

みえ福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 百五経済研究所

②事業者情報

名称：社会福祉法人 伊賀市社会事業協会 老人デイサービスセンターなしのき	種別： 通所介護
代表者氏名： センター長 森永典子	定員（利用人数）： 30 名
所在地：伊賀市朝屋 739-2	TEL 0595-22-0506

③総評

◇総合的意見

- ・基本理念の「信頼」「博愛」「誠実」は、前理事長の思いにより作られたもので、「言葉を大切にする思い、笑顔を大切に」を常に心がけるようにという教えのもとで、毎朝礼で唱和するなど、職員は言葉だけでなく、みんなが思いを理解することが大切と職員教育されています。
- ・常に、利用者が来て楽しいと思ってもらえる施設づくりに心がけ、利用する家族にとっても、日々の負担を少しでも減らしてもらえるように施設として協力したいという思いで、施設の運営に取組まれています。

◇特に評価の高い点

- ・同法人は、地域の社会福祉全般のニーズについて環境分析を常に行い、地域に必要とされる事業を開拓しています。また、当センターも普段から地域の介護ニーズ把握に努め、そのニーズにマッチした新たな事業を検討。最近では日曜デイサービスを開始するなど積極的に取組んでいます。
- ・昨年、車椅子で移動が可能な避難経路を増設。また、災害時に利用者が直ぐに頭巾をかぶって安全に避難できる方法を職員みんなで話し合って改善に取組むなど、防災に対する意識は非常に高く、日頃から安全管理体制の構築に努めています。

◇改善を求められる点

- ・当センターの年度事業計画内容について、どのような目的でどのような事業を計画しているのかを、全職員（臨時職員を含む）ならびに利用者・家族に対しても、年度初めの会議・会合や広報誌等を通じて周知することで、利用者・家族にも安心と信頼を更に深めてもらえるよう、今後の取組に期待します。
- ・「プライバシー保護」に関する規定関係の書類は整備されていますが、記載内容には「プライバシー保護」に関する記述のなかで「個人情報保護」としての意味合いが強い記述の混在が見受けられます。職員にとって、より分かりやすく明確化した内容に整理されることを望みます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当センターの課題やサービスを振り返る機会となりました。

高い評価をいただいた点においては、継続するだけでなく、より一層の取り組みと成果に努めたいと思います。また強みをアピールできる創意と工夫にチャレンジしていきたいと思います。

改善点においては、結果を真摯に受け止めて、ご利用者・ご家族様のニーズに応えていくよう、職員の資質向上に努力していきます。

⑤評価細目の第三者評価結果（別添）

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目(53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、基本方針が確立されている。	
	I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。	(a)・b・c
	I-1-(1)-② 法人や事業所の経営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 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 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 事業計画の策定

		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 (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。	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 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 事業計画が職員に周知されている。	a (b)・c
	I-2-(2)-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

		第三者評価結果
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。	(a)・b・c
	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。	(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 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅰ：福祉サービスの基本方針と組織』項目

- 基本理念は前理事長の思いにより作られ「信頼」「博愛」「誠実」のもと、「言葉を大切にする思い、笑顔を大切に」を常に心がけ毎朝礼で唱和するなど、職員は言葉だけでなく、みんなが思いを理解することが大切と考えています。
- 今年度までは単年度の事業計画しか策定していませんでしたが、法人全体とし中長期計画を来年度の実施に向けて、「高齢者」「障がい者」「保育園」別の計画策定に取組んでいます。また、事業計画等の職員・利用者への周知方法には改善の余地がありますが、今後の計画的な組織運営に期待しています。
- センター長は、日頃から職員と一緒に現場に入り、利用者や職員とコミュニケーションを深めながら、状況把握とサービスの質向上に向けた取り組みを推進しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		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。	<input checked="" type="radio"/> 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組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c

II-2 人材の確保・養成

		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。	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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組が行われている。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
II-2-(4)	実習生の受入れが適切に行われている。	
II-2-(4)-①	実習生の受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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c

II-3 安全管理

		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。	<input checked="" type="radio"/> 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組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c

II-4 地域との交流と連携

		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) • 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組を行っている。		
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	

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅱ：組織の運営管理』項目

- 法人として、地域の社会福祉全般の環境分析によりニーズに応じた事業を展開しています。当センターも普段から介護ニーズの把握に努め、最近では日曜デイサービスを開始し、更に次の新事業も計画中です。
- 園独自の職員目標管理シートを作成。毎月の業務目標と1ヶ月終了時点での自己評価を、各作業分野ごとに点数化し、それに対してセンター長のコメントをフィードバックしています。また、センター長は年1回職員面接を行うことで細やかな対応をしています。今後は、目標管理シートを更に有効活用していただくことを期待しています。
- 職員の研修計画については、法人が一括して、年間計画や新人研修、階層別研修など全般的な管理をしています。その他専門的な研修についても、個々の希望により参加することができ、研修参加後には、施設内での発表の場を設けることで本人の意識付けと他職員への教育・周知に役立てています。
- 昨年、車椅子での移動が可能な避難経路を増設したり、利用者が直ぐに頭巾をかぶって非難できる方法を職員みんなで話し合って実施するなど、普段から防災に対する意識を高く持ち業務に取り組んでいます。

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。	
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	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 Ⓑ・Ⓒ
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
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 Ⓑ・Ⓒ
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	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 Ⓑ・Ⓒ

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1)	質の向上に向けた取組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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	Ⅲ-2-(1)-② 評価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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

III-3 サービスの開始・継続

		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探して提供している。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c

III-4 サービス実施計画の策定

		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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c

【評価機関コメント欄】

『評価対象Ⅲ：適切な福祉サービスの実施』項目

- プライバシー保護に関する規定関係の書類は整備されていますが、記載内容には「プライバシー保護」と「個人情報保護」の意味合いの混在が見受けられることから、内容をもう少し整理する必要があります。
- 利用者満足の向上に向けて、誕生会やリクエスト食、季節の行事、自分たちの特技の発表会など、色々な形で皆が参加できる企画づくりに熱心に取組まれています。利用者アンケートでも満足されている方が大半で、施設への評価は高くなっています。
- 法人内にはさまざまなタイプの施設を持っており、ケアマネージャーがそれぞれの施設のメンバーを召集し、「サービス担当者会議」を持つことで、利用者に最善のケアプランの作成とサービス実施計画および評価・見直しが行われています。

改善計画書

施設名 老人デイサービスセンターなしのき

(担当者 西山)

(作成年月日

平成 28年 3月 28日作成)

改 善 事 項 等							施設コメント	
△施設として特徴的に優れている点	1	中重度高齢者の受け入れや介護力には、ご家族やケアマネージャーの方からご好評いただいている。今後も努めていきたい。						
	2	地域（長田いきいきサロン、大野木ゆうゆうクラブ等）との関わりを大切に、今後も交流を深めていきたい。また地域に必要とされることの把握に努めていきたい。						
	3	ご利用者の誕生月には、リクエストメニューを聞き昼食時にお祝いさせていただいている。皆で長寿の尊さ、喜びを分かち合えることを今後も継続していきたい。						
	4							
	5							
	課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール（人・予算・情報・手順等）	担当	
△すぐできること	1	年間行事計画のご利用者周知度の向上	年度初めにご利用者・家族へ一年間の行事等がわかる。	1ヶ月	H28.4.1	H28.4.30	年度初めにご利用者・家族へ配布しお知らせする。	広報担当者
	2	ご利用者のプライバシーの保護の見直し	入浴時の扉やカーテンの開け閉めの方法を見直し、ご利用者の羞恥心に配慮する。	1ヶ月	H28.4.1	H28.4.30	浴室の戸、脱衣場のカーテンの開閉時はご利用者に必ず声かけをし、こまめに閉める。	入浴介助担当
	3	日常的に使用する器具の管理方法	物品や器具を安全に使用できる。	1ヶ月	H28.4.1	H28.4.30	日常的に使用する物品、器具等の点検表を作成。毎月一回点検する。	備品担当職員
	4							
	5							
△工夫すればできること	1	ご利用者のプライバシーの保護の見直し	入浴時の排泄処理方法に配慮し、ご利用者の羞恥心に配慮する。	1ヶ月	H28.4.1	H28.4.30	紙パンツ、オムツ等の処理時は、間仕切り等を使用し他者の目に触れないようにする。また匂いの配慮もした処理の方法をとる。	入浴介助担当
	2	苦情解決の窓口掲示はあるが、目録から受けている相談の窓口掲示がされていない。	相談者が誰に相談したらいいか判るよう明確化。相談記録の効率的な開示ができる。	1ヶ月	H28.4.1	H28.4.30	相談窓口を提示。相談受付表を作成し、内容を記録する。	センター長
	3							
	4							
	5							
△予算化しないできないこと	1	ご利用者のプライバシーの保護の見直し	脱衣室とフロアの仕切りであるカーテンを二重にし、開閉時、脱衣されているご利用者の羞恥心に配慮する。	1年	H28.10.1	H29.3.31	左記の計画に向けて部門と相談し、予算化等を検討する。	センター長
	2							
	3							
	4							
	5							