

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 飛松 好子

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

◇特に評価の高い点

別紙による。

◇更なる質の向上のために求められる点

別紙による。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当センターは、障害者総合支援法に基づく障害者支援施設の外、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、学校教育法に基づく専修学校(専門課程)という性格をあわせ持つ施設であります。このような複雑で重層的な特徴をご理解いただき、概ね良好な評価を得られたことに感謝いたします。今後は、ボランティア受入に関する手順、マニュアルの整備等改善の求められる事項につきまして、改善に向けて職員全体で取り組むとともに、その他のご指摘いただいた点につきまして一つ一つ確認し、更なるサービスの向上に全力を尽くして参ります。

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 30 年 6 月 29 日

経営主体 (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	事業種別	障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業）
所在地	〒 042-0932 北海道函館市湯川町1-35-20		
電 話	0138-59-2751		
F A X	0138-59-4383		
E-mail	syomu-hkdt@mhlw.go.jp		
U R L	http://www.rehab.go.jp/hakodate/		
施設長氏名	所長 島村 力夫		
調査対応ご担当者	渡辺 芳江 (所属、職名：庶務課、庶務課長)		
利用定員	70 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勤めます</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組： 当センターは国立施設であり、全国に同様の施設が6ヶ所あり、就労移行支援、自立訓練及び施設入所支援をもつ多機能型施設である。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		2 回	（平成 27 年度）
開所時間 (通所施設のみ)	/		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)	/		
-----------------	---	--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成30年 8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（高齢者福祉施設、高齢者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
名	名	名	1名	1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
4名	1名	1名	2名	1名	1名
					合計
					14名

○障がいの状況

・身体障がい（身体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
視覚障害	6名	6名	1名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	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
肢体不自由	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
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名
合計	7名	6名	1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。

・知的障がい（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

・精神障がい（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(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
9名	名	2名	3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： 11.9カ月)

【職員の状況に関する事項】(平成30年 8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・管理者	事務員	サービス管理責任者	生活支援員等
常勤	25名	1名	5名	3名	4名
非常勤	18名	名	6名	名	名
	職業指導員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	9名	名	名	1名	名
非常勤	6名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	1名	名	1名
非常勤	1名	名	2名	名	3名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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	5名 (名)
看護師	1名 (名)
栄養士	名 (1名)
調理師	1名 (2名)
精神保健福祉士	2名 (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 11,653㎡
(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

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 29年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

203人

・ボランティアの業務

・朗読ボランティア～視覚障害教官に対する書籍・文書等の読み上げ、教材・模擬試験問題・センターだより等音声（録音）データの作成など（29年度-31回）
・行事の視覚障害者スポーツ体験、弱視の見え方体験の補助係。

【実習生の受け入れ】

・平成 29年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 4人

介護福祉士 人

その他 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。

・就労移行支援では年度末に授業満足度調査を実施しその結果を全教官にフィードバックし、回答された概要とその改善策については利用者へ告知している。また、前期・後期の中間及び期末試験後にもモニタリング面接を行っている。さらに学習支援にかかる意見や苦情が生じた場合は随時学級担任や学年主任を中心に対応している。
・自立訓練では概ね2ヶ月に1度、個別支援計画書見直しの際にモニタリング面接を行っており、終了時にもアンケートを実施している。
・給食サービスにおいては、利用者に対しての嗜好調査、及び意見箱設置による意見等の受付を実施しており、利用者の意見を取り入れ、献立や調理方法等を検討し、食事内容の充実を図っている。
・買い物支援実施に関しては、毎年、利用者の意見集約を行い、改善を図って実施している。
・避難訓練に関しては、実施後に反省点・改善点を利用者から確認し、次回の訓練に生かしている。
・備品の購入や改修工事時には、利用者から意見集約を図り、できる限り意向に沿った形で実施している。

【その他特記事項】

--

総 評

<評価が高い点>

1 「卒業後の支援」

利用者は3年間の就労移行支援を終了して道内外の居住地に帰ります。「センター」は利用者の居住地にある相談支援事業所等と連携して、円滑な日常生活となるように支援しています。また、利用者が就職する治療院などで役立つ技術指導は、自立していく利用者の精神的な支えにもなっています。

あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の国家資格取得者には年2回、卒業後にフォーアップ研修を行っています。現役合格を逃した次年度の再受験者には、半期限定の再受験の学習支援を行っています。このように就労移行支援の終了後も継続した支援に努めています。

2 「学びのサポート体制と支援ノウハウの共有」

学びを単に知識の習得から知をどう活かすかといった流れを汲んだ「アクティブラーニング」が主流の現代社会にあって、「センター」の理療教育もまた利用者の自主性、自発性を基本に授業を進めるように進化してきました。「自学学習サポート教室」は、利用者の教科の授業での躓きなどの困りごとに対して事前予約を受けます。3年間の理療教育の中で、あん摩・はり・きゅう師の国家試験資格取得に向けたサポート体制を整えています。

「センター」以外の全国の施設利用者にも対応できる「支援困難な利用者に対する支援の手引き」が平成30年に作成されました。自立（機能）訓練の利用者の中には、理療教育までは行わなくとも、生活の質を上げるために利用申し込みする重複障害の方もいます。一般的なコミュニケーションが難しい方でも目標設定して自立できるように支援しています。国立リハビリテーションセンターとしての全国の施設間で情報共有して作成した支援の手引きが活かされています。

<更なる質の向上のために求められる点>

1 「啓発事業からの発展」

福祉施設として、以前から繋がりがある朗読ボランティアの他、社会福祉士相談援助実習終了後の学生に行事ボランティアを依頼しています。既存のボランティア以外の新規ボランティア養成は、職員の人員に余裕がなく実施できていません。

利用者と地域との交流を広げるためには、視覚障害者の手引きをするガイドヘルパーの制度が不十分であるという問題意識が職員にあります。

視覚障害者への「接し方講習会」は、学校や社会福祉協議会の他に民間会社からの要望もあり、平成28年度であれば245名の実績があります。事業計画には、視力障害者支援と共に、地域への啓発事業も重点項目となっています。毎年度「接し方講習会」が開催され多くの学生・市民の受講生を輩出してきました。受講をきっかけにして障害者支援の市民活動に入った方や、函館市社会福祉協議会との連携で、視覚障害者を同行支援するボランティア活動の確認はとれていません。

例年、多数実施されている啓発事業が、障害者を支援する市民活動へと発展する側面的支援にも期待したいものです。

2 「災害対策の見直し」

災害時における利用者の安全確保のために、火事、地震、津波の想定で避難訓練を実施しています。全国瞬時警報システムJアラートにも対応する訓練が平成30年より行われています。今後は、定例化した避難訓練を外出時等の日常生活を想定して行うことも期待されます。

また、福祉避難所として災害時の協定を函館市と取り交わしているものの、具体的な内容にはなっていません。訪問調査直後の平成30年9月6日に発生した北海道胆振東部地震では、北海道全域が停電する事態となりました。これを機に更なる利用者と地域の安全を考えた具体的な取組みに期待します。

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・周知されている。			
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	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局として、全国共通の理念「個人の尊厳と主体性、ノーマライゼーション」と基本方針が5つ明文化されている。国立障害者リハビリテーションセンターは、函館視力障害センター（以下、「センター」とする）の他、病院・研究所等も含み、医療から地域生活を結んでいる。全国共通の理念・基本方針がセンター玄関内に掲示、ホームページ、パンフレットに記載されている。利用者には音声で読みあげのできる電子データの提供がある。職員への周知は、理念・基本方針の印刷物の携帯の他、各課の会議等で取り上げるようになった。地域への周知は、ホームページの他に、道内・東北を中心に印刷物の送付等を行っている。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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 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	事業経営をとりまく環境と経営状況は、「センター」だけではなく所沢に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として、神戸・福岡の3つの視力障害センターの他、障害者入所施設も含めて検討されている。「センター」としても利用者数の低下を課題とは受けて止めているが単体での経営状況の把握・分析は困難である。分析のための関係資料等は厚生労働省と国立リハビリテーションセンターから得られるが、集約は国立リハビリテーションセンターで行われることになる。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	高齢の視力障害者に対して、訪問によるサービス提供を促進した。所在地が函館市であるため、ニーズはあっても遠方までの職員派遣が困難である。訓練を受けた高齢者からは大変好評である。生活の質向上には有意な訓練であるが利用者数の伸びが前回より大きくはなかった。利用者確保に向けた新規の広報活動としては、平成29年12月の一定期間に路面電車にポスターの掲示を行った。国立という予算執行の制約があり裁量権に乏しいところ、費用対効果も考慮して職員は案を出し合ってきた。平成27年度より全国の拠点施設に「PDCA評価シート」が導入され継続している。「センター」の経営課題の把握分析による具体的な取組としては、裁量の範囲で行っている。今後の更なる展開が期待される。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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 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	「国立障害者リハビリテーションセンター第2期中期目標」（平成27年4月1日制定）は、制定より5年間の期間目標が各機関・各部門に示されていた。「センター」と共通の目標としては、利用率の向上、サービス提供データの集積・分析等の質の高い障害福祉サービスの提供が挙げられている。事業成果向上の取組として、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師の国家試験合格率の維持・向上等も挙げられている。

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	「国立障害者リハビリテーションセンター第2期中期目標」を踏まえて、各年度の「事業計画重点事項」と「センター」の年度毎の事業計画を作成している。事業計画は、利用率の向上としては、過去の利用者のデータを解析するとともに新幹線開通を考慮した広報活動の重点地域を絞った。また、質の高い福祉サービスの提供として、サービス提供データの集積・分析と情報発信等、庶務課・支援課・教務課と各課共通の事業内容と実施状況を記載している。人材育成に関しては、職員の資質向上に向けた各課の記載がある。
I-3-(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	「国立障害者リハビリテーションセンター第2期中期目標」は各地のセンターが結集して毎年度の見直しがあり、「センター」では各課の職員の意見が抽出され見直し、評価が行われている。
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	事業計画の周知としては、利用者が視覚障害であることから主に教科カリキュラムとして伝えられる。ホームページでの口頭説明の他、利用者専用のホームページを設けて確認が取りやすくなっている。地域への周知としては、ホームページがリニューアルして視覚障害者にも見やすいデザインになり、読み上げソフトの文字認識も円滑になった。晴眼者でも見やすい画面構成になった。尚、「センター」の事業計画は、ニッポン一億総活躍プラン(概要)に始まり、国立リハビリテーションセンターの中期目標、事業計画、運営方針に沿って、年度の事業計画重点事項、事業計画となっている。このため市民にはわかりにくく計画となっている。利用者や一般市民にも理解しやすい事業計画の作成を期待したい。

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	コメント	
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	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局の第2期中期目標の達成に向けて「PDCA評価シート」が平成27年度より継続的に実施されている。このシートは全国の施設が対象だが、「センター」としての課題を年度毎に重点目標として定め単年度事業計画に俟たせている。懸案である利用者数の確保拡大は、大きく前進しないものの「センター」機能の柱である国家試験取得に向けた授業充実のために、教官技能の向上を目指したFD(教員の能力を高めるための実践方法)に研修派遣している。
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。	b	利用者満足度アンケートや第三者評価も継続的に実施している。利用者満足度アンケート結果では、利用者の満足度を単にはかるのか、個別ニーズとして対応するのかが困難な事例も見られた。利用者調査でも「センター」対応は迅速だが、訓練施設なので退所後の社会生活に対応できる指導も必要なのではないかという声があった。また、前回の第三者評価の結果が活かされていないので、今後に期待したい。

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	コメント	
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	管理者としての役割と責任を含む職務分掌は文書化され、災害時等においても、「防災管理規程」、「感染症等の対策と対応マニュアル」に明文化されている。人事異動で3年毎に管理職が替わる。過去には対外的なアピールとして文書化して広報誌に掲載していたこともあったが近年はない。しかし、管理者は着任時の他、始業式、入所式等の挨拶や、会議や研修の場において管理者は自らの役割・責任を伝えて多くの職員の理解を得るように努めている。

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	遵守すべき法令等を正しく理解するために、法令等の改正時にはメール配信で最新の通知を周知している。会議等での説明の他、各課の課長が研修時に理解を深めることができるように解説している。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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	教務課ではFD(教員の能力を高めるための実践方法)、利用者が能動的に授業を受けるように自立的学習者育成の体制を充実させている。支援課では自立(機能)訓練に要する標準的なサービス体系化と効率化のためにデータを集積を所沢にある国立リハビリテーションセンターで開かれる「訓練標準化検討委員会」に出席、検討している。庶務課も含め各課共通にリスク管理の強化にも着手している。
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	業務の効率化は、既に励行しているペーパーレス化や節電、パソコンでの情報管理等で手を尽くしている。人員配置は、国立障害者リハビリテーションセンターでの施設長ヒアリングの席で全国の施設の各部署で適材適所となるように検討されている。経営の改善としては、利用者数の目標を現実的数値に設定をして、現在の利用者に最高の福祉サービスを提供することを旨としている。

II-2 福祉人材の確保・育成

		※三野野場結果	コメント
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	国立障害者リハビリセンターとして全国規模での人事異動があり、地元採用の枠もある。運営方針には、専門職の養成を掲げ教官の資質が向上するようにしている。平成30年度は、4名の教官が定年退職となるが補充の予定はない。人員削減を進める一方、補助的業務を担うヒューマンアシスタントを継続雇用して、教官や支援員が専門性を発揮できるようにしている。社会福祉士や教職など特定の専門職の雇用が難しい地域性も考慮して、再任用の促進や特別指導教官の配置などにより、計画的な人員配置に努めている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	人事院規則を基にし、公務員としての職務の遂行について、職種ごとに具体的な行動や着眼点が示されている。また、人事考課に当たっては評価者向けeラーニング(インターネット通信教育)などを実施し、マニュアルに則って適切な評価を行っている。人事基準や処遇水準も共有されており、年2回の業績評価と年1回の能力評価を実施している。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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り組んでいる。	a	メンタルヘルスのストレスチェック実施はもとより、「セクシャルハラスメント委員会」「パワーハラスメント委員会」を設置している。職務分掌で定められた業務分担は、年度途中であっても調整を行うなど、ライフワークバランスに配慮している。定期的に課長面談を実施し、一人ひとりの職員の状況や意向を把握し、困りごとへの対応を行っている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	b	毎年9月に行う能力評価は職員全員で取り組んでおり、倫理観を含めた自己評価を行い、職員が個別に目標を定め、その達成のための指導を行っている。職員は自分のキャリアデザインは自分でやっているというモチベーションを維持し、専門性の発揮に向けた研鑽を行っているが、目標設定と教育計画の連動性が不十分である。「センター」としての職員育成の方向性と、職員個々の目標を管理することが期待される。

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	「職員研修状況」及び「計画書」にて、教育研修の予定や予算を立てている。課毎に職位や担当分野の全国研修への参加の調整を行っている。国立障害者リハビリテーションセンターとして、職員の能力向上に伴う支援の質の向上を目的とした基本方針を掲げている。利用者アンケート等から見いだされた支援の質の向上の必要性について検討し、FD(教員の能力を高めるための実践方法)の導入している。現状のサービスや職員の状況を査定し、効果的な方法を計画的に行っている。
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。	b	教官・支援員、事務官等の「職員研修状況」及び「計画表」を作成している。職務内容や職位に応じた職員の育成に必要な研修には参加を促し、実施状況を記録している。一方、清掃などの間接業務の職員に対しては、研修の実施がない。障害者権利擁護や感染症対応など、「センター」職員として、教育・研修の機会を確保していくことが期待される。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
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	実習生指導体制として、社会福祉士の指導者研修を受けた職員が3名おり、実習生1名に対し2名が指導にあっている。視覚障害者を取り巻く環境や、地域で自立した生活を営むための支援について、大学講師も招き、広く深く学べるようにしている。視覚に障害のある当事者から直接に学びを得られるように、実習生自身が考えるように場面を設定している。

II-3 運営の透明性の確保

		※ 第三者評価結果	コメント
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。	b	「センター」のホームページには、視力障害者の利用できる就労移行支援・自立(機能)訓練・入所支援といった事業内容の他、ブログの掲載がある。ブログには視力障害者向けの情報も発信されている。苦情相談体制は施設内に掲示されているが、ホームページには、苦情・相談の内容等の掲載がない。今後もより運営の透明性を図るには、利用者の意見・要望・苦情・相談などの状況を公表することが期待される。
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	国立障害者リハビリセンターを中核とし、厚生労働省の規則に則った運営を行っている。事業所では、イントラネット(組織内パソコンのネットワーク)を活用し、内部統制に資する業務の徹底と責任の明確化、情報の共有を行っており、ディスクロージャー(情報公開)は国立障害者リハビリセンターのホームページに詳細を掲載している。会計検査院の現地監査を受けている。

II-4 地域との交流、地域貢献

		※ 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。			
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。	a	地域交流の大きなイベントとしては、函館ハーフマラソン・函館カルチャーナイト等があり、「センター」近隣の行事の情報提供を行っている。利用者は道内外に住民票があり、自立(機能)訓練や3年間の就労移行支援を終了後は函館市を離れることとなる。卒業生が帰省してからの地域との交流も視野に入れた情報提供も行っている。

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。	b	ボランティアの受け入れを行う場合は、「視覚障害者支援ハンドブック」をテキストにし、接し方の講習を行っている。長年、朗読ボランティアを定期的に受け入れており、近年は社会福祉士養成の実習で関わった学生に行事ボランティアを依頼している。利用者のプライバシーや安全性を考慮し、新たな受け入れには消極的である。視覚障害も他の障害種別同様に専門性が高い支援を要求される場合が多い。ボランティアの育成や組織化に取り組む人的余裕がないことが理由となっている。ボランティアを受け入れるための基本姿勢を「障害者に対する啓発の観点から」再考して手順やマニュアルを整備することが望まれる。
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	「センター」所在地である北海道の他、利用者の居住地の関係する機関のリストがある。福祉関連の他、民間事業所の情報も得られるよう支援課を中心として関係作りを行っている。事業所の福祉サービス種が自立（機能）訓練や就労移行支援、入所支援であり、それぞれの視点から利用者に必要な連携先の選択と情報交換を行っている。利用者の居住地は広域にわたっているが、安定した生活や就労先での定着のために連携を行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	視覚に障害があっても自立を目指せる支援を行っている事業所として、授業の公開やオープンキャンパスを土日・祝日の市民が参加しやすいように設定して実施したところ、地元を中心に参加者が増えた。自治体からの要請により、海外からの視察団に、国立施設として視覚障害者支援の役割を説明している。自治体とは災害協定を結んでいるが、具体的内容にまでは及んでいない。災害時の福祉避難所として行政と町内会と、どのように協力・連携していくのかを確認しておくことが期待される。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域の福祉ニーズは、事業所が中心となって行う関連職等の会議や研修会や、市民交流行事からも把握するように努めている。視覚障害者への「接し方講習会」は、学校や社会福祉協議会の他に民間会社からの要望もあり、急な要請にも即応している。事業計画では、「センター」として、視力障害者支援と共に、地域への啓発事業も重点項目となっている。「29年度総括ナショナルセンターとしての役割」には国際貢献としてWHO協力センターとすることが30年度事業計画にも引き続き明示されている。函館市からの要請を受け、ロシアや台湾からの視察団を受け入れている。「センター」としての地域福祉ニーズを把握したことへの事業・活動としては明瞭となっていない。例年、多数実施されている啓発事業が、障害者支援の市民活動へ発展するような側面的支援にも期待したい。

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

	※3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。			
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。	b	理念、基本方針等は毎月の諸会議等で職員に周知している。虐待防止や障害者の権利擁護についての研修を行い、職員個々の基本的な態度の形成に繋がるように努めている。しかし、職員個々に共通理解が持てたかどうかの一定の到達点や成果については十分な話し合いが行われていない。今後の一層の取組に期待したい。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	利用者一人ひとりの服薬、喫食、成績等が他の利用者へ漏れないように、職員個々が十分な注意を払うようになっている。情報共有が必要でなければ他の職員にも安易に提供はしていない。ただし安全性を優先しなければならない時は、利用者とはよく話し合い情報を共有することの承諾を得ている。

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
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 ホームページのブログは、視力障害者のニーズを踏まえて適時更新している。パンフレットも読みやすいように改訂を加えている。見学者には突然の来訪でも積極的に対応し、見えなくてもわかるように詳細な説明を行っている。
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 利用者へのサービス開始時には、本人のニーズに沿った説明を行っている。利用者には概ね二週間のオリエンテーションの期間を設けて、日常生活が独力でできるように訓練を実施している。個別支援計画は、この期間に利用者の見立て、アセスメントを行っている。サービスの変更としては、自立（機能）訓練を経て3年間の理療教育を受けることがある。宿舎と繋がっている教室も含めた移動は、利用者ができるまでの訓練と説明が行われている。
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 卒業後帰省する利用者には、出身地の相談支援事業所と連携して、地元で本人が生活や社会的側面で困らないように支援の継続性に配慮している。また仕事上の悩みを聞く他、就労した事業所で有効な技術的指導も行っている。卒業後、国家資格取得者は年2回、卒業研修会を開催してフォローアップしている。再受験者には、「センター」独自に半期に限り学習支援を行って国家資格が取得できるように支援している。
Ⅲ-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 利用者からの要望は担任の職員が受け付け、課内で検討している。各課で共有しなければならない要望については、サービス管理責任者会議で共有され対応するようにしている。また自治会「水松会」からの要望を受けて、宿舎内のWi-Fi設置、門限時間の延長、就寝時の点呼の取りやめ等の改善につなげてきた。
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。	b 苦情解決規定に則り、利用者の申し立てに対応している。第三者委員の他、北海道福祉サービス運営適正化委員会の意見を聞いた対応も行っている。一方、苦情解決の仕組みとして第三者委員の存在や連絡先等の周知には毎年度、利用者調査では曖昧な返答が一定数ある。また、軽微な苦情に関しては利用者自ら口を閉ざし理療教育に集中しようとする傾向がみられる。また、苦情解決の状況に関しては事業年報に件数が記載され、配布先は関係機関である。公表の在り方について再考が望まれる。
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 応相談の環境としては、毎日のショートホームルームや個別に受け付けている。相談時に、利用者が同性同士で聞いた方が話しやすい場合は担当の職員間で融通している。利用者が十分な時間をとって落ち着いて話せるように、廊下から相談室に場所を変えることもある。理療教育の授業のコマ終了時や、休憩時間等、個別に相談できるようにしている。利用者調査でも都度の相談に応じてくれるという声が多い。前回の課題であった教官と履修生といった二者関係に配慮がゆきとどいた気風がつけられた。

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	前回受審時、相談事例のQ&Aをまとめてはどうかということもあったが、インターネット環境やICT(情報通信技術)の発達が著しく、現状にはそぐわないので作成には及ばなかった。相談事例Q&Aは例示であって、利用者の相談・意見から福祉サービスの質向上に関わる取組が経年で求められる。就労移行支援、自立(機能)訓練は各担任、教官を通して利用者の意見を聞き、対応している。寮生活に関する相談・意見は、サービス管理責任者会議で共有しながら対応している。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
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	視覚に障がいのある利用者へ怪我や事故が起きないように、日常生活や授業でのリスクは、「環境チェックリスト」を活用して未然に防ぐようにしている。インシデント・アクシデントが起きた場合は、そのケースについて分析、対応策を検討している。国立施設として3か月毎に全国の施設での発生件数を集計・分析して情報と対策を共有している。インシデントの発生件数自体が少ないことに関しては継続して総合的な分析を進めている。
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	感染症マニュアルは今年2月に改定されている。特に、インフルエンザが発生した場合、職員が共通した対応ができるようにしている。視覚障害者の場合は、特に手すりを使う頻度が高いため、清掃業者に消毒を週3回依頼して感染症の対策としている。
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。	b	災害時の避難訓練は火事、地震、津波の想定で毎月行っており、非常食等の備蓄リストが作成されている。平成30年度は某国の弾道ミサイルの警報であるJアラートにも対応する訓練を行っている。その一方で、利用者の入浴や外出の時等、さまざまな場面での訓練は実施されていない。おりしも平成30年9月6日には北海道胆振東部地震があり、北海道全域が停電する事態もあった。今後の取り組みに期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
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 「センター」が提供する福祉サービスとして自立(機能)訓練・就労移行支援・施設入所支援のそれぞれに、「実施要領」「指導要領」「規則」が作成されている。就労移行支援では学校評価、自立訓練修了時のアンケート、利用者の満足度調査により、標準的な実施方法に基づいてサービスが行われたことの確認をしている。平成30年には「支援困難な利用者に対する対応の手引き」を作成し、前回の課題であった個別対応が必要な利用者にも対処可能となった。
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 自立(機能)訓練・就労移行支援・施設入所支援のそれぞれの意見を集約し、年に1度開催される自立支援局教務会長会議で、審議検討され見直しが行われている。教科指導計画書は年度初めに見直しされている。自立(機能)訓練では、全国の各自立支援局センターの代表が定期的集まり、効果的な標準的な訓練実施時間の見直し作業が行われている。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
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 「機能訓練選考試験」、「面接アセスメント」、「行動アセスメント」等の様式で利用者個々のアセスメントが実施されている。利用者のニーズを本人と話し合い、個別支援計画が作成されている。個別支援計画作成は各種会議を経て、担当者以外の職員からの意見も聞いている。計画作成時に、利用者の認識とニーズに差異がある場合は、時間経過の体験を通して本人の理解を促している。
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 個別支援計画は、3か月に1度モニタリングを実施している。利用者の状況によっては、必要時にモニタリングは実施している。平成30年度よりモニタリングの書式が細分化され、職員が統一された目線で計画の評価を行えるように改善されている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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 利用者に関する必要な情報は、「センター」内のLAN（構内通信網）を通じて、関係部署のみ共有できるシステムとなっている。サービス管理責任者会議等の各種会議で、情報の確認を行っている。
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 「個人情報管理規定」において管理体制が定められ適切に管理されている。また「情報公開事務処理要領」に基づき、必要時に情報を公開できるようにしている。

評価対象 障がい者・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	視覚障害があっても利用者のコミュニケーション手段を様々な機器を活用して円滑になるように支援と工夫に努めている。各居室には無線LAN(校内通信網)を以前から完備しており、特に、この数年はIT技術の発達と普及によりパソコンの他、スマートフォンやタブレット等の電子機器の活用が目覚ましい。重複障害で高次脳機能障害等のコミュニケーション上のトラブルにも対応するように個別の支援を行っている。自立(機能)訓練は、通所の他、近郊であれば職員が訪問指導することで、新しい技術に不慣れな高齢者でも、コミュニケーションを含めた生活の質を上げている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	全国にある同様の視力障害者センターの中でも最北に位置し、冬季の歩行訓練においても専門性が高い。これにより利用者個々の主体的活動として外出が自由に行える。自治会は利用者が少ないこともあり以前のような活動の多様さは見られないが、「センター」と意見交換するパイプとなっている。
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。	b	リーフレットとセンターの渡り廊下に掲げて近隣住民にも見える大きなポスターにもあるように「見えないからできない」ではなく「見えなくてもできる」自立(機能)訓練が行われている。理療教育と寮生活における環境認知訓練が個別に実施され見守りと支援の体制としては十分であるが不測の事故はある。リスクマネジメントの様式を改訂、更なる見守りと支援の充実に図っていたので今後に期待したい。
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。	b	福祉サービス制度の制約から寮生活の利用者はガイドヘルパー制度ができない。個別の外出支援までではないが、週に1回、職員が買い物同行している。利用者の様々な要望を聞き取られて対応されている反面、就労移行後の社会に出たときの職場定着の課題が利用者と職員双方から聞かれた。利用者自身の社会人意識も高められるエンパワメントプログラムにも期待したい。

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	利用相談の段階から、保健指導専門職が関わり栄養士などとの多職種での情報共有を行っている。入所時のアセスメントでの診断書により医療的見地からの情報を取り入れて、利用者の疾病に対応した食事がとれるようにしている。
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	嗜好調査の他、週1~2回、栄養士が食事時に意見を聴取し、味付けや献立などに反映させている。利用者の年齢層や男女比は、年度により変化すると嗜好も変化する。女性が多くなってきたためデザートを増やすと、性別にかかわらず好評だった。
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	食堂は、利用者がお盆をもって着席をするセルフサービス形式となっている。視覚障害に配慮し、安全に着席できるよう動線を定めている。開設時の定員が多かったことから、学年ごとに離れて着席していたが、テーブルの1か所に全学年の利用者が集まって、会話しながら食事ができるように配置を改善した。夕食の提供時間は、一般的な時間帯にすることについて数年来、検討してはいるものの、現状では難しいという結論である。利用者からの要望が続いているので「センター」としては継続的に検討している。

2-(2) 入浴		
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。	a	入浴は、利用者が不安なく入浴できるようになるまで職員がマンツーマン指導している。オリエンテーションの標準設定の2週間に縛られず、自立までの訓練を行っている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	「利用者ハンドブック」に浴室の利用方法やルールが記載されている。シャワーブースは朝7時から利用でき、天然温泉かけ流しの浴場は、毎日、午後3時30分から午後10時まで自由に入浴することができる。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	女性用脱衣室の入り口には、カーテンを目隠しにかけている。かみそりなどの危険なものを持ち込まないように利用者に伝えている。清掃は、午前中に行われ、毎日湯を張り直している。給湯時間は午後9時30分までとなっており、職員が湯温が適切か確認している。
2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		排泄介助は必要なし。非該当。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	利用者からの希望に合わせて、トイレ用擬音装置を設置している。トイレの入り口に障害物がないようにしている。他、廊下からのトイレ内がみえない構造となっておりプライバシーに配慮している。
2-(4) 服装		
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。	a	服装の支援は好みの衣服を着てもらうため、スマホで色がわかるアプリを紹介している。買物支援が月2回あり、希望の衣服の選択を支援している。白衣は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師として治療しやく動きやすいデザインを勧めている。最近はネット通販が充実しており、多くの利用者はネット通販を利用しているが、希望があれば相談にのっている。
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。	a	利用者本人が気づかない衣類の汚れなどは、周囲に気づかれないようにさりげなく伝えている。
2-(5) 理容・美容		
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。	a	自立(機能)訓練では化粧の仕方、爪の切り方などの授業がある。頭髮の長さは、自分の好みにしている。就労移行支援の授業では、身だしなみについての時間帯もあり、個性と社会性をもった生活ができるように支援を行っている。
A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	施設内の理美容室は完備されているが、利用者は個別に近隣の美容室に行くので、使用していない。近郊にいくつもの美容室があり、本人の行きつけの店ができています。個々の利用者の希望に応じた近隣の理・美容情報を提供している。
	※ 三府評議結果	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、窓を二重窓にしたことで、強風時の振動音が少なくなり、また寒暖の差も少なくなった。放送がある時は室内外の全放送ではなく、廊下だけのスピーカーを使用して、就寝時の安眠を崩さないように努めている。
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	日常的な健康管理として、インフルエンザ予防注射、B型肝炎検査・ワクチン接種を実施している。手すりを使う頻度が高いので、週3回、消毒を行って感染症の予防に努めている。

<p>A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。</p>	<p>a</p>	<p>緊急で受診をしなければならない時のために、「緊急対応マニュアル」を作成していた。緊急時、初動に不備があったケースをマニュアル改定時に活かしてフローチャートをつくり宿直室に設置している。またAED(除細動器)は、宿直室と体育館入口に設置され、定期的に職員研修を行っている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者本人の内服薬・外用薬は自己管理となっている。常備薬は看護師が管理しており、必要に応じて与薬している。利用者の既往歴、服薬は個別支援計画に記載され、必要時には支援できるようになっている。</p>
<p>2-(8) 余暇・レクリエーション</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>「全学年レクリエーション」でのうどん打ち体験は、自治会の意見も取り入れて行った。体を動かすゲームの要素を余暇・レクリエーション活動以外の自立(機能)訓練にも取り入れている。「ユニバーサル映画祭」への招待にも希望者が参加している。</p>
<p>2-(9) 外出、外泊</p>		
<p>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の外出は本人の希望のもと、自由に行われている。入所初期に単独での外出が困難な利用者であっても自立(機能)訓練後には自立している。希望者には買い物支援を行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>寮の利用者の外泊は、事前に届を提出の上、自由に行われている。また、長期休暇時は、履修科目の成績や試験対策のために自習することなどを考えて、利用者本人で帰省を決めている。</p>
<p>2-(10) 所持金・預かり金の管理等</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>個室の鍵、居室の鍵付き棚で各自管理している。「センター」で金銭等を預かる必要がない。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の希望により3日分の新聞を取り置き、いつでも閲覧できるようになっている。雑誌は近くの書店、コンビニで購入している。全居室でインターネットが使用できる環境になっている。パソコンの個人所有がほとんどであるが、希望者にはパソコンの貸与も行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>飲酒に関しては、自治会で話し合わせ、「センター」内は禁止になっている。「センター」内に、職員用の他に利用者用の喫煙室が整備されている。</p>