

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12月20日～平成24年2月1日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）：デイサービスセンターおからぎ	種別：通所介護
代表者氏名：理事長 中田 専市 管理者：施設長 佐藤 祐司	開設年月日 平成19年1月8日
設置主体：社会福祉法人いつつ星会 経営主体：社会福祉法人いつつ星会	定員（利用人員） 25名
法人所在地：二戸市仁左平字横手6-1	TEL：0195-23-8989 FAX：0195-23-8999
事業所：二戸市堀野字大川原89番地6	TEL：0195-22-4139 FAX：0195-22-5139

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○理念や基本方針・行動指針を考察・学習するための積極的・継続的な取組</p> <p>法人が設立五周年（平成20年度）を機に定めた経営理念と基本方針を受けて、デイサービスセンターの役割・利用者の特性をふまえた実践的「行動指針」6項目を策定。これらをデイセンター運営と職員の行動規範とするために、施設内掲示や毎日職員全員が目を通す「業務連絡ノート」の表面に添付するなど、周知・確認のために工夫がなされている。</p> <p>さらに、法人が主体となって「いつつ星会コンセプトマニュアル・サービスイメージブック」を作成し、本書をテキストに、毎年定期的に「理念勉強会」を開催し、演習方式で学ぶ独自の工夫により、理念と基本方針に則った「最善のサービス」を考察する機会としている。利用者尊重と自立（律）支援介護を目指す法人・施設づくりと職員育成への積極的・継続的な取組は高く評価される。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○質の向上に向けた組織的な取組と仕組みづくりの必要性</p> <p>福祉サービスの質の向上は、PDCAのサイクルを継続的に実施することが重要である。</p> <p>組織としてのサービス提供状況に関して、課題発見や改善に努力はしているものの、その内容は単発であり、定期的な自己評価を行う体制が整備されていない。</p> <p>自己評価、第三者評価の評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を具体化し、改善計画の策定、計画実施、実施状況の評価そして、改善計画の見直しを行うという、仕組みづくりが重要である。</p>
--

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>本年度初めて通所介護の第三者評価を受けました。組織として取り組むべき課題が明確になってきたように思います。さらに評価結果を分析し、利用者サービスの向上に向け、一つ一つ改善し、PDCAサイクルに則った仕組みづくりを平成24年度の課題とし、組織的に取り組んでいきたいと思っております。</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: デイサービスセンターおからぎ

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。	a
	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 事業計画の策定

			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。	b
	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。	b
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。	a
	I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	b
	I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	c

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) 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。			
	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
	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を行っている。	b
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
	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

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を行っている。		b
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。		

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。		b
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。		a
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組が行われている。		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た体制を整備し、積極的な取組をしている。		a

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組が行われている。		
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。	b
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている	c
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。	b

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。	b
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	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
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。	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
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組を行っている。	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。	b
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、取組を行っている。	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。	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	c
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。	a
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
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
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
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

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。	a
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
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