

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

### 1 評価機関

名 称	一般社団法人岡山県社会福祉士会
所 在 地	岡山市北区南方2丁目13-1岡山県総合福祉・ボランティアNPO会館7階
評価実施期間	平成28年10月1日 ~ 平成29年2月28日

### 2 事業者情報

【平成28年12月1日現在】

事業所名称: 津山ひかり学園 (施設名)ひかりの風	サービス種別: 福祉型障害児入所施設		
管理者氏名: 所長 清水和泉	開設年月日: 昭和36年3月1日		
設置主体: 社会福祉法人津山社会福祉事業会	代表者 職・氏名: 理事長 戸室敦雄		
経営主体: 社会福祉法人津山社会福祉事業会	代表者 職・氏名: 理事長 戸室敦雄		
定員: 40人	利用人数: 37人		
所在地: 〒708-0841岡山県津山市川崎1508番地			
連絡先電話番号: 0868-26-1091	FAX番号: 0868-26-4714		
ホームページアドレス: <a href="http://www.tsuyamafukushi.or.jp">http://www.tsuyamafukushi.or.jp</a>	E-mail: hikari@tsuyamafukushi.or.jp		
サービス内容 (事業内容)			
<p>安全で安心できる生活環境の提供と、社会自立を目指して、食事、入浴、排泄など基本的な生活習慣が身につくように支援します。また、学齢期の児童は特別支援学校や地元の学校教育と連携して支援を行います。</p>			
居室の概要	居室以外の施設設備の概要		
1人部屋 3室 2人部屋 7室 3人部屋 2室 4人部屋 9室	静養室 1室 医務室 1室 食堂 1室 調理室 1室 浴室 2室 事務室 2室 洗面所 3室 面会室 1室 便所 6室 倉庫 5室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
保育士	7人	職業指導員	1人
児童発達支援管理責任者	1人	介助職員	1人
看護師	1人	管理栄養士	2人
児童指導員	3人	事務員	1人
心理士	1人	調理員	1人

管理者	1人	
-----	----	--

### 3 評価結果総評

#### ◇特に評価の高い点

- ・中期計画が策定されており、その計画をもとに施設運営がなされています。
- ・公的資格取得や準職員の正職転換を勧める方針がシステム化されています。また、そのことは事業計画書でも強調されています。
- ・評価施設は災害時の福祉避難所となっており、災害時の地域の拠点として貢献しています。
- ・利用者の希望に沿って作業内容を試し、本人にとって一番ふさわしい場所で働いてもらっています。
- ・日常生活の見守りと支援の体制が整備されています。
- ・虐待をなくすための取り組みとして虐待防止チェックシートによるヒヤリングを行っており、また、処分規程として懲罰委員会を設置しています。
- ・苦情解決は、些細な案件も取り上げるとともに、苦情受付から対応、解決の文書をまとめて綴り、職員全員が情報を共有しています。
- ・アセスメントから個別援助計画書、モニタリングまで定期的に作成されており、その内容も全てを網羅されています。
- ・子どもが相談相手を選ぶことができ、相談室や心理室が設置されており、相談しやすい環境が整えられています。
- ・虐待防止チェックシートを利用してヒヤリングが行われています。
- ・子どものエンパワメントの理念にもとづく自活訓練プログラムが充実しています。
- ・各生活場面において、利用者の意思が尊重された支援がおこなわれています。

#### ◇改善を求められる点

- ・中期計画に、最近の動きである「医療的ケア」やかねてからの課題と言える「ボランティア」対策が不鮮明です。一考の余地があります。
- ・設備・備品の一部に整備不十分な箇所や家庭的な雰囲気ではない所があります。施設整備、改修に当たっては特段の考慮が求められます。
- ・利用者家族は日用私物一つ一つの扱いが気になることがあります。また、個人個人の支援状況に不安をもつことがあります。対人援助専門職の行き届いた支援が必要です。
- ・利用者満足の向上に向けた取り組みが不十分です。第三者評価受審や自己評価行い定期的な調査と分析、検討を行ってください。
- ・書類は整備されていますが、共有ができていません。職員会議やミーティングの場を利用して全ての子ども情報を共有してください。
- ・自己評価により、サービス内容について課題を分析して改善に向けた取り組みが求められます。

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・医療的ケア・ボランティア対策については、平成32年の中期マスタープラン改正時期には、法人全体での計画に組み込んでいきたいと考えます。
- ・平成32年度の改修計画を踏まえながら、家庭的な温かみのある居室の改善や工夫をおこないます。
- ・個人の持ち物の扱いには、細心の配慮を行い、保護者への報告や確認を必ず行います。
- ・第三者評価受審や自己評価を定期的に全職員で行うようにし、課題の分析や改善に向けての取り組みを行います。
- ・全ての子ども情報を会議や書類配布等を細やかにし、職員間で情報を共有し、サービスの向上に努めます。

### 5 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	基本理念・基本方針・中期計画は一貫したビジョンと価値観を持っており、成文化されています。
-------	--

1 理念・基本方針	パンフレットなどでは「あかるく げんきに がんばる」などの平易なことばで表現されています。
2 計画の策定	中期計画では重度化・高齢化を見越して親亡き後や看取りまで視野にいられています。 ただし、医療的ケア体制やボランティア対策は不明です。
3 管理者の責任とリーダーシップ	今年度行政指導のあった防犯体制の整備やストレスチェックに対応しています。年度事業計画では、「目標をもった職務」、「専門知識」、「資格取得」などが強調されています。
評価対象Ⅱ	中期計画の策定過程で、経営状況と環境についての把握、分析、検討を行っています。
1 経営状況の把握	
2 人材の確保・養成	複数の退職金制度に加入して職員の退職に備えるとともに、福利厚生センターにも加入しています。資格手当や準職員の正職転換制度により、職員の公的資格取得やキャリア強化を図っています。
3 安全管理	消防計画の他、事故・急性疾患・感染症・その他の緊急事態に備えてマニュアルなどの整備と訓練を、地域連携体制の下ですすめています。 また、ヒヤリハットを収集しリスク管理に当たっていますがKYT(危険予知訓練)は実施されていません。一方、災害時福祉避難所として5名を受け入れることになっています。
4 地域との交流と連携	登下校の見守り、清掃、子供会活動参加など日常的な交流とともに地域交流委員会による積極的な行事交流をしています。 また、地域の障害児のニーズを把握して、「親子教室らっぷあっぷ」を開設しています。
評価対象Ⅲ	綿密なアセスメント、個別援助プログラム、モニタリングがなされています。 また、未来プラン、ケア計画表、支援計画書、などが作成されています。加えて、プライバシー保護や見守りの体制が整っており、子どもが相談相手を選び相談室や心理室も準備されています。保護者からの苦情に設備面ではすばやく対応されています。
1 利用者本位の福祉サービス	
2 サービスの質の確保	自己評価が自分の評価にとどまっています。サービスについて標準的な実施方法は文書化されていますが、見直しについては取り組み中です。また、情報の共有化ができていません。また、内装や設備備品の一部には家庭的雰囲気欠けるところが見受けられます。
3 サービスの開始・継続	法人全体のホームページと、DVDを作成をしており利用希望者に詳しい情報提供ができています。児童相談所からの措置の場合も保護者の了解を得ています。他の事業所への移行に際しては情報提供を行っています。また、退所して1ヶ月後に担当者が様子をうかがいに行っています。
4 サービス実施計画	アセスメントから見えた課題やニーズが支援計画に反映されています。実施計画には課題解決のための目標や対策が策定されており、定期的な見直

の策定	しも行われています。
サービス種別ごとの基準	<p>1. 食事 食事に支援が必要な利用者にはサービス計画書に反映されています。アレルギーや一時的な体調不良で食事について、配慮が必要な場合には給食課に依頼し、細やかな配慮がなされています。食材も地元のもものが使用されています。献立も行事食や季節感のあるものや利用者の希望に沿ったものが出されるなど、工夫されています。また、食堂も個々の利用者の特性に応じて、食事が行えるよう席の配置について配慮がされています。</p> <p>2. 入浴 支援が必要な利用者については、下校後の早めの時間に入浴することになっていますが、他の利用者については入浴する順番や誰と入浴するかなど利用者同士で話し合い決めています。入浴時間以外は事故防止の観点から施錠をしていますが、汗をかいたときなどは職員に申し出てシャワーを利用することができます。脱衣場は、建築構造上の問題から快適であるといえません。</p> <p>3. 排泄 支援が必要な利用者については、サービス計画書に反映されています。排泄のマニュアルも整備されています。建築年数が経っていますが、清掃がなされ清潔が保たれています。</p> <p>4. 衣服 衣服は利用者個々の好みが尊重されています。衣服を購入する際も利用者が希望するものを購入したり、一緒に買いに行っています。</p> <p>5. 理容・美容 地域の美容院を利用しています。利用者は雑誌等を参考に、好みの髪形にしています。</p> <p>6. 睡眠 就寝中、個室で就寝を希望する場合等個々の利用者に応じた対応がなされています。</p> <p>7. 健康管理 保健マニュアルがあり、健康管理や病気、けが、誤薬時等のマニュアルが整備されています。必要時は医療職と連携しながら適切な対応がなされています。内服薬の管理は看護師により管理され、服薬や配薬の支援の際には複数の職員で確認しあうなど、誤薬の防止に努めています。</p> <p>8. 余暇・レクリエーション 利用者と職員が話し合いながら計画を立てています。要望をうまく伝えられない利用者については、職員が計画しています。</p> <p>9. 外出・外泊 利用者と話し合いをし、計画を立て職員の付き添いのもと外出をしています。外泊については定期的に外泊している利用者もいます。また、利用者個々の実情に合わせて、必要に応じて家族に連絡しています。</p>

#### 10. 所持金・預かり金の管理等

金銭管理の規程が設けられ、適切に管理されています。外出時や自活訓練プログラムのなかでは小遣い帳を利用するなどし、金銭管理を学習する機会がありますが、日々の生活のなかで自己管理をする機会の確保については、金銭等を自分で保管する設備等なく十分であるとは言えません。

テレビ等の利用については、利用者同士で話し合いをし、順番に好きなテレビ番組やビデオ等観ています。雑誌や本等についても好みのものを個人購入したり、施設の図書を自由に読める場を提供しています。

評価細目の第三者評価結果(別紙)

## 評価細目の第三者評価結果

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

## Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
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。	○a・b・c
	Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
Ⅰ-1-(2) 理念や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。	a・○b・c
	Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・○b・c

## Ⅰ-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
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・b・c
	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・b・c
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・b・c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員や利用者等に周知されている。	a・○b・c

## Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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・○b・c
	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・○b・c
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・b・c
	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・○b・c

## 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

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・(b)・c
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り組みを行っている。	(a)・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a・b・(c)

## II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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)・b・c
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)・b・c
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・(b)・c
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)・b・c
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)・b・c
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)・b・c
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・(b)・c
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対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	(a)・b・c
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a)・b・c

## II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するため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）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c

Ⅱ-3-(1)-② 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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(1)-③ 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っている。	Ⓐ・b・c

#### Ⅱ-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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・Ⓒ・c
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
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・Ⓒ・c
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。	Ⓐ・b・c

### 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
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・Ⓒ・c
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・Ⓒ・c
Ⅲ-1-(1)-③ 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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(1)-④ 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・Ⓒ・c
Ⅲ-1-(1)-⑤ 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・Ⓒ・c
Ⅲ-1-(1)-⑥ 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・Ⓒ・c



Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）や体罰による人権侵害の防止策や万々に備えての取組が徹底されている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	a・b・Ⓒ
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。	Ⓐ・b・c
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・Ⓑ・c
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・Ⓑ・c

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の上昇に向けた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。	a・b・Ⓒ
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ている。	a・b・Ⓒ
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・Ⓒ
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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・Ⓑ・c
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。	a・b・Ⓒ
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・Ⓑ・c
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・c

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・b・ <b>③</b>
--------------------------------------	---------------

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
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。	<b>①</b> ・b・c
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。	<b>①</b> ・b・c
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・ <b>①</b> ・c

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
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。	<b>①</b> ・b・c
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	<b>①</b> ・b・c
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。	<b>①</b> ・b・c
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。	<b>①</b> ・b・c

## 評価対象Ⅳ 具体的なサービス内容

### Ⅳ-1 日常生活支援

	第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 食事	
Ⅳ-1-(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。	<b>①</b> ・b・c
Ⅳ-1-(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・ <b>②</b> ・c
Ⅳ-1-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・ <b>②</b> ・c
Ⅳ-1-(2) 入浴	

IV-1-(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。	Ⓐ・b・c
IV-1-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・Ⓓ・c
IV-1-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・b・Ⓒ
IV-1-(3) 排泄		
IV-1-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a・Ⓓ・c
IV-1-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a・Ⓓ・c
IV-1-(4) 衣服		
IV-1-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
IV-1-(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。	Ⓐ・b・c
IV-1-(5) 理容・美容		
IV-1-(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。	Ⓐ・b・c
IV-1-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-1-(6) 睡眠		
IV-1-(6)-①	安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-1-(7) 健康管理		
IV-1-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
IV-1-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・Ⓓ・c
IV-1-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・b・c
IV-1-(8) 余暇・レクリエーション		
IV-1-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の要望を考慮し、利用者の嗜好に応じて行われている。	a・Ⓓ・c
IV-1-(9) 外出・外泊		
IV-1-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・Ⓓ・c
IV-1-(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・Ⓓ・c
IV-1-(10) 所持金・預かり金の管理等		
IV-1-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c

IV-1-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a・(b)・c
IV-1-(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、利用者の意志や希望が尊重されている。	a・b・c