して丁寧に説明を行っています。 |

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。 | | | |
|-------------------------------|-----------|---------------------------------|--|
| 2 | 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 ○自立支援局・国立障害者リハビリテーションセンターを中心に社会情勢の把握や運営状況の分析を実施、歳出と歳入の状況を把握しながらコスト削減などに取り組んでいます。また、定期的に福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っています。 ○地域の各種福祉計画の策定動向やその内容は把握していますが、地域の特性に関するものなどより詳細な分析が今後の課題と考えています。 |
| 3 | 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。 | a ○自立支援局・国立障害者リハビリテーションセンターにて、国立の中核機関としての役割の遂行すべく事業の実効性について評価を実施し事業報告書にて明らかにしています。 ○施設としても経営状況改善に向けて利用者募集の強化などに取り組んでいます。 ○施設でも業務運営会議などで改善すべき課題などに対して具体的取組を進めています。 |

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 | 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 ○自立支援局・国立障害者リハビリテーションセンターにて、社会の変化に合わせて中期目標を設定しています。ロービジョン者に対する機能訓練や復職支援の推進など、サービスの質の向上と新たなニーズへの対応を目指した内容になっています。 ○管理者も中期目標を毎年確認し、施設の状況を反映すべく取り組んでいます。 |
| 5 | 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。 | a ○自立支援局・国立障害者リハビリテーションセンターで設定した中期計画に基づいて、施設の重点取組事項を毎年策定しています。 ○単年度事業計画の作成にあたり、業務運営会議などを通して各課の意見を反映させるよう取り組んでいます。 |
| I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| 6 | 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。 | a ○単年度事業計画は、日頃の職員の意見も踏まえつつ業務運営会議の中で評価や立案しています。 ○策定した事業計画は、課内会議で共有するほか、年度初めに書面での交付をするなど周知に向けた取組を進めています。 |
| 7 | 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 ○国立障害者リハビリテーションセンターの事業報告書で事業の運営状況を明らかにしています。 ○施設でも利用者との契約時に事業内容を丁寧に説明し同意を得よう努めています。 ○国や施設の掲げる単年度の重点施策や提供される福祉サービス、利用者の生活に関わる事項などについて、参加を促す観点からも利用者の理解を促す取組が期待されます。 |

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) 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 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○毎年、PDCAサイクルに基づいて自己評価や学校評価を実施し、福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に実施しています。 ○自治会との懇談会やアンケートで利用者のニーズを把握し、職員研修時に検討するなど、福祉サービスの改善に務めています。 ○第三者評価の受審結果を各課の会議や委員会などで分析・検討し、組織的に取り組むべき課題を明確にしています。 |
| 9 | I-4-(1)-② | 評価結果にもとづき組織として取り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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○成績会議、支援調整会議、支援決定会議の中で評価結果を共有し、職員間で課題・改善策を文書化して計画の見直しを実施しています。 ○利用者アンケートの結果は、支援課で分析・検討し、支援決定会議で改善策を策定するなど、組織的に課題解決に向けて取り組んでいます。 ○設備の改善に関しても、必要に応じて段階的に改善計画の見直しを実施しています。 |

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

| II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
|-------------------------------|------------|------------------------------------|---|--|
| 10 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○管理者の役割と責任については、業務分掌にて明文化し、会議や研修の場で周知しています。 ○管理者は、事業経営・管理に関する自らの方針を明確化し、広報誌での周知や会議・研修の場においてもその取組を説明しています。 ○有事における管理、運営、役割を明確にし、平常時はもとより、不在時の権限委任についても明確化しています。 |
| 11 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○管理者は法令遵守に関する研修会に参加しています。また、職員にも法令順守を浸透させるため研修に参加しやすいよう勤務体制を整えています。 ○管理者は社内メールなどを活用し、職員に法令や倫理の正しい理解を促し、組織全体をスムーズにリードしています。 ○全職員が法令遵守に関する自己点検を実施しています。 |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| 12 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○管理者は、幹部会議などで受ける報告や利用者満足度調査の結果、さらに担当職員から直接話を聞く機会を設け、サービスの課題の把握に努め評価や分析を行っています。 ○管理者は、定期的に職員と面談を行い、具体的な個人目標を確認し、教育・研修の場を設けています。 ○福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映できるよう取り組んでいます。 |
| 13 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○管理者は、経営改善の実効性を高めるために、各課からヒアリングを行い、具体的な人事や労務、財務の情報を吸い上げるなど情報収集しています。 ○業務効率を高めるために、清掃の外部委託や非常勤職員などの配置、パソコンの活用によるペーパーレス化など取り組んでいます。 ○組織運営に関する要望などは、施設長会議などにおいて、国立障害者リハビリテーションセンターまたは本省施設管理室に対して行っています。 |

II-2 福祉人材の確保・育成

| 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。 | | | |
|--|------------|---|---|
| 14 | 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。 | a ○国の施設であるため、人員体制や人材育成に関しては、厚生労働省の管轄となっています。 ○職員が産休や育休等を取得する際の必要な人材は、ハローワークなどで代替職員を採用し、サービスの質を下げないように補完し対応しています。 ○サービスの質を維持するために必要な人材確保は計画的に実施し、適切に人員の採用及び異動を行っています。 |
| 15 | II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | a ○人事基準は、国家公務員の人事評価制度に基づき、明確に定め職員に周知しています。 ○定期的に職員との面談を行い、職員の意向や意見を把握するとともに改善に向けた取組を実施しています。 ○職員の専門性や職務に関する成果や貢献度は、人事基準に基づいて適切に評価しています。 |
| 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組んでいる。 | a ○年1回面談で転勤や異動についての希望を把握するほか、フレックス勤務を採用するなど働きやすい環境づくりに取り組んでいます。 ○健康診断やストレスチェックの実施、相談窓口の設置など、職員の心身の健康維持と安全の確保に努めています。 ○就業状況や有給休暇の取得状況の確認をするなど、職員のワークライフバランスにも配慮しています。 |
| 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 ○職員は毎年4月に目標を立て、9月に振り返りと中間評価を行い、進捗状況を確認しています。 ○管理者は、必要に合わせて支持的・援助的な姿勢で職員に応じ、その都度助言を行っています。 ○組織目標をもとに、職員一人ひとりの目標を設定し、その水準や期間も明確に文章化することで目標管理を行っています。 |
| 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。 | a ○基本理念に基づいた期待する職員像を基本方針で明文化しています。 ○職員の質の向上を図るために、オンラインでの研修も含め、各種必要な研修の受講を促すよう、運営方針に明記しています。 ○福祉サービスの内容や目標を踏まえて、教育・研修計画を策定しており、計画通りに研修を実施しています。評価や見直しも定期的に行っています。 |
| 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。 | a ○全職員に研修の受講機会があり、資格取得確認も行っています。また、新任・職種別研修も行っています。 ○計画的に様々な研修を行い、必要な知識や技術を習得できる体制づくりに努めています。 ○外部研修についての情報提供も行い、その必要性や職員の希望も配慮し受講を促しています。また、研修受講後の伝達研修も実施しています。 |
| 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。 | a ○実習マニュアルや実習生の受け入れ要領を整備しています。実習指導者への研修も行っています。 ○実習生を受け入れる際には、学校と連携を行い、職種などの特殊性に配慮した効果的なプログラムを策定するよう努めています。 ○教員養成校の実習生も積極的に受け入れています。 |

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。 | a ○施設の運営状況や取組は、ホームページや事業報告書で定期的に公開しています。また、地域に向けてパンフレットやセンターだよりを公共施設などに配布し、活動の紹介を行っています。 ○今津福祉村（医療・福祉施設・保育所・老人施設などの総称）の中にあり、地域活動に積極的に取り組んでいます。夏祭りなど多様な行事参加はもとより、施設の体育館や運動場を開放し地域で活用されています。 |
| 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。 | a ○公正かつ透明性の確保のために、事務、経理、取引等については、ルールに乗っ取り、内部監査や会計検査院による外部監査を定期的に行っています。 ○監査の結果に基づき、公共調達審査会を設置するなど、事務分掌を整備し経営改善に取り組んでいます。 ○ホームページなどを通して、公共調達に関することや学校評価、第三者評価結果を公開しています。 |

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 ○地域住民と今津福祉村が共同して、定期的に会合や諸活動に参画しており、イベントに利用者も参加しています。 ○利用者のニーズを満たすために、地域の移動販売車が定期的に施設を訪問しています。 ○利用者に地域のイベント情報などを提供していますが、積極的な働きかけとまではいえないようです。利用者と地域の新たな関りの検討なども含めて今後の取組に期待します。 |
| 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。 | a ○ボランティアの受け入れについて規程を策定しており、基本姿勢も明記しています。 ○ボランティアについてのマニュアルには、登録手続きやオリエンテーション、利用者との交流など細かく記載しています。 ○施設内でのボランティア活動のほか、地域交流イベントも開催し、多くのボランティアの方が参加出来る体制づくりに取り組んでいます。 |
| 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。 | a ○地域の相談支援事業所やハローワーク、眼科病院などと連携を密に行っています。 ○九州・山口の行政機関や関係機関・団体を訪問し、利用者募集や職場開拓を行っています。パンフレットや広報誌などを地域の主要な場所に配布し情報提供を図っています。 ○より良い福祉サービスを提供するために、地域との様々な連絡会や行事に利用者と共に参加し、関係機関・団体と連絡を図るなどネットワークの構築に務めています。 |
| 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 | 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。 | a ○福祉ニーズの把握のために、今津福祉村の村議会や理事会、施設部会の運営や活動に参加し交流を図っています。 ○施設のスペースを活用し、鍼灸などの体験してもらい、地域住民との交流を図っています。 ○相談支援事業所や障がい者就業・生活支援センターと連携して、福祉ニーズや生活課題を把握しています。 |

| | | | | |
|----|-----------|---------------------------------|---|--|
| 27 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○小学生など地域の見学者に対して、施設内で講習会を行うなど公益的な活動を行っています。 ○あはきの施術と称して地域の方々に施設に来てもらい、臨床実習協力者として施術体験をしてもらっています。 ○災害時の緊急避難所として指定されており、地域の防災対策や被災時における福祉的支援を必要とする人々の安全のための取組を行っています。 |
|----|-----------|---------------------------------|---|--|

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 (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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○基本理念に利用者の基本的人権の尊重を掲げ、職員への周知工夫を図りながら利用者を尊重した福祉サービスを提供できるよう取り組んでいます。 ○利用者の尊重や基本的人権への配慮、虐待防止などの研修を全職員が受講しています。 ○アンケートなどを通して不適切なケアを改善する取組も進めています。 |
| 29 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の写真や映像をホームページなどに掲載する場合は同意を得よう取り組んでいます。 ○利用者ハンドブックの中で、利用者がお互いのプライバシーに配慮すべく生活上の規律として明確にしています。 ○利用者がより安心できる生活環境の実現に向けて、利用者のプライバシー保護に関するマニュアルなどの整備や話し合いの場を設けるなどの取組に期待します。 |

Ⅲ-1-1 (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 | <ul style="list-style-type: none"> ○複数のパンフレットや広報誌をホームページなどで公開し、施設の特徴やサービスの内容を広く周知しています。また、パンフレットは様々な施設へ送付する取組も実施しています。 ○利用希望者への見学などにも丁寧に対応し、訓練や授業の見学も適時実施しています。 |
| 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○サービス管理責任者を中心に利用開始時に重要事項や提供するサービス、生活の留意事項などを丁寧に説明しています。また、約1週間のオリエンテーション期間中に利用者ハンドブックを用いて、利用者が安心してサービス利用ができるよう支援を実施しています。 ○利用契約書や重要事項説明書の同意を得た後すぐに個別支援会議を開催し、支援計画についての話し合いを実施しています。 |
| 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 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○復学、就職、帰省、他事業所利用などそれぞれの情報提供書を用意しています。利用終了に向けて、地域の関係機関と連携する取組を実施しています。 ○退所後の相談先も明確にしておき、訓練や学習についてサービス終了後もサポートしています。 |

Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。

| | | | | |
|----|-----------|---------------------------------|---|---|
| 33 | 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。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ○利用者満足度調査を定期的実施しており、把握した結果を分析・検討し、必要に応じて、利用者支援の見直しを行っています。 ○利用者への個別面談や懇談会も定期的に行い、担当者も配置し要望が出しやすい環境を整えています。 ○利用者の自治会を設け、定期的に困りごとや施設整備などについて検討する場を設けています。 |
|----|-----------|---------------------------------|---|---|

| 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。 | | | |
|----------------------------------|-----------|------------------------------------|---|
| 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。 | a ○苦情解決の体制を整備しており、その内容などを重要事項説明やオリエンテーションで口頭と文書で説明しています。 ○自治会で検討された議題については、具体的な対応策を講じています。 ○利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりを行い、利用者からの申し出や苦情があれば、委員会を開催するなど丁寧に対応するよう努めています。 |
| 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。 | a ○利用者が相談や意見を述べやすいように、ケース担当・クラス担当を配置するなど、相談しやすい環境を整えています。 ○施設内に複数の相談室があります。また、週に1回カウンセラーが訪問し、利用者が相談できる体制を整えています。 |
| 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。 | a ○意見箱を設置するほか、利用者アンケートも実施し、利用者意見の把握を積極的に行っています。 ○把握された相談や意見については、場合により対応に時間がかかることなど、状況を細やかに説明し、迅速な対応を心掛けています。 ○相談や意見などの記録の方法や報告の手順を定めたマニュアルを整備し、その内容も定期的な見直しを行っています。 |

| 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。 | a ○インシデント・アクシデントを取りまとめた事例集を作成し、全職員を対象に事故防止のための研修会を開催して安全確保に取り組んでいます。 ○施設内で起きた事故については、事故報告書を作成し、幹部会議、業務長会議を経て各部署に周知しています。 |
| 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。 | a ○保健指導専門職（看護師）を中心に施設独自の感染症対応マニュアルと感染症BCPを作成しています。 ○職員を対象に嘔吐物処理研修を行い、利用者には授業の中で手洗いの仕方について指導して感染症の予防に取り組んでいます。 ○感染症マニュアルはその都度見直し、改定され、幹部会議を経て各部署に周知しています。 |
| 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。 | a ○施設独自のBCPを作成し、津波を想定した防災訓練を実施しています。利用者へはオリエンテーション時に、防災計画・非常時の対応や避難場所の確認を行っています。 ○地域住民の避難場所となることを想定して、水や食料品、毛布、鍋、ガスコンロなどが十分に備蓄されています。 ○来年1月に福祉村の会議にて、防災会議を開催する予定があります。地域住民と協力し合えることはないか、連携体制がとれるかを検討していく方針があります。 |

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。 | a ○標準的な実施方法が適切に文書化され、身体をゆずって起こさない、声をかけて確認する、おやすみなさいの一言を添えるなどプライバシー保護や権利擁護に関する姿勢も明記しています。 ○モニタリングを通して、調整会議、支援決定会議、個別支援会議を行う過程で、標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みを整備しています。 |
| 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。 | a ○標準的な実施方法について、実施方法や手順の変更が必要な時は、モニタリングを行い、個別支援会議、支援決定会議を通して、改編しています。今後は意思決定支援にも力を入れて取り組んでいく方針があります。 |

| 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支援計画を適切に策定している。 | a ○個別支援計画作成について、前期、中間、期末、後期中間、期末試験結果をもとに担当職員がアセスメントとモニタリングを行っています。 ○アセスメントとモニタリングは教育訓練、進路、相談支援、宿舍生活、健康管理、栄養管理、クラブ活動などの項目毎に行っています。 ○関係職員が参加して、支援決定会議を開催し個別支援計画を作成しています。利用者一人ひとりの意向に沿った計画を作成しています。 ○支援困難ケース対応マニュアルを施設独自で作成しています。訪問訓練や通所訓練を組み合わせつつ、利用者の体調にも合わせて専門職で協議し、今後どのように地域の社会資源に繋げていくかを検討しながら、福祉サービスを提供しています。 |
| 43 | 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。 | a ○個別支援計画の見直しについては、担当職員がモニタリングを行い、支援調整会議、個別支援会議、支援決定会議を経て作成し、職員へ周知する手順を定めています。 ○試験結果をもとにアセスメントを行い、利用者の希望に沿って必要な訓練を盛り込み、計画の見直しを行っています。 |
| 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。 | a ○記録の書き方でわかりにくい表現や標記があれば、課長が赤ペンを入れて差戻し修正しています。 ○記録は個人ごとに整備し、記載する必須項目、利用者の状況について解りやすく記載しています。 ○記録はパソコンのネットワークシステムで共有できるように整備しています。 |
| 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。 | a ○パスワード付きのUSBを使用して、番号をつけて管理し、情報漏えい対策を行っています。 ○利用者や家族には、利用開始時の重要事項説明時に個人情報保護について説明を行っています。 |

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | | |
|-----------------|-----------|-----------------------------|---|
| | 項目 | 評価 | コメント |
| 46 | 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。 | a ○融和と信頼を深め、より高き人間性の向上に努力することを目的に、入所者による自治会を設置しています。年1回の自治会との懇談会に職員が参加し、利用者の意向を尊重し、改善に向けて組織として取り組んでいます。 ○令和5年度の自治会からの要望について、検討や対応について文章にて回答し、記録も整備しています。 |
| A-1-(2) 権利擁護 | | | |
| 47 | 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。 | a ○施設独自の身体拘束適正化の指針、虐待防止委員会設置要綱、虐待防止対応マニュアル、虐待通報対応の流れを作成、整備しています。 ○職員に対して、施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト、体制整備チェックリスト、職員セルフチェックリストを毎月実施しています。回答結果は集計・分析して課題抽出を行い、改善に向けて取り組んでいます。 ○外部講師による研修を受けて、虐待防止及び身体拘束廃止に向けて取り組んでいます。 |

A-2 生活支援

| A-2-(1) 支援の基本 | | | |
|------------------|-----------|--|--|
| 48 | 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。 | a ○ハローワークに同行し、失業手当受給のための支援や、年金事務所に出向いて申請相談を利用者と一緒にいき、歩行訓練を兼ねてバス、電車などの公共交通機関を利用して自立に配慮した個別支援に取り組んでいます。 ○利用者と一緒に、障害福祉サービス事業所見学に行く際にも、自宅から現地まで通勤ルートを公共交通機関を利用して、家庭復帰に向けて支援しています。 |
| 49 | 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。 | a ○利用開始1週間で、コミュニケーション手段の確保や、利用者の視覚や状況を把握しています。点時、墨字、データ、音声、文字の大きさ、拡大特殊機の使用などについて確認を行い、利用者一人ひとりの状況に応じた学習方法や試験方法を検討し、個別的な配慮を行っています。 |
| 50 | A-2-(1)-③ | 利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。 | a ○利用者と試験後に面接を実施し、結果についてフィードバックを行っています。今後の進路についても希望を確認しています。 ○3カ月に1度のモニタリングにて、担当職員が面談を行い、生活の場や授業について意見を聴いたり、利用者の今後の希望や意志を確認しています。 ○卒業生が施設の職員になりたいと入所時に希望し、現在はサービス管理責任者として活躍しています。利用者の困りごとや相談を昼休みや放課後などに聴くことができるよう取り組んでいます。 |
| 51 | 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。 | a ○6月と12月に利用者と職員全員でスポーツ大会を開催しています。ゴールボール、フライングディスク、フロアバレーボールなど、レクリエーションにも取り組んでいます。 ○自立訓練では、野球観戦、ナイター、バリアフリーミュージアム、美術展、地域の相撲部屋への訪問など余暇活動の機会を設けています。 |
| 52 | A-2-(1)-⑤ | 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。 | a ○内部研修を開催し、発達障害と視覚障害など重複して障害のある方の支援についての研修会や視覚障害、ロービジョン、見え方に関する研修を行っています。 ○個別的な配慮が必要な利用者の支援について、教官と生活支援員合同の研修会を開催して、理解を深める取組があります。 |
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | | |
| 53 | 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 ○年1回食事に関するアンケート調査を行い、利用者に人気のメニューを献立に取り入れています。生活環境によって食生活に偏りがみられるため、洋梨や紙で個別包装されたハンバーガー、ホットドックを献立に取り入れて、食生活の充実に取り組んでいます。 ○透析治療が必要な利用者の食事は、個別に献立を作成しています。病院から主食の量について指示があり、献立に反映させています。配膳時には顔写真付きの食札を使用し、利用者の名前を確認して、手渡しするなど利用者に応じた支援を行っています。 |
| A-2-(3) 生活環境 | | | |
| 54 | 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。 | a ○利用者の居室は個室となっており、浴室、トイレは清潔を保っています。談話室があり、ゆっくりと過ごせる場所を確保しています。 ○廊下は右側通行とし、物を置かないように徹底しています。食堂では利用者同士がぶつからないように配膳、下膳時の移動のルールを定め、安全な生活環境に配慮しています。 ○まぶしさの感じ方が利用者によって異なるため、蛍光灯にスリットを入れたカバーを設置しています。 |

| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | | |
|--------------------------|-----------|--|--|
| 55 | 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 <ul style="list-style-type: none"> ○洗濯時に靴下の左右が分からなくなることがあるため、職員が利用者と一緒に洗濯物の確認を行い、洗濯方法のコツを助言しています。 ○冷蔵庫の中のチェックを行い、賞味期限切れのものがないかを利用者と一緒に確認しています。 ○点字訓練担当者、歩行訓練担当者それぞれで利用者から意向や希望を聞き取り、モニタリングを行い、今後の目標を立てています。全体的な個別支援計画は担当ケースワーカーが訓練の担当者と情報共有を行い、連携して支援の検討・見直しを行っています。 |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | | |
| 56 | 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 <ul style="list-style-type: none"> ○施設にて年2回の内科健診と眼科健診を実施しています。毎月の健康管理では医務室にて体重測定や血圧、視力検査を行っています。 ○健康診断時に主治医と保健指導専門職とで振り返りを行い、本人にフィードバックして受診に繋げています。 ○利用者の難聴の状況について確認するために、家族に日頃のコミュニケーション状況を確認して、情報共有を行っています。 |
| 57 | 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。 | a <ul style="list-style-type: none"> ○透析治療が必要な利用者に対して、血圧測定の記録を音声録音し、受診時に提示するよう助言しています。病院から服薬について報告があり、利用者にわかりやすく、内服しやすいように薬を仕分けして支援しています。 ○保健指導専門職は、教室をラウンドして利用者の様子を見に行ったり、給食の様子を確認したり、日々の状態確認を行っています。 ○利用者が訓練に乗れるように、休み時間に声かけを行い、言葉かけ一つで元気になればとの思いから、利用者とのコミュニケーションを深めていけるように日々の関わりを通して取り組んでいます。 |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | | |
| 58 | 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。 | a <ul style="list-style-type: none"> ○就労移行支援では、卒業生の職場への施設見学や、大学病院での解剖見学実習などを取り入れて学習・体験の機会を提供して社会参加への支援を行っています。 ○通所、入所の利用者同士で地元の食事の美味しいお店を紹介して、食事に出かけたり、地域のお祭りやイベントに自由に参加して交流を深めています。 |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | | |
| 59 | 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 <ul style="list-style-type: none"> ○県外からの利用者も多く、夏季休暇の帰省時に、同行援護を利用して事業所職員と連携・協働し、地元のハローワークへの訪問を実施して、地域生活のための支援を行っています。 ○利用者の地域生活の移行に向けて、自宅から職場までの通勤ルートの確認や職場での仕事内容の確認を一緒に行い、意欲を高められるように支援しています。 |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | | |
| 60 | 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 <ul style="list-style-type: none"> ○家族の生活に関する悩みに応えるために、施設に来所して、利用者への声かけの仕方や誘導方法のコツ、食事について気を付けることを伝えて、家族支援を行っています。 ○生活の中で家族が過保護になりすぎてしまうこともあるため、訪問支援を通じて、一人で内服できるようシールを貼る工夫や、自宅の白い壁や廊下にテープを貼ってぶつかるリスクを下げて、歩行しやすくなる方法や工夫を家族にも伝えていきます。 |

A-3 発達支援

| A-3-(1) 発達支援 | | | |
|--------------|-----------|---------------------------------|-------|
| 61 | A-3-(1)-① | 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 「評価外」 |

A-4 就労支援

| A-4-(1) 就労支援 | | | |
|--------------|-----------|-----------------------------------|--|
| 62 | 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 ○進路支援・職場開拓推進委員会を設置しています。外部委員として施設の同窓会委員、職業安定書、社会福祉事務所職員、社会福祉協議会、鍼灸師会の役職員、その他関係機関及び団体の職員が参加しています。 ○進路支援集中講座の中で、施術所見学、進路支援講座、就職面接対策講座などを実施し、進路支援に取り組んでいます。 ○利用者に進路に関するアンケートを実施して、意向や適性に沿って進路支援に取り組んでいます。 |
| 63 | 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。 | 「非該当」 |
| 64 | 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。 | a ○就労後に卒業生から悩みや困っていることの相談が入った時には、困っていると思われることも含めて改善のアドバイスを行っています。企業からも、物の配置についての相談があり、机の位置や動きやすい環境についてアドバイスを行っています。 ○ハローワークと協働し、大手企業に福利厚生としてのヘルスキーパーの導入を提案し、職場開拓に力を入れて取り組んでいます。今年度は2ヶ所の企業に導入が決定し、進路指導担当職員が利用者と一緒に職場に出向き、必要物品の購入やレイアウトのアドバイスを行って、合理的配慮を促進する取組を行っています。 |