

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	医療型障害者（児）入所施設・療養介護・短期入所 生活介護	
代表者氏名	センター長 中谷 勝利	
定員（利用人数）	60 名（うち短期入所10）・生活介護20名	
事業所所在地	〒 590-0808 大阪府堺市堺区旭ヶ丘中町4丁3番1号	
電話番号	072 - 275 - 8510	
FAX番号	072 - 243 - 5900	
ホームページアドレス	http://www.misasakai-verde.jp/	
電子メールアドレス	verdesakai@misasakai.or.jp	
事業開始年月日	平成 24 年 4 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 92 名	非正規 19 名
専門職員※	医師8名、看護師34名、生活支援員（介護福祉士・保育士含む）34名、児童指導員1名、公認心理士1名、理学療法士8名、作業療法士5名、言語聴覚士2名、管理栄養士1名、調理師4名、薬剤師2名、相談員3名、臨床検査技師等1名	
施設・設備の概要※	[居室] 24室（うち個室10）	
	[設備等] 食堂 4 調理室 1 浴室 2 医務室 2 観察室・PT室・OT室・ST室・一般撮影室 X-TV室・EEG室・CT室・手術室・検査室 薬局・処置室・静養室・スヌーズレン室 各	

※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	2 回
前回の受審時期	令和 4 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】

【法人全体】私たちのあゆみ、私たちの実践、私たちのところ
【施設の理念】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。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- 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。
- 地域にお住まいの方々の生活が豊かになるよう努力していきます。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 NPOかなびの丘
大阪府認証番号	270040
評価実施期間	令和7年1月23日～令和7年1月24日
評価決定年月日	令和7年3月19日
評価調査者（役割）	1401B017（運営管理・専門職委員） 1201B031（運営管理委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・高い稼働率と医療依存度の高い人々への支援

平成24年の開設以来、医療型障害児入所施設療養介護事業は高い稼働率を維持しています。短期入所や生活介護も同様に高い稼働率です。短期入所では、堺市内で237名、堺市外で161名の利用登録者がいます。人工呼吸器や気管切開が必要な医療依存度の高い人も受け入れています。生活介護でも、医療依存度の高い人を受け入れており、20人の定員に対して52名の登録者を受け入れています。空き枠がある場合は、利用回数の調整を行っています。短期入所生活介護事業は、在宅生活を送る重症者にとって必要なサービスと認識されており、医療依存度の高い人々に対する支援を充実させています。

・職員の教育とキャリア支援

職員の教育研修に積極的に取り組んでいます。施設内研修、法人内研修、外部研修、そしてe-ラーニングを継続しています。特に、身近で気軽に学べる施設内研修は、全職員を対象とした研修だけでなく、職種別の研修も年間教育計画に基づいて充実させています。また、法人としても各職種に対して資格取得を支援し、キャリアアップや専門性の向上を積極的にサポートしています。

・多職種連携と多様な療育活動

ベルデさかいでは、医療依存度の高い利用者に対して最新の医療ケアと安全確保を行っています。看護師やリハビリ職員、栄養士などの多職種連携により、音楽活動や「スペシャルデー」などの個別療育活動を実施しています。また、プール利用やテーマ別の週間イベント、地域行事など、幅広い療育活動を提供しています。

◆特に評価の高い点

■多職種連携と教育制度

医療を中心に多職種が協力体制を築くための努力を重ねています。看護師に続き支援員のキャリアラダーを作成し、一人一人の医療と支援の質の向上を目指して教育研修制度を充実させています。また、細やかな目標管理制度によるアドバイスや評価を行っています。

■ライフステージに応じた多様な働き方の導入

職種別に時間帯限定や勤務地限定などの限定職員制度を設けて多様な働き方を推進しています。丁寧な面談制度のしくみと賃金制度への連動による公平性の確保は、法人として長く働ける職場環境を整えるための努力であると評価します。

■利用者や家族等からの意見や要望等の対応

利用者からの要望等は、いつでも聞くとともに、家族等の意見や要望は、面会時やファミリーカンファレンス、カフェベルデ等で聞くほか、直接メールや電話でも受けています。また、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)として生命の終わりについて話し合いを行っています。

■安心・安全な生活のための医療安全委員会の充実

利用者が安心・安全に生活するために医療安全委員会を組織し定期的に委員会を開催し、ヒヤリハットやアクシデントを収集し、4M5Eの分析を行い改善策や再発防止策を検討・対応しています。また、事故発生時の対応等を明確にし、委員会や研修で安全確保

や事故防止について職員に周知しています。また、安全ラウンドを産業医と担当者が実施しています。

■感染症対策委員会の充実と感染対応

感染症対策委員会を組織し、毎月委員会を実施し感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成し、委員会や研修等で職員に周知するとともに、感染症の予防ポスターを各フロアや廊下に掲示し周知・徹底しています。また、勤務前に検温や手指消毒を行うほか、業務中はマスクを着用し、食事や休憩場所は感染を防ぐために部屋を多くしたり、人数制限を行い感染や感染拡大を防ぐようにしています。

■利用者とのコミュニケーション方法の充実

利用者の心身状況に応じて表情や身振り、アイコンタクト等でコミュニケーションを図ったり、VOCA(音声出力会話補助装置)や外部入力スイッチ(意思伝達装置)など個々の状況・能力に応じて利用者のコミュニケーションの幅を広げる取り組みを行っています。

■エンパワメントを活用した支援

利用者本人の主体性を尊重したエンパワメント支援として、家族との食事や外出などのスペシャルデイを実施しており、それは、利用者の趣味や興味などを希望した事を楽しめる利用者一人のための特別な日となります。

◆改善を求められる点

■事業計画への職員の参画

職員の意見を反映させた会議を通じて、事業計画の作成・評価検討を行うことが望まれます。

■事業報告と第三者評価の連携

市への基本計画や単年度の事業計画、報告書に、第三者評価での改善すべき点や検討すべき点を盛り込むことが望まれます。この取り組みにより、相乗効果が見込めます。

■ボランティア受入れ・学校教育への協力

ボランティアの受け入れやセンター長の学校教育への協力を行っており、事業計画にこれらの活動を盛り込み、マニュアルを作成することが望まれます。

■引継ぎ手順と引継ぎ文書の作成

数は限られるとは思いますが、重症心身障がい者グループホームへの移行や生活介護の併用利用も考えられますので、手順と引継ぎ文書の作成が望まれます。

■退所後の相談方法等の文書化

担当者がサービス終了の家族等にいつでも相談できるように相談方法や担当者等を説明されていますが、その文書がないので明記した文書を作成し、家族等に渡すことが望まれます。

■災害時の安否確認方法の検討

災害時の利用者の安否確認方法が確立できていないので、安否確認方法の検討と、職員への周知が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所は2012年の開所以来、12年が経過し、今回で4回目（大阪府認証機関では3回目）の第三者評価を受審いたしました。評価機関による現状の確認を通じて、事業所の具体的な課題が明確になり、施設内の関係文書や運営体制の見直しを行う良い機会となりました。また、当事業所の強みを再確認することもでき、大変有意義な機会となりました。

今回ご指摘いただいた改善点につきましては、早速施設内で共有し、話し合いを進めております。良い評価をいただいた点は、職員の励みとしてさらに向上に努め、改善が必要な点については、具体的な取り組みを実施してまいります。

私たちは今後も「ご利用者一人一人が健康で笑顔あふれる生活を送れるよう支援していく」という施設理念に基づき、サービスの質の向上を目指して取り組み続けてまいります。

◆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)	■法人の実践方針は「私たちのあゆみ、私たちの実践、私たちのこころ」、施設の理念は「私たちはご利用者一人ひとり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」であり、法人やセンターの使命や目指す方向を示しています。 ■ホームページや事業計画、パンフレット等に明文化するとともに、一階二階のフロアに掲示しています。 ■ホームページやパンフレットにおいて掲載するほか、名札の裏面に記して周知しています。現在業務改善を行っているため朝礼での唱和は中断していますが、今後再開する予定です。周知状況を確認し継続的な取り組みとなるよう期待します。	

		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)	■日本重症心身障害者（児）福祉協会や福祉新聞、また法人内会議で社会福祉事業全体の計画等の情報を得、一方、市との月1回の連絡調整会議を行い、堺市の障害福祉計画を入手しています。 ■相談員が利用者数や利用率、人件費等のデータ収集やまとめを行い、経営環境や課題などの把握や分析は、センター会議や部長会議で行っています。コスト分析や利用率の分析は法人部やキャンパス運営会議で行われています。	
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)	■センターの経営課題は、各部長が月に一度のキャンパス運営会議や年に6回のブロック会議、年3回のエリア会議で、各施設の状況を把握し分析しています。 ■毎月、サービス利用者の状況や事業運営、職員配置について法人役員と共に分析し、対応を検討しています。 ■経営状況や改善すべき課題については、毎年度初めにセンター長が資料を配付し、職員に周知しています。また、センター会議でも職員に周知を行っています。 ■分析の結果判明した経営課題には、人材確保・育成などが含まれ、それぞれの改善に取り組んでいます。	

		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)	■指定管理事業者の基本事業計画（令和4年3月からの10年計画）には、理念や運営方針のほか、目標設定と達成内容、職員の配置計画、職員研修計画および人材育成、重症者児支援、外来診療・機能訓練に関する業務の実施、利用促進計画、サービス向上の方策、地域支援事業、関係機関との連携などを明確にしています。 ■基本事業計画には、数値目標や具体的な成果を設定した内容と収支予算が含まれ、事務局で見直した後、部長会議やセンター会議で決定されています。計画の実施状況は、毎年行われる堺市との連絡調整会議で報告し、また新たな事業への取り組みや見直しも堺市との連絡調整会議で協議しています。	
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
(コメント)	■単年度計画は、基本事業計画の内容を踏まえ、課題を明らかにし、実現可能な具体的な計画となっています。その内容には、運営方針や事業活動内容、利用者の声の聴取方法、新型コロナウイルス感染症対策、虐待防止・拘束防止への取り組み、ハラスメント対策などが含まれます。これらは実現可能な行動計画として策定され、堺市に提出しています。 ■入所施設事業、短期入所事業、通所事業ごとに具体的な数値目標を設定し、適正な管理運営の確保や利用者サービスの向上に取り組んでいます。	
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)	■事業計画の作成・評価は管理職や事務局で行われていますが、職員の意見が反映されていません。今後は職員の意見を会議で検討・作成することが求められます。 ■毎年1月、管理職が計画の振り返りを行い、それを事務局で集約して堺市に提出していますが、時期や手順の文書化が求められます。 ■計画の周知は、年度初めにセンター長が資料を作成・配布し、職員会議で行われています。	

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)	■利用者や家族への計画の周知は、行事や活動内容などの写真や絵が入った案内を掲示するとともに、家族にはパワーポイントで説明しています。また、主な内容や変更点については、利用者にはアイパッドや筆談で説明を行っています。 ■家族への周知は、4月の家族会で資料を配布し、主な内容を説明しています。また、視覚情報が豊富な月間広報紙「べるベルデ」を通じて、センターの様々な情報を提供しています。	

		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。	a
(コメント)	■平成26年度、30年度、令和4年度、および今回の受審と定期的に第三者評価を受審し、サービスの質の向上に取り組んでおり、結果はワムネットに公表しています。 ■市の指定管理者評価シートにより、年に2回、サービスの質向上に向けた評価を行い、改善に努めています。また病棟運営会議では、月に2回問題点を洗い出し改善に取り組んでいます。 ■日本重症心身障害福祉協会などの研修会では、先駆的な実践事例の発表を行い、サービスや専門性のさらなる向上に取り組んでいます。 ■法人独自の取り組みとして、各施設が行った研究や業務改善を発表する「ベストサービスアワード」を開催しています。 ■毎週の支援計画書会議や満足度アンケートの実施、業務振り返りシートの活用を通じて、組織全体でサービスの質の向上に努力しています。	
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)	■年3回の法人連絡会議で、改善すべき事項の情報を共有し、分析された内容はコンプライアンス委員会で取りまとめています。また、センター会議でも報告し、必要な部分の改善に取り組んでいます。 ■今後は、これらの活動を文書化し、具体的な改善計画を立てて事業計画に盛り込むことにより、計画的な改善への実効性を担保し、取り組みを進めていくことが望まれます。	

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)	■センター長は、事業所の経営・管理に関する方針や取り組みを年度初めにセンター会議および病棟運営会議で職員に説明し、全職員に対しても資料を配付して周知徹底を図っています。 ■センター長は自らの役割や責任を職制表に明確にし、各会議や職員研修、広報紙「べるベルデ」を通じて方針を伝達しています。 ■有事の際の管理者の役割と責任については、BCP（事業継続計画）に記載しています。	
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)

■センター長は、日本重症心身障害福祉協会理事長として、研修に参加するだけでなく、協会内の研修講師を務めるなど指導的立場にあり、法令遵守に取り組んでいます。

■センター長が大阪府・市町村社会福祉法人・施設等指導監査合同会に参加できない場合には、事務局長などの幹部職員が代わりに参加し、遵守すべき法律の改正に関する情報を収集しています。

■これらの情報は、各会議や施設内研修で職員に説明し、周知を図っています。

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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
(コメント)	■重症心身障害者(児)へのサービス支援は、医療ケアの割合が高く、利用者支援の新たな取り組みにおいて、センター長である医師がサービス質向上のリーダーシップを発揮しています。センター長は意欲と使命感を持ち、運営や日常的なサービス提供の現場で職員に対して指導力を発揮しています。 ■振り返りチェックリストは3か月に一度行われ、集計結果を基に部課長会議で検討が行っています。その後、関係部署の職員と面談し、意見や要望を聞き、指導やアドバイスを行っています。また、状況に応じて各委員会での検討も行われています。	
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
(コメント)	■センター長は、市に提出する指定管理者評価シートを基に経営の改善や業務の実効性を高めるために、月2回の病棟運営会議、月1回のセンター会議や給食栄養委員会、医療安全委員会、感染委員会などの各種会議に出席し、サービス向上の評価や分析に関わり指導を行っています。 ■各職員の人事希望聴取表の提出後には面談を行い、メンター制の導入や教育・研修委員会の充実を図り、働きやすい職場環境の整備に努めています。 ■経営の改善や業務の実効性を高めるために、法人本部から幹部が月に1回、理事長が3か月に1回視察を行っています。	

b

		評価結果
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。	a
(コメント)	■センターに必要な人材や職員の配置計画、また人材確保と育成の方針については、基本事業計画や事業計画に明記しています。これらの計画は、教育理念に基づく4つの教育目標の下で策定しています。有資格者の人材や体制についても基本事業計画に明記されており、今後は有資格者の採用や人員配置について、年度計画により具体的な記載が期待されます。 ■人材確保のために、法人のホームページには職員のインタビュー動画を掲載した特設ページを設けています。このページでは、職場環境と4つの制度（キャリアパス、専門資格取得支援制度、大学院進学支援制度、研修制度）をアピールしています。 ■確保した人材の育成については、法人本部に採用担当者を配置しています。職員のスキルアップや意識向上を図るため、各部・科から1～2名の委員で構成された教育・研修委員会が毎月1回、入職時研修や各種研修計画を立てて実施しています。また、OJT指導も行われています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■期待する職員像は、全職員に配付している手帳サイズの「あゆみのこころ（歩・実・心）」に記載しており、研修を通じて共有されています。 ■給与規則には採用、移動、昇進、昇格などの基準が明示され、各職員会議で周知されています。 ■目標記入シートの面談を通じて職員に基準を周知し、評価を行います。評価結果は効果会議で協議され、最終的には法人本部で決定されます。 ■人事基準と人事評価制度が整備されています。看護職のキャリアラダーに続き、生活支援員のキャリアラダーも作成されており、研修制度や目標管理制度と連動しています。これにより、職員が将来のキャリアを描くための総合的な仕組みが整っています。	
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組んでいる。	a
(コメント)	■令和5年度より、組織体制や役職者の適正配置を行い、職務分掌で労務管理の責任者を明確にしました。毎月の勤務状況、年次有給休暇、育児休業、残業手当などの勤務状況を勤怠ソフトや時間外勤務報告書で把握しています。 ■職員の心身の健康を守るため、年1回、深夜業のある職員は年2回の健康診断を実施し、異常があれば二次検診を受けています。 ■ストレスチェックも実施しています。職員向けに外部の心の相談窓口を利用できるようにし、タイムカードの打刻機のそばにカードを置いています。さらに、産業医に相談することもできます。 ■毎年10月に人事希望聴取表を配付し、11月に提出、1月から職員の個人面談を行い、勤務地限定や勤務時間限定などの希望を確認しています。これにより、ライフステージに応じた多様な働き方が選択できる制度を設けています。 ■職員の余暇活動をサポートするために、年3回の有給リフレッシュ休暇制度を設けています。また、ソウエルクラブへの入会や職員の親睦会も実施しています。	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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

(コメント)

■期待する職員像は、「あゆみのこころ（歩・実・心）」に明確に示し、看護職と生活支援員それぞれに対して、4つのレベルごとに到達目標、職務基準、実践能力、マネジメント能力、人間関係能力などのキャリアラダーが作成されています。

■目標シートには、職員一人ひとりの支援目標や項目が明確に設定されています。事務局長や各部長は、職員の目標管理のために年度当初に部署目標を共有し、5月にスタート面接を行って目標の共有と整合性の評価を行います。10月に中間面接を行い、年度末には目標の達成度評価と次年度に向けた課題の抽出を行う面談を実施しています。

■職員一人ひとりに対して、職種ごとの理念・指針、目標シート、ラダー・研修計画などをファイルするキャリアファイルを用いて育成・教育の管理を行い、メンター制度も導入しています。

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。

b

(コメント)

■「あゆみのこころ（歩・実・心）」では、期待する職員像を明確に示すとともに、人材育成の基本的な考え方として教育理念と4つの目標を掲げています。これに基づき、生活支援員の育成、外部研修、法人内研修、主任リーダー会、施設内研修（対面研修・e-ラーニング）を柱とした取り組みを行っています。今後の事業計画には、専門資格の明記が望まれます。

■法人の人材開発育成室が年間研修計画の目標を設定し、センターの教育・研修委員会が研修計画を策定しています。また、評価の見直しも教育・研修委員会で行われています。

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

(コメント)

■給与規則には、エリア別の専門資格一覧表と給与が関連付けられており、業務に必要な資格や研修の情報を把握しています。また、資格取得助成制度や大学院進学支援制度もあります。

■教育研修委員会で研修を実施するほか、OJTも行っています。また階層別、職種別、テーマ別の研修は、法人研修やセンター研修のほか、外部研修にも参加し、e-ラーニングも受講しています。対面研修は勤務時間外と勤務時間内に分かれており、同じ時間帯に行われています。

■特に力を入れている介護技術（ノーリフト等）研修は、月に2回行われています。

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。

Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	■実習生受け入れ基準には、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明記されています。実習生の意義、当日の流れ、カンファレンス、守秘義務、感染症対策、プログラムや実習中の諸注意なども整備されています。 ■プログラムは、看護師、PT、OT、ST、介護福祉士、保育士など多岐にわたります。年間の受け入れ人数は、リハビリ専門職が約10名、看護師が約50名です。 ■相談員が実習窓口となり、実習校の先生との打ち合わせや実習生の振り分けを各部署で行っています。また指導者研修としては、介護福祉士実習指導者研修などを受講しています。	

		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)	■ホームページには、法人センターの理念や運営方針、活動内容、第三者評価が公表されています。しかし、決算公告は公表されているものの、事業計画や事業報告、苦情相談体制、苦情内容などの公表はありません。今後、運営の透明化を確保するために、これらの情報をホームページで公表することが望まれます。 ■ホームページには、理念や運営方針、活動内容のほか、法人や事業所の存在意義も明記されています。広報誌「ベルデネット」や「べるベルデ」の表題に理念や基本方針を記載し、地域で配布することが望まれます。 ■第三者評価は定期的に受診しており、結果は家族会で説明しています。また、2名の第三者委員を置く苦情受付体制の説明も玄関などに提示しています。苦情への対応や改善内容はセンター内に掲示され、広報誌にも掲載されています。	
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)	■センターでは、事務や取引に関するルールが経理規程や職務分担表などに明確に定められ、事務や経理、取引業務を実施しています。また、各部署の朝礼やセンター連絡会議で事務局からの連絡や掲示を行い、周知徹底を図っています。 ■法人本部から担当者が2か月に1回、事務や経理、取引に関する内部監査を行うとともに、法人内施設間の相互チェック体制も取っています。さらに、公認会計士による外部監査や市からの指定管理監査も受けており、監査体制を整備しています。	

		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。	a
(コメント)	■基本事業計画書や単年度の事業計画において、地域とのかかわりについての基本的な考え方が明示されています。障がい者週間事業への協力として、車いすレースへの参加や太鼓、ギロ、木琴などの音楽活動が行われています。また、外来リハビリ利用者の装具判定を理学療法士が行い、その評価を基に業者につなげる活動も行っています。 ■センターは「健康福祉プラザ」の1、2階にあり、利用者は福祉プラザが開催するイベントに参加することで、外部の参加者とも交流することができ、利用者と職員がともに楽しめる機会になっています。 ■地域の情報やイベント案内が届いた場合、利用者に対して案内し、内容を説明した上で掲示しています。また、利用者のニーズに応じてコンビニや飲食店での買い物などの付き添い支援も行っています。	
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

(コメント)

- リハビリの職種の実習後ボランティアの希望があり、それを受け入れています。以前はイベントなどのボランティアを受け入れていましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、最近の実績はありません。
- ボランティア受け入れマニュアルがなく、登録簿や活動内容、注意事項などが記載されたマニュアルの作成が望まれます。
- また、センター長が学校運営協議会の委員として参加した実績がありますが、学校教育への協力についても基本的な考え方の明示が望まれます。

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)	■利用者が必要とするガイドヘルパーや重症心身障がい者グループホームについての情報共有は、病棟運営会議やプライマリーミーティングで行われています。しかし、今後は社会資源リストの作成と、利用者が活用できるよう工夫した掲示が望まれます。 ■堺区自立支援協議会や堺ミーティングなどの会議に参画し、共通の問題について共同で解決に向けた取り組みが行われています。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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
(コメント)	■「堺市障害支援ネットワーク」の主催、堺市内の支援者を対象に、年に2回ほど重症心身障がい者児支援の理解促進を目的とした「堺ミーティング」を開催しています。このミーティングでは、「より良い地域支援体制の構築を目指して」や「施設・事例検討」などのテーマを取り上げ、他関係機関や支援機関との関係構築に努めています。 ■健康福祉プラザの障がい者フェスティバルの関連イベントとして、「視線入力装置で遊ぼう」を開催し、配食サービスや薬剤師による訪問相談、理学療法士や作業療法士の派遣なども行っています。 ■健康福祉プラザは堺市から福祉避難所の指定を受けており、災害時の役割も定め、当センターもその一端を担い、地域の福祉支援に貢献しています。	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・かつどうが行われている。	a
(コメント)	■地域支援センターには、医師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、看護師、相談支援専門員、生活相談員が所属しており、地域の医療福祉サービスのネットワークを構築しています。 ■民生・児童委員校区連合会の役員が第三者委員を務めています。また、ファミリーサポート事業の展開にも注力しています。 ■地域支援センターは、地域活動として配食サービス、薬剤師による訪問相談、理学療法士や作業療法士の派遣を行っています。また、地域の生活介護事業所などの支援者との情報共有および協力体制の整備も行っています。さらに、健康体操教室事業や介護教室授業も開催しています。 ■外来診察として、婦人科やリハビリテーションの診療、子宮がん、乳がん、大腸がんの検診、人工呼吸器の転電時対応を行っています。 ■福祉プラザは「福祉避難所」に指定されており、災害時の役割が定められています。当センターもその一端を担い、地域の福祉支援に貢献しています。また、備蓄避難体制の整備も進めています。	

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。	a
(コメント)	■理念や指針、事業計画に利用者を尊重した福祉サービスを明示するとともに、職員に配布している「あゆみのこころ(歩・実・心)」と、名札裏等に利用者の尊重を明記しています。 ■職員行動指針を作成し職員に周知するほか、標準的な食事や排泄、入浴介助等のサービス方法に人権の配慮などについて明記しています。また、虐待防止指針の作成や権利擁護、個人情報保護の研修を行うとともに、3か月毎に業務の振り返りチェックシートを実施しています。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
(コメント)	■個人情報保護規定や公開規程の策定やマニュアルを整備し、職員研修や各会議等で職員に周知しています。また、マニュアルに基き食事や排泄等の介助を行っています。 ■多床部屋は、カーテンで仕切りを行うほか、身体状況に合わせベッドの高さや配置、温度・湿度等の環境を整えています。また、入浴や排泄では、同性介助を行っています。 ■プライバシー保護に関する取組みは、入所時面接や年度初め説明会、家族への広報紙で家族等に周知しています。	
Ⅲ-1-(2) 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。		
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)	■理念や指針、福祉サービス内容などをホームページやパンフレットなどに掲載し、その内容は写真や絵などを多く使用し分かりやすい内容になっています。今後、利用者向けにルビ付きの説明資料の作成を期待します。 ■パンフレットや説明資料は、区役所や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設置しています。また、相談員等が他事業所の訪問時にパンフレットを持参しています。 ■見学や利用希望者には、資料を基に丁寧な説明を心がけています。	
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)	■サービス提供の開始・変更時は、利用者の自己決定を尊重し、家族等に重要事項説明書を理解しやすいように丁寧に説明しています。また、制度変更の場合は、料金表や通所カレンダーなどを提示して丁寧に説明しています。 ■利用者は、重症心身障がい者(児)のため明確な意思表示やサインが困難なため、入所は成年後見制度の利用が前提となっており、成年後見人選任後に契約しています。	
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)	■利用者の多くが人工呼吸器や気管切開等の医療的ケアの利用者で地域・家庭移行はほとんどなく、サービス継続に配慮した手順と引き継ぎ文書はありませんが、利用者の容態悪化による入院時は、看護サマリーや診療情報提供書等を渡し引き継ぎを行っています。 ■今後、重症心身障がい利用者がグループホーム移行や生活介護の併用利用も考えられますので手順と引き継ぎ文書の作成が望まれます。 ■地域支援部の担当者がサービス終了の家族等に対して、いつでも相談できるように相談方法や担当者等を説明されていますが、その内容を記載した文書がありません。今後、相談部署や担当者等を記載した文書を作成し、家族等に渡すことが望まれます。
--------	---

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。	b
(コメント)	■利用者満足度の調査は、通所系は年1回、短期入所はその都度実施しています。入所は利用者の会や家族会はありませんが、年度初めの家族説明会やファミリーカンファレンス、カフェベルデ等を通して、意見や要望等を把握しています。家族説明会には、全家族が参加しています。 ■意見箱の設置や個別支援計画の説明・同意時、ファミリーカンファレンス等で家族等の希望や困りごとなどを聞くほか、家族等の面会時に意見・要望を聞き衣服の購入や公園などへの外出を増やすなど改善しています。 ■利用者満足に関する調査の担当者や委員会の設置、利用者等参画の検討会議がありません。今後、検討することが望まれます。	

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。	a
(コメント)	■苦情受付担当者や解決責任者、第三者委員を3名配置するとともに、苦情受付体制を玄関やフロアなど掲示し、意見箱の傍に記入カードと筆記具を設置しています。また、毎年第三者委員懇談会を実施し、苦情や施設の状況等を報告し意見や助言を得ています。 ■苦情解決の記録を行い、申し出家族等へ必ずフィードバックするほか、広報紙「べるベルデ」や事業報告書に明記するなどして公表しています。今後、不特定多数が閲覧できるホームページでの公表を期待します。また、苦情内容や改善策については、堺市に報告しています。	
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
(コメント)	■利用者からの相談や意見は、いつでも聞くようにするとともに、家族等の意見や要望を聞く場合は、入所時説明や家族説明会、面会時などで相談方法等を説明するほか、分かりやすく記載した文書を食堂と玄関に掲示しています。 ■家族等のから相談や意見は、面会時やファミリーカンファレンス、カフェベルデ等で聞くほか、直接メールや電話でも受けています。 ■相談や意見等を聞く場所は、相談室や心理室、会議室等で対応しています。	
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)

■利用者や家族等が相談や意見が述べやすいようにプライバシーの配慮や傾聴に努めたり、フィードバックを行っています。また、意見箱の設置や満足度アンケートの実施、家族等との面談、ファミリーカンファレンスなど、意見等を把握する取り組みをしています。

■相談や意見の記録や報告手順、対応策の検討方法を定めた対応要綱を整備し、センター会議などで対応策を検討しています。直ぐに対応できるものは迅速に実施し、時間を要する場合は、その旨を申出者に伝えています。結果は、広報紙「べるベルデ」に経過も含めて記載しています。

■相談や意見の対応要綱を整備されていますが、定期的な見直ができていません。今後、年1回の見直しが望まれます。

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)	■利用者が安心・安全に生活するために医療安全委員会を組織し、定期的に委員会を開催し、その責任者はセンター長が担っています。 ■委員会では、ヒヤリハットやアクシデントレポートを収集し、4M5Eの分析を行い改善策や再発防止策を検討し実施しています。また、事故発生時の対応やマニュアルを明確にするほか、委員会や研修で安全確保や事故防止について職員に周知しています。 ■医療安全委員会に医療安全チームを組織するほか、安全ラウンドを産業医と安全担当者が実施し、現場職員へ周知・徹底を図っています。	
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)	■感染症対策委員会を組織し、毎月委員会を実施するとともに、感染症の予防と発生時の対応マニュアルを作成し、委員会や研修などで職員に周知しています。また、感染症の予防ポスターを各フロアや廊下に掲示し周知・徹底しています。 ■職員は、勤務前に検温や手指消毒を行うほか、食事や休憩場所は感染を防ぐため部屋を多くしたり、人数制限を行い感染や感染拡大を防ぐようにしています。 ■感染症が発症すると、感染拡大を防ぐために個室対応やゾーニング対応を行うなどハード面の整備をしています。また、対応マニュアルは、定期的に見直しを行っています。	
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)	■災害時の対応体制は、BCP(事業継続計画)に定められ、福祉サービスや医療ケアを提供するために必要な対策を講じています。 ■災害時の備蓄は、飲食品や消耗品、医療資材を整備しているほか、食料品や水は職員分も含め3日分は備蓄しています。また、避難訓練は、プラザとの共催で年2回実施されていますが、利用者が障がいの重い方々ですので回数を増やすことを検討ください。 ■福祉避難所として指定されているため、入所者以外の避難者を受入れる使命があるため医療的ケアに必要な電源(72時間の自家発電装置)の電力の確保をしています。 ■防災計画を策定し緊急連絡網は作成されていますが、災害時に利用者の安否確認方法が確定できていません。今後、安否確認方法の検討と、職員への周知が望まれます。	

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。 他施設

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
(コメント)	■食事や入浴、排泄、移動などの標準的なマニュアルを文書化し、その内容は、利用者の尊重や権利擁護などの姿勢を明記し、福祉サービスを実施しています。 ■標準的な実施方法は、新人教育やメンター制度、e-ラーニング等の指導を行い職員へ周知しています。また、各部署のパソコンのネットワークでいつでも閲覧できています。 ■標準的な実施方法にもとづきサービスが実施できているかの確認は、新職員チェック表やキャリアアップファイルで確認しています。また、毎月のサービス検討会議や業務改善委員会で、サービス内容や業務内容の標準的な実施方法を確認しています。	
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。	b

	(コメント) ■ 標準的な実施方法の検証・見直しは、定期的実施されていますが、その時期や方法などの文書化がありません。今後その文書化と仕組みの確立が望まれます。 ■ 検証・見直しは、サービス管理者を中心に多職種が連携し行っています。また、モニタリング会議やファミリーカンファレンスなどの意見や提案を反映しています。
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。	
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) ■ 個別支援計画の策定責任者をサービス管理責任者とし、利用者の心身や生活状況を把握し、適切なアセスメントを行い、個別支援計画を作成しています。 ■ アセスメントや支援計画の作成は、看護師やPT、ST、相談員などの多職種が参加・協議し、作成しています。 ■ プライマリーミーティングやファミリーカンファレンスなどで家族等の意見や要望などを確認したり、多職種による意見交換や医療、リハビリなどの総合的な視点から利用者のニーズを尊重した個別支援計画になっています。 ■ サービス管理責任者は、個別支援計画内容が適切に実施されているかを現場で確認したり関係職員に聞き取りを行うほか、必要に応じて指導や助言を行っています。	
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント) ■ 個別支援計画の評価・見直しは年2回実施し、見直しの時期や参加職員、家族等の意向の把握などの手順があり、組織的に対応しています。また、見直した計画は、申し送りやプライマリーミーティング等で職員に周知しています。 ■ 利用者の身体状況等の急変時は、随時計画や支援手順等を変更しています。また、カルテ上の情報は、職員がいつでもPCのネットワークで確認できます。 ■ ファミリーミーティングや人生会議、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)等の話し合いを随時開催しています。その結果、食事の摂り方や入浴方法などの課題を改善しています。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
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) ■ 支援計画に基づくサービスを実施し、その実施内容は施設が定めた統一した電子カルテに記録しています。カルテの記録方法は、新人教育やOJT指導等で行っています。 ■ サービスの実施状況や記録の把握は、病棟運営会議や病棟リンクの活用、PCのネットワークがあり、いつでも看護師や支援員、PT、ST等の各職種が確認できます。また、プライマリーミーティングで多職種の横断的な利用者情報共有を行っています。	
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
(コメント) ■ 個人情報保護規定を策定し責任者をセンター長と定め、記録の保管・保存・廃棄方法、情報提供に関する内容を明記しています。また、規定に不適正な利用や漏洩に対する対策や対応方法を明記しています。 ■ 記録管理の責任者をセンター長と定め、個人情報保護研修を年間研修計画に位置付け実施し、全職員が受講しています。 ■ 個人情報保護の取り扱いについては、家族等へは入所時の説明や毎年の家族説明会で説明しています。また、家族等へは入所時に写真、ビデオなどの公開の同意を得ています。	

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		
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)	■利用者本人の主体性を尊重したエンパワメント支援として、家族との食事や外出などのスペシャルデイを実施しており、それは、利用者の趣味や興味などを希望した事を楽しめる利用者一人のための特別な日となります。 ■衣服や理美容、趣好品等は、利用者や家族の意思・希望を尊重し対応しています。その結果、テレビやスマホの視聴や髪を染めたり、買い物等でへ外出しています。 ■生活に関わるルール等の話し合いは難しいですが、ルールを選択する方法や家族等が代弁する方法で決定しています。また、職員が利用者の食事や入浴する権利、楽しむなどの権利について個別支援会議で理解・共有しています。	
A-1-(2) 権利擁護		
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
(コメント)	■利用者の権利侵害防止等のため投書箱(職員用)や意見箱を設置するほか、身体拘束適正委員会や虐待防止改善委員会を設置し、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいます。また、家族等に権利侵害について家族説明会などで周知しています。 ■やむを得ないで身体拘束する場合は、身体拘束委員会で協議し決定しますが、場面や時間を限定したものを家族に説明し同意を得ています。また、身体拘束に代わる方法を多職種により検討しています。 ■身体拘束適正委員会や虐待防止改善委員会において権利擁護について協議するとともに、虐待防止及び不適切な支援改善に向けた対応規程マニュアルを策定し、委員会や会議等で権利擁護について職員に周知しています。また、職員は、振り返りチェックシートを実施して支援の振り返りを行っています。	

		評価結果
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
(コメント)	■利用者の心身状況や希望する生活等を理解し、エンパワメントの活用や希望を叶えるため支援の実現を図るほか、支援は、見守りと迅速を基本としています。 ■日常生活の中で自己管理ができるように、選択権(自ら選択し決定)の介助や時間(約束)管理、オムツ交換管理等ができるように支援しています。また、多職種間で意見交換しながら個別支援計画にもとづく自立支援を行っています。	

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)	■利用者の心身状況に応じて表情や身振り、アイコンタクト等をキャッチしコミュニケーションの充実を図っています。 ■VOCA(音声出力会話補助装置)や外部入力スイッチ(意思伝達装置)、コミュニケーションエイド等を個々の状況・能力に応じて利用者のコミュニケーションの幅を広げる取組みを行っています。 ■コミュニケーション機器の活用は、利用者の状況や能力等をセラピストスタッフが把握・連携し、個々の能力を見出すために工夫し支援を行っています。	
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)	■利用者から意見や要望があった場合は、相談員が窓口となり、その内容について聞き取りを行います。日常生活では、生活員が聞き取りを行いサービス管理責任者へ申し送りを行い共有しています。 ■利用者の希望に応じて衣服や外出、指輪などの選択や生活場面で選択できるよう職員で共通した支援を実施し、意思決定支援を日々行っています。 ■利用者から相談や要望があった場合は、個室や相談室、会議室等で面談を行うとともに、支援計画への反映と職員全体で調整を行っています。	
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)	■個別支援計画にもとづき利用者の希望等により選択できるように、療育や外出活動、四季折々の行事・活動を実施しています。行事や活動に参加するために行事・活動計画表の配布や掲示するほか、声掛けを行ない参加を促しています。 ■毎日、誰かの特別な日(スペシャルデイ)として計画実施しています。また、全員対象に「スマイルタイム」を実施しています。 ■区社協や健康福祉プラザのイベント等の情報を掲示や配布するとともに、プラザ内のプール活用やプラザ活動のアートフェスタ等へ参加したり、学校の同窓会の参加するなど、施設内にとどまらず、併設施設や地域を社会資源として有効活用し、利用者の個別支援の充実を図っています。	
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)	■重症心身障害者・児の支援は、専門的な知識と技術の取得が必要で施設内外の研修や、e-ラーニングを受講して知識・技術の向上を図っています。また、医療的な知識は、医師や看護師からの研修や指導を受け、適切な支援を行っています。 ■利用者で大声や奇声を出す人は、個室や会議室等に移動しクールダウンを図っています。また、生活会議の送迎で隣席の利用者に手を出す場合は、車や時間、席を変える対応を行っています。 ■支援方法や対応方法などの検討や共有は、プライマリーミーティングや病棟運営会議などで行っています。	
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
(コメント)	■食事については、毎月給食栄養委員会で話し合いを行っています。美味しく食べるために季節毎の食事を提供するとともに、スペシャルディとしておでんやお肉を食べる日などを設定し楽しんでいます。また、嚥下の困難な利用者も多いので普通食のほか、ソフト食や刻み食、一口大、ミキサー食などを、管理栄養士や言語聴覚士などで検討し、安全な食形態を確認し提供しています。 ■入浴は、健康状態のチェックを行い週3回実施しています。利用者の状況に合わせ機械浴槽やミスト浴を行うほか、点滴時は清拭を行ない清潔とリラクゼーションを図っています。また、医療的な配慮が必要な利用者は看護師が介助しています。 ■排泄は、看護師や生活支援員が利用者を尊重し、身体状況に合わせたオムツや方法で適切に行っています。排泄チェックは、看護職員が主に行っています。 ■移動・移乗は、ノーリフティングケアの実施と、体重が20Kg以上の場合は2人以上で介助を基本にするほか、個々の状況に合わせ車椅子やベルトを着用しています。また、個別支援計画にもとづいた方法で安全に移動や移乗が実施されています。 ■食事や入浴、排泄、移動・移乗等の日常的な支援は、写真やイラストを用いたマニュアルを作成するとともに、個別支援計画をもとに支援しています。	

A-2-（3） 生活環境

A-2-（3）-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
（コメント）	■利用者の部屋は、個室や2人部屋、4人部屋があり多床室はカーテンで仕切りされプライバシーを確保しています。また、ベットは高低の調整でき、ベット柵にはカバーを付けたり、ベビーガードをするなど安心・安全に配慮しています。 ■利用者が安眠できるよう遮光カーテンの利用やベット柵カバーの取付け、クッションによるポジショニングを行っています。また、室温・湿度の管理を行うなど利用者の心身の状態に適した生活環境を提供しています。また、いびきや大声が苦手な利用者には、音をできるだけ遮断できるよう配慮しています。 ■医療的重度の利用者にはベットサイドモニターを設置し、健康状態の把握をステーションから確認ができるようにしています。	

A-2-（4） 機能訓練・生活訓練

A-2-（4）-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
（コメント）	■医師の指示により個別支援のリハビリ計画書を作成し、セラピストや生活支援員が連携し、床に足を付けた移乗や排泄訓練等の機能訓練や生活訓練を行っています。 ■3か月毎にモニタリングや機能訓練・生活訓練計画の評価・見直しを行なうとともに、PTやOT、ST、看護師、支援員等の多職種の参加による症例検討会を開催し、意見交換や情報共有を行っています。	

A-2-（5） 健康管理・医療的な支援

A-2-（5）-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
（コメント）	■医療的ケアを必要としている利用者が多い施設として、年間を通して医師や看護師、セラピスト、生活支援員などが勤務し健康把握等迅速な対応を行っています。 ■利用者の健康把握は、日々のバイタルチェックや排尿・便回数のチェックを行うほか、年1回健康診断として血液検査や尿検査を行っています。また、必要な場合は胸部レントゲンやCT検査もできる設備を整えています。 ■ベットサイドモニターを設置している利用者の体調変化時は、ステーションで確認ができ、迅速に医師や看護師などが適切に対応しています。	
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）	■センター長が医師、管理者の責任と医療的な支援の方針はキャリアファイルに明確にするとともに、医療支援は、看護手順書に明確になっています。 ■薬剤室が施設内のあり、薬剤師が薬剤の管理や処方された薬を調合・整理し、薬剤師が看護師や生活支援員と連携し、ダブルチェックを行い与薬しています。 ■毎月、医師や看護師を中心とした医療安全委員会を開催し、適切な手順や安全な方法で医療的な支援を行う体制ができています。また、医療的支援に関する研修や個別指導を医師や看護師が行っています。 ■生活介護の利用者で呼吸器管理の必要な利用者が通所する場合は、看護師が添乗し対応しています。	

A-2-（6） 社会参加、学習支援

A-2-（6）-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
-----------	------------------------------------	---

	(コメント) ■利用者や家族等に併設している健康福祉プラザや区役所の広報紙(イベント等)を配付や掲示しています。その結果、プラザ主催のアートフェスタなどの参加や学校の同窓会、保育園の園庭開放等に参加する支援を行っています。 ■利用者や家族の希望に沿った外出や外泊支援は、個別支援計画の中に位置付け学校の同窓会への参加や、修学旅行に同行参加(重度のため別便参加)するなど柔軟な対応を行っています。 ■利用者や家族の希望の外出支援として、近くの公園への散策や店舗での飲食、買い物、プラネタリウム等への外出支援を行っています。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	
A-2-(7)-①	利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 a
(コメント) ■健康福祉プラザや区役所の広報紙等の配布や掲示を行い、堺東会館での手話教室や、地域支援事業の「くらすめいと」(自閉症の発達障がい)の参加、保育園の園庭開放等への参加のほか、スーパーや薬局等で買い物支援を行っています。 ■重度障がい者・児が家で生活するための担当者検討会議に相談員やセラピストが出席し連携したり、家でのリフト導入に向けてセラピストが訪問し、移乗・移動などの指導・助言をするなどの支援を行っています。	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	
A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 a
(コメント) ■家族等には広報紙「べるベルデ」を通して、施設の情報発信を行うとともに、家族説明会の実施やファミリーカンファレンス、カフェベルデ等を行い家族からの相談のほか、連携・交流を図っています。また、地域支援としてファミリーサポート事業を通して、家族支援を行っています。 ■面会時の相談も多く、医療的な面は医師や看護師、セラピストが対応し、生活面は生活支援員や相談員が対応し、家族支援を行っています。	

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-（１） 発達支援		
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）	■障がい児が毎週火曜日に療育保育とりハビリ訓練を受けています。また、日常動作や自立生活を支援するために個別活動の実施や、子どもが楽しめる行事を行っています。 ■保育の一環として、他保育園の園庭開放への参加や重心施設のつぼみ園やもず園の園開放に参加し、そこに職員が付添ったり、家族が参加する場合もあります。 ■専門職として心理士を配置し、日常の支援は保育士を主に生活支援員、セラピストと連携して支援しています。	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-（１） 就労支援		
A-4-（１）-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	—
（コメント）	評価対象外の事業です。	
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。	—
（コメント）	評価対象外の事業です。	
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。	—
（コメント）	評価対象外の事業です。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	
調査対象者数	人
調査方法	

利用者への聞き取り等の結果（概要）

--

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