

(公表用)

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21年 9月11日～12月25日

2 事業者情報

事業者名称：デイサービスセンター長寿園 (施設名)	種別：老人デイサービスセンター
代表者氏名：理事長 川上 淳 (管理者) 施設長 松田 拓矢	開設年月日 平成14年3月20日
設置主体：社会福祉法人 とおの松寿会 経営主体：社会福祉法人 とおの松寿会	定員 (利用人員) 25 名
所在地：遠野市松崎町白岩18-7	TEL 0198-63-1816 FAX 0198-63-1815

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○職員参加による組織的運営と利用者満足度調査の実施

法人の理念に則して中・長期計画と実践目標を定め、その実現に向け定期的に見直し検討を行っている。特に主任職員、リーダーを核に職員参加の下に組織的運営に留意し、職員集団の自覚的取り組みを促していることは高く評価される。また、利用者満足度調査に積極的に取り組み、集約した結果から改善に結び付けている事例が確認される。

◇ 改善が求められる点

○デイサービスセンターとしての独自の役割・機能の探求

母体施設(特養)の併設機能という枠にとどまらず、デイサービスセンター独自の役割・機能について見直しと検討を行う段階にあると認められる。法人共通の基本方針や各種のマニュアルをふまえて、そこにデイサービスセンターの実践から求められることを付加し、「利用者・家族・地域」と豊かにつながる方向への探求を期待する。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

20年度に続き受審しました。自己評価に対する評価者の厳しい評価と助言は、施設をより良いものへ変えていく大きな力となり、大変感謝しております。

各項目の取り組みについては、まだまだ手付かずのところもありますが、次年度はC評価ゼロを目指して頑張っていきたいと思っております。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

別紙 各評価項目にかかる第三者評価結果

施設名:老人デイサービスセンター長寿園

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	平成21年度 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 計画の策定

	平成21年度 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
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
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。	a
I-2-(2)-② 計画が職員や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

	平成21年度 評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確化されている。	
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
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みを行っている。	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。	a
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。	a

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	平成21年度 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。	a
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
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

		平成21年度 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。	b
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。	b
	Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業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り組みが行われている。	b
	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。	b
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。	b
	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。	b

Ⅱ－３ 安全管理

		平成21年度 評価結果
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
	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

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

		平成21年度 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。	b
	Ⅱ-4-(1)-③ ボランティアを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
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
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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

		平成21年度 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り組みを行っている。		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ている。		b
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。		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。		a
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

		平成21年度 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。		b
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。		b
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。		b
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。		b
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。		a
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。		a

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		平成21年度 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。		b
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
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

		平成21年度 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-(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
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。	a