

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第 2 号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 23 年 8 月 8 日～ 11 月 21 日

2 事業者情報

事業者名称 (施設名): ぬくもりの家デイサービスセンター	種別: 通所介護
代表者氏名: 理事長 千田 禎範 管 理 者: 施設長 千田 禎範	開設年月日 平成 14 年 4 月 25 日
設置主体: 社会福祉法人 胆沢やまゆり会 経営主体: 社会福祉法人 胆沢やまゆり会	定員 (利用人員) デイ: 一般型 30 名、認知症型 10 名
法人所在地: 奥州市胆沢区南都田字加賀谷地 416 TEL: 0197-46-5111 FAX: 0197-46-5112	
事業所 : 奥州市胆沢区南都田字大持 30 番地 TEL: 0197-46-5100 FAX: 0197-46-5166	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○利用者・家族のニーズに対応するデイサービス事業の積極的推進</p> <p>ぬくもりの家デイサービスセンターは、法人(胆沢やまゆり会)の第一次中長期計画を踏まえ、利用者や家族の移行・ニーズにこたえるために特色のある事業計画を策定し実践している。</p> <p>なかでも、利用者の要介護・要支援状態等に配慮して、「一般型」「認知症型」「介護予防」「障害者」に対応する「通所介護サービス」「生活支援サービス」を複合的に推進する体制を作り、それぞれの型の稼働目標を設定し、利用者の掘り起こしに努めている。さらに、個別の家族状況やニーズに対応できるよう、年中無休のサービス提供、早朝(7時15分)から夕刻(19時)までの延長利用を可能にする等々、積極的なデイセンター運営を展開していることは、高く評価できる。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○地域の福祉ニーズを把握する組織的取組の必要性</p> <p>デイサービスセンター利用者及び家族に対するアンケートを実施し、サービス利用者の要望等の把握に取り組んでいるが、地元の関係者(機関)との連携を通してニーズを把握する仕組みはできていない。まず手始めに法人内の在宅福祉担当課の連絡会議を持つことで、入所待機者の現況・ニーズ、在宅要介護者や家族の抱える課題を把握することによって、法人(各課)の取組む方向が見えてくるのではないだろうか。併せて、民生委員、老人クラブ、婦人会等、地域の福祉協力者との連携、組織づくりへの発展を期待したい。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>開設 10 年目を迎え、これまでの事業運営のあり方を総点検の年として第三者評価を受審しました。自己評価と同様の結果でした。今後は評価者からの助言を参考にサービスの向上に向けて職員一丸となって取組みます。</p>
--

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果

施設名: ぬくもりの家デイサービスセンター

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		23年度第三者 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
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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。	b
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b

I-2 計画の策定

		23年度第三者 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
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
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。	b
I-2-(2)-②	事業計画が職員や職員に周知されている。	a
I-2-(2)-③	事業計画が職員や利用者等に周知されている。	b

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		23年度第三者 評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確化されている。		
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
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
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
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

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		23年度第三者 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
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
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	非該当

II-2 人材の確保・養成

		23年度第三者 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。	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。	a
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
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。	a

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
	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り組みが行われている。	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。	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体制を整備し積極的な取り組みをおこなっている。	b

II-3 安全管理

		23年度第三者 評価結果
II-3-(1)利用者の安全を確保するための取り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)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。	a
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みを行っている。にリスクを把握し対策を実行している。	b
	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。	a

II-4 地域との交流と連携

		23年度第三者 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。	a
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
	II-4-(1)-③ ボランティアを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。	a
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
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b
II-4-(3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b
	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。	b

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

		23年度第三者 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り組みを行っている。	a
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。	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、取り組みを行っている。	b
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
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
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

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		23年度第三者 評価結果
Ⅲ-2-(1)質の向上に向けた取り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
Ⅲ-2-(1)-②	評価の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・改善計画を立て実施している。	b
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。	b
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。	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。	a
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。	a
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。	a

Ⅲ—3 サービスの開始・継続

		23年度第三者 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。	a
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
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。	b

Ⅲ—4 サービス実施計画の策定

		23年度第三者 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
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。	b
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。	b