

福祉サービス第三者評価の結果

平成23年7月7日 提出(評価機関→推進委員会)



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)	光葉園デイサービスセンターにこにこクラブ	種別	高齢者デイサービスセンター		
代表者氏名 (管理者)	澤口公孝	開設年月日	平成12年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人みろく会	定員	35名	利用人数	28~30名
所在地	(〒031-0841) 八戸市大字鮫町字金屎35-90				
連絡先電話	0178-32-1769	FAX電話	0178-32-1120		
ホームページアドレス	http://www.mirokukai.or.jp/koyoen/index.htm				

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
指定介護予防通所介護 (入浴、生活相談、機能訓練、送迎)	新年会、節分、ひな祭り、お花見、七夕、夏祭り		
指定通所介護事業 (")	敬老会、クリスマス会、運動会		
	ショッピング、ドライブ、畑作り、外食		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
	機能訓練室兼食堂、浴室、静養室、特殊浴室、事務室		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
所長(福祉施設士)	1	看護職員(正看護師)	1(機能訓練、生活相談員兼務各1名)
生活相談員(社会福祉主事)	3(看護職、介護職兼務各1名)	看護職員(准看護師)	
生活相談員(准看護師)		介護職員(介護福祉士)	10(生活相談員兼務1名)
機能訓練指導員(マッサージ師)	3(介護職兼務2名)	介護職員(ヘルパー2級)	
機能訓練指導員(正・准看護師)			

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点	<p>全般的に職員間での情報の共有が意思疎通も含めて図られており、課題解決に向けた検討システムが機能している。</p> <p>その中でも特に評価できる点として、①ネームプレートに法人の理念とケアの目標を名刺サイズに印刷し、常に確認できるようにしている、②管理者及び職員間において、情報を共有し、意見や要望を協議するシステムが確立し定着している、③職員の自己評価による気づきを上司の評価と面接により、深化させて意欲を引き出している、④毎月の利用者行事に避難訓練を取り入れ日頃から利用者の安全に努めている、⑤連絡帳を活用して、利用者、家族の意見・要望を表出しやすくしている、⑥ミーティングノート、引き継ぎノートなどを活用し、職員が利用者の情報を共有するシステムを構築し実施している、⑦全職員が事業所全体の業務に対し、評価と改善に参画し、すぐ対応する仕組みができています、などが挙げられる。</p>
◎ 改善を求められる点	<p>計画、運営、サービス、職員の資質向上と評価、改善、計画、実施の観点からは、事業所全体としては大きな改善点は見当たらないが、法人・事業所の理念を追求する上でも、次の項目について検討することに期待したい。①事業所・法人の紹介を、契約時や行事等の際に、分かりやすい文書で周知してはどうか、②理念・基本方針を実現するために、中・長期計画と事業計画へ人員体制と人材確保のための計画と共に収支計画を含めてはどうか、③中・長期計画が策定されているので、利用者及び家族等に中・長期計画の内容が、毎年の事業計画書の内容に反映されていることを分かりやすい資料として作成し、配布・説明してはどうか、④職員間にて事業評価等が行われていることから、実施状況の評価と計画の見直し方法等を文書化し明示してはどうか、⑤人事考課を活用し、職員一人ひとりの教育・研修計画と研修履歴を作成してはどうか、⑥ヒヤリハットや事故内容の分析とその対応策等を職員だけでなく、利用者・家族等にも周知してはどうか、⑦事業所を活用した地域活動等について、改善を必要とする事項などについては、改善計画書等で文書化し地域住民と共有するための取り組みを図ってみてはどうか。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

	<p>なぜか監査のイメージに捉えがちになり先延ばしにしてきたが、保育園の受審がきっかけとなり準備することになった。揃える諸帳簿・記録簿があるはずが整備されていなかったりと管理者としての怠慢が如実に現われた。しかし、実態から目を背けるわけにはいかないと整備に取り組んだ。県の監査では指摘されない細かい記録整理ができた。</p> <p>独りよがりの経営と運営が法人として許されないことを痛感している。職員と一丸となって運営を考えることができたと思う。また、管理者である施設長の仕事の一部を職員に知ってもらえたと思う。皆で作り上げる施設運営でありたいと願っている。3年後の受審を準備しなければと計画に載せることにした。</p>
--	--

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森市中央三丁目20番30号
	事業所との契約日	平成22年12月8日
	評価実施期間	平成23年2月8日～平成23年2月15日
	事業所への 評価結果の報告	平成23年3月15日

4 評価細目の第三者評価結果

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	評価結果講評
I-1 理念・基本方針		法人理念・事業所の理念、運営基本方針・運営方針が明文化され、事業計画等にも明記され、ホームページ、広報誌等で公表されている。 また、事業所内に掲示され、重要事項の説明や契約時に利用者・家族に説明がなされている。理念がネームプレートと一緒に携行できるようにされている。
I-1-1 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1-1 ① 理念が明文化されている。	(a) ・ b ・ c	
I-1-1-2 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 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 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		
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 ① 中・長期計画が策定されている。	a ・ (b) ・ c	
I-2-1-2 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 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-2-1 ① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a) ・ b ・ c	
I-2-2-2 ② 事業計画が職員に周知されている。	(a) ・ b ・ c	
I-2-2-3 ③ 事業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		職務分掌に管理者の責任と役割が明記され、運営会議、デイ会議、スタッフ会議に参加し、共に改善のための具体策の検討を行い実施されている。また、社会保険労務士や会計事務所の職員を会議に招集しており、毎月の収支や利用率、職員の環境整備状況等を把握し、指導力を発揮している。
I-3-1 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1-1 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 ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	(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 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。	(a) ・ b ・ c	
I-3-2-2 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。	(a) ・ b ・ c	

評価対象 II 組織の運営管理	第三者評価結果	評価結果講評
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。		経営環境の把握のために、研修への参加、機関誌の購読など、情報収集に努め、中・長期計画や事業計画に反映させている。運営会議に利用率を毎月提出することで、職員間でも分析する仕組みが構築されており、課題解決へ向けた具体的な改善を行っている。会計事務所や社会保険労務士より、運営会議等にて経営状況や福利厚生面の指導等が、直接職員に行われており、経営状況の把握と改善がなされている。
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。	(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。		中・長期計画、事業計画に必要な人員体制が明記されている。人事考課は、職員による年2回の自己評価と面接にて行われており、意欲喚起に繋げている。職員からの意見は、デイ会議、スタッフ会議、朝夕のミーティング等で提案され、休暇についてはほぼ希望通り取得出来る体制がとられている。職員服務規程・服務心得を明示し、研修要項に基づき外部研修や内部研修が定期的に行われている。
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 人事考課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 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)・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、積極的な取り組みをしている。	(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。		利用者の安全管理は高齢者部門・安全部門委員会員2名が担当し、緊急時マニュアル、利用者健康管理マニュアル、災害時対応マニュアルなどが策定され、毎月テーマを決めたマニュアルに基づいた避難訓練が実施されている。また、ヒヤリハットや事故報告は利用者の安全確保のため、直ちに職員に周知を図り改善策が実施される体制となっている。
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)・b・c	
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。	(a)・b・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。	(a)・b・c	

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。	㉑	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。	㉑	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。	㉑	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。	㉑	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	㉑ · 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。	㉑	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。	㉑	b · c
			健康チェックや健康体操を企画・実施するなど、地域との交流・連携の構築に力を入れている。民生委員や町内会長との協力体制づくりに常に努めており、地域の福祉ニーズも参考にして中・長期計画を策定し、新たにユニットケアの導入や会議室の設置を予定している。また、関係機関等の地域資源の把握を行い、一覧としてまとめると共にパソコンで管理し、送迎時にもファイルを持参するなど、関係機関との連携に努力している。

評価対象 III 適切な福祉サービス	第三者評価結果	評価結果講評																					
<p>III-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <table border="1" data-bbox="181 362 715 517"> <tr> <td data-bbox="181 362 395 439">III-1-(1)-①</td> <td data-bbox="395 362 715 439">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。</td> <td data-bbox="715 362 884 439">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 439 395 517">III-1-(1)-②</td> <td data-bbox="395 439 715 517">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。</td> <td data-bbox="715 439 884 517">a・b・c</td> </tr> </table> <p>III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。</p> <table border="1" data-bbox="181 595 715 672"> <tr> <td data-bbox="181 595 395 672">III-1-(2)-①</td> <td data-bbox="395 595 715 672">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。</td> <td data-bbox="715 595 884 672">a・b・c</td> </tr> </table> <p>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。</p> <table border="1" data-bbox="181 750 715 976"> <tr> <td data-bbox="181 750 395 826">III-1-(3)-①</td> <td data-bbox="395 750 715 826">利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</td> <td data-bbox="715 750 884 826">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 826 395 902">III-1-(3)-②</td> <td data-bbox="395 826 715 902">苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</td> <td data-bbox="715 826 884 902">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 902 395 976">III-1-(3)-③</td> <td data-bbox="395 902 715 976">利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</td> <td data-bbox="715 902 884 976">a・b・c</td> </tr> </table>	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)-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。	a・b・c	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		<p>法人理念、運営基本方針、運営管理マニュアルに利用者の尊重を明記すると共に、職員倫理規程、服務規程などにて具体的な行動指針を示している。また、個人情報に関する基本方針、倫理規程等を基にプライバシー保護規程・マニュアルが策定され、実践されている。利用者調査・家族調査の実施のほか、日々の聞き取りなどから利用者本位のサービスが行われており、課題等がある場合は引き継ぎノートに記載し、ミーティング、スタッフ会議、デイ会議等で検討し対応している。</p>			
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)-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。	a・b・c																					
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																					
<p>III-2 サービスの質の確保</p> <p>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。</p> <table border="1" data-bbox="181 1131 715 1285"> <tr> <td data-bbox="181 1131 395 1207">III-2-(1)-①</td> <td data-bbox="395 1131 715 1207">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。</td> <td data-bbox="715 1131 884 1207">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1207 395 1285">III-2-(1)-②</td> <td data-bbox="395 1207 715 1285">計画期末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。</td> <td data-bbox="715 1207 884 1285">a・b・c</td> </tr> </table> <p>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</p> <table border="1" data-bbox="181 1364 715 1518"> <tr> <td data-bbox="181 1364 395 1440">III-2-(2)-①</td> <td data-bbox="395 1364 715 1440">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。</td> <td data-bbox="715 1364 884 1440">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1440 395 1518">III-2-(2)-②</td> <td data-bbox="395 1440 715 1518">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。</td> <td data-bbox="715 1440 884 1518">a・b・c</td> </tr> </table> <p>III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <table border="1" data-bbox="181 1597 715 1816"> <tr> <td data-bbox="181 1597 395 1673">III-2-(3)-①</td> <td data-bbox="395 1597 715 1673">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。</td> <td data-bbox="715 1597 884 1673">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1673 395 1749">III-2-(3)-②</td> <td data-bbox="395 1673 715 1749">利用者に関する記録の管理体制が確立している。</td> <td data-bbox="715 1673 884 1749">a・b・c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="181 1749 395 1816">III-2-(3)-③</td> <td data-bbox="395 1749 715 1816">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。</td> <td data-bbox="715 1749 884 1816">a・b・c</td> </tr> </table>	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	計画期末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。	a・b・c	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・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。	a・b・c	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・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		<p>全職員を対象に、年1回アンケート、自己評価を行い、その結果をスタッフ会議等で検討し改善方法が事業計画に盛り込まれている。サービス場面ごとの標準的な各種マニュアルを整備し、実践されている。利用者の個人台帳、実施記録を作成し、文書管理規程に基づき、介護主任を責任者として管理されており、ミーティングノート、引き継ぎノート、パソコンに記録すると共に、スタッフ会議、利用者・家族との連絡帳で全職員が情報を共有するシステムが確立している。</p>
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	計画期末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。	a・b・c																					
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・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。	a・b・c																					
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・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。			見学や施設体験等、希望に応じ体験できる体制が整備されている。サービスを開始する前には、利用希望者宅を訪問し、家族同席の上で重要事項を分かりやすく説明し、同意をもらい契約している。他のサービスに移行する場合は、相談員、介護主任、介護副主任が情報の引き継ぎ等を行っている。
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。	㉠・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・㉠・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。			個別支援計画は、アセスメント手順マニュアルに基づいて生活動作や給食などの機能項目等の評価結果をもとに策定されている。また、計画内容は、ミーティングやスタッフ会議で全職員に周知・引き継ぎがなされており、定期的な見直しも行われるシステムとなっている。 アセスメント手順マニュアルの内容は、年1回スタッフ会議等で見直されている。
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-(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・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・㉠・c	