

福祉サービス第三者評価の結果

平成28年3月23日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	デイサービスセンター虹		種別	障がい者生活介護施設	
代表者氏名 (管理者)	高山 吉浩		開設年月日	平成22年10月1日	
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人 サポートセンター虹	定員	20	利用人数	20
所在地	(〒 039-1112) 青森県八戸市白山台2丁目17番地20号				
連絡先電話	0178-20-9126	FAX電話	0178-20-9127		
ホームページアドレス	http://supportcenternii.jimdo.com				
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴			

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念・基本方針	1. ノーマライゼーションの理念の下、障がいのある方が住み慣れた地域で暮らし続けられる地域社会の実現を目指します。 2. 利用者の基本的人権を守り、個人としての尊厳を重視した利用者本位の福祉サービスや必要な支援を提供します。 3. 福祉事業の担い手として経営の基盤強化を図るとともに、その提供するサービスの質の向上及び事業経営の透明性を図ります。				
	サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事			
	利用者の希望に応じた、入浴・食事・排泄等の各種サービスを提供しています。	4月 お花見会 6月 海岸ドライブ 7月三沢航空科学館見学 8月 ランチ会 9月 虹祭り 11月 イオン下田ショッピング 12月 クリスマス忘年会 1月 餅つき会 3月 手作り昼食会			
その他、特徴的な取組					
	居室概要	居室以外の施設設備の概要			
	ホール、機能訓練室、食事、訓練室、和室	脱衣室、浴室、トイレ3ヶ所、職員トイレ、ボイラー室			
職員の配置					
	職種	人数		職種	人数
	施設長(兼務)	常勤: 1	非常勤:	常勤:	非常勤:
	サービス管理責任者(兼務)	常勤: 1	非常勤:	常勤:	非常勤:
	支援員(介護員)	常勤: 8	非常勤: 1	常勤:	非常勤:
	看護師	常勤: 2	非常勤: 1	常勤:	非常勤:
	運転手	常勤:	非常勤: 1	常勤:	非常勤:

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

利用者や保護者から寄せられた意見等への対応マニュアルが整備され、把握した意見に基づき、福祉サービスの向上のための具体的な取り組みが行われています。

日々の福祉サービス提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいよう意見箱を3か所に設置し、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っており、意見箱は、車椅子の利用者も投函しやすいように、大きさや高さ、向きなどが工夫がされています。また、第三者委員が定期的に訪問し、利用者の意見等を聞いています。

◎ 改善を求められる点

法人全体の統一された理念・基本方針に従ってサービスを提供していますが、施設が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた独自の「基本方針」などの作成に期待します。

法人・施設のビジョンを明確にするために、中・長期計画・収支計画の策定に期待します。

利用者が他の事業所・地域に移行する際に、サービスの継続性に配慮した手順や引継ぎ文書が定められていません。今後、移行支援にあたっての手順書等を作成するとともに、移行後の相談方法などについて記載した文書の作成に期待します。

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審し、客観的立場から評価して頂いた結果をもとに、更にサービスの充実を図っていきたいと思います。

評価機関	名 称	社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県八戸市根城8丁目8番地155号
	事業所との契約日	平成 27年 10月 13日
	評価実施期間	平成27年 12月 18日～平成 27年 12月 25日
	事業所への 評価結果の報告	平成 28 年 2 月 23 日

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>理念、基本方針が明文化され、デイサービスセンターのホールに掲示されており、職員、利用者へ周知されています。		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>管理者は各種研修会へ参加するなどして、社会福祉事業全体の動向等について把握に努めています。また、法人では顧問税理士が経営状況を分析し、各施設の管理者へ伝えられています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>施設では、職員体制・人材育成等について分析され、具体的な課題や問題点を明らかにしています。財務的課題は、法人本部で分析され、管理者へも伝えら、理事会でも報告されています。		

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。
		a・b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>法人及びデイサービスの事業計画書は策定されていますが、中・長期の計画は策定されていません。		
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。
		a・b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>単年度の法人及びデイサービスの事業計画・収支計画は策定されていますが、中・長期計画を反映したものとなっていません。		
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。
		a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>事業計画は年度末に当年度の評価を踏まえ、全職員参加の会議を経て策定されていますが、実施状況の把握や評価が十分ではありません。		
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。
		a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>行事計画を利用者や家族に周知していますが、施設全体の事業計画の周知は十分ではありません。		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>サービスの質の向上に向けて自己評価に取り組んでいますが、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが十分ではありません。		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>把握された課題についての改善策を次年度計画に反映するよう努めていますが、改善策の策定に至る検討が十分ではありません。		

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 <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞施設長の役割と責任を職員会議等で周知しています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞管理者は法人内外の研修へ参加し、法令遵守についての理解に努めており、年度初めの新人研修では法令遵守の研修会を実施しています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞管理者は、福祉サービスの質の向上を目指し、職員が利用者にとどのような支援をしているのかを把握して、必要に応じて指導を行っています。		
13	Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 a <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞法人本部では、各事業所の経営状態等の分析を実施しています。働きやすい職場を目指して、国の基準を上回る人員を配置しています。		

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 • b <input checked="" type="radio"/> c
＜コメント＞施設の人員配置について、法人本部に要望し、法人全体で職員の採用や配置を検討しています。国の基準以上を上回る人員を配置しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。 a • b <input checked="" type="radio"/> c
＜コメント＞法人の事業計画に、「理想の職員像」が明示されていますが、人事基準（採用、異動、昇進、昇格等）が明確ではありません。		
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 <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞管理者は職員との面接や日常のコミュニケーションを通じて、悩み等の相談に応じています。有給休暇の取得状況も把握し、職員の意向を取り入れて勤務表を作成しています。		
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 • b <input checked="" type="radio"/> c
＜コメント＞理想の職員像を掲げてはいますが、書面による目標管理が行われていません。		
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 • b <input checked="" type="radio"/> c
＜コメント＞職員は、経験年数等に応じて、外部研修等に参加していますが、職員教育・研修に関する基本方針は策定されていません。		
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 <input checked="" type="radio"/> b • c
＜コメント＞職員の知識・技術・経験等に応じた外部研修の情報を提供していますが、参加する職員が少なく、研修機会が十分確保されていません。		
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 • b <input checked="" type="radio"/> c
＜コメント＞実習生受け入れのマニュアルや実習プログラムの整備が十分とはいえません。		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞法人、施設の理念や基本方針、提供するサービスの内容、事業計画、事業報告等はホームページで公開されています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞経理事務は法人本部で行われており、現金収納については、その日のうちに法人本部へ入金され、一連の流れの基準が定められています。経理状況は、顧問税理士によるチェック体制があります。		

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 <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞毎年9月にデイサービスの祭り(虹祭り)を開催し、地域にもチラシ・ポスター等で周知を行い交流を図っています。地域の中学校のステージ発表もあり、PRにも繋がっています。		
24	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。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞事業計画にボランティアの養成について明記し、受入マニュアルも作成されています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞利用者に、より良いサービスを提供するために必要となる関係機関・団体の機能や連絡方法を把握しています。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞障がいのある方からの相談や施設利用の相談など、地域からの相談を受け付けています。また、デイサービスの祭りでは地域と交流する機会を設け、施設開放に向けた取り組みを行っています。		
27	Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞町内会に加入したり、地域の障がい者の相談に対応したりして、地域の福祉ニーズの把握に努めています。		

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。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、職員間で共通の理解をもつための会議や研修を行っています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞プライバシー保護をはじめ、虐待防止といった利用者の権利擁護に関する規程が整備され、プライバシーと権利擁護に配慮したサービスの提供が行われています。		
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 <input checked="" type="radio"/> b・c
＜コメント＞事業所紹介等はホームページ、パンフレット等を作成し行っています。利用希望者に対しては、施設独自のパンフレットを作成し、サービス内容を選択するための情報提供が行われています。		

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。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>サービスの開始や変更の際には、利用者の要望・意見を聞いて、サービスの具体的な内容や日常生活に関する事項、その他留意事項等をわかりやすく説明しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>福祉施設の変更、家庭への移行にあたり、個別支援シート及びフェイスシートを移行先の施設に情報提供ができるように整備しています</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>利用者満足度に関するアンケートは実施していませんが、行事後や日頃の活動について聞き取りを行っています。</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。			
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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>意見箱を施設内に3ヶ所設置し、第三者委員が来訪した時に意見箱を開閉する体制が来ています。また、意見等があれば第三者委員が個別に聞き取りし、改善等を促す仕組みができています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>苦情受付担当者や苦情解決担当者の名前をデイサービス内に掲示し利用者が意見を述べやすい環境があります。また、意見は担当者以外にも述べることが出来ることを周知しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>利用者からの相談や意見に対して、その都度ミーティングの場を設け速やかに対応しています。</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。			
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。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>事故発生時の対応マニュアルを作成しています。事故等が発生した場合、職員ミーティングにおいて要因分析と対応策の検討が行われています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>感染予防に関するマニュアルがあり、デイサービス内に予防について掲示し、職員に周知されています。</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行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>火災・地震を想定した避難訓練を定期的を実施しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>標準的な実施方法のマニュアルが整備され、利用者の尊重、プライバシーの確保なども明記しています。また、業務の流れについてのマニュアルも整備され、職員研修や個別指導も行われています。</p>			
41	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。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>サービスの標準的な実施方法についてのマニュアルを作成しています。</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。			
42	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a <input checked="" type="radio"/> b • c
<p><コメント>サービス実施計画を作成する際は、利用者本人やその家族に聞き取りを行いニーズに合わせた計画を作成しています。</p>			

43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント>サービス実施計画は、6か月ごとに実施状況の評価と見直しを行っています。支援内容に変更がある場合はその都度利用者や家族に意向の確認と同意を得ています。</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。			
44	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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント>実施計画に沿って、サービス提供がどのように行われたか記録しています。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント>法人の文書等の取扱い規程に基づいて、施設での記録の保管・保存・廃棄が行われています。</p>			