

## 福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

### 【受審施設・事業所情報】

事業所名称	堺市立重症心身障害者（児）支援センター 「ベルデさかい」	
運営法人名称	社会福祉法人 三篠会	
福祉サービスの種別	療養介護、障害児入所施設	
代表者氏名	児玉 和夫（センター長）	
定員（利用人数）	60 名 ※短期入所（10名）を含む	
事業所所在地	〒 590-0808 堺市堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号	
電話番号	072 - 275 - 8510	
F A X 番号	072 - 243 - 5900	
ホームページアドレス	<a href="http://www.misasakai-verde.jp/">http://www.misasakai-verde.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:verdesakai@misasakai.or.jp">verdesakai@misasakai.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成24年5月1日	
職員・従業員数※	正規 120 名	非正規 96 名
専門職員※	医師4名、看護師32名、准看護師1名 薬剤師2名、臨床工学技士1名 診療放射線技師1名、管理栄養士1名 調理師4名、社会福祉士4名、介護福祉士17名 理学療法士7名、作業療法士5名 言語聴覚士2名、保育士4名、臨床心理士1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室10室、2人部屋3室、4人部屋11室	
	[設備等] 食堂3、浴室2、調理室1、医務室4、薬局1 機能訓練室1、理学療法室1、作業療法室1 言語聴覚療法室1、CT室1、一般撮影室1 X-TV室1、脳波検査室1、臨床検査室1 静養室1、スヌーズレン室1、手術室1、処置室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

### 【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

### 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

## 【理念・基本方針】

### 【理 念】

私たちはご利用者一人一人が健康で笑顔あふれる生活ができるよう支援していきます。

### 【指針】

- 住み慣れた地域やご家族との絆が保たれるように努めます。
- 一人一人の人生を尊重し、その人に合わせた療育を提供します。
- 生活の楽しみが増すような医療と看護を目指します。
- ご利用者の人権を尊重し、個人情報を守ります。
- 皆さまからのご質問には誠意を持ってお答えします。
- 地域にお住いの方々の生活が豊かになるよう努力していきます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 医療的側面に細心の配慮と必要な処置を行い安全確保のもと、看護師・管理栄養士・支援員などの多職種連携により幅広い療育活動を実現している。ドライフラワー作り・植え付け・収穫や外出行事などがある。また、調理実習で芋まんじゅう・おしるこ・ジャム・寒天などを作って食べている。ゲーム週間・ミュージック週間・運動会週間・クリスマス週間など、テーマを決めた活動や夏祭り・初詣など行事、季節を感じるイベントも実施している。利用者の可能性を大切にしたい幅広い取り組みを行っている。
2. 毎年実施している利用者意向調査や短期入所終了時のアンケート調査、第三者評価、家族会からの要望など、幅広く利用者ニーズの把握に努めている。家族からの要望も多岐にわたっているが、事業所が主体的に家族の要望と向き合うことを心がけている。センター会議、苦情解決委員会などで検討し、課題を明確にしている。毎月開催している市の障害施策推進課、障害者支援課との連絡調整会議において、打合せを行っている。職員には会議や委員会でも周知し、次年度の計画に生かすこととしている。
3. 個別支援計画書には、課題とニーズを明記したうえで、長期と短期の目標に落とし込んでいる。また、支援内容についても、担当職種をはじめ、期間なども明示しており分かりやすい内容にまとめられている。また、生活支援実施書には、医療看護・排泄・外出支援・食事の4項目に関する支援方法や留意点が詳しく記載されている。さらに、食事支援に関する手順が掲載された食事支援マニュアルをはじめ、座位などが適切に維持できるように、ポジショニングを写真等を用いてビジュアルで表現し、支援が標準化できるようにしている。

**【評価機関情報】**

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年12月10日～平成31年2月14日
評価決定年月日	平成31年2月14日
評価調査者（役割）	1201B024（運営管理委員） 1502B032（運営管理・専門職委員） 0801B013（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

堺市立重症心身障害者（児）支援センター「ベルデさかい」は、堺市に住む重症心身障がい者（児）の方々を対象とした事業所で、福祉施設であるとともに医療法に拠る病院でもあります。短期を含めた入所サービスの提供を行う他、通所、外来の事業や地域に向けた相談支援・専門職の派遣・人材育成も手掛けています。平成24年の開設時より、社会福祉法人三篠会が指定管理者として運営をしています。

場所は、市の障がい福祉活動の中核的な役割を担っている「健康福祉プラザ」内にあります。利用者は併設されたプール等を使用したり、プラザのイベントへの参加や、隣接する公園への外出を楽しむなど、恵まれた立地環境にあります。

多職種にわたる専門職員を配置し、連携した取り組みを進めています。また、利用者の家族は毎日来られる方も多く、より良い支援を実践すべく、職員は円滑な関係作りやコミュニケーションに努めています。

### ◆特に評価の高い点

#### ■ 職種間の連携による利用者支援

医療・看護・介護・リハビリテーション・保育・療育・福祉・事務等の専門性を生かし、健康福祉プラザ内や外部の関係機関を活用した地域との連携を進めています。また、「未経験なことに恐怖感をしめす子どもへの対応」「誤嚥防止手術を受けた子どもとその家族が同席した食事」に関する試みや「全員参加を目指したプール活動」を実践し、それらの内容を学会で発表しています。利用者の障がいの状況に応じた本人や家族への支援と、職種間が連携した専門性の高い取り組みは高く評価できます。

#### ■ 職員の資格取得への助成

取得を奨励する資格としては、福祉系・医療系・事務系等の22種が指定されており、受験料や登録申請料、職種によっては、模試・事前研修・スクーリングの費用までもが助成されます。重症心身障がい施設として求められる専門性に対応した高次元のサービス提供と、さらなる質的な向上に向けた職員育成のための活動の一環として評価できます。

#### ■ 家族等の要望に基づくサービスの提供

家族等の要望を把握する機会は、家族説明会、個別支援計画の説明・同意時、個々のカンファレンス、アンケートなど多岐にわたっています。家族説明会へは80～90%の方が参加しています。また、面会は曜日・時間の制限がなく日々多くの方が訪れます。1週間単位でみればほぼすべての家族が1度は来所して職員と話をしており、これらの声を大切にして福祉サービスを提供しています。

### ◆改善を求められる点

#### ■ マニュアルの整備

利用者尊重、プライバシー保護を明示した、日常生活支援に関する標準的な実施方法が定められていますが、一部にとどまっています。専門的な知識・技術が十分でない新任職員等にも対応した、各支援場面（排泄・入浴・食事・移動等）ごとの手順書の作成が求められます。その際には、現状のやり方を文章化するだけでなく、その内容を改めて検証してより良い方法を話し合うとともに、見直しについては時期や方法を定め、定期的実施する仕組みづくりが求められます。

#### ■ ボランティアの受入れ

現在は一部の行事の手伝いをしてはいますが、殆んど活動がなされていません。今後は、基本姿勢やマニュアルを整備し、地域との交流の一環として受入れに向け検討が求められます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成24年の開設から、2回目の福祉サービス第三者評価の受審でしたが、前は府以外の評価機関で受審したために評価基準が若干違っており、新たな気持ちで取り組ませていただきました。

受審にあたっては、関係文書や支援体制を含めた施設運営全体を振り返るいい機会となりました。

評価結果は、当施設サービスの特性や運営形態、職員の聞き取り等を踏まえ、改善すべき点などを具体的に助言いただくことができました。

今回の評価結果を真摯に受け止めて、今後も施設理念である「私たちはご利用者一人一人が健康で笑顔あふれる生活ができるよう支援していきます。」のより一層の実現に向けて、努力して参ります。

### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

### 第三者評価結果

#### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<p>■理念や基本方針は、施設内の目につきやすい場所に掲示するほか、パンフレットやホームページにも具体的でわかりやすい表現の記述があります。また、事業計画書には管理運営方針が示され、職員には毎月の会議や主要な研修会の際に周知・確認し、毎年の家族の集まりでも説明しています。</p>	

		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	<p>■法人は、高齢、救護、障がい、保育と幅広い領域にわたって、本拠地の広島をはじめ、東京・神奈川、大阪と全国に事業所を持ち、社会福祉事業全般の情勢把握を進めています。各施設はブロック会議・エリア会議・キャンパス会議を通じて頻繁な情報交換をしています。</p> <p>■ベルデさかいは重症心身障がい者（児）を対象とする数少ない事業所であり、施設長もまた全国組織の役員を務めるなど、地域における主導的な存在として責任ある役割を担っています。</p>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■指定管理者として事業運営を行っており、毎月、市との調整会議を持っています。新たな事業への取り組みなどはその都度協議をしています。</p> <p>■法人として、プロジェクトチームを組織したり研究会を開催して、さまざまな課題に向き合っています。また、ショートステイの運用、消耗品の利用状況・在庫管理など身近な事柄について厳しい確認を行い、日常的な場面での職員一人ひとりの意識啓発に努めています。</p>	

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<p>■指定管理事業者として指名（10か年間）を受ける際のプロポーザル（提案書）の中で、理念・基本方針等の実現に向けた考え方やビジョンが明確に記されています。また、その協定書において具体的な成果目標が設定されており、定期的に報告をしています。</p> <p>■市との協議によって、必要があれば計画の見直し（機械警備や無線LANの導入等を単年度計画に盛り込む形で）が行われています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■事業計画書（平成29年度と30年度分）の文章には殆んど変化がありません。制度の動きや事業を取り巻く外的・内的な環境変化に対応し、年度ごとに特色ある内容とすることが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、センター会議で話し合っ作成していますが、多くが「継続」となっているのが現状です。各項目の達成状況や課題等を明確にし、何をテーマとするのかをより掘り下げて検討することで、さらなる職員の意見の集約・反映が望まれます。またそのために、事業計画書と報告書の項目を対応させる等によりそれらの把握がしやすいような書式等の利用をご検討ください。</p> <p>■毎月の、市との連絡調整会議、並びに内部のキャンパス会議において、状況の把握がなされています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■家族等に対しては、視覚情報が豊富な月刊広報紙「べるベルデ」によって、新鮮な情報が届けられています。</p> <p>■事業計画については、施設内での掲示とともに、家族説明会でパソコンのプレゼンテーションソフトを用いるなど、わかりやすい工夫を心がけています。</p>	

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<p>■重症心身障害療育学会や全国重症心身障害日中活動支援協議会等の場において、種々の先駆的な取り組みの事例発表を行なっています。また法人では、サービス向上のために各事業所が研究・実践したことを報告し合う大会「ベストサービスアワード」が開催されています。</p> <p>■通常に食事を摂ることができない利用者にも「食べる喜びを！」と、五感に訴えるため、色彩、匂い、味覚、形状等に配慮するなど、多職種が横断的にタッグを組み、質の向上に努めています。</p> <p>■介護講習会や電動車いす体験レースを企画するなど、社会教育・啓発にも力を注いでいます。</p> <p>■第三者評価としては平成26年度に東京都の基準によるものを受審しています。自己評価については「指定管理者セルフモニタリング実施報告書」「堺市指定管理者評価」にて実施していますが、内容的に十分なものには至っていません。今後は、第三者評価の評価基準や着眼点を参考にした点検が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■I-4-(1)-①に記載した第三者評価の結果は文章化され、職員に回覧して、センター会議でも報告がなされています。しかし、それを踏まえた課題の抽出や対策の検討、事業計画への反映等の取り組みは確認できませんでした。</p>	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<p>■年度はじめや職員研修時などには必ず施設長から運営方針が示されます。</p> <p>■広報紙には、毎号、施設長からのメッセージが掲載されています。</p> <p>■平時・有事における、管理者をはじめとする各々の職員の役割が明確になっています。</p>	
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
(コメント)	<p>■施設長は、日本重症心身障害福祉協会の理事として研修講師を務めるなど、範を示す指導的な立場にあって、その強い認識のもと法令遵守には厳しく対応しています。</p> <p>■法人としてコンプライアンス委員会を組織し、幅広く取り組んでいます。</p>	



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。
(コメント)	<p>■重症心身障がい児・者への支援は求められる事柄の難度が高く、新たな取り組みへの意欲を引き出すため、施設長は当該分野のリーダーであるという使命感を持ち、運営管理はもちろん、自らが日常的なサービス提供の現場にもかかり、職員の牽引に努めています。</p> <p>■平成30年9月の台風による長時間停電を経験した後、職員に新たな対策の提案を求めたところ、300を超えるアイデアが寄せられ、そのうちのいくつかを採用するなど、職員の声を大切にしています。</p>
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。
(コメント)	<p>■本人の人事管理面だけでなく、所属部署の目標や業務改善・環境整備への提案も含めた記入シートの提出を求め、面談を実施しています。</p> <p>■外部研修で得た事柄を受講者からの提案があって即時に採用したり、また、施設内の清掃を業者委託にせず自らが行うことで清潔意識の保持につなげるなど、さまざまな具体的な取り組みを通じて職員の意識づけを図っています。</p>

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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。	
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。
(コメント)	<p>■人事管理のシステムは法人として整備しています。</p> <p>■重症心身障がい施設に求められる専門性に対応した高次元のサービス提供とさらなる質的な向上のため、法令で定められた配置基準を上回る職員の確保とその育成に力を注いでいます。</p>
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。
(コメント)	<p>■期待する職員像については、全員に配付される手帳サイズのコンパクトな「あゆみのところ(歩・実・心)」に記載しています。</p> <p>■人事基準については、法人の管理規程運用細則に明示されています。</p> <p>■キャリアパス体系が整っています。また、目標管理制度に基づく5段階判定を用いて職務の成果や貢献度等を評価し、その結果に応じて一時金支給額に差を設けています。</p> <p>■資格取得の奨励制度があり、モチベーション・スキル・待遇の各々の向上につなげています。</p>

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■年2回の個別面談では種々の希望を聞き、年1回ストレスチェックを実施しています。産業医を置くほか、外部機関の電話相談もできるようになっています。</li> <li>■年間3日のフレッシュアップ休暇があり、休日の指定希望も一定数まで認められています。</li> <li>■有給休暇の取得率は高く、一部の職員を除いては時間外勤務も低く抑えられています。</li> <li>■健診や医療費の半額助成、一定規模以上のクラブ活動への補助もなされています。</li> </ul>	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■目標管理方式による評価システムが取り入れられています。</li> <li>■目標は半期ごとの設定とし、面接も半期ごとに実施しています。目標達成度は先ず自己評価を行い、役職者による第一次・第二次評価で確認しています。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■法人としては、研修全般を人材開発育成室が担い、その体系は大きく、キャンパス内、法人内、外部とに分けられます。単年度ごとに「年次・クラス別」「専門スキル」「キャリアアップ」「その他」の区分で計画を立てそれに沿って実施されています。また、これとは別に事業所独自でも必要なテーマを設定して行っています。</li> <li>■参加・不参加のチェックが行われ、時間外受講の場合には手当を支給しています。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■日常のサービス提供の場では、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTを適切に行うことは難しい状況ですが、看護師やセラピストが可能な限り指導にあたるよう努めています。</li> <li>■外部研修などの情報収集や紹介は、相談員がその役割を担っています。</li> <li>■取得を奨励する資格としては、福祉系・医療系・事務系等の22種が指定されており、受験料や登録申請料、職種によっては、模試・事前研修・スクーリングの費用までもが助成されます。</li> <li>■伝達研修が十分ではなく、時間の確保に工夫が望まれます。</li> </ul>	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■実習生受け入れに関しては、法人の準則（マニュアル）と当事業所の手引きが整備されています。</li> <li>■現在、受け入れている実習生は、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護福祉士で、各職種に配慮したプログラムが準備されています。</li> <li>■看護師と介護福祉士については、制度上必要とされる研修を受講した担当者を配置しています。</li> </ul>	

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人や当施設の事業計画・報告が公開されていません。</li> <li>■苦情の内容や改善・対応の状況は広報誌に記載し施設内で掲示していますが、その配布の範囲は法人・施設関係者と家族等が主で、地域では自治会長や民生委員にとどまっています。</li> <li>■運営の透明性を確保するための地域に向けた情報公開という観点から、ホームページの内容や広報誌のあり方について検討・工夫が望まれます。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人による内部監査と事業所間の相互チェックに、当事業所への監査法人による確認、さらには、指定管理を受けている市による監査と、何重もの牽制体制が敷かれています。</li> </ul>	

		評価結果
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。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域との関わりについては、事業計画書に明示されています。</li> <li>■堺市所有の建物である健康福祉プラザの一部フロアにて施設運営がなされており、利用者は福祉プラザが主催するイベントに参加することで地域との交流をしています。また、外部の行事等へ利用者が参加する際には職員が支援を行う体制ができています。</li> <li>■社会資源に関する情報の収集は行われていますが、今後は、利用者・家族等へそれらを提供し、一人ひとりのニーズに応じた推奨を行うなど、さらなる取り組みが望まれます。</li> </ul>	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティアに対する基本姿勢の明文化と、受け入れにあたってのマニュアルの作成が求められます。現在、一部の行事等での手伝いをしていますが、家族等に配慮し、できる限りの受入れが求められます。</li> <li>■地域の学校教育への協力についても、考え方の明示と取り組みが求められます。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の状況に応じた、地域の関係機関・団体に関する社会資源のリストが作成されています。しかし、職員の情報共有が不十分な状況です。</li> <li>■各種の施設連絡会に定期的に参画し、共通の問題について、協働して解決に向け取り組んでいます。</li> </ul>	

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域の関係者を対象に、重症心身障がい者の生活向上に向けての研修会を開催しています。また、薬剤師による訪問相談を行っています。</li> <li>■健康福祉プラザ全体として、災害時の役割が定められ、住民のための活動等がなされています。ベルデさかいもその一翼を担っていますが、施設としてその際に具体的にどのような対応を行うのか、をより明確化していくことが望まれます。</li> </ul>
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域の福祉ニーズを把握する活動に取り組み、それを基にした事業計画を策定しています。</li> <li>■自治連合会会長、民生・児童委員長が第三者委員となり、幅広いニーズの把握が行われています。</li> </ul>

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	b	
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人理念や、職員に配布している「あゆみのところ（歩・実・心）」、運営規程に利用者尊重が明示されています。</li> <li>■人権、虐待防止について職員の研修が行われ、理解と実践に向け取り組みが行われています。</li> <li>■人権への配慮について、一部の標準的な実施方法にはその旨が明示されていますが、それ以外のものについては確認ができませんでした。</li> </ul>	
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。	b	
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■プライバシー保護について、規程が整備されています。人権、権利擁護をテーマに研修が行われ、家族等への説明も行われています。</li> <li>■虐待防止について、研修で職員への周知はなされていますが、今後はマニュアルを作成し、不適切な事案の対応方法も含め整備が望まれます。</li> </ul>	
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。	a	
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ホームページ、パンフレットに福祉サービスの内容が紹介され、それらは写真や図などを使用して分かりやすい内容になっています。相談窓口となる区の地域福祉課、障がい者基幹相談支援センター、特別支援学校等にパンフレットを配置しています。</li> <li>■見学时等には、ていねいな説明を心がけており、体験入所はショートステイで対応しています。</li> </ul>	

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
(コメント)	<p>■重症心身障がい者のため本人が明確な意志表示をすることは困難であり、入所時に成年後見人の選任を依頼して契約をしています。</p> <p>■サービス提供にあたっては利用者の自己決定を尊重し、内容の説明は主に後見人に対して行われています。その際は、パソコンのプレゼンテーションソフトの活用など、理解しやすい工夫や配慮に努めています。</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。	b
(コメント)	<p>■他の医療機関への移行にあたり、従前の福祉サービスから著しい変更や不利益が生じないように、チェック表で確認する手順を定めています。</p> <p>■サービスの終了は、利用者の容態悪化による転院とそれに続く死亡によるものです。残された家族への心配りから、グリーフケア（喪失感や悲しみから立ち直るための支援）として、クリスマス会等のイベントへの参加を呼びかけています。また、過去の利用者の家族から相談を受けることもあります。今後は、施設との関係がそこで終わるのではなく、家族支援の一環として引き続き対応していく旨を、担当者名とともに文書化し手渡すことをご検討ください。</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。	a
(コメント)	<p>■家族等の満足度の把握にあたっては、家族説明会、個別支援計画の説明・同意時、個々のカンファレンス、アンケートなどいろいろな取組をしています。家族説明会は、広報誌にて連絡、参加率は80～90%となっています。また、日々の面会者も多く、1週間単位でみればほぼすべての家族が1度は訪れて職員と話をしています。利用者本人の意見や要望を聞くことは難しいですが、これらの機会を通じて家族等の声を収集し、改善に向けともに検討をしています。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情解決責任者、受付担当者、複数の第三者委員が設置されています。</p> <p>■苦情の解決を図った記録がなされ、家族等へフィードバックしています。</p> <p>■苦情の内容や改善策について検討する委員会を設置し、堺市と協議して対応する仕組みもあります。</p> <p>■苦情の公表は広報誌にて行われ、事業所内にも掲示しています。しかしサイズが小さく見にくい状況です。また、その配布は家族等や一部の地域委員に限定されています。さらなる透明性の確保のために、ホームページ等の活用による不特定多数への公開が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■相談、意見の申し出にあたっては、複数の方法や相手を自由に選べることを家族等に口頭で説明しています。今後は、そのことをわかりやすく記載した文書を作成し、配布や掲示が望まれます。</p> <p>■相談や意見を聞くスペースについては相談室等を設け、ご意見箱も設置しています。</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。	b
(コメント)	<p>■相談・意見の対応手順、対応策の検討方法などが定められた文書が整備されています。見直しは随時なされていますが、今後は定期的な実施が望まれます。</p> <p>■ご意見箱、アンケート、家族等との面談、家族説明会など、相談・意見が申し出しやすくなるよう、いろいろな工夫をしています。</p> <p>■相談・意見を受けて、対応策を検討する会議体があります。すぐに対応できるものは速やかに実施し、時間がかかる場合はその旨を本人に伝えています。結果は、広報誌に経過も含めて記載しています。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者が安全・安心な暮らしをするためのリスクマネジメント体制が整備されています。マニュアルにおいて「発生時対応・現場初期対応・報告指示・サポート・記録・配慮等」を定めて職員に周知し、職種間及び家族と連携を取りながら事故防止と安全確保に向け対策に取り組んでいます。</p> <p>■医療安全委員会を月1回行っており、必要な対策を職員に周知しています。</p> <p>■事例毎に内容を共有し、要因を分析して対策を検討し、統計をとっています。</p> <p>■毎年、研修を実施しています。</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。	a
(コメント)	<p>■感染症の予防と対策、発生時の対応に関する管理体制が整備されています。また、職員間と家族で対応策に取り組んでいます。</p> <p>■感染症対策委員会から毎月センター会議で報告があり、職員に周知をしています。また、家族には広報誌で感染予防についての協力を掲載しています。この1年間でインフルエンザ・ノロウイルスの発症はありません。</p> <p>■職員への肝炎・インフルエンザ等の予防接種は、施設が費用を負担しています。</p> <p>■発生した場合には施設長が主導し、感染症室の利用やカーテン隔離等の対応を行います。</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やっている。	b
(コメント)	<p>■災害時の対応体制として、火災、地震は決められていますが、台風についても整備が望まれます。</p> <p>■立地条件等からの災害対策について検討は行われていますが、不十分な状況で組織的な取り組みにまでは至っていません。また、安否確認の方法についても、同じ居室を何度も確認することのないように、誰も残っていないことが確認できた居室には目印をする等のさらなる工夫が望まれます。</p> <p>■災害時の備蓄については責任者が決められています。食料等のほかに、消耗品や医療的ケアが必要な利用者のための機材等も保管されています。食料品や水は、利用者と職員の数も加味した3日分の備蓄が望まれます。</p>	

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<p>■利用者尊重、プライバシー保護を明示した、日常生活支援に関する標準的な実施方法が定められていますが、一部にとどまっています。専門的な知識・技術が十分でない新任職員等にも対応した、各支援場面（排泄・入浴・食事・移動等）ごとの手順書の作成が望まれます。その際には、現状のやり方を文章化するだけでなく、その内容を改めて検証し、より良い方法を話し合うこともあわせてご検討ください。</p> <p>■標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みづくりが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについては、日々の業務を遂行する中で行っていますが、時期や方法を定め、定期的を実施する仕組みづくりが求められます。</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。	a
(コメント)	<p>■個別支援計画策定の責任者を配置し、アセスメントに基づく計画書を作成してサービスを提供しています。</p> <p>■計画は、利用者、家族等の意見・要望を聞いて作成し、同意を得ています。また、支援困難ケースへの対応については遅滞なく会議を開催し、適切な対応に努めています。</p>	
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
(コメント)	<p>■個別支援計画の評価・見直しは年間計画に基づき定期的実施され、モニタリングは年2回行われています。</p> <p>■個別支援計画の内容は会議の議事録とパソコンネットワークによって周知されています。緊急に変更する場合は担当する職員で話し合い、その伝達は申し送りノート等で行われています。</p>	
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)-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
(コメント)	<p>■利用者に関する福祉サービスの実施状況は、施設として統一した様式である生活記録、カルテに記録しています。また、記録内容や書き方に差異が生じないように、OJTでの指導が行われています。</p> <p>■情報の共有については、部門を横断した合同の会議を開催しています。また、利用者の状況は毎日申し送りが行われており、休み等で不在の職員はノートで確認しています。</p>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者に関する記録は、個人情報保護規程に基づき管理しています。また、責任者も明示しています。</li> <li>■個人情報の取扱いについて職員への研修が行われています。家族等へは入所時に説明し、写真・ビデオ等の公開について同意書を得ています。</li> </ul>	



## 障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	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
(コメント)	<p>■利用者のニーズと障がいの状況を配慮した個別支援を行っています。日常の関わりの中で得た様々なニーズを職種間や家族と共有し、対応を検討しています。</p> <p>■成長期の過程でのエンパワメント理念にもとづき、個別性を大切にしたサービスを提供しています。地域の関係機関や教育機関等と連携しています。</p> <p>■衣服・理美容・嗜好品等は利用者とその家族の要望に沿うように支援をしています。</p>	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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。	c
(コメント)	<p>■権利侵害の防止等のため、施設として何をもって不適切な行為とするのかについて、具体的な内容・事例を利用者・家族等に明示することが求められます。</p> <p>■防止や早期発見のために研修で職員への理解を図っていますが、日常時における具体的な仕組みの構築が求められます。</p>	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A③	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
(コメント)	<p>■一人ひとりの自立に配慮した支援を職種間で情報を交換し検討・実施しています。家族の面会は自由に行われています。また、食事の調理実習などの家族支援にも取り組んでおり、利用者が外泊する際には役立っています。</p> <p>■事務職及び医療・看護・介護・リハビリテーション・保育・療育・福祉等の専門性を生かし、健康福祉プラザ内や外部の関係機関を活用した地域との連携を進めています。利用者の暮らしと家族への支援に関する活動は高く評価できます。</p>	
A④	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
(コメント)	<p>■言語的な表現の他に、表情や身振り・手振り、アイコンタクト、簡単な手話、タブレット型コンピューター等の手段を使いコミュニケーションを図っています。利用者がタブレット型コンピューターを使用するのに際して、無線LANの公的な手続き等を含め、職種間で連携をしながら支援をしています。</p> <p>■リハビリテーションスタッフや職種間でいろいろな検討をして、意思・希望の適切な理解や伝達能力を高めるためにさまざまな取組を実施しています。</p>	
A⑤	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
(コメント)	<p>■医療機関への送迎やイベント参加等で家族が施設を訪れた際、相談員が相談を受けています。また、広報誌に行事等への要望等があれば積極的に申し出て欲しい旨の記事を掲載しています。</p> <p>■内容によっては相談員が窓口になり、市の子ども相談所と連携をとっています。その他様々な場面で、利用者・家族等の相談を多職種で受け、共有化と検討を行い対応に努めています。</p>	

A⑥	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
(コメント)	<p>■週に3回の入浴日があります。入浴や日中活動は、一人ひとりの障がいや心身の状況に沿って、支援を計画し実践しています。</p> <p>■毎月の誕生会と外出支援(ショッピング施設・水族館等)、季節にちなんだ行事(祭り・クリスマス会・テーマパークからのキャラクターの訪問等)などを実施しています。また、音楽療法の実施に向けた取り組みを進めています。</p> <p>■「全員参加を目指したプール活動」を、重症心身障害療育学会で発表しました。利用者の日中活動や家族に対する支援は高く評価できます。</p>	
A⑦	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
(コメント)	<p>■個別的な配慮を必要とする日々の生活への支援と、障がいの状況に応じたサポートを行っています。</p> <p>■専門技術を習得するため、施設内・外の研修に参加しています。</p> <p>■未経験なことに恐怖感を示す子どもへの工夫を凝らした対応や、誤嚥防止手術を受けた子どもとその家族が同席した食事への試みについて学会で発表しました。利用者の障がいの状況に応じた本人や家族への支援と、職種間の連携を高く評価します。</p>	
A-2-(2) 日常的生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	b
(コメント)	<p>■食事については、給食委員会・摂食委員会で月に1回話し合っています。食事介助時に特に配慮の必要な利用者のテーブルに注意事項を貼るなどの工夫をしています。嚥下状態の評価は、言語聴覚士と連携を取りながら行い、食事形態を検討しています。また言語聴覚士は、食事時間に利用者の介助を行いながらコミュニケーションをとっています。</p> <p>■入浴は、健康状態のチェック後に週に3回実施しています。機械浴は生活支援員が、呼吸管理等の医療的配慮が必要な利用者は看護職員が担当しています。ミスト浴では医師が呼吸等の状態を管理しています。</p> <p>■排泄状態のチェックは、看護職員が中心に行っています。また、多職種で協議のうえ、心身の状況に応じたオムツの使用をしています。</p> <p>■移動・移乗は、20Kg以上の利用者は、2人以上で介助をすることを基本的にしています。また、ノーリフティングケア(必要に応じて移乗用リフトなどの福祉・介護機器を積極的に活用し、「持ち上げない」「抱え上げない」介護)により、利用者との職員負担軽減に努めています。車いす・リクライニング式車いす・電動車いす等の福祉用具は、理学療法士の指導のもと、心身の状況に応じて使っています。</p> <p>■日常生活の支援マニュアルについて、専門的な知識・技術が十分でない新任スタッフをはじめ、介助に関わるどの職員が見ても、理解・活用できる内容かどうかの検討が望まれます。</p>	
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	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
(コメント)	<p>■利用者の心身の状態に適した室温と湿度(50%)が常に維持されています。</p> <p>■廊下や中庭には、季節感のある掲示や飾り物を置いています。</p> <p>■居室では、使い慣れたクッションやカーテンを使うなどの配慮をしています。また、感染性疾患の疑いが生じた場合は、隔離等の対応をしています。経管栄養と経口摂取の利用者は安全性を考慮して、別の部屋で食事をしています。</p>	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A⑩	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■日頃の関わりの中で利用者や家族の好みの活動を把握するように努め、心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練に反映しています。</li> <li>■利用者と家族、各職種、学校等関係者との情報共有のもとにモニタリング・計画・実施・評価・見直しを行っています。緊急な変更があれば適宜記録し、申し送りにより周知をしています。</li> <li>■勉強会では、利用者目線での体験を通して危険性の検討を行うなど、生活の安全に向けて取り組んでいます。</li> </ul>	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A⑪	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■365日・24時間医師・看護師・生活支援員が勤務し、多職種の連携のもと、利用者の健康状態を把握しています。体調変化時は、迅速な対応に努め、報告と記録をしています。また、他の医療機関との連携をしています。</li> <li>■入浴・排せつなどの場面で把握した健康状態は、記録と申し送りにより職種間で共有しています。</li> <li>■研修の中で、感染症や痙攣・てんかん等についての学習をしています。嘔吐等の処理に使う備品はフロアにまとめて設置しています。</li> </ul>	
A⑫	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アレルギーについては、指示事項をカルテや食事のテーブルに貼るなどの工夫をしています。</li> <li>■薬局は施設内にあります。薬剤師が配薬及び注入食等の指導や相談対応を行っています。</li> <li>■医療的支援は、医師や看護職員を中心に管理体制が整備されており、研修等や個別の指導をしています。</li> </ul>	
A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A⑬	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者、家族が好む活動や外出へのニーズを、日頃の関わりや「外出行事のお伺い」から把握し支援をしています。</li> <li>■子どもについては、訪問学級の受講、特別支援学校への通学、夏休みのキャンプや長期休暇中の行事等を多職種で連携して支援をしています。心身の状態により職員が送迎をする場合もあります。</li> <li>■健康福祉プラザ主催のボッチャ大会や地域のホテル観賞会、ショッピング施設・水族館等への外出を実施しています。心身の状況により、医師・看護職員・リハビリテーションスタッフ・生活支援員が付き添います。</li> <li>■外泊やガイドヘルパーを活用した外出は、家族の要望に応じています。</li> </ul>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A⑭	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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■特別支援学校や市の子ども相談所等の関係機関と連絡会議を開催し、地域生活への移行や地域生活のための支援の方向性を話し合っています。</li> </ul>	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A⑮	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
	(コメント)	<p>■家族の面会は、曜日・時間の制限をしていません。</p> <p>■家族同士でお茶などを自由に飲みながら談話できるスペースを設けています。その横には相談員室があり、扉を開放して訪れやすい配慮をしています。</p> <p>■家族説明会を年に1回開催しています。要望の聴き取りと施設からの情報を伝えています。</p> <p>■利用者の状況の変化時には、家族に電話連絡をしています。</p> <p>■退所された利用者の家族から相談を受けるなど、継続的な支援をしています。</p>	
			評価結果
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
A⑯	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。	a
	(コメント)	<p>■子どもの発達に応じて、個別にセラピーや療育を実施するとともに、グループでの集団活動も行っています。</p> <p>■プログラム内容は、HPS（ホスピタル・プレイ・スペシャリストの略。医療を必要とする子どもや障がいのある子どもの保育と家族を支援する専門職のこと）の有資格者が作成し、職種間で連携して検討・実施しています。</p> <p>■特別支援学校と通学や訪問学級について、情報共有や連携、調整を図っています。</p>	
			評価結果
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
A⑰	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。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	
A⑱	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。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	
A⑲	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。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	堺市立重症心身障害者（児）支援センターの利用者の家族等
調査対象者数	50名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

堺市立重症心身障害者（児）支援センターを、現在利用されている方の家族等50名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、33名の方から回答がありました。（回答率66%）

比較的満足度の高い項目としては、回答のあった33名の内で、

- 「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」
  - 「職員の接遇や態度は適切」
- について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等