

岐阜県福祉サービス第三者評価事業評価結果表

平成 31 年 4 月 1 日改正
(平成 31 年 4 月 1 日適用)

① 第三者評価機関名

| |
|------------------------------|
| NPO 法人ぎふ福祉サービス利用者センター びーすけっと |
|------------------------------|

② 施設・事業所情報

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 名称：いちいの杜ハートフル | | 種別：障害者支援施設 | |
| 代表者氏名：池田 邦彦 | | 定員（利用人数）： 40 (40) 名 | |
| 所在地： 岐阜県関市市平賀大知洞 566 番地の 1 | | | |
| TEL：0575-21-6600 | | ホームページ： https://swct.or.jp/swch.html | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日 平成 16 年 7 月 13 日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 平成会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： 29 名 | 非常勤職員 | 27 名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | 名 | |
| | 社会福祉士 | 4 名 | 理学療法士 1 名 |
| | 介護福祉士 | 17 名 | 管理栄養士 1 名 |
| | 看護師・准看護師 | 7 名 | |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） | （設備等） | |
| | 一人部屋 40 室 ショートステイ部屋 8 室 | 広い庭（中庭と建物周囲） リビング・ダイニング、キッチン、厨房、 パソコンコーナー、機能回復訓練室、 理・美容室、浴室：一般浴槽（スロープ付き）、 特殊浴槽（座位入浴用、臥位入浴用、 シャワー入浴）、介護用トイレ、 ランドリールーム（5 台のランドリー） No Lift 対策：床走行リフト（各フロアに 1 台計 6 台）天井固定式リフト（脱衣室 2 室に各 1 台）、スライディングボード使用 | |

③ 理念・基本方針（※転載）

<基本理念>

○福祉の原点はサービスである。サービスに徹する。

ハートフルという名前の如く、努力する心 いっぱい、豊かな心 いっぱい、祈りの心 いっぱい、そ

れに、感謝する心をもって、生かされていることを十分心にとめて、日々の業務に努める。

<基本方針>

a)個別サービス

利用者の尊厳、人権を尊重し個別サービスを基本とし、ノーマライゼーションの理念のもとに生きがいを持ち、健全で安らかな生活をすごせるよう、また、できるだけ自由な生活ができるようにサービスする。

b)職員の自覚

職員は「利用者と職員が共に幸せ」を目標に、社会福祉事業従事者としての自覚と誇りをもってサービスにあたり、業務を通じて知識、技術の向上に努め自らの人格形成をはかる。

④施設・事業所の特徴的な取組（※評価機関において記入）

<明るく、広く、清潔感あふれる空間の提供>

- ①音・光・臭いに対し十分に配慮した施設の設計に力を入れた延べ床面積 2,890.63m²という広い建物は、静かで、明るく、異臭の無いさわやかな空間となっている。プライベートスペース及び共有スペース（玄関ホール、廊下、リビング、浴室、トイレなど）には、隅々まで光が差し込む窓と明り取りが設置されている。共有スペースは広々とした空間が確保されており、複数の車いすやストレッチャーが並んでも十分なゆとりがあり、利用者の安全性と、十分な介護スペースの確保ができる構造となっている。十分な換気と廊下に設置された消臭脱臭機器が設置され臭い対策もとられており、利用者と来訪者が、快適に過ごせる環境が提供されている。
- ②7,597.18m²という広大な敷地には、木花など整備された中庭と建物周囲の庭があり、利用者の散策や各種行事の開催に活用される。通所施設もあり、喫茶室など入所者、通所利用者、地域住民が自由に交流できる環境が整えられている。
- ③施設の環境を整備する「5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）」活動を推進し、年に1回部門ごとの表彰を行っており、施設環境の整備を維持するよう努めている。

<質の高いサービスの提供>

- ①基本理念の基、ケアの質の向上のため年間の部門目標を設定し、職員が一丸となり利用者や家族から選ばれる施設をめざして努力を続けている。介護スタッフの専門性を高めるために、ケアマニュアルの改正を行ない、一人一人の知識や技術能力を高めケアの質の向上に努めている。研修会により、マネジメント力やチーム意識の向上を図り専門性を高め、常に充実したサービスの提供に努めている。
- ②ケアや在宅での生活が困難になった利用者にとって、施設が家庭生活と同様に居心地の良い新居であり、終の棲家となるようこまやかな心遣いの元、最良のサービス提供に努めている。また、入所することにより家族や地域社会と断絶しないよう、家族、地域、行政等と密な関係を継続し、協力しながら利用者のサポートを行っている。
- ③開設から数名の地域移行者を支援している。地域移行を希望する利用者に対しては、退所に向けたサポートを行っている。

<地域に根ざす施設として貢献>

- ①レインボーハートフル生活介護事業所、高齢者デイサービスセンターなどを併設し、入所だけではなく通所サービスの充実を図り、地域に根ざす施設として役割を果たしている。

- ②三人行事（春のBBQ、納涼祭、クリスマス会）を施設内で開催し、家族、ボランティアの参加協力の下、利用者・家族、職員、地域住民との交流に努めている。
- ③お囃子、民謡クラブなどのボランティアの協力を得て盛大な納涼祭を行うなど、様々なボランティアの登録があり、地域に支えられ利用者の生活を豊かにしている。
- ④近隣の幼稚園・保育園、中学校、高校、大学などの慰問や実習の受け入れ、中学の学校新聞、関ジモト大学などへの参加・協力などを通して地域との交流活動をおこなっている。

<働く環境の充実>

- ①各職員の仕事内容を時系列に書き込んだ「職員シフト表」を作成することで、一人一人の業務配分・仕事内容や責任の明確化、仕事の効率化、利用者一人一人への充実したサービスの提供、職員の休暇の確保など労働環境を充実することができている。その成果が認められ、平成27年度からは「岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業」の中で特に優良と評価され「岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業」として承認されている。
- ②職員の定着はよく平均勤続年数は、10年以上となっている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|----------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和4年2月10日（契約日） ～ 令和4年3月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数(前回の受審時期) | 今回は初めての受審 |

⑥総評

◇特に評価の高い点

<利用者や家族など訪問者が気持ちよく過ごせる環境の整備・維持>

- ①管理者及び職員は、音・光・臭いに対する十分な配慮の下、静かで、明るく、異臭の無いさわやかな生活空間の整備と意地に努めている。
- ②庭木の手入れと美化について、以前はシルバー人材などに依頼していた。数年前から障がい者を雇用し、入職から仕事を徐々に覚えてもらい、長く続けられるように庭の整備や美化の業務を担当してもらっている。中庭と建物周囲の庭は、利用者の散策や各種行事の開催に活用している。また、通所施設もあり、喫茶室など入所者、通所利用者、地域住民が自由に交流できる環境が整えられている。

<利用者が生きがいを持ち、自由で安らかな生活ができるようサービスに努めている>

- ①在宅での生活が困難になった利用者が、施設においても家庭生活のように居心地のよく生活ができるよう、各部門（入所部門、医務部門、デイサービス部門：以下 各部門とする）、各種委員会（安全衛生委員会、虐待防止委員会、防災委員会、感染症対策委員会：以下 各種委員会）、介護スタッフの各種係（食事、排泄など）、各種会議（全体会議、福祉用具会議、医務室会議、ケアワーカー会議、栄養士会議、レインボー会議、事務所会議、デイサービス会議：以下各種会議）などにより1年の目標設定と計画を策定している。半期ごとに評価を行い、常に最良のサービスを提供ができるよう努めている。
- ②入所することにより家族や地域社会と断絶しないよう、家族、地域、行政等と密な連携を維持し、協力しながら利用者のサポートを行っている。

③ボランティア登録をしてもらい、多くの地域住民の協力を得ることにより、生活支援のみではなく利用者が、日々楽しく、充実した日々を送れるようサポート体制を強化している。

<職員の働く環境・教育環境・人間関係の充実に向けた取り組み>

①岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業

平成 22 年度から、各職員の仕事を時系列に書き込んだ「職員シフト表」を作成している。このシフト表の活用により、一人一人の業務配分や、仕事内容と責任の明確化、仕事の効率化と利用者一人一人への充実したサービス提供、職員の休暇の確保など労働環境の充実が図れている。平成 27 年度から「岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業」として承認されている。

②ワークライフバランスへの取組

管理者は、「職員が幸せであること」が、「利用者の幸せを達成するために必要である」と考えており、職員のワークライフバランスを考慮して働く環境の充実に努めている。管理者は、主任等中間管理者、各種職員の意向や要望を聴取しながら働く環境や教育を考えている。職員教育については、管理職をはじめ職員が常に研鑽できるよう、1 年間の「職員研修計画」により施設内・外の研修、学習会を明示し、ワークライフバランスを考慮しながら職員の背景・経験年数・希望などを考慮し、職員が平等に施設内外の研修に参加できるようサポートしている。

◇改善を求められる点

<事業計画の策定：中・長期的なビジョンと計画の明確化に期待したい>

事業計画の策定においては、運営方針や事業の重点項目として①新型コロナウイルス感染症予防の徹底と事業の継続、②コロナ禍における新たな余暇支援の確立、③適切なケアによる質を高める取り組み、④老朽化した設備の計画的な取り換え、⑤地域支援拠点としての地域連携を挙げ、綿密かつ具体的な計画が年単位で策定されている。また、月と半期ごとに実践評価が行われ翌年の計画に活かされている。これら単年度計画について法人及び管理者は、中・長期的なイメージを抱いて策定されている。しかし、職員や地域住民等にも、中・長期のビジョンを明文化し、単年度計画を示されることを期待したい。そうすることで、職員への理念の浸透や組織文化の醸成に繋がり、人手不足、利用者の高齢化・重度化など課題が年々多くなっている中でも、これまで構築されてきた良質のサービスの提供と良質の働く環境が維持される。

第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審させていただいたことで、これまでの取り組みを振り返り、今後の改善・成長の方向性をより明確にすることができました。

まず、自己評価において、複数の職員が評価を行なうことで、職員間の認識や捉え方の違いを知り、考え方のすり合わせが出来ました。日常のコミュニケーションだけでなく、重要なことは文書や形にしたり、定期的に認識のずれが起こらないように確認し合うことの大切さを改めて感じました。

訪問調査においては、客観的な視点で施設をみていただき、自分たちではなかなか気付かない改善点を知ることができました。また、一方で、自施設の良さや強みも分かり、そうした点は自信を持って継続をしていきたいと思えます。

重度の障害がある方も、家族や地域との繋がりを持ちながら生活をしていける地域づくりが今後益々、重要となります。我々もその一助となれるように、今回の評価結果を活かし、より良い施設運営に努めて参ります。

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。

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

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。 | | |
| 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 |
| 良い点/工夫されている点： 基本理念「福祉の原点はサービスである。サービスに徹する。」と基本方針「個別サービス、職員の自覚」が明文化され周知徹底されている。これらを具体的に展開していく為に部門目標や各種会議、委員会などにおいて、月単位や年間計画の作成・実践・評価を重ね、職員への周知徹底が図れている。ホームページやパンフレット等に掲載され利用者及びその家族、ボランティアを含む地域住民への周知を図っている。 | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |

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。 | | |
| 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 |
| 良い点/工夫されている点： 社会福祉の動向や地域のニーズ等については、全国身体障がい者施設協議会に加盟、関市総合支援協議会等関係機関との連携、障害福祉計画及び障がい児福祉計画策定に関する会議に施設長が参加しており、国および地域の動向を把握の上、意見交流を行い施設事業に反映している。 | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |
| 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 |
| 良い点/工夫されている点： 利用者の状況や施設の経営状況については、毎月、各部門のリーダーによりリーダー会議が開催され、各部門の状況や課題を共有している。職員も各種委員や会議において経営課題を分析し改善に取り組んでいる。理事会、評議会において事業実績及び決算報告がなされ、次の事業計画に反映されている。施設長からリーダー会議、全体会議において事業計画、今後の課題について各職員に周知され、具体的な改善対策の計画と実践に取り組んでいる。 | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |

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。 | | |
| 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。 | b |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>法人における課題を明確にするため数年前に、企業に委託し研修が行われた。その際、「若者・女性が働きやすい職場作りを目指して—組織風土を分析する—」をテーマに職員全員で、組織の課題と必要な対策を明確にする取り組みが行われた。その結果、職員のリーダーシップ能力を高める必要性が課題と挙げられ、リーダーシップ研修会を開催するなど、運営・経営の改善に向けた取り組みが行われた。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>上記、過去の取り組みのように課題分析し、目標をもって施設全体で取り組まれることは評価できる。さらに今後、3年～5年のスタンスで中・長期計画を策定し、目標到達に向けた月間及び年単位のラダー的に計画・実践することで、施設のミッション・ビジョン・バリューが職員に「見える化」され、職員のモチベーションが維持に繋がることを期待したい。さらに開設当初から利用者及び家族や地域社会に掲げ貢献してきた施設のミッション及びビジョンを、職員はじめ地域社会に「見える化」され、今後も施設の役割を継続されることを期待したい。</p> | | |
| 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。 | b |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>年間事業計画、各部門及び各職員の月間及び年間目標を設定し計画・実践・評価が行われている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>中・長期計画を3年～5年のスタンスで策定し、その目標到達に向けラダー的に月間及び年間単位の計画を策定し取り組まれることを期待したい。</p> | | |
| I-3-(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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>年間事業計画は、職員等の意見を反映し、策定されている。各部門及び各職員の月間及び年間目標を設定し各種会議、委員会、個人で計画・実践・評価が行われている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>3年～5年のスタンスで策定された中・長期計画に基づいた年間及び月間計画について評価・見直しを行い、段階的に取り組み、成果を上げることを期待したい。それにより、職員や施設全体の活性化が助長されると期待したい。</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点： 年間事業計画は、利用者及び家族に配布し、個別の対応と12月開催の家族懇談会において説明および質疑応答など行い理解を得ている。配布資料の他に写真などをパワーポイントで視覚的に理解してもらえるよう説明を工夫している。家族懇談会に参加できなかった利用者及び家族には、月1回以上開催される住民会議（利用者会議）において、利用者の状況に応じ情報の提供を行っている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法： 今後3年～5年のスタンスで策定された中・長期計画に基づいて年間及び月間計画を提示されることを期待したい。</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。 | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点： ISO9001（国際標準化機構）の認証を得た平成28年度以降は、ISO基準に基づきサービス等の品質管理を継続している。法人独自のサービス評価基準を基に毎年利用者満足度調査（サービス、行事、食べ物、外出など）を実施・分析・サービスの改善に活かしている。各部門の年間計画を策定し、毎月及び半期ごとに評価している。サービス各部門の代表で構成される各種委員会及び各種会議により計画の策定、評価を定期的実施し、サービスの質の向上に取り組まれている。今年度より第三者評価を受審し質の向上に努めている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法： 中・長期計画に基づき計画及び実践に取り組まれることを期待したい。</p> | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点： PDCAサイクルに基づき、各部門及び個人の年間計画を策定し、毎月及び半期ごとに評価している。各種委員会及び各種会議において評価を定期的実施し、サービスの質の向上に取り組まれている。今年度は、第三者評価を受審しサービスの評価、今後の計画に取り組んでいる。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法： 中・長期計画に基づき計画及び実践に取り組まれることを期待したい。</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。 | | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---|
| 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点： 規程集、組織図において管理者の役割及び責任について明文化し、職員会議や研修会等の機会に説明し職員に周知を図っている。</p> <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点： 福祉関係法令以外にも、労務関係法令、消防法令などを遵守し、所轄庁や消防署など関係機関や社会保険労務士に相談し対応している。東海北陸地区身体障害者施設協議会の会議及び研修や施設外研修への参加や施設内研修会により職員のコンプライアンスを高めるために取り組まれている。</p> <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| II-1-(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 |
| <p>良い点／工夫されている点： 管理者は、毎日各部門を巡回し、利用者や職員の状況の把握に努めている。利用者の状態やサービス内容に課題がある場合にはすぐに指導・支持し改善に努めている。また毎月、各部門会議、各種委員会及び各種会議において評価を定期的実施し、職員の意見を反映しながらサービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点： 社会保険労務士と連携し、定期的に経営や業務の見直しを行っている。毎月及び各部門の会議において、経営や業務改善について目標の設定及び計画を策定し、毎月、半期毎に分析し改善に努めている。各種委員会及び各種会議においてサービスの質の向上の為、職員教育に努めている。</p> <p>改善できる点／改善方法：</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。 | | |
| 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 |
| 良い点／工夫されている点： | | |

人員確保に向けては、施設近隣の大学及び専門学校、ハローワーク、岐阜県福祉人材総合センターなどにより地元在住人材の確保に努めている。また、インターネットの求人サイトやホームページなどの広告媒体を活用し幅広く求人の拡充に努めている。

基本方針である「利用者と職員が幸せである」ことが維持されるよう、管理者は、毎日フロアを巡回し、また会議や委員会を通して職員の調整に努めている。施設及び各個人の目標管理、人事考課、フィードバック面接等を行い職員一人一人が働きやすく、学びやすい環境の提供に力を入れており、人員配置体制は、直接処遇職員配置 1.7:1 を維持している。

職員一人一人のワークライフバランスを考慮した業務配置や教育の機会を整えると共に、職員の調整の為に他職員に負担にならないよう職員全体のバランスを考慮して調整している。人間関係が良く、働きやすい環境の整備と、年間研修計画表を示し、経験年数別、状況別に応じた施設内外の教育の機会（研修や資格取得のサポートなど）を提供し、計画的に必要な研修に参加できるよう教育体制を整えている。

改善できる点／改善方法：

| | | |
|----|----------------------------|---|
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
|----|----------------------------|---|

良い点／工夫されている点：

職務等級別の職務基準書を基に管理者は指導・育成を行っている。また、年2回実施する人事評価においては、規定を基に、自己評価及び考課者による複数考課を行い、考課者が職員とフィードバック面接を行っている。フィードバック面接では、職員の業務状況、知識及び技術の到達状況、健康状態、悩みや要望などを把握し、個々に応じた教育や労働環境の整備などをサポートしている。規程集に示された人事考課及び昇給昇格規程を基に、職員の面談時には、将来的な目標が設定できるように指導している。

毎日の「業務シフト表」を立案し、職員一人一人の1日の業務時間及び実施内容を具体的に示すことで、職員が働きやすく、効率良く良質なサービスを利用者に反映する体制を整えている。これにより、職員の年休や勤務希望が、安定して平等に取得できている。これらの各職員のライフバランスを考慮した働き方支援の成果が認められ、平成23年度から岐阜県ワークライフバランス推進エクセレント企業として承認されている。

改善できる点／改善方法：

Ⅱ-2-(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。 | a |
|----|----------------------------------------------|---|

良い点／工夫されている点：

年2回直属上司が面談を実施し、職員一人一人の業務状況、知識及び技術の到達状況及び課題、健康状態、悩みや要望などを把握し、各職員や労働環境の整備に活かし改善している。また、平素より、各部門の主任、管理者は、各職員の悩みや要望などの情報収集に努め、改善策に反映させるなど良好な関係を維持している。職員一人一人の1日の業務時間及び実施内容を計画した「業務シフト表」を活用し、職員の意向を取り入れるよう努めている。

また、ストレスチェック制度にのっとりストレスチェックを実施し、その結果に基づき法人の産

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---|
| 業医による面接指導の実施や、ストレスチェックの集団分析による業務等の改善を計画的に実施している。 | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |
| II-2-(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 |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>職員のモチベーションの維持に対するサポートに取り組んでいる。職務基準書に職責や職務基準を明記し職員に周知している。半年ごとに部門目標を定め、それに基づいた年間計画を策定し人材育成に取り組んでいる。各職員には、計画を受けて個人目標の設定をしてもらい、年2回直属上司が面談し、目標の到達状況や課題やワークライフバランスを加味した職員の不安、希望、目標などを聴取し、業務配置や研修などの教育の提案など、目標に向けて取り組む職員のサポートを行っている。</p> | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>施設内・外の研修について「年間職員研修計画」を職員に提示し、参加希望の研修及び経験年数や資格・経験等の要件を満たしている研修対象者を、計画的に参加できるよう調整している。コロナ禍においては、WEBを利用しての研修が多くなっている。</p> <p>新人職員には3カ月間指導担当の職員を付けチューター制の指導体制による教育を導入している。</p> | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |
| 今後、法人内の別施設や他施設での交換研修などを取り入れ、施設の運営・業務・サービス・専門職として技術などを学ぶ機会を設けてより職員が成長できる取り組みに期待したい。 | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>一年間の部門目標及び計画が策定され、それに基づいた個人目標と計画を作成してもらっている。定期的に面談を行い、目標到達状況、業務の習得状況などを把握し、必要な研修や働き方について職員とともに考えながら研修等の機会を提供するなどサポートを行っている。</p> | | |
| 改善できる点/改善方法： | | |
| 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。 | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>介護実習、社会福祉実習については、施設において実習カリキュラムに沿った指導内容・方法を明記した指導マニュアルを作成し、それに沿って指導している。個々の実習生の特性などを踏まえ、学</p> | | |

校の指導者と連携を取り指導の調整を行っている。実習指導者講習を受講した職員（実習指導者）が中心となり実習の調整を行っている。利用者サービスにおいて実習生と関わる職員には、事前に実習指導者講習での学習内容を伝達し実習生の受け入れに備えている。

また、実習期間中、実習指導者は、実習生とサービスの提供を行う職員の調整や指導を行い実習指導のサポートを行っている。

教員資格取得学生の実習や市内の高校のインターシップなども受け入れており、それぞれの実習内容に合わせた指導を行っている。

改善できる点／改善方法：

介護実習生には、施設のビジョンとミッションを伝え、地域における施設の役割と課題、入所利用者の状況、施設で働く専門職の役割、地域移行などについて実習生が学べるよう、今後も指導の継続をされることを期待したい。

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。 | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>ホームページや WAMNET などにおいて法人および施設の基本理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、決算報告、事業計画、事業報告などを報告している。今年度は第三者評価を受審し、その結果も公開するなど、積極的な公開により運営の透明性を確保している。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>事務、経理等についての職務分掌を明確に定めている。管理職及び複数の職員によるチェック体制を定め、また税理士による指導を受ける等、適正な運営に努めている。</p> | | |
| 改善できる点／改善方法： | | |

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。 | | |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>近隣にある保育園の園児や、小学校の児童と一緒に園芸活動を行い、小学校の運動会の誘いを受けるなど交流があるが、今はコロナ禍で中止となっている。</p> | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---|
| <p>関市ふれあい作品展、関市ふらっとサロンのチラシを掲示し、参加を呼びかけ、利用者が作品を出展し、地域交流の一端になっている。レインボーハートフル生活介護事業、高齢者デイサービスセンターなどを併設し、喫茶店には地域の人に利用してもらい地域交流の場になっている。</p> <p>また、施設で開催する納涼祭には、大勢の地域住民の参加があり、利用者との交流が長年継続している。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 24 | <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> | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>ボランティア等の受入れ体制はフローチャートで分かり易く明確にしている。登録簿や活動記録等を整備し、必要に応じて利用者の状態や特性を説明し、利用者への配慮や留意点を伝えている。今ある書類の中へ基本姿勢を追記する予定である。</p> <p>クラブ活動を始め、納涼祭にはお囃子、民謡クラブなどのボランティアの協力を得て盛大に行うなど、さまざまなボランティア登録があり、利用者の生活を豊かにしている。</p> <p>コロナ禍の今は、各行事や地域交流を中止しておりボランティア活動や新規受け入れを制限している。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| 25 | <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> | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>市の総合支援協議会や県内の身体障害者施設協議会に参加し、関係機関や関係事業所とのつながりを持ち、情報共有や連携に努めている。施設の相談支援事業所を運営していないことで、各方面の相談支援事業所の支援専門員と協働して問題解決に取り組み、ネットワークが広がっている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</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> | | |
| 26 | <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> | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>市の総合支援協議会に参加し、地域の福祉ニーズや課題等を把握している。</p> <p>民生委員情報交換会に障害福祉サービス担当として参加し情報交換を行う中で福祉ニーズを拾い出している。併設のショートステイ事業、デイサービス事業を通して、地域の実情や情報を得る機会となっている。</p> <p>また、レインボーハートフル生活介護事業の喫茶は地域のコミュニケーションの場になっており、福祉ニーズを把握につなげている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 27 | <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</p> | a |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| | 行われている。 | |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>県主催のサービス管理責任者研修や地域の大学で開催の喀痰吸引研修の講師に職員を派遣している。市と福祉避難所の協定を締結している。</p> <p>また、職員が岐阜 DWAT（災害派遣福祉チーム）隊員に登録している。市内の中学校の探究活動や高校生に障害施設の役割や情報を伝え、まちづくりの活動に協力し、地域福祉の向上の一役を担っている。社会に馴染めない人の雇用を受け入れ、社会参加への支援実績もある。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</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。 | | |
| 28 | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービスについて共通の理解をもつための取組を行っている。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>法人理念と基本方針に利用者尊重の基本姿勢を明示し、介護マニュアルにも利用者尊重の主旨を盛り込んでいる。毎月、虐待防止委員会が全職員対象にした内部研修を行い、不適切ケア防止の強化や虐待防止セルフチェックを実施するなど、利用者を尊重したサービスの意識化を図り、利用者の権利擁護に対する教育とさらに倫理綱領等の教育の強化を進める方向で動いている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 29 | 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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>介護マニュアルに、入浴や排泄等の介助には利用者のプライバシーに配慮した対応を明記し、職員に周知徹底させている。また、虐待防止についての取組み評価で、適切なプライバシー保護に取り組んでいるかも含めて振り返っている。</p> <p>全室個室で各居室に洗面台の設置があり、利用者のプライバシーを大切にしている。2つの居室で1つのトイレを共有する隣り合わせの居室では同性利用者を原則にし、プライバシー保護に努めている。また、入浴や排泄介助には職員シフトを調整し、同性介助に努めている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</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。 | | |
| 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。 | a |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>ワムネット情報公表システムに施設情報を公開し、法人のホームページに写真等でサービス内容や各事業の特性を紹介し、問い合わせや施設見学の受付先を明記している。</p> <p>過去には施設案内資料を公的場所に置いていたが、今は電子媒体が主流になり必要性が薄く、利用希望者は、ほとんど関係機関や併設事業利用者、地域交流等のつながりで始まり、利用者の特性やニーズに合わせて丁寧に説明している。希望者には見学対応も行っているが、コロナ禍での見学は中止にしている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</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。 | b |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>利用開始前から利用変更までの流れのフローチャートで、関係機関と施設、利用者の関わりが整理されている。利用受付時も含めサービス開始時には利用者や家族が理解できる表現に心がけて、契約書と重要事項説明書を説明し、サービス内容や費用等も含め疑問や質問には丁寧に回答し同意を得ている。</p> <p>聴覚障害の方や日本語に不慣れな外国の方には、市の手話通訳や外国語通訳を交えた相談や説明を実施した事例もある。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>意思決定の困難な利用者へは、家族や関係者からの意見聴取、職員の観察、多職種職員と協議してサービスの開始・変更に対応しているが、今後ますます、利用者の高齢化重度化で本人の意思決定が困難となり、加えて家族の高齢化や代弁行為等も難しくなる現状を見据え、成年後見制度の活用も視野に入れた取組に期待したい。</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。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>介護保険サービス利用への移行時は、本人や家族に制度の仕組みの理解を得、相談支援専門員と施設サービス管理責任者が連携して対応している。利用者の基本情報書や個別支援計画書を提供し、サービスの継続性を担保している。移行後もサービス管理責任者が利用者や家族の相談に応じているが、新たなサービスに関する内容については相談支援専門員との関わりであり、家族が混同しないよう配慮した対応をしている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>毎月、利用者の会合（住民さん会議）を行い、利用者から意見や要望を聞き取る機会を設けている。行事後の満足度調査、嗜好調査、外出希望調査を行い、意見や要望等は部署会議で検討し、次の行</p> | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|
| <p>事や余暇活動に反映させ、個人的な要望には個別支援計画へ反映するなど振り分けて対応している。 利用者の代弁者でもある家族からは、年1回行われる家族懇談会で意見を聞く機会としている。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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。 | a |
| <p>良い点/工夫されている点： 苦情解決の仕組みを定め、重要事項説明書に記載し説明もしている。玄関ホールの目に付く場所に、苦情解決の受付担当者、責任者、外部の第三者委員を明記したポスターを掲示し、周知を図っている。意見箱で苦情も受け付けているが、苦情として挙がってくる案件はなく、苦情とは言えないレベルの要望等を直接、職員が受けることがあり、組織内ルールに則って対応している。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点/工夫されている点： 苦情解決の仕組みと一体的に相談、意見も対応しており、苦情解決の説明と併せて、相談や意見も受け付けていることを利用者と家族に伝えている。受付窓口は意見箱、ホームページ、メール、電話、対面といくつもの選択肢を用意し、相談室も設けている。 住民会議は利用者から直接相談や意見を聞く場になっている。また、担当職員との面談の機会や利用者の様子を察して声掛けし、日常的に職員から積極的に相談や意見を吸い上げている。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点/工夫されている点： 苦情も含め、相談や意見のフローチャートとマニュアルを整備し、職員が対応を周知しており、迅速かつ適切に処理している。検討の必要な案件は検討中と説明するが、利用者によっては理解が得られないこともあり、繰り返し説明している。 「共有テレビでBSの視聴をしたい」「エレベーターのボタンが押しにくい」の意見があり、利用者が満足できるよう迅速に対応している。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点/工夫されている点： 事故対応は安全衛生委員会、防犯については防災委員会と各委員会で基本対策やマニュアルを整備し、各委員会主導で内部研修を定期的実施している。事故、ヒヤリハット発生時の対応、要因分析、</p> | | |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|
| <p>再発防止策など明確に記録しリスクマネジメントに努めている。</p> <p>5S 活動（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）を推進し、施設の安全な環境整備を強化し、毎年、優れた実践職員を表彰し、職員の安心・安全の意識を高めている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>事故報告とヒヤリハット報告は同じ様式を活用しリスク管理につなげているが、ヒヤリハットがあまり出ない現状にある。ヒヤリハットは職員が自己ミスを認識し、ミスの原因を分析し、事故を未然に防ぐことであり、職員間で共有するリスクマネジメントのひとつである。ヒヤリハットの活用の強化に向けた取組に期待したい。</p> | | |
| 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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>感染症対策委員会を組織し、感染予防のマニュアルや業務継続計画（BCP）を作成し、内部研修で職員に周知徹底している。新型コロナのマニュアルも作成し、対応はそれに沿って実施し、政府のコロナ対応の変更時には見直しに努めている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> | | |
| 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している。 | b |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>立地条件に基づいた災害時事業継続計画を策定し、停電、断水を想定し、必要物資の備蓄、管理を行っている。地震、水害、火災とそれぞれの災害の夜間想定も含めて、避難訓練を実施している。</p> <p>災害時の連絡手順と共に、連絡不能時の参集基準を定め、定期的にメール配信訓練を実施している。2階の利用者は、スロープで避難ができないような災害発生を想定し、消防車避難梯子を使つての避難方法を消防署と話し合っている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>市の福祉避難所に指定されているが、地域住民や自治会との連携体制の構築や訓練への参加には至っていない。近年の異常気象を鑑み、地域と連携し利用者の特性を踏まえた災害対策の強化を図りたい。</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。 | | |
| 40 | 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 |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>サービス提供に必要な各種マニュアルには利用者尊重やプライバシー保護、コンプライアンスの姿勢を随所に反映させている。介護マニュアルは場面の応じた留意事項や手順で利用者の特性を踏まえ</p> | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
| <p>た支援方法を定め、職員によってサービスに差異が生じないように内部研修で一定の水準の維持に努めている。新人職員には3か月間担当職員が付き、育成プログラムで業務の習得体制が構築されている。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| 41 | <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。</p> | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>サービス提供における課題やマニュアルの見直しの提案や検討は、毎月開催している部署会議や各部署の役職者によるリーダー会議で行われている。</p> <p>緊急性がある場合は、定期会議以外に関係職員や役職者が参集し、迅速に見直し作業をしている。また、利用者の生活に大きく影響する案件は、利用者への意見聴取や会合の場で協議している。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 42 | <p>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。</p> | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>適切なアセスメントで、利用者の身体、生活等の状況を正確に把握し、利用者のニーズを明らし、その結果を適切に個別支援計画に反映させて策定している。</p> <p>部署を横断し多職種による職員でケアカンファレンスを開催し、参加調整が付かない職員には事前に意見聴取している。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| 43 | <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。</p> | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>法令に定められた周期でモニタリングを行ない、計画策定、実施、評価、見直しといったPDCAサイクルを実践し、常に質の高いサービス提供に努めている。個別支援計画策定のサービスフローチャートがあり、入院や急な体調変化時の対応手順も定めている。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 44 | <p>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、職員間で共有化している。</p> | a |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>パソコンにサービス実践状況の専用ソフトを導入し、記録の書式が統一されている。パソコン内の記録は施設内ネットワーク上に保存し、情報の共有化がされている。また、記録内容のわかりやすさや情報の詳細さに差異があることもあり、職員の文章力の指導に努めている。</p> | | |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---|
| 45 | 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。 | b |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <p>個人情報保護や守秘義務等については、服務規程に明示し職員個々が誓約書を提出し、周知させている。利用者に対しても、契約時に重要事項説明書の中に記載してあり周知に努めている。</p> <p>ネットワークで共有するケア記録や閲覧ができるパスワードと個人情報を管理しているパスワードを別にしており、共有する内容の記録と、外部への流出を防ぐ個人情報管理の二本立ての体制をとっている。</p> | | |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <p>個人情報保護に対する基本方針や利用目的の文書は作成しているが、電子データにするもの、書面で取り扱うものの区分基準や保管場所等を明文化し、不適切な利用や漏洩が発生した場合の具体的対処方法が未整備であり着手されたい。</p> | | |