

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：名古屋市総合リハビリテーションセンター	種別：入所支援・自立訓練・就労移行支援	
代表者氏名：田中雅之	定員（利用人数）：50名（45名）	
所在地：愛知県名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1番地の2		
TEL：052-835-4193		
ホームページ： http://www.nagoya-rehab.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成20年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 名古屋市総合リハビリテーション事業団		
職員数	常勤職員：24名	非常勤職員：30名
専門職員	(管理者) 1名 社会福祉士	(生活支援員) 22名 社会福祉士8人
	(サービス管理責任者) 4名 社会福祉士	(職業指導員) 9名 社会福祉士1人、作業療法士1人
	(医師) 1名	(就労支援員) 6名 社会福祉士1人、精神保健福祉士1人
	(看護師) 2名	(栄養士) 1名
	(理学療法士) 1名	(調理員) 1名
	(作業療法士) 1名	(事務職員) 2名
	(公認心理師) 1名	(ケースワーカー) 2名
施設・設備の概要	(居室数) 13室	(設備等) ベッド、床頭台
		ロッカー

③理念・基本方針

★理念

・法人

総合リハビリテーションセンターは利用者の意向の尊重、利用者の尊厳の保持を基本として、社会的自立を支援するように努めます。

・施設・事業所

福祉施設は、障害のある方の持てる力と可能性を追求することを旨に、共に生活し活動していくノーマライゼーションの理念を推進し、利用者本位の最適な訓練サービスを提供するように努めます。

★基本方針

利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービスを提供するように努め、利用者が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に事業を運営します。

事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業所その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

【特長】

- (1) 身体障害者及び高次脳機能障害者に対して、自立と社会参加を目指した社会リハビリテーションを実施している。特に高次脳機能障害については、専門的な知識とノウハウをもって支援を実施している。
- (2) 医療～生活支援～地域生活支援～就労支援までのシームレスな支援を実施している。平成30年度は、利用者の約半数が附属病院から利用、終了者の約半数が就労支援課を利用した。
- (3) 生活支援員がケースワークを行いつつ、総合リハビリセンターの特色を生かし、医療スタッフである医師、看護師、理学療法士、作業療法士、公認心理師、言語聴覚士、義肢装具士など、センター内の多くの専門職が支援に関わり、専門的な見地からのアセスメントと自立と社会参加に向けた支援を実施している。
- (4) 総合支援法で定められている標準利用期間を、大幅に下回る短期間で効率的な訓練を実施している。(平成30年度 機能訓練実績：6.3ヶ月)
- (5) 新サービスである自立生活援助をいち早く取り入れ、退所後の単身生活が安定的に送ることができているかをモニタリングしている。
- (6) 見学・研修・実習などを通して、専門職の養成や市民の啓発活動に協力している。
- (7) 全国身体障害者更生施設長協議会(「自立訓練(機能訓練)事業利用者に関する基本情報の集約」)や厚労省総合福祉推進事業(「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」)等への参画により、機能訓練を中心とした施策への提言を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 8月 8日(契約日) ～ 令和 2年 3月12日(評価決定日) 【令和元年12月18日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成20年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆具体的な事業計画

前年度の事業計画の反省・評価を基に、自立支援部内の方針会議で年間の方針を決め、大きな課題や優先的に取り組む必要のある事項は、事業計画の中に「重点取り組み事項」として取り上げている。「重点取り組み事項」には、具体的な数値目標や成果指標、担当者が決められており、計画的に実施に移されている。

◆体系化された効率的なリハビリテーション

併設された附属病院と連携しての体系的なリハビリテーションは、大きなスケールメリットと言える。附属病院での医療リハビリ(病院)もしくは医学的リハビリ(医療)に始まり、社会リハビリ(自立訓練(機能訓練))を経由して最終的に職業リハビリ(就労支援)に至るが、全ては「地域(家庭、職場、社会)」への復帰が目的となっている。効率的な支援の成果で、入所から退所までの期間が、「総合支援法」で定める標準利用期間を大幅に下回っている。

◆適切な就労移行のために

就労移行支援の訓練現場は、勤務先を想定して実際の事務所や工場、倉庫等の状態を忠実に再現している。事務所に見立てた訓練の場で、パソコンを打つ利用者の後方は狭く、車イスがやっと通れるだけの通路しか確保されていない。大手流通企業の倉庫を思わせるリアルな商品棚や、4kgや6kgの袋入りプラスチック原料も揃っている。身体に障害を持つ利用者にとって、6kgは過酷な重量に思える。しかし、それが現実であり、これらのトライアルがあって、就労のミスマッチの少なさがある。

◇改善を求められる点

◆PDCAサイクルの活用

「人材育成部会」が組織され、人材育成方針や人材育成計画を策定している。全体研修や階層別研修、外部研修が計画され、階層別研修は、新人、若手、中堅Ⅰ、中堅Ⅱ、課長・リーダークラスと、5段階の階層に分けて実施されている。OJTも効果的に実施されている。研修履修後には「研修報告書」が提出されているが、研修が「研修報告書」で完結し、研修効果を測定・検証するプロセスがない。PDCAサイクルに沿った仕組みづくりを期待したい。

◆非常時への備え

災害発生時のマニュアルを整備し、避難訓練・防災訓練が定期的に行われている。大規模災害時の福祉避難所としても登録しており、行政との間で協定を結んでいる。地元消防署にも年1回訓練時に立ち会いを依頼し、コメントを貰っている。災害時を想定した地域との連携はできておらず改善の余地がある。また、管理者不在時の非常事態に際して、管理者権限の委任先の明確化とその周知が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回の第三者評価と比較して、調査項目は減っていたが、設問内容はより具体的かつ詳細になっていた。特に利用者主体、サービスの質の担保の点から、利用者・社会への情報開示による事業の透明性の確保、マニュアル・職員研修体系の整備は強く求められていると感じた。職員は普段直接的な利用者支援については日々意識し、自己研鑽も行っているが、それを客観的に基準に基づき評価できた点、直接的な利用者支援ではない要素について、普段とは違う目線で自分たちの業務を見直せたという点で、今回の自己評価での議論は大変有意義であった。今回の第三者評価を参考にしながら、毎年の自己点検を強化し、より質の高いサービス提供に結び付けていきたい。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

【共通評価基準】

評価対象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	
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。	障1	① a・b・c
＜コメント＞ 「リハビリテーションセンター」の名称が示す通り、明確な目的をもって開設された事業所であり、理念、基本方針ともに明文化されている。生活支援や就労支援等、支援別にパンフレットが作成されているが、その中では理念を噛み砕いて説明し、利用希望者にとって分かりやすいものとなっている。			

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。			
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。	障2	① a・b・c
＜コメント＞ 名古屋市の指定管理者制度に則って事業を受託しており、市の福祉計画策定にも参画していることから、市の意向に沿った事業経営である。事業運営の有益情報源として厚労省のホームページを重要視しており、決められた担当職員が常にチェックしている。集められた各種の情報は、その重要性を考慮して適切な会議体（定例会や自立支援部課長会等）に付議される。			
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。	障3	① a・b・c
＜コメント＞ 現状の経営課題を、「安定的な運営のための利用者確保」、「人材育成」、「夜勤者及び入浴介助員の確保」とし、それぞれを喫緊の課題として取り組んでいる。特に、「安定的な運営のための利用者確保」に関しては、事業経営の根幹に係わる課題として、事業計画の「重点取り組み事項」に掲げ、具体的な施策を明文化している。			

I-3 事業計画の策定

		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。	障4	① a・b・c
＜コメント＞ 中期計画としての「第3次経営戦略計画（平成29～31年度）」が策定されており、課題を経営戦略目標として示し、部門ごとに策定される部門計画の基礎としている。3年間の部門計画には、部門目標と成果指標が示され、すべて数値化が図られている。			
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。	障5	① a・b・c
＜コメント＞ 中期（3年間）の部門計画に整合させた単年度の事業計画が策定されており、具体的な部門目標と成果指標を数値化し、担当職員を明記している。この事業計画は、前年度の事業計画の反省・評価を基に策定されており、事業計画を支援の現場で実践するための仕組みができてきている。			
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。	障6	① a・b・c
＜コメント＞ 各課で、職員意見を反映させた事業計画を作成し、それを集約して法人全体の事業計画としている。事業計画の進捗把握、見直しは各課の課内会議で行い、隔月で開催される経営戦略会議で、法人全体の事業計画の進捗確認や必要な見直しを行っている。また、毎月の進捗（成果）は、3ヶ年分がパソコンの共有ファイル上で確認することができる。			

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。	障7	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント> 各課で開催されている利用者連絡会、茶話会、外出行事、同窓会など、利用者に関連する行事については計画が詳細に伝えられているが、事業計画の全体像を利用者や家族に対して詳細に説明する機会がない。支援を受ける主体である利用者に対して、事業計画の全容を分かりやすく説明する仕組みづくりを期待したい。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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。	障8	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> サービスの担い手である職員の育成に重きを置き、質の向上のための職員研修体系が構築されている。「人材育成基本方針」に目指す職員像や求められる能力を明記し、5段階の階層別研修が組まれている。第三者評価の受審こそ10年の空白があるが、職員は毎年自己評価を実施し、「職務状況報告書」で個人目標の達成状況を振り返っている。</p>		
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。	障9	㉑ ・ b ・ c
<p><コメント> 前年度の事業計画の反省・評価を基に、自立支援部各課の課内会議及び部課長会で年間の方針を決め、大きな課題や優先的に取り組む必要のある事項は、事業計画の中に「重点取り組み事項」として挙げられる。「重点取り組み事項」は、具体的な数値目標（成果指標）や担当者が決められており、計画的に実施に移されている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		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。	障10	a	ⓑ	c
<コメント> 管理者の役割や責任の所在は、「運営規程」や「組織及び職務分掌規程」、「代決規程」、「組織図」等で明確になっている。自立支援部内の各課で開催されるミーティングや支援会議には、すべてに参加することを原則としており、責任感の強さも持ち合わせている。課題としては、管理者不在時の権限委任先が明確になっていないことである。				
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。	障11	Ⓐ	b	c
<コメント> 管理者は、遵守すべき関連法規について十分な理解を持ち、新たな法令の制定や改正があったときには、関連する研修や所属団体等の会議に積極的に参加し、正しい知識の習得に努めている。研修等で得た知識は、勉強会や職員会議等の機会を使って職員に伝達している。なお、各種規程の原本は、サイボーズ内で管理されている。				
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。	障12	Ⓐ	b	c
<コメント> 退所する利用者に対して満足度調査を実施し、集計・分析して改善につなげている。面会者の来訪時に、ゆっくり面会ができるように面接室を設けたり、利用者の人権に配慮してトイレや浴室の改修を行い、これまでのカーテンの仕切りがパーテーションに変更された。職員に対する階層別の研修体系が構築されており、外部研修への参加も奨励している。				
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。	障13	Ⓐ	b	c
<コメント> 専門性の高い職員を安定的に雇用するため、様々な施策を講じている。夜間の勤務体制を整えるため、総務部との交渉を経て派遣看護師の受け入れを決定した。予期せぬ離職の防止に努め、退職予備軍の早期把握に努めている。また、職員増員への対応及び職員が機能的に動くためのスペースの確保等を目的として、支援員室のレイアウト変更を行った。				

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		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。	障14	a	ⓑ	c
<コメント> 期中に予期せぬ離職者が出たりして、人材確保が後手に回っている。市の指定管理者制度上の制約もあり、予算と人員とのバランスを考慮して採用活動を行っている。現状では、計画的な充員計画（必要な人材を充たす計画）は作りづらい状況である。				
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	Ⓐ	b	c
<コメント> 昇任や昇格に関する明確な人事基準があり、「ゼネラリスト構想」に沿って総合的な人事管理が行われている。配置転換を繰り返すことによって多職種の業務を経験させ、将来の幹部職員としての育成を行っている。目標管理制度と人事考課制度の運用もある。				

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。	障16	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>出退勤管理システムを活用して、有給休暇の管理を行っている。法定5日間の有給休暇取得が難しいと思われる場合には、課長を通じて有給休暇取得の注意喚起が行われている。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子育て中の職員には短時間勤務を認めて柔軟に対応している。産休・育休、介護休業、子どもの看護休暇等の制度活用例もあり、育休明けで職場復帰の例も多い。</p>		
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。	障17	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>専門的な資格の取得を支援する仕組みがある。「ゼネラリスト構想」の下、目標管理制度を運用して職員の育成に努めている。期首面談で職員それぞれに適切な目標が設定され、期末面談で評価・振り返りを行っている。期中に中間面談を実施し、進捗状況の確認や、場合によっては目標の変更等、適切な見直しを実施されることを期待したい。</p>		
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。	障18	a ・ ③ ・ c
<p><コメント></p> <p>「人材育成部会」が組織され、人材育成方針や人材育成計画を策定している。全体研修や階層別研修、外部研修が計画され、階層別研修は、新人、若手、中堅Ⅰ、中堅Ⅱ、課長・リーダークラスと、5段階の階層に分けて実施されている。研修履修後には「研修報告書」が提出されているが、研修がここで完結し、研修効果を測定・検証するプロセスがない。PDCAサイクルに沿った仕組みづくりを期待したい。</p>		
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。	障19	④ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>センター内の階層別研修、自立支援部内の内部研修やOJT、専門性の高い外部研修と、職員には多くの研修機会が用意されている。職員の自己啓発を支援するため、外部研修の参加に際しては最大限の勤務的、時間的配慮を行っている。</p>		
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。	障20	a ・ ⑤ ・ c
<p><コメント></p> <p>社会福祉士実習生等の受け入れは、年間2～5名とさほど多くはない。実習生を受け入れるためのマニュアルが整備されておらず、実習生目線の実習が行われている。実習を受け入れる事業所側の意義や目的を明確にし、マニュアルを整備して積極的に実習生を受け入れることが望ましい。次代を担う福祉職の養成は、社会福祉法人の使命でもある。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		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。	障21	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページに、理念、基本方針をはじめ、事業の概要や事業計画、事業報告、決算情報等を公開している。利用希望者への便宜を図る意味合いから、各支援課単位のパンフレットもあり、必要な情報は最大限盛り込んでいる。課題としては苦情情報の取り扱いであるが、「苦情解決実施要綱」に、公表の手段や申立人に対する公表同意の確認等の項目を追記することが望ましい。</p>		
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。	障22	⑦ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各種規程やマニュアル類が整備され、事務、経理、契約、取引等はルールに従って執行されている。職務分掌や職務権限に関する規程もあり、内部牽制の体制が構築されている。法人監事による内部監査や行政監査でも、大きな改善指摘事項はない。より高い透明性確保のため、独立監査人による外部監査を受審した。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		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。	障23	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>「地域」の考え方として、「地域」は交流や連携の対象物ではなく、利用者が戻っていく目的地としての「地域」を考えている。各課で作成されたパンフレットにも、その思想が色濃く示されている。併設の附属病院での医療リハビリに始まり、社会リハビリを経由して最終的に職業リハビリに至るが、全ては「地域（家庭、職場、社会）」への復帰が目的となっている。</p>			
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。	障24	a ・ ② ・ c	
<p><コメント></p> <p>ボランティアを受け入れる手順は確立しており、手順に沿った様式も揃っている。受け入れの担当者も決まっており、外出ボラや「話そう会」等、定期的なボランティアの受け入れも行われている。この確立している手順を、マニュアル化することが望ましい。</p>			
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。	障25	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>課によって必要な社会資源に違いがあり、それぞれの課で社会資源が明確になっている。名古屋市の指定管理者制度の関係から、市の各部局、課、係との連携は密にしている。また、一定レベルまで機能が回復した後、利用者の生活していた地域の病院（リハビリテーション病院等）に移行することもあり、それらの病院とも連携を図っている。</p>			
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。	障26	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>県内外の病院から利用者が移行してくるケースが多く、それらの病院と連携してニーズ把握に努めている。また、居場所サロン事業を通して、その参加者から生活課題や福祉ニーズを拾っている。法人レベルで各種講演会を開催しており、そこでの情報の取得が福祉ニーズの把握にも役立っている。</p>			
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。	障27	① ・ b ・ c	
<p><コメント></p> <p>地域の要請に応じて、専門的な講演会やミニ講座の開催がある。特に併設の附属病院と連携しての「高次脳機能障害」の利用者への支援は国内屈指のレベルであり、県内外から利用者が集まる。</p>			

評価対象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

		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。	障28	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針を定め、利用者を尊重した福祉サービスの実施・基本的配慮について明示している。また、週1回程度、職員間で小人数でのグループスーパービジョンを取り入れ、個々の支援について相互チェックを行っている。</p>			
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。	障29	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>居室は4人部屋で、カーテンで仕切られており、ハード面の改善検討(パーテーション設置)もしている。ただ、休憩室を含め、完全にプライベートな空間の確保は難しい。</p>			
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。	障30	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者が選択しやすいよう、パンフレットに写真等の情報を掲載し、多くの関係機関に配付している。また、ホームページも適宜更新し、Twitterでも情報発信している。説明会等も定期的を開催し、利用希望者が事業所の情報を得る機会を多く作っている。</p>			
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。	障31	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス開始前には必ず面談を行い、利用者の意向と事業所が提供するサービスとのマッチングを行っている。中には、記憶部分に障害を持つ利用者や、説明を理解するのが苦手な利用者があるため、半日時間を取り、分かりやすい表現や理解しやすいスピードで説明を行っている。</p>			
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。	障32	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所退所時にはケア会議を行い、施設での訓練経過・成果と残された課題、必要なサービスについて検討・引継ぎを行っている。「個別支援のまとめ」を作成し、次の支援機関への引き継ぎ書として渡している。ただ、それらの一連の手順が、すべての利用者に徹底できていない点は、改善の余地を残す。</p>			
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。	障33	a	・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>意見箱の設置や月1回の利用者連絡会の中で、意見を汲み取る仕組みを作っている。また、退所時に満足度調査を行っている。ただし、利用者連絡会への参加は入所者が多く、通所者の参加はほとんど無いのが現状である。定期的なアンケートを実施する等の方法で、満足度向上の改善のきっかけを掴むことが望まれる。</p>			
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。	障34	Ⓐ	・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情受付の方法は利用者に周知されており、掲示物でも周知できている。苦情解決のシステムもできおり、毎週開催されるヒヤリハットミーティングで協議、検討されている。</p>			

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。	障35	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的なモニタリングの機会を持ち、また、生活場面も含めて適宜声掛けを行っている。家族にも、毎月診察時に同席を求めており、その際に話を聴く機会を作っている。ただ、通所利用者は利用者連絡会に出ないため、意見を述べる機会が相対的に少なくなっている。</p>		
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。	障36	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員会議やヒヤリハットミーティング内で、利用者からの相談や意見については検討を行っている。また、決定した支援対応について抜け漏れなく共有できるよう、専用の支援ソフトを利用して全員がパソコンで確認できる体制を整備している。</p>		
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。	障37	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>安心・安全な支援のために、毎週1回行うヒヤリハットミーティングにて、報告と検討を行っている。事故発生時の対応についてはマニュアルを作成しており、随時閲覧が可能である。対応については、隣接する医療機関と同様の処理が行われている。「インシデントレポート」の作成も行っており、アクシデントを未然に防ぐ取り組みをしている。</p>		
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。	障38	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>隣接する医療機関と一体の感染症対策委員会を設置している。研修では、看護師から吐しゃ物の処理の仕方を教わる等、実践に即した取り組みをしている。同時に利用者にも、口頭や掲示にて手洗い・うがいの励行などの周知を行っている。ただ、厳しい病院基準のマニュアルが、現場判断で適応しきれていない場面もある。適切な基準を定め、独自基準のマニュアル整備が待たれる。</p>		
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。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>災害発生時のマニュアルを整備し、避難訓練・防災訓練が定期的に行われている。地元消防署にも年1回訓練時に立ち会いを依頼し、コメントを貰っている。災害時を想定しての地域と連携した防災訓練は実施していないが、毎月定例の公所会議に事務局長が参加し、災害時を含めた情報交換に努めている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		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。	障40	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について、文書化され職員間で共有されている。グループスーパービジョンの機会にも個別支援の事例を用いて点検を行っている。自立訓練のプログラム毎にマニュアルが作成されており、それを基に支援が提供されている。</p>		
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。	障41	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の見直しについては、年1回の方針会議で協議している。また、訓練メニューのマニュアルについては、担当制で年1回見直しを行っている。ただ、協議が十分尽くされているとは言えないことと、担当者の独断に頼っている部分が大きく、チェックする仕組みが無いのが課題である。</p>		

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。	障42	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者と家族を含めた三者面談の中で、本人・家族の意向を聴いた上で、多職種参加の個別支援会議を行い、個別支援計画を策定している。個別支援会議には医師も参加し、様々な見地から利用者の自立に向けての最適な計画を作成している。		
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。	障43	① ・ b ・ c
<コメント> 3ヶ月毎に、個別支援計画作成会議を開催している。そこでは、普段関わっている専門職の視点でのモニタリングや主治医の意見も加味して評価を行い、新たな個別支援計画の作成につなげている。		
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)-② 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。	障44	① ・ b ・ c
<コメント> 福祉サービスの実施状況の記録は、記録ソフトを利用して全職員が確認できる状態にある。また、朝夕の引継ぎやヒヤリハットミーティングなどの対面での情報交換の他、会議の議事録などによる文書での共有も行っている。		
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。	障45	① ・ b ・ c
<コメント> パソコンでの情報閲覧には、職員個々にIDとパスワードが設定されている。個人ファイル等については、24時間職員がいる場所で保管し、ケースファイルを持ち出す場合には「個人情報持ち出し台帳」に必要事項を記載した上で持ち出すルールとしている。		

【内容評価基準】

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		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。	障46	① ・ b ・ c
<コメント> 利用者が自己決定をするために複数のビジョンを提案し、メリットとデメリットとを伝えた上で選択してもらっている。また、自己決定支援が現場でも行き届くよう、月1回の事例検討やグループスーパービジョン等の研修体制を組み、利用者個々の障害特性に合わせた支援を行っている。		

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。	障47	a ・ ① ・ c
<コメント> 身体拘束やマットセンサー等の権利を制限せざるを得ない場面があり、その決定や期間については、都度職員内での検討を行っている。また、権利侵害が起こらないようヒヤリハットミーティングを毎週開催し、結果を職員間で共有している。ただ、手続きや方法については文書化されておらず、改善を要す。		

A-2 生活支援

		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。	障48	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に沿って、ADL（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）の向上のための訓練を行っている。また、外出できるよう公共交通機関を利用する訓練や、自宅に向いて支援内容を考える等、自立生活を見越した支援を行っている。</p>			
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。	障49	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「メモリーノート」や「会話ノート」等のツールを使い、それぞれの利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションを行っている。多職種連携の中から、代償手段や対応方法の検討を行っている。支援する職員の力量差や、利用者の側にも取り組みに対する意識の差がある。そのような中で、支援の質と量にバラつきを出さないよう、上席者が適切なアドバイスと指導を行っている。</p>			
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。	障50	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>様々な職種の職員から積極的に声掛けを行い、相談しやすい環境やきっかけを作っている。支援方針や対応がブレないように、朝礼や支援ソフト等を使い、職員内で周知している。</p>			
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。	障51	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて週間スケジュールを組み、訓練を設定している。土・日曜日の日中活動が無い日についても、映画鑑賞や散歩等の余暇活動を提供している。ただ、利用者のニーズが重なってしまった場合、最大1.5ヶ月程待たなければ提供できない訓練もある。利用者には最適な訓練が、適時に提供される仕組みの構築を期待したい。</p>			
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。	障52	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員研修の機会が充実しており、知識、技術ともに研鑽が積める体制が出来ている。希望があれば、専門的な外部研修にも参加が可能である。また、支援方針や対応について、職員間でブレが無いよう情報共有の仕組みができています。高次脳機能障害の利用者に対しても、高い専門性や経験値を必要とすることから、担当する職員により支援に差が生じないようにフォローする体制がある。</p>			
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。	障53	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>専門職によるアセスメントを実施した上で個別支援計画が作られており、そこには利用者の心身の状況に応じた支援方針が記されている。その上で、どう支援を行うかについて、情報共有ソフトにより職員間で共有が図られている。</p>			
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。	障54	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>週1回、「環境整備・生活管理チェック表」を用いて、利用者が職員と振り返りを行っている。施設のハード面も、快適性を維持するために随時修繕を行っている。24時間体制で職員が配置され、何かあれば隣接の医療機関と連携が取れる体制がある。</p>			
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。	障55	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、機能訓練を行っている。特に、それぞれの専門職による支援・アセスメントを積み重ね、それを多職種で検討する事で、より利用者にあった支援の提供を目指している。また、自宅訪問による実際の環境でのアセスメントも、訓練の質を高めて要素となっている。</p>			

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。	障56	① . b . c
<p><コメント></p> <p>看護師を含めた職員が、平時、緊急時に対応できる体制を整えている。また、職員が大切にしているのは、事業所を退所した後に、自身で体調の把握ができる自立した状態までの快復であり、そのような声掛けや促しも行っている。</p>		
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。	障57	① . b . c
<p><コメント></p> <p>専門的な医療情報が、隣接の医療機関と共有出来ている。隣接の医療機関等の協力により、看護師等の医療専門職が来所して、適切な医療的支援を提供している。</p>		
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。	障58	① . b . c
<p><コメント></p> <p>自立訓練内での外出訓練や、就労移行支援内での退所した元利用者による体験発表等、社会参加をして次のステップのイメージ作りができるような取り組みをしている。また、制度の活用方法についての講習会も月1回行っており、自ら制度を利用できるようなきっかけを作っている。</p>		
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。	障59	① . b . c
<p><コメント></p> <p>地域移行がゴールではなく、地域移行後にどのような社会参加をしていけるのかまでを考え、個別支援計画を作成している。特に、地域移行先の自宅を起点に、社会資源をどのように利用していくかという視点で関わっており、より生活に即した支援となっている。</p>		
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。	障60	① . b . c
<p><コメント></p> <p>隣接する医療機関の診察時に、家族の同席を依頼しており、その時に家族との情報交換の機会を作っている。また、必要に応じて自宅まで出向き、高次脳機能障害やその対応について、実際の生活場面に即した説明・アドバイス等を行っている。</p>		
A-3 発達支援		
		第三者評価結果
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。	障61	a . b . c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		

A-4 就労支援

		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。	障62	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりと入念な面談を行い、働く意欲を確認している。元々就業していて、病気や不意の事故等によって障害を持った利用者が多く、元の仕事に戻りたい、もしくは元の職場に戻れなくても、何らかの仕事に就きたいと考えている利用者が多い。それらの利用者の意を汲み、訓練内容の多様化を図って、利用者の就労の可能性を引き出そうとしている。</p>			
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。	障63	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>就労先の業務が利用者の希望や力量と合致していることを見極めるため、訓練の場には、実際の企業の現場が忠実に再現されている。通路は、車イスがかりうじて通れるだけの幅しかない。大手流通企業の倉庫を思わせるリアルな商品棚や、4kgや6kgの袋入りプラスチック原料も揃っている。利用者は「自分ノート」を活用して自らの可能性に挑戦している。</p>			
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。	障64	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>障害者雇用の求人をハローワークで探し、就職求人誌やフリーペーパーにも目を通し、就労先を開拓している。綿密な就労支援の成果で、利用者と就労先企業とのミスマッチは少なく、離職となるのは年間0～1件程度である。就労を果たした元利用者が離職した場合は、再就職先を探すが、地域の障害者施設（就労継続A型、B型事業所等）につないだ例もある。</p>			