

# アドバイス・レポート

平成27年3月30日

## ※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成26年11月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（グリーンビラ夜久野）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

### 記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画等の策定 中長期計画を策定し、「中長期計画推進会議」で進捗状況を確認しています。また、部署ごとに年度の活動方針を定め、年度初めの職員全体会で「グリーンビラ夜久野事業方針」の説明を行っています。達成状況の確認、見直しも部署ごとに行い、課題やアンケート結果を基に次年度の計画を作成する仕組みがあります。</p> <p>○業務マニュアルの作成 業務マニュアル等の各種マニュアルを作成し、年1回担当部署ごとにマニュアルの見直しを行い、さらに全部署で改訂内容を確認しています。また、改訂の部分については、わかりやすく明記しています。</p> <p>○人権、プライバシー等の配慮 身体拘束防止委員会で立てた年度方針を基に毎月のテーマを決めています。全職員がテーマに沿った行動がとれたかを毎日チェックしており、その結果を集計し、職員に公表しています。毎日のチェック表に職員が気づいた事を記入し、検討しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○地域への貢献 毎年、「グリーンビラ夜久野展」の催しを行い、地域住民の方も参加しています。福祉用具の展示や相談コーナーを設けていますが、積極的な技術講習会等は行っていません。</p> <p>○災害時の対応 自治役員、消防団員、職員が参加して危機管理セミナーを開催して、災害時の対応を徹底していますが、平成26年度は災害発生時の訓練を実施していません。</p> <p>○職員から信頼を得ていることの把握 職員面談を年1回もしくは必要に応じて行っており、今年度は職員アンケートを行い「相談できる人は」という項目で問いかけをしていますが、管理者は職員からの信頼を得ているかの評価、見直しをするに至っていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>グリーンビラ夜久野は、開設してから今年で20周年を迎えました。夜久野地区の福祉ゾーンとして地域住民とのつながりを意識した運営を法人全体で行っています。夜久野学園の生徒や地域住民の作品、利用者の作品を展示する等の催し「グリーンビラ夜久野展」を毎年開催しており、地域住民も参加しています。また、地域の催し等へも施設利用者が参加するなど、地域との交流も図っています。これからも地域とのつながりを大切に施設運営を継続していただけることを期待します。</p> <p>○毎年、グリーンビラ夜久野で地域住民に開放した作品展などの催しを開催しています。特に今年は20周年ということで、夜久野地域全世帯に広報誌を配る等、積極的に地域住民への参加を呼びかけました。今後さらに、福祉施設としての専門性をいかして、催し等の機会に、福祉用具の展示だけでなく、利用体験や介護方法の講習会等を検討してはいかがでしょうか。</p> <p>○施設や地域の状況は少しずつでも変わっていきます。ですので、災害時の訓練は定期的の実施し、手順などの確認をすることが望ましいと考えます。</p> <p>○職員面談も年1回以上行い、各種会議にも参加し、管理者は職員と積極的に関わりを持っています。今年度は、職員アンケートを実施しましたが、管理者が職員から信頼を得ているかを把握するまでに至っていません。今後、質問内容を少し具体的にして、施設やサービス、管理者自らの評価として活用してはいかがでしょうか。</p>
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

事業所番号	2671900054
事業所名	グリーンビラ夜久野
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成26年12月4日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	理念の周知と実践	1		組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
	組織体制	2		経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
	(評価機関コメント)			1. 年度末の職員全体会で「グリーンビラ夜久野事業方針」を職員に配布して説明しています。又、家族懇談会で運営方針を伝え、広報誌「すずかけの木」にも法人理念を掲載して周知しています。 2. 運営規程に職務内容を明記しています。毎月、部署会議、スタッフ会議、介護職会議、医務会議で出た意見を特養合同会議で集約し、理事会、評議員会で伝えていきます。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A
	業務レベルにおける課題の設定	4		各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 中長期計画を策定し、部署ごとに評価を行い、次年度の部署目標、計画を作成して全体会議で報告しています。 4. 部署、委員会ごとに活動方針、目標の達成状況を6か月ごとに見直し、点検を行っています。また、中長期計画推進会議で「長期計画実施予定表」の進捗状況を確認しています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	法令遵守の取り組み	5		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。	A	A
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6		経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	B	B
	管理者等による状況把握	7		経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
	(評価機関コメント)			5. 休憩室、玄関ホールに法令、規程に関するファイルを置いています。また、施設研修会で、法令遵守の研修を行い、改定等がある時は特養合同会議で報告しています。 6. 全体会議において施設長の役割や責任を表明して、各会議には必ず施設長が参加しています。年1回職員面談を実施し、意見箱を置くなど職員の意見を聞くようにしています。今年度は職員アンケートを実施しましたが、責任者が信頼を得ているかの評価は不十分とのことでした。 7. 施設長は朝礼、各会議、委員会に出席して実施状況を把握しています。緊急連絡網により指示を仰ぐ体制を取っています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	B	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習生の受け入れ	10	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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 常勤、非常勤の比率を検討し、人員体制に応じて採用の基準としています。資格取得を希望する職員には勉強会を開催して支援体制を取っています。 9. 個人ごとの職員研修計画表を作成して、体系的に研修を受けていく仕組みになっています。毎月施設内研修を実施して、参加しやすいように同じ内容の研修を月2回実施しています。職員が講師となり資格取得のための勉強会を開催しています。 10. 「実習生受入の基本」マニュアルを整備し、実習生担当指導者会議で、研修受入の事前研修を行い、実習内容や実習方法について検討する体制を取っています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 有休休暇の取得率を出して、リフレッシュを目的として有給休暇2日連続取得するように勧めています。職員には腰痛予防のベルトを希望に応じて貸与しています。 12. 京都労働安定センターでカウンセリングが受けられる仕組みがあります。グリーンヴィラ夜久野互助会で日帰り旅行等の行事を行っています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		(評価機関コメント)		13. 毎月広報誌「すずかけの木」を発行して、関係機関、民生委員、銀行、に配布しています。平成26年度は20周年を記念して「グリーンヴィラ夜久野20年のあゆみ」の冊子を夜久野町全世帯に配布しています。施設内に「駐在所だより」や自治会だよりや地域の催しを掲示し、情報提供を行い、秋祭りや夜久野学園の体育祭、文化祭等の行事に職員と参加しています。 14. グリーンヴィラ夜久野展を毎年開催して、平成26年度は20周年記念式も同時に開催して、地域住民に参加を呼び掛けています。福祉機器の展示や相談コーナーを設けていますが、講演会や研修会を開催するまでには至っていません。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
		(評価機関コメント)		15. パンフレット作成し、施設玄関に運営規定等を掲示しています。問合せや見学については、随時対応しており、記録もあります。		

(2) 利用契約				
内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
(評価機関コメント)		16. 契約書および重要事項を用いて説明を行っています。財産管理等について相談がある時には、必要に応じて成年後見制度の説明をしています。		
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		17. 所定のアセスメント様式を用いてアセスメントを行い、また、モニタリング一覧表を用いて定期的に見直しを行っています。 18. サービス担当者会議に本人や家族が参加し、希望を聞き取り個別援助計画に反映しています。 19. 主治医からの受診時情報や看護サマリー、関係医療機関からの口頭および書面での情報提供を受け計画を策定しています。 20. 看護計画、介護計画、栄養計画、個別機能訓練計画を作成し、3か月ごとに見直ししています。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
(評価機関コメント)		21. 関係機関一覧表を整備し、嘱託医との24時間オンコール体制を取っています。介護職員とは口頭だけでなく、連絡票等を通して情報の周知を図っています。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 各種マニュアルを作成し、年1回部署ごとに見直しを行っています。 23. 適切な場所で保管しており、文書取扱い規程によって管理体制を整備していますが、持ち出しに関しては、個人情報保護管理規程に記載しています。 24. 合同会議や各種会議、引き継ぎノートなどを用いて状況把握を行っています。 25. 適宜電話連絡を行うとともに、広報紙を送付する際には、「一口通信」で利用者の状況報告を添えています。また、その際サービス担当者会議の日程案内を行い、情報交換の機会としています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		26. 感染症対応マニュアルを作成するとともに、年2回以上の研修を実施して知識の習得を図っています。 27. 廊下や共有部分に空気清浄器を設置し、外部委託業者へ清掃の委託しており、清潔な環境を維持しています。業務完了記録表により確認をしています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急時対応のマニュアルを整備し、年2回の防災訓練を行っています。 29. 介護事故防止委員会を開催して、事故状況報告一覧を基に検討しています。さらに、合同会議の場で事故事例検討会を通して職員に周知しています。 30. 自治役員、消防団員、職員が参加して危機管理セミナーを実施し、災害時の対応を徹底していますが、災害発生時の訓練を平成26年度は行っていません。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
	利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
(評価機関コメント)			31. 法人理念に明記し、合同会議の場や研修を通して尊厳の保持を徹底しています。 32. プライバシー、個人情報保護の研修を行い、プライバシー・羞恥心に配慮したサービス提供に努めています。 33. 入所基準に基づいて、年1回再調査を行うなどして、公平・公正に行っています。			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A	
(評価機関コメント)			34. 家族懇談会や面談会で、意見・要望・苦情を拾い上げており、苦情については合同会議の場や施設内回覧を通じて共有する仕組みになっています。 35. 苦情解決対応フローチャートを作成し、苦情・要望の対応を玄関ホールに掲示しています。 36. 苦情解決責任者、第三者委員、介護相談員を受け入れて、連絡先を玄関に掲示しています。			

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	B	A
質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	A	A
(評価機関コメント)		37. 利用者意向調査・嗜好調査を実施しています。調査結果、集計して検討し次年度の計画につなげて、サービスに工場に役立てています。 38. 月1回の生活相談員会議でサービスの検討を行い、半期ごとに目標の振り返りを行っています。京都府老人福祉施設協議会に参加して他の事業所の情報を収集しています。 39. 半期ごとに事業方針の見直しを行い、課題についてはスタッフ会議や合同会議で検討しています。第三者評価を3年に1回受診しています。		