

みえ福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：スマイルいなば	種別：生活介護、短期入所	
代表者氏名：青木 徹	定員（利用人数）：20名（34名）	
所在地：三重県津市稲葉町3989		
TEL：059-252-1780	<a href="https://www.mie-reha.jp/inabaen">https://www.mie-reha.jp/inabaen</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成28年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人三重県厚生事業団		
職員数	常勤職員： 10名	非常勤職員 4名
専門職員	（管理者） 1名	（看護師） 1名
	（サービス管理責任者）1名	（栄養士） 1名
	（生活支援員） 10名	
施設・設備 の概要	（居室数） 居室 13室	（設備等）浴室、食堂、機能訓練室
		創作活動室、相談室、活動室、ロビー

③理念・基本方針

◇法人の基本理念

一人ひとりの意向を尊重し、自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、その支援に向けた良質で多様なサービスを提供するとともに、県民の高い支持を得る中で、全ての人々が障がいの有無にかかわらず相互に人格と個性を尊重しながら共生する社会の実現に貢献します。

◇施設・事業所の理念

- 一、利用者一人ひとりの人権を最優先し、ライフステージに応じたサービスを提供します。
- 一、専門的技術・経験を核とし、社会生活能力の獲得に重点を置いたサービスを組織的に提供します。
- 一、地域福祉のネットワークの核となり、ノーマライゼーションの実現に貢献します。
- 一、社会環境の変化に即応し、ニーズの先取りと自己改革を図り、健全経営を確保します。

④施設・事業所の特徴的な取組

スマイルいなばは、地域で生活する障がい者、特に強い行動障害のある方も利用できる「生活介護」と「短期入所」の事業を行います。

地域での在宅生活をおくる為に、生活リズムや生活環境を整え、ご家族、関係機関等と連携しながら支援を提供していきます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年11月25日（契約日） ～ 令和 年 月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆法人一貫の事業運営の方向性

「第六次中期経営計画」（令和3年度～7年度）を踏まえて、法人理事長がマネジメントシートを作成して単年度の法人の方向性を示している。それを受けて施設長が「いなば園」全体のマネジメントシートを作成し、さらに管理者（課長）が「スマイルいなば」のマネジメントシートへと展開している。法人一貫の事業の方向性が担保されており、マネジメントシートの取組みが事業計画の実践と捉えられる。

◆コロナ下における地域交流

地域との関わりの重要性は、法人の経営方針や「第六次中期経営計画」に明確に示されている。強度行動障害という利用者の障害特性に加え、近年はコロナ禍によって、地域交流は停滞気味である。それでも可能な限りの関わりを持ち、外食に代えてキッチンカーを呼んだり、他事業所のイベント（芋ほり等）に参加するなどの活動がある。コロナ禍による利用者のモチベーションの低下を防ぐ取組みともなっている。

◆利用者等への説明責任

サービス開始時の「契約書」や「重要事項説明書」の説明はもとより、個別支援計画の説明については、内容の理解を得られやすくするため、特に重要な部分についてはアンダーラインを引いたり、ルビを振ったりしている。加えて、相談支援専門員にもサービスに関する説明を依頼し、利用者のサービス理解をより正確なものにしている。利用希望者に対しても、強度行動障害に特化した事業所であることを情報提供時に明示しており、利用希望者のミスマッチを防いでいる。医療現場でのインフォームドコンセントと同様、良識ある情報提供である。

◇改善を求められる点

◆研修効果の検証

研修委員会が主管して研修が実施されており、コロナ禍によって、今年度はリモート研修や動画配信による「サポーターズカレッジ」が中心となっている。履修後には、研修参加者にアンケートや「復命書」の提出を求めている。しかし、研修が「復命書」で完結し、研修効果が検証されていない。研修で得た職員の気づきや決意が「復命書」に記載されているが、それが支援の現場で活用されたり実践されたか否かを検証し、研修の有効性を確認されたい。

◆苦情情報の公表

「苦情解決マニュアル」は整備されており、特に5W1Hの分かりやすいフォーマットにしている。苦情受付窓口の説明も、契約時に口頭で適切に行われている。課題は、受け付けた苦情の内容や解決結果の公表がなされていない点である。「苦情解決規程」には、「事業報告書、広報誌にて公表する」旨の定めがあるが、いずれにも苦情受付や解決に関する記述がない。苦情がないのであれば、「苦情なし」の事実を公表することが求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

--

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 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。	@・b・c
<p>〈コメント〉            法人の基本理念の下、施設（いなば園）理念、事業所（スマイルいなば）方針へと展開し、支援の難しい強度行動障害や自閉症の利用者の支援に努めている。コロナ禍によって家族等との関わりが少なくなる中、契約時や送迎の際に、折に触れて理念や基本方針に関する話をしている。</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
<p>〈コメント〉            「スマイルいなば」を含む「いなば園」全体の運営会議が毎月開催され、各事業所から課長職（事業所長・寮長）以上の管理職が参加している。ほぼ同じメンバーで毎週報告会議が開催され、事業経営に関する討議が行われている。情報収集と共有、検討、分析等、適切に事業を運営するための仕組みが構築されている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉            喫緊の課題として、コロナ下における収益の確保、働きやすい職場環境の整備を挙げている。利用者や職員にコロナ感染者・陽性者が出ると利用率が下落する結果となっており、「感染者を出さない」ことに注力している。職場環境の整備に関しては、管理者のマネジメントシートに取り上げて取り組んでいる。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉            法人の「第六次中期経営計画」（令和3年度～令和7年度）が策定されており、事業の将来構想を詳細に述べるとともに、5年間の収支予測も添付されている。この中期計画の中に、施設（いなば園）の中期計画が含まれていることから、「スマイルいなば」としての独自の中・長期計画は策定していない。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉  「第六次中期経営計画」を踏まえて、法人理事長がマネジメントシートを作成して単年度の法人の方向性を示している。それを受けて施設長が「いなば園」全体のマネジメントシートを作成し、さらに管理者が「スマイルいなば」のマネジメントシートへと展開している。マネジメントシートの取組みが事業計画の実践と捉えられる。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉  「スマイルいなば」のマネジメントシート（事業計画）に掲げられた取組みは、それぞれに責任者（担当者）を決め、職員個々の「目標管理シート」に取り上げて取り組んでいる。6ヶ月で進捗把握の面談を実施し、年度末に最終評価を行っている。</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・⑥・c
<p>〈コメント〉  利用者の障害特性を考慮してかか、職員は利用者への事業計画等の説明責任を果たそうとの意識は薄い。かといって、代弁者である家族等にマネジメントシート（事業計画）の内容を周知しているとも言い難い。理解力や判断能力に個人差はあるが、支援の主体である利用者に対し、少しでも理解が進むような取組みを工夫されたい。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉  職員個々に事務分掌に従って「年間計画」を作成し、年度末に自己評価を行って「次年度の取組み方向」を定めている。事務分掌の担当が変更となっても、新担当者が「次年度の取組み方向」に沿った「年間計画」を作成している。取組みの継続性が担保されており、確実にサービスの質が向上していく仕組みがある。</p>	
I-4-(1)-② 評価結果にもと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。	@・b・c
<p>〈コメント〉  「年間計画」による計画的な改善のほか、定期的な「家族アンケート」の結果からも改善課題を拾っている。「利用者の持ち物の返却間違い」や「給食メニューの要望」、「誤薬事故」等が挙がっており、それらの多くは「いなば園」内に設置されている10を超える委員会に回付され、改善策が検討される。</p>	

## 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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「運営規程」に管理者の役割と職責が明記され、さらに詳しく「事務分掌表」で具体的な業務内容を定めている。その記述から、管理者（課長）不在時の災害発生等の際には、副課長がその権限の委任先となることが読み取れる。管理者は、年に2回刊行される機関誌「広報いなば」で自らの所信を表明している。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>コンプライアンスに関しては法人事務局が主管である。管理者は研修委員会の委員長を務めることから、研修を通してコンプライアンスに関わりを持っている。特に、令和3年度に発生した虐待事案の再発防止を目的に、また職員意識の向上を目的として、権利擁護・虐待防止委員会と連携して研修を汲んでいる。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>コロナ禍によって計画された活動が制限され、利用者や家族のモチベーションは下降気味である。実際に、通所の生活介護事業は予算通りの利用率とはなっていない。外食の代替として毎月1回キッチンカーを呼んだり、隣接本部棟の喫茶店に毎週1回出かける等、利用者のモチベーション維持・向上に取り組んでいる。</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。	a・①・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事業所の業務は多忙を極めるが、職員の業務負担を軽減して働きやすい職場づくりに取り組んでいる。これは「マネジメントシート」の取組みでもある。サービス残業の撲滅、超過勤務の削減、ストレスチェックの実施等を行い、一定の成果を挙げている。しかし、課長をはじめ一部職員の業務量に偏り（業務過多）がみられ、課題が残る。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>定期採用は法人事務局が主管し、期中の欠員補充は施設（いなば園）の管理課が行っている。事業所（スマイルいなば）としては、管理者や副課長が採用面接に参加するとともに、職員の安定雇用のための定着対策として、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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〉</p> <p>年功序列型のキャリアパスが構築され、3月賞与に反映させる人事考課が「自己申告書」を使って実施されている。キャリアパスや人事考課制度への連動が薄いものの、「目標管理シート」を使用して目標管理が行われている。</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り組んでいる。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>働きやすい職場づくりは、「マネジメントシート」に掲げてある今年度の重要取組み事項の一つである。超過勤務の削減が図られ、有給休暇をはじめ各種休暇は取りやすくなっている。現在、育児休業中の男性職員もいる。しかし、管理者をはじめとして職位・職階による業務量の偏りは改善されていない。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事業所の「マネジメントシート」と連動した「目標管理シート」による目標管理を行い、職員の育成を図っている。期首と期中、期末に管理者と職員との面談が行われ、適切な個人目標を設定した上で進捗状況の確認や終了時評価が行われている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>研修委員会の作成した研修計画があり、職員は計画に沿って研修に参加している。コロナ禍によって、今年度はリモート研修や動画配信による「サポーターズカレッジ」が中心となっている。履修後にはアンケートや「復命書」の提出を求めている。しかし、研修が「復命書」で完結しており、研修効果の検証が実施されていない。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>リモート研修や動画配信による「サポーターズカレッジ」の導入により、職員の研修参加が容易になっている。将来的には、成果主義の要素を含んだキャリアパスが導入される可能性もあり、現行の年度別の研修管理に加え、職員個々に研修履歴を管理することが望ましい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「いなば園」として受け入れた実習生が見学に来ることはあるが、「スマイルいなば」としての受入れやマニュアルの整備はない。強度行動障害や自閉症の利用者による他害行為を考慮した上での判断である。あくまでも安全確保を優先することを前提に、「できない理由」ではなく、「できる方策」を検討してほしい。</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>法人のホームページや事業所のホームページで、様々な情報を提供している。しかし、事業運営の透明性確保の大きな要素である苦情情報に関する取組みが、十分であるとは言い難い。「苦情解決規程」には、「事業報告書、広報誌にて公表する」旨の定めがあるが、いずれにも苦情受付や解決に関する記述がない。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>「スマイルいなば」における金銭に関する決裁権は、一定の金額を限度に管理者にあるが、実際に金銭の出納は「いなば園」の管理課が行っている。決裁権と金銭出納とを、管理者と管理課に分かつことにより、内部牽制を働かせている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>地域との関わりの重要性は、法人の経営方針や「第六次中期経営計画」に明確に示されている。利用者の障害特性に加え、近年はコロナ禍によって、地域交流は停滞気味である。それでも可能な限りの関わりを持ち、外食に代えてキッチンカーを呼んだり、他事業所のイベント（芋ほり等）に参加するなどの活動がある。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ボランティアの積極的な受入れや、学校教育への協力としての福祉体験学習の受入れが、法人の「第六次中期経営計画」に明記されている。しかし、利用者の障害特性（強度行動障害、自閉症による他害行為等）を考慮して、積極的な受入れを行っていない。地域の障害者理解のためにも、積極的な受入れの検討を要す。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の多くが複数の医療機関をかかりつけ医としており、利用者個々のファイルに綴られている。法人でも相談支援事業所を運営しているが、利用開始前からの別法人の相談支援事業所を継続して利用する利用者もあり、常に連携がとれる体制をとっている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>地域の福祉ニーズは、市の自立支援協議会への参加や、法人及び別法人の相談支援事業所との連携の中から取得している。送迎時の家族との会話の中から、福祉ニーズが明らかになるケースもある。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>顕在化している大きなニーズは、利用者に対する「送迎サービス」である。様々な理由から、現時点では「送迎サービス」を開始する考えはない。その代替りとして、利用者に合った「送迎サービス」の代替え案を提示し、極力利用につながるように配慮している。重度障害者に対する短期入所事業も、他に類が少ないためにニーズが高い。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>虐待防止委員会には外部委員が出席し、第三者的視点で施設の委員会の運営が適正に行われているか、確認している。内容的にはビデオ学習の後6人程のグループワークを行い、委員会からの情報共有や落とし込みによって充実したものにしている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「日常生活支援マニュアル」に明記した利用者のプライバシー保護について、職員入職時に書面で配付して説明し、加えて職員各自がパソコンのグループウェアで確認できるようになっている。個人情報の使用許諾は、保護者を交えて利用開始時の重要事項説明時に行っている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>相談支援事業所は隣接のいなば園内にあり、常々相談・報告と連携を密にし、利用希望者への情報提供を適切に行っている。事業所のパンフレットや機関誌は写真を多用し、簡潔明瞭な文章で誰にも分かりやすい。強度行動障害に特化した事業所であることも情報提供時に明示しており、利用希望者のミスマッチを防いでいる。良識ある情報提供である。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>サービス開始時の契約書や重要事項説明書の説明はもとより、個別支援計画の説明については、内容の理解を得られやすくするため、特に重要な部分についてはアンダーラインを引いたり、ルビを振ったりしている。加えて、相談支援専門員にもサービスに関する説明を依頼し、利用者のサービス理解を担保している。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用事業所の変更がある場合には、漏れのない情報の引継ぎを目的に、関係者会議を開催するよう努めており、相談支援事業所との連携を密にしている。関係者会議には、家族や事業所サービス管理責任者、支給権者（市町村）等々の関係者が会して行われている。その手順や引継ぎ文書は、サービス管理責任者と副課長が責任をもって対処している。</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。	a・①・c
<p>〈コメント〉</p> <p>年に1回家族向けにアンケートが行われ、内容の開示もされている。連絡ポーチやメールにより、家族との連絡調整を行い、家族からの意見の吸い上げも行っている。得られた情報は、課長、副課長、サービス管理責任者で共有され、事業運営に反映させている。ただ、利用者参画の下で、満足度検討会議（仮題）を行うには至っていない。</p>		

し

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
<p>〈コメント〉</p> <p>「苦情解決マニュアル」は整備されており、特に5W1Hの分かりやすいフォーマットにしている。また、苦情を受ける以前に家族の意見を汲み取れるよう家族アンケートを実施しており、苦情窓口の説明も契約時に口頭で適切に行われている。課題は、苦情解決の結果の公表である。苦情がないのであれば、「苦情なし」の事実を公表されたい。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者や家族からの相談や意見を受けやすいよう、利用者担当制をとらずにどの職員でも話を受け取れるように配慮している。強度行動障害の利用者の特性に特化したアセスメントの手法を確立し、支援方法や対応の仕方が統一されている。アセスメントの実施時にも、相談や意見を受け取りやすくなっている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>意見箱を設置しつつも、利用者家族からの相談や意見は、即座に管理者に伝わるように職員に徹底している。「いなば園」全体においても、運営会議を通して情報共有がなされている。運営会議で共有された内容から解決策が検討・明示されれば、即座に利用者への支援等が改善され、利用者等に目に見える形で直接回答するという形態をとっている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「いなば園」統一のリスクマネジメントに関する「事故対応マニュアル」や「虐待防止マニュアル」等が整備されている。各事業で生じたリスクを取り纏めて全体討論がなされ、対応策が課長から副課長へ伝達され、現場へ落とし込まれている。職員会議において周知徹底が図られ、強度行動障害に特化されていることで、環境設定がしやすくなっている。</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>医療連携会議や感染対策委員会、衛生委員会を設置し、毎月開催する中で感染予防に取り組んでいる。対応マニュアルは職員に周知されており、詳細な絵図や動画を利用して、ソーニングや防護服の着用の仕方等を説明している。施設の全国組織にて論文発表を行い、最優秀賞を取るなど、職員の業務に対する高い意欲の醸成にもつながっている。</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。	@・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「防災マニュアル」に従って、定期的に防災訓練を行っており、非常時のための食糧や飲料水の備蓄も適切に行われている。また市の福祉避難所としての機能も指定を受けている。周辺地域との防災連携も行われている。</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〉  「いなば園」全体で統一された「生活支援マニュアル」が整備され、かみ砕いたマニュアルも作成されている。「スマイルいなば」独自のマニュアルもあり、写真や図を多用した分かりやすいマニュアルになっている。利用者個人々人に対応したマニュアルもあり、職員の誰もが均一した支援ができるように配慮されている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉  サービス提供に際し、関係者会議により情報共有された内容が、個別支援計画に落とし込みされている。定期的な職員会議においてサービス内容の修正・検討が行われ、職員間での統一的な支援の提供につなげている。標準的な実施方法の定期的な見直しについては、年度末に各職員ごとに係を振り分け、修正案を全体集約している。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉  園で統一されたアセスメントシートは、一日の生活が評価できるようになっている。パソコンを利用して、職員は利用者ごとの計画の流れを確認できる。個別支援計画も手順書という様式により、利用者への支援が一つひとつのアクションとして事細かに記載されている。行動障害への対応を日々積み重ねており、利用者の安定的な生活に結び付けている。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉  毎月の業務の確認を行う中でモニタリングを実施している。モニタリングにおける課題の整理は図式化されており、誰が見ても構造的に解釈できるように工夫されている。利用者個別に3ヶ月や6ヶ月といった法定的な期間を待たずとも、必要に応じて個別支援計画を見直している。短期入所の利用についても鑑みて、毎月見直しが行われるケースもある。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉  法人の「文書取扱要綱」に沿い、記録を作成している。サーバーによる管理から紙面による管理まで、要綱に沿って適切に行われている。パスワード管理により、デジタルデータについては、必要な職員がいつでも読み取れるようになっている。職員の変則勤務も考慮し、情報の漏れを防ぐために、掲示板によるペーパーベースの媒体も活用している。</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。	①・b・c
<p>〈コメント〉  「文書取扱要綱」を基本として、記録の管理を行っている。サーバーへのアクセス権限のパスワードは各職員ごとに取り決めており、パスワードの更新も3ヶ月という短期間で的確に実施している。管理者権限も役職に応じて識別されており、アクセス・閲覧できる情報にも制限が設けられている。</p>		