

(別紙)

# 評価細目の第三者評価結果（障がい者・児）

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 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・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
〈コメント〉 理念、基本方針は明文化され、携帯用小冊子を作成して全職員に配布されて周知が図られています。施設内に掲示されていますが、利用者や保護者への周知が不十分のため、掲示場所や方法の工夫が求められます。	

### 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
〈コメント〉 社会福祉事業の全体の動向は、法人本部から経営会議や運営会議で共有し、経営状況が把握分析されています。職員への共有、浸透を期待します。	
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)・b・c
〈コメント〉 法人本部、いなば園、寮へと降りてきた組織マネジメントシートを作成し、職員が把握、改善すべき課題に向けて取り組みを進めています。	

### 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
〈コメント〉 第六次中期計画が作成されています。現在、第七次中期計画を管理職を中心に取り組み、近々素案が示される予定となっています。いなば園の虐待防止計画は一部修正されました。	
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
〈コメント〉 単年度計画は、中長期計画の内容が反映されています。各部署で寮長が作成するマネジメントシートが単年度計画として作成されています。	

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。	a・b・ <b>③</b>
〈コメント〉 マネジメントシートは半年で見直しを実施していますが、今後、全職員参画のもと、事業計画等の策定が求められます。		
	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・ <b>③</b> ・c
〈コメント〉 行事計画を中心に、利用者に合わせて伝えています。更に、障害特性を考慮し、月単位で伝えたり、カレンダーや写真、イラストを使うなど工夫して伝えられています。行事以外の項目についても、利用者へ伝えることが望まれます。なお、保護者へは保護者会や郵送等の場を用いて伝えています。		

#### 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。	a・ <b>③</b> ・c
〈コメント〉 マネジメントシートの見直し、評価は寮長のみが行っており職員全体での分析・検討が不十分です。個人目標シートが作成、年6回の面談を交えた確認が実施され、職員の質の向上に向けて取り組まれています。今回の第三者評価を参考に、組織として定期的な自己評価の取り組みを期待します。		
	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。	a・b・ <b>③</b>
〈コメント〉 評価の結果や取組みをとおして、寮内で話し合いをされているようですが、記録として整理し、全職員と課題を共有し、改善に向けて検討、取り組むことが望まれます。		

## 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
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・ <b>③</b> ・c
〈コメント〉 寮長は、自らの役割について広報誌において表明しています。職務分掌が文書化されていますが、有事や不在時の権限委任は記載されていません。		
	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。	<b>③</b> ・b・c
〈コメント〉 寮長は、本部より遵守すべき法令の情報を入手して職員に伝達しています。法人本部やいなば園より提供された法令のデータは、グループウェア等で共有されています。		

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・ <b>(b)</b> ・c
〈コメント〉 マネジメントシートを基に個人目標シートを作成、年6回の個人面談を実施し職員のサービスの質に関する把握するよう、努められています。		
	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・ <b>(b)</b> ・c
〈コメント〉 人事、労務について職員面談等で状況を把握し、本部へ報告して職員の働きやすい環境整備に尽力されています。		

## 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。	<b>(a)</b> ・b・c
〈コメント〉 必要な人材確保について、法人本部に申し出、法人のホームページやハローワーク、求人広告、人材派遣会社、大学への働きかけ、実習生の受け入れなど、努力されています。離職対策として、働きやすい職場づくりが進められています。		
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<b>(a)</b> ・b・c
〈コメント〉 法人本部として、人事基準や人事考課の仕組みが整理、運用されています。人事考課の内容は、共有フォルダで職員へ共有されています。管理者との面談、自己申告シート、異動希望などで職員の意向を確認をしています。期待する職員像として、三重県厚生事業団職員行動指針が策定され、全職員に周知が図られています。		
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。	<b>(a)</b> ・b・c
〈コメント〉 働きやすい職場環境づくりに取り組まれています。定時帰宅を促し、産休育休は男性も3ヵ月取得、年休10日の取得を目指しています。福利厚生も充実しています。メンタルヘルスについては、ストレスチェックを全職員、外部業者に委託し相談しやすい窓口を設けています。		
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・ <b>(b)</b> ・c
〈コメント〉 研修には、正規、非正規に関わらず参加できる体制になっています。個人の研修計画は策定されていませんが、個人目標シート、個人面談によりそれぞれに合った研修参加を呼び掛けています。		

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・c
〈コメント〉 法人として、研修の計画が策定され、計画的に実施されています。外部で行われる研修は、情報共有され、必要に応じて受講を指示しています。法人として導入しているサポートカレッジにより動画配信研修が行われています。	
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。	㉠・b・c
〈コメント〉 法人として、研修の計画が策定され、計画的に実施されています。外部で行われる研修は、情報共有され、必要に応じて受講を指示しています。法人として導入しているサポートカレッジにより動画配信研修が行われています。	
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。	㉠・b・c
〈コメント〉 実習生は法人全体として受け入れ、対応マニュアル、誓約書も法人として整備されています。今後、資格に応じた実習生受入マニュアルの整備を期待します。	

### 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 ㉠・c
〈コメント〉 法人ホームページ、広報誌などで事業計画、監査、決算報告などの様々な情報が公開されています。苦情対応内容は公開されていません。	
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 ㉠・c
〈コメント〉 内部監査や行政による指導監査は行われていますが、今年度の外部監査は行われていません。	

### 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 ㉠・c
〈コメント〉 地域交流として納涼祭、ふれあい祭を開催し、近隣の小学校との芋ほりをするなど交流を広げるための取り組みを、いなば園として実施されています。地域のコンビニを利用するなど社会資源を利用していますが、地域の社会資源を利用者に伝えるためのマップ等を作成する等、更なる工夫が期待されます。	

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉  法人としてボランティア対応マニュアルを整備し、清掃、花壇整備の園芸、喫茶店業務のボランティアを受け入れています。  また、いなば園として、周辺の学校への出前講座を担っています。</p>	
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉  社会資源連絡先一覧は、緊急時のみ掲示されています。その他の社会資源については、携帯電話の連絡先リストで検索することが多く、携帯電話以外で職員全体での共有できるように整備が求められます。近隣の社会福祉施設との連携が図られています。</p>	
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・b・c
<p>〈コメント〉  いなば園として今年度から地域連携推進会議が年2回実施され、行政、近隣自治会、保護者等が出席し、地域の福祉ニーズ把握に取り組まれています。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉  いなば園として近隣の小学校と交流し、障がい者が楽しめるゲームを考案したことに対する専門職としてのアドバイスを行い、地域に専門性を還元する取り組みを行っています。寮として福祉避難所に指定されていることについて、地域や職員への周知が求められます。</p>	

### 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〉  倫理綱領は掲示されていますが、職員の目につきやすい所に掲示することが求められます。支援手順書は利用者ごとに写真を用いて整理され、支援方法の統一がなされています。利用者理解を目的に勉強会が実施されています。各寮に配置された虐待防止マネージャーが中心となり、月1回の職員会議で虐待防止・権利擁護を守るための話し合いがされています。</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〉  プライバシー保護に関するマニュアルは整備されていません。日常支援マニュアルにプライバシー保護に関して記述されていますが、内容が不十分です。居室について、利用者は全員が個室でプライベート空間の確保がされています。扉が無いトイレがあり、プライバシーへの配慮が不十分な状態です。早急な改善が必要です。</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
〈コメント〉 相談支援事業所と連携しながら、利用希望者や家族へ情報提供が行われています。希望者には、見学、体験入所等の受入体制が整えられています。		
	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 ● (b) ● c
〈コメント〉 サービス開始、変更時に利用者に対してイラストや写真などを使用し、解りやすく丁寧に説明されています。一方、これらの際の手順書の整備が求められます。		
	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。	a ● (b) ● c
〈コメント〉 サービス変更や移行に関して、決まった対応手順がありません。円滑な移行や変更に向け、相談支援事業所と連携を取るようになっています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
	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 ● (b) ● c
〈コメント〉 いなば園として、家族、利用者、それぞれにアンケート調査や嗜好調査を年1回実施し、分析されています。その結果により、給食委員会でのメニューの見直しに繋がっています。今後、利用者から幅広い意見を募れるような内容や、方法の工夫されることを期待します。		
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 ● (b) ● c
〈コメント〉 いなば園として、苦情解決マニュアルは整備されていますが、体制についての職員への周知が不十分です。苦情解決についてのポスターが掲示され、重要事項説明書にも記載されています。苦情内容及び解決結果について、公表されていません。		
	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 ● (b) ● c
〈コメント〉 相談相手や場所を選択できるなど、柔軟に対応できるようになっています。相談や意見は、家族会（寮単位で実施、年3～4回）で報告されています。		
	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。	a ● (b) ● c
〈コメント〉 利用者からの相談や意見について、ケース記録に記入し、職員間で共有できるようになっています。相談や意見に対しては、ケース担当の職員が対応しています。慣例的に対応されていることから、手順を明確にすることが求められます。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>いなば園として、事故対応マニュアルが整備されています。毎月、リスクマネジメント委員会を開催し、事故報告やヒヤリハットの発生報告がなされ、再発防止に取り組んでいます。事故報告やヒヤリハットは、全職員に周知されています。毎年、管理職を対象にしたリスクマネージャー養成研修に参加されています。防犯カメラを寮内に設置していますが、そのモニターは一部の職員のみが確認できるようになっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>感染症対策マニュアルも整備され、今年度見直しもされました。感染対策委員会、衛生委員会、医療連携会議が定期的で開催され、感染予防に取り組まれています。感染症対策用品が常備されています。サポートカレッジや看護師による職員研修にも努められています。</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 Ⓑ c
<p>〈コメント〉</p> <p>家具の転倒対策がされています。避難時の持ち出し袋やヘルメット等の準備について、対策が必要です。今後、BCPに対応した訓練を行い、課題把握と改善が求められます。福祉避難所として指定されていることから、寮としての取組みについて、理解と周知が必要です。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>日常生活支援マニュアルや、利用者ごとに支援手順書が整備され、統一した支援が提供されています。チェックリストを設け、統一したサービスが提供できるよう、努められています。</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 Ⓑ c
<p>〈コメント〉</p> <p>マニュアル担当を設置し、概ね3カ月程度で複数人で話し合い、その内容を職員へ周知している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者との日常の関りの中で意向を汲み取っている。作成の一連のプロセスに則り、個別支援計画が作成されています。</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・Ⓒ
<p>〈コメント〉</p> <p>評価やモニタリングの時期について解る資料を設けていますが、個別支援計画の作成や評価、見直しに関するマニュアルが整備されていません。マニュアルは整備されていませんが、半年に一回、担当職員を中心に見直しが行われています。緊急時には随時、見直しがされています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>業務用ソフトを利用し、利用者の支援状況を記録しています。記録の書き方に差異が生じないように、ソフト会社のマニュアルが共有され、また寮長が確認して必要に応じて記載方法の修正を指示しています。</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 Ⓑ c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人で定められた個人情報保護規程や文書管理に関する規程が定められています。記録の責任者は寮長となっており、個人情報の研修や情報セキュリティの全体研修が行われています。データサーバーへアクセスするためのパスワードは各職種ごとに決まっております。3ヶ月ごとに変更されています。また、データサーバーはいなば園で管理されています。個人情報の書類管理を適切に行われることが望まれます。</p>		