

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：国立障害者リハビリテーションセンター

代表者氏名：総長 江藤文夫

所在地：〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地

TEL 04-2995-3100

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

<「函館視力障害センター」について>

当該受審事業所は、指定障害者支援施設として、視覚に障害のある方々に対して就労移行支援(養成施設)や自立訓練(機能訓練)を行っています。また、通所が困難等な利用者のために宿舎を提供する施設入所支援も行っています。

今回の受審では、就労移行支援・自立訓練(機能訓練)・入所支援の3つのサービス種を評価しました。以下に総評として評価の高い点と改善点をあげます。

◇特に評価の高い点

●「視覚障がいがある利用者に配慮された様々な支援」

視覚障がいというのは、全盲の他、環境による明暗や部分として見えたり、見えづらかったり、或いは全体的にぼやけたりと一人ひとりで見え方は違います。そのため、就労移行支援の事業を始め、自立訓練(機能訓練)、宿舎生活を始める際の環境認知等、利用者の対応は個別性が高く、職員の高いスキルがあってこそ成り立ちます。

「函館視力障害センター」は昭和39年に設立され、様々な視力障がいに関する知識や支援技術の蓄積があります。センター内には点字ブロックはもちろんのこと、廊下・階段に手すり、各階にペダル式の水飲み場があり、バスケットボールもできる体育館の他に、ジムトレーニング室・盲人卓球室もあります。

食堂も広く、点字ブロックなどに沿って椅子テーブルが配置され、利用者が食事のトレーをもって移動する際も一方通行で利用者同士がぶつからないようにしています。食器にはひとつの器にひとつの惣菜が入って食べやすいように配慮されています。入浴設備はかけ流しの温泉が毎日入浴可能です。

利用者自治会では、宿舎での生活環境の向上や交流活動について話し合います。その話し合いの要望を受け、最近では、玄関前のコンクリートの車止めに視認性を高める黄色を着色して、危険な個所の改善をしました。また、自動ドアながらぶつかりやすいという意見を取り上げて、宿舎玄関の内側ドアを識別しやすくテープを貼っています。

このように利用者の要望には迅速に対応しています。退所後にバリアフリーでない出身地の生活に戻っても暮らせるような配慮もされています。

国体に参加する利用者の様子がブログに掲載され、センター内に限らず全国へ視力障がいに関する情報の発信をしています。このようにセンターでは、様々な面で視力に障がいのある利用者の支援を行っています。

●「個々に応じたきめ細やかな支援計画」

障害者自立支援法に基づく就労移行支援（養成施設）サービス、自立訓練（機能訓練）サービス、施設入所支援サービスが一体的・効果的に行われています。中でも個別支援計画書は、多角的な視点から複数の職員でアセスメントを行い、個々人の特性、目標に応じた細やかな計画が立案されています。

また、定期的（3ヶ月ごと）に行われるモニタリングも多角的な視点にて複数の職員で実施し、次回計画へ適時反映されています。事業所の使命と利用者個人の目標のための道しるべとしての個別支援計画が機能している点が高く評価できます。

●「視覚障がい地域啓発と還元」

センターは、センターが有する視覚障害者の自立に有益な情報を関係者に発信したり、自立への理解を図るための啓発事業を積極的に行っています。

例えば、道内各地で開催される健康・福祉に関する催事に参加したり、市内での手引き講習会（電車乗降での講習、スーパーマーケットでの講習）、更に、各学校でのノーマリー教室（「ノーマライゼーション」の考え方を普及する活動）を含めた手引き講習をしています。

このように、年間を通して行われる様々な視覚障がい者を支援する講習等は、福祉ニーズに基づく活動と事業所の機能を道内の広範囲な地域に還元しています。

視覚障がいに関する様々な情報を発信するという事は、センターからの地域啓発という側面だけでなく、視覚障がいのある方や家族へのニーズの掘り起こしともなります。

◇改善を求められる点

●「現場に対応した手順書」

法律や要綱または、母体である国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局にて策定されている規程類によって、現場の様々な運用手順が定められています。高いスキルの職員によって事業が運営されていることによりサービスの質が担保されています。

しかし、法律や要綱、母体施設で策定された規程類だけでは、現場で実施しなければならない様々な手順が不明確です。手順書に記載される標準的な実施方法には、サービス実施時における基本的な留意点、利用者のプライバシーへの配慮、設備状況に応じたものも含まれます。

いつどんな時でもサービスの質が担保できるように当該事業所の現状に則した現場における手順書類を作成し、OJTや職員そのもののスキルだけに頼らない体制づくりが望まれます。

●「視覚障がいボランティア育成」

センターでは函館市内に限らず、道内各地で視覚障がい者支援のための講習を開催しています。函館市社会福祉協議会からは、視覚障がい者支援の講習に留まらず、センターのハードを利用した音声図書作成の要請もあります。ハード面も然ることながら、ソフト面として視覚障がいボランティアを養成できる手引き等の技能をセンターは持っています。

昨今では、任意団体からNPO法人を取得して継続的に活動しているボランティア団体も少なくありません。地域連携としてこのような団体とも接点を持つことで、視覚障がいボランティアの裾野が広がることが期待されます。

●「喫食環境への配慮」

食事は利用者の方にとって大きな楽しみです。栄養士は日常的に食事に関する意見を聞き取り、アンケート調査も実施して、セレクトメニューや味付けの工夫をしています。しかし、喫食環境への配慮は十分とはいえません。

食事の時間帯に関しても夕食の提供は、5時半からであり、朝食は休日も平日と同時間に提供されています。昼食が学校の時間割に拘束されていることを考えても、食事の時間帯が、利用者同士の交流やくつろぎの場となっているとは言い難い面があります。

食空間としての食堂においても機能性を重視するだけではなく、くつろぎの空間としての配慮を加えるなど喫食環境全般に工夫を期待致します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、当センターは、福祉サービスの第三者評価を受審いたしました。
当センターは、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設である他、あはき師等法(あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律)に基づく養成施設であり、さらに学校教育法による専修学校という性格を持つ施設でもあります。
このように福祉施設の中でも、複雑な性格を持つ施設において、果たして、どのような評価作業が行われるのか不安な面もありましたが、評価者の方々には、幾度も足をお運びいただきながら、当センターの事業内容等を充分ご理解いただき評価を実施していただきました。
今後は、ご指摘いただいた点については、早急に改善を図っていくとともに、高く評価をいただいた点につきましても、慢心することなく、常に客観視し、サービスの向上に一層努めてまいります。更に、北海道、東北に在る唯一の視覚障害者の支援施設として視覚に障害がある方の支援のため、より独自性を発揮し、一層知恵を絞りながら事業を展開する所存です

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 24 年 6 月 1 日

事業者名 (法人名)	国立障害者リハビリテーションセンター		
事業所名 (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函館視力障害センター	種別	施設入所支援
事業所所在地	〒 042-0932 北海道函館市湯川町1-35-20		
電 話	0130-59-2751		
F A X	0138-59-4383		
E-mail	syomuka@hakodate-nhb.go.jp		
U R L	http://www.rehab.go.jp/hakodate/		
施設長氏名	所長 後藤 英信		
調査対応ご担当者	本山 真 (所属、職名：庶務課、庶務課長補佐)		
利用定員	100 名	開設年	昭和 39 年 1 月 1 日
<p>基本理念：私たちは、個人の尊厳と主体性を重んじ共に生きる社会の実現に向け支援します</p> <p>基本方針：一 あらゆる場面で利用者の基本的人権を尊重します 二 常に利用者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供します 三 利用者が社会の一員として社会、経済文化等あらゆる活動に参加できるよう支援します 四 地域に開かれた施設として地域住民関係機関との連携に努めます 五 公正に職務を遂行し、専門的知識と支援技術の研鑽に努めます</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名) 就労移行支援、自立訓練 (機能訓練)
--

【利用者の状況に関する事項】（平成24年 6月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	1名	1名	3名	3名	2名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
3名	6名	3名	4名	2名	0名
					合計
					28名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	8名	15名	1名	1名	1名	1名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名	名
合計	9名	15名	1名	1名	1名	1名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
8名	名	11名	6名	2名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 16か月間)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 6月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	サービス管理責任者	生活支援員等
常勤	30名	1名	6名	3名	5名
非常勤	10名	0名	3名	0名	0名
	職業指導員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	11名	0名	0名	1名	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名
	管理栄養士・栄養士	寮母等	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	1名	0名	1名
非常勤	1名	2名	3名	0名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	6名 ()名
看護師	1名 ()名
栄養士	1名 (1)名
調理師	1名 (2)名

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	建面積 3,022㎡、延面積 11,652㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	39年
(4) 改築年	平成	9年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

220 人

・ボランティアの業務

- (1) 朗読、DAISY作成等のべ210名（7名 × ひと月に3回 × 10か月間）
(2) 「函館ハーフマラソン大会スポーツマッサージ体験コーナー」におけるランナーの誘導10名

【実習生の受け入れ】

・平成 23 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 1 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用者に対して「満足度調査」を実施している。
利用者自治会から、サービスに対する「要望書」の提出を受け、適切に対応した。

卒業学年に対して「教務課の支援サービスに関するアンケート」を実施した。
昨年度の卒業学年には音声使用者がいましたので、添付アンケートを読み上げたDAISY版も作成した。
ちなみに今年度は全学年を対象に実施する予定である。

食堂に意見箱を設置し、給食に対する利用者の意見を述べる場の提供をしている。

その他、ホームルームや面接等をとおして、随時利用者の意見を聞くよう努めている。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、理念のパンフレットへの記載は行われていない。第三者評価では、正職員に留まらず組織に雇用される全ての職員や利用者やその家族への周知を前提とした理念や基本方針の明文化が求められている。パンフレットへの記載は次回の印刷時に追加される予定である。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、基本方針のパンフレットへの記載は行われていない。上記の理念同様、パンフレットへの記載が待たれる。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	理念や基本方針の所内への提示、パソコン共有フォルダへの記載等が行われている。理念や基本方針をより深めるための研修や会議等での確認は行われていない。理念や基本方針を職員の行動規範として根付かせるために、職員への十分な周知と理解を促す取り組みが期待される。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	入所時の重要事項説明書による説明や視覚障がい者へのパソコンデータ（音声読み上げ可能）での提供が行われている。センター便りへの掲載等、利用者・家族へ継続して周知する仕組みが期待される。

I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」全体で中・長期計画が立てられている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局の内部組織である「函館視力障害センター」では、上記の中・長期計画や運営方針に沿って、独自の事業計画が策定されている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各課で話し合われた意見を基に、業務運営委員会で検討が重ねられ、各年度の事業計画が策定されている。計画の実施状況についても、各課で確認し、幹部会議等で検討されている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	策定された事業計画は、メールで配信され、パソコン上のファイルに登録されている。視力障がいの職員が読み上げソフトで閲覧出来るように配慮されている。各課の会議で事業計画達成の具体案が検討され、実行に移されている。

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	ホームルーム等において、利用者へのサービスに関する計画等が周知されている。利用者が音声で確認できるように、電子データの作成が行なわれ提供されている。
------------------------------	---	--

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は、着任時、始業式、入所式等の挨拶において、自らの役割と立場を明確に表明している。又、災害時等における役割と責任も、「防災管理規程」、「感染症等の対策と対応マニュアル」で明文化されている。
I-3-(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	国立の機関であり、職員は国家公務員法の遵守が求められている。自立支援法等、業務に必要な法令の改正等についても、逐次メールで職員へ配信され、必要に応じて会議等での説明が行われている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 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。	a	管理者は、利用者や職員とのコミュニケーションを積極的にとり、意見を汲み取っている。幹部職員は、毎週行われるサービス管理責任者会議の報告を受け、幹部会議でサービスの質の現状を把握し、必要に応じ適切な対応を行っている。第三者評価を導入し、現状のサービスを客観的に見直し、サービス向上の取り組みを積極的に行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	中・長期計画の「効率的な業務運営体制の確立」を受けて、配車や書類発送のパソコンでの一元管理、ペーパレス化、電話からメールへの切替、不要な場所の節電、階段利用の促進等の業務効率化、経費節減、CO2対策が実行されている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	道内外の行政機関へ赴いた際に、視覚障がい者のデータと福祉動向を把握している。現在の視覚障がい者の状況に鑑み、高齢の視覚障がい者や重複障がいといった潜在するニーズの把握の為に地域包括支援センター等にも情報発信している。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	広報委員会を設置、利用者の獲得に努めている。利用相談の状況を月毎に職員で情報共有している。尚、各課において経営状況を改善する具体的方策が期待される。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	評価外	国の施設の為、本省の内部監査や会計検査院の監査は実施されているが、民間の外部監査は実施されていない。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-（1） 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-（1）-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	人事管理は上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」が所管しており、事業に必要な人員は十分に確保されている。「函館視力障害センター」としては、社会福祉士やサービス管理者の取得を推奨している。
II-2-（1）-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	公務員制度において人事評価が行われている。
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	毎年度、職員に意向調査書が配布されて記入後に、所長と職員の面談が個別に行われている。
II-2-（2）-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	国家公務員共済組合に加入している。非正規職員を含めた取り組みとしては、ボウリング大会や忘新年会を共に行っている。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」より通達される「人材育成・組織活性化」に明示されている。
II-2-（3）-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	毎年度、研修予算を組む際に職員研修の計画が立てられている。上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」の組織目標で設定されている新人・中堅職員への研修がある。また、サービス管理責任者や社会福祉実習指導者の研修参加がある。OJTや個人の自己啓発によることも多い。
II-2-（3）-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	年度当初に、人事異動で新しく入ってきた職員を含めて研修計画を見直している。研修後は、文書による報告を義務付けている。課内会議での発表や意見交換により、一人が行った研修を他の職員で共有するようにしている。
II-2-（4） 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-（4）-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	「介護体験希望の受け入れに関する取扱要領」等実習生受け入れの体制はあるが、効果的なプログラムは途上にある。24年度に社会福祉士の社会福祉実習指導者の講習を受けたこともあり、今後に期待したい。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-（1） 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-（1）-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	「感染症等の対策と対応マニュアル」等により組織として緊急時に備えられている。
II-3-（1）-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	函館海洋気象台より専門家を外部講師として招き、津波を想定した災害等について具体的取り組みを図っている。町内会長から災害時の避難場所として打診があり、今後の地域における災害避難の連携の礎となる。

<p>Ⅱ-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。</p>	<p>a</p>	<p>防犯カメラが各階に死角がないように2台備え付けられ、全部で10台が設置されている。 自治会の要請で利用者が注意を喚起しやすいように、玄関前の道路にある車止めの色を黄色に塗った。 入所のオリエンテーション時に利用者個々のアセスメントと共にチェックリストを活用して日常生活のリスク対策をしている。</p>
---	----------	---

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</p>	<p>a</p>	<p>地域の情報は都度、利用者に知らせている。8月の地域交流会はセンター隣の鮫川公園で行われた。夏休み中だったが、帰省していなかった利用者がフライングディスクなどに参加した。10月は、陸上競技と水泳の道外競技大会に3名の利用者が出場する。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>a</p>	<p>休日や業務終了時間帯に会議室や体育館を市民に開放している。 様々な機会を捉えて、地域に対し視覚障がいに関する情報発信や普及啓発している。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。</p>	<p>c</p>	<p>ボランティア受け入れのための基本姿勢を示した文書はないが、朗読ボランティアは毎週定期的に受け入れている。 視覚障がいを主とした施設なので、ボランティアを受け入れるという以前に、視覚障がい向けのガイドヘルパー等の養成講座等により技能を修得した市民ボランティアの活躍が待たれる。養成されたボランティアが活躍できるような体制作りが期待される。</p>
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p>	<p>a</p>	<p>宿舎の当直室で利用者の健康等の個人情報管理されている。 利用者に必要な情報のリストと共に、センターとして必要な情報が職員間で共有されている。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>道南地区障害者就労支援連絡協議会等の地域の連絡会議に参加している。札幌の相談支援事業所や視覚障害者協会等と全道・東北地域まで広域にわたり連携している。</p>
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p>	<p>a</p>	<p>センターは、道内外の関係機関へ赴いた折や、センター主催の自立推進支援会議や連絡会によりニーズを把握している。</p>
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>地域貢献として多数の講師派遣や講習会を開催している。 はり・あんま等の市民公開講座や視覚障害者支援講習会、ノーマリー教室（ノーマライゼーションの考え方を普及する活動）、地域包括支援センターの介護予防教室等がある。最近では、センターのソフト・ハード両面の活動としてデジ図書の作成ボランティア育成を函館市社協から要請されている。</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	コメント
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	利用者の主体性やエンパワメントの尊重を基本とした理念と基本方針を打ち出しており、重要事項説明書や会議、職場内LAN（構内通信網）において常に共有できる体制が整っている。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	「職員サービス規程」に基づきサービス上の心得が明示されている。またそれに基づき職務が遂行されている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	常に利用者の意見に耳を傾け職員が適時対応している。また自治会との定期的な打ち合わせにより要望等に対応しているが、組織的な分析や展開を行う体制が望ましい。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	担当制となっているが、全ての職員が利用者の相談、意見を受け入れる体制が出来ており、利用者の意見が言いやすい職員へ必要時に相談できる体制が整備されており、その情報も会議やミーティング、記録などで共有できている。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	センター内への掲示、重要事項説明書への記載がなされた上に説明されており、相談、意見と同様に苦情も必要時に申し立てることが出来る。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	その場で解決できるものはその場で解決するなど迅速な対応をしている。また、時間を要するものについても会議等で組織的な判断のあと、相談者へフィードバックする体制が出来ている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	会議等において、年度計画の重点項目について検証され次年度の計画に反映される体制が整っている。サービスの質そのものを検証する体制については外部による検証が待たれる。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	評価結果を導くまでの過程において、センター独自の自己評価における着眼点を設け、今後受審する際に、センターの取り組みとして自己評価されることを期待する。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	「リハビリテーション実施要領」・「宿舎等利用規則」など文書化されている。

Ⅲ-2-(2)-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	「リハビリテーション実施要領」は、上部組織を含めた全体文書であり、必要時に見直しは実施されているが、定期的な見直し体制にも期待したい。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	担当職員及び関係職員が職場内LAN（構内通信網）にて記録を記載管理している。
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。	b	「個人情報管理規程」に基づき運用されている。実際に記録している文書の加除・訂正等による文書の改竄や消失に対してのリスク管理体制の充実にも期待したい。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	朝礼・夕礼・課内会議・サービス管理者会議・幹部会議等で利用者情報を共有している。また会議録・利用者情報については、職場内LAN（構内通信）にて情報共有できる体制が出来ている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページ、パンフレット、年3回程度のセンター便りにて案内している。またホームページはトップページを変更したり、ブログをアップする等、アクセス検証も含め工夫している。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	契約書・重要事項説明書、函館視力障害センター宿舎等利用規則などの文書とともにオリエンテーションを行い、サービス開始に当たっては同意を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	利用者の居住地の社会資源との連携を図り、利用者本人が自身の生活圏域で直接生活支援を受けられるような調整を実施している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	「実施要領」に基づき、決められたアセスメント様式にのっとりアセスメントが実施されている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントにより抽出された課題に基づき、個別支援計画書が作成され、それに基づきサービスが実施されている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	3ヶ月に1回の定期モニタリング及び必要時のモニタリングにより計画の見直しやサービスの修正が行われている。

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	視覚障がいを補助する機器の展示室があり、利用者個々の見え方に応じた選定をしている。これにより、コミュニケーションを円滑にできるように支援している。 退所後に対応できるように対人スキル習得にも配慮している。 特に、自宅に戻ってからも利用者の求める情報を収集できる音声読み上げソフトなどを活用したパソコンスキルの取得には力を入れている。 宿舎内は、インターネットが無線回線で各部屋に整備されている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	自宅が遠方だったり、視覚障がいにより通所が困難な利用者には宿舎（入所施設）が提供されている。利用者同士が快適に過ごせるよう最低限の決まりはあるが、自立した生活が基本となっている。 自治会「水松会」が管理する専用室がある。自治会での利用者の話し合いは年1～2回要望書として事業所に提出され、施設の設定改善や行事が開催されている。生活の決まりについて担当窓口との意見交換が行われている。また、クラブ活動も行われている。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	利用開始時に生活全般について、宿舎内での生活が安全に行えるまで職員がマンツーマンで環境認知訓練を行っている。利用者は就労移行支援や自立訓練の終了後は、出身地等での地域生活へ移行するため、できることは利用者自身でできるように支援している。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a	視覚障がいによって不自由になった生活の幅を広げていけるよう支援している。パソコンスキルの習得など、自主的に情報を収集する能力の獲得に力を入れている。また、朗読ボランティアの協力も得ながら、地域情報を利用者へ情報提供している。自立訓練の一環として実際の外出に同行し、公共機関等の利用や利用者自身ができることを増やし、能力を活用していけるよう取り組んでいる。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	授業や訓練と宿舎での生活を網羅して、疾病等を考慮した献立となっている。栄養士が中心となり利用者の食生活についても項目を設けて検討している。
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	1つの食器に1つのおかずを盛り付けるなど、視覚障がいに配慮し食べやすく工夫している。塩分制限のある利用者には、味付けの工夫をしている。利用者のリクエストを献立に活かし、選択メニューやデザートが利用者の楽しみになっている。献立はバラエティに富んでおりホームページには写真入りで紹介している。

<p>A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>2年毎に食事の書面アンケートを行っている。献立に関する改善は行われているが、昨年度のアンケート回答では、食堂の環境や提供時間等について利用者からの意見はなかった。食堂の設備は視覚障がい配慮し、点字ブロックや手すりの設置、座席配置や通行ルールを定め、利用者の安全を確保している。現在、夕食時間が午後5時30分からとなっており、遅い時間帯への移行の検討がなされている。職員の勤務時間の関係もあり引き続きの課題となっている。</p>
<p>2-(2) 入浴</p>		
<p>A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>入所時に慣れるまで職員と一緒に入浴するなど、個別に対応を行っている。また、健康上の不安がある場合は、入浴前に同じフロアで勤務している宿直者に伝え、安全面に配慮している。</p>
<p>A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>a</p>	<p>温泉かけ流しの浴槽があり、清掃が行き届いた広い洗い場がある。毎日入浴が可能である。利用可能時間は全日15:30~21:30(センター休業日は12:30~21:30)となっている。浴室が使用できない時間帯は、午前7時から脱衣室に設けられた男性用2か所、女性用1か所のシャワー室が使える。</p>
<p>A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室では、広い洗い場での腰掛の置き場が定められ思わぬものにつまずいて転倒しないよう、安全に配慮したルールがある。また、緊急時通報用のナースコールは、浴槽・洗い場双方から操作しやすい場所にある。廊下から脱衣室は見えないようになっており、脱衣室手前にもカーテンがあり、プライバシーに配慮している。</p>
<p>2-(3) 排泄</p>		
<p>A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用開始時に利用者のアセスメントを行っている。身体等の個別の状況に応じてトイレに近い部屋を割り当てている。利用者ごとに慣れるまでは職員から環境認知等の支援がされている。</p>
<p>A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>トイレはプライバシーが保たれるように、男女別の洗面スペースの奥に配置されている。トイレは清掃業者が清掃を行っており清潔に保たれ、個室数も十分に準備されている。</p>
<p>2-(4) 服装</p>		
<p>A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の個性を尊重しながら、身だしなみなどを職員が目配りしている。また視覚障がいという特性から生活支援員が服装に関する情報や助言をしている。日常生活に介助が必要な利用者がいないため服装の選択などの具体的な支援の実施は行われていないが、購入などの際には情報提供などが行われている。</p>
<p>A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>社会的にふさわしい服装が要求される場面等の服装のアドバイスをやっている。また、男女別の洗濯室には、洗濯機と乾燥機が設置され設備が充実している。</p>
<p>2-(5) 理容・美容</p>		
<p>A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。</p>	<p>a</p>	<p>施設内にある理容室でのボランティアの訪問理髪は現在希望者がいない。利用者には、近隣の理美容室等の情報を提供している。</p>
<p>A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者に地域の理美容について個別に必要な情報を提供している。市内の理・美容室を利用することも生活の幅を広げる取り組みの一つとして捉え、目的地までの移動のアドバイスがされている。</p>

	第三者評価結果	コメント
2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	居室は個室になっており、消灯時間を定め就寝前の点呼を行っている。 テレビなどを視聴できる部屋を別に設けるなど、思い思いに過ごせるスペースがあり、睡眠をとりたい利用者が十分に休息できるように配慮されている。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	看護師が常勤し、健康面も個別支援計画に組み入れられている。定期健診は年2回実施し、予防接種なども行っている。看護師へ相談ができ通院支援がある。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	日中は看護師が常勤している。夜間対応の際には、緊急医療に引き継ぐ情報や救急車が到着するまでの処置などのマニュアルも準備されている。また、AED（自動体外式除細動器）を体育館の他、宿直室にも備えている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	常勤の看護師が、利用者ごとの既往症や服薬の状況を把握しており、フェイスシートが作成されている。個別支援計画でも健康状態等について職員が把握できるようにしている。
2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。	a	事業所全体の年間計画に従って、全学年レクリエーションの企画で果物狩りや遊覧船等の行事を行っている。また、自治会が企画運営を行うバーベキューパーティー等が行われている。
2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	門限は午後10時に設定されているが、申し出により延長が可能であり、利用者は自由に外出することができる。単独の歩行が難しい利用者への歩行支援を行っている。地域のイベント情報はホームルーム等で提供している。利用者には身分証明書が発行され、緊急時にはセンターで対応できるようにしている。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	外泊は利用者が自由に行うことができる。外出中にそのまま外泊する場合は、利用者から電話で申し出ることで外泊が可能になっている。
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	利用者の各居室に貴重品を保管することができる鍵付きの引き出しを設置している。職員が利用者の許可を得ずに入室することや、センターで金銭を預かることは行っていない。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テレビのある娛樂室やパソコン室があり、夜11時まで利用することができる。また、居室においては無線LANを利用して自由にインターネットに接続することができる。
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	完全分煙として、喫煙室にも排煙設備を整えている。利用者の希望に応じて喫煙できるよう、自治会との協議を行って喫煙のルールを定めている。複数個所に喫煙室が設けられ、午前6時から午後11時までの時間帯で使用可能となっている。また、飲酒も施設外では自由となっており外出時に可能となっている。利用者の意見が反映された運用が行われている。

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 24 年 6 月 1 日

事業者名 (法人名)	国立障害者リハビリテーションセンター		
事業所名 (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函館視力障害センター	種別	就労移行支援
事業所所在地	〒 042-0932 北海道函館市湯川町1-35-20		
電 話	0130-59-2751		
F A X	0138-59-4383		
E-mail	syomuka@hakodate-nhb.go.jp		
U R L	http://www.rehab.go.jp/hakodate/		
施設長氏名	所長 後藤 英信		
調査対応ご担当者	本山 真 (所属、職名：庶務課、庶務課長補佐)		
利用定員	100 名	開設年	昭和 39 年 1 月 1 日
<p>基本理念：私たちは、個人の尊厳と主体性を重んじ共に生きる社会の実現に向け支援します</p> <p>基本方針：一 あらゆる場面で利用者の基本的人権を尊重します 二 常に利用者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供します 三 利用者が社会の一員として社会、経済文化等あらゆる活動に参加できるよう支援します 四 地域に開かれた施設として地域住民関係機関との連携に努めます 五 公正に職務を遂行し、専門的知識と支援技術の研鑽に努めます</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

施設入所支援、自立訓練 (機能訓練)

【利用者の状況に関する事項】（平成24年 6月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	1名	2名	5名	3名	1名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
5名	6名	3名	4名	4名	0名
					合計
					34名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	10名	16名	1名	2名	3名	1名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名	名
合計	11名	16名	1名	2名	3名	1名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
8名	名	15名	8名	2名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 16か月間)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 6月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	サービス管理責任者	生活支援員等
常勤	30名	1名	6名	3名	5名
非常勤	10名	0名	3名	0名	0名
	職業指導員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	11名	0名	0名	1名	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名
	管理栄養士・栄養士	寮母等	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	1名	0名	1名
非常勤	1名	2名	3名	0名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	6名 ()名)
看護師	1名 ()名)
栄養士	1名 (1名)
調理師	1名 (2名)

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	建面積 3,022㎡、延面積 11,652㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	39年
(4) 改築年	平成	9年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園 (300平米ぐらい) に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

220 人

・ボランティアの業務

- | |
|--|
| (1) 朗読、DAISY作成等
のべ210名（7名 × ひと月に3回 × 10か月間） |
| (2) 「函館ハーフマラソン大会スポーツマッサージ体験コーナー」におけるランナーの誘導
10名 |

【実習生の受け入れ】

・平成 23 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 1 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用者に対して「満足度調査」を実施している。 利用者自治会から、サービスに対する「要望書」の提出を受け、適切に対応した。

卒業学年に対して「教務課の支援サービスに関するアンケート」を実施した。 昨年度の卒業学年には音声使用者がいましたので、添付アンケートを読み上げたDAISY版も作成した。 ちなみに今年度は全学年を対象に実施する予定である。
--

食堂に意見箱を設置し、給食に対する利用者の意見を述べる場の提供をしている。

その他、ホームルームや面接等をとおして、随時利用者の意見を聞くよう努めている。

【その他特記事項】

--

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、理念のパンフレットへの記載は行われていない。第三者評価では、正職員に留まらず組織に雇用される全ての職員や利用者やその家族への周知を前提とした理念や基本方針の明文化が求められている。パンフレットへの記載は次回の印刷時に追加される予定である。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、基本方針のパンフレットへの記載は行われていない。上記の理念同様、パンフレットへの記載が待たれる。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	理念や基本方針の所内への提示、パソコン共有フォルダへの記載等が行われている。理念や基本方針をより深めるための研修や会議等での確認は行われていない。理念や基本方針を職員の行動規範として根付かせるために、職員への十分な周知と理解を促す取り組みが期待される。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	入所時の重要事項説明書による説明や視覚障がい者へのパソコンデータ（音声読み上げ可能）での提供が行われている。センター便りへの掲載等、利用者・家族へ継続して周知する仕組みが期待される。

I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」全体で中・長期計画が立てられている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局の内部組織である「函館視力障害センター」では、上記の中・長期計画や運営方針に沿って、独自の事業計画が策定されている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各課で話し合われた意見を基に、業務運営委員会で検討が重ねられ、各年度の事業計画が策定されている。計画の実施状況についても、各課で確認し、幹部会議等で検討されている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	策定された事業計画は、メールで配信され、パソコン上のファイルに登録されている。視力障がいの職員が読み上げソフトで閲覧出来るように配慮されている。各課の会議で事業計画達成の具体案が検討され、実行に移されている。

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	ホームルーム等において、利用者へのサービスに関する計画等が周知されている。利用者が音声で確認できるように、電子データの作成が行われ提供されている。
------------------------------	---	---

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は、着任時、始業式、入所式等の挨拶において、自らの役割と立場を明確に表明している。又、災害時等における役割と責任も、「防災管理規程」、「感染症等の対策と対応マニュアル」で明文化されている。
I-3-(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	国立の機関であり、職員は国家公務員法の遵守が求められている。自立支援法等、業務に必要な法令の改正等についても、逐次メールで職員へ配信され、必要に応じて会議等での説明が行われている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 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。	a	管理者は、利用者や職員とのコミュニケーションを積極的にとり、意見を汲み取っている。幹部職員は、毎週行われるサービス管理責任者会議の報告を受け、幹部会議でサービスの質の現状を把握し、必要に応じ適切な対応を行っている。第三者評価を導入し、現状のサービスを客観的に見直し、サービス向上の取り組みを積極的に行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	中・長期計画の「効率的な業務運営体制の確立」を受けて、配車や書類発送のパソコンでの一元管理、ペーパーレス化、電話からメールへの切替、不要な場所の節電、階段利用の促進等の業務効率化、経費節減、CO2対策が実行されている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	道内外の行政機関へ赴いた際に、視覚障がい者のデータと福祉動向を把握している。現在の視覚障がい者の状況に鑑み、高齢の視覚障がい者や重複障がいといった潜在するニーズの把握の為に地域包括支援センター等にも情報発信している。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	広報委員会を設置、利用者の獲得に努めている。利用相談の状況を月毎に職員で情報共有している。尚、各課において経営状況を改善する具体的方策が期待される。。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	評価外	国の施設の為、本省の内部監査や会計検査院の監査は実施されているが、民間の外部監査は実施されていない。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	人事管理は上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」が所管しており、事業に必要な人員は十分に確保されている。「函館視力障害センター」としては、社会福祉士やサービス管理者の取得を推奨している。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	公務員制度において人事評価が行われている。
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	毎年度、職員に意向調査書が配布されて記入後に、所長と職員の面談が個別に行われている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	国家公務員共済組合に加入している。非正規職員を含めた取り組みとしては、ボウリング大会や忘新年会を共に行っている。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」より通達される「人材育成・組織活性化」に明示されている。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	毎年度、研修予算を組む際に職員研修の計画が立てられている。上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」の組織目標で設定されている新人・中堅職員への研修がある。また、サービス管理責任者や社会福祉実習指導者の研修参加がある。OJTや個人の自己啓発によることも多い。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	年度当初に、人事異動で新しく入ってきた職員を含めて研修計画を見直している。研修後は、文書による報告を義務付けている。課内会議での発表や意見交換により、一人が行った研修を他の職員で共有するようにしている。
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	「介護体験希望の受け入れに関する取扱要領」等実習生受け入れの体制はあるが、効果的なプログラムは途上にある。24年度に社会福祉士の社会福祉実習指導者の講習を受けたこともあり、今後期待したい。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	「感染症等の対策と対応マニュアル」等により組織として緊急時に備えられている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	函館海洋気象台より専門家を外部講師として招き、津波を想定した災害等について具体的取り組みを図っている。町内会長から災害時の避難場所として打診があり、今後の地域における災害避難の連携の礎となる。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	防犯カメラが各階に死角がないように2台備え付けられ、全部で10台が設置されている。自治会の要請で利用者が注意を喚起しやすいように、玄関前の道路にある車止めの色を黄色に塗った。授業等における事故報告は、フォルダで情報共有すると同時に台帳に用紙を綴じている。かつ、口頭で嚴重に複数回の注意をしている。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域の情報は都度、利用者に知らせている。8月の地域交流会はセンター隣の鮫川公園で行われた。夏休み中だったが、在寮中の利用者がフライングディスクなどに参加した。10月の全国障害者スポーツ大会には3名の利用者が出場する。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	市民公開講座や授業・訓練公開を行っている。様々な機会を捉えて、地域に対し視覚障がいに関する情報発信や普及啓発している。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	c	ボランティア受け入れのための基本姿勢を示した文書はないが、朗読ボランティアは毎週定期的を受け入れている。視覚障がいを主とした施設なので、ボランティアを受け入れるという以前に、視覚障がい向けのガイドヘルパー等の養成講座等により技能を修得した市民ボランティアの活躍が待たれる。養成されたボランティアが活躍できるような体制作りが期待される。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	利用者に必要な情報は出身地の行政担当者まで情報が盛られている。利用者に必要な情報のリストと共に、センターとして必要な情報が職員間で共有されている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	道南地区障害者就労支援連絡協議会等の地域の連絡会議に参加している。札幌の相談支援事業所や視覚障害者協会等と全道・東北地域まで広域にわたり連携している。

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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	センターは、道内外の関係機関へ赴いた折や、センター主催の自立推進支援会議や連絡会によりニーズを把握している。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域貢献として多数の講師派遣や講習会を開催している。 はり・あんま等の市民公開講座や視覚障害者支援講習会、ノーマリー教室等（ノーマライゼーションの考え方を普及する活動）がある。最近では、センターのソフト・ハード両面の活動としてデジ図書の作成ボランティア育成を函館市社協から要請されている。

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	コメント
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	利用者の主体性やエンパワメントの尊重を基本とした理念と基本方針を打ち出しており、重要事項説明書や会議、職場内LAN（構内通信網）において常に共有できる体制が整っている。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	「職員サービス規程」に基づきサービス上の心得が明示されている。またそれに基づき職務が遂行されている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	講義の都度に、利用者と教員で話し合われている。年度末に学年毎の講義アンケート実施等も行われているので、組織的な分析や展開を行う体制が取られるよう期待したい。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	担当制となっているが、全ての職員が利用者の相談、意見を受け入れる体制が出来ており、利用者の意見が言いやすい職員へ必要時に相談できる体制が整備されており、その情報も会議やミーティング、記録などで共有できている。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	センター内への掲示、重要事項説明書への記載がなされた上に説明されており、相談、意見と同様に苦情も必要時に申し立てることが出来る。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	その場で解決できるものはその場で解決するなど迅速な対応をしている。また、時間を要するものについても会議等で組織的な判断のあと、相談者へフィードバックする体制が出来ている。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ－２－（１）－① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	会議等において、年度計画の重点項目について検証され次年度の計画に反映される体制が整っている。サービスの質そのものを検証する体制については外部による検証が待たれる。
Ⅲ－２－（１）－② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	評価結果を導くまでの過程において、センター独自の自己評価における着眼点を設け、今後受審する際に、センターの取り組みとして自己評価されることを期待する。
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	「リハビリテーション実施要領」・「年度シラバス」など文書化されている。
Ⅲ－２－（２）－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	「リハビリテーション実施要領」は、上部組織を含めた全体文書であり、必要時に見直しは実施されているが、定期的な見直し体制にも期待したい。シラバスについては、年度毎に見直しができる体制が整備されている。
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	担当職員及び関係職員が職場内LAN（構内通信網）にて記録を記載管理している。
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。	b	「個人情報管理規程」に基づき運用されている。実際に記録している文書の加除・訂正等による文書の改竄や消失に対してのリスク管理体制の充実にも期待したい。
Ⅲ－２－（３）－③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	朝礼・夕礼・課内会議・サービス管理者会議・幹部会議等で利用者情報を共有している。また会議録・利用者情報については、職場内LAN（構内通信）にて情報共有できる体制が出来ている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページ、パンフレット、年3回程度のセンター便りにて案内している。またホームページはトップページを変更したり、ブログをアップする等、アクセス検証も含め工夫している。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	契約書・重要事項説明書、シラバスなどの文書とともにオリエンテーションを行い、サービス開始に当たっては同意を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	職場同行訪問や卒後研修会を行うなど、フォロー体制を整備している。また、利用者の居住地の社会資源との連携を図り、利用者本人が自身の生活圏域で直接生活支援を受けられるような調整を実施している

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	「実施要領」に基づき、決められたアセスメント様式にのっとりアセスメントが実施されている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントにより抽出された課題やシラバスに基づき、個別支援計画書が作成され、国家試験の合格と就労を目的としたサービスが実施されている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	3ヶ月に1回の定期モニタリング及び必要時のモニタリングにより計画の見直しやサービスの修正が行われている。

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 24 年 6 月 1 日

事業者名 (法人名)	国立障害者リハビリテーションセンター		
事業所名 (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函館視力障害センター	種別	自立訓練(機能訓練)
事業所所在地	〒 042-0932 北海道函館市湯川町1-35-20		
電 話	0130-59-2751		
F A X	0138-59-4383		
E-mail	syomuka@hakodate-nhb.go.jp		
U R L	http://www.rehab.go.jp/hakodate/		
施設長氏名	所長 後藤 英信		
調査対応ご担当者	本山 真 (所属、職名：庶務課、庶務課長補佐)		
利用定員	10 名	開設年	昭和 39 年 1 月 1 日
<p>基本理念：私たちは、個人の尊厳と主体性を重んじ共に生きる社会の実現に向け支援します</p> <p>基本方針：一 あらゆる場面で利用者の基本的人権を尊重します 二 常に利用者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供します 三 利用者が社会の一員として社会、経済文化等あらゆる活動に参加できるよう支援します 四 地域に開かれた施設として地域住民関係機関との連携に努めます 五 公正に職務を遂行し、専門的知識と支援技術の研鑽に努めます</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業(定員〇名)

施設入所支援、就労移行支援

【利用者の状況に関する事項】（平成24年 6月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	0名	0名	0名	0名	0名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
0名	0名	1名	1名	0名	0名
					合計
					2名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障害等の状況

- ・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	1名	1名	名	名	名	名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1名	1名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

- ・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

- ・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	名	名	名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 1か月間)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 6月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	サービス管理責任者	生活支援員等
常勤	30名	1名	6名	3名	5名
非常勤	10名	0名	3名	0名	0名
	職業指導員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	11名	0名	0名	1名	0名
非常勤	0名	0名	0名	0名	0名
	管理栄養士・栄養士	寮母等	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	1名	0名	1名
非常勤	1名	2名	3名	0名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	6名 ()名
看護師	1名 ()名
栄養士	1名 (1)名
調理師	1名 (2)名

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	建面積 3,022㎡、延面積 11,652㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	39年
(4) 改築年	平成	9年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園 (300平米ぐらい) に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

220 人

・ボランティアの業務

- | |
|--|
| (1) 朗読、DAISY作成等
のべ210名（7名 × ひと月に3回 × 10か月間） |
| (2) 「函館ハーフマラソン大会スポーツマッサージ体験コーナー」におけるランナーの誘導
10名 |

【実習生の受け入れ】

・平成 23 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 1 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用者に対して「満足度調査」を実施している。 利用者自治会から、サービスに対する「要望書」の提出を受け、適切に対応した。

卒業学年に対して「教務課の支援サービスに関するアンケート」を実施した。 昨年度の卒業学年には音声使用者がいましたので、添付アンケートを読み上げたDAISY版も作成した。 ちなみに今年度は全学年を対象に実施する予定である。
--

食堂に意見箱を設置し、給食に対する利用者の意見を述べる場の提供をしている。

その他、ホームルームや面接等をとおして、随時利用者の意見を聞くよう努めている。

【その他特記事項】

--

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

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	コメント
Ⅰ-1-（1） 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-（1）-① 理念が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、理念のパンフレットへの記載は行われていない。第三者評価では、正職員に留まらず組織に雇用される全ての職員や利用者やその家族への周知を前提とした理念や基本方針の明文化が求められている。パンフレットへの記載は次回の印刷時に追加される予定である。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	「函館視力障害センター」の目的が、ホームページ、重要事項説明書、パソコン共有フォルダ等へ万遍なく記載されているのに比べ、基本方針のパンフレットへの記載は行われていない。上記の理念同様、パンフレットへの記載が待たれる。
Ⅰ-1-（2） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-（2）-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	理念や基本方針の所内への提示、パソコン共有フォルダへの記載等が行われている。理念や基本方針をより深めるための研修や会議等での確認は行われていない。理念や基本方針を職員の行動規範として根付かせるために、職員への十分な周知と理解を促す取り組みが期待される。
Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	入所時の重要事項説明書による説明や視覚障がい者へのパソコンデータ（音声読み上げ可能）での提供が行われている。センター便りへの掲載等、利用者・家族へ継続して周知する仕組みが期待される。

Ⅰ-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-（1）-① 中・長期計画が策定されている。	a	「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」全体で中・長期計画が立てられている。
Ⅰ-2-（1）-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局の内部組織である「函館視力障害センター」では、上記の中・長期計画や運営方針に沿って、独自の事業計画が策定されている。
Ⅰ-2-（2） 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-（2）-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各課で話し合われた意見を基に、業務運営委員会で検討が重ねられ、各年度の事業計画が策定されている。計画の実施状況についても、各課で確認し、幹部会議等で検討されている。
Ⅰ-2-（2）-② 事業計画が職員に周知されている。	a	策定された事業計画は、メールで配信され、パソコン上のファイルに登録されている。視力障がいの職員が読み上げソフトで閲覧出来るように配慮されている。各課の会議で事業計画達成の具体案が検討され、実行に移されている。
Ⅰ-2-（2）-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	ホームルーム等において、利用者へのサービスに関する計画等が周知されている。利用者が音声で確認できるように、電子データの作成が行われ提供されている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は、着任時、始業式、入所式等の挨拶において、自らの役割と立場を明確に表明している。又、災害時等における役割と責任も、「防災管理規程」、「感染症等の対策と対応マニュアル」で明文化されている。
I-3-(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	国立の機関であり、職員は国家公務員法の遵守が求められている。自立支援法等、業務に必要な法令の改正等についても、逐次メールで職員へ配信され、必要に応じて会議等での説明が行われている。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 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。	a	管理者は、利用者や職員とのコミュニケーションを積極的にとり、意見を汲み取っている。幹部職員は、毎週行われるサービス管理責任者会議の報告を受け、幹部会議でサービスの質の現状を把握し、必要に応じ適切な対応を行っている。第三者評価を導入し、現状のサービスを客観的に見直し、サービス向上の取り組みを積極的に行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	中・長期計画の「効率的な業務運営体制の確立」を受けて、配車や書類発送のパソコンでの一元管理、ペーパーレス化、電話からメールへの切替、不要な場所の節電、階段利用の促進等の業務効率化、経費節減、CO2対策が実行されている。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	道内外の行政機関へ赴いた際に、視覚障がい者のデータと福祉動向を把握している。現在の視覚障がい者の状況に鑑み、高齢の視覚障がい者や重複障がいといった潜在するニーズの把握の為に地域包括支援センター等にも情報発信している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	広報委員会を設置、利用者の獲得に努めている。利用相談の状況を月毎に職員で情報共有している。尚、各課において経営状況を改善する具体的方策が期待される。。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	評価外	国の施設の為、本省の内部監査や会計検査院の監査は実施されているが、民間の外部監査は実施されていない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	人事管理は上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」が所管しており、事業に必要な人員は十分に確保されている。「函館視力障害センター」としては、社会福祉士やサービス管理者の取得を推奨している。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	公務員制度において人事評価が行われている。
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	毎年度、職員に意向調査書が配布されて記入後に、所長と職員の面談が個別に行われている。
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	国家公務員共済組合に加入している。非正規職員を含めた取り組みとしては、ボウリング大会や忘新年会を共に行っている。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」より通達される「人材育成・組織活性化」に明示されている。
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	毎年度、研修予算を組む際に職員研修の計画が立てられている。上部機関の「国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局」の組織目標で設定されている新人・中堅職員への研修がある。また、サービス管理責任者や社会福祉実習指導者の研修参加がある。OJTや個人の自己啓発によることも多い。
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	年度当初に、人事異動で新しく入ってきた職員を含めて研修計画を見直している。研修後は、文書による報告を義務付けている。課内会議での発表や意見交換により、一人が行った研修を他の職員で共有するようにしている。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	「介護体験希望の受け入れに関する取扱要領」等実習生受け入れの体制はあるが、効果的なプログラムは途上にある。24年度に社会福祉士の社会福祉実習指導者の講習を受けたこともあり、今後期待したい。

Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－３－（１） 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
Ⅱ－３－（１）－① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	「感染症等の対策と対応マニュアル」等により組織として緊急時に備えられている。
Ⅱ－３－（１）－② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	函館海洋気象台より専門家を外部講師として招き、津波を想定した災害等について具体的取り組みを図っている。町内会長から災害時の避難場所として打診があり、今後の地域における災害避難の連携の礎となる。
Ⅱ－３－（１）－③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	防犯カメラが各階に死角がないように2台備え付けられ、全部で10台が設置されている。 自治会の要請で利用者が注意を喚起しやすいように、玄関前の道路にある車止めの色を黄色に塗った。 危険に至りそうになったときは、本人に十分その状況を聴き取り、他の利用者に情報提供している。 リスクの年間分析の結果は新入生が入る時期に活かされている。

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－４－（１） 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ－４－（１）－① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域の情報は都度、利用者に知らせている。8月の地域交流会はセンター隣の鮫川公園で行われた。夏休み中だったが、在寮中の利用者がフライングディスクなどに参加した。10月の全国障害者スポーツ大会には3名の利用者が出場する。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	介護事業所や交通局に、手引きの仕方といった視覚障害者支援講習会を行っている。 様々な機会を捉えて、地域に対し視覚障がいに関する情報発信や普及啓発している。
Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア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。	c	ボランティア受け入れのための基本姿勢を示した文書はないが、朗読ボランティアは毎週定期的に受け入れている。 視覚障がい者を主とした施設なので、ボランティアを受け入れるという以前に、視覚障がい向けのガイドヘルパー等の養成講座等により技能を修得した市民ボランティアの活躍が待たれる。 養成されたボランティアが活躍できるような体制作りが期待される。
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ－４－（２）－① 必要な社会資源を明確にしている。	a	教務課と支援課は台帳で情報を共有している。 利用者に必要な情報のリストと共に、センターとして必要な情報が職員間で共有されている。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	道南地区障害者就労支援連絡協議会等の地域の連絡会議に参加している。札幌の相談支援事業所や視覚障害者協会等と全道・東北地域まで広域にわたり連携している。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	センターは、道内外の関係機関へ赴いた折や、センター主催の自立推進支援会議や連絡会によりニーズを把握している。

<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>地域貢献として多数の講師派遣や講習会を開催している。 はり・あんま等の市民公開講座や視覚障害者支援講習会、ノーマリー教室等（ノーマライゼーションの考え方を普及する活動）がある。最近では、センターのソフト・ハード両面の活動としてデイジー図書の作成ボランティア育成を函館市社協から要請されている。</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	コメント
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	利用者の主体性やエンパワメントの尊重を基本とした理念と基本方針を打ち出しており、重要事項説明書や会議、職場内LAN（構内通信網）において常に共有できる体制が整っている。
Ⅲ-1-（1）-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	「職員服務規程」に基づき服務上の心得が明示されている。またそれに基づき職務が遂行されている。
Ⅲ-1-（2） 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-（2）-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	訓練修了対象者にアンケートを実施し、プログラム作成に反映させようという取り組みが今年度実施されつつある。今後の継続的な取り組みに期待される。
Ⅲ-1-（3） 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-（3）-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	担当制となっているが、全ての職員が利用者の相談、意見を受け入れる体制が出来ており、利用者の意見が言いやすい職員へ必要時に相談できる体制が整備されており、その情報も会議やミーティング、記録などで共有できている。
Ⅲ-1-（3）-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	センター内への掲示、重要事項説明書への記載がなされた上に説明されており、相談、意見と同様に苦情も必要時に申し立てることが出来る。
Ⅲ-1-（3）-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	その場で解決できるものはその場で解決するなど迅速な対応をしている。また、時間を要するものについても会議等で組織的な判断のあと、相談者へフィードバックする体制が出来ている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-（1） 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-（1）-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	会議等において、年度計画の重点項目について検証され次年度の計画に反映される体制が整っている。サービスの質そのものを検証する体制については外部による検証が待たれる。
Ⅲ-2-（1）-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	評価結果を導くまでの過程において、センター独自の自己評価における着眼点を設け、今後受審する際に、センターの取り組みとして自己評価されることを期待する。
Ⅲ-2-（2） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-（2）-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	「リハビリテーション実施要領」など文書化されている。
Ⅲ-2-（2）-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	「リハビリテーション実施要領」は、上部組織を含めた全体文書であり、必要時に見直しは実施されているが、定期的な見直し体制にも期待したい。

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	担当職員及び関係職員が職場内LAN（構内通信網）にて記録を記載管理している。
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。	b	「個人情報管理規程」に基づき運用されている。実際に記録している文書の加除・訂正等による文書の改竄や消失に対するリスク管理体制の充実に期待したい。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	朝礼・夕礼・課内会議・サービス管理者会議・幹部会議等で利用者情報を共有している。また会議録・利用者情報については、職場内LAN（構内通信）にて情報共有できる体制が出来ている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページ、パンフレット、年3回程度のセンター便りにて案内している。またホームページはトップページを変更したり、ブログをアップする等、アクセス検証も含め工夫している。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	契約書・重要事項説明書などの文書とともにオリエンテーションを行い、サービス開始に当たっては同意を得ている
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	利用者の居住地の社会資源との連携を図り、利用者本人が自身の生活圏域で直接生活支援を受けられるような調整を実施している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	「実施要領」に基づき、決められたアセスメント様式にのっとりアセスメントが実施されている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントにより抽出された課題に基づき、個別支援計画書が作成され、日常生活や社会生活で習得すべきスキルについて獲得できるようにサービスが実施されている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	3ヶ月に1回の定期モニタリング及び必要時のモニタリングにより計画の見直しやサービスの修正が行われている。