

福祉サービス第三者評価の結果

平成21年12月18日提出

評価機関	名 称	社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会評価機関
	所 在 地	弘前市大字宮園2丁目8-1
	事業所との契約日	平成20年11月10日
	評価実施期間	平成20年11月10日～平成21年3月23日
	事業所への 評価結果の報告	平成21年3月23日

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	山郷館デイサービスセンター弘前		種別	生活介護		
代表者氏名 (管理者)	所長 佐藤 路子		開設年月日	平成19年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 七峰会		定員	30人	利用人数	30人
所在地	(〒036-8071) 弘前市大字大久保字西田92-3					
連絡先電話	0172-33-7300	FAX電話	0172-33-7301			
ホームページアドレス						

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
生活介護事業・介護保険事業・地域活動支援センターⅡ型、児童 デイサービス	お花見、夏まつり		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
ホール、事務室、医務室、調理室	特別浴室、一般浴室、トイレ		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
所長	1		
生活支援員	15		
看護師	2		

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>・在宅福祉サービスの拠点として</p> <p>母体施設である身体障害者療護施設と連携を図りながら地域の在宅障害者への支援の拠点としてデイサービス事業を中心に訪問介護、障害児デイサービス(従たる事業所で実施)が地域の福祉ニーズに応じて展開されている。</p> <p>・地域との交流</p> <p>施設開設時から地域住民との交流を目的とした「夏まつり」が行われ、住民と共に企画し開催されている。また、地域住民からの介護相談にも対応しており、地域の福祉施設として定着している。</p> <p>・利用者の状態に応じた個別支援</p> <p>利用者や家族の意向を取り入れたケアプランに基づいたサービス提供が利用者個別の対応方法や注意点などを明記した詳細な個別の支援マニュアルを整備し行われており、コミュニケーションを上手くできるようにツールを活用したり在宅生活で活用できる自助具などの情報も提供するなど生活の質を高める支援も利用者の状況に応じて行われている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>・理念や基本方針、事業計画などの職員周知</p> <p>法人の理念や基本方針、事業計画などが常勤職員へ周知されているが、その他の雇用形態の職員に対する周知や理解を促す取り組みが十分ではないため、更なる周知、理解促進への取り組みが望まれる。</p> <p>・利用者や家族からの意向把握への取り組み</p> <p>利用者からの意見や要望を聞き入れながらレクリエーションや行事、食事のメニュー作成などが行われているが、定期的に利用者や家族からの意見、要望を把握する取り組みが実施されていないためアンケートや面談など更なる意向把握への取り組みが期待される。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>評価内容を業務に反映させ、さらにサービスの質の向上につなげていきます。サービスの提供にあたり、利用者やご家族の希望、意見等を反映させていくためのしつみを充実させていきます。職員育成を強化していきます。</p>

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念や基本方針が法人内外への周知目的にパンフレット、事業計画書に明示されており、利用者の主体性の尊重など法人の考えが伝わる内容となっている。職員には事業計画書の配布や年度初めの会議での説明や日々の引継ぎなどで確認し理解が得られるように取り組んでいる。また、利用者や家族には事業所の利用開始時にパンフレットの配布などが行われているが継続的な周知活動が行われていない。
	2 計画策定	中・長期計画と単年度の事業計画は、母体施設である身体障害者療護施設にて策定され、課題に対する具体的取り組みが数値や時期なども示し明確にされている。また、中・長期計画は実施状況の確認を定期的に行い改定等を行っており、事業計画は毎年評価を行い、課題の明確化やそれに対する改善策などを事業所として検討し、次年度以降の事業計画に反映させ策定されている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の役割や責任については、業務分担表などにて確認でき、職員は、事業所内の各会議や日常業務での助言・指導等を通して、管理者の役割・責任を理解している。管理者は、施設運営に必要な法令等に関する各種研修会などへの参加により遵守すべき法令の把握に努め、必要な情報を会議等にて職員への周知を行い、提供する福祉サービスの質の向上に関して、職員研修の実施や定期的開催する全体会議等での職員意見を踏まえ提供するサービスの評価、分析、課題の発見、改善などに取り組んでいる。また、管理者は、事業所全体の人事・労務・財務等の分析を母体施設と連携を図りながら毎月行い、必要に応じて効率化を図るための勤務調整を行ったり、職員へのコスト削減に対する意識付けなどを会議にて行い、常に経営や業務の効率化への指導力を発揮している。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	障害者福祉、介護保険など事業経営をとりまく様々な情報を母体施設が中心となり、業界団体や外部研修、業界情報誌などから情報を収集しており、事業所が所在する地域のニーズも母体施設を中心とした様々なグループ事業からの情報により把握がされ、経営状況の分析を法人本部、母体施設との連携により行っており、コスト分析や利用者推移の分析、課題の発見に努め改善が図られている。
	2 人材の確保・養成	法人全体での人事に関するプランの基、人事考課が年1回、職務調書と管理者との個別面談にて実施されており、職員の就業や研修などに関する意向把握の機会として取り組まれている。また、把握された職員の就業意向は勤務体制などで配慮され、資格取得や研修参加などに反映されており、職員一人ひとりの研修履歴や経験年数、学習意向などを考慮して一人ひとりの職員に適した研修体制が整備されており、内外の充実した職員研修に取り組まれている。実習の受け入れも社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパーなどの実習の受け入れがされ、実習プログラムを作成し養成校との連携により効果が出るように取り組まれている。
	3 安全管理	利用者の安全確保に関する各種マニュアルを作成し定期的に開催する職員会議にて安全対策に関する検討が行われ緊急時対応の個別ファイルや連絡先記載のカードを整備し、職員の内部研修に救急法やAEDの研修も行われ、事業所内で発生したヒヤリハット事例を収集し、事業所内で検討、改善策を講じて個々の利用者にも都度、安全に関する声かけを行い啓発することにより安全な環境の整備に努めている。
	4 地域との交流と連携	事業所開設時から近隣の住民と行事を共同開催することにより交流が図られており、住民から介護に関する相談にも対応するなど地域の福祉施設として根付いている。利用者が在宅生活であるため地域での情報提供には法人内の障害者支援センターの広報を配布したり、行事を知らせたりするなどの取り組みがされ、ボランティアの受け入れもマニュアルの整備の基に慰問の受け入れや行事などでの外出での活用が行われている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重のサービス提供についての基本姿勢が法人理念や運営方針に明示され、様々な業務マニュアルにも利用者尊重の姿勢を明記し、内部研修での身体拘束や虐待に関する学習を行い職員の意思統一を図っている。また、利用者が相談や意見を述べやすい取り組みとして担当者の配置や第三者委員の整備などが行われ利用者への周知が行われており、意見や要望、苦情が出された場合などの対応も構築されているが、利用者の満足度を把握する取り組みが具体的な取り組みとして実施されていない。
	2 サービスの質の確保	利用者個別への対応方法や様々なマニュアルが整備され会議等での職員への周知が図られ、それに基づいたサービス提供に取り組んでおり、各種マニュアルは、実践を踏まえながら職員の気づきや意見を取り入れ検証を行い定期的な見直しを行っている。利用者に提供したサービス記録はコンピュータと書類にて管理されており、職員間での情報共有が引継ぎや文書、コンピュータで行われている。また、母体施設が定期的に取り組んでいる第三者評価と自己評価の結果を参考に改善策等の検討が行われているが事業所独自の自己評価への取り組みが行われていない。
	3 サービスの開始、継続	施設利用希望者への情報提供手段として事業所パンフレットを作成し、配布や見学や相談の受け入れを随時行っており、施設利用開始時には、契約書、重要事項説明書、パンフレットを基にサービス内容や料金等を利用者、家族に対してわかりやすく説明しており、同意を文書にて残している。また、利用者が他のサービスを利用する場合などへの引継ぎが利用者同意の上で情報提供されており、継続して相談の受付も担当者を配置し実施し、継続性への配慮にも努めている。
	4 サービス計画の策定	利用者の身体、生活状況、意向等の把握を目的としたアセスメントが統一した帳票により見直し時期も定め実施され、具体的な利用者のニーズや課題を明確にし、利用者個々のケアプランが策定されている。ケアプランは、利用者や家族の意向、関係職員の意見や気づきも取り入れており、サービスの実施状況を会議にて確認をしながら見直しを行い、利用者の状況に変化があった場合などには随時、見直しを行い新しい計画策定といった体制が整備されている。
福祉サービス内容評価(障害者・児施設A)	1 利用者の尊重	利用者が事業所での日中生活を主体的に過ごせるように、好きなことや興味のあることへの取り組みを尊重し、利用者との話し合いから手芸や書道、ネイルアートなど外部講師を招いての活動など希望を取り入れて行われており、利用者の生活能力向上に関する援助も障害があっても利用できる調理器具の紹介や調理教室の開催などが行われている。また、利用者の自力で行う姿勢も尊重し、介助の際には職員が声かけし利用者の了解を得てから介助を行い、見守りを基本とした支援が行われている。利用者とのコミュニケーションを図る場合でもコミュニケーション能力が向上するよう利用者の動作からのサインを見出すように努め、必要に応じて文字盤やコミュニケーションツールの活用も行われている。
	2 日常生活支援	利用者の楽しみでもある食事が利用者の好みや要望も取り入れて身体状態に応じた様々な形態で盛り付けなどにも配慮し提供されており、入浴や排泄の支援も利用者個々の状態に対応できるよう利用者個別マニュアルの作成により行われている。また、安全で快適に過ごせるよう環境の整備にも職員間で常に協議し取り組んでおり、健康管理や薬の管理には看護職員が中心となり、利用者の家族との連絡を密に取りながら行われている。レクリエーションや行事には利用者の意向を多く取り入れ、開催内容や行き先を決め、ボランティアの活用も行われている。

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織		第三者評価結果
I-1 理念・基本方針		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
I-1-(2) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・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・Ⓑ・c
I-2 計画の策定		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・-・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。	Ⓐ・b・c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・c
I-3 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理化するための取り組みを行っている。	Ⓐ・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り組みに指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

評価対象 II 組織の運営管理		第三者評価結果
II-1 経営状況の把握		
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。	(a)・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り組みを行っている。	(a)・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。 ※外部監査とは、監査法人による外部監査や、公認会計士、税理士等の専門家による監査または必要に応じた助言等をさす。	a・b・(c)
II-2 人材の確保・養成		
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。	(a)・b・c
II-2-(1)-②	人事考察が客観的な基準に基づいて行われている。	(a)・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。	(a)・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・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。	(a)・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り組みが行われている。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	(a)・b・c
II-3 安全管理		
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)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。	(a)・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。	(a)・b・c

(評価対象 II 組織の運営管理)		第三者評価結果
II-4 地域との交流		
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)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c
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。	(a)・b・c
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。	(a)・b・c

評価対象 III 適切な福祉サービス		第三者評価結果
III-1 利用者本位の福祉サービス		
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)・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。	(a)・b・c
III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
III-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	(a)・b・c
III-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a・(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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c

(評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス)		第三者評価結果
Ⅲ-2 サービスの質の確保		
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。	a・ b ・c
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ている。	a・ 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。	a・ 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。	a ・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されている。	a ・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践状況の記録が適切に行われている。	a ・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。	a ・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。	a ・b・c
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
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・ 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 ・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	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。	a ・b・c
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定		
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。	a ・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。	a ・b・c
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。	a ・b・c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス計画の評価・見直しを行っている。	a ・b・c

障害者・児施設A 福祉サービス内容評価		第三者評価結果
A-1 利用者の尊重		
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	○a・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	○a・b・c
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	○a・b・c
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	○a・b・c
A-2 日常生活支援		
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	○a・b・c
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	○a・b・c
A-2-(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	○a・b・c
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	○a・b・c
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	○a・b・c
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	○a・ - ・ c
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	○a・ - ・ c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	○a・ - ・ c
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	○a・b・c
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	○a・b・c

A-2-(5) 理容・美容		
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	デイサービスの ため非該当
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	デイサービスの ため非該当
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・ - ・ c
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	Ⓐ・ - ・ c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(9) 外出、外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	デイサービスの ため非該当
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	デイサービスの ため非該当
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	デイサービスの ため非該当
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・ - ・ c
A-2-(10)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・ - ・ c