

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：ひかりの杜	種別：障害者支援施設	
代表者氏名：所長 後藤真人	定員（利用人数）：60名	
所在地：岡山県津山市川崎1508		
TEL：0868-26-7523	ホームページ： https://tsuyamafukushi.or.jp/office_mori	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成19年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 津山社会福祉事業会		
職員数	常勤職員：27名	非常勤職員：20名
専門職員	社会福祉士：3名	保育士：5名
	看護師：1名	介護福祉士：10名
	高校教員：1名	精神保健福祉士：1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	62部屋（1Fかえで、こぶし）（2Fさくら、かりん、いちよう）	居室、スタッフルーム、浴室、トイレ、防火設備、

③理念・基本方針

関係法令を遵守し、施設入所、生活介護、短期入所事業を行っています。
利用者の意思と人権を尊重し、利用者の立場に立った適切で円滑な福祉サービスを提供いたします。

<基本理念>

津山社会福祉事業会は、利用者が必要とする多様なニーズを総合的に提供し、地域社会の推進に努めます。

<経営方針>

1. 利用者主体の事業体づくり
2. コンプライアンスの徹底
3. 人材育成と専門性の向上
4. 地域への貢献
5. 事業の継続と発展

④施設・事業所の特徴的な取組

あかるくげんきにいきいきと生活してもらえるように取り組んでいます。

2025年度では、利用者の身体機能の低下による怪我や疾病等での救急対応が増加している状況に対応して行くため、医療と連携や日頃から心肺蘇生訓練を行うなど利用者の生命を守るための体制づくりや、利用者が過ごしやすいよう新しい日中活動室の住宅環境整備の検討を行っています。

人権擁護意識の向上のため、定期的にチェックリストやロールプレイを実施し、自己の支援を振り返り、適切な支援に努めています。また、職員間のコミュニケーションを大切にし情報共有の徹底や相談しやすい職場環境づくりに努めています。

支援に当たっては「利用者主体」や「意思決定」を基本に、利用者一人ひとりの思いや特性をくみ取りそれに応じた支援を行ない、利用者がその人らしく日々の生活を楽しみ生きがいを持って過ごせるよう努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年7月1日（契約日） ～ 2025年12月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成29年度）

⑥総評

◇特に評価が高い点

I 福祉サービスの基本方針と組織

「中期マスタープラン」が作成され、法人全体の中長期計画として単年度計画とともに、受審施設全体の経営方針、求められる職員像、サービスの質の向上等が詳細に示されています。また、各種諸規定が適切に文書化されており、法人運営の基盤として十分に運用されています。

II 組織の運営管理

法人全体で一体となって委員会が組織されており、それぞれの機能に基づいて各種会議が定期的開催されています。働きやすい職場づくりをめざした、「福利厚生のおしおり」が作成されており、就業規則に基づく就労・労働・福利厚生に関する事項が職員へ周知されています。有給休暇の消化率や時間外労働の少なさについても、同業種と比べて高い水準となっており、働きやすい職場づくりが進められています。

III 適切な福祉サービスの実施

施設情報について、ホームページやパンフレットだけでなく、福祉展などで施設のパネルを展示するなど、外部に対して広く周知を行っています。ホームページやパンフレットの文字は漢字を使用していますが、写真を多くすることで視覚的に伝わるように工夫しています。また、利用希望者に対しては、施設見学や短期入所などで体験をしてもらっています。その際に、一日のスケジュールなど文書で伝わりづらい場合は、利用者にあわせてイラストや写真を使用して作成するなど、個性を大切にしています。

毎朝、全ユニットの職員が集まり施設全体日誌および保健日誌をもとに朝礼が行われ、利用者の支援内容の共有を図っています。支援内容を共有することで、ユニットが異なってもそれぞれの支援を知ることができ、共通理解につながっています。

A 福祉サービス内容評価基準

権利擁護の取り組みとして、法人全体で「虐待防止委員会」の開催、受審施設内では毎日の「朝礼」、毎月職員会議、ユニット会議が開催されています。個人レベルでは職員の「虐待防止に関わるセルフチェック」を実施するとともに、それを集計したうえで、職員会議で分析や振り返りの時間を設けて、虐待防止に対する意識向上を図っています。さらに、受審施設で権利擁護の年間、月間目標を設けて職員会議で達成状況を振り返るとともに、達成後は目標の再設定を行っています。権利擁護に関する職員の意識向上のため、権利擁護について多角的に取り組んでいます。

利用者家族調査の集計結果では「あなたは困ったときに職員に相談できていますか」の質問で「職員に相談できるし聞いてもらえる」という回答が7割を占めており、利用者が職員に相談しやすい雰囲気づくりに取り組んでいます。

◇改善が求められる点

I 福祉サービスの基本方針と組織

事業計画の利用者およびその家族への周知が課題です。中長期計画・単年度計画ともに詳細な内容が毎年作成・更新されています。利用者には利用者会、利用

者家族には家族会の開催時に、分かりやすい資料を作成して配布したり、ホームページで公開するなど、事業計画の周知方法を検討してはいかがでしょうか。

II 組織の運営管理

職員ごとに、個別に目標管理制度が運用されている一方で、昇進・昇給・昇格は勤務年数の影響が大きく、個々の能力やスキルが十分に反映されていない状況です。今後は、既存の目標管理制度を活用し、貢献度やスキルも給与や賞与に反映する仕組みの検討が望まれます。

III 適切な福祉サービスの実施

業務マニュアル改訂の際、中堅職員は意見表明が行えている一方で、新任職員は意見が伝えづらく、新人職員の意見が反映しづらい状況です。マニュアル見直しの際には、グループワークやアンケートなどで広く意見を聞き取る機会を設けてはいかがでしょうか。

A 福祉サービス内容評価基準

権利擁護について、受審施設だけでなく法人が一丸となり、改善に向けて努力され、「えがおを守る会」が開催されていますが、意見を表明できる利用者が主体となっているように見受けられました。利用者の高齢化・重度化が進む中で意見の表明が難しい利用者の意見も反映できるような配慮を期待します。

健康管理面では、常勤の看護師が「保健担当」としての役割を担っており、服薬確認表を用い一元管理できる体制が整えられています。薬の持ち出しから服薬後までユニットの職員が服薬のチェックを行い、誤薬や飲み忘れ等の事故が起きないように工夫されていますが、負担感が大きいように見受けられます。今後は、事故防止という観点から看護師の負担軽減の工夫を望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価では、法人全体での中長期的な計画策定や、職員の働きやすさを重視した運営体制、利用者への丁寧な情報提供と個別対応など、多くの点で高く評価されました。一方で、事業計画の周知方法や新任職員の意見反映、看護師の負担軽減など、今後の改善が期待される課題も明らかになりました。今後も利用者本位の姿勢と組織的な取り組みを継続していきたいと考えます。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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・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・b・c
<p><コメント></p> <p>理念および基本方針は文書や広報媒体に記載されており、事務所やスタッフルームにも掲示されています。基本方針は法人の理念・経営方針と一体的に作成され、法人の理念との整合性が図られています。また、施設では「重点項目」として単年度方針を毎年策定しています。周知については、年度初めの4月に全職員へ事業計画を配布し、施設紹介や職員会議、新任研修などで唱和しています。一方で、利用者および家族への周知は十分とはいえ、入居時に口頭で説明しているものの、理解しやすい文章を入居時の利用ルール等とあわせて文書化することが望まれます。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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・b・c
<p><コメント></p> <p>「中期マスタープラン*1」が法人全体および事業所の5ヵ年事業計画として作成されており、法人全体の経営計画が示されるとともに、その中に「ひかりプロジェクト*2」として法人が運営する障害者施設全体の経営方針が文書化されています。この事業計画の中では、地域のニーズや福祉サービスのコスト分析が行われています。また、理事会や施設長会では、法人事務局がまとめた利用率などのデータを用いながら、経営状況が共有されていることを文書で確認できました。年度末には、施設長や係長(サービス管理責任者)が中心となって事業報告を作成しています。</p> <p>*1「中期マスタープラン」とは、法人全体の中・長期計画の呼称。 *2「ひかりプロジェクト」とは、「中期マスタープラン」の中で策定されている中・長期計画の、障害者支援分野における計画の呼称。</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・b・c
<p><コメント> 「中期マスタープラン」の中に明記されている「取り組み項目」の「実施期間」の中で、各施設の課題や、その課題に取り組む期間等が明記されています。前述I-2-(1)-①のとおり、改善すべき課題については施設長や係長(サービス管理責任者)から役員に理事会や施設長会で共有されており、職員への周知は職員会議において施設長や係長から報告が行われています。経営課題を職員と共有する際には、経営状況を伝えるとともに、物品購入における削減案など、経営状態だけでなく具体的な対策案も伝えています。</p>	

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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・b・c	
<p><コメント> 中長期計画として「中期マスタープラン」が作成されており、法人の理念や基本方針とともに、施設の方針や目標が明確にされています。前述のとおり、目標達成までの期間や、目標達成に向けた具体的な対策案が職員に伝えられるなど、経営課題の改善に向けて積極的に取り組まれています。また、中・長期計画は5ヵ年計画となっており、来年度はその5年目にあたるため更新作業中とのことで、定期的な見直しが行われています。</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。	a・b・c	
<p><コメント> 単年度の事業計画は中・長期計画を反映した内容となっており、毎年、施設長や係長(サービス管理責任者)が中心となって職員の意見を聞きながら作成されています。事業計画は、理事会や施設長会などで共有されたのち、次年度の事業計画が策定されます。年度初めには事業計画書が職員に配布されています。なお、単年度計画には数値目標が設定されていません。そこで、「中期マスタープラン」や単年度の事業計画を参考にしながら、単年度事業計画に明記のある「重点項目」4つについて、数値目標を設定することを検討されてはいかがでしょうか。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画、単年度計画ともに、毎年12月頃の職員会議にて職員の意見を募り、翌年1月から2月頃にかけて施設長や係長(サービス管理責任者)が中心となって作成され、4月に職員へ配布されています。事業計画の実施状況については、施設長会や管理者会などで報告が行われ、さらに年に数回の内部監査を受けることで実地状況が把握されています。事業計画は、あらかじめ定められた時期や手順に基づいて策定され、中・長期計画については5年に一度の見直しが行われるとともに、単年度の事業計画は毎年、地域の実情や事業の運営状況に基づいて更新されています。</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・b・②
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容が利用者や家族等に十分に周知されていません。利用開始時や家族会などで、利用者やその家族等に必要に応じて口頭で伝えているとのことでした。事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を提示・配布する、広報誌に同封するなど、利用者等がより理解しやすいような工夫をされてみてはいかがでしょうか。</p>	

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
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質向上については、職員の目標管理、自己評価、個人面談が順序立てて実施されています。年度初めに職員がその年の目標を設定し、年度末にはその目標に対する振り返りを自己評価とあわせて個人面談の場で行うことで、一人ひとりの職員の目標管理が行われています。利用者に対しては、毎年9月頃にアンケートを実施し、法人本部が集約した結果を施設長会、管理者会、職員会議で法人内の職員に共有しています。また、権利擁護に関わる事項については、施設の年間目標および毎月の目標を設定し、月末や年度末にはその達成状況を確認し、更新が行われています。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果に基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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>前述 I-4-(1)-①のとおり、目標管理と併せて、年度末には自己評価が行われ、文書化されています。この文書には必ず施設長が確認しコメントを記入する欄が設けられており、意見や次年度の課題等がある場合には、職員会議で共有されています。また、自己評価は、次年度の目標管理に活用されています。さらに、前述 I-4-(1)-①に記した施設の年間目標や月間目標については、職員会議を行う会議録の冒頭に記載されており、常に目標をもって会議が開催できる意識できる仕組みとなっています。また、年間目標については施設の廊下に掲示され、職員や利用者が日常的に確認できるようになっています。</p>	

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
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事務分掌表や広報誌「元気通信」、法人の広報誌「ひかり通信」などにおいて、施設長の思いや経営方針および現在の取り組みが明記されています。また、職務分掌について職員会議で説明するとともに、係長(サービス管理責任者)と連携して職員のフォローを行っています。非常時の権限委任等については、「BCP」(事業継続計画)「感染症BCP」「防災配備体制要綱」等が策定されています。同様に、緊急対応時のための「緊急対応」マニュアルが策定されており、管理者不在の場合でも即時対応できるよう、フローチャートが作成されて事務所に掲示されています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設では、前述 I-4-(1)-②の目標管理制度や権利擁護に関する年間・月間目標設定とともに、「人権擁護に関するチェックリスト」も毎年実施しており、法人本部が集計した集計結果を職員に共有しています。施設長は、法人本部の研修に加え、自立支援協議会の会員として会議に参加したり、岡山県知的障害者福祉協会が主催する「人権擁護研修」に参加するなど、法令遵守の観点から積極的に研修に出席しています。利害関係者との関係においては、10万円以内については施設長に決裁権があり、必要に応じて取引業者の変更を起案し、理事に提案することで、適正な関係の保持が図られています。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、「虐待防止チェックリスト」や目標管理制度、職員の自己評価等を通じて、職員の福祉サービスの質を定期的に確認しています。また、係長(サービス管理責任者)と連携し、職員会議においてケース会議にとどまらず、受審施設全体の福祉サービス向上のための取り組みを実施していることが記録で確認できました。職員へのヒアリングでは、「施設長と係長が一体となって利用者への福祉サービスの質向上に取り組んでいる」という意見がありました。利用者家族調査では、「受審施設から利用者の様子を細かく連絡してもらえる」「施設職員が利用者の情報を全員で共有しており、問い合わせをしてもどの職員でも答えて下さる」といった声がありました。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は理事を兼任しており、障害分野の管理者が集まる管理者会議や法人の施設長会議、理事・事務局が参加する経営会議に毎月出席し、施設の経営状況やサービス提供状況を法人全体で共有するなどして、受審施設の経営において中核的な役割を果たしています。受審施設の経営状況は職員会議等を通じて職員にも共有され、年度初めには単年度事業計画が職員に周知されています。受審施設では福祉的な役職に加えて「係長」という役職が設けられており、施設長不在時や施設長が把握しきれない職員の状況、施設の改善点などを吸い上げる体制が整えられています。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>「中期マスタープラン」の中期経営計画の中で、計画的な人員配置として職員配置基準等が定められています。また、単年度事業計画では職員の採用機会を増やすため、年4回の募集を行うことが明記されています。さらに、法人には採用委員会が設置されており、受審施設を含む法人全体の採用活動は本部が主体となって実施しています。加えて、ホームページには採用情報として、現場で働く職員の顔写真とともに入社に至った経緯、福利厚生、入社後のオリエンテーションやチューター制度について詳細が掲載されています。</p>		

<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント> 「職員の行動基準」で期待する職員像が明確化されており、職員の目標管理制度をもとにした自己評価や個人面談につながっている点は有効な取り組みです。また、職員の自己評価達成度や勤務状況についても法人本部で数値化、文書化が行われています。さらに、年間の研修計画や個別面談における働き方・勤務希望の確認などを通じて、総合的な人事管理と仕組みづくりが進められています。一方で、昇進・昇給・昇格については等級表に基づく勤務年数の比重が大きく、個々の能力や新たなスキルが十分に反映されていない状況です。質の高い目標管理制度と自己評価制度が整備されていますので、今後は勤続年数に加えて職員の貢献度やスキルを給与や賞与に反映させる仕組みを検討してみたいかがでしょうか。</p>	
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント> 職員の就業状況や就業意向については、年度末に全職員を対象とした個別面談を実施しています。また、職員の有給取得状況や時間外労働のデータは本部で集計され、前年度との比較により有給消化率や超過勤務の増減が詳細に分析されていることが文書で確認できました。有給消化率は正職員・臨時職員を含めて約50%、時間外労働は月3～5時間未満となっています。さらに、外部機関によるストレスチェックを実施し、心身の健康ケアが必要な場合には個別に案内を行っています。総合的な福利厚生充実を図るため、受審施設では「福利厚生のしおり」を作成し、職員に配布することで受審施設の福利厚生制度の理解促進に取り組んでいます。また、受審施設の職員で労働組合が組織されており、毎月、賃上げや休暇制度、定年・再雇用などについて法人との団体交渉が積極的に行われています。</p>	
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント> 「中期マスタープラン」や単年度事業計画には「期待する職員像」が明記されており、職員一人ひとりの目標管理の仕組みづくりが行われています。具体的には、各職員が年度初めにその年の目標を設定し、年度末に自己評価を行うことで、職員育成の質を確保しています。また、全職員を対象に自己評価と併せて個別面接を実施し、次年度の異動希望や働き方の変更などを確認しています。職員へのヒアリングでも、この目標管理制度について肯定的な意見が見られました。さらに、受審施設全体の権利擁護に関する月間目標や年間目標を設定し、職員会議の際に目標達成状況を振り返る機会が設けられています。</p>	

<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント> 単年度事業計画の「重点項目」には、期待する職員像が明記されています。職員の教育研修については、年度初めに毎年研修計画が作成され、各職員が研修に参加できる体制が整えられています。また、職員のキャリアに応じて研修計画が毎年見直され、内容が変更されています。さらに、法人では「福利厚生のおしおし」を作成しており、その中に資格取得時の受験料補助や、積極的な教育・研修に関する参加費補助などが明記されています。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・①・c</p>
<p><コメント> 個別の職員に虐待防止チェックシートを記入してもらい、気になる意見を集計・分析した上で、必要に応じて管理者が職員と面談を行うなどの対応を実施しています。また、新人研修に加えて、新たな職員教育の取り組みとして今年からチューター制度を導入しており、法人全体で制度を運用し、チューター会議を開催することで、新人職員や中途採用職員が相互に情報交換や教育内容の共有を行える体制が整えられています。内部・外部研修については年間研修計画が作成され、職員一人ひとりが研修に参加できるよう配慮されています。一方で、施設長へのヒアリングでは「自身の外部研修には今年度参加できていない」とのことでしたので、来年度以降は積極的に外部研修へ参加されることが望まれます。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・①・c</p>
<p><コメント> 「障害部門実習受け入れ要項」がマニュアルとして作成されています。その中で実習の目的や意義が明記されるとともに、実習の具体的な流れ、学生への指導方法、振り返りの方法についても詳細に記載されています。今年度は実習生を計6名、体験実習として受け入れており、職業訓練校の実践者研修の研修者も受け入れています。一方で、指導者に対する研修は現在実施していないとのことでしたので、実習生の指導にあたる職員を対象とした指導者研修の開催を検討してみたいかでしょうか。</p>	

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>「苦情対応規程」を設けており、苦情解決責任者を明記しています。また、受審施設の玄関には、第三者委員および苦情解決責任者、苦情解決のフローチャート等を掲示しています。ホームページには苦情件数が掲載されており、苦情内容については会議で共有するとともに、サービス向上委員会から助言を受けて解決に取り組んでいます。一方で、苦情から解決に至る過程については、件数のみがホームページに記載されているものの、具体的な内容はホームページや施設内で公表していないとのことです。利用者・家族・近隣住民等からの意見受付については、以前は玄関に掲示していたとのことでしたので、今後は苦情解決の透明性を高めるためにも、掲示の復活を検討してみたいでしょうか。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>「職務権限に関する規定」および「組織規程」により、各職務の業務内容と権限・責任を明確に定めています。また、内部統制の強化を目的として内部監査責任者を設置し、「内部監査規程」を整備しています。さらに、社会保険労務士および公認会計士と外部契約を締結し、年数回の外部監査を実施することで、業務運営の適正性と透明性を確保しています。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		a・b・c
<p><コメント></p> <p>「中期マスタープラン」の中期経営計画<2021-2025>に「地域社会に貢献できる法人づくり」について明文化しています。また、受審施設の事業計画の重点項目として「家族・地域・関係機関との連携」を明記しており、利用者と家族の交流場所や災害時の福祉避難所、感染症発生時の療養場所等として設置した「はあもにい」の利活用を掲げています。また、岡山県知的障害者福祉協会主催の「ゆうあい福祉展」やふれあいスポーツ大会実行委員主催の「ふれあい作品展」などにも参加し、作品展示やパネル展示にて施設の理解促進につなげています。また、個別の園外支援では、買い物、散髪、外食など、利用者のニーズに応じて、地域の資源を活用した支援をしています。</p>		

<p>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。</p>	<p>①・②・③</p>
<p><コメント> 法人全体のマニュアルとして「ボランティアの受け入れについて」「職員のボランティア活動について」が明文化され、活動者には「ボランティア活動の合意書」を記入してもらうよう整備されています。ボランティアは法人本部に問い合わせがあり、各施設に依頼が入る流れとなっています。社会福祉協議会主催の夏体験ボランティアの受け入れ実績もあります。また、法人役員によるボランティア活動として、毎月、生花体験講座を開催されています。</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 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。</p>	<p>①・②・③</p>
<p><コメント> 「班別利用者電話帳」があり、緊急連絡先等が一覧となって各ユニットだけでなく、事務所内でも保管管理しています。全員に相談支援専門員がついているため、各事業所との連携は係長(サービス管理責任者)を中心に行われています。津山地域自立支援協議会にも参加し、前述Ⅱ-4-(1)-②のとおり、展覧会などのイベントには関係機関と協力・連携しながら参加しています。また、津山市の地域生活支援拠点連絡会にも委員として年3回程度参加しています。地域生活支援拠点として緊急時の受入・対応を担うため、特に連絡会窓口である行政や事業所とは連携を図ることを意識しています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	<p>①・②・③</p>
<p><コメント> 津山地域自立支援協議会や、地域生活支援拠点連絡会へ参加することで、地域の課題を把握し、検討する機会を得ています。また、「ひかり学園家族の会及び育成事業会」として家族会との行事や会議などにも参加し、地域住民でもある家族からの話を聞く機会があることで、地域の現状を知ることにつながっています。法人全体の理念として「地域への貢献」を掲げており、中・長期計画および単年度の事業計画でも地域貢献に関する項目が明記されています。</p>	
<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	<p>①・②・③</p>
<p><コメント> 新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のため実施を見送っていたイベント「感謝祭」を令和6年度から「ひかりまつり」と改称し規模を縮小しながらも実施しています。また、自立支援協議会と連携し、福祉展などへ作品やパネルを展示し、施設の周知を図っています。受審施設では、地域ニーズに応じて短期入所も受け入れており、地域住民を短期的にも継続的にも受け入れることができる体制づくりを行っています。加えて、地域生活支援拠点として、地域住民の緊急時の受け入れ先となっています。</p>	

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・b・c
<p><コメント></p> <p>基本理念および事業計画などに、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明文化し、またマニュアルも整備されスタッフルームに保管管理し、いつでも見られる環境にあります。毎日、全ユニットの出勤している職員が集まり施設全体日誌および保健日誌をもとに朝礼が行われ、利用者の支援内容の共有を図っています。支援内容を共有することで、ユニットが異なってもそれぞれの支援を知る、共通理解につながっています。マニュアルについて、経験のある職員は新任の時に個人用に貸与されたとの認識がありますが、現在の新任職員からは個人には渡されていないとの声もありました。マニュアルの管理・職員への配布体制について、統一されてはいかがでしょうか。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体で「個人情報保護管理規程」に基づき、「個人情報保護管理委員会」を設置しています。受審施設からも委員として任命された職員が参加し、委員会で話し合われた内容は月1回開催される職員会議で報告しています。また、個人情報保護管理セルフチェックを行う機会を設けたり、個人情報保護通信を発信するなど、法人全体で取り組んでいます。さらに、「職員の行動規準」の基本原則として「プライバシーの保護」「個人情報の保護」を示し、職員の個人情報保護に関する指針としています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者への情報提供について、ホームページやパンフレットだけでなく、福祉展などでパネル展示を行うなど、受審施設の外部に対して多角的に施設情報を周知しています。ホームページやパンフレットの文字は漢字を使用していますが、写真を多くすることで利用希望者に視覚的に伝わるようにしています。また、利用希望があった際には、施設見学や短期入所などで実際に体験を実施しています。その際には、一日のスケジュールや施設のルールなど文書では伝わりづらい場合は、利用者に合わせてイラストや写真を使用して文書を作成するなど、一人ひとりの個別性を大切にしています。</p>		

<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント> 施設内では朝礼や職員会議、ケース記録の回覧を通して利用者の状況を共有しています。サービス開始や変更については、施設職員だけでなく、本人、家族、関係機関と一緒にケース会議を開催します。「サービス利用契約」重要事項説明書および契約書に署名後、内容に変更があった際は必ず「重要事項説明書及び契約書の一部変更について」に内容を追記して、本人及び家族や後見人などの署名を受けています。このように、利用者等に契約内容やサービス提供内容を職員がどのように説明をしたか、本人がどのような対応をしたかなどの経過を、詳細に記録として残しています。</p>	
<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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント> 利用者の移行支援について、事業所の変更や家庭への移行まで本人および家族支援をすること、定期的に連絡を取ること、各機関に本人特性や現状などの引き継ぎを行っています。また、「地域移行等意向確認に関する指針（マニュアル）」を作成し、この指針に基づき支援を開始しています。指針には地域移行等意向確認に関する手順が明記されており、利用者の生活場所、活動場所について（日中活動をする場所）を問う様式を使用して利用者の生活や活動の詳細が確認できるようになっています。さらに、この様式の意向確認の箇所には、サービス移行後も受審施設と本人と一緒に考えていくことが記載されており、サービスの継続性に配慮がされています。</p>	
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・①・c</p>
<p><コメント> 法人全体で年1回利用者アンケートを実施しています。アンケートの集計結果は法人の管理者会議で報告された後、その会議で話しあわれた内容とあわせて職員会議で報告しています。また、月1回利用者で構成された自治会の開催で要望を聞き取りしたり、集団では意思が表明しづらい利用者には、園外支援を活用するなど本人の意思を最大限大切にしながら支援内容を決定しています。一方で、利用者アンケートについて、集計は行われていますが、その集計結果から課題の抽出や分析までには至っていないようでした。集計結果やその内容をどのように活用していくか、集計作業を行う本部機能とともに検討されてはいるかがでしょうか。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体として「苦情対応規程」があり、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の職務などについて明文化しています。苦情申出書、苦情申出受付・経過記録書、苦情受付報告書、苦情対応話し合い結果報告書、改善解決結果報告書、苦情受付整理簿と各種書式が整備され、苦情を受け付けた際のフローチャートも施設に掲示されています。令和6年度、7年度は苦情受付が0件とのことですが、法人内の他施設での苦情を共有することで、職員への苦情解決の意識づけを図っています。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者には施設が発行する広報誌「元気通信」にて、全職員の顔写真と名前を公表しています。利用者の担当職員だけでなく、ユニット全職員で日頃から情報共有を図り、誰でも相談対応できるようにしています。居室が個室であるため、相談がある時は居室で話を聞くこともあります。また、意思疎通が難しい利用者に対しては、普段の生活の中から聞き取り、記録に残しています。さらに、係長(サービス管理責任者)はモニタリング以外の時期もユニットに出入りし、日頃から利用者とのコミュニケーションを図るようにしています。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回利用者で構成している自治会で話し合われた際に、担当職員が答えられることはその場で対応しています。また、自治会で協議された議題は職員会議や朝礼で共有しています。苦情については前述Ⅲ-1-(4)-①のとおり、「苦情発生時のフローチャート」をスタッフルームに掲示して、これらに基づき対応しています。利用者からの相談や意見について、その場で対応できない内容であれば、ユニットリーダーへ報告し、その日のユニットファイル(ノート)に記録し、ユニット内で情報共有を図り対応しています。</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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体で「リスク管理規程」を明文化しています。安全対策委員会を実施し、自主検査チェック表、危険箇所点検表に基づき施設内の点検を毎日実施し、朝礼で共有しています。職員は緊急メールの登録を行い、緊急連絡簿(電話)も作成しています。法人全体で「ヒヤリハット記入マニュアル」も整備され、重大事故を防ぐために軽微な事故でも報告するよう意識づけしています。令和7年6月から熱中症対策を講じることが法的に義務付けられたことを踏まえて、看護職員が中心となり「熱中症対策計画」を作成し、職員に周知しています。</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・b・c
<p><コメント> 法人全体で「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」に基づき、感染症対策委員会を設置しています。また、感染症対策マニュアル、感染症BCPも整備しています。職場内研修の一環として、防護服の着用について看護職員が中心となり実施しています。その際には、参加した職員から「感想と活用」を記入してもらい、振り返りも行っていました。感染症については、環境整備だけでなく、食品衛生、血液・液体・排泄物等の処理について標準的な衛生管理としており、係長(サービス管理責任者)、栄養士、看護師が中心となり対策をしています。</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行っている。	a・b・c
<p><コメント> 法人全体で安全対策委員会を設け、防災計画を作成および防災訓練、避難訓練の実施を行っています。防災訓練ではガスが使用できないことを想定し、薪を使用した炊き出し訓練も行っています。「自然災害発生時における業務継続計画」を作成し、関係機関連絡先リストとして行政機関、医療機関、金融機関、ライフライン、各種業者がわかるように一覧となっています。また、救急蘇生法に準じた通報訓練を実技と講義の研修として行っています。</p>	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果
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。	a・b・c
<p><コメント> 法人全体の理念、「中期マスタープラン」の「ひかりプロジェクト<2021-2025>」に基本的姿勢が明記されています。また、食事、生活、睡眠、作業、家庭連絡など生活支援マニュアルが整備され、スタッフルームに保管管理することで、職員がいつでも手に取り確認が可能です。さらに、24時間全ユニットの動き、支援内容が記載された「ひかりの杜デイリー」を作成し、施設全体の動きが把握できる記録を作成しています。令和7年3月からは、チューター(新人サポート担当)制度実施要綱を整備し、チューターによる新任職員への職場研修を体系化しています。</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。	a・b・c
<p><コメント> 法人全体でマニュアルは見直し、更新を行っています。マニュアル見直しの際には、職員会議や朝礼などで職員から意見を集約しています。マニュアルが改訂された際は印刷し、マニュアルの差し替えを行い、常に最新の情報にしています。中堅職員は意見だけでなく、新任職員の意見も反映できるよう、マニュアル改訂の際にはワークショップやアンケートなど職員に広く意見を聞き取る機会を設けてはいかがでしょうか。</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・b・c
<p><コメント> 運営規程の「サービス計画作成等」に、サービス計画作成業務に関する事項を明文化しています。この規程に則り、係長(サービス管理責任者)が面談や日常生活での会話を通してアセスメントを行っています。意思疎通が難しいなど配慮が必要な利用者によってはサービス管理責任者が担当職員、ユニットリーダーに依頼してアセスメント作成の一部を担ってもらうことがあります。サービス管理責任者は日頃からユニット内を出入りし、利用者の状況把握および職員とのコミュニケーションを図るようにしています。</p>	
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・b・c
<p><コメント> 運営規程にて実施状況の把握のため、6ヶ月に1回以上サービス計画の見直しを行うと明記しています。規程とおり、最低6ヶ月に1回はモニタリング、個別支援計画を作成することにしてはいますが、利用者に変化があれば都度変更をしています。モニタリングやアセスメントで得た情報は利用者の「支援内容特記事項」に必ず記録として残し、全職員が把握できるようにしています。ユニットごとに月1回ユニット会議が行われ、利用者の支援方法などを検討する機会があります。</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・b・c
<p><コメント> 法人の障害部門の施設で作成した「字句の表記について」をもとにサービス実施記録が作成されています。記録はシステムデータ上の「支援内容特記事項」、紙ベースで「個別サービス支援日誌」に記載します。日常の支援中はユニットごとに記録方法は異なりますが、ノートやファイルへの手書きで都度引き継ぎや共有事項を記載していき、夜勤者がシステムに記録として入力し、必ずユニットだけの情報共有にとどめず、全職員に共有できるような仕組みを作っています。「個別サービス支援日誌」は毎月末に利用者本人に内容を確認してもらい、同意の署名をもらっています。</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・b・c
<p><コメント> 法人全体で「個人情報保護規程」「特定個人情報取扱規程」を整備し、情報システムへのアクセス制限や情報漏洩の防止について明文化しています。また、「情報システムの運用管理に関する規程」も整備しています。日々の利用者への支援をしながら記録を残すことについて、情報システムへ入力する時間、ノートなどに手書きをする時間とを分けて、最終的には情報システムに記録が残るよう工夫しています。</p>	

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その2：内容評価項目

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-1-(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・b・c	
<p><コメント> 毎月ユニットごとに「自治会」が開催されています。会議は利用者が主体となり会長や書記役も務めており、個々の利用者の前月の振り返りや今月の目標を決めたり、月の行事の内容や役割分担を決めています。職員は同席しますが、見守りをしながら必要時に助言を行っています。また、スーパーの移動販売が施設に来た際には、職員と一緒に嗜好品や衣服を購入しています。さらに、毎月訪問散髪を実施しています。地域の理髪店に行きたい場合でも対応できるようになっており、利用者の自己決定が支援されています。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
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・b・c	
<p><コメント> 身体拘束については、利用者の個別支援計画のモニタリング時に「身体拘束及び行動の抑制についての同意書」を用いて利用者に説明し同意を得ています。身体拘束が一時的にやむを得ない場合、ケース記録に記載し朝礼や職員会議で共有するとともに、毎月「身体拘束検討委員会」や「身体拘束適正化会議」の中で、身体拘束の適正な判断であったかを振り返る機会を設けており、身体拘束を含む行動制限の最小化を図る取り組みが見られます。そして、身体拘束を行う際の手順を定め、やむを得ず一時的に行う際の状況と時間などの記録は、規程やマニュアルに則り、個別支援計画書などに適切に記録、記載されています。虐待防止の主な取り組みとしては、法人全体で「虐待防止委員会」の開催、受審施設内では毎日の「朝礼」、毎月職員会議、ユニット会議を開催されています。個人レベルでは、「虐待防止に関わるセルフチェック」を実施するとともに、それを集計したうえで、職員会議で分析や振り返りの時間を設けて、虐待防止に対する意識向上を図っています。さらに、受審施設で権利擁護の年間、月間目標を設けて職員会議で達成状況を振り返るとともに、達成後は目標の再設定を行っています。</p>		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の自律・自立生活を目指し、利用者の居室は利用者自身で掃除・片づけを行っており、利用者ができることと支援が必要なことを個別に支援されています。また、利用者が自主的にトイレや廊下等の共有部分の掃除を希望した場合も、職員は見守り、利用者が困ったときには声掛けを行うという場面がみられ、利用者の自律・自立生活を目指す姿勢がみられました。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や特性に応じ、職員との相談場面や日中活動を選ぶ際には、言葉だけではなく絵カードなど使用し、言語能力やコミュニケーション能力に課題がある利用者が視覚的に訴えを示す事ができる「気分表」や「活動メニュー表」を提示しています。また、他の利用者があると意思表示が難しい利用者のために、居室で個別に面談を実施するという工夫がされています。</p>		
A-2-(1)-③	利用者の意思を尊重する支援としての相談等適切に行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者家族調査の集計結果では「あなたは困ったときに職員に相談できていますか」の質問で「職員に相談できるし聞いてもらえる」という回答が7割を占めており、利用者が職員に相談しやすい雰囲気づくりに取り組んでいます。相談内容については、ユニット会議や職員会議を通じて、ユニットリーダーと係長(サービス管理責任者)に共有され、個別支援計画に反映されている様子が会議録や日誌、ケース記録などで確認できました。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画や施設の年間計画や園外支援計画、ユニットの行事計画により、遠足、買い物等の外出支援の計画がなされています。また、ユニットごとに日中活動のメニューの一覧を用意して利用者を選んでもらい、希望の活動に参加するという工夫もされています。</p>		

A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 障害の程度によりユニットが分かれており、行動障害の程度により居室のドアが壊れないように特注の素材のものに置き換えるなど、個別の環境調整が行われています。職員は「岡山県強度行動障害支援者養成研修」等の専門研修の参加や社会福祉士の資格取得に取り組んでおり、専門知識の習得と支援の向上を図っています。</p>	
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・b・c
<p><コメント> トイレと浴室が隣接し扉でつながっており、排せつ失敗時にもすぐに入浴できる工夫がなされており、さらに入浴は毎日できることから、利用者の清潔が保持されています。食べる量も利用者にあわせて調整できるようになっています。月に2回食事中に管理栄養士が訪問してアセスメントを行い、実際に食事をしている姿勢や食事量などを確認して栄養ケア計画に反映されています。訪問時には、利用者から希望メニューや要望を聞き取り、月2回「リクエスト食」として利用者全員に提供しています。</p>	
A-2-(3) 生活環境	
A-1-(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・b・c
<p><コメント> 利用者の居室は全て個室であり、利用者が希望する物の持ち込みは自由です。調査員がいくつかの居室を見学した際には、利用者ごとに自分の好きな物品が持ち込まれており、利用者自身が安心して過ごすことができる環境を自分で整えることができているようすが確認できました。また、入浴は毎日できるため、利用者の清潔が保たれています。利用者の食事に関する協議の場として、毎月の給食委員会や3ヶ月に1回の栄養ケア会議を実施しています。さらに、看護師等の意見を取り入れながら、利用者の体調に応じて個別に配膳を行うなど、利用者の安心・安全に配慮した取り組みが行われています。</p>	
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・b・c
<p><コメント> 利用者の個別的な目標管理について、利用者の個別の生活の状態を日々の支援の中で確認しながら、利用者のニーズに基づき、個別支援計画に反映しています。具体的には、原則6ヶ月毎にモニタリングを行い、支援を見直し、決定しています。計画内容に関しては、生活上の困難があればそれを克服するための生活訓練を考え、できるだけ自立的日常生活を送るための支援を心がけています。器具や用具による生活訓練だけでなく、生活行動そのものが訓練となるような指導も行われています。</p>	

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者対応のための「緊急時マニュアル」が整備されており、マニュアルに基づいた対応がなされています。また、利用者の「病名一覧」「疾患一覧表」が個別に整理されており、利用者の疾患や服薬の記録などもまとめられています。加えて、「救急カード」もあり、救急搬送時に持参すれば既往歴や服薬状況が他の医療機関に迅速に情報共有できるよう整備されています。利用者に体調不良者がでた場合には、医務室に隔離するとともに静養と看護師による状態把握がおこなわれています。</p>		
	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>常勤の看護師が「保健担当」としての役割を担っています。服薬については、看護師が服薬確認表を用い一元管理できる体制を整えており、薬の持ち出しから服薬後までユニットの職員が服薬のチェックを行い、誤薬や飲み忘れ等の事故が起きないように工夫がなされています。看護師が受診日の日程調整や通院同行支援、服薬管理、健診や予防接種の調整など施設長や係長(サービス管理責任者)の協力を得ながら行っています。「保健委員会」や「安全衛生委員会」などの利用者の健康管理や緊急時対応に関する会議については、昨年度までは随時開催でしたが、今年度から月1回開催実施しており、利用者の健康管理面、緊急時の対応面の取り組みがなされています。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアで生け花講座が開催されており、希望者は自由に参加できます。日中活動のメニューの中には、数字や言葉の勉強メニューも含まれており、学習の機会になっています。施設内で行われている生活介護の作業にも希望すれば参加することができ、職員の見守・助言のもとで作業を通じた社会参加の機会もあります。また、法人全体で11月頃に開催されていた「ふれあい感謝祭」は、コロナ禍で中止が続いていましたが、2024年度からは規模を縮小して「ひかりまつり」として開催されています。利用者とともに地域住民が参加するバザーもあり、利用者の地域交流が積極的に行われています。</p>		

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。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>入所している利用者が受審施設から地域での生活を希望されたときは、同法人内の事業所に限らず他施設とも連携し、見学や体験利用を行っているケースが確認できました。また、一人暮らしをしたいという希望がある利用者には、利用者本人と担当職員とで一人暮らしのために必要なスキルを話し合いながら、調理実習や買い物体験等を行うなど、段階的な地域生活への移行支援が行われています。さらに、今年度から試験的に地域移行責任者を置き、積極的に利用者の地域生活への移行に取り組まれています。</p>	
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。	②・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の家族等への連絡は、基本的に担当職員から行っていますが、状況により係長（サービス管理責任者）、施設長から行う場合もあります。連絡は、通院の調整、緊急時やトラブルの発生時の報告のみならず、日々の利用者の状況も伝えるよう配慮がなされています。利用者の家族等からの意見を直接聞く機会として、「家族の会」の総会や役員会に出席しています。利用者家族調査では、「何かあればすぐ連絡してくれる」「健康状態、体調不良の時はすぐに連絡がある」などの意見が多数ありました。</p>	

A-3 発達支援

	第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援	
A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>※評価非該当</p>	

A-4 就労支援

	第三者評価結果
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>※評価非該当</p>	

	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。	a・b・c
<コメント> ※評価非該当		
	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。	a・b・c
<コメント> ※評価非該当		