

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※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。 | Ⓐ b・c |
| 〈コメント〉 理念や基本方針が明文化され、職員に対して周知し理解を図っています。利用者や家族への周知については、分かりやすく伝わるようにさらなる工夫をされることを期待します。 | | |

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。 | Ⓐ b・c |
| 〈コメント〉 法人の組織や各種研修会、行政からの資料などから情報収集し、多機能事業所としての経営状況が把握・分析されています。 | | |
| I-2-(1)-② | 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | Ⓐ b・c |
| 〈コメント〉 課題を把握し、改善計画を作成されていますが、職員全体に周知・理解が進み、具体的に担当者が実践できるよう工夫されることを期待します。 | | |

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。 | Ⓐ b・c |
| 〈コメント〉 いなば園としての中長期計画は策定されていますが、工房いなばの経営に関する事業計画や収支計画が具体的に示されることを期待します。 | | |
| 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。 | Ⓐ b・c |
| 〈コメント〉 中長期計画の内容を反映した単年度計画を毎年作成されています。 | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 事業計画の策定や見直しなどの手順については、関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みがありますが、明確に表されることを期待します。 | | |
| 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 Ⓑ c |
| <コメント> 行事計画のみならず、作成されている事業計画を、利用者や家族等に周知されるよう工夫されることが望まれます。 | | |

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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 福祉サービスの質の向上に向けて、人事考課制度や第三者評価の受審など組織的にPDCAサイクルに基づき取り組まれています。スタッフ会議を行い、職員全体で月1回サービスの状況を確認されています。 | | |
| 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・c |
| <コメント> 取り組むべき課題を明確にし、非常勤職員への研修やヒアリングを行うなど、改善に取り組まれています。 | | |

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 施設長は、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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 法人規程や職務分担表などが作成され、有事の際の権限委任についても規定されています。広報誌等でも責任者としての立場を表明されています。 | | |
| 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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 法令に関しては管理者として随時情報収集しており、職員への周知については、各自のパソコンのネットワークを活用し適宜把握できるように整えられています。 | | |
| 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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員に対して給付費の仕組みや法令についてなど積極的に教育・研修に取り組まれています。 | | |
| 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。 | | Ⓐ b・c |
| <コメント> 利用率や工賃の推移を把握・分析し、委託事業の増加や喫茶チケット、自主製品の販路拡大など、経営の改善や業務の実効性の向上に努められています。 | | |

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・c |
| <p>〈コメント〉 人員確保については、法人全体で計画的に取り組まれています。人材確保のプロジェクトチームに若い職員の意見を取り入れたり、資格取得の一時金を支給するなど工夫されています。</p> | | |
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 法人としての理念や基本方針を踏まえ、期待する職員像が描かれています。人事考課制度も評定ガイドラインが設けられるなど仕組みづくりがなされています。</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組んでいる。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 働きやすい環境整備については、法人として取り組まれており、また工房いなば内においても職員同士が協力し合い、働きやすい職場づくりに貢献されています。</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。 | | |
| 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。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 人材育成プログラムが作成されており、プリセプター制度による新人職員への教育制度などに取り組まれています。個別の育成状況についても、人事考課制度の中で確認できるようになっています。</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。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 法人として策定された人材育成プログラムに則って、教育・研修が実施されています。工房いなばでは、チェーンソーの研修受講を促すなど、事業所として独自の研修を受ける機会も設けられています。</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。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 法人内でキャリアパスの仕組みがあり、法人職員全員に基本研修があります。また、自己評価表や希望調査票を用いて、意欲を高めながら一人ひとりに合わせた研修に参加できるよう配慮されています。</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。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉 いなば園として実習受け入れマニュアルが整備され、「実習の手引き」を作成・配布しています。工房いなばとしての実習生受け入れ体制を整備されることを期待します。</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。 | | Ⓐ b・c |
| <p>〈コメント〉 事業所の理念や基本方針、事業計画・報告、予算、決算情報等はホームページ等を活用して公開されています。苦情・相談など福祉サービスの質の向上に関わる情報を公開することが望まれます。</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。 | Ⓐ b・c |
| <コメント> 内部監査、外部監査が定期的に行われています。監査結果は、職員にも周知されています。 | |

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。 | Ⓐ b・c |
| <コメント> 工房いなばとして積極的に地域交流を図っています。また、清掃ボランティア活動を行い、地域貢献にも力を入れています。 | |
| 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・c |
| <コメント> いなば園のボランティア規約に基づいて受け入れを行っています。工房いなばでは、作業内容に応じたボランティアを継続的に受け入れています。工房いなばとしてのボランティア受入の留意点を整理し示されることを期待します。 | |
| 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・c |
| <コメント> 工房いなばとして必要な社会資源が明確化され、職員間で共有化が図られています。 | |
| 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | Ⓐ b・c |
| <コメント> 工房いなばとして、野菜販売や畑の提供などにより近隣地域の振興活性化に取り組み始めており、今後の取組についても具体的に実施が検討されています。また、市との協議の中で、福祉避難所としての機能を提供しています。 | |
| 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 Ⓑ c |
| <コメント> 相談支援事業所と連携して、多様な相談に対応する体制は整備されています。想定される地域の福祉ニーズに対して、具体的な事業・活動を検討されているため、今後の取組に期待します。 | |

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。 | Ⓐ b・c |
| <コメント> 事務所に倫理綱領を掲示し、利用者を尊重した福祉サービスが提供できるよう取組まれています。権利擁護・虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会も設置され、職員アンケートとともにサービス提供の向上に努められています。 | |
| 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・c |
| <コメント> 日常生活支援マニュアルや職員行動規範に明記され、さらに写真掲載の許可を取られるなど、プライバシー保護については適正に実施されています。 | |
| 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 Ⓑ c |
| <コメント> 相談支援事業所と連携を図り、利用希望者に対して情報提供を行っています。パンフレット配布の充実などにより、事業所の情報を利用者に簡単に知ってもらうことができるよう工夫されることが望まれます。 | |

| | |
|--|--|
| 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 <input checked="" type="radio"/> b c |
| <p>〈コメント〉 重要事項等の説明にあたり利用者や家族などが理解しやすいよう絵を入れた資料などが一部用意されていますが、すべての利用者が理解できるような工夫や配慮が望まれます。</p> | |
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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 <input checked="" type="radio"/> b c |
| <p>〈コメント〉 相談支援事業所と連携して対応できるよう仕組みが構築されています。実施手順や引継ぎ文書を整備することが望まれます。</p> | |
| 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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 サービスに対するアンケートや嗜好調査を実施し、分析・検討の結果に基づいて、利用者満足度の向上に向けた取組が行われています。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 法人として苦情解決に関する体制が整備され、それに基づいて対応されています。苦情は職員内では情報共有化されています。苦情内容及び解決結果等の公表の対象などについて検討され、積極的に公表されることが望まれます。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 利用者担当制を取らず、職員がだれでも相談を受けられる体制が整備されています。また、直通の内線電話と携帯電話から相談できるように工夫されています。意見箱の設置場所については、利用者がより意見を出しやすい場所を検討することが望まれます。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 利用者および家族アンケートを実施するなど、利用者や家族が意見を出しやすい仕組みづくりに取り組まれています。利用者の要望・意見に対しては、終礼で共有するなど対応の流れは決まっていますが、手順が明示されています。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 事故対応マニュアルや虐待防止・虐待時対応マニュアルなどリスクマネジメントに関するマニュアルが整備されています。ヒヤリハットや事故報告書を整備し、全職員で共有し再発防止に努められています。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、感染症に関する研修を受講するなど、職員に周知徹底に努められています。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 防災計画が作成され、定期的に避難訓練も実施されています。食料や備品などの備蓄も適切に管理されています。家具の転倒防止については早急に対応することが望まれます。</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。 | <input checked="" type="radio"/> a b・c |
| <p>〈コメント〉 日常生活支援マニュアルを作成し、標準的な実施方法が適切に実施されています。</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 b・c |
| <p>〈コメント〉 日常生活支援マニュアルについて年1回検討・見直しが行われ、個別支援計画の内容にも反映されています。</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 b・c |
| <p>〈コメント〉 独自のアセスメントシートを作成し、適切に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・c |
| <p>〈コメント〉 サービス管理責任者が中心となり、定期的に個別支援計画の評価・見直しが行われています。入退院など緊急な場合にも、必要に応じて計画の見直しが行われています。</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 b・c |
| <p>〈コメント〉 記録内容や書き方についての研修会が実施されています。パソコンのネットワークシステムによって、記録の回覧が実施され、情報を共有する仕組みが整備されています。</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〉 法人として、文書取り扱い要綱を作成し、それに基づき記録の管理が適切に行われています。</p> | |