

福祉サービス第三者評価結果

事業所名	名 称：社会福祉法人オレンジ福祉会 デイサービスセンターとどろきの里
------	---------------------------------------

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 第三者評価機構

②第三者評価実施期日

平成 28 年 12 月 20 日

③事業者情報

名 称：社会福祉法人オレンジ福祉会 デイサービスセンターとどろきの里	種 別：通所介護
代表者氏名：理事長 田代 清久	定 員 45人
所在地：大分県杵築市大字船部字中津屋 2167-30	
TEL：0978-62-1300	

④総評

◇評価の高い点

- 利用者アンケートでは、総合的に高い満足感を示されています。特に「要望や意見、苦情を聞いてくれる」「要望に迅速に対応してくれる」「職員の丁寧な言葉遣いや、優しい態度で接してくれる」等、感想欄には満足、感謝の言葉が書かれています。事業所の理念にもある利用者の尊厳を大切に、個別サービスの重視が着実に実践されています。
- 事業者が地域の一員として、福祉の専門性、実践力を活かした地域交流に積極的に取り組んでいます。地域の「お祭り」では相談所を開き、車イス体験、認知症や介護相談・地区では予防体操の指導等地域貢献を行う中、地域福祉の拠点として、施設が災害時の避難場所として利用されています。
- 管理者は常に理念・基本方針に照らし合わせ、福祉サービスの質の向上にリーダーシップを発揮しています。利用者、家族からの信頼の厚さは今回のアンケートの中で「管理者の丁寧な対応が新人職員の手本となり伝統となっている」と書かれました。また、日頃の業務の中でも職員の意見や提案に耳を傾けて業務改善に取り組んでいます。職員の就業状況に関しては、個人面談、メンタルヘルス相談窓口を設置し、外部のコーディネーターによる相談等、法人としての取り組みも評価できるところです。
- 利用者の個別機能訓練に力を入れています。理学療法士、看護師により、利用者一人ひとりの計画書が作成され、歩行訓練やマッサージ、筋力トレーニング等の機能訓練を行うとともに、効果を3ヶ月毎に評価見直しを行っています。また、職員は理学療法士より体操の指導を受け、午後のレクレーションに取り入れ身体機能低下予防に取り組んでいます。

改善を求められる点

- 利用者、家族に対して、理念、基本方針、事業計画を契約時（重要事項説明書）やホールに掲示することで周知に努めていますが、利用者との信頼関係を高めるためにも、更に利用者が分かりやすいように工夫した説明用の資料を作成し配布するなど利用者の周知に向けた多様な取り組みを期待します。
- 法人の人材育成に取り組む基本姿勢が明示され、福祉施設職員としての人材育成に努め、資格取得を促進し、職員のスキルアップを図っています。全体研修の積極的参加を促しビデオを作成し、不参加の職員が後日見ることができます。その中で個々の職員の研修履歴書に基づく個別研修計画への取り組みまでに至っておらず個々の職員の研修計画の策定と実施、評価、見直しを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受け、ご利用者様の思い、職員に対しての意見を確認することが出来、大変光栄に思いました。現状に満足することなく事業所として不足している点を改善し、更にサービス向上に努めたいと思います。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

⑥ 調査報告書

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

項目番号	項目	第三者評価結果
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
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
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
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

I-2 計画の策定

項目番号	項目	第三者評価結果
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
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
I-2-(2)	計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	(a) ・ b ・ c
I-2-(2)-②	計画が職員に周知されている。	(a) ・ b ・ c
I-2-(2)-③	計画が利用者等に周知されている。	a ・ (b) ・ c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

項目番号	項目	第三者評価結果
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。	(a) ・ b ・ c
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みを行っている。	(a) ・ b ・ c
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みに指導力を発揮している。	(a) ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組みに指導力を発揮している。	(a) ・ b ・ c

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

項目番号	項目	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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みを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	Ⓐ ・ b ・ c

II-2 人材の確保・養成

項目番号	項目	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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みが行われている。	a ・ ⑥ ・ 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。	a ・ ⑥ ・ 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	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	Ⓐ ・ b ・ c
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取組みを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅱ-3 安全管理

項目番号	項目	第三者評価結果
Ⅱ-3-(1)	利用者の安全を確保するための取組みが行われている。	
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-3-(1)-②	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。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-3-(1)-③	災害等の発生時における防災体制が整備されている。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅱ-4 地域との交流と連携

項目番号	項目	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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(1)-③	ボランティア受け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
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。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉

項目番号	項目	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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組みを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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ている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取組みを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-2 サービスの質の確保

項目番号	項目	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)	質の向上に向けた取組み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。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にしている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)	個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	
Ⅲ-2-(2)-①	個々の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。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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 ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

項目番号	項目	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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	サービス内容や事業所の変更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。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-4 通所介護計画の策定

項目番号	項目	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)	利用者に対する通所介護計画が策定されている。	
Ⅲ-4-(2)-①	通所介護計画を適切に策定している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的に通所介護計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-5 サービスの実施

項目番号	項目	第三者評価結果
Ⅲ-5-(1)	送迎。	
Ⅲ-5-(1)-①	利用者の心身の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための取組みを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)	食事。	
Ⅲ-5-(2)-①	通所介護計画に基づいた食事サービスが用意されている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事環境(食事時間や利用者の嗜好を含む)に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)	入浴。	
Ⅲ-5-(3)-①	利用者の自立を念頭におき、入浴介助は適切に行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)	排泄。	
Ⅲ-5-(4)-①	利用者の自立を念頭におき、排泄介助は適切に行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5)	行事・レクリエーション	
Ⅲ-5-(5)-①	行事やレクリエーションは、利用者や家族の希望に配慮して、利用者の主体性や自立支援という視点から行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6)	機能訓練。	
Ⅲ-5-(6)-①	利用者一人ひとりの状態に応じた個別機能訓練を実施している。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7)	健康管理。	
Ⅲ-5-(7)-①	健康を維持するための取組みが行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7)-②	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	Ⓐ ・ b ・ c

Ⅲ-6 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み

項目番号	項目
Ⅲ-6-(1)	質の高い福祉サービスの実施のために特記すべき取り組みが行われている。
Ⅲ-6-(1)-①	質の高い福祉サービスの実施に向けて、事業者として独自性のある取り組みや特徴的な取り組みを行っている。

◇該当する項目を記入し、具体的な取り組みについて記述する。

【該当項目】
「Ⅲ-6-(1)-①」
【特記事項】
<p>○サービス向上委員会を設置し、質の向上を図っている。</p> <p>○毎月、取り組みの目標を定めている。</p> <p>○外部コンサルティングを入れている。</p>