

## 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	07-a00001、07-b00020、19-a00056		

## 【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や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 もりこういち	設立年月日	昭和・平成
	総長 森 浩一		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や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 ふじたゆかり	開設年月日	昭和・平成	
	所長 藤田ゆかり		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32名・世帯)			
職 員 数	常勤職員：32名		非常勤職員：23名	
専 門 職 員	社会福祉士 6名	精神保健福祉士 1名	看護師 1名	
	管理栄養士 1名	教員 18名	調理師 4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"> <li>1. 私たちは、利用者の基本的人権を尊重します。</li> <li>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。</li> <li>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支援します。</li> </ol>
基 本 方 針	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>

◆施設・事業所の特徴的な取組

<p>○利用者との信頼関係を築くために、常時、授業・訓練を受ける環境を最良の状態を保てるよう利用者との対話を尊重しています。</p> <p>○実施している就労移行支援（養成施設）、自立訓練（機能訓練）について、利用者一人一人の個別特異性に着目して、短期目標、中期目標、長期目標を立て、利用者の目標が達成できるよう定期的な評価や面談を実施しています。</p> <p>○利用者の意見や要望等をセンターの運営に反映させるため、利用者自治会やホームルーム等を通じて自由闊達な意見が出るよう配慮しています。</p> <p>○家族等の連携については、連携が必要な利用者に関して実施します。</p>
--

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	令和3年7月12日
	訪 問 調 査 日	令和3年11月11日～令和3年11月12日
	評価結果確定日	令和4年2月9日
受審回数（前回の受審時期）		今回の受審：4回目（前回 平成30年度）

## 【評価結果】

### 1 総 評

#### (1) 特に評価の高い点

- 国直轄の障害者支援施設であり、主に中途視力障害者の職業復帰を目的とされ、就労移行支援では、国家資格であるあんま・はり・きゅう師の養成を目的とした訓練が行われ、自立訓練支援では、歩行訓練や点字等のコミュニケーション訓練など日常生活に適應するための訓練を中心に行われています。一人一人の身体状況や意向に沿った支援が行われ、将来の見通しをつけることができるようにサポートされています。
- 訓練の目的や期間がそれぞれで異なるため、授業はほぼ一対一で行われ使用する設備や器具についてもほぼ一人に1点用意されています。
- 福祉サービスの質の向上のため、支援課・庶務課・教務課が連携を図り、専門職が協働し、総合的かつ効果的なサービスを提供するように心掛けられています。
- カリキュラムごとの人数が少ないため、支援者と利用者とのコミュニケーションが密に図られています。日頃の声かけもきめ細かに行われており、利用者が意見や要望を伝えやすい環境を整えられています。
- 地域連携の取り組みについては、今津福祉村という枠組みの中であるため、庶務課が窓口となりボランティアの受け入れや広報活動、各関係機関との連携などが行われています。
- 新規利用希望者への情報提供は、ホームページ・DVD・パンフレット等複数の媒体を利用し、市町村や病院（眼科医）、特別支援学校、関係機関等へ送付、または直接訪問し提供されています。利用者の確保に向け九州全域への周知を図られています。
- 管理者と職員の個別面談を定期的にされる機会を確保されています。また、フレックスタイム制の導入など働きやすい環境整備を整えられ、働く意欲の向上が図られています。

## (2) 改善を求められる点

- 地域の盲学校や特別支援学校との連絡・調整を行い、ニーズの把握などは行われ、幹部会議や運営委員会で福祉の動向や利用者のニーズの変化については把握されているようです。状況は刻一刻変化します。これまでの取り組みを見直しつつ、利用者増につながる今後のさらなる取り組みに期待します。
- 自立支援局での中・長期計画の目標や運営方針は策定されており、当センターの経営課題の解決に年間計画も策定されております。但し、決算等の収支計画については、職員への周知が充分とはいえないようです。組織全体で事業運営を行う今後のさらなる取り組みを期待します。
- 期待する職員像は職員研修計画内で明確にされており、採用時や倫理週間等の機会にも直接説明されています。さらなる取り組みとして、各職員が明文化された期待する職員像に沿って目標設定等できる具体的な取り組みを期待します。
- 虐待防止についてはWEB等を活用した研修が実施されています。さらなる取り組みとして、人権や権利擁護に関する職場内研修等の実施や、「重要事項説明書」あるいは「利用のしおり」に利用者の権利について一項目設け、権利擁護に対する施設の姿勢を明文化されることを期待します。

## 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（今回は平成30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関係者の皆さまのご尽力の賜と感謝申し上げます。

具体化、明文化、周知徹底のあり方等については、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) 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	a	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。
			理念・基本方針は明文化されており、施設内に掲示され、ホームページやパンフレットにも記載されています。利用者には、初回面談時に、重要事項説明と合わせて説明されています（保護者同席の場合も同様です）。

#### I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-(1)-①	b	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。
			地域の盲学校と交流を図って、ニーズの把握を行われています。幹部会議や運営委員会で福祉の動向や利用者の変化について把握されています。さらなる取り組みとして、収集されたニーズ等を用いて経営状況等の分析を実施されることが望まれます。
3	I-2-(1)-②	a	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。
			利用者は減少傾向にありますが、医療的ケアや発達障がい等の支援が必要な利用者は増加傾向のようです。自立と社会復帰を目指す通過施設として、このような課題を幹部会議・委員会等で共有を図るなど、経営課題についての取り組みが実施されています。

#### I-3 事業計画の策定

I-3-(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	b	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。
			自立支援局で中・長期の目標や運営方針を策定されており、経営課題の問題解決に向けた計画を策定されています。収支計画については、職員への周知が充分とは言えないようですので、今後の取り組みを期待します。
5	I-3-(1)-②	a	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。
			単年度の事業計画は「事業計画重点事項」として策定されています。数値目標や利用者増に向けた具体的な広報活動、新たな福祉サービス等、中・長期目標を反映した、実行可能な内容になっています。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-①	a	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。
			事業計画の策定は、運営会議で検討されており、その年の重点事項実施状況や次年度の重点目標についても検討されています。また、関係職員参画のもと、定期的に見直しが行われ、職員に周知されています。
7	I-3-(2)-②	a	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。
			事業計画は、事業年報により、職員に周知されており、主な内容について、利用者やその家族に説明する際には、点字や音声にするなど理解しやすい工夫がされています。

#### 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	a	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。
			年2回の自己評価を実施され、PDCAサイクルに基づいた、福祉サービスの質の向上に組織的に取り組まれています。第三者評価も定期的に受審されており、福祉サービスの質の向上に反映されています。
9	I-4-(1)-②	a	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。
			各課の会議や運営委員会で明らかになった改善課題について職員会議等で共有され、改善に取り組まれています。前回の第三者評価の課題に関しても、改善につなげられていることが確認できます。

## 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	管理者の役割と責任については、職員に対してその内容を明確にするため、組織表に明文化し、会議等でも周知されています。有事の際の権限移譲についても、所長不在時には、課長への移譲が明文化されています。
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	遵守すべき法令を把握され、センターに集まる情報を幹部会議から各課の会議に伝達する等、組織的に取り組まれています。また、e-ラーニングを利用して、法令順守に関する自己点検も行われています。
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	管理者と職員の面談の機会を定期的に設け、計画、評課目標を確認されています。支援決定会議に参加されるなど、サービスの質の向上に努められています。また、利用者満足度調査を行い要望等について把握されています。
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	職員全員と面談を行う機会を設けるなど、意見の出しやすい、風通しの良い職場づくりを心掛けられています。業務の効率化に向けては、外部委託や業務が集中する時間帯での非常勤職員の配置などに取り組まれています。

### 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	人員配置リストに沿って人員配置され、資格要件を満たす人材は確保されています。現在、人材不足の心配はないようですが、福祉人材の不足が社会的な課題となっておりますので、福祉人材のさらなる育成についてご検討ください。
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b	期待する職員像について職員採用時や倫理週間等の機会に説明はされています。また、人事評価面談やキャリアアップの取組が実施されています。合わせて、職員研修計画に記載された期待する職員像の周知を図り、その内容に沿って各職員が目標設定できる仕組みづくりを期待します。
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	職員と定期的に面談・対話の機会を確保されており、働きやすい環境づくりのために、フレックス勤務も取り入れられています。健康安全委員会を年に1回開催し、ストレスチェック等、精神状態の把握に努められています。
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	職員一人ひとりの目標管理を行うため、定期的に個人面談を行い、目指すべき目標や期間が明文化されています。また、進捗状況や達成度についても、適宜確認されており、目標管理に関する仕組みが構築されています。
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	年間研修計画に沿って研修が実施されており、研修内容については、年度当初に各課内会議にて検討され、見直しされています。さらに、研修参加者にアンケートを実施し、研修内容に反映させる取り組みがなされています。
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	新規採用職員に対して、新任研修が実施されています。階層別、職種別研修も行われ、適切にOJTが実施されています。外部研修にも予算の範囲内で行えるだけ職員が平等に受講できるように図られています。

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	実習受け入れ要領があり、それに基づき実習生を受け入れられています。専門職の育成に関する基本姿勢の明文化と職種の特性に配慮された、効果的なプログラムが継続的に行われています。

## 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	理念や基本方針、福祉サービスの内容は、ホームページに公開されており、パンフレットやセンター便りにも載せられ、地域にも発信されています。
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	事務、経理に関するルールや権限、責任は明文化されています。会計検査院の監査も受けられており、指摘事項については、改善が行われています。

## 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上げるための取組を行っている。	a	地域の行事や文化祭に参加され、老人ホームとも交流が図られています。利用者の買い物や外出ニーズに応じて情報提供されており、必要時には、同行援助やガイドボランティアも利用できるようにされています。コロナ禍ではありますが、今後も状況に合わせて地域との交流が図られることを期待します。
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	ボランティアの募集や内容についてのマニュアルが整備されており、利用者の生活の充実や地域との交流を図るため、積極的に受け入れられています。外部ボランティアの手により、センター便りの音声化も進められています。
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	労働局やハローワーク、就労事業所とも情報交換が行われています。社会資源リストがあり、職員間で共有されています。施設卒業後も研修会を開催され、支援ネットワークも構築されるなど連携が図られています。
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	今津福祉村構成委員として運営に参加されています。また、音読ボランティアやガイドボランティアの養成講座に講師を派遣されています。グラウンドや体育館は無料で地域に開放されています。
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	EYE あいフェスタを開催し、視覚障害の地域理解を深める啓発活動を実施されています。地域の歯科医から相談を受け、利用者と職員共同で「歯科医院での視覚に障がいがある人へのサポートブック」も作成されています。

### 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)-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	センター職員は自身の業務に関して、パソコン上で定期的に自己チェックしています。また虐待防止についてはWEBを活用した研修が実施されています。さらなる取り組みとして、人権や権利擁護に関する職場内研修等の実施が望まれます。
29	Ⅲ-1-1 (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	利用者へは利用者ハンドブックを用いてプライバシー保護に関して丁寧に説明されています。利用者の所在を示す名札版や施設受付のノート式の面会簿を、プライバシーに配慮した形式のものへ変更するなど、さらなるプライバシー配慮への取組が期待されます。
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-1-1 (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	当センターはホームページに掲載されており、ホームページは利用者に提供する情報に変更がある度、随時更新しています。
31	Ⅲ-1-1 (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	当センターは原則、成人が利用する通所施設であるため、サービス利用に伴う諸説明、契約書、同意書作成は利用者本人に対して丁寧に行われています。
32	Ⅲ-1-1 (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	当センターでは、復学、就職、帰省、他事業所利用と、それぞれの進む道に従って情報提供書が用意されています。退所後の相談先が利用者の戻る地域になれば県に対して対応を依頼しています。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。				
33	Ⅲ-1-1 (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	当センターでは自立訓練コース利用者に対しては訓練終了後、養成コース利用者に対しては各年度末にアンケート調査を行い、その後の改善や向上に活かしています。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	苦情解決実施細則があり、苦情解決の仕組みが整備されています。さらに、意見箱の設置やホームページに相談先のメールアドレスの記載、教務課ではアンケートを活用し苦情解決につなげる取り組みをされるなどの工夫をされています。
35	Ⅲ-1-1 (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	相談対応者については文書で明示されています。教務課では学習相談会を設置し、自由に相談できる機会が保たれています。さらなる取り組みとして、利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成されることが期待されます。
36	Ⅲ-1-1 (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	各分野に即した対応や手順を示した文書は用意されています。さらなる取り組みとして、相談業務について包括的にまとめられた相談業務マニュアルの整備がされることを期待します。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	上部組織である自立支援局が、全国のセンターから寄せられた報告を三ヶ月毎にまとめて全国のセンターに配布しています。他センターでの対応などを参考に当センターの安全マニュアルが作成されています。
38	Ⅲ-1-1 (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	感染症が発生する場所、誰が発生したのか等その発生状況に応じた対応が細かにマニュアル化されています。昨年からのコロナ禍対応については県の対応に応じて細かに対応を見直しています。
39	Ⅲ-1-1 (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	当センターには災害予防委員会が設けられており、委員会は年5回開かれ災害時の対応について繰り返し検討されています。災害時の備蓄品は専用倉庫に用途別に整理・保管されています。



### 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	全国の各センターで使用するマニュアルは上部組織である自立支援局が整備しています。各センターからの意見を持ち寄った全国教務課長会議が年4回開かれ、標準的な実施方法について順次見直しされています。
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	マニュアルの見直しにおいて、全分野について毎年見直すのではなく、法令の改正や社会の動きや見直しの必要性などに応じて、毎年の年度課題として行われています。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	サービス管理責任者が個別支援計画策定責任者として配置されています。個別支援計画が実行に移されると三ヶ月毎にモニタリングが行われ、計画の評価と見直しが行われる仕組みがあります。
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	毎週実施されている週間プログラム評価や三ヶ月毎のモニタリングにより利用者の個別支援計画の実施状況は定期的に見直しされています。昨年からのコロナ禍によりプログラムの変更を余儀なくされており、訓練期間や内容が見直しされています。
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、職員間で共有化している。	a	利用者の日々の訓練生活状況は支援課日誌、業務日誌、健康管理日誌、宿直日誌に記録されており、電子データ化されコンピュータ管理されています。
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	利用者に関する情報や資料は電子データとしてコンピュータ管理されています。利用者に関する情報は、内容に応じアクセス制限されて守られています。

### 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	成人の利用施設であり、生活面については基本的に自己管理を前提としています。必要に応じ、また、本人からの申し出により助言や情報提供しています。
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	当センターの姿勢については重要事項説明書、契約書、利用のしおりに明記されています。虐待防止委員会が設置されており、協議された事柄は職員間で共有されています。

## 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	当センターは通過施設であり、利用者はコース修了後はそれぞれに新しい生活を始めます。センターを出た利用者の生活に役立つ制度、社会資源、日常生活用具にまで視野に置いての支援がなされています。
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	利用者とのコミュニケーションを取る際には、利用者の方々の障がいの程度や内容に応じて音声や拡大鏡、あるいは点字といった具合に、夫々に有効と思われる方法を探って行っています。
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を適切に行っている。	a	成人が自立訓練や就労支援を受ける施設であり、利用者からの相談を受けて適切に対応することが利用者の方々の目標へ向けての支援である、として大切に位置づけられています。
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	入所時のアセスメントや日々の関わりを通し、職員は利用者の関心や興味について把握しており、本人の求める分野の情報については積極的に伝えていきます。
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	利用者間で互いの障がいへの理解の不足からトラブルが生じることがある際には、トラブルが過大なものにならないよう、早期に解決へ向けて支援しています。
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	個別支援計画やマニュアルをもとに支援が提供されています。嗜好調査が年に一回、残渣調査も管理栄養士により実施されています。行事食が月に一回あり、利用者の食べたいものを確認しながら献立がたてられるなど工夫されています。
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	施設内では利用者同士の接触事故を防ぐため、右側通行がルール化されています。受動喫煙防止対策として機密度の高い喫煙室が用意されています。各居室、トイレ、浴室には非常用の呼び出しボタンが設置されています。
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	自立訓練期間は入所時に設定された訓練期間・スケジュールによって実施されていますが、訓練開始後の週間プログラム評価により翌週の訓練内容・スケジュールに反映されています。
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	当センター職員は毎年、避難訓練に合わせAEDの取り扱い、救急救命訓練、搬送訓練を受けています。特別に配慮が必要な利用者に対しては日頃の観察点や対応の際の注意について医務職員らの指導を受けています。
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	近在の今津赤十字病院が協力医療機関となっています。利用者は入所時に自身の掛かり付け医からの診療情報を今津赤十字病院に提出しますので、各利用者への個別情報・注意点が施設に伝えられ、職員間で共有しています。
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	地域行事やイベント、サークル等の情報は掲示板に貼り出すと共に、ホームルームで提供されています。利用者から個別に求められた情報については、収集して提供しています。施設外行事参加者には門限時間の変更をしています。

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 利用者個々の目標に合わせてプログラム内容や訓練期間は設定されています。帰宅希望者に対しては、本人帰宅までに帰宅地域関係機関と連絡調整して帰宅後の生活や訓練環境を整備しています。
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 関係事業所と連携し支援が実施されています。家族支援が必要な場合は支援会議等で支援方法を検討されています。ご家族に対して入所式や卒業式へ参加を促しています。

### 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。	利用者は18歳以上が対象のため、評価外としています。

### 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。	養成施設であるため、非該当としています。
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。	養成施設であるため、非該当としています。
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。	養成施設であるため、非該当としています。