

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

1 評価機関

名称	株式会社 福祉規格総合研究所
所在地	東京都千代田区神田須田町1-9 神田須田町プレイス2階
評価実施期間	平成22年8月16日～平成23年1月11日

2 評価対象事業者

名称	柏井デイサービスセンター	種別： 通所介護
代表者氏名	桑原 経子	定員（利用者人数）： 52名
所在地	千葉県市川市柏井町4丁目229番地4号 TEL 047-320-7113	

3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <p>午後の活動は2種類用意し、利用者を選択していただける。手芸など手先を使う活動も用意している。共同作品や手芸品は多種類の作品が壁や展示台に飾られている。季節に応じた行事の中には、お花見や紅葉ドライブなど外出の機会もある。外食ツアーの回転すしは好評を博しており、今年は2度の実施を計画している。</p> <p>今回の職員自己評価では、職員みんなが明るく笑顔が絶えないこと、チームワークが良いこと、積極的に意見を出し合える雰囲気があることなどが良い点としてあげられている。</p> <p>今回の利用者調査では、7割を超える利用者の方から回答をいただいた。「職員は清潔や安心・安全に配慮してくれるか」、「職員は丁寧に接してくれているか」などの項目を中心に高い満足感を示されている。自由意見欄においても、利用者本人や家族より、事業所や職員に対する感謝の声が複数聞かれていた。</p>
<p>◆ 特に改善を求められる点</p> <p>今回の利用者調査では、食事の味付けや量、硬さについて複数の意見が出されていた。食事は建物内の厨房で同じ建物内の各事業所共通の献立で調理されている。事業所としては、給食業者との意見交換を深め、さらにおいしい食事の提供に取り組んでいきたいと考えている。</p> <p>今回の職員自己評価では、初めての調査ということもあり、質問の指している意味を理解していないと思われる職員もいた。また法人の人事方針や事業計画などについて、職員に十分周知ができていない面も見られた。法人の考えについてさらに周知を進めていくことが期待される。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

<p>評価結果は良い評価となったが、改善点もあり、今後の課題として明確化された。問題を改善することで、今後のサービスの質の向上につなげていきたい。</p> <p>これまで柏井デイサービスセンター独自のアンケート調査を行っていたが、重複する質問項目を見直すなど工夫をしながら、第三者評価のアンケート調査も継続していきたい。</p>
--

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>ハード面は恵まれており、問題となることはほとんど無い。</p> <p>永年働いているスタッフが多く、利用者との信頼関係ができており、フロア内の雰囲気は良い。周辺の環境も良い。</p> <p>食事の内容が併設の病院と厨房が一緒で、食事内容も味も改善点は多いが、選択食やお粥、ペースト等に対応している。</p>
--

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果				評価結果
大項目	中項目	小項目（評価項目）		
I. 介護サービスの内容に関する事項	1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置	1	(1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	a
		2	(2) 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	a
		3	(3) 利用者等の状態に応じた通所介護計画の作成及び利用者等の同意の取得の状況	a
		4	(4) 利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の状況	a
	2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置	5	(1) 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況	a
		6	(2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	a
		7	(3) 身体拘束等の廃止のための取組の状況	a
		8	(4) 利用者ごとの計画的な機能訓練の実施の状況	a
		9	(5) 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	a
		10	(6) 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況	a
		11	(7) 健康管理のための取組の状況	a
		12	(8) 安全な送迎のための取組の状況	a
		13	(9) レクリエーションの実施に関する取組の状況	a
		14	(10) 施設、設備等の安全性等への配慮の状況	a
	3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置	15	(1) 相談、苦情等の対応のための取組の状況	a
	4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置	16	(1) 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況	a
		17	(2) 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携	18	(1) 介護支援専門員等との連携の状況	a
		19	(2) 主治の医師等との連携の状況	a
		20	(3) 地域との連携、交流等の取組の状況	a
II. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置	21	(1) 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	a
		22	(2) 計画的な事業運営のための取組の状況	a
		23	(3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	a
		24	(4) 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	a
	2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置	25	(1) 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	a
		26	(2) 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	a
	3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置	27	(1) 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	a
	4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	28	(1) 個人情報の保護の確保のための取組の状況	a
		29	(2) 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置	30	(1) 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	a
		31	(2) 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	a
		32	(3) 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	a

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 柏井デイサービスセンター

評価基準	項目番号	評点	コメント
1. 介護サービスの内容に関する事項			
1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置			
(1) 利用申込者等からのサービス提供契約前の問合せ及び見学に対応する仕組みがあり、利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、同意を得ている。	1	a	事業所への見学や問い合わせ方法はホームページやパンフレットに明示しており、随時対応できる体制ができている。パンフレットでは、Q & Aの形式で利用方法をわかりやすく説明している。サービス利用開始にあたっては重要事項等について丁寧に説明し同意を得ている。
(2) 利用者及びその家族の希望を聴取するとともに、利用者の心身の状況を把握している。	2	a	利用者が選択した介護支援専門員からの申し込みを受けて、利用者の心身の状況とサービス利用目的を確認している。利用開始にあたって当事業所の相談員が利用者自宅を訪問し、個人票・アセスメントシートを使って利用者・家族の希望・意向を中心に利用者の情報を詳細に把握している。
(3) 通所介護計画は、利用者及びその家族の希望を踏まえたうえ機能訓練等の目標を記載し、利用者又は家族に説明のうえ同意を得て作成している。	3	a	介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づいて通所介護計画を作成している。計画書には利用者の課題に沿って長期・短期目標を設定するとともに、機能訓練等の計画を立てている。これらは必ず利用者・家族に説明し同意を得ている。
(4) 利用者又はその家族に対して、必要な利用料の計算方法について説明をし、同意を得ている。	4	a	サービスの利用料金については、契約書別紙と重要事項説明書を使い、保険適用分と自己負担分(食事費用を含む)を説明している。計算方法等は理解と納得をいただけるよう丁寧な説明を心掛けている。書類には同意の署名・捺印をいただいている。
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置			
(1) 認知症ケアの質を確保するために、従業者に対する認知症に関する研修を行うなどの取り組みを行っている。	5	a	ケアの質の向上を目指し定期的な研修を重ねている。法人として作成した「ケア基準書」を基に最新の情報をとり入れたマニュアルを使った研修は、常勤・非常勤全員を対象に実施している。利用者個別対応はミーティングやカンファレンスでその都度検討している。
(2) 利用者のプライバシーの保護の取り組みを図っている。	6	a	利用者のプライバシーの保護に関しては、「個人情報取り扱い規則」、「文書管理規則」、「開示申請等に関する規則」を整備している。毎年一回利用者アンケートを実施し、意見や苦情・質問を受けて改善を重ねている。改善内容や回答は直接説明するとともに広報紙にも掲載している。
(3) 身体拘束等の廃止のための取り組みを行っており、機能している。	7	a	法人・当事業所として、身体拘束等はいかなる理由があっても一切行使しない旨を明確にしている。何が拘束にあたるのかをマニュアル化しており、職員意識統一のため定期的な研修は欠かせない。
(4) 機能訓練の必要な利用者に対しては、計画的に機能訓練を行っている。	8	a	利用者ごとに機能訓練計画書を作成しており、計画に基づいて訓練を実施している。訓練の評価は1～3ヶ月ごとに行っている。ADL(日常生活動作)の維持・向上を目指し、レクリエーションも活かしながら指導している。パワーリハビリの設備があり、理学療法士が週3回該当者に指導している。マイクロウエーブは毎日約20名が順次利用しており、効果に対する期待感は大い。
(5) 利用者の家族との交流を行うなど、利用者及びその家族との意見交換等を行う機会を設けている。	9	a	利用者の家族との連携や情報の交換は、連絡帳「ふれあいノート」を活用している。さらに送迎時に伝えられる情報は重要なものと捉え、必ず「日中申し送りシート」に記入している。年4回発行している「すまいる便り」は利用者・家族にとってセンターの様子がわかる情報紙となっている。

評価基準	項	評点	コメント
(6) 入浴介助、清拭及び整容、排せつ介助、食事介助等に関して、通所介護の質を確保するための取り組みがあり、利用者ごとに実施内容を記録している。	10	a	個別サービス援助内容検討会議において、送迎・食事・排泄・入浴・着脱・歩行の観点から見直しを行っている。毎月1回該当の利用者について実施している。各種委員での個別・全体のサービス内容の定期的な見直しは快適なサービス提供に繋がっている。 食事は建物内の厨房で各事業所共通の献立で調理される。2種類の献立の中から、事前に利用者を選んでいただける。給食業者に対して、利用者ごとの食事形態について細かく指示をしている。 入浴は一般浴槽に加え特殊浴槽も設置している。快適に入浴いただくために、入浴剤を利用したりBGMをかけたりにしている。
(7) サービス提供開始時に、体温、血圧等利用者の健康状態を確認し、健康状態に問題があると判断した場合には、家族や主治医等との連絡を図り、サービス内容の変更を行うなど利用者の健康管理を行っている。	11	a	健康管理マニュアルを整えており、これに基づいて利用ごとに健康チェックを行っている。家庭での体調変化や事業所内で気になることは必ず「日中申し送りシート」に記入し、職員間で情報の共有を図っている。利用者担当の介護支援専門員への情報提供は定期的に、また必要に応じ行い、介護支援専門員を通じて各機関と連携している。
(8) 利用者の状況を踏まえた送迎を行うため、利用者及びその家族との打合せを行い、送迎車両への乗降及び送迎車両内での安全の確保のために、介助のための人員を配置している。	12	a	利用者の送迎方法は、利用開始前の面接時に身体状況・自宅環境等の情報を把握し、希望等を踏まえ検討の後決定している。送迎連絡表や申し送りシートを使い連絡ミスを起こさない工夫をしている。安全確保のため車両の整備・修理は迅速に行っている。安全安心を目指し運転技術の向上に努めている。
(9) レクリエーション活動を計画的に行っており、少人数又は利用者ごとのレクリエーションにも配慮している。	13	a	レクリエーション活動について、年間計画を作成している。毎月のメイン行事、フロアでの活動、季節に応じた装飾も計画に含まれている。午後の活動は2種類用意し、利用者を選択していただける。手芸など手先を使う活動も用意している。共同作品や手芸品は多種類の作品が壁や展示台に飾られている。季節に応じた行事の中には、お花見や紅葉ドライブなど外出の機会もある。外食ツアーの回転すしは好評を博しており、今年は2度の実施を計画している。事業所周囲は自然環境に恵まれ、木々に囲まれ、園芸用の庭もありさつまいもやきゅうり作りなどに活用している。
(10) 利用者の行動範囲について、バリアフリー構造とする工夫を行うなど、安全性等への配慮を行っている。	14	a	事業所全体がバリアフリーの設計となっている。サービスはすべて1階で提供している。静養ベットは医療レベルに近い設備が設置されている。廊下には障害物等は置かれておらず、すっきりと整理されている。また、フロアは毎朝清掃業者による清掃が行われ、とても清潔であるのと同時に職員の負担も軽減されている。浴室は要所要所に手摺りが取り付けられ、転倒防止にはマットを使い配慮している。事故危険度が高い場所でもあるため、さらなる安全性の向上を課題として考えている。
3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置			
(1) 利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、その対応結果を説明している。	15	a	重要事項説明書に相談・苦情受付担当者を明示し、いつでも対応することを利用者・家族に説明している。苦情対応マニュアルがあり、「ケア基準書」には解決の仕組みとプロセスをフローチャートで示している。苦情は生活相談員が受けて職員間で話し合い、申し立て者に今後の対応を説明して記録に残している。利用者アンケート調査に寄せられた要望・意見も、職員間で検討して回答を事業所広報紙に掲載している。
4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置			
(1) 通所介護計画等に、サービスの実施状況及び目標の達成状況の記録があり、評価を行っている。	16	a	通所介護計画、個別援助計画書、機能訓練計画に基づきサービスを実施している。実施状況は申し送りシート、業務日誌、ケース記録等に記録している。申し送りシートに記録した利用者に関する特記事項は、業務日誌の個別利用者状況欄にも書き込み、経過を追って観察と確認をしている。利用者の状況と支援方法は、随時話し合い見直している。各計画は実施期間に応じてカンファレンスを開催し、評価・見直しを行い計画書の評価欄に記録している。
(2) 通所介護計画の見直しの結果、居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合、介護支援専門員に提案等を行っている。	17	a	通所介護計画の変更が必要な場合は、経過がわかるようその内容を書き加えている。変更が不要な場合でも、通所介護計画に定めた実施期間に応じてカンファレンスを開催する。カンファレンスでは、通所介護計画だけでなく個別援助計画書の評価・見直しも行っている。介護支援専門員と日頃から情報交換や相談をして連携を図り、利用者に変化があれば随時連絡をして今後の対応を検討している。

評価基準	頁	評点	コメント
5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携			
(1) 介護支援専門員に対し、定期的に状況報告し、連携を図っている。	18	a	毎月介護支援専門員に送付する利用実績報告書には、利用者の様子を伝えるコメントを添付している。サービス担当者会議にも職員が参加している。会議内容は記録に残すとともに、該当する利用者の通所日に、朝の申し送り職員に伝えている。介護支援専門員とは定期的な報告以外にも、随時電話・FAX等で連絡や相談をしている。
(2) 利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a	利用開始時に主治医の連絡先を確認し、契約書・個人票に記入している。主治医への問い合わせは、なるべく利用者・家族・介護支援専門員を通して連携するようにしている。治療・薬の変更時は、随時、診察結果や処方薬を確認している。訪問看護・訪問介護等の担当者とは、普段は介護支援専門員を介して連携をとり、サービス担当者会議では直接情報を交換している。
(3) 事業所の行事、催し、サービス内容等について、地域への情報提供を行ったり、ボランティアを受け入れる仕組みがある。	20	a	ボランティアとして、コーラス・大正琴・和太鼓・舞踊等を披露するグループが訪れている。法人ホームページで事業所の紹介をしたり、広報紙を関係機関に配り情報を発信しているが、近隣に住宅が少なくボランティア募集や地域交流が難しい環境にある。現在は特技を披露する慰問が多いが、利用者が職員以外の人と交流する機会をつくるために、傾聴ボランティアの受け入れを検討したいと考えている。
II. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項			
1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置			
(1) 従業者が守るべき倫理を明文化し、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	21	a	職員が守るべき規範や倫理に関して、就業規則に服務規律の章を設けて明示している。また、法人として倫理規程を定めている。新規採用職員に対しては、研修の初日に倫理や守秘義務について教育が行われる。また、常勤職員に対しては、「常勤職員の期待される水準」を明確にしているのに加え、倫理や法令順守に関する研修を年間計画に組み込んで実施している。中堅幹部職員に対しては、労務管理研修や幹部会議などを通じて教育を行っている。
(2) 事業計画を毎年度作成しており、経営・運営方針等が明記されている。	22	a	法人において基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目の実行方法(行動指針)を定めている。年度単位の事業計画では、法人の中期的な経営方針や、当年度のサービス方針を明記している。さらに、法人の経営方針・中期計画と関連付けて当期の重点目標を定めている。
(3) 事業計画、財務内容等に関する資料を開覧可能な状態にするなど、事業運営の透明性確保に取り組んでいる。	23	a	事業計画や財務内容は、職員はいつでも閲覧することができる。また、要望があれば利用者等にも開示することができる仕組みとなっている。各事業所の管理者に対して平成21年度事業報告研修会が開催され、事業運営に関するスキルアップを図っている。
(4) 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討するなど、課題改善に取り組んでいる。	24	a	定期的な事業所内の会議の開催や、スタッフ会議、通所部門会議などに幹部職員が参加することを通じて、課題や問題の改善に取り組んでいる。
2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置			
(1) 事業所の組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めており、機能している。	25	a	管理規程や事業計画、組織図、仕事分担表、委員分担表などにより、組織体制や業務分担、協力体制を明確にしている。事業所入り口には、職員の顔写真と担当業務を貼りだし、利用者等にもわかりやすく伝えている。また、委員担当を決め、全体の意見と現場や個別の意見を業務改善に反映できる仕組みを作っている。
(2) サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがあり、機能している。	26	a	朝夕のミーティングに加えて、「日中申し送りシート」、「申し送り事項」、「業務連絡・伝達」の用紙を使い、利用者に関する情報や支援方法を共有している。「日中申し送りシート」には、その日の利用者の変化、注意事項、家族からの伝言などを書き込んでいる。いずれの用紙も職員だけが出入りするパントリーの一角にまとめて掲示して、各職員が業務中に目を通すことを徹底している。

評価基準	頁	評点	コメント
3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置			
(1) 事故発生時、非常災害時における安全管理・衛生管理のための仕組み又はその再発・蔓延を防止するための仕組みがあり、機能している。	27	a	緊急時連絡網・非常時避難見取図等を作成して、非常時に備えて避難訓練・研修を定期的に開催している。フロアに利用者の急変時対応フローチャートを掲示して、看護師を中心に対処する体制となっている。感染症予防は、法人の「感染症委員会」から最新感染情報や消毒方法の指示があり、事務所内で感染症勉強会を開催して取り組んでいる。事故事例・ヒヤリハット事例は、その日のうちに職員同士で現場検証をして原因と対応策を話し合う。報告書に事故の経緯・事故分析・解決策を明記し、再発防止に努めている。
4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置			
(1) 個人情報の利用目的や保護規定を公表するなど、個人情報保護の確保のための取組みがある。	28	a	事務室前に「個人情報に関する基本方針」を掲示している。法人ホームページにもプライバシーポリシーを開示している。利用者および家族には、利用開始前に個人情報同意書を説明の上、同意をいただいている。広報紙の写真掲載は事前に利用者の意向を確認して、了解を得てから使用している。また、法人と職員との間で誓約書を取り交わし、守秘義務や個人情報の取扱いに関する理解と周知に努めている。
(2) 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがあり、機能している。	29	a	契約書にサービス実施記録の開覧と複写物の交付ができることを明記している。契約時に利用者・家族に説明している。開示に関するマニュアルがあり、職員への周知も行っている。記録開示受付票を作成して対応する仕組みはあるが、現在まで利用者等からの要望はない。
5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置			
(1) 通所介護に従事する全ての現任の従業者（新任者を含む）を対象とする研修等を計画的に行っている。	30	a	事業所内と法人内の年間研修計画があり、非常勤職員も含む全ての職員を対象に実施している。外部研修は研修報告をして、職員間で知識の共有を図っている。事業所内の勉強会は、事前に職員アンケートで対応に困っている事例や検討したい内容を募っている。当日は実技形式で事例を検討しながら学んでいる。後日会議録を閲覧して、欠席者にも周知している。新任職員に対しては、法人が作成した研修計画にそって、担当職員を決めて3ヶ月間マンツーマンの現場研修を実施する。1ヶ月ごとにマナーモラル・入浴・送迎・車いす・食事・排泄等のチェックシートで到達度を確認して、面談をしながら研修を進める仕組みとなっている。
(2) 利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映させるなど、サービスの質を確保・自己評価する仕組みがあり、機能している。	31	a	年1回利用者アンケートを実施して、アンケート結果と意見・要望を職員間で検討し、改善に取り組んでいる。アンケート結果と意見・要望への回答は、利用者・家族等に配布する広報紙に掲載している。今年度は初めて第三者評価を実施して、職員による自己評価も行った。利用者からの苦情は生活相談員が窓口になって対応している。ミーティングで職員同士で改善策を話し合い、結果を利用者に説明している。事業所内で解決が難しい場合は、法人の「ケア向上委員会」で改善策を検討する仕組みがある。
(3) サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの検討を定期的に行っている。	32	a	マニュアルは事務所内の所定の位置に設置して、職員がいつでも自由に閲覧することができる。「ケア基準書」は、「対応・姿勢・知識の基礎」と副題があり、法人が作成した「職員に期待される水準」に基づき、必要な心構えと知識を新人職員にも解りやすい言葉で解説している。マニュアルの変更は、実際の業務にそぐわない箇所が生じた時に随時検討している。最近では、利用者の人数増加や重度化に伴い、業務分担と休憩時間について職員同士がミーティングで話し合い、今年6月に業務マニュアルの一部を変更している。

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

6 分野別特記事項

【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
Ⅰ	<p>毎年、利用者調査を行い利用者ニーズを業務の改善につなげる</p> <p>法人において、平成20年度を初年度とする中・長期計画を策定している。事業所の年度単位の事業計画では、法人の経営方針・中期計画と関連付けて当期の重点目標を定めている。</p> <p>毎年1月頃に利用者アンケートを実施して利用者ニーズを汲み上げている。集計結果について職員会議を開き、対応を検討している。また今年度より第三者評価に取り組み、利用者の満足度や、職員の自己評価を把握している。今年度、介護業務検討会を開催し、業務やマニュアルの見直しに取り組んでいる。</p>
福祉サービスの基本方針と組織	
Ⅱ	<p>計画的に職員の育成に取り組み、成果があがっている</p> <p>常勤職員と地域限定契約職員は、個々に自己評価・課題分析・目標の設定を行い自己啓発ができる仕組みとなっている。資格取得時の報奨金制度も整備している。内部研修として、事業所独自の研修会を計画的に開催している。また、法人全体や通所部門で行われる研修に代表者が出席し、その後、事業所内での伝達研修を行っている。今年度、法人内の通所介護事業所間で、職員交換研修を実施した。事業所内では、基礎介護技術、リスクマネジメント、認知症、接遇マナーなどについて学んだ。</p>
組織の運営管理	

【介護サービス項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
Ⅰ	<p>様々な行事や活動を企画し、楽しんでいただいている</p> <p>レクリエーション活動について、年間計画を作成している。毎月のメイン行事、フロアでの活動、季節に応じた装飾も計画に含まれている。午後の活動は2種類用意し、利用者を選択していただける。手芸など手先を使う活動も用意している。共同作品や手芸品は多種類の作品が壁や展示台に飾られている。季節に応じた行事の中には、お花見や紅葉ドライブなど外出の機会もある。外食ツアーの回転すしは好評を博しており、今年は2度の実施を計画している。事業所周囲は自然環境に恵まれ、木々に囲まれ、園芸用の庭もありさつまいもやきゅうり作りなどに活用している。</p> <p>今回の職員自己評価では、職員みんなが明るく笑顔が絶えないこと、チームワークが良いこと、積極的に意見を出し合える雰囲気があることなどが良い点としてあげられている。</p>
介護サービスの内容に関する事項	
Ⅱ	<p>事故・ヒヤリハットは、その日のうちに原因と対応策を話し合う</p> <p>緊急時連絡網・非常時避難見取図等を作成して、非常時に備えて避難訓練・研修を定期的に行っている。フロアに利用者の急変時対応フローチャートを掲示して、看護師を中心に対処する体制となっている。感染症予防は、法人の「感染症対策委員会」から最新感染情報や消毒方法の指示があり、事務所内で感染症勉強会を開催して取り組んでいる。事故事例・ヒヤリハット事例は、その日のうちに職員同士で現場検証をして原因と対応策を話し合う。報告書に事故の経緯・事故分析・解決策を明記し、再発防止に努めている。</p>
介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	

福祉サービス第三者評価共通項目（居宅系・介護サービス）の評価結果				評価結果
大項目	中項目	小項目	項目	
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念・基本方針の確立	1 ①理念が明文化されている。	a
			2 ②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
		(2) 理念・基本方針の周知	3 ①理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a
			4 ②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5 ①中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	a
			6 ①事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	a
		(3) 計画の適正な策定	7 ①施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。	a
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者のリーダーシップ	8 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
			9 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	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等への対応	10 ①事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	a
			11 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
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制の整備	12 ①人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。	a
			13 ②職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	a
		(2) 職員の就業への配慮	14 ①事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	a
			15 ②福利厚生に積極的に取り組んでいる。	a

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 柏井デイサービスセンター

評価基準	項目番号	評点	コメント
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織			
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。	1	a	法人の基本理念は、「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」である。対外的には、法人のホームページや、事業所のパンフレットなどで広く明示している。また、事業計画書に掲載しているほか、事業所内に掲示もしている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2	a	基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目の実行方法(行動指針)を定めている。基本理念とともにホームページで明示しているほか、事業所内に掲示をしている。事業計画では、法人の中期的な経営方針や、当年度のサービス方針を明記している。
Ⅰ-1-(2) 理念、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。	3	a	法人の基本理念および実行方法(行動指針)は、事業所内の掲示や毎朝の唱和などにより職員への周知を深めている。また、基本理念および実行方法を記したシールを作成して職員に配布している。普段目につきやすい場所や使用するノートなどに貼っている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4	a	基本理念等は、フロア内の掲示やパンフレット・ホームページ・封筒などに明記してお客様や広く一般の方に伝えている。また利用開始時には、パンフレットや重要事項説明書などを用いて、理念・方針について説明を行う。また年に4回、事業所の広報紙である「すまいる便り」を発行し、利用者のほか居宅介護支援事業所などにも配布している。
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・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	5	a	法人において、平成20年度を初年度とする中・長期計画を策定している。事業所の年度単位の事業計画では、法人の経営方針・中期計画と関連付けて当期の重点目標を定めている。また、稼働率や事故ゼロなど数値目標を設定し、定期的実施状況の評価を行っている。
Ⅰ-2-(2) 重要課題の明確化			
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	6	a	事業計画において、自分達の業務を取り囲む環境を整理して明示している。さらに前年度の評価・反省を行い、これらを踏まえて当期の重要課題を設定している。設定した重要課題について、四半期ごとに評価を行い、着実に達成できるよう取り組んでいる。
Ⅰ-2-(3) 計画が適切に策定されている。			
Ⅰ-2-(3)-① 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。	7	a	日々のミーティングのほか、常勤職員会議、非常勤職員会議、全体会議などを開催し、職員からの提案や疑問などを収集している。前年度の事業計画の評価、四半期ごとの評価、事業収支の状況、第三者評価の結果などは、管理者・幹部職員に加えて介護スタッフも共に検討し、計画の策定・見直しにつなげている。

評価基準	評点	コメント
Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅰ-3-(1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-(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。	8	a 毎年1月頃に利用者アンケートを実施して利用者ニーズを汲み上げている。集計結果について職員会議を開き、対応を検討している。また今年度より第三者評価に取り組み、利用者の満足度や、職員の自己評価を把握している。今年度、介護業務検討会を開催し、業務やマニュアルの見直しに取り組んでいる。今回の職員自己評価では、職員みんなが明るく笑顔が絶えないこと、チームワークが良いこと、積極的に意見を出し合える雰囲気があることなどが良い点としてあげられていた。
Ⅰ-3-(1)-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。	9	a 法人の中期計画において、「中堅幹部以上のマネジメント能力向上」を掲げている。中堅幹部職員を対象に、労務管理研修や決算報告会などを法人で行っている。各事業所の事務長・主任が参加するスタッフ会議では、利用者数や収支の状況を定期的に分析している。また、法人内の7つの通所介護事業所の代表が集まって通所部門会議を開催し、共通課題の解決に取り組んでいる。今年度は、「常勤職員の期待される水準」を見直したり、通所事業所間での職員交換研修に取り組んだ。常勤職員の採用や育成は、法人が主体となって取り組んでいる。常勤職員の定期的な人事異動や人事考課などにより、将来を担う人材の育成に注力している。業務やマニュアルの見直しに取り組み、職員の休憩時間が60分確保できるようになった。
Ⅱ 組織の運営管理		
Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等への対応		
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。	10	a 社会福祉事業全体の動向や地域の福祉ニーズは、法人内の諸会議、市の専門部会、県のデイサービス協会などを通じて収集している。事業計画において、自分達の業務を取り囲む環境として整理している。近隣の利用者数の動向、他事業所の開設状況なども把握している。
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。	11	a 各事業所の事務長・主任が参加するスタッフ会議では、利用者数や収支の状況を定期的に分析している。また、法人内の7つの通所介護事業所の代表が集まって通所部門会議を開催し、共通課題の解決に取り組んでいる。事業計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて修正を加えながら計画の実現に取り組んでいる。
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人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。	12	a 人事考課制度を導入している。常勤職員と地域限定契約職員は、個々に自己評価・課題分析・目標の設定を行い自己啓発ができる仕組みとなっている。資格取得時の報奨金制度も整備している。内部研修として、事業所独自の研修会を計画的に開催している。また、法人全体や通所部門で行われる研修に代表者が出席し、その後、事業所内での伝達研修を行っている。今年度、法人内の通所介護事業所間で、職員交換研修を実施した。事業所内では、基礎介護技術、リスクマネジメント、認知症、接遇マナーなどについて学んだ。
Ⅱ-2-(1)-②職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	13	a 人事考課制度において、自己評価、上司評価、本部評価の3段階の評価を行っている。DO-CAPシートを活用して、個々の業務目標の設定とその達成に向けて、上司による助言や指導を行っている。新人教育シートを作成し、着実に技術習得が進むよう工夫している。また、「常勤職員の期待される水準」を明示している。

評価基準		評点	コメント
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①事業所の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	14	a	経営層は、職員の毎月の服務状況を、服務届出書や有給休暇管理表にて把握している。また、人事考課制度のなかで、半年ごとに個人面談を実施して意向を把握している。また日々のミーティングにも管理者が常時参加し、職員の意見を吸い上げている。有給休暇の取得奨励、時間外労働の短縮、休憩時間の確保などに取り組んでいる。
II-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	a	法人としてバースデー休暇制度を導入し、休暇取得の推進を図っている。今年度より、サークル活動支援金制度を設け、法人内各事業所間での職員交流を図っている。月2回程度発行される「慶美会NEWS」では、法人内各事業所の職員がリレー形式で記事を担当し、相互理解を深めている。ストレスケアについて法人独自の冊子を作成し、職員に配布している。