

### 第三者評価結果

事業所名：ハートフルガーデン川和

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

##### 1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【1】 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
<コメント> 施設の理念、基本方針はパンフレットやホームページに記載され、利用者やその家族だけではなく、利用希望者にも周知する取り組みがあります。職員は、入職時のオリエンテーションで理念や基本方針を伝えられ、年度初めの会議でも定期的に周知しています。そのほか、各ユニットに理念や基本方針を掲示し、職員は日常的に意識する取り組みがおこなわれています。	

##### 2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【2】 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
<コメント> 施設では月齢資料を毎月作成し、施設の課題やコスト分析をおこなっています。さらに、福祉業界全体の動向や地域のニーズについて、高齢者部会や都筑区福祉協議会、川和地区福利ネットワークを通じて地域社会福祉協議会と連携し、把握と分析に取り組んでいます。	
【3】 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
<コメント> 経営環境や実践する福祉サービスの内容について、施設長が事業計画に活動計画・アクションプランを作成し、職員に対して明確に示しています。また毎週、運営推進会議をおこない、経営状況や改善すべき課題を検討・把握・共有し、その都度改善に取り組んでいます。	

##### 3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【4】 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
<コメント> 中・長期的なビジョンは法人で策定し、課題や改善がある場合は見直しをおこなっています。施設では毎月、活動計画の進捗確認をおこない、3か月ごとにアクションプランの見直しをすることで、経営課題や問題点の解決・改善に向けて取り組んでいます。	
【5】 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
<コメント> 単年度の計画には、中・長期計画の内容を踏まえて、法人全体での目的・目標を基にした事業計画を策定しています。事業計画書は施設で作成し3か月ごとに見直しをおこなっています。また、施設では事業計画と別にアクションプランを作成し3か月ごとに見直し、事業計画書とともに計画を定期的に確認・実現できるように取り組んでいます。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。	
【6】 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
<コメント> 施設では、事業計画が各ユニットに掲示され、施設内PCの共有サーバーファイルからも確認することができ、全職員に対して理解を促す取り組みがあります。事業計画の策定と評価・見直しは職員の参画のもと定期的実践していますが、現在はユニットリーダー以上での見直しと評価をおこなっているため、今後は、全職員の意見を集約し、より多くの意見を反映できるように計画を立てています。	
【7】 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。	b
<コメント> 今年度(2023年度)から利用者家族に対して家族会を開催し、今施設がやるべきことや今後の予定を報告することで、事業所の取り組みについて理解を促しています。今後も利用者家族に事業所の取り組みを積極的に発信する予定があります。	

#### 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(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。		第三者評価結果
【8】 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	
<コメント> 施設は、福祉サービスの質の向上に向け、6S(整理・整頓・清掃・清潔・躰・作法)活動に積極的に取り組んでいます。また、職員入職時に6S研修や「おもいやりマニュアル」を活用した研修をおこない、職員の質の向上に努めています。そのほか、法人の経営層が各施設を巡回し、6Sを含む各施設の取り組みを定期的に確認する組織的な仕組みがあります。今後は自己評価を取り入れ、職員一人ひとりの振り返りの機会を設け、さらなる質の向上に期待します。		
【9】 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	
<コメント> 法人経営層の巡回で見つけた課題や評価は、施設内PCの共有サーバーファイルに結果が送られ、課題や改善点を全職員にフィードバックする取り組みがあります。課題や改善点は、運営推進会議にて計画的に改善ができるように職員間で検討されています。今後は課題や改善点に対して検討を継続するとともに、第三者の視点で抽出した課題も踏まえ、改善に期待します。		

## II 組織の運営管理

### 1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
【10】 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	
<コメント> 施設長の役割と責任について、職員の理解を図る取り組みとして、組織図を策定、各ユニットに配布し、明確に示しています。また、災害時の対応マニュアルを各ユニットで整備することにより、有事の際に職員が自ら役割を理解し、行動が出来るよう取り組んでいます。現在は各ユニットでマニュアルの整備が中心となっているため、今後職員が、さらなる理解を深めるための機会を設けられることを期待しています。		
【11】 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。	a	
<コメント> 施設では、遵守すべき法令などの理解を促すため、職員の入職時に行動指針(オリエンテーションブック)の内容や事業の取り組みを伝えています。また、毎年法人で実施する研修にて行動指針や「おもいやりマニュアル」を活用し、定期的に遵守すべき法令を理解するための取り組みを組織的におこなっています。		

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
【12】 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
<コメント> 施設では、福祉サービスの質の向上に意欲がもてるよう、毎年「職場改善調査」を実施し、改善項目の把握と定期的に改善課題を検討しています。それをもとに、職員がより福祉サービスの質の向上に意欲をもち、業務の見直しを定期的におこなうことで、より良い福祉サービスを目指し、ケアの充実につながる取組をおこなっています。	
【13】 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
<コメント> 施設では、経営の改善や業務の実効性を高める取組として、部署の業務と現状把握をおこない、より具体的な行動を指示することで、収入と支出の要因分析を毎月おこなっています。また毎年「職場改善調査」実施し法人での改善会議を通して、職員の働きやすい職場環境の整備に取り組んでいます。	

## 2 福祉人材の確保・育成

(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。		第三者評価結果
【14】 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。	a	
<コメント> 人材の確保について、施設ではホームページや求人媒体、就職フェアなどを活用し、福祉人材の充実を図っています。また、EPA介護福祉士候補者（介護福祉士を目指す外国の就労者）、特定技能の採用とEPA介護福祉士の転職、新卒学生の確保の為に実習生の受け入れを積極的におこなっています。そのほか、毎年策定している事業計画の項目に人材の確保や育成計画を盛り込んで策定しています。		
【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	
<コメント> 施設では人事評価シートにキャリアパスを記載し、職員に人事基準を明確にすることで、職員が自ら将来の姿を描くことができるよう取り組んでいます。また、新規採用時に施設の理念や「期待する職員像」を伝えた上で採用をおこなうことで、施設の理念や目指すケアの充実につなげています。		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【16】 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。	b	
<コメント> 施設では、働きやすい職場づくりについて、毎年のストレスチェックアンケートの実施と把握をもとに、業務改善をおこなっています。そのほか、毎月のシフト終了時に残量数や有休消化率の把握と、人事評価後の上長とのフィードバック面談をおこなっています。一方で業界全体の課題でもある、ワーク・ライフ・バランスが計画通りに配慮が行き届かない現状もあるため、引き続き業務改善をおこない、より職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を目指す姿勢があります。		
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
【17】 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	
<コメント> 施設では、職員一人ひとりの育成に向けた取組について、人事評価シートに各個人で目標を掲げています。それをもとに、半期ごと1on1面談をおこない、職員一人ひとりに対しての目標について進捗状況や達成度の確認する取組があります。		

<p>【18】 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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 職員の教育・研修については、新卒研修、OJTシート活用による職員の質の向上に、毎月評価を実践しています。また、サポーター制度を導入し、新入社員にはOJT職員と心理的な面談や相談しやすい雰囲気を作り、職員が自信をもって働けるようになるまで支援をおこなう取り組みがあります。そのほか、必要な資格や研修を受ける体制を整え、職員に応じた学びができる環境を整備しています。</p>	
<p>【19】 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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 職員一人ひとりの教育について、外部研修情報を共有し、職員本人の希望または上長より選定した職員の参加を促すといった活動をおこなっています。また、新卒職員にはOJTシートの活用、中途職員についてはアセスメントシートを活用し、一人ひとりのスキルや課題を「見える化」することで、人材育成や研修につなげています。</p>	
<p>(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>【20】 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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成については、実習開始前に職員へ、実習を受け入れるにあたっての教育やマニュアルの読み合わせをおこなっています。また、実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫をおこなっています。</p>	

### 3 運営の透明性の確保

<p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>	第三者評価結果
<p>【21】 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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 運営の透明性を図るため、ホームページやSNS、地域の掲示板を活用し、施設の取り組みを積極的に発信しています。アフターコロナに伴い、より「地域に開かれた施設」を目指すため、地区社会福祉協議会や地域団体と情報交換をおこないながら、より透明性を図る取り組みに期待します。</p>	
<p>【22】 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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 適正な経営かつ運営をおこなうため、法人と連携し月例報告などを通して適切な運営がとれる体制を整えています。経営や運営について、外部監査を取り入れることで、給与規定などの改善を図っています。そのほか、市の監査を定期的に受審し、課題などあれば、職員にフィードバックをおこない改善につなげ、より適切な運営に取り組んでいます。</p>	

#### 4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
【23】 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
<コメント> 利用者と地域との交流を広げるため、施設では、芸術祭や川和アート展で地域交流、川和まつりで地域の方を招待し、地域支援を図っています。また、イベントの際には実習生や、地区社会福祉協議会からボランティアの支援をおこなう体制があり、ボランティアを受け入れる際にはマニュアルの読み合わせや書面を交わしています。	
【24】 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
<コメント> 施設ではボランティアの受け入れを積極的におこない、受け入れの際にはマニュアルの確認や書面を交わしています。コロナ以前は、地域の学校と交流や職場体験がありましたが、現時点ではまだ再開の目途がたっていない状況が続いています。施設では、積極的に以前までの交流の再開を図っていきたいと考えているため、より一層、多世代との交流に期待します。	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
【25】 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
<コメント> 施設では、川和地域福祉ネットワークや都筑区社会福祉協議会を通して他事業所と適切に連携をおこなっています。そのほか、警察署や消防署立ち合いのもと、避難訓練や消火器具の確認、AEDの講習を年2回実施しています。また、2023年度は地域の避難訓練にも参加し、より地域との連携を強化する取り組みがあります。	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
【26】 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
<コメント> 施設では、地区社会福祉協議会が主催している川和町の地域懇談会に年4回参加し、地域の関連施設との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題などの把握に努めています。	
【27】 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
<コメント> 施設では、地域懇談会へ定期的に参加し、把握した地域の福祉ニーズなどにもとづいて課題の把握と、検討、改善に努めています。また、福祉ニーズをもとに、具体的な事業や活動を事業計画書に明示しています。そのほか、地域コミュニティの活性を促進するため、川和まつりやアート展に地域の方を招待し、積極的に地域住民とコミュニケーションを図っています。今後は施設の特徴を活かし、福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を地域に還元する取り組みに期待しています。	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### 1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
【28】 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
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービス提供について、職員と理解を深めるために施設では、3か月に1度コンプライアンス研修、半年に1度虐待防止の研修を実践しています。そのほか、身体拘束虐待のチェックリストを毎年全職員がおこない、利用者を尊重したサービス提供をするため、定期的に振り返りをおこなっています。今後は、さらなる福祉サービスの質の向上に向け、マニュアルの読み合わせなども検討しています。	

<p>【29】 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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のプライバシー保護に配慮し、施設では個室とリビングに生活空間を分け、利用者個々のプライバシーを確保しています。また、利用者のアセスメント時には、相談員と丁寧にヒアリングをおこない、同性介助などの利用者の希望に寄り添い柔軟なケアプランを立てています。そのほか、プライバシーのマニュアルを活用し、利用者のプライバシー保護に配慮する取り組みがあります。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【30】 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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、利用希望者に対して、ホームページでの情報発信や見学時に相談員とのヒアリング、体験入所の実践をしています。また、施設を紹介する際は、施設の様子がわかる写真や施設の情報についての資料を活用し、利用希望者に丁寧な説明をおこなっています。</p>	
<p>【31】 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>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスの開始にあたり、施設では相談員またはケアマネジャーから、利用者の身元引受人に対し、サービスの説明と同意を得ています。特に配慮が必要なケースがある場合には、医師や栄養士も同席し、丁寧なヒアリングをおこなうとともに、利用者家族に対してわかりやすく説明する取り組みがあります。またサービスの変更時には、利用者や家族などに内容を説明し、署名・捺印の上、同意を得ています。</p>	
<p>【32】 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>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 施設では事業所の変更や家庭への移行などにあたり、重要事項説明時に説明をおこない、変更がある際にはその都度対応しています。また、福祉サービスの継続性について、サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族などが相談できるように担当者や窓口を設置し、その後の相談方法や担当者について説明をおこない、その内容を記録として残しています。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【33】 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</p>
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、毎年利用者の満足度アンケートを実施しています。またアンケート結果を集計し、施設内の会議にて検討をおこない、回答や改善策を掲示しています。そのほか行事や家族会の際は毎回アンケートを実施し、満足度の向上に努めています。昨年度(2022年度)まではコロナウィルス感染症の影響もあり、家族会は開催できていませんでしたが、2023年9月に再開し、満足度の向上を目指しています。</p>	

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】 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。

b

<コメント>

施設では、苦情解決について重要事項説明時に説明をおこない、苦情解決の仕組みについて掲示をしています。また苦情や意見が出た際には苦情処理委員会にて受付、会議等で要因と改善策を検討し、家族へ説明をおこなっています。現在は、該当の家族への説明をおこなっていますが、今後は他の利用者・家族にも、施設に対して出た意見を公表する取り組みを検討しています。

【35】 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

<コメント>

施設では、重要事項説明にて相談窓口についての説明をおこない、重要事項説明書には施設外の相談窓口も記載し、利用者やその家族が相談や意見を述べやすいよう整備しています。そのほか、フロアに相談窓口の掲示をおこない、相談員が常に対応ができるよう整備や周知する取り組みがあります。相談内容によっては、施設内の相談室を活用し、意見を述べやすいスペースの確保を整えています。

【36】 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

<コメント>

施設では、利用者からの相談や意見に対して、意見箱の設置、介助相談員の派遣をおこない迅速に対応する取り組みがあります。相談や意見はケース記録へ記録し、事実確認と改善方法を職員参画のもとで検討、本人や利用者家族へ対応を伝えるとともに周知をすることで再発防止に努めています。

(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。

【37】 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

<コメント>

施設では、より安心・安全な福祉サービスを目指すため、事故防止検討委員会を設置しています。また毎月ヒヤリハットの集計・分析をおこない、事故防止につなげています。事故は即日、要因と改善策を検討・実施し周知をおこなっています。今後は事故発生後の振り返りを定期的におこない、さらなる安全・安心な福祉サービスの提供に取り組む姿勢があります。

【38】 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

<コメント>

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、看護師が中心となり感染症委員会を設置し、食中毒、コロナ、インフルエンザなどの感染症予防研修を定期的実施する取り組みがあります。感染症の予防と発生時などの対応マニュアルを定期的に見直し、利用者の安全確保に取り組んでいます。

【39】 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

<コメント>

施設では、BCP(事業継続計画)を作成し、災害時における利用者の安全を確保するための体制を整えています。また、災害マニュアルと風水害マニュアルを策定し、各ユニットの設置や、定期的に警察署や消防署立ち会いのもと避難訓練を実践しています。そのほか、食料備蓄も栄養士が管理をおこなっています。

## 2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1)-① 【40】 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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法や利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護にかかわる内容を重要事項説明書に記載しています。職員の標準化を図るため、アセスメントシートを活用し、自身の課題の発見や業務の振り返りを確認する仕組みがあります。</p>	
<p>Ⅲ-2-(1)-② 【41】 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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、福祉サービスの標準的な実施方法についてアセスメントシートを活用し、定期的に検証・見直しをおこなっています。また法令が変更になった際や、定期的に施設の現状と既存のマニュアルの整合性を確認し、マニュアルの定期的な見直しを職員参画のもと実施しています。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>Ⅲ-2-(2)-① 【42】 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、介護支援専門員を責任者としてカンファレンス、アセスメント、モニタリングを計画的に実施し、ユニットごとに協議と周知をおこなっています。また、計画に沿った福祉サービスを実践しているか定期的に確認し、利用者ごとに適切なサービスが提供されるように取り組んでいます。</p>	
<p>Ⅲ-2-(2)-② 【43】 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、福祉サービス実施計画の評価を定期的に行い、各部署職員や本人、利用者家族の意向を反映して見直しをおこなっています。見直した計画はケアプランに反映し、施設内PCの共有サーバーファイルから全職員が確認できるような仕組みがあります。今後は実施計画の緊急な変更に対しての仕組みを整備し、より柔軟に対応していく体制に期待します。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>Ⅲ-2-(3)-① 【44】 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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 施設では、利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切におこなわれるよう工夫を凝らしています。外国人職員も多いため、記録の簡易入力などを活用し、どの職員でもサービスの実施状況を適切に記録ができるように整備をしています。また、週に1度業務改革推進会議を開催し、定期的に情報共有をおこなっています。</p>	
<p>Ⅲ-2-(3)-② 【45】 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者に関する記録の管理や個人情報保護については、入職時に個人情報保護の誓約書を交わし、定期的に個人情報について研修を実施しています。利用者及び家族へは重要事項説明書で説明と同意を得ています。そのほか、個人情報の管理については鍵付きの場所に保管し、厳重に管理をおこなっています。</p>	