

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (介護老人保健施設)

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人ACOB A
所在地	千葉県我孫子市本町3-7-10
評価実施期間	平成23年10月1日～平成23年12月24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 かごの木の池 ナーシングプラザカシマ		
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	FAX	04-7145-0109
ホームページ	www.achs.jp/npnagareyama/index.htm		
経営法人	医療法人社団 愛友会		
開設年月日	平成11年11月15日		
介護保険事業所番号	1252380012	指定年月日	平成11年11月1日
併設しているサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所療養介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・通所リハビリテーション ・介護予防通所リハビリテーション ・居宅介護支援事業所 		

(2) サービス内容

対象地域	東葛地区が中心ですが、県外からの受入にも対応しています。				
定員数	120名		定員備考	短期入所を含む。	
居室数	1人部屋	2人部屋	3人部屋	4人部屋	その他
	12室	無	無	27室	無
設備等	診察室・機能訓練室・一般浴槽・機械浴槽・障害者用トイレ・相談室等				
協力提携病院	千葉愛友会記念病院・柏厚生病院・渡辺歯科クリニック				
敷地面積	5,005㎡		建物面積(延床面積)	4,586㎡	
健康管理	医師の回診、服薬管理、血圧と体温の測定等で健康管理をしています。				
食 事	朝食：7:45～8:45				
	昼食：11:45～12:45				
	夕食：18:00～18:45				
	食事代：1日…1,550円				
	備考：午前と午後にティータイムがあります。				
嗜好品等	バイキング・季節ごとの行事食・喫茶店風ティータイムなどをご家族と一緒に楽しんで頂いています。				

入浴回数・時間	週に2日、入浴して頂いています。
入浴施設・体制	一般浴槽・座位式機械浴・臥床式機械浴をご用意しています。 看護介護職員の介助の下、安全で心地良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。
家族の宿泊	宿泊施設はございません。
地域との交流	演芸等を披露してくれるボランティアや幼稚園児が来て下さいます。
家族会等	介護に関する公開講座を開催し、ご家族に参加して頂いています。

(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
		85人	32人	117人
職種別従業者数	医師	生活相談員	介護職員	
	2人	2人	49人	
	看護職員	管理栄養士	栄養士	
	23人	1人	2人	
	機能訓練指導員	介護支援専門員	調理師	
	9人	2人	3人	
	事務員	その他従業者		
	8人	16人		
介護職員の 有する資格	介護福祉士	訪問介護員1級	訪問介護員2級	訪問介護員3級
	34人	2人	13人	0人
機能訓練指導員の 有する資格	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	あん摩マッサージ師
	4人	3人	2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みになり、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	申請用紙をお持ち頂いた際にご質問等がある場合は、担当者が不在ですとご迷惑をおかけしてしまう恐れがございますので、お電話にてご確認頂ければ幸いです。	
入所相談	支援相談員が担当しています。	
苦情対応	窓口設置	支援相談員が苦情相談窓口となっています。
	第三者委員の設置	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

<p>サービス方針</p>	<p>「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の維持向上を図り、在宅復帰に向けて支援する」を施設理念とし、その実現に向け、施設全体で取り組んでいる。</p> <p>運営方針</p> <ul style="list-style-type: none"> 一．利用者さんが楽しく、安心して利用できる施設とし、利用者さんから選ばれる施設づくり 一．職員が気持ちよく、働くことのできる職場づくり 一．健全経営を行い、更なるサービスの向上に向けて努力する
<p>特 徴</p>	<p>リハビリテーションの専門職として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置しており、多様なニーズに対応している。また、看護職・介護職も基準配置を上回り、サービスの向上に努めている。各職種共に連携を図ってADLの向上、在宅復帰を支援している。</p>
<p>利用（希望）者へのPR</p>	<p>緑の多いのどかな環境に恵まれた中、ご利用者の方には極力ご本人のペースでお過ごし頂いております。ご利用者とスタッフとのコミュニケーションも多く、レクリエーションでは生活の中の楽しみとして頂けるよう創意工夫をこらしております。ご利用者の健康管理に力を入れ、食事を召し上がって頂く事が第一と考え、季節ごとの行事食やバイキング、まぐろ解体ショーなどを企画し、味だけではなく、五感に働きかけ食事も楽しんで頂けるよう日々、努力しています。これからも法人として掲げるビジョン「地域で一番必要とされる病院・施設になります」</p>

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.大規模な法人力による組織運営と理念の実現
施設の母体となる上尾中央医科グループ(以下AMGという)は50年の歴史を持ち、上尾中央総合病院を基幹病院として、関東地区1都4県内に26病院と17介護老人保健施設などを開設し、地域でのハイレベル・トータルケア(保険・医療・福祉)の提供を目指している。又、教育を通し、地域に貢献するため上尾中央看護専門学校、上尾中央医療専門学校を開設し、温かな心ある看護師や理学療法士を数多く輩出している。グループ全体で職員13,000人を有する大規模な法人である。流山地域においては、グループで2つの老人保健施設を有し、福祉・医療・介護分野での老舗として、より一層深まりを見せる地域ニーズに大きく貢献している。
2.利用者第一主義で「待たせない介護」の実現
全職員の胸には「利用者第一主義」のワッペンが掲げられ、施設全体に介護への熱い思いや温かみを感じられる。全フロアでは毎日、フロアカンファレンスの時間を設け、各利用者の変化や課題が常に検討され、職員間で共有されている。幹部職員が自ら現場の中で利用者に対応し、必要があればすぐ解決できるよう全職種で解決できるシステムを作り上げている。本年3月の地震災害の停電時、幹部職員を先頭に全職員は利用者の食事を階段リレーで運び上げ、入浴も通常通り実施した。一度も提供時間に遅れることなく利用者全員への生活支援を粛々と実施できたことは全職員が「利用者第一主義」「待たせない介護」を日々実践している何よりの証明といえる。
3.キャリアパス導入で介護の質の向上
平成21年からキャリアパス制度を導入し、職員は経験年数により、それぞれの目標と習得すべき課題を明確に理解し、社外研修や社内研修に積極的に参加している。職員のうち大半が国家資格取得者であり、さらに新たな資格に取り組むことを奨励されている。幹部職員は職員のモチベーションを引き上げ、成長を目指すよう温かく指導している。この結果、利用者への質の高いサービスが提供され、「愛し、愛される施設」の理念が実現されている。
4.ワーク・ライフバランス制度の導入で働きやすい職場づくり
少子化と高齢化が同時に急速に進む中で、職場では従業員の仕事と子育ての両立を支援する取り組みが求められている。当施設は、管理職の努力と指導のもと、4年前からこの制度を取り入れ、仕事と生活の両立を目指してきた。結果、働きやすい職場であるとの意識が高まり、職員の定着性はより高く、利用者へより良いサービスの提供に繋がっている。具体的には①120人の職員中、年間離職者は数人である ②年間休日120日、有給休暇取得率は90% ③有休を取得時の相互支援体制が出来ている ④残業ゼロの労働環境体制(平成22年度は施設全体で10時間) ⑤18の委員会や毎日のカンファレンスも時間内で実施する等がある。
5.全職員の取組みで経営成果の達成が出来ている
平成22年度の経営目標達成率は101.7%、本年上期も目標をクリア出来ており経営成果の達成が出来ている。現管理職は事業所の課題を根本的から見直し、個人のコスト意識の向上と勤務環境を、劇的に作り上げた。コスト意識の向上では、例えば、時間での排泄管理から、個別ケアへの転換という仕組みを変えることでリネン用品等の無駄をなくし、多額な経費削減を行うことが出来たし、上期は24%の節電を達成する等が出来ている。管理者の指導力、人間性、職員の定着性、職場における信頼関係等の高さが、強い職場風土を醸成しているものと思われる。

さらに取り組みが望まれるところ

1.在宅復帰に更なる努力を期待したい

地域における介護対象者は著しく増加の傾向にある。老人保健施設の役割は、リハビリテーションを通じ入所者の在宅復帰を支援することである。昨年度は自宅への退所者は十数名であり、施設の役割を果たしているとは言い難い。訪問リハビリ、通所リハビリも併設していることであり、施設の総合的な力を発揮しつつ、地域における在宅介護の支援へより高い目標と努力を期待したい。

2.利用者の要望への取り組み

利用者家族等アンケート結果については多数の温かい感謝の言葉が寄せられおり、日頃の職員の努力が評価されている。一方利用者等から好みや要望を聞いてほしいという意思が表出されている。生活に障害を持つ高齢者であればこそその食事や生活の楽しみについての切なる要望であることを受け止め、さらに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)

この度、第三者評価を受審させて頂き、日頃のサービスを見つめ直す非常に良い機会となり、サービスとして不十分な部分を確認する事ができました。また、ご利用者の皆様やご家族の方から常に評価されている立場にある事も再認識いたしました。サービスとして、ここまで提供すればいいというゴールはありません。この貴重な経験を生かして、さらに「愛し愛される施設」となる為、「利用者様第一主義」を念頭に置き、改善と研鑽を重ねて参りたいと思います。

福祉サービス第三者評価項目(介護老人保健施設) 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
			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。	2	0
	2 計画の策定	中・長期的なビジョンの明確化 重要課題の明確化 計画の適正な策定	4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	4	0
			5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	3	0
			6 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
			7 理念の実現や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。	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	8 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。	3	0
			9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
	4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	10 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。	4	0
			11 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。	3	0
		職員の就業への配慮	12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3	0
			13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	4	0
			14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	3	0
			15 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	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	16 施設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
			17 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
			18 利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0
	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 サービスの標準化	19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	6	0
			20 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見直している。	2	0
	3 サービスの開始・継続	サービス提供の適切な開始	21 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
			22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	2	0
	4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	23 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
			24 一人ひとり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
			25 個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。	3	0
			26 利用者の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。	3	0
			27 利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。	5	0
			28 身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。	5	0
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	29 栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。	4	1
			30 入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	4	0
31 排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。			4	0	
32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。			6	0	
33 利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。			4	0	
34 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。			3	1	
35 認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。			3	0	
36 退所後の在宅療養介護の支援をしている。			2	0	
37 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。			2	1	
6 安全管理	利用者の安全確保	38 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	
		39 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。	6	0	
		40 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	4	0	
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係	40	4	0	
計				141	3

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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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)に明文化されている。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設の母体法人である上尾中央医科グループ(以下AMGという)・医療法人社団愛友会の理念「愛し愛される病院・施設」というAMG理念のもと、施設理念は「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」であり、4つからなる基本方針と一緒に文書に明文化されている。</p>	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念・基本方針は施設正面玄関および事業所内各箇所に掲示されている。週に一度の全体朝礼で唱和し、また全職員の名札の中に入れて常時携帯している。新入職員には新人研修で教え、現任の職員は理念や方針に基づく目標を設定し、達成度などの評価を行っている。</p>	
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解しやすい資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念や基本方針を館内に掲示、契約時の資料やパンフレット・ホームページに掲載している。日常的には利用者、家族との面会時にお伝えするようにしている。年に3回開催される公開講座でも利用者、家族、地域の人たちにその周知を図っている。</p>	
4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■ 事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 ■ 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。
<p>(評価コメント)</p> <p>毎年、法人としての目標や計画がポスターによって配布され、その実現のためにその施設でさらに具体的、現実的な数値目標を設定し、取り組んでいる。計画や数値目標の書かれたポスターは館内数カ所に掲示され、閲覧可能である。</p>	
5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人、施設ともに、重要課題は明確化されている。年毎に法人の重点目標、職員目標、AMGマネジメント目標が設定され、それに基づき施設の重要課題や詳細な取り組み内容が設定される。重要課題の書かれたポスターは館内数カ所に掲示され、公表されている。</p>	
6 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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 方針や計画、課題の決定過程が、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。
<p>(評価コメント)</p> <p>年次目標を設定するときは、各部署からのボトムアップ方式で検討され、施設-本社とのすり合わせで真剣に立案・決定されるので、目標と実績が大きく乖離されることがない仕組みになっている。平成22年度は経営目標達成率101.7%であった。実績は本部で一元管理され、週ごとに達成状況が連絡されてくる。トップから中堅管理職、職員に至るまで、目標に関する意識は高い。本年は利用者サービスに影響させることなく、無駄を省くことでコスト削減で大きな効果を上げつつある。</p>	
7 理念の実現や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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>管理者の具体的方針に基づき、18の委員会が設置・運営されサービスの向上に向けての取り組みがなされている。職員は全員がどれかの委員会に属し、現場の目で問題解決とサービス改善につなげている。解決されない課題は毎月開催のチーフ会議にあげられ、さらに検討される仕組みとなっている。夫々責任を任される委員長は、質とコストへの意識がより高まり、又次期リーダーとして育成されていく。</p>	

8	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
<p>(評価コメント)</p> <p>現管理職三役は事業所の課題を根本的から見直し、個人のコスト意識の向上と勤務環境を、劇的に作り上げた。①コスト意識の向上では、例えば、仕組みを変えることでリネン用品等の無駄を排除することで多額な経費削減を行うことが出来たし、上期は24%の節電を達成し、経営予算目標を大きくクリアした。②勤務環境では、変形労働時間制度の導入などで、年間休日120日の取得、時間内労働の徹底、全職場で有給休暇取得率90%、他者有休取得時の相互支援体制の実現を達成している。これらはいずれもサービスの質を落とさずに実現できていることであり、驚異的と言える。</p>		
9	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>倫理規程、服務心得が各部署に掲示され、施設内勉強会の年間計画にも組み込まれている。また、日常的にも委員会にて虐待防止や身体拘束の廃止に取り組み、意識の統一を図っている。</p>		
10	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事方針は法人の基本方針として明文化されており、職務権限規定など、職員の役割と権限は明確である。人事考課制度が整備されており、年3回行われる。自己評価表に基づき、職員は→主任、主任は→係長、係長は→管理職と三階層に亘り面接が実施される。全職員の仕事の成果が評価され、フィードバックされる仕組みがある。また、法人の中では全職員が異動の対象であり、能力、経験、人間関係で検討され実施される。</p>		
11	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>有給休暇取得一覧表を作成公表し、職員が取りやすい環境を作っている。職場全体でその消化率は90%である。職場内で仕事の相互支援の仕組みができ、信頼感が醸成されていて、お互いに安心して休めるという。時間外労働は厳禁となっており、昨年度の残業時間は職場全体で10時間であった。年度の休日が120日あり、それに有給休暇が加わり、すべての職員が月11日以上以上の休日があることとなる。</p>		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。
<p>(評価コメント)</p> <p>厚生部や運動部を設置しておりアンケート等で職員の希望などを把握し、年間行事の企画、運営を行っている。法人としてカウンセラーを確保し、新任職員を中心に相談等の対応を行っている。育児休暇の取得者も多く、復帰後も勤務体制等で家庭と仕事の両立を支援している。また、保養所も完備しており、管理職からリフレッシュ休暇の取得を励行している。昨年は育児休暇で有休を取得した男性社員もいた。</p>		
13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人としての教育計画があり、段階的にキャリアアップできるよう構成されている。また、施設においてもプリセプターシップ(2.3年の先輩が1人選任され、1年間新人の面倒や指導を行う制度)を導入し、各自のレベルアップを支援している。平成21年度からはキャリアパス制度を導入し、職員の能力向上に役立てている。キャリアカードを作成、その中には数十の基本技術項目があり、3ヶ月、6ヶ月、年間ごとに自己評価と他者評価をするものである。これを全職員が実施し、自己研鑽につなげると共に人事評価の参考資料ともしている。</p>		

14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 ■ 常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 ■ 事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人として新任・現任の研修計画があり、施設においても年間の施設内勉強会を企画、開催すると共に外部研修への参加も積極的に行っている。また、キャリアパス制度を活用して、個人に必要な研修に参加できるよう配慮している。看護部長は自ら、接遇の教えの徹底を図り、毎日の繰り返しの中で実践している。</p>		
15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れ易い職場づくりをしている。 ■ 研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■ 職場の人間関係が良好な把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■ 評価が公平に出来るように工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人及び施設としても教育、研修計画が作成されており、職員のレベルアップを図っている。目標の実践や評価は反省会等で行われ、改善や新たな目標設定に繋げている。良好な人間関係や職場作りのため、個人面談や日常のコミュニケーションを大事に行っている。ヒヤリングした職員3名は「いつも、働きやすい職場である」と言っていた。一旦退社して、また再入社する職員、入社したいと行ってくる介護福祉士など等も含め、従業員満足度(ES)の高さとして、大きな強みであろう。</p>		
16	施設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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 憲法、社会福祉法、介護保険法等法の基本的な考え方を研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■ 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ある場合には、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。
<p>(評価コメント)</p> <p>入職時のオリエンテーションとして施設の役割などを説明している。虐待防止委員会を設置し、自らが提供する介護サービスに手荒な介護はないか、プライバシーを侵害する行為はないかなどを評価している。また、介護マニュアルにもプライバシーへの配慮を盛り込んでいる。</p>		
17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>個人情報保護方針を館内に掲示及びホームページや契約時の書類にも載せ、ご利用者やご家族に周知を図っている。また、施設内の勉強会にも組み込んでいる。</p>		
18	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>各フロア内では時間内に毎日フロアカンファレンス(30分程度)を実施し、利用者へのケアについて課題を常に検討し、「待たせない介護」を旨に解決すべき課題は即時解決に向けている。利用者、家族への回答はできるだけ幹部職員が丁寧に説明し、利用者等から納得を得ている。また施設内にご意見箱を設置し、利用者家族等からの意見はサービス向上委員会で取り上げ、解決策を回答書で公開し、利用者、家族、全職員に周知されている。</p>		
19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重要事項を記した文書に、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。 ■ 事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 ■ 介護相談員又はオンブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。 ■ 第三者委員が設置されている。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約時、苦情受付担当者を明記し説明している。苦情は詳細に記録し、改善方法を利用者、家族等に明確に説明して納得を得ている。また、流山市介護相談員の定期的な訪問による利用者の声の代弁を施設内のケアに生かしている。第三者委員については地域住民の協力を得ている。</p>		
20	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見直している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設内の職員でサービス向上委員会を月1回開催し、サービスの質や介護方法を検討している。週1回の全職員朝礼では幹部職員が接遇等について繰り返し指導している。また毎日のフロアカンファレンスではケアの質や各利用者への介護方法について検討され、記録されている。</p>		

21	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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を実施している。 ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設内職員で構成する看護介護基準会議があり、業務の基本、手順マニュアルが検討されている。介護の基本内容である入浴、排せつ、食事等について手順書が施設独自のマニュアルとなっており、必要に応じて看護介護基準会議で見直され、常に現場で活用されている。</p>		
22	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設利用に関する問い合わせや見学についてはパンフレットやホームページに明記されている。支援相談員は利用者、家族等のニーズに合わせてわかりやすい説明を心がけている。</p>		
23	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書や契約書はわかりやすい資料となっているが、支援相談員はさらに介護保険の利用について詳しく説明している。利用料金の計算方法はカレンダーでサービス提供日を示し、わかりやすい工夫をしている。</p>		
24	一人ひとりのニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者等及びその家族の意向、利用者等の心身状況、入所前の生活状況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。 ■当該サービス計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
<p>(評価コメント)</p> <p>入所時のアセスメントには入所前の利用者の状況、入所にあたっての利用者、家族の意向が明記されている。転倒アセスメントシートを使用し、利用者のリスクについてチェックすることで入所後の事故防止を図っている。入所時は暫定ケアプランとして計画し、1か月以内に各担当者からの詳細なアセスメントにより、利用者、家族の意向を踏まえたケアプランを作成している。</p>		
25	個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的の実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員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。
<p>(評価コメント)</p> <p>ケアプランについては原則、3か月で見直しをしている。ケア内容についてはフロアーカンファレンスや各利用者担当の職員の意見を参考にし更新されている。各利用者の日誌の中に介護支援専門員の支援経過記録が記入され、記録の一元化がすすめられている。急変時については随時見直しができるよう手順化されている。</p>		
26	利用者の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。	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の内容や個人の記録を支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。
<p>(評価コメント)</p> <p>作成されたサービス計画は確認用ファイルで全員が確認した後、日常業務用ファイルに入れることで情報の共有と記録への反映が図られている。さらに毎日のフロアーカンファレンスで各利用者の具体的なケアの内容について検討され、利用者に変化があった時にはその日のうちに課題を職員間で共有し解決につなげている。</p>		
27	利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の利用前生活習慣、慣習、趣味、生きがい、役割等についての意向を把握し支援している。 ■複数のクラブ活動、レクリエーション活動等を実施している。 ■利用者ごとに、その希望する自立支援計画に基づいて支援している。 ■外出又は外泊の支援を実施している。 ■毎日、起床時及び就寝時に着替えの支援を行うことが記載された文書等がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者は毎日のレクリエーションや週1回のクラブ活動を楽しんでいる。人気のクラブ活動はお菓子作り、生け花、カラオケなどであり多数参加しており、マグロの解体ショーは盛況を博している。外出は随時戸外の散歩に出かけており、2か月に1回程度の外食も実施しているが、利用者から「したいことの支援」を希望する声も多く、今後の検討事項としていただきたい。外泊者は月3名程度であるが、心配なく自宅で過ごせるようマニュアルをもとに相談やアドバイスで支援している。</p>		

28	身体的拘束等廃止のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する事業所の理念、方針を明文化している。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアル等がある。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する研修を実施している。 ■身体的拘束等を行う場合の同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族等の署名若しくは記名捺印がある。 ■身体的拘束等の理由及び実施経過の記録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>身体的拘束等の排除については身体的拘束廃止委員会を月1回開催し、常に排除に向けて職員意識改革に取り組んでいる。止むおえず身体的拘束せざるを得ない場合にはマニュアルに沿い利用者及び家族の同意をとり、拘束理由、実施経過を記録するよう準備されているが、現在は他の介護方法を検討し、身体的拘束を回避しており、そうした例はない。</p>		
29	栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている。 ■利用者の希望・要望を聞き個別対応している。 □食事の開始時間、メニュー、場所が選択できる。 ■利用者の栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)と計画があり、実施・確認・評価している。 ■嚥下能力が低下した利用者に対して、各部門の職員が連携して、経口での食事摂取が継続出来るよう支援している。
<p>(評価コメント)</p> <p>各利用者に栄養マネジメントを実施し、アセスメント、栄養ケア計画、評価が適切に実施されている。利用者の食事の希望の時間、場所、メニューなど選択できる文書はないが、バイキングや好みによりパンかごはんを選べるように実施されている。利用者アンケートからも食事に関しての要望が高く、いっそう満足いただけるよう検討いただきたい。</p>		
30	入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が希望する入浴方法(個浴、一般浴、特殊浴、リフト浴等)を把握し、出来るだけ自立性の高い入浴形態を導入している。 ■利用者の状態に応じた安全な入浴方法等についての記載があるマニュアル等がある。 ■入浴介助時の利用者のプライバシーの保護について配慮している。 ■入浴が楽しめる工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の状態に合わせ、週2回の頻度で一般浴、特殊浴(臥床式、座位式)で入浴支援している。また季節にあわせた入浴剤で楽しめるよう工夫している。</p>		
31	排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の意向や状態に応じて排泄計画・目標を個別に立て、自然な排泄を促す支援をしている。 ■排泄チェック表等の記録があり、計画・目標の見直しをしている。 ■マニュアルを整備し、排泄介助方法や利用者のプライバシーを配慮している。 ■トイレ(ポータブルを含む)は衛生面や臭気に配慮し、清潔にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の時間に合わせたケアではなく利用者第一主義の理念の下、利用者の排泄アセスメントから利用者毎の排泄リズムを把握し、対応している。これにより利用者の適切な自立に向けた個別ケアが実施され、利用者からの満足を得ている。また紙おむつ使用量が減少し、事業所のコスト減となっている。トイレ、ポータブルトイレは清潔に保たれている。</p>		
32	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、褥そう予防、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア等のマニュアルを整備している。 ■服薬管理体制を強化し適切に行われている。 ■利用者ごとの体位変換の実施記録がある。 ■利用者の状態に応じた口腔ケアを実施している。 ■利用者の体調変化を発見した際の対応方法が明示され、看護師や医療機関と速やかに連携が取れる体制がある。 ■重度化や終末期に対応するための準備が行われている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の健康維持のためのマニュアルは整備され、服薬管理は薬剤師、看護師が連携して実施している。利用者の体調変化の際には医師の指示により、速やかに協力医療機関へ搬送できる体制がある。看取り加算はとっていないが、看取り、重度化に対してはできる限り対応し、緊急時に必要な医療が受けられるよう医療機関と連携している。</p>		
33	利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者ごとの機能訓練計画と目標がある。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことのできる視点を入れている。 ■利用者ごとの機能訓練の実施記録があり、計画の評価・見直しをしている。 ■機能訓練指導員と多職種の連携が取れている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者毎の機能訓練計画は3か月ごとに作成され、目標に沿って利用者毎の身体状況に合わせた適切な頻度で機能訓練が実施されている。他職種会議では機能訓練指導員と看護師、介護士間で意見交換がされており、利用者毎の生活の視点で検討されている。各利用者の機能訓練の実施状況は毎回記録され、計画の評価、見直しがされている。</p>		
34	利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族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。 ■利用者の家族の参加できる懇談会、家族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。 ■利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。 □(利用者の家族が宿泊できる設備がある)
<p>(評価コメント)</p> <p>家族懇談会は年3回実施され、介護方法や利用者への自立に向けての公開講座も開催されている。年間行事は秋祭り、クリスマス、納涼祭、散歩ツアー、喫茶室などがあり、大勢の家族の参加を得ている。利用者の家族が宿泊できる設備は用意されていない。</p>		

35	認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 認知症の利用者等への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等を整備している。 ■ 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。 ■ 人権を尊重し「その人らしく」生活できるようにアセスメントや個別サービス計画に工夫が見られる。
<p>(評価コメント)</p> <p>認知症の利用者への対応マニュアルを整備し、職員の外部研修を推進している。外部研修を受講した職員は時間内に研修講師として得た知識を他の職員に伝達している。ケアの実際では認知症利用者の生活リズムに合わせて支援し、タオルをたたむなど利用者ができることを共に行うことを大切にしている。</p>		
36	退所後の在宅療養介護の支援をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 退所相談及び退所判定は、医師、看護師、支援相談員等関係する多職種によって行われている。 ■ 在宅療養している要介護者の困難時に、相談又は対応する仕組みがある。
<p>(評価コメント)</p> <p>退所相談及び退所判定は退所継続委員会により週1回全職種によって行われている。利用者の在宅復帰を目指す目的をもつ施設だけに退所後の通所リハビリテーション、ショートステイ、訪問リハビリテーションなど利用者がなじみの職員や環境の中で引き続きサービスを利用でき、緊急時には相談できることが利用者、家族に退所後の生活への安心感を与えている。</p>		
37	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>感染症及び食中毒に関するマニュアルは整備され、発生好発時期に先駆けて研修を実施している。当施設でのヒヤリ・ハット事例は全く見られないが、他所での発生事例を参考に発生の予防と蔓延を防止する研修の実施をお願いしたい。</p>		
38	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設内に安全管理委員会を設置し、毎月のアクシデントレポートの分析を行い、原因と改善方法の究明に努めている。検討された結果は再発防止の貴重な資料として全職員に周知されている。</p>		
39	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。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■ 非常災害時のための備蓄がある。 ■ 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。
<p>(評価コメント)</p> <p>非常災害時の対応手順、役割分担、関係機関一覧表等の体制は整備されている。防災訓練、火災訓練は消防署立会いで実施されており、地域の避難訓練に職員が参加している。当施設は流山市と防災協定を結んでおり、災害時には避難場所として指定されている。本年、3月の地震災害の停電時に職員は利用者の食事を階段リレーで運搬し、また入浴も通常通り実施できた。災害時に一度も提供時間が遅れることなく粛々と利用者への生活支援が実施できたことは日常的に全職員が安全確保に取り組んでいる証明といえる。</p>		
40	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域との交流行事、定期的な散歩・外出等が計画され、利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 ■ ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 ■ 実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示し、体制を整備している。 ■ 地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。
<p>(評価コメント)</p> <p>随時の散歩、外出、ボランティアの受け入れ等実施されている。実習生の受け入れ、幼稚園児との交流など積極的に行われており、特に特別支援学校の生徒の実習さらに就労を受け入れ、県知事からフレンドリーオフィスとして表彰されたことは特筆できる。</p>		