

様式 7

アドバイス・レポート

平成28年12月26日

平成28年10月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホーム 天橋の郷）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14) 地域への貢献 地域に出向いて、介護予防・認知症予防・介護相談を目的とする介護教室を地域の公民館等で年に2回程度開催され、介護問題や悩み等の課題について、積極的に専門的な技術や情報を提供されています。また地域に向けて、配食サービスや認知症カフェ等も実施され、事業所が有する機能を活かした取り組みもされています。</p> <p>通番20) 個別援助計画等の見直し 「施設サービス計画作成マニュアル」に基づき、個別援助計画書を作成され、計画の実施において確認する仕組みが明確化されています。また利用者の状態変化に伴い「ライフサービス表」に基づいて、3ヶ月ごとに見直しを実施されています。</p> <p>通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 年に一回以上、「利用者及び家族様、希望確認についてのアンケート」を個別に実施され、一人ひとりの利用者満足に努めています。また個別に対応を実施する中でサービス全般に関する要望も聞き入れ、事業所全体のサービスの質の向上に役立てています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番3) 事業計画等の策定 サービスの質の向上に向けて、施設長の理想や思いが具現化して運営されていますが、法人組織として中長期計画は策定されていませんでした。計画が明文化されていないため、計画策定の体制や着実に実行しているか確認ができませんでした。</p> <p>通番22) 業務マニュアルの作成 「24時間シート」による利用者個々の状況に合わせたマニュアルが作成されていますが、標準的な実施方法等、見直しの時期が明確になっていませんでした。また、施設運営に関して必要なマニュアルの整備がなく、職員に周知されていることが確認できませんでした。</p> <p>通番39) 評価の実施と課題の明確化 毎年、各部署年間目標に対し、中間評価を9月に最終評価を2月に自己評価を実施され、次年度の目標を策定する仕組みがありますが、事業所全体として、サービスを提供する上での目標及び評価は行われていませんでした。</p>

特別養護老人ホーム「天橋の郷」は、天の橋立を望む丹後半島にあり、海と緑豊かな自然とともに暮らせる施設として開設10年が経過しました。全室個室のユニットケアを実施し、一人ひとりを支えるケアを特に大切にされています。居室も使い慣れた家具に包まれ、その人らしいライフスタイルをととても大切に捉えて、生活環境と寄り添うケアで生きる暮らしをサポートされています。利用者ごとに整備されたマニュアルや利用者満足の個別アンケートの取り組み等からも利用者一人ひとりを尊重した施設であることが伺えます。施設長の言葉からもその思いや「あるべき姿」を描かれていることが読みとれました。また、地域のニーズに応え、地域で暮らす高齢者のための介護予防として、念願の通所事業所サテライト「Re-style」開設の運びとなりました。宮津市では競合施設が急増したと伺いましたが、事業所としての水準を高め、「天橋の郷」の特徴である地域との一体化した施設として、益々発展されることを期待いたします。

以下、今回の評価で気づいた点を記載します。

具体的なアドバイス

- ・施設長の熱い思いを込めたリーダーシップと職員との厚い信頼関係で、これまで事業運営や事業展開されてきており、利用者一人ひとりにとっては暮らしやすい施設となっています。一方で、そういった思いや計画が明文化されておらず見えにくい状態となっています。今後の継続・継承という意味においても理想や思い・計画を文章（データ）に残されることをお勧めします。

- ・業務マニュアルは、個別の24時間シートがマニュアルとなっており、個別ケアにおいて、非常に具現化され、自立支援を基本としたものとなっています。また「早出・遅出引継ぎ書」も整備されて、職員の共通理解が得られるしくみにもなっています。しかし、標準的な実施方法や手引書ではなく、見直しも含め基準も定められていませんでした。例えば新人教育や職員研修にも活用できるような「接遇」や「苦情対応」「災害発生時対応」等々、個別ケア実践以外のマニュアルの整備も望まれます。

- ・評価の実施と課題の明確化においては、部署ごとに年に2回の自己評価をされていますが、事業所全体という形式にされていませんでした。

きめ細やかで、個別ケアの実践やユニットケアの利点を活かしたサービス提供においてはとても高い評価なので、事業所全体像の把握と体系を基本にしたPDCAサイクルを実施されると、事業所としてより一層のサービスの向上に繋がるのではないかと考えます。

※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	2672100092
事業所名	特別養護老人ホーム 天橋の郷
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)	(介護予防)短期入所生活介護 (介護予防)通所介護
訪問調査実施日	平成28年11月25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）及び事業所のスタッフ全員が、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。	B	B	
	(評価機関コメント)		1) 理念は明文化され、施設内に掲示やホームページにも載せている。年度当初に職員会議で組織の倫理や運営方針について、施設長より話をしている。利用者や家族については重要事項説明書にて契約時や懇談会時に伝えている。 2) 「権限委譲確認書」により組織上の権限について明文化されている。ユニット会議等の内容を上位権限者に挙げているが、権限委譲の各責任についての明確な規定はない。			
(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。	B	B	
	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) 施設長の理想や思いが具現化して運営されているが、法人組織として中長期計画は策定されていない。 4) ユニット個々に各年度での評価をもとに年度の計画を策定している。半期に一度は必ず達成状況の振り返りを行っている。			
(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組みを行っている。	A	B	
	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、いつでもスタッフ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) サービス事業者集団指導に各部署の相談員も参加させ、運営意識の向上を図っている。わからない法令等について、ネットで調べる環境にはあるがリスト化がされていない。 6) 職務分掌に管理者の役割と責任を明確にしている。職員が管理者をどう評価しているかを職員意見箱にて発信できる仕組みはあるが機能していない。 7) 緊急時には、施設長は連絡・報告を受け、指示もできるよう携帯電話を所持している。施設長を頂点とした組織図による緊急連絡網を整備している。			

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
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	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	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		8)無資格者の採用も奨励している。資格取得の研修会を施設内で開催している。 9)プリセプター制度を導入し、新人職員の教育とともに部署全体のスキルアップを図っている。キャリア段位制度も活用し、「アセッサー講習」に職員を派遣している。しかし、外部研修の報告書が作成されていない。 10)実習の受け入れに関するマニュアルが整備されている。実習指導者の研修会にも参加している。		
(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	スタッフ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)介護休暇、育児休暇は適切に運用されている。有給休暇等も事務労務担当者が管理している。職員の負担軽減に繋がる機器(電動ベッド・移乗用リフト等)は整備されている。 12)ハラスメントに関する規定が整備されている。本人や上司が産業医に相談できるようになっている。また、リラックスして休息できる場所の設置もある。		
(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)広報誌を地域回覧板で回覧し、また施設を会場とする地域のイベントを開催している。中学生を次世代担い手実習として受け入れている。SNSで情報発信をしている。 14)介護予防・認知症予防・介護相談を目的とした介護教室を地域の公民館等で年に2回程度開催している。地域に向けて、配食サービスや認知症カフェを実施している。		

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、Facebookなどで情報発信している。利用者の問い合わせについては、適切に対応している。見学者は「相談記録表」に記載している。		
(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、利用者にわ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)重要事項説明書にサービス内容や料金(保険外サービス含む)等、具体的に記載し、説明と同意も得ている。成年後見制度を利用している入居者もいる。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)課題分析は所定の様式によりアセスメントを行っている。FIM(機能的自立度評価)も実施している。利用者が望む生活の聞き取りや医療情報提供書を取り寄せて情報収集している。 18)アセスメントを元に利用者の希望を尊重した個別援助計画を作成して、本人、家族に説明の上同意を得て署名捺印してもらっている。 19)サービス担当者会議にケアマネジャーや栄養士等の専門職が参加している。 20)「施設サービス計画作成マニュアル」に基づき個別援助計画を作成している。個別援助計画は「ライフステージ表」をもとに3ヶ月毎の見直しを実施している。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)利用者の退院時に医療情報提供書により医療の情報を把握している。地域において、行政や地域包括支援センター等、密な連携が取れている。		
(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、スタッフに活用されている。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。	B	B
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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)利用者個々の状況に合わせた業務マニュアルが作成されている。見直しの時期が明確ではない。 23)利用者個々の記録についてはPCに記録されている。支援内容については適切に記録されている。しかし、廃棄等に関する文書管理規定等が策定されていない。 24)PC内「掲示板」にて利用者と業務情報を共有している。各ユニットでは連絡ノートを使用している。 25)個別のおたよりを家族に発送している。普段の様子については面会時に担当から伝えている。		
(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、スタッフ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)感染症のマニュアルが整備されている。年に一度委員会にて見直しをしている。職員研修が実施されている。 27)事務所内は整理整頓され、清潔に保たれている。公共空間は業者委託しているが居室の掃除は職員全員で毎日行っている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)緊急時の対応マニュアルが整備され、各ユニットに置かれている。指揮命令系統表が作成され、緊急時の訓練も実施している。 29)「ヒヤリハット」、「事故等報告書」を作成し、事故の状況、対応、経過等記載している。重大事故発生時は家族や保険者へ迅速に報告している。ユニットごとに検討を行い、委員会にて対応策を協議している。 30)原発緊急時UPZ圏域(原発30k圏内)における合同訓練を実施している。災害発生時の対応マニュアルが作成されていない。		

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)		31)高齢者虐待に特化した研修「不適切ケアについて」を行い周知徹底を図っている。 32)プライバシー保護に関するマニュアルを整備している。年度初めに施設長から個人の尊厳について、プライバシー保護、羞恥心の観点から話をしている。 33)限定的に受け入れできないことはあるが基本的に断ることはない。				
(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。	B	B		
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)随時、日頃の何気ない会話から引き出すことで率直な意見や要望などを把握するようにしている。 35)利用者、家族からの意見・要望・苦情については迅速に対応しているが、公開されていることは確認できなかった。 36)利用者や家族には第三者または公的機関等の相談窓口の詳細を契約時に重要事項説明書に記載したうえで説明、事業所内の見やすい所にも掲示している。				
(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	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スタッフ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	B		
(評価機関コメント)		37)年1度の個別アンケートを実施している。サービス全般に関する要望も「利用者及び家族様、希望確認について」のアンケートで確認し、個別に対応することでサービスの質の向上に役立っている。 38)月1回の業務運営委員会を実施している。サービスの質の向上について話し合いを行い、問題点を検討している。他の事業所の状況も比較検討している。 39)毎年9月と2月にユニットごとの自己評価を実施している。事業所が提供するサービスに対する自己評価は行われていない。				