

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	NPO法人ACOBA
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31日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	医療法人 社団愛友会 介護老人保健施設 ハートケア流山 イリョウホウジンシャダンアイユウカイカイゴロウジンソホケンシセツハートケアナガレヤマ		
所在地	〒270-0118 千葉県流山市小屋146-1		
交通手段	東武アーバンパークライン江戸川台駅 バス7分		
電 話	04-7178-2200	FAX	04-7178-2300
ホームページ	www.hc-nagareyama2200.jp/		
経営法人	医療法人社団愛友会		
開設年月日	平成12年9月20日		
介護保険事業所番号		許可年月日	
併設しているサービス	短期入所療養介護 (SS)、通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション、訪問介護 居宅支援		

(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け入れにも対応しています。				
定員数	132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	2室	0室	29室	
設備等	鉄筋コンクリート 4階建て				
協力提携病院	千葉愛友会記念病院				
敷地面積	6527㎡		建物面積(延床面積)	4586㎡	
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しています。				
食 事	朝食： 8時00分				
	昼食：12時00分				
	夕食：18時00分				
	食事代：1日1,600円				
	備考：午前、午後にお茶の時間があります。				
嗜好品等	バイキング、行事弁当、いも煮会などがございます。				

入浴回数・時間	週2回 10時～16時
入浴施設・体制	一般浴大浴槽 2 個浴 4 機械浴 1 チェア浴1 看護介護職員のもと、ご利用者様の機能に合わせ、安全・快適な入浴を提供しています。
機能訓練	リハビリ専門職による個別リハのほか、生活リハも充実しています。
家族の宿泊	看取り介護時は対応しています。
地域との交流	演芸、クラブ活動、傾聴ボランティア、幼稚園児訪問等があります。
家族会等	家族懇談会、家族介護教室を開催しております。

(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
	102人	19人	121人	
職種別従業者数	医師	生活相談員	介護職員	
	1.6人	4人	53.3人	
	看護職員	管理栄養士	栄養士	
	14.9人	2人	0人	
	P T, O T, S T	介護支援専門員	調理師	
	16人	2.8人	0人	調理は委託業者
	事務員	その他従業者		
	7人	7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
	40.5人		11.9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
	8人	7人	1人	0人

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	申し込み用紙に記入して郵送 電話、窓口可		
申請窓口開設時間	月～土 8:30～17:30		
申請時注意事項	入所：介護保険認定された方 短期入所療養介護：要支援・要介護認定された方		
入所相談	支援相談室		
苦情対応	窓口設置	支援相談室・事務長	
	第三者委員の設置	なし	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

<p>サービス方針</p>	<p>要介護になっても利用する方が住み慣れた地域で、また在宅で主体的に生活が出来るよう支援いたします。生活リズムの確立、日常生活の自立度の向上、家族の支援をいたします。生活上で生かされる機能・活動であるよう、利用する方に関わる事業所と連携を密にする方針です。</p>
<p>特 徴</p>	<p>「住み慣れた地域で暮らす」を支援する施設として、入所（リハビリステイ）、ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問介護、居宅介護支援を持ち、包括的にサービスを提供しています。リハビリテーションスタッフ、介護看護スタッフとも自立支援ケアを推進し、在宅生活に適應する身体づくりを実践しています。</p>
<p>利用（希望）者へのPR</p>	<p>いつまでも住み慣れた地域で安心・安全な暮らしを続ける支援を致します。ハートケア流山のサービスを利用種ながら少しでも永く在宅生活を続けていきましょう。在宅生活の中での運動量の不足による日常生活の機能低下時に、日常生活能力機能の向上のために身体作りを行います。「在宅、ときどき老健」お気軽にご利用下さい。「いつまでも輝き続ける自分」「やりたいこと」「したいことがある生活」体と心を動かして元気な自分を保ち続けませんか。目標・目的の達成に私どもは支援いたします。</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. 総合的に確立された経営体制

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。施設には短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問介護、居宅支援などのサービスを併設しており、全職員が一同になり、いつまでも住み慣れた地域で、安心・安全な暮らしを続けられるよう支援を行っている。流山市にはグループのもう一つの介護老人保健施設を有しており、連携して「地域の人々に信頼される施設」を目指している。

2. 在宅強化型老健の認定取得と第三者評価への真摯な取り組み

本施設は平成26年12月に在宅強化型老健の認定を受けた。在宅復帰が強く求められる現在にあって、この要件を満たす施設は未だわずかであるが、「在宅復帰機能強化型施設として生き残る」を中長期計画の大命題として取り組み、今回、第三者の目で運営サービスを評価することから、福祉サービス第三者評価を受審した。受審に当たっては、事務長を中心として、部長、主任、リーダー、現場担当者の役割ごとにグループが結成され、正確な現場把握と精度の高い資料作りがなされた。資料は表向きの良いものばかりでなく、ありのままの資料が提供され、第三者評価にふさわしい真摯な対応と言えよう。前回の評価に比較し一段とサービス内容が高まっているが、受審結果を踏まえてより高いレベルでのサービス提供と事業所運営が期待したい。

3. 早期在宅復帰に向けて職員一丸となった取り組みと「在宅ときどき老健」の実践

本施設は病状が比較的安定していて、在宅での日常生活に支障がある方に、医師管理のもと、リハビリテーションや看護師・介護サービスを提供し、在宅復帰を目指している。個別リハビリ実施計画書は日常生活の自立度を高める視点で計画的に実施され、3ヶ月を目安に日常生活動作や状態変化を評価し、利用者・家族と共に見直し決定している。ポータブルトイレ介助は介護者に負担がかかる為、利用者にはトイレで排泄ができるよう支援に努める等、利用者・家族が安全・安心して生活を送れるよう、早期在宅復帰に向けて、全職員は一丸となって取り組み、真心を込めた対応を実践すると同時に、明るく家庭的な雰囲気と、心の安らぎをもてる環境づくりに努めている。在宅復帰後は居宅支援専門員と連携を取りながら、老健入所・ショートステイ・訪問リハビリ・通所リハビリ・訪問介護等、多彩なサービスを組み合わせ、利用者の体調と家族の負担を和らげ、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援に努め、「在宅ときどき老健」を実践している。

4. 良好な職場環境と職員の高い定着性

5項目からなる人事方針があり、その方針に基づき運営がおこなわれている。トップダウン・ボトムアップ、先輩・後輩の関係が高いレベルで機能し、出勤における緊急時への対応と支え合いなど職場内のコミュニケーションが深まっている。就業規則、人事規程各種が揃っており、年3回の人事考課表の策定、個人目標の設定と面談、職員へのフィードバックなど、評価の客観性や透明性は確保されている。職場挙げての有給休暇の消化促進や職員が楽しむことのできる多くの行事、健康相談など厚い福利厚生制度がある。職員の定着率は高く、26年度の新卒採用者の離職者はいない。

さらに取り組みが望まれるところ

1. 利用者満足度調査を踏まえた課題の点検

生活の面で必要な介助、病気や怪我の時の対応、職員の接し方などのサービス内容、施設やサービス計画の説明やトラブル対応、利用者の意思の尊重などの各アンケート項目において高い評価を得ており、個別意見でも多くの感謝の言葉がある。食事についても年2回、嗜好度調査の実施により、個々の希望を聞き取り、状態に応じた対応を心がけ、献立を各フロアーに掲示する等工夫されているが、今回のアンケートでは同じ食事を提供している通所リハに比べると、多少低い傾向を窺う事ができる。当施設の利用者は高年齢で介護度が重度な方が多いためではないかと推測されるので、サービス毎に献立や味付けを工夫するなどをお勧めしたい。又、入浴、トイレなどはとても関心の深いテーマなので、設備、プライバシー、清潔感などの面に新しい工夫を検討され、さらに細やかなサービスに繋がることを期待したい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

アンケート結果を真摯に受け止め、食事、設備、プライバシー、清潔感など改善していきます。施設の取り組みが、利用者・ご家族様に伝わる様、職員の連携を高め、ご家族様とのコミュニケーションを深めていくことが課題だと感じました。また、地域の皆様にも安心してご利用いただけるよう働きかけが介護保険施設として必要な事だと思いますので積極的に活動して行きたいと思えます。

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。	3	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
	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	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
			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
	4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
			10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行き、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	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
			12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3	0
		職員の質の向上への体制整備	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 利用者満足の上 利用者意見の表明	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。	5	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	1
			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・見直しを定期的実施している。	3	0
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	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
			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。	5	0
			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。	4	0
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			
6 安全管理	利用者の安全確保	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。	3	0	
		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	
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係	40 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	4	0	
計				148	1

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>法人の定める「地域の人々に信頼され選ばれる施設を目指します」とする理念と、5項目からなる運営方針が定まっている。この方針に従い、本施設では地域の介護・看護を必要とされている方に、安心して、質の良いケアが受けられる環境を提供している。高齢者の方が早期在宅復帰に向け、専門スタッフが真心を込めてお世話し、同時に明るく家庭的な雰囲気と心の安らぎを持てる環境づくりに努めている。</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>理念と基本方針は施設内に掲示、パンフレット、ホームページに記載している。職員には、新人研修・週1回の全体朝礼での唱和・各種会議・運営委員会での確認などで共有化を図っている。全員の名札の裏面に理念・運営方針の記載があり、常時携帯し業務を行っている。</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>理念と基本方針は施設内に掲示、パンフレット、ホームページに記載している。利用者の入所前相談時や見学時に説明をしている。又、広報誌、ハートケアタイムズ、ももいろ新聞には日頃の活動実践を掲載している。</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>本施設は「在宅復帰機能強化型施設として生き残る」を中長期計画の大命題として取り組んでいる。中長期計画は5役を中核として毎年3月に作成し、その計画を反映した年度計画と予算を立案し、事業運営を行っている。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は、事務室に掲示している。</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>「在宅復帰機能強化型施設として生き残る」の中長期計画に基づき、この重要課題をより具体的にどのように取り組むか、運営会議、戦略会議で検討を重ねた。5月に行われた平成27年度施設内キックオフでは、1.利用者中心の介護の推進、2.地域と密着した介護の実践、3.健全経営の継続、4.人財の育成、5.継続的質改善の取組の5つの重要課題が明確に位置づけられた。</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。 ■ 年度終了時ほもとより、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>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。本施設ではその仕組みとして「運営委員会」「戦略会議」が設けられている。運営会議は、毎月5役と主任・副主任13人で開催している。戦略会議は、月2回5役・所属長が出席し、開催している。関係職員をこれらの会議に出席させたり、計画が策定されたら全体朝礼などで、職員に周知を図るようにしている。運営及び次年度への意見はその都度、職員から募っている。</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>管理者は、運営委員会、戦略会議など各種会議を計画的に計画・主催し、会では積極的に提言し、リーダーシップを発揮している。苦情相談、ご意見、利用者満足度調査、職員意識調査等勘案し進めている。施設内会議だけでなく、個人面談の機会や外部との接触の機会を通じ、社会環境、地域環境など様々な課題を把握し、施設運営に役立てている。</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>法人運営に当たっては各施設で年度目標と計画を立案し、それを法人本部で認可をうけ、そのもので施設運営がなされる。目標は、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・財務の視点からなり、アクションプラン、具体策、月次ごとの実績、4半期ごとの評価・年度評価・次年度課題からなっている。管理者は、それぞれの分野で実績分析と課題を整理し、運営にあっている。人員管理月報、従業員人員調査、職員配置表は特に注視し、職員食堂兼会議室の建設、運営会議、戦略会議には積極的にかかわり、指導力を発揮するようにしている。</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>各フロアにマニュアルが整備されており、いつでも目にする事が出来る。また、倫理規定(倫理綱領)があり全職員へ配布している。全職員を対象とした施設内研修会を年2回開催。委員会メンバーは、千葉県社会福祉協議会主催の権利擁護研修に参加し伝達講習を行い情報共有して質向上に努めている。個人の尊厳を図る為には、委員会より不適切ケアチェック表を発信し毎日の振り返りに利用している。また、全職員に対して不適切ケアの意識調査を行い、分析・評価を行い現状把握、今後の対策に役立てている。</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>5項目からなる人事方針を策定している。その方針に基づき、運営をおこなっているが、トップダウン・ボトムアップ、先輩・後輩の関係が高いレベルで機能し、出勤における緊急時への対応と支え合いなど職場内のコミュニケーションが深まっている。平成26年度の離職率は10%以内であり、新卒者の退職者はいない。就業規則、人事規程各種が揃っており、年2回の人事考課表の策定、個人目標の設定と面談、職員へのフィードバックなど、評価の客観性や透明性は確保されている。職員アンケートの中で、各項目評価の「③どちらでもない」との回答がやや多いのが気にかかる。</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、人材や人人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・時間外は総務課主任がチェックしている。有給残日数は毎月の個別勤務表に記入にて、本人、所属長、部長・事務長が随時確認できる。時間外も勤務累計表、残業表でチェックできる。30時間以上のものは、本部への書類提出の義務付けがあるも、本施設では該当はない。又、部長・事務長面談があり、4月、7月、12月の個人面談時に状況把握につとめている。必要に応じて随時面談を行っている。所属長面談もある。全職員に対して、職員意識調査アンケートを行って結果をフィードバックしている。</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>福利厚生委員会がある。くたかけ会(職員の会)があり、職員の希望を聞き、行事を開催している。誕生日には図書カードを送っている。バレーボールクラブがあり、週1回隣接の流山北高校の体育館で活動している。上尾中央医科グループとして、軽井沢、那須、山中湖に保養所がある。運動会、バレーボール大会もあり、職員の懇親に寄与している。Vプレミアリーグの上尾メディックスがあり、応援は施設負担で行くことができる。健康管理においては、産業医である非常勤医師がおり、相談することができる。上尾中央医科グループとしてカウンセラーがおり、相談を受け付けてくれる。新卒職員には定期的に訪問面談がある。勤務においては、現在、育児休暇取得者3名(3名とも2子め)、時短(3名)育休中、スマートリターンセミナーがあり、職員の不安解消に努めている。労働衛生委員会で有給休暇の取得を推進している。</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>介護看護部では、キャリアラダーシステムがある。レベル別研修の年間計画を立て、介護職全員(パートを含む)を対象に施設内研修を実施している。レベル別チェックリストと接遇チェックリストをもとに自己評価、上職位者評価し主任との面談を設け、個人目標を立てている。又、新入職者、中途入職者には教育計画があり、技術チェックリストを使用し評価している。リハビリ部では、新人教育計画・プリセプター制度がある。法人全体でAMG研修、資格取得支援規程、外部研修実施計画書・報告書の制度がある。</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>常勤・非常勤のすべての新任・現任の職員を対象として、研修計画の立案と実施を行っている。教育學術委員会が年間の研修計画を立案している。立案した研修計画を元に毎月研修を実施している。研修計画の評価・見直し、教育學術委員会を毎月第二水曜日に開催し、研修計画の評価・見直しを実施している。</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か把握し、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>実践面での確認は、運営委員会、戦略会議で行っており、結果は全体朝礼でも発信している。所属長、部長・事務長の個人面談にて意見を聴取し、その後検討している。更に、各委員会や学術部、介護看護部教育部が中心となり、施設全体や個別研修参加に力を入れ資格取得向上、次世代育成につとめている。また、評価が公平にできるように、所属長・部長・事務長で中間・最終評価を行っている。介護看護部では法人本部のキャリアラダーシステムが統一され評価している。法人全体として管理者研修を設け職員が働きやすい職場に努めている。リハビリ部では法人リハビリ部長面接があり、事務職は事務認定試験がある。</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>憲法、社会福祉法、介護保険法等、法の基本的な考え方をキックオフ・各委員会で施設内勉強会を実施している。日常の支援では利用者のニーズを受け止められるように、個々の要望を聞きながら支援している。不適切チェック表があり、不適切な対応したり、もしくは目撃した場合は不適切ケア報告書で報告し、倫理委員会が再発防止策と検討を行い対応している。虐待防止マニュアルが整備され、虐待被害に合った利用者がある場合は、速やかに部長、事務長に報告し行政に報告する体制が整っている。プライバシー保護に関する対応マニュアルが整備されており、それに基づき、特に排泄や入浴は利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている。</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>個人情報の保護に関する方針をホームページや施設概要パンフレット等に掲載し、事業所内に掲示している。個人情報の利用目的、情報開示は約款に明記されている。利用者に利用目的を説明し、施設サービス計画書等を職員研修会で開示している。実習生、ボランティア等に対しては事前に説明し同意を得ている。</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>本施設を利用する利用者・家族等へのサービス向上を目的として「利用者満足度調査」を年2回(8月と2月)実施しており、家族等へは請求書送付時に一緒に郵送し、意見や希望を聞き取り、その集計結果を翌月末までに行っている。把握した問題点の改善策を立て、迅速に実行している。また「ご意見箱」は事務所受付近辺に設置され、回収は毎週1回行い、事務長が内容精査の上、掲示板へ掲示している。家族等が面会に来た時は必要に応じ相談を受け、その記録がある。</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>本施設の要望及び苦情の相談窓口は事務長、他に市町村、県、地域包括支援センターの相談、苦情窓口にも苦情が伝えられることを約款に明記されており、入所時に説明している。苦情処理体制を受け付けの見やすい場所に掲示している。苦情、要望解決対応フローチャート、苦情対応マニュアルが整備されている。相談、苦情は苦情要望報告書に記録し、月1回の運営会議で問題点を話し合い改善に努め、利用者・家族等へ説明し、納得を得ている。流山市介護派遣相談員が毎月1回、2名来所し利用者の相談を受け、経過等を報告書に記録している。</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>「利用者満足度調査」等でサービス内容や介護方法に問題があれば、毎月の運営会議で、改善すべき課題を話し合い見直しを行い、施設全体で共有し、きめ細かな対応ができるよう努力している。また、その会議録がある。</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に実施している。 ■ 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>施設介護手順書があり、職員が変わった時などに活用している。介護手順の見直しは、毎月の介護チームリーダー会議と介護主任会議において必要に応じ、会議内で話し合い見直しを行っている。</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>問合せ及び見学への対応について、広報誌ハートケアタイムズ、ホームページ等に明記している。利用者の入所時、相談時、見学時に説明をしている。希望により1日入所、通所の体験ができることを伝えている。</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>入所の案内や入所時に当たり、利用者約款、サービス提供内容等を分かりやすく説明している。入所に当たっては毎日生活して行く上の必要物品、家族との面会時間等の決まりごと等について、フローア説明がある。利用者負担金等は相談員が説明し、利用者・家族等の同意を得ている。</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を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>施設入所前に自宅を訪問し、「入所前後生活支援計画書」等に利用者や家族の意向、利用者等の心身の状況、生活状況を把握し記録している。個々のアセスメントは「日常生活情報」、「看護情報」、「日常生活機能情報」を活用し、各職種における課題が明確になるよう記録されている。医師、看護師、介護士、リハビリ、薬剤師、栄養士、支援相談員、介護支援専門員が連携し、多角的な視点の意見をもとに、カンファレンスで話し合い介護計画に反映している。施設介護サービス計画書は、担当介護支援専門員が利用者・家族等に説明し同意を得ている。</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>新規利用者は暫定プランを作成し、サービスを開始している。約2週間後にサービス担当者会議実施後、多職種(医師・看護師・介護士・リハビリ・支援相談員・栄養士・介護支援専門員)より専門的な視点の意見をもとに、介護計画原案を作成している。その後は3か月毎、状態の変化を把握し見直し、検討、再作成を行っている。利用者の状態の変化があった場合は、随時介護計画を変更している。</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>多職種の記録、情報、が1つのカルテに綴じ込まれ、全職員が共有し活用でき、各フロアに保管されている。サービス計画に従って、各利用者の介護シートに排泄、水分量、入浴方法、食事状況、移動等の実践内容を具体的に展開されている。申し送りや引き継ぎは「リハビリ伝達シート」や「夜勤看護師への要観察者への申し送り事項」等、多職種間で連絡箋を使って伝達、報告している。利用者に変化があった場合は毎日の管理朝礼で報告し、情報を多職種間で共有している。</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>初回訪問時、入所アセスメント用紙に利用者の生活歴や好きな活動、趣味等の情報収集を行い、本人に合った生活形態、レクリエーション等が提供できるよう介護計画に反映している。週1回、ボランティアによる生け花やお習字等のクラブ活動とお花見や納涼祭等、年間行事のレクリエーション活動を実施しており、各フロアに日程表が掲示されている。在宅復帰を目指し外出・外泊を促し、家族等に「外出・外泊のアドバイス表」を渡し、支援に対する注意点の情報共有を行っている。導入時はスタッフが付き添う等の対応をしている。各利用者が毎日、清潔に安心して一日が過ごせるよう、起床時や就寝時の着替えは「イブニングケア手順」に添って支援を行っている。</p>		
28	身体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>利用者に身体拘束をしない取り組みは約款に明記しており、身体拘束廃止マニュアルが整備されている。全職員は身体拘束をしないための工夫、例えばベッド脇に床マットを敷きベットからの転落でも骨折や怪我をしない環境を整える等を心がけている。本年度は「言葉による拘束について」施設内勉強会を実施し、欠席の職員は勤務時間内にDVDで学べる体制がある。「切迫性」「非代替性」「一時性」を満たしている場合は委員会で話し合い、医師より本人または家族に緊急時やむを得ない身体拘束等が必要な説明を行い、同意のもと署名を得ている。「身体拘束実施検討記録」用紙に、その理由及び実施経過を記録している。</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>治療食が必要な利用者に対して、療養食の提供や介助を行っている。入所時やミールランドで食事を観察し利用者の状態に応じて多職種で話し合い対応している。年2回、利用者の嗜好度調査を実施し、個々の希望・要望を聞き取り、食事箋に記録している。主食をパンにしたり、おかずの味付け、主食の硬さ等、できる範囲で個別対応している。食事は朝・昼・夕決められた時間に食堂で摂ることを基本としているが、希望があれば選択できる。献立は業者に委託しているが、常に栄養士が関わり一週間毎に打ち合わせを行い、栄養バランスの良い食事が提供され、楽しいバイキング等の企画もある。利用者の栄養状態に関して栄養ケアマネジメントが実施され、多職種の情報収集のもと栄養計画を作成し、実施・評価・見直しを行っている。利用者の栄養状態や食事状況などに問題のある利用者を対象に、栄養カンファレンスを行い、口から食べることを基本に対応している。ただ、利用者アンケートにて食事の評価がやや低い点がかかる。</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>入浴方法は多職種によるケアカンファレンス等で協議のもと、各利用者の日常生活動作に応じて、安全に配慮しながら入浴形態を検討している。入浴種類は個浴、一般浴、機械浴、シャワー浴があり、入浴時は同性介助の確認を取っている。入浴介助マニュアルの中に入浴介助手順があり、分かりやすく記載されている。脱衣後から浴槽に入るまではバスタオルで覆い、羞恥心に配慮した言葉かけをしながら入浴介助を行っている。1階の一般浴は窓が大きく、中庭の緑が見えるようになっている。</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>介護シートの個別排泄チェック表を使用し分析して介護計画に反映し、時間排泄に取り組んでおり、定期的に評価を行い見直ししている。ポータブルトイレ介助は介護者に負担がかかる為、在宅復帰を目指している利用者は、できる限りトイレでの排泄支援に努めている。排泄介助マニュアルがあり、トイレ介助・オムツ交換等の手順が記録され整備されている。マニュアル、プライバシーに関する資料を基に職員へ、指導を行っている。トイレ等は衛生面や臭気に配慮し清潔にしている。</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、褥瘡予防、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>急変時対応、服薬管理、褥瘡予防、摂食嚥下障害、口腔ケア等のマニュアルが整備されている。利用者へ安全な投薬を行うため、マニュアルに沿って適切な支援を行っている。体位交換対象者の書式の整備を行っている。口腔衛生管理アセスメント表に利用者の状態が分かりやすく記録され、個々に応じた口腔ケアを実施している。利用者の体調変化が生じた場合は健康管理基準に沿って、医師の指示のもと迅速に対応している。終末期の対応マニュアルを整備しており、本人の意思と権利を尊重した支援することに努め、昨年秋から3名の方を本施設で看取っている。</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>個別のリハビリ実施計画書があり、自宅復帰希望等の目標が設定されている。日常生活の自立度を高める視点を持ち計画的に実施している。利用者毎の機能訓練の実施記録はフロアカルテに日々の実施内容を記載している。3ヶ月を目安として日常生活動作や状態変化等の評価を行い、利用者・家族と見直し決定している。リハビリ実施計画書は多職種の合意のもと作成され、利用者・家族へ説明をしている。リハビリ指導員と多職種は初回アセスメント、レベル変化時の連絡等やカンファレンスにおいて情報の共有・目標の統一を図り、計画に沿った支援ができるよう連携を密にしている。</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>利用者の多くは市内在住で家族等の面会の頻度が高く、来訪の際に利用者の生活の様子やリハビリ状況を伝えている。広報誌ハートケアタイムズを季節毎に発行し、ハートケア火山スタッフブログでは写真や季節行事等を知らせている。3カ月に一回、リハビリ実施計画書を送付し、また施設介護サービス計画の説明を行い、状態変化があれば随時連絡している。フロア毎、喫茶開催に合わせて懇談会の実施や家族介護教室がある。恒例行事、「納涼祭のおしらせ」で家族の参加を募っている。看取りの際、居室にベットを入れ家族が宿泊して、介護ができるように対応している。</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。
(評価コメント) 認知症ケアマニュアル等を整備されている。「認知症の理解について」施設内勉強会を実施し、欠席者は後日、DVDで学んでいる。新人職員は全員、県の研修を受講している。その人らしい生活が送れるよう、アセスメントを通して症状別、個別に沿って介護計画を作成している。		
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。
(評価コメント) 退所相談及び退所判定は定期ケアカンファレンスで多職種により、施設継続か在宅復帰かを検討している。在宅復帰時は事前に合同カンファレンスを設け、多職種と本人・家族を交え、在宅に向けての課題やサービス調整等の話し合いを行っている。在宅復帰後は担当リハビリ指導員と介護支援専門員が自宅訪問し、指導を行っている。また家族、居宅支援専門員と連携を図り、在宅時の課題を共有し、利用者・家族が安心して在宅生活が送れるよう対応している。		
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。
(評価コメント) 感染症および食中毒の発生予防および、まん延の防止に関するマニュアルが整備されている。マニュアルは本施設の状態に合わせ、物品、設備の基、構成を作成し、適宜変更修正している。また、H26年度の食中毒(ノロウイルスの1次、2次感染)の対応、経過により、感染の対応BOXを各フロアと通所の4ヶ所に設置したことで、症状出現、発生疑い者の早期対応改善に繋がった。感染症、食中毒の発生の予防、まん延の防止に関する研修を実施し、参加できなかった職員は各部署の感染委員会が対応することで、全職員が周知している。本施設における管轄は松戸保健所であり必要に応じ連絡、対応、再発の防止の取り組みを行っている。		
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。
(評価コメント) 「事故対応マニュアル」に事故分類別の発生要因、予防策、対策案等が詳細に記載されており、各フロアに保管している。事故事例やヒヤリ・ハット事例は法人本部に報告し、「事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の整備」は法人本部で取りまとめ統一されている。事故報告書等は安全確保に関する改善策の検討する資料として、再発防止に向けた取り組みを協議、検討、実践しており、職員間の情報共有ツールとして活用している。職員に対しては安全対策として、年2回施設内の勉強会を開催、実施している。		
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。
(評価コメント) 非常時災害時の対応手順、役割分担、通報する関係機関の一覧表、備蓄品の保管場所と賞味期限等が定められたマニュアルが整備され、各フロアに保管され、定期的に更新している。「災害対策について」施設内勉強会を開催、実施している。他に、救命講習を消防署の協力を得て実施している。防災訓練は年2回、夜間想定で昼間実施、および連絡訓練を行っている。非常用保存食の「アルファ米」炊き出しを本施設内で行っている。流山市と防災協定を結び、本施設は市の避難施設となっている。緊急連絡先情報の利用者一覧表等を整備している。		
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、利用者が地域の一人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。
(評価コメント) 流山市民祭りにブースを出し参加している。年始には初詣に近くの神社へ参拝している。誕生日月に利用者の希望があれば外出や外食等に行っている。在宅復帰支援として、買い物(移動の安全、手順、動作確認)の支援をしている。「ボランティアしおりに受け入れ体制等が明記され整備されている。介護教育担当の職員が実習生等の流れを管理し、「実習指導計画表」、「介護実習マニュアル」等のマニュアルを整備し、実習生の他に、中高生の職場体験、幼稚園児慰問を受け入れる体制を整備している。シルバー事業所連絡会、流山市介護と医療をつぐむ会に参加している。他に、流山北高校開かれた学校の会、流山市医療介護連携の会、流山市地域包括ケア推進協議会、流山市虐待防止ネットワークの委員をしている。地域包括ケア会議に参加している。流山市のイベントを掲示している。		