

## 福祉サービス第三者評価結果

事業所名	社会福祉法人 愛泉会 情和園リハビリテーションデイサービスみもぎ
------	-------------------------------------

## 福祉サービス第三者評価結果

### ①第三者評価機関名

福祉サービス評価センターおおいた

### ②第三者評価実施期日

平成22年 2月 5日

### ③事業者情報

名 称：社会福祉法人 愛泉会 情和園リハビリテーションデイサービスみもぎ	種 別：通所介護事業所
代表者氏名：理事長 土師 忠義	定員（利用人数）：30名
所在地：大分県由布市庄内町櫟木982番地 TEL：097（582）0880	

### ④総評

#### ◇評価の高い点

- 法人、事業所の理念・基本方針を明文化し、新聞折り込みを利用し、年数回地域住民に周知を図っている。
- 管理者は朝礼、ミーティング、終礼時に自らの役割と責任を職員に表明するとともに、事業所広報誌においても表明を行っている。
- 職員の教育・研修に関して、職員のスキルアップを事業推進の骨子として明示している。「目標管理シート」を使用し、年間研修計画策定から評価まで具体的に取り組んでいる。
- 比較的元気な高齢者を対象とするため、交通安全広報誌を置いている。また、独自の新聞切り抜き集を作成し、自由に閲覧できるように設置し、利用者が地域情報を共有できるよう配慮している。
- みもぎの元気4要素である「運動」「栄養」「休養」「楽笑」のうち、介護予防の対応として体操に重点をおき、独自のリズム体操である「みもぎ体操」、ストレッチ体操、マット体操など、施設独自のメニューを実施し、自宅でもできるストレッチの指導も行っている。また、認知症予防の一環として、右脳トレーニングなどの学習療法、季節ごとの外出など工夫をしている。

#### ◇改善を求められる点

- 契約書の文字が小さく読みづらいため、文字を大きくするなど、利用者や家族が分かりやすいような工夫を期待したい。

#### ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

当事業所は、比較的元気な高齢者を対象とした主としてリハビリ体操等、予防介護を目指して、平成17年12月に新設開所いたしました。今回初めて福祉サービス第三者評価を受審いたしました。

受審するに当たり、調査報告書に沿って「福祉サービスの基本方針と組織、組織の運営管理、適切な福祉サービスの実施」等について自己評価を行いました。

自己評価については、管理者を中心として全職員で職場会議を開催、各項目ごとに内容について協議、確認を行いながら作成いたしました。その結果、職員各自がデイサービスの重要性、業務に対し取り組む自覚等サービス全般について認識を深めることができ、大変有意義な受審でありました。

評価結果は、評価項目66のうち、できている(a)項目65、十分でない(b)項目1、できていない(c)項目0の成績でありました。今後、職員自らが研鑽を重ね、より質の高いサービスの提供に努力いたします。

今後ともよろしくご指導くださいますようお願い申し上げます。

#### ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果

### 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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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 利用者本位の福祉サービス

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-(2)-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。	a・Ⓑ・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	サービスの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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c
Ⅲ-5-(3)	入浴。	
Ⅲ-5-(3)-①	利用者の自立を念頭に置き、入浴介助は適切に行われている。	○a・b・c
Ⅲ-5-(3)-②	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	○a・b・c
Ⅲ-5-(4)	排泄。	
Ⅲ-5-(4)-①	利用者の自立を念頭に置き、排泄介助は適切に行われている。	○a・b・c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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組みや特徴的な取組みを行っている。

◇該当する項目を記入し、具体的な取組みについて記述する。

#### 【該当項目】

「Ⅲ — 5 — ( 2 ) — ①」

「Ⅲ — 5 — ( 5 ) — ①」

「Ⅲ — 5 — ( 3 ) — ①」

#### 【特記項目】

1. 中・長期事業計画は、事業内容を具体的に、①介護予防の促進②予防給付体制に向けた対応③利用者の自立生活の助長④社会的孤立の解消⑤在宅介護者の支援体制の確立 と明示し、事業計画に反映している。

2. 『住み慣れた地域で、いつまでも生き生きと元気に暮らしましょう』をモットーに、みもぎの元気4要素である「運動」、「栄養」、「休養」、「楽笑」のなかで、体操に重点をおき、独自の体操を考案している。事業所内ではストレッチ体操、マット体操、リズム体操など、事業所独自のメニューを実施し、自宅でもできるストレッチなどの指導を行うなど、介護予防を実践するために工夫している。

3. 認知症予防の一環として学習療法、頭の体操、季節ごとの外出など、職員と一緒に楽しめるようにしている。

4. 利用者一人ひとりの通所介護計画に沿ったサービス実施状況が、所定の様式に従って適切に記録している。特別な変化はもとより定期的な記録も行っている。記録のばらつきへの防止は、課長が個別に指導を行い、記録の内容や期間については検討を重ねている。個別のファイルに写真を添付するなど、共通の認識を図るために独自の工夫を行っている。