

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (通所介護)(通所リハビリ)

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人ACOPA
所 在 地	千葉県我孫子市本町3-7-10
評価実施期間	平成27年10月20日～平成28年1月20日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	介護老人保健施設 ナーシングプラザ流山 カイゴロウジンホケンシセツ ナーシングプラザナガレヤマ		
所 在 地	〒270-0144 千葉県流山市前ヶ崎248-1		
交 通 手 段	東武バス：JR柏駅西口⇄免許センター 「免許センター」下車 徒歩4分 東武バス：JR南柏駅西口⇄流山駅東口 「免許センター入口」下車 徒歩5分		
電 話	04-7145-0111	F A X	04-7145-0109
ホームページ	http://np-nagareyama.jp/		
経 営 法 人	医療法人 社団 愛友会		
開設年月日	平成11年11月5日		
介護保険事業所番号	1252380012	指定年月日	平成11年11月5日
併設しているサービス	・介護老人保健施設 ・居宅介護支援事業所 ・短期入所療養介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・訪問リハビリテーション ・介護予防訪問リハビリテーション		

(2) サービス内容

対象地域	流山市・松戸市・柏市を中心とした東葛地域が対象です。		
定 員	44名		
協力提携病院	千葉愛友会記念病院・柏厚生総合病院・渡辺歯科クリニック・ラビット歯科		
送迎体制	送迎はドライバーと添乗者の2名体制で運行しています。また利用者の状態に合わせてマイクロバスタイプの乗用車・リフト車・普通車（福祉車両）等を使い分け、負担軽減に努めています。		
敷地面積	5,005㎡	建物面積(延床面積)	4,586㎡
利 用 日	月曜日～土曜日（祝祭日含む）		
利用時間	8：30～17：30		
休 日	日曜日・年末年始（12月31日～1月3日）		
健康管理	施設到着時、バイタル測定を行い健康管理を行っています。また必要な方には服薬管理・点眼・インシュリン注射・処置等を行っています。		
利用料金	要介護（要支援）度毎の介護保険適用基本料の他、各種加算、昼食・日用品費・娯楽費を日額として設定しています。		
食事等の工夫	各利用者の状態に合った食事を提供しています。またバイキングや季節の行事食等を取り入れ、楽しんで召し上がって頂けるよう工夫しています。		
入浴施設・体制	一般浴槽・座位式機械浴・臥床式機械浴を用意し、看護介護職員の介助の下、安全で心地よい入浴を提供しています。		
機能訓練	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置し個々のニーズに対応しています。		
地域との交流	演芸等を披露するボランティアや幼稚園児が来てくださいます。		

(3) 職員（スタッフ）体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	12人	2人	14人	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	0人	0人	14人	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	0人	0人	0人	
介護職員が 有している資格	介護福祉士	訪問介護員 1 級	訪問介護員 2 級	
	8人	0人	6人	
	訪問介護員 3 級	介護支援専門員		
	0人	0人		

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	お電話にてご見学、ご相談日を決めさせて頂き、その日に必要書類をお渡しいたします。必要書類の作成がお済になり、ご提出頂いた時点で、お申し込みが完了となります。		
申請窓口開設時間	9：00～17：30		
申請時注意事項	必要書類をお持ち頂いた際にご質問がある場合は、担当者が不在の場合、ご迷惑をお掛けしてしまう恐れがございますので事前にお問い合わせ頂けると幸いです。		
苦情対応	窓口設置	支援相談員が窓口となっています。	
	第三者委員の設置	流山市介護相談員がご利用者のお話を伺います。	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	病状が安定した方に対してリハビリテーション・看護・介護サービスを提供し在宅生活・社会参加の支援を目的としています。 日常生活動作訓練を中心としたリハビリテーションを行い、在宅での生活がよりスムーズなものにできるよう支援しています。
特 徴	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のリハビリテーション専門職を配置することで、利用者の様々なニーズに対応しています。また介護職員も積極的に歩行訓練等を行い、利用時の活動量を確保しています。6～8時間サービス以外に1～2時間の短時間通所サービス提供の他、老人保健施設への入所・ショートステイ・訪問リハ・通所介護等の自施設サービスと連携することで、利用者の在宅生活を複合的にサポートしています。
利用（希望）者 へのPR	当施設は、上尾中央医科グループという法人の関連施設であり、関東一円に病院27施設と老健21施設を有し、50年来の時を「医療・介護・福祉」の3本柱を基に「愛し愛される病院・施設」を合言葉に、地域に根差してまいりました。当施設も平成11年開設から16年、地域のグループ病院との連携と地域包括の中、地域の方々の健康管理と社会復帰での役割を果たすべく、ご利用者さまの視点に立ち施設運営をしてまいりました。近年では、老健施設外に「訪問リハサテライト」を地域内に開設し、迅速な訪問リハビリを提供しております。また、地域のニーズにより「通所介護デイサービス」（午前・午後）枠の事業所開設も行い、他施設にないリハビリとアクティビティーを兼ね備えた環境をつくりました。今後も高齢化社会の中、時代のニーズに耳をかたむけ、「ナーシングプラザ流山」としてご利用者さまから親しまれる施設環境づくりをしてまいります。

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること
1.強固な経営体制の下での施設運営
本施設は関東地区1都6県に27病院と21介護老人保健施設他、多くの施設を開設する上尾中央医科グループ(AMG)を母体としている。AMGは平成27年11月現在、職員数16,000人強を有し、その経営ビジョンは「良質で安全・安心・信頼の医療・介護を提供し、地域に貢献する」である。法人ビジョンのもと、施設の理念は、「利用者の人間としての尊厳を守りつつ、良質なリハビリテーション、看護、介護サービスを提供し、精神・身体機能及びQOLの維持向上を計り、在宅復帰に向けて支援する」である。施設には本サービスの他に、介護老人保健施設、短期入所療養介護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援などのサービスがある。
2.事業計画と課題解決への取り組み
法人による中長期計画、年間計画があり、それに基づいて運営委員会で検討、施設及びサービス部門の事業中長期計画、年度計画を立案している。本年度の課題には「居宅サービスの機能別の明確化」「介護予防事業の確立」を挙げ、取り組んでいる。看護介護部の目標設定は「在宅強化型の維持」とし、そのために利用者の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点・財務の視点から、その実現に向け具体的な目標を設定し、部門の役割ごとに重要課題として取り組んでいる。当通所リハ部門は在宅復帰後の取り組みの中で、施設外の訪問リハサテライト・リハビリデイながれやま等とも連携を取り、積極的な役割を果たしてきている。
3.介護の効率化は利用者の活動レベルを上げること
当事業所は稼働率80%を超える人気のデイケアである。サービス開始時の説明では「利用者に在宅生活維持のためのリハビリテーションを行う施設であり、目的をもって通所してもらう」ことを説明している。利用者は一日を通して機能訓練を中心に3回の体操、セラバンドを使用した自主トレーニング、趣味活動など体や脳を動かすことによって機能回復を目指している。利用者毎の適正な目標の設定と自力で取り組める機器の活用は利用者の意欲を高め、通所の目的を明確にしている。結果として介護者の手間や歩数を減らし、介護の効率化につながっている。
4.詳細な介護手順書と事故防止への取り組み
食事、排せつ、入浴等の介護内容について観察、声掛けに始まる詳細な手順書を作成し、介護の質の維持に活用している。特に新人職員にとって理解しやすいテキストといえる。事故防止のためのヒヤリハット報告に工夫が凝らされ、内容によってレベル0～レベル3までの4段階で各報告ごとにアクシデントレポートとして検討している。さらに施設全体の事例を事例集にまとめ、ヒヤリハットの研修資料として活用している。今年度、当事業所ではヒヤリハット事例は報告されているが事故事例は1件もなかったことは特筆できる。
5.職員育成と働きやすい職場づくり
法人における人事方針のもと、管理者は、各委員会や会議を通じて、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、運営委員会などで改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。管理者は本施設開設以来の勤務で、職員各人の個性と考えをよく把握し、働きやすい職場作りに努めている。職場におけるコミュニケーションはとても良好で、緊急時におけるシフトの相互支援はよく機能している。職務と評価においては、職位別、職種別業務分掌があり、各種規程のもとで、公平な人事政策を実施をしている。評価にあたっては、職位別の考課要素が明確になっており、自己評価・他者評価がおこなわれている。考課とそれをフィードバックする個別面談の機会は年3回あり、日常・会議・面談を通じてきめ細かい教育の場ともなっている。この1年間で退職者はなく、職員の定着性は極めて高い。

さらに取り組みが望まれるところ

1.アンケートに見る利用者意見への対応

法人本部の経営ビジョン、経営の仕組み、人材を育てる制度は業界の模範となるべく要素を備えている。本施設においては、職務に献身的な管理者、幹部が揃っており、法人制度の基本に沿ってグループ内でも有数の成果をあげている。ヒヤリングをした職員の声も「こんなに働きやすい職場はない」との声がある。2011年の第三者評価受審時と比較しても施設運営の制度・サービスの実態は数段の進歩を感じる。しかし、数少ないアンケートの中には、職員の言動・行動における接遇態度において、大いに気になるご意見がある。いかなる堅固な城も防壁の一端から水が漏れて、やがて城を崩すと言われている。ご意見には1つ1つ丁寧に対応し、更なるサービスの質の向上に繋がれることを期待する。

2 ゆったりできる空間の確保とサービスの拡大

当事業所には大勢の利用者が通所されている。広いフロアーには理学療法、自主トレーニング、生活リハビリテーションなどそれぞれの利用者の希望により2時間から長時間まで幅広く利用されている。できるだけ臥床しない生活を勧めるため施設内には2台のベッドとソファが設置されているが、午後の微睡などゆったりできる居心地の良さの工夫をお願いしたい。送迎時、日中独居の利用者のためにベッドまで出向き、玄関の鍵をかけることも実施されているが、独自サービスとして夕食の提供までできれば利用者・家族にとってさらに助かるかと考えられる。大規模デイケアならではの新たな検討をお願いしたい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

利用者様アンケートの結果を真摯に受け止め、一部とはいえ接遇の改善が必須であると感じています。職員が意図的で無くとも利用者様が不快と感じれば、それは「不適切なケア」とであるという認識を深め、利用者様への対応を一つ一つ振り返り、より丁寧なケアに心がけ、満足して頂けるサービスを提供できるよう、職員の教育と育成に努めて参ります。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果							
大項目		中項目	小項目	項目		標準項目	
						■実施数	□未実施数
Ⅰ	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	理念・基本方針の確立	1	理念や基本方針が明文化されている。	3	0
			理念・基本方針の周知	2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0
				3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3	0
		2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化	4	事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	4	0
			計画の適正な策定	5	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話し合う仕組みがある。	3	0
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	6	理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	5	0
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	7	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
				8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4	0
			職員の就業への配慮	9	事業所の就業関係の改善課題について、職員（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。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	4	0
			職員の質の向上への体制整備	10	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	5	0
Ⅱ	適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重の明示	11	事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0
				12	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0
			利用者満足の向上	13	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0
				利用者意見の表明	14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4
		2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み	15	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	2	0
			サービスの標準化	16	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0
		3 サービスの利用開始	サービスの利用開始	17	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0
		4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	18	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	4	0
				19	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	5	0
				20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	4	0
		5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	21	食事の質の向上に取り組んでいる。	4	0
				22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	4	0
				23	健康管理を適切に行っている。	4	0
				24	利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。	4	0
				25	施設で楽しく快適な自立生活が送ることが出来るような工夫をしている。	4	0
				26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	3	0
				27	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	3	0
				28	利用者家族との交流・連携を図っている。	3	0
		6 安全管理	利用者の安全確保	29	感染症発生時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。	4	0
				30	事故などの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。	3	0
				31	緊急時（非常災害発生時など）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。	5	0
計					118	0	

項目別評価コメント

標準項目 ■整備や実行が記録等で確認できる。 □確認できない。

評価項目		標準項目
1	理念や基本方針が明文化されている。	■理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
(評価コメント) 母体である上尾中央医科グループ(以下AMG)の法人理念は「愛し愛される病院・施設」である。この法人理念のもと、「利用者の人間としての尊厳を守りつつ、良質なリハビリテーション、看護、介護サービスを提供し、精神・身体機能及びQOLの維持向上を計り、在宅復帰に向けて支援する」という施設理念を掲げ、事業所作成の文書、広報誌、パンフレットに記載している。理念から、本施設のサービス実施における使命への方向、考え方を窺う事ができる。		
2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	■理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
(評価コメント) 理念・方針は事業所内各所に掲載がある。職員には週1回の全体朝礼での唱和、職員の名札の裏への記載、更に研修の機会などで、その徹底を図っている。理念や方針に基づいた目標「月間目標」「節目標」を設定し、達成度などの評価を行っている。		
3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	■契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。 ■理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
(評価コメント) 契約書やパンフレットに記載するとともに、事業所内各所に利用者・家族に伝わるよう掲示している。又、利用者・家族と接するいろいろな機会に説明し、話し合うようにしている。		
4	事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	■事業計画には、中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■現状の反省から重要課題が明確にされている
(評価コメント) 法人による中長期計画、年間計画があり、それに基づいて運営委員会で検討、施設の事業中長期計画、年度計画を立案している。本年度の課題は「居宅サービスの機能別の明確化」「介護予防事業の確立」を挙げ、取り組んでいる。看護介護部の目標設定は「在宅強化型の維持」とし、そのために患者・利用者の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点・財務の視点から、その実現に向け邁進している。		
5	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話し合う仕組みがある。	■各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
(評価コメント) 計画、課題、方針を決定するに当たっては、フロア会議、主任会議、チーフ会議など多くの職員が参加できる会議を経て、運営委員会で決定する仕組みがある。テーマごとに20の委員会があり、それぞれの部署から委員が任命され、参加している。決定事項は、各部署に議事録を配布し徹底を図っている。又、実施状況などは法人で集計されたものを管理職が各部署に伝達している。		
6	理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。
(評価コメント) 管理者は、各委員会や会議を通じて、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、運営委員会などで改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。管理者は本施設開設以来の勤務で、職員各人の個性と考えをよく把握し、働きやすい職場作りに努めている。職場におけるコミュニケーションはとても良好で、緊急時におけるのシフトの相互支援はよく機能している。AMGワークアウト(課題解決プロジェクト)では、多くの表彰を受けており、職員同士の意欲と頑張りが窺える。		

7	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	■ 倫理規程があり、職員に配布されている。 ■ 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■ 倫理（個人の尊厳）を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
（評価コメント） 倫理規定集「職員倫理規範・職務心得、看護師の倫理綱領、介護福祉士の倫理綱領」が各部署に配布されている。週1回火曜日に全体朝礼にて施設理念の確認の実施している。又、年1回施設全体で、介護看護部は職員のレベルにより1回ずつ倫理の研修計画が計画・実施されている。		
8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	■ 人事方針が明文化されている。 ■ 職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■ 評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■ 評価が公平に行われるように工夫している。
（評価コメント） 5つからなる人事方針に基づき、職位別、職種別業務分掌があり、職務権限規程、職員昇格規程などいろいろな規程がそろっており、公平な人事政策を実施に繋がっている。評価にあたっては、管理職の考課要素、主任職の考課要素、一般職の考課要素が明確になっており、自己評価・他者評価がおこなわれる制度になっている。人事考課は年3回あり、その結果は上司や管理職の面談でフィードバックされる。面談の機会を通じて、公平な評価と理解、教育、職場内相互のコミュニケーションづくりがなされる。		
9	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。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	■ 担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■ 把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。
（評価コメント） 有給消化率・時間外労働のデータは、毎月担当者が作成している。各部署ごとに定期的に職員個人と面談を行い、相談・問題解決にあたり、その相談内容も踏まえて人員体制の見直しに考慮している。福利厚生においては、厚生部・運動部があり、各部署毎にメンバー選出をおこない、随時会議開催し、行事の企画・運営を行っている。法人にカウンセラーがおり、新人職員等を中心に面談や相談が出来るようになってきている。又、夏季や冬季などでリフレッシュ休暇を順番に取得できるよう調整しており、育児休暇の取得者も多く、復帰後も両立できるよう支援がなされている。毎年2月には全職員の意識調査アンケートがおこなわれ、満足度と意見をくみ取る仕組みがあるなど、随所に働きやすい職場づくりの実例がみられる。		
10	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■ 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■ 個別育成目標を明確にしている。 ■ OJTの仕組みを明確にしている。
（評価コメント） 職員の教育・研修に関する基本方針があり、職位・職別・個人別研修計画を立案している。本法人の特徴は、「キャリアラダーレベル制度＝職員の能力・レベルに分けて教育をうける」、「プリセプター制度＝1年間先輩が新人の指導をOJTで行う」である。また、資格取得のための研修参加の推進、勤務調整もある。法人全体では、外にも開かれたAMGキャリアサポートセンターでの研修計画と実施がある。		
11	事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	■ 憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■ 虐待被害にあった利用者がいる場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
（評価コメント） 入職時のオリエンテーションでは施設の役割などを説明している。不適切な対応があった場合、「不適切ケア報告書」の記入を義務付け、早期発見し、組織全体で取り組めるよう、虐待防止委員会を中心として対応出来るようにしている。倫理や虐待防止に関する勉強会を行い、職員への意識付けを行っている。プライバシーの尊重、羞恥心に配慮では、使ってはいけない態度や言葉遣い、行っていないいけない行動について、管理者が作成した接遇チェックリストが役立っている。		

12	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
(評価コメント) 個人情報保護方針を館内に掲示している。また、ホームページや契約時の書類にも明記し、利用者や家族への周知を図っている。職員(実習生、ボランティア含む)に対しては、会議や研修等により周知を徹底している。		
13	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
(評価コメント) 1階にご意見箱を設置し、小さな意見でも受け付け、回答できるよう組織で取り組んでいる。また、苦情などがあった場合は、早急に幹部職員を含むサービス向上委員会で改善策を検討し、丁寧に説明した上で納得していただけるよう取り組んでいる。利用者アンケートでは、食事に関するアンケート、利用者満足度アンケートがあり、利用者・家族の満足度をその都度計っている。職員には、接遇チェックリストで態度、行動、言動について具体的に指導を行っている。「ヒヤリハット報告書」、「不適切ケア報告書」の制度なども活用し、記録・サービスへ反映するようにしている。		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。
(評価コメント) 契約書に苦情受付担当者を明記し説明する。苦情があった際はマニュアルに沿って対応し、専用用紙に詳細に記録し、改善策をご利用者、ご家族に明確に説明し了承を得ている。また、市の相談員の定期的な訪問により得たご利用者からの意見を真摯に受け止め、今後のケアに活かしている。記録を保管する仕組みがあり、第三者の介入も確認できている。(地域住民の協力を得ている)		
15	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
(評価コメント) 施設内の各部署からなるサービス向上委員会に参加し、食事や接遇に関する満足度アンケートをとって検討している。デイケア内のフロアーや浴室入口のビニールカーテンは利用者アンケートからのアイデアで設置した成果である。事業所全体としての検討会議の設置規定、会議録は確認できる。		
16	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント) 介護業務は介護内容について手順書として明確になっており、入浴、排せつ、食事等を挨拶、声掛けから始まり一連の行為を網羅して誰もが迷わず実施できるわかりやすい内容となっている。特に新人が初めて職務にあたるときにはマニュアルは大きな手助けになることと考えられる。利用者の身体特性に合わせて適宜見直されて活用されている。		
17	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。
(評価コメント) 相談員は利用者宅や施設内で利用者、家族に契約書に沿ってわかりやすい説明に努めている。特にデイケアの特色として介護保険を利用してリハビリテーションを実施する施設であり、在宅生活を継続するための訓練の場であることを話している。また料金説明では各介護度別料金表を用いて説明し、介護度の高い利用者にはサービス開始日、通所日などをカレンダーに書き入れて理解しやすいよう伝えている。		

18	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
(評価コメント) 利用前、初回利用時に利用者宅または施設内で利用者、家族と面談しアセスメントを実施している。担当ケアマネジャーから情報提供を受けて連携している。個別援助計画はシンプルな形式ではあるが、利用者の状況が適確に把握できるようわかりやすい書式となっているが、見直し時期の欄があればさらに明確になると考えられる。利用者、家族が目指す目標が短い文言で表されている。書式はシステム化され事務が簡略化できるよう工夫されている。		
19	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。
(評価コメント) 個別援助計画は居宅サービス計画に沿って作成されており、通常6か月ごとに見直されている。サービス担当者会議に各職種が出席し、若しくは照会に対応し、居宅サービス計画変更意見を出している。利用者からの意向、要望は逐一ケアマネジャーに報告しており、常に連携を図っている。利用者の急変時にはマニュアルに沿って支援計画を随時見直している。		
20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	■利用者一人ひとりに関する情報を記録するしくみがある。 ■計画内容や個人の記録を、支援するすべての職員が共有し、活用している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。
(評価コメント) 個別支援計画は利用者毎のカルテに綴じられ常に職員が確認できるよう工夫している。日常の利用者の生活記録は経過記録に記入され、職員全員が気が付いた点を記録している。利用者の連絡ノートに個別の活動内容を記入している。毎日の朝礼、夕礼、ミーティングで利用者の変化を報告し共有している。		
21	食事の質の向上に取り組んでいる	■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。 ■利用者の状態に応じた食事提供をしている。 ■栄養状態を把握し計画を立て実施している。 ■食事を楽しむ工夫をしている。
(評価コメント) 昼食時間に行った面接アンケートでは多くの利用者が通所日の食事を楽しみにしていると話されていた。利用者に配膳するために便利な松花堂風の食器が使用され、利用者毎の状況に合わせて普通食、刻み食、ペースト食と食形態が工夫されている。月2～3回のおやつバイキング、ランチバイキングが実施され、好評とのこと。栄養状態に課題がある利用者には栄養改善計画が作成され実施されている。		
22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	■入浴、清拭及び整容、排せつ介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。
(評価コメント) 介護内容毎の手順書が作成され、均質の介護が提供できるよう配慮されている。入浴、排せつについて同性介護を希望される利用者にはできる限り叶えている。プライバシーの保護にはタオルで覆うなどで努めている。入浴の順番は日によって男性、女性を交互にしている。また利用者の入浴順を公平に考慮している。レジオネラに関する検査を年2回実施し、結果を家族に周知して安心を得ている。		

23	健康管理を適切に行っている。	■利用者の健康管理について記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■利用者ごとに体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題があると判断した場合、サービス内容の変更をしている。 ■健康状態に問題があると判断した場合、家族・主治医等との連絡をしている。また、緊急連絡先一覧表を整備している。 ■口腔機能向上のためのサービス計画・実施・確認・評価が実施されている。
(評価コメント) 通所時、バイタルサインチェックを行い、利用者の健康状態を把握している。健康状態に問題がある場合はリハビリ内容の変更、入浴中止等で悪化を予防している。受診の必要性がある時には、家族に連絡し、場合によっては主治医等へ連絡し対応している。希望者には口腔機能向上のためのサービスを提供し、評価している。		
24	利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。	■機能訓練が必要な利用者に対して一人ひとりに対して、機能訓練計画を作成し、評価・見直しをしている。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことができる視点を入れている。 ■機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている。 ■レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練が行える工夫をしている。
(評価コメント) 理学療法士による機能訓練が実施され、機能訓練計画が作成、評価されている。当事業所は男性の利用者が多く、特に機能訓練のために短時間通所されている訓練だけを目的にされている利用者が多くみられる。自主トレーニングができる機器が設置され、囲碁や将棋、レクリエーション等、在宅生活を維持するために目的をもって通所されている利用者が多いことが活動レベルを高める効果となっている。		
25	施設で楽しく快適な自立生活が送ることが出来るような工夫をしている。	■さまざまな内容のプログラムを用意し、個別対応している。 ■活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている。 ■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。 ■食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している。
(評価コメント) 利用者は個別支援計画、機能訓練計画に基づき、訓練を受けた後のセラバンドなどの自主的なトレーニング、一日を通して3回の体操、趣味の囲碁、将棋、などで楽しんでいる。職員が考案し、作成した木製のブロックパズルは利用者に人気がある。基本的には臥床を促さないようにしているが、体調等により、ベッドやソファで休んでいる。利用者が多く、常に80%以上の稼働率がある人気の事業所であるが、利用者の休息スペースへの配慮をさらにしていただきたい。		
26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。
(評価コメント) 送迎時、運行表、座席表、緊急時対応マニュアルなど整備し、利用者の負担がないように定期的に見直している。車内にはドライブレコーダーを設置し、常に安全な送迎に努めている。独居の方や到着時家族が不在の場合はベッドやリビングまで誘導し、必要であれば施錠を行っている。常に本人、家族の便宜を考慮した体制を目指している。		
27	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。
(評価コメント) 認知症ケアマニュアルを作成し、施設内の認知症フローを研修実施の場として取り組んでいる。認知症利用者の転倒、徘徊などに考慮し生活レベルに沿って座席の工夫をしている。コーヒーなどの好みの嗜好品を楽しんでもらえるよう提供している。利用者が介護を拒否してもあらかじめ利用者の好みを把握しており、楽しみが増すよう声掛けをして誘導している。		
28	利用者家族との交流・連携を図っている。	■利用者の家族等に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族等の参加が確認できる意見交換会、懇談会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族等への行事案内又は利用者等の家族の参加が確認できる行事を実施している。
(評価コメント) 利用者、家族に対して定期的に広報誌、通所時の連絡帳、場合によっては電話で随時状況を報告している。施設内行事には広報誌を通して秋祭り、忘年会に参加を呼び掛けており、少数ではあるが家族の参加を得ている。		

29	感染症発生時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。	■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 ■介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。
(評価コメント) 事業所内感染・褥瘡委員会に参加し、事例検討している。感染症マニュアルを作成し、流行時期の1か月前に施設内で研修を開催し対応方法の確認周知を図っている。施設内全体で積極的に感染症の取り組みを実施しており、適正な室温、湿度、換気は常に維持されている。職員は手洗い、うがいを心がけ、靴の裏の消毒を徹底している。その効果が、利用者の感染症罹患率が極めて低いという結果となっている。		
30	事故などの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。	■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント) 施設内安全対策委員会を設置し、毎月アクシデントレポートの分析を行っている。ヒヤリハットにはレベル0～レベル3までの段階があり、レポート1件ごとに事例検討が行われている。この結果今年度、ヒヤリハット20件のみで事故は1件も発生していないことは小さな出来事も見逃さない努力の積み重ねと考えられる。またヒヤリハット、アクシデントは事例集としてまとめられている。幹部による安全巡視パトロールを実施し、安全対策に努めている。		
31	緊急時(非常災害発生時など)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。	■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント) 非常災害時、当施設は地域住民の避難先になっており、水、食料等の備蓄が用意されている。消防署立会いによる防災訓練、防火訓練を実施している。利用者毎には緊急連絡先、主治医等の連絡先も整備している。		