

# 福祉サービス第三者評価結果

## ①第三者評価機関名

名 称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
調査実施日	平成26年2月13日(木)、14日(金)

## ②事業者情報

名 称	長生園	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 中村 忠久	定 員	60名
所 在 地	徳島県三好市三野町勢力768番地1		

## ③総評

◇特に評価の高い点

### ○利用者主体の考え方に基づく、職員一人ひとりの支援の姿勢

理念の実現に向け、法人や施設の管理・運営体制を適切に機能させている。とくに、職員は、利用者一人ひとりの尊重や権利、権利擁護の考え方や方針を念頭において日ごろの支援に取り組んでおり、ていねいな振る舞いや行動、言葉使いに留意して相互研鑽を行いつつ、サービスの質の向上に取り組んでいることは高く評価できる。

### ○人材育成型の人事考課制度の継続的運用とサービスの質への反映

各種規程や品質管理マニュアル、業務管理手順書、職務分掌、育成型人事考課制度、人材育成システム等を整備し、適切に運用している。目的別に各種会議や委員会を設け、組織を縦断的・横断的に機能させるための仕組みがサービスの質の向上へと繋がっていることは高く評価できる。

### ○職員一人ひとりの教育・育成に係る組織的な仕組みの構築

職員の教育・育成に係る仕組みを構築している。全職員を対象とした研修計画と個別の研修計画を策定している。高い質を有する職員の育成に向け、スーパーバイズの観点に立ったOJTの仕組みを確立させている。職員個別の状況に応じた研修制度をシステム化し、適切に機能させていることは高く評価できる。

### ○組織を横断的に機能させ、改善活動へと繋げる各種委員会の活動

組織的に福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。介護・看護・総務部門ごとの改善活動やケース会議での具体的な検討、身体拘束や栄養改善、医療的ケア、口腔ケア、終末期、科学的ケアの目的に応じた各種委員会を設置するなどして組織を横断的に機能させ、改善活動へと繋げていることは高く評価できる。

◇改善を求められる点

### ○法人や施設の目指す“博愛文化”の地域拡散に向けた発展的取り組み

法人や施設の理念、品質方針を積極的に職員へ周知し、日ごろの具体的な実践に繋げるよう取り組んでいる。施設外の家族や地域住民等にも、施設のパフレットや広報誌、ホームページなどを活用して、法人や施設の目指すビジョンの周知に努めているが、今後は、地域における“福祉(博愛)文化”の構築と“夢計画”の実現に向け、さらなる周知と広報活動の発展的な取り組みに期待する。

### ○地域住民に向けた、さらなる各種福祉活動の創設

法人として、“福祉祭り”や“理事長球技大会”“フェスティバル”等の社会貢献活動を行っている。今後は、現在の施設を取り巻く地域の社会福祉需要や立地条件、潜在的利用者の状況等を勘案し、市指定管理者の協力も得たうえで、地域住民に向けた介護相談や介護予防・技術講習、講演会の開催、在宅サービスなどの新たに必要事業の創設を行うなど、施設独自の取り組みについて早急に検討されたい。

### ○各種規程やマニュアル、手順書等の定期的な見直しによるサービスの質の保障への取り組み

各種規程やマニュアル・手順書等は、改善活動の推進に伴いサービスの質が向上すれば陳腐化することが想定されるため、今後は定期的な見直しを行うことで、さらに質の高い福祉サービスの実践とその保障に向けた取り組みへと繋がられたい。

### ○ITの活用等による業務の効率化と共有化への工夫

現在、介護福祉分野においても、利用者の情報共有と記録の一元化等が求められていることから、ITの活用による介護現場の効率化とわかりやすい記録の書き方、共有化、迅速性等の検討が求められる。

## ④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審にあたり、職員間の意識統一へと取り組んで参りましたが、評価を受けることで、まだまだ充分ではない弱部分部分が浮き彫り化され、適切なご意見・助言をいただくことができました。  
今回の受審を契機といたしまして、マニュアルの見直しを始め、福祉施設の持つ機能を地域へと働きかけ、ご指導いただいた項目を精査し、改善に向けて取り組んでまいります。

## ⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

# 福祉サービス第三者評価結果

○評価分野別評価結果（分野別の特記事項）

## I 福祉サービスの基本方針と組織

a	11	b	2	c	0
---	----	---	---	---	---

### 1 理念・基本方針

法人の理念に基づく、施設の理念を明文化している。品質方針（基本方針）には、施設の理念の実現に向けた方針を具体的に明示しており、朝礼や各種会議・委員会、掲示、文書等で組織内浸透を図っている。また、施設外に向けては、家族会や施設案内、パンフレット等で周知しているが、施設が目指す理念や品質方針をより明確にした周知への工夫が望まれる。

### 2 事業計画の策定

組織の定める手順にそって、中・長期計画や事業計画を適切に策定している。事業計画は施設全体と部署ごとに作成しており、基本方針（品質方針）の項目別に活動・達成目標や達成度評価を数値化し示している。全職員に事業計画を周知している。今後は、利用者や家族等に向けた広報誌、掲示、閲覧、要点をまとめた文書等による周知への工夫が望まれる。

### 3 管理者の責任とリーダーシップ

施設（組織）を管理すべき品質マニュアルや諸規程、業務管理手順書を整備している。職員には、組織図（職務分掌）や各種会議（22の会議や委員会）の目的と機能を明確に示している。管理者は、自らの役割と責任を明確にし、運営・管理に取り組んでいる。また、各種会議・委員会等へ積極的に参画し、課題や問題の発見と解決、業務の効率化、改善に向け指導力を発揮している。

## ○理念・基本方針

法人の理念として、“福祉は利用者の為にある。”“この原理は施設の何物にも優先する”、“人の尊厳に立ち、地域を大切に、地域を愛し、地域に信頼されるかけがえのない殿堂となります。”と明文化している。これら法人の理念に基づき、施設の使命や目指すべき方向、考え方などを踏まえた施設理念も作成している。	a
法人や施設の実現するための基本的な方針を、品質方針として位置づけ明確に示している。また、倫理綱領や博愛ブランド宣言、博愛仲間の絆づくり宣言等を行っている。品質方針に基づく具体的なサービスの質の向上に向けた改善活動を継続して実施しており、職務上の行動規範にもなっている。	a
職員は、朝礼時に理念を唱和したり、各種会議・委員会等の機会に確認したりして、共通認識を図るよう取り組んでいる。また、理念や品質方針を記載した書面を配付するなどの取り組みも行っており、継続的に周知するための仕組みを構築して取り組んでいる。	a
年4回、家族会を開催しており、その際、理念や基本方針を周知している。また、毎月、施設の広報誌を作成して家族へ発信するなどの工夫を行っている。しかし、パンフレットや広報誌、HP等の活用による施設外に向けた周知の工夫は十分ではない。	b

## ○事業計画の策定

平成24～28年と平成29年～33年の施設のビジョンを描いた中・長期計画を策定している。各部署ごとに課題を抽出して作成した計画となっている。業務改善の課題や問題点、人材育成等に係る中・長期計画は、委員会組織や人事考課制度等の仕組みにおいて整備している。	a
事業計画には、具体的に達成目標と数値目標等を設定するなどの工夫を行っている。また、部署別の品質目標を掲げ、実施状況の評価が可能な計画となっている。	a
各部署ごとに前年度の実施状況の評価を行っている。介護・看護・総務の別に課題を集約して計画に反映し、企画会議に諮ったうえで、再度、法人本部会議で検討する仕組みを確立している。年度途中にも定期的な評価・見直しを行っている。	a
全職員に事業計画を配付している。各種会議や委員会において、分かりやすく説明を行っている。	a
年2回、家族へ“博愛だより”を送付している。また、毎月、広報誌“ほほえみ”を発行し、家族へ送付している。家族会を開催し、事業所の取り組み状況を説明しているが、利用者等へ向けた周知の工夫は十分ではない。	b

## ○管理者の責任とリーダーシップ

施設の管理・運営に係る品質マニュアルや諸規程、業務管理手順書を的確に整備している。施設内の会議や各種委員会の目的・機能を明確に示し機能させている。管理者は、役割と責任を明確にして積極的に施設運営へ参画しており、課題や問題の解決、業務の効率化、改善、職員の意欲の向上に向け指導力を発揮している。	a
県老協の研修や県主催の研修等、様々な研修会へ参加している。法人や施設の会議・委員会において、職員が遵守すべき法令等を正しく理解することができるよう積極的に取り組んでいる。	a
介護・看護・総務部会が中心となって、福祉サービスの質に関する課題や問題等を集約している。サービスの質の向上に向け、“倫理”“口腔ケア”“看取り”“科学的ケア”“医療的ケア対策推進”“身体拘束”“給食改善”などの各種委員会を立ち上げている。管理者は、これらの委員会活動へ積極的に参画しており、質の向上に向けてリーダーシップを発揮している。	a
法人本部に設置している品質管理委員会において、経営や業務の効率化・改善活動を継続的に行っている。また、管理者は、施設内の人員配置や職場環境、労働環境等を整備し、経営の効率化に向け指導力を発揮している。	a

## II 組織の運営管理

a	20	b	1	c	0
---	----	---	---	---	---

### 1 経営状況の把握

老人福祉分野の状況や福祉サービスへのニーズなど、施設が位置する地域の特徴や変化等を把握している。経営状況の分析と把握を行い、組織として課題解決に向けて取り組んでいる。これらの機能発揮により、経営環境の変化等に迅速に対応している。

### 2 人材の確保・養成

人材の育成方針や人材育成システム、育成型人事考課制度等を導入して人事管理体制を構築していることは高く評価できる。また、労働環境や職場環境の整備、福利厚生事業の推進にも積極的に取り組んでいる。組織として、職場内・外研修の計画を策定したり、教育訓練会議や職員個別の教育・研修計画等を運用したりして、職員の教育・研修に取り組んでいる。これらの教育・訓練制度（人材育成システム）は、高い質を有する職員の養成へと繋がっており高く評価できる。積極的に実習生を受け入れており、対応マニュアルや体制も適切に整備している。

### 3 安全管理

事故防止検討委員会や衛生管理委員会が適切に機能しており、事故や感染症、災害時等の対応・体制整備に取り組んでいる。ヒヤリハット報告制度を整備したり、関係機関の協力による災害時の防災・避難訓練を実施したりしている。災害発生時に備え、利用者や職員の安否確認方法を定めたり、備蓄品や非常用電源を確保したりしている。安全管理に必要な職員研修も実施している。

### 4 地域との交流と連携

積極的に地域の商店街へ買い物に出かけたり、敬老会やボランティア、移動販売車を受け入れたりしている。“はくあい祭り”や“理事長杯球技大会”“フェスティバル”“清掃活動”“除草作業”等を実施し、地域の一施設としての役割発揮と周知に取り組んでいる。関係機関や団体との連携、ボランティアの受け入れ体制を適切に整備し実施している。地域の福祉ニーズの把握とニーズに基づく事業や活動展開を行っている。

### ○経営状況の把握

法人本部において、社会福祉全般の動向や施設の位置する地域での福祉需要の状況、利用者数・像の変化、福祉サービスへのニーズなどを的確に把握している。これらの情報を施設にフィードバックする体制を整備しており、収集した情報やデータを中・長期計画や事業計画等へ反映している。

施設の経営状況を組織的に把握・分析している。課題や問題点は、品質方針（基本方針）の財務の項目に反映し、施設全体と部署別の改善目標として掲げている。また、毎月、評価を行っている。

税理士事務所やコンサルタント会社による外部監査を実施している。

### ○人材の確保・育成

法人本部が中心となって、人事管理体制を確立している。施設では、事業計画において人員体制の方針や有資格者の配置、人材育成計画を策定している。

全職員を対象に職務基準書を明示している。“能力考課”“成績考課”“態度考課”による人事考課制度を導入している。考課結果は、本人との面接を通じてフィードバックしており、賞与への反映も行うなどして働く意欲の向上に役立っている。また、評価者の教育や研修も実施している。さらに、教育訓練記録表等の職員月報と連動した仕組みも整備している。

総務部門が中心となって、職員の就業状況を管理する体制を確立している。定期的に、課長や係長による面接を実施している。職員が相談しやすいよう、つねに施設長室を開放している。働きやすい職場環境の整備に努めている。

レクリエーションや行事、親睦会活動、健康診断、予防接種、腰痛検査、人間ドック、メンタル相談窓口等の福利厚生事業を実施している。

法人や施設の目指す福祉従事者としての職員像を明確に示している。施設年間教育訓練計画表を策定し、中・長期間で施設内・外の研修を受講することのできる仕組みを構築している。施設内研修では、個人情報保護や口腔ケア、ターミナル、認知症、プライバシー保護、感染症、衛生管理、事故防止対策、医療的ケア対策、褥瘡予防対策、身体拘束対策等の研修会を実施している。

法人本部の人材育成部門による階層別教育・研修計画に基づいて実施している。教育・訓練記録表に基づく個別の職員教育・研修計画を策定している。職場内で、OJTやスーパーバイズによる教育指導体制も整備し取り組んでいる。

職員研修会議において、個別の職員研修計画の計画や立案を行っている。職員一人ひとりの教育訓練記録表には、毎日の活動記録や職務到達度、個人目標、OJTによる学習・評価・検討等があり、毎月と中間、年度末の自己評価・反省・見直しを行って最終評価へと繋がっている。

実習生の受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制も整備している。実習指導者養成研修への職員派遣を行うなどして、体制整備に取り組んでいる。	a
<b>○安全管理</b>	
安全確保のための体制を構築している。衛生管理委員会において、感染症対策や褥瘡予防対策、医療的ケア対策推進を統括している。事故防止検討委員会等の各種委員会を定期的に開催し、検討することのできる体制を構築している。各種委員会の議事録に評価や見直しの詳細な記録を行っている。“長生園消防計画”を策定し、法定上の防災訓練を実施するとともに、緊急連絡網の整備や利用者・職員の安否確認リスト、非常用持ち出しリストなどを整備している。	a
組織的に地震や土砂災害に対する事前対策を行っている。地域の消防署や消防団と連携し防災訓練を実施している。また、100人分の食糧や飲料水を3日分備蓄している。非常用の自家発電設備を設けている。	a
組織的に不適合（事故）報告やヒヤリハット報告制度による事例の収集を行っている。定期的に事故防止対策委員会を開催し、分析・評価・見直しを行っている。年間事業計画に、安全確保や事故防止・感染症予防等の職員研修を位置付け、職員の出席状況も把握している。	a
<b>○地域との交流と連携</b>	
活用できそうな地域の社会資源情報を掲示するなどして利用者へ提供している。ユニットごとに外出や買い物を行っている。また、ボランティアや理・美容院、移動販売車等の来訪を受け入れるなどして、積極的に交流を行っている。	a
毎月、広報誌“ほほえみ”を発行している。介護相談窓口も設置し、地域住民からの相談に応じている。また、災害時には、地域の要援護者の避難拠点としての役割も担っている。しかし、施設の有する専門知識や技能等を地域へ還元するまでには至っていない。	b
ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明文化している。対応マニュアルを整備したり、ボランティア活動室を設置したりして、効果的なボランティア活動の実施へと繋げている。多数のボランティアを受け入れており、地域と施設を繋ぐ人材として関わっている。	a
施設の運営に必要な行政機関や保健所、福祉事務所、医療機関、介護施設、関係団体・機関等の社会資源を把握している。社会資源の一覧を施設内に掲示し、職員間で共有を図っている。	a
定期的に、みよし地域福祉事業所連絡協議会へ参加したり、協力医療機関や居宅介護支援事業者と協働的な取り組みを行ったりしている。	a
家族会の代表者や居宅介護支援事業者、市指定管理担当者と連携を図り、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	a
指定管理事業施設として、ある一定の制限があるなか、地域や利用者のニーズを把握したうえで様々な事業展開を行っている。ショートステイや居宅介護支援等への取り組みを検討しており、地域の福祉ニーズの解消へ積極的に取り組んでいる。	a

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

a	18	b	1	c	0
---	----	---	---	---	---

1 利用者本位の福祉サービス

理念や品質方針に、利用者を尊重する姿勢を明示しており、組織内に浸透している。プライバシー保護に関する規程やマニュアルなども整備し、それらに基づくサービスを適切に展開している。また、年4回の家族会や利用者満足度調査を行うなどして、利用者や家族の意向に基づくサービス展開に努めている。利用者や家族等が意見等を表出しやすいよう、担当部門や部署、管理者が工夫と配慮を行っている。施設では、苦情解決制度の仕組みに基づく体制を整備し、掲示・説明・記録・検討・結果の公表等を行っている。

2 サービスの質の確保

介護・看護・総務部会でサービス内容を検討して課題や問題を明確にするなど、PDCAサイクルに基づく改善活動が根付いている。また、法人本部の品質管理委員会が適切に機能している。標準的な実施方法やサービス内容に係る量・質の両面の指導体制の構築、保管・保存・破棄の規程、利用者との情報共有の仕組み、個人情報保護に関する研修等を適切に整備・実施している。標準的な実施方法の見直し時期については、複数年で見直しを検討しているものの、定期的な検証を行うまでには至っていない。

3 サービスの開始・継続

施設のパンフレットやHP等で、サービスを選択するための情報提供を行っており、施設見学や体験利用等にも対応している。サービス利用開始時には、重要事項説明書や契約書等に基づいて内容を説明し同意を得ている。事業所の変更や家庭への移行に係る対応手順を定めている。サービス終了後の相談方法等も書面で対応している。

4 サービス実施計画の策定

介護支援専門員が中心となって、利用者のアセスメントを行っている。組織として統一した様式により、身体や生活状況等を把握・記録し、他部署との協議を行ったうえで手順にそってサービス実施計画を策定している。また、定期的に、サービス実施計画の評価・見直しを行っている。

○利用者本位の福祉サービス

- 理念や基本方針に利用者を尊重した基本姿勢が掲げられている。人権・倫理・権利擁護・身体拘束・虐待防止・守秘義務等の教育研修を計画し実施している。 a
- プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備している。これらに基づく職員研修を組織的に実施している。また、倫理委員会においては、具体的なテーマを定め、各リーダー間で話しあっている。法人として、職員を対象に人権に関するアンケートをとっており、日ごろの関わりの注意喚起に努めている。 a
- 定期的に利用者満足度調査を実施し、分析・評価している。また、家族懇談会の開催時には家族から聞き取りを行ったり、食事の提供時には、管理栄養士や調理師が中心となって利用者一人ひとりの意向を確認したりしている。また、給食委員会や給食改善委員会で評価や分析を行い、改善へと繋げる仕組みも構築している。 a
- 相談窓口を設置している。専門的な相談には、各部署の長が対応することのできる体制を整備している。施設内には、相談窓口等の掲示を分かりやすく行っている。利用者や家族が、気軽に意見を述べたり、相談したりしやすいよう相談スペースの雰囲気にも配慮している。 a
- 苦情解決の体制を整備している。施設内には、苦情解決制度の仕組みや窓口を記載したパンフレットや文書を掲示している。利用開始時の段階で、利用者や家族へ苦情解決の窓口等を記載した書類をもとに説明し配付している。相談の受付や内容、検討、結果の公表等に関する記録を行い、適切に保管している。 a
- 苦情対応マニュアルを整備している。随時、苦情解決委員会を開催して適切な対応に努めている。 a

○サービスの質の確保

- 組織として、積極的に国際標準化機構による評価を受審したり、福祉サービス第三者評価基準による自己評価に取り組んだりしている。施設内の介護部会や看護部会、総務部会において、PDCAサイクルにそった改善活動を行っている。 a
- 介護部会や看護部会、総務部会で抽出した課題や問題点を、企画会議が統括して法人内の品質管理委員会に図る仕組みを構築している。品質管理委員会で評価・決定した結果を施設にフィードバックしている。改善策の実施状況や評価、見直しは、企画会議で検討している。 a
- 施設が提供するすべてのサービスにおいて標準的な実施方法を確立しており、利用者の尊厳に配慮したマニュアルを分かりやすく整備している。実施方法の変更時には、職員会議や連絡調整会議等を通じて周知・共有化を図っている。 a
- 標準的な実施方法の見直し時期については、複数年で見直しを検討しているものの、定期的な検証を行うまでには至っていない。 b
- サービス実施記録は、組織で統一した作成手順に従って記録している。記録内容はOJTによる指導を行っている。 a
- 記録管理の担当者を設置し、保存や破棄等の規程を定めている。また、情報の開示請求に係る対応マニュアルも整備している。 a
- 朝礼や職員会議、連絡調整会議、介護部会、看護部会、総務部会、ケース会議等の機会において、利用者の状況について共有化を図っている。記録の一元化に向けた取り組みも行っている。 a

## ○サービスの開始・継続

ホームページを公開したり、施設見学や体験利用に対応したりしている。施設案内のパンフレットを作成して配布するなど、サービス利用に係る情報提供に努めている。

a

サービス開始時の段階で、利用者や家族へ重要事項説明書や契約書に基づく説明を行って同意を得ている。また、個人情報保護に係る同意書を得ている。

a

サービスの継続性に関する手順書や引継文書を定めている。退居後の相談窓口も設置している。やむを得ず利用者が入院した際には、介護や看護、医療機関間で連携を図って支援する体制を整備している。

a

## ○サービス実施計画の策定

組織として定めた統一のアセスメント様式により、利用者の身体状況や生活情報等を把握している。定期的に再アセスメントを行っている。ケース会議には様々な職種が集い、利用者の状況に応じた専門的な見地から意見交換を行っている。

a

サービス実施計画の策定に係る責任者を定めている。ケース会議では、介護や看護、栄養、調理の各部門の職員間で合議を図っている。実施手順に従ってサービス実施計画を策定している。

a

毎月、実施手順に応じてモニタリングを行っている。6か月ごとの見直しも行っている。介護計画の内容等に変更があった際の周知手順も定めており、関係部署に周知している。

a

## 福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

### I. 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1. 理念・基本方針

	評価結果			判断の理由
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。				
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	b	c	法人の理念として、“福祉は利用者の為にある。”“この原理は施設の何物にも優先する”、“人の尊厳に立ち、地域を大切に、地域を愛し、地域に信頼されるかけがえのない殿堂となります。”と明文化している。これら法人の理念に基づき、施設の使命や目指すべき方向、考え方などを踏まえた施設の理念も作成している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	b	c	法人や施設の理念を実現するための基本的な方針を、品質方針として位置づけ明確に示している。また、倫理綱領や博愛ブランド宣言、博愛仲間の絆づくり宣言等を行っている。品質方針に基づく具体的なサービスの質の向上に向けた改善活動を継続して実施しており、職務上の行動規範にもなっている。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。				
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	b	c	職員は、朝礼時に理念を唱和したり、各種会議・委員会等の機会に確認したりして、共通認識を図るよう取り組んでいる。また、理念や品質方針を記載した書面を配付するなどの取り組みも行っており、継続的に周知するための仕組みを構築して取り組んでいる。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	b	c	年4回、家族会を開催しており、その際、理念や基本方針を周知している。また、毎月、施設の広報誌を作成して家族へ発信するなどの工夫を行っている。しかし、パンフレットや広報誌、HP等の活用による施設外に向けた周知の工夫は十分ではない。

#### I-2 事業計画の策定

	評価結果			判断の理由
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	b	c	平成24～28年と平成29年～33年の施設のビジョンを描いた中・長期計画を策定している。各部署ごとに課題を抽出して作成した計画となっている。業務改善の課題や問題点、人材育成等に係る中・長期計画は、委員会組織や人事考課制度等の仕組みにおいて整備している。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	b	c	事業計画には、具体的に達成目標と数値目標等を設定するなどの工夫を行っている。また、部署別の品質目標を掲げ、実施状況の評価が可能な計画となっている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	b	c	各部署ごとに前年度の実施状況の評価を行っている。介護・看護・総務の別に課題を集約して計画に反映し、企画会議に諮ったうえで、再度、法人本部会議で検討する仕組みを確立している。年度途中にも定期的な評価・見直しを行っている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	b	c	全職員に事業計画を配付している。各種会議や委員会において、分かりやすく説明を行っている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	b	c	年2回、家族へ“博愛だより”を送付している。また、毎月、広報誌“ほほえみ”を発行し、家族へ送付している。家族会を開催し、事業所の取り組み状況を説明しているが、利用者等へ向けた周知の工夫は十分ではない。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		評価結果	判断の理由	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	④	b	c	施設の管理・運営に係る品質マニュアルや諸規程、業務管理手順書を的確に整備している。施設内の会議や各種委員会の目的・機能を明確に示し機能させている。管理者は、役割と責任を明確にして積極的に施設運営へ参画しており、課題や問題の解決、業務の効率化、改善、職員の意欲の向上に向け指導力を発揮している。
I-3-(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。	④	b	c	県老協の研修や県主催の研修等、様々な研修会へ参加している。法人や施設の会議・委員会において、職員が遵守すべき法令等を正しく理解することができるよう積極的に取り組んでいる。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	④	b	c	介護・看護・総務部会が中心となって、福祉サービスの質に関する課題や問題等を集約している。サービスの質の向上に向け、“倫理”“口腔ケア”“看取り”“科学的ケア”“医療的ケア対策推進”“身体拘束”“給食改善”などの各種委員会を立ち上げている。管理者は、これらの委員会活動へ積極的に参画しており、質の向上に向けてリーダーシップを発揮している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	④	b	c	法人本部に設置している品質管理委員会において、経営や業務の効率化・改善活動を継続的に行っている。また、管理者は、施設内の人員配置や職場環境、労働環境等を整備し、経営の効率化に向け指導力を発揮している。

## II. 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

		評価結果	判断の理由	
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	④	b	c	法人本部において、社会福祉全般の動向や施設の位置する地域での福祉需要の状況、利用者数・像の変化、福祉サービスへのニーズなどを的確に把握している。これらの情報を施設にフィードバックする体制を整備しており、収集した情報やデータを中・長期計画や事業計画等へ反映している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	④	b	c	施設の経営状況を組織的に把握・分析している。課題や問題点は、品質方針（基本方針）の財務の項目に反映し、施設全体と部署別の改善目標として掲げている。また、毎月、評価を行っている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	④	b	c	税理士事務所やコンサルタント会社による外部監査を実施している。

II-2 人材の確保・養成

	評価結果	判断の理由	
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	①	b	c
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	①	b	c
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	①	b	c
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	①	b	c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	①	b	c
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	①	b	c
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	①	b	c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	①	b	c

## II-3 安全管理

	評価結果		判断の理由
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症、災害の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	④	b c	安全確保のための体制を構築している。衛生管理委員会において、感染症対策や褥瘡予防対策、医療的ケア対策推進を統括している。事故防止検討委員会等の各種委員会を定期的に開催し、検討することのできる体制を構築している。各種委員会の議事録に評価や見直しの詳細な記録を行っている。“長生園消防計画”を策定し、法定上の防災訓練を実施するとともに、緊急連絡網の整備や利用者・職員の安否確認リスト、非常用持ち出しリストなどを整備している。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	④	b c	組織的に地震や土砂災害に対する事前対策を行っている。地域の消防署や消防団と連携し防災訓練を実施している。また、100人分の食糧や飲料水を3日分備蓄している。非常用の自家発電設備を設けている。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	④	b c	組織的に不適合（事故）報告やヒヤリハット報告制度による事例の収集を行っている。定期的に事故防止対策委員会を開催し、分析・評価・見直しを行っている。年間事業計画に、安全確保や事故防止・感染症予防等の職員研修を位置付け、職員の出席状況も把握している。

## II-4 地域との交流と連携

	評価結果		判断の理由
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	④	b c	活用できそうな地域の社会資源情報を掲示するなどして利用者へ提供している。ユニットごとに外出や買い物を行っている。また、ボランティアや理・美容院、移動販売車等の来訪を受け入れるなどして、積極的に交流を行っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	④ c	毎月、広報誌“ほほえみ”を発行している。介護相談窓口も設置し、地域住民からの相談に応じている。また、災害時には、地域の要援護者の避難拠点としての役割も担っている。しかし、施設の有する専門知識や技能等を地域へ還元するまでには至っていない。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	④	b c	ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明文化している。対応マニュアルを整備したり、ボランティア活動室を設置したりして、効果的なボランティア活動の実施へと繋げている。多数のボランティアを受け入れており、地域と施設を繋ぐ人材として関わっている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	④	b c	施設の運営に必要な行政機関や保健所、福祉事務所、医療機関、介護施設、関係団体・機関等の社会資源を把握している。社会資源の一覧を施設内に掲示し、職員間で共有を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	④	b c	定期的に、みよし地域福祉事業所連絡協議会へ参加したり、協力医療機関や居宅介護支援事業者と協働的な取り組みを行ったりしている。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	④	b c	家族会の代表者や居宅介護支援事業者、市指定管理担当者と連携を図り、地域の福祉ニーズの把握に努めている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	④	b c	指定管理事業施設として、ある一定の制限があるなか、地域や利用者のニーズを把握したうえで様々な事業展開を行っている。ショートステイや居宅介護支援等への取り組みを検討しており、地域の福祉ニーズの解消へ積極的に取り組んでいる。

### 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

		評価結果	判断の理由	
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	理念や基本方針に利用者を尊重した基本姿勢が掲げられている。人権・倫理・権利擁護・身体拘束・虐待防止・守秘義務等の教育研修を計画し実施している。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	①	b	c	プライバシー保護に関する規程やマニュアルを整備している。これらに基づく職員研修を組織的に実施している。また、倫理委員会においては、具体的なテーマを定め、各リーダー間で話しあっている。法人として、職員を対象に人権に関するアンケートをとっており、日ごろの関わりの注意喚起に努めている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	①	b	c	定期的利用者満足度調査を実施し、分析・評価している。また、家族懇談会の開催時には家族から聞き取りを行ったり、食事の提供時には、管理栄養士や調理師が中心となって利用者一人ひとりの意向を確認したりしている。また、給食委員会や給食改善委員会で評価や分析を行い、改善へと繋げる仕組みも構築している。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	①	b	c	相談窓口を設置している。専門的な相談には、各部署の長が対応することのできる体制を整備している。施設内には、相談窓口等の掲示を分かりやすく行っている。利用者や家族が、気軽に意見を述べたり、相談したりしやすいよう相談スペースの雰囲気にも配慮している。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	①	b	c	苦情解決の体制を整備している。施設内には、苦情解決制度の仕組みや窓口を記載したパンフレットや文書を掲示している。利用開始時の段階で、利用者や家族へ苦情解決の窓口等を記載した書類をもとに説明し配付している。相談の受付や内容、検討、結果の公表等に関する記録を行い、適切に保管している。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	①	b	c	苦情対応マニュアルを整備している。随時、苦情解決委員会を開催して適切な対応に努めている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		評価結果		判断の理由
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	④	b	c	組織として、積極的に国際標準化機構による評価を受審したり、福祉サービス第三者評価基準による自己評価に取り組んだりしている。施設内の介護部会や看護部会、総務部会において、PDCAサイクルにそった改善活動を行っている。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	④	b	c	介護部会や看護部会、総務部会で抽出した課題や問題点を、企画会議が統括して法人内の品質管理委員会に図る仕組みを構築している。品質管理委員会で評価・決定した結果を施設にフィードバックしている。改善策の実施状況や評価、見直しは、企画会議で検討している。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。				
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	④	b	c	施設が提供するすべてのサービスにおいて標準的な実施方法を確立しており、利用者の尊厳に配慮したマニュアルを分かりやすく整備している。実施方法の変更時には、職員会議や連絡調整会議等を通じて周知・共有化を図っている。
Ⅲ-2-(2)-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	⑤	c	標準的な実施方法の見直し時期については、複数年で見直しを検討しているものの、定期的な検証を行うまでには至っていない。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	④	b	c	サービス実施記録は、組織で統一した作成手順に従って記録している。記録内容はOJTによる指導を行っている。
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。	④	b	c	記録管理の担当者を設置し、保存や破棄等の規程を定めている。また、情報の開示請求に係る対応マニュアルも整備している。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	④	b	c	朝礼や職員会議、連絡調整会議、介護部会、看護部会、総務部会、ケース会議等の機会において、利用者の状況について共有化を図っている。記録の一元化に向けた取り組みも行っている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		評価結果	判断の理由		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。					
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	①	a	b	c	ホームページを公開したり、施設見学や体験利用に対応したりしている。施設案内のパンフレットを作成して配布するなど、サービス利用に係る情報提供に努めている。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	②	a	b	c	サービス開始時の段階で、利用者や家族へ重要事項説明書や契約書に基づく説明を行って同意を得ている。また、個人情報保護に係る同意書を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。					
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	①	a	b	c	サービスの継続性に関する手順書や引継文書を定めている。退居後の相談窓口も設置している。やむを得ず利用者が入院した際には、介護や看護、医療機関間で連携を図って支援する体制を整備している。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		評価結果	判断の理由		
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。					
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	①	a	b	c	組織として定めた統一のアセスメント様式により、利用者の身体状況や生活情報等を把握している。定期的に再アセスメントを行っている。ケース会議には様々な職種が集い、利用者の状況に応じた専門的な見地から意見交換を行っている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。					
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	①	a	b	c	サービス実施計画の策定に係る責任者を定めている。ケース会議では、介護や看護、栄養、調理の各部門の職員間で合議を図っている。実施手順に従ってサービス実施計画を策定している。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	②	a	b	c	毎月、実施手順に応じてモニタリングを行っている。6か月ごとの見直しも行っている。介護計画の内容等に変更があった際の周知手順も定めており、関係部署に周知している。