

様式 7

アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 23 日

平成 26 年 11 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、社会福祉法人 グレイスマいづる 特別養護老人ホームグレイスヴィルまいづる 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>(通番 1 理念の周知と実践) 理念や基本方針はホームページやパンフレット、事業所内に掲示されています。また、研修や職員会議にて理念を確認するとともにミーティング前には理念の唱和を行うなど常に理念を念頭に業務を行っています。</p> <p>(通番 13 地域への情報公開・通番 14 地域への貢献) 地域に対して、月 1 回「ぐれいす村便り」を全戸配布するとともに、地域の方々と一緒に夏祭りなどを実施しています。また、池内地区の「高齢者の元気づくりを考える懇談会」を実施したり、地元の幼稚園から高校まで、定期的に交流を行っています。地域への貢献として「陽だまり倶楽部」として、農閑期介護予防事業を実施、「健康運動サークル」を週に一度行っています。あわせて、地域交流室の一部を小学校の学童保育に開放しています。</p> <p>(通番 31 人権等の尊重) ユニットケアマニュアルに利用者尊重の考え方が示され、常に個別ケアと暮らしの視点を大切にするとともに尊厳を大切にされたケアのあり方について職員に周知されています。身体拘束に関する研修会の開催、外部研修の伝達研修も行っています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 組織運営要綱およびユニットケアマニュアルにおいて施設長の業務や責任等を明記されています。一方で、定期的な職員ヒヤリングや、管理者に対する職員からの信頼を得ているかどうかのための評価は実施されていませんでした。</p> <p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 個人記録は PC ソフトにより記録、整備されていますが、保管・保存・廃棄等に関する個人情報保護に基づく文書管理規定が整備されていませんでした。</p> <p>(通番 36 第三者への相談機会の確保) 苦情解決システムは整備されており公的機関等の相談窓口について重要事項説明書に明記されていますが、第三者委員が設置されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

グレイスヴィルまいづるは、西舞鶴より5キロほど離れた、山に囲まれ、豊かな自然に恵まれた農村地域にあります。

施設の理念として「共に暮らし、共に考え、共に感動し、共に働く」を掲げ、ご利用者・ご家族・地域住民などすべての人にやさしい施設をめざしています

京都府北部における初めてのユニット型特養として平成17年4月に開設し、特別養護老人ホームのほかに、ショートステイ、デイサービスセンターを運営し、平成21年からは舞鶴市地域包括支援センターに職員を派遣しています。また平成22年から、交流室の一部を地域の放課後児童クラブ（学童保育）の場所として提供しています。

ユニットは、10ユニットに分かれ、各8名が住んでおられ、暮らしがあるユニットを「家」、出会いがある施設全体を「村」として「家づくり」「村づくり」を進めています。

開所後10年が経過しますが、その設計のひとつひとつにこだわりが施され、どのユニットからも違った庭が見られたり、直接居住スペースが見えないように廊下と各部屋の角度を変えたり、静かな落ち着いた空間環境となっています。

また、施設長のリーダーシップのもと、ユニットリーダー研修実地研修施設として、実習生の受け入れを行うなどユニットケアの先駆的な実践をしてこられました。

利用者の支援に当たっては、アセスメントに際し、時間軸に沿った「24時間シート」を用い、計画を策定するとともに、「してはいけない介護」を明記し、「ユニットケアマニュアル」を活用して利用者個々人の生活、個別の支援に寄り添っています。

労働環境についても、衛生委員会を毎月開催し職員の健康管理をするとともにワークライフバランス認証の取得や京都子育て支援表彰を受けるなど子育てがし易い配慮がなされていました。

地域に対しては、月1回「ぐれいす村便り」を全戸配布するとともに、地域の方々と一緒に夏祭りなどを実施、「陽だまり倶楽部」として、介護予防事業の実施、「健康運動サークル」を週に一度行っています。また、近隣の幼稚園から高校まで、定期的に交流を行っています。あわせて、地域への貢献として一般市民を対象とした「とつとつダンス」や「文化人類学カフェ」など、ユニークな取り組みもされています。

こうした地域社会に対する様々な取り組みは、高く評価できます。

一方で、強いリーダーシップのもと、基盤整備のための10年が経過しました。今後は、さらに次のステップにつなげていくために施設長の頭の中にある現在まで培われたものを明確化、文書化、明文化する必要があると考えます。

今後もさらに地域に根ざし、利用者一人ひとりを大切にしたいユニット型の特別養護老人ホームとして、より良い環境整備や介護サービスの提供を追及して頂きたいと思っております。

上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 質の高い人材確保についてはさまざまな取り組みがなされておりますが、理念や運営方針を実現するために必要な人材に対する基本的な考え方が明文化されていませんでした。職員の行動規範となるものを作成されてはいかがでしょうか
- ・ 事故・アクシデントについては報告し、記録にも残しきちんと対応されておりました。インシデントを業務改善提案で受け付け、提案ひとつに対して改善がされれば職員に 100 円を支給するなどより報告が出やすい工夫もされておりました。一方で、ヒヤリハット事例は収集されていませんでした。業務改善提案とは別にヒヤリハット事例の収集に務められてはいかがでしょうか。
- ・ 利用者満足度の向上については、日々の実践の中で取り組まれておりますが、満足度調査が 5 年に一度になっておりました。一年に一度、定期的に行われはいかがでしょうか。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672700362
事業所名	特別養護老人ホーム グレイスヴィルまいづる
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	2015年3月16日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1)組織の理念・運営方針						
		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)理念や基本方針はホームページやパンフレット、事業所内に掲示している。研修や職員会議にて理念を確認している。ミーティング前には理念の唱和を行うなど常に理念を念頭に業務を行っている。 2)前年度の計画に基づいた評価をユニット単位の会議にて行っている。それをもとに管理者会議にてまとめ、次年度の計画を策定している。職員の職務・権限については組織表と組織運営要綱にて確認をした。		
(2)計画の策定						
		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)ユニットリーダー研修実地研修施設の指定を受けるためのチェックシートに基づき、施設整備を行うとともに理念の具体化に努めることを10年間の目標とし、それぞれに事業計画を立て取り組んでいる。 4)事業計画の作成にあたっては、全職員で業務レベルでの課題設定、目標設定をして、毎月ミーティングを実施している。また、半期ごとに振り返りを行っている。事業計画に対する評価は、事業報告書に細かく明記されている。		
(3)管理者等の責任とリーダーシップ						
		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り組みを行っている。	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。	A	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)関係法令については、法令遵守に対する研修会を開催し、職員に周知している。 6)組織運営要綱およびユニットケアマニュアルにおいて施設長の業務や責任等を明記している。一部の職員に対してのヒアリングは行っているが、定期的な職員ヒアリングや、管理者に対する職員からの信頼を得ているかどうかのための評価は実施していない。 7)管理者は事業の実施状況について常に連絡がつくようにしているとともに業務日誌等で確認を行っている。また、緊急時の指示方法を定めている。		

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
II 組織の運営管理						
(1)人材の確保・育成						
		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。	A	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8)人材確保に向けて幅広く募集活動をし、応募者には事前見学をしてもらい理念を伝えてから採用を行っている。また、採用後の資格取得にあたっては舞鶴市の講習受講費の補助を受けて実施している。受験日には職免を認めている。必要な人材に対する基本的な考え方は明文化されていない。 9)研修計画が体系的に定められており、プリセプター制度やOJTの仕組みが構築されている。外部研修は、希望者が参加できる研修もあり、履歴が作られている。 10)実習生の受け入れマニュアルおよびそれぞれの資格に合わせたカリキュラムが整備されている。また、ユニットリーダー研修実地研修の受け入れも積極的におこなっている。しかし、受け入れに対する基本姿勢が明文化されていない。		
(2)労働環境の整備						
		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)衛生委員会を毎月開催し、職員の健康管理、労働災害に対応している。機械浴を導入している。夜勤8時間体制を採用している。ワークライフバランス認証、京都府子育て支援表彰を受けている。 12)産業医を配置している。民間社会福祉施設共済会に加入している。外部のカウンセラーを案内している。		
(3)地域との交流						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		13)地域に対して、月1回、「ぐれいす村便り」を全戸配布するとともに、地域の方々と一緒に夏祭りなどを実施している。また、地区懇談会の実施をしている。また、開設以来、地域の幼稚園から高校まで、交流を行っている。 14)「陽だまり倶楽部」として、農閑期介護予防事業を実施している。「健康運動サークル」を週に一度実施している。地域交流室の一部を小学校の学童保育に開放している。		

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
III 適切な介護サービスの実施						
(1)情報提供						
		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)ホームページ、パンフレットにて事業所の情報を提供している。お便りは写真を多くし、わかりやすいものになっている。施設見学や入居相談は、随時対応している。		
(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)契約書と重要事項説明書にてサービス提供内容を明示している。家族、本人との説明に「ぐれいす村便利帳」を用いて説明している。成年後見制度の利用実績がある。		

(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)時間軸に沿った「24時間シート」のアセスメントシートを用い、生活状況を把握している。1年に一度以上、定期的にあセスメントを行っている。 18)アセスメントの段階で、24時間シートも提示し、本人家族の意向を聴取し同意を得ている。 19)サービス担当者会議には看護師やリハビリ担当、生活相談員、ケアマネらが出席し、個別サービス計画に反映している。入退院時は病院と連携をし情報共有を行っている。 20)1か月ごとにサービス計画のモニタリングを行っている。また適時、見直しを行っている。モニタリングは、プラン見直しに役立っている。		
(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)内科、眼科、泌尿器科、歯科の4名を嘱託医として定期的に往診してもらっている。その他に協力病院で外来受診ができるようにしている。入退院時における医療との連携が確保されている。		
(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	B
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)各種業務マニュアルは整備されている。ユニットケアマニュアルによって利用者個々の生活、個別の支援を組み立てている。「してはいけない介護」を作成し、職員に周知している。 23)個人記録はPCソフトにより記録、整備されている。個人情報保護に基づく文書管理規定が整備されていない。 24)介護ソフト内にて情報共有をするとともに、担当ユニットでは出勤時にソフト内の記録を確認して引き継ぎを行っている。また、毎月のユニット会議にて、利用者の状況について情報交換を行っている。 25)家族に担当ユニットから手紙を書いたり、面会時には、意識的に話すことを心がけている。月に一度、「ぐれいす村便り」を送付している。敬老会や夏祭りなどの行事に参加を呼びかけて、参加を促している。		
(6)衛生管理				
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)感染症などの対応マニュアル等は整備されている。感染症対策委員会を設置し、時期に応じて研修も適切に行われている。 27)「施設環境整備マニュアル」によって施設内を整備、管理している。物品の整理整頓も適切に行われている。		

(7)危機管理				
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。	B	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>28)事故防止委員会を設置するとともに事故防止に関するマニュアルが整備されている。「してはいけない介護」の周知やリフトなどの福祉用具利用の研修を実施している。</p> <p>29)事故・アクシデントの報告は、管理者に口頭で報告し、記録に残し対応している。事例によってはミーティングを開催し検討を行っている。インシデントを業務改善提案で受け付け、提案ひとつに対して改善されれば職員に100円を支給する仕組みを作っているが、ヒヤリハット事例は収集していない。</p> <p>30)災害時の対応マニュアルが整備されている。指揮命令系統が明確化され、備蓄もしている。地元の消防団との訓練は年2回行っている。自治会との交流も行っていて、二次避難所となっている。</p>		

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

IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
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)		<p>31)ユニットケアマニュアルに利用者尊重の考え方が示され、職員に周知している。「身体拘束」に関する研修会を開催している。外部研修の伝達研修も行っている。</p> <p>32)ユニットケアマニュアルにて、プライバシー、羞恥心についての具体的な方策(入浴や排泄)が明記されている。</p> <p>33)施設長をはじめとした、医師を含めた入居判定委員会を実施し、公平な入居に寄与している。</p>				
(2)意見・要望・苦情への対応						
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	公的機関等の窓口にご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。	B	B		
(評価機関コメント)		<p>34)ご意見箱が設置され、利用者アンケートも実施している。改善要求に対しては「お便り」と施設内掲示を行っている。</p> <p>35)相談・苦情対応マニュアルが整備されており、対応方法が定められ、迅速に対応されている。改善点に対して公開している。</p> <p>36)苦情解決システムを整備している。公的機関等の相談窓口について重要事項説明書に明記されているが、第三者委員が設置されていない。</p>				
(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っている。	B	B		
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。	B	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。	B	B		
(評価機関コメント)		<p>37)利用者満足度調査は、マネージャー会議にて検討を行っている。調査が5年に一度になっている。</p> <p>38)提案ひとつに対して改善されれば職員に100円を支給する仕組みを作ってサービスの向上に繋げているほか、ユニットミーティング、各種委員会にて検討を行っている。他団体に加盟したり、ユニットケア委員会にて他の事業所の情報収集している。</p> <p>39)ユニットリーダー研修実施地研修施設チェックシートをもとに自己評価を実施している。第三者評価は初めての受診である。</p>				