

アドバイス・レポート

令和 4 年 6 月 1 3 日

令和 3 年 7 月 5 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 13、14) 地域との交流 広報誌を作成しており、利用者、隣接する地域に回覧版、役場に配架しています。ホームページやSNSを積極的に活用して「めざせ！フォロワー1,000人キャンペーン」に取り組むなどに事業所の情報を挙げています。また、魚釣り、海洋高校による水族館、幼稚園、施設が開催する秋祭に地域住民を招くなどして地域と交流しています。（コロナ渦で実施できず。） 地域交流ホールを自治会の敬老会に貸し出したり、中学校で認知症サポーター養成講座を実施しています。地域への貢献についても地域のニーズにこたえて配食サービス（10食程度）を行うなど高く評価できます。</p> <p>(通番 17～20) 個別状況に応じた計画策定 ケアプランマニュアルを整備して計画策定を行っています。半年に1回行うモニタリングに合わせて再アセスメントを行っている。医療との連携は週1回の往診時に情報共有を行うとともに看取り状態にある方については毎月アセスメントを行っています。また、多職種連携として定期的（月1回）にST、看護師、管理栄養士、介護職員などから状況等を確認してもらうとともに主治医の意見書も参考にして、計画に反映している。モニタリングについては半年に1回実施しているほか介護支援専門員は毎日ユニットで状態・状況チェックもしています。</p> <p>(通番 34) 意見・要望・苦情の受付 毎年、満足度調査アンケートを実施しています。事業所内に意見箱も設置しています。また、利用者を中心にしたサークルなないろを立ち上げ様々な企画などを行ったり、ラウンド巡回を実施するなど利用者の声を反映するさまざまな取組を行っています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p>(通番3) 事業計画の策定 法人において「中長期計画」R3～R7（5年単位）を定めており、これに基づき、単年度計画を立案しています。業務運営会議で本部目標を立てるとともに、各ユニット等の計画を立てています。稼働率状況については、単年度で目標設定や実績を確認しています。しかし、事業所としての中期計画は策定されておらず、現場レベルにおいて福祉課題の把握や数値化、それに基づく振り返りを課題と認識されています。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 「指針・マニュアル集」を作成しており、新採の採用時には、これを用いて業務手順などの確認をしています。各部署にも配置しています。年1回の各種委員会においてマニュアルの見直しをしていますが、委員会任せになっており見直しの基準が定められていませんでした。日常の業務に即したマニュアル整備の必要性は認識されていますので、職員間で共有できるマニュアルを完成されますことを期待します。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 「苦情解決要綱」を整備しており、苦情解決に至るまでの手順マニュアルとしています。また、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定められ適切に対応しています。 苦情・要望内容の公開についてはできていませんでした。 どのような苦情を受け、どのように対応したかを公表することは、利用者、家族にとっては意見を言いやすくなるとともに、施設運営に対する信頼感、安心感を高めることにも繋がります。そのためにも、改善情報を公開されることが望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人北星会は、昭和52年創設以降、地域に根差して高齢者福祉を担ってこられました。</p> <p>そのひとつの事業所である特別養護老人ホーム天橋の郷は名勝“天の橋立”を臨む宮津湾の栗田半島に位置し、静かな環境にあります。</p> <p>定員70名の特別養護老人ホームのほか、同一敷地内には通所介護事業所、短期入所生活介護事業所を併設しています。</p> <p>1ユニット10名のユニット型で居室は完全個室で、トイレと洗面台が各部屋に完備されています。</p> <p>事業所のおもな特徴として、心地よく暮らせる「家庭的な雰囲気」やその人らしいライフスタイルをサポートすることが随所に伝わってきました。</p> <p>当日の訪問調査においても、職員のあいさつが徹底されており、チームワークや雰囲気の良さが伺えました。</p> <p>利用者の支援については、食事は「食べることは生きること」を掲げ、厨房で調理を行い、出汁を取るところからのこだわりや温かいままでの提供や季節に応じたメニューなど工夫をした提供となっています。</p> <p>また、利用者を中心にして立ち上げたサークル活動「なないろ」など年間を通じた様々な企画を実施して充実した1日を過ごせるようサポートされています。</p> <p>入浴に関しても、一人ひとりに対応するためのリフト付きの個浴槽になっており、ゆったりと安心して入浴できる環境になっています。</p> <p>運営面においては、職員育成にも積極的に努めており。キャリアパス制度の整備、研修体系の確立、気づきを促す〇J</p>

	<p>Ｔの仕組み（プリセプター制度）の構築、資格取得の支援等が行われていました。また、施設の魅力発信の取り組みとしてホームページやSNSを活用して「めざせ！フォロワー1,000人キャンペーン」に取り組むなど事業所情報を積極的に発信されていました。</p> <p>地域との関係も良好でコロナ禍において地域との関係など様々な制約もありますが、認知症カフェの開催や地域のニーズに応え配食サービスを行っています。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。</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)

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)	短期入所生活介護(介護予防) 通所介護(介護予防)
訪問調査実施日	2022年1月19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。	B	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)		<p>1) 法人理念と合わせ事業所独自の理念が策定されている。ホームページ、パンフレット、フロア内にも掲示されている。毎年、年度初めの職員会議で周知を図っている。(今年度はできていない。)利用者や家族には契約時等に重要事項説明書をもとに説明をしている。</p> <p>2) 業務運営会議(月1回)→各委員会→各ユニットの会議、職員全体会議(年1回以上)、法人施設長会議(月2回)等の会議があり、課題や意見を上部会議で吸い上げる仕組みとなっている。組織図、事務決裁規程は整備しているが、現場の従業者に職務に応じて権限を委譲し、各責任の明確に規定されていない。</p>		

(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)		<p>3) 法人において「中長期計画」R3~R7(5年単位)を定めており、これに基づき、単年度計画を立案している。業務運営会議で本部目標を立てるとともに、各ユニット等の計画を立てている。稼働率状況については、単年度で目標設定や実績を確認している。現場レベルにおいて福祉課題の把握や数値化、それに基づく振り返りを課題と認識している。</p> <p>4) 事業計画は、業務運営会議で確認後、理事会で承認を得て、立案し、職員に周知している。ユニットごとの目標、研修計画、行事計画などを定めている。各部署、ユニット会議(毎月)の中で確認をしている。</p>		

(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。	B	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。	B	A
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)		<p>5) 法令の更新などの情報については(法人)施設長会を通じて情報収集などを行っている。管理者は京都府老人福祉施設協議会、社会福祉法人経営者協議会などの研修に参加している。業務運営会議を通じて共有フォルダにて職員が閲覧できるようにしている。身体拘束、虐待の研修を実施している。しかし、関係法令集のリスト化はされていない。</p> <p>6) 組織図、事務決裁規程を整備している。管理者は業務運営会議をはじめ各会議にも参加している。また、年1回、施設長による職員面談を実施している(シートを事前に配布している)。上司が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みとして職場活性化アンケートを活用して評価している。</p> <p>7) 日常時はケア記録をパソコンソフト「長寿」のシステムで把握している。施設長が不在時もメール確認や連絡ができる体制としており、必要に応じて指示を出している。不在時にはマメールやグループラインの活用をして共有を図っている。ライン運用ガイドラインに役割を明記している。</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
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。	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。	C	A
		(評価機関コメント)		<p>8) 本部が中心となって、正規職員の採用を行っている。(事業所としてパートの採用を行っている。)新卒者にかかる採用は年間計画を策定して取り組んでいる。人材インターシップの受け入れ、オンライン採用などに努めている。資格取得支援は法人において基金を創設し、介護福祉士の受験講座、試験の受講補助などを行っている。</p> <p>9) 人事考課およびキャリアパスを整備している。毎年、施設として研修計画を立案しており、階層ごとに必要と考えられる研修をはじめ多岐に渡る内容で実施している。新人職員には、新人育成マニュアルに基づき、中堅の職員が育成指導者として担当をするプリセプターの仕組みがある。年1回、施設内で実践報告会を行っている。</p> <p>10) 実習対応マニュアルを施設として整備している。実習指導者に対する講習会を法人として受講している。事業所としては受け入れを行っていない。</p>		
(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。	B	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、スタッフが充分に休むことができ、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)		<p>11) 有給取得や残業について、システムで法人で把握するとともに施設長が数値を把握、データ化し、各部署に見える化して取得の奨励を図っている。育休中の職員もあり、復職等も配慮している。職員の負担軽減策として移乗用リフトやインカム、トランスファーボード、眠りスキャンなどを活用している。</p> <p>12) ストレスチェックを年1回実施しており、高ストレスとなった職員は、希望により、産業医の面談を受けることができる。必要に応じ施設長による面談、職員意見箱「フリマボックス」がある。共済会、親睦会による職員旅行や懇親会などを実施している。(コロナ禍でできず。かわりに法人補助あり)休憩室・宿直室を設け、ゆったりと過ごせるようにしている。ハラスメント防止規程、窓口担当者を配置するなど体制を整備している。</p>		
(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)		<p>13) 広報誌を作成しており、利用者、隣接する地域に回覧版、役場に配架している。ホームページやSNSを積極的に活用して「めざせ！フォロワー1,000人キャンペーン」に取り組むなどに事業所の情報を挙げている。魚釣り、海洋高校による水族館、幼稚園、施設が開催する秋祭に地域住民を招くなどして地域と交流している。(コロナ禍で実施できず。)</p> <p>14) 地域の回覧板をユニット内で回覧している。地域交流ホールの貸し出しを自治会の敬老会に行っている。中学校で認知症サポーター養成講座を実施している。地域のニーズにこたえて配食サービスを行っている。(10食程度)福祉避難所訓練を行った。備蓄、電源強化などを行っている。</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
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) ホームページやパンフレット、配布グッズを準備し病院などにも配布している。写真などを多用しわかりやすいものとなっている。入所や利用につながる見学は随時受け入れをしている。問い合わせがあった際には、記録をしている。			
(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) 契約時に重要事項説明書にて説明している。料金、預かり金サービスなどは別途用紙を作成して、説明をするようにしている。成年後見人等が担当しているケースもある。生活相談員が成年後見制度などの必要性を把握し、手続きなどができるような仕組みがある。			
(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。	B	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) ケアプランマニュアルを整備している。フェイスシートを用いて、アセスメントを行っている。「ちょうじゅ」のシステム、ケアチェック表を用いてアセスメントやケアプランを作成している。半年に1回行うモニタリングに合わせ再アセスメントを行っている。医療との連携は週1回の往診時に情報共有を行っている。看取り状態にある方については毎月アセスメントを行っている。 18) 利用者及び家族の意見要望等については、希望確認を3カ月に1回送付して確認を行っている。コロナ渦においては文書や電話での聞き取りが主となっている。 19) 定期的（月1回）にST、看護師、管理栄養士、介護職員などから状況等を確認してもらうとともに主治医の意見書も参考に、計画に反映している。 20) モニタリングを半年に1回実施している。介護支援専門員は毎日ユニットで状態・状況チェックもしている。ケアプランマニュアルに手順も明記されている。			
(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) 医療との連携は理事長が医者でもあり週1回往診を行っている。退院前カンファレンスに参加をしたり、サマリーの提供を受けている。地域連携室との連携も行っている。利用者の状況に応じて、関係機関との連携を行っている。「宮津市の在宅医療と介護の資源マップ」を作成しており、サービス内容や連絡窓口を明記したものを設置している。地域ケア会議で医師会も参画しており顔の見える関係がある。地域ケア会議によるシンポジウムも開催している。			

(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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 「指針・マニュアル集」を作成しており、新採の採用時には、これを用いて業務手順などを指導している。各部署に配置している。年1回の各種委員会においてマニュアルの見直しをしている。マニュアルを踏まえた手順の確認も行っている。しかし、委員会任せになっており見直しの基準が定められていない。 23) 「ちょうじゅ」のシステムを活用し、ケアプランの目標を意識して記録を行っている。「文書取扱管理規程」を整備しており、保存、保管、廃棄について明記をしている。また「個人情報保護対策マニュアルにかかる開示申請等に関する規則を整備し、「個人情報開示申請書」がある。しかし、持ち出しにかかる規定がない。 24) サービス計画は、介護ソフトで管理をしており、職員誰もが見ることができる。日々の情報伝達の方法として、グループライン、朝夕の申し送りを実施している。連絡ノートなど工夫をしている。ケース会議、ユニット会議等を行い、利用者支援について職員間で共有している。 25) 特養の面会については、コロナ禍で制限を実施している。毎月お便りで、入居者の近況を伝えるようにしており、写真などを活用して様子が分かる工夫をしている。		

(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) 「感染症対策マニュアル」を様々な感染症ごとに整備しており、年に1回見直しを行うとともに常に最新のものを更新している。流行前に職員に研修を行い看護師から、感染症予防について、注意喚起を行っている。嘔吐、吐物処理について研修を実施している。感染症予防対策委員会を設置している。 27) 清掃については、業者委託で共有部分を清掃している。各居室の清掃は、職員が行っている。整理整頓が行われている。点検表による確認を行っている。安全英英委員会による巡回点検も行っている。オゾン脱臭機を設置している。		

(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	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) 「緊急時及び事故発生時の対応マニュアル」「事故防止のための指針」を整備している。事故対策委員会を中心に2回の研修を行っている。職員全員にスムーズな情報伝達ができるよう、「事故ライン」「マ・メール」を活用している。 29) 事故発生時には、家族や関係者に報告をしている。事故報告書・ヒヤリハットを作成して、関係職員に回す仕組みがある。報告書はリスクマネジメント委員会です毎月取りまとめて分析・検討されている。服薬管理マニュアルの見直しなどにつなげている例もある。 30) 消防計画及び土砂災害に関する非難確保計画が整備され、年2回、訓練が実施されている。福祉避難所にも指定され、備蓄、電気等が確保されている。地域との話し合いは行われているがコロナ禍もあり明文化及び地域との連携ができていない。		

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) 家族には定期的にアンケート調査を行っている。人権擁護の標語を施設内に掲示して実践をしている。毎月ユニットの各利用者全員の確認を行っている。委員会において人権や虐待にかかる研修を実施している。身体拘束に関する指針、身体拘束に関するマニュアルを整備している。やむを得ず行う場合は同意を得て限定的に在る。 32) プライバシーについて（トイレ誘導時、衣服の着脱時等の介護場面）手順書等に明記されている。サービス提供場面でも、プライバシーや羞恥心に配慮したケアが日々模索、改善されている。ユニット会議で確認を行っている。新人研修にも位置づけている。 33) 入所基準を定め、入所判定会議で公平公正に利用者を決定している。		
(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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		34) 毎年、満足度調査アンケートを実施している。事業所内に意見箱を設置している。利用者を中心にしたサークルないるを立ち上げ様々な企画などを行っている。 35) 「苦情解決要綱」を整備しており、苦情解決に至るまでの手順マニュアルとしている。苦情・要望内容の公開についてはできていない。 36) 苦情解決のための窓口や連絡先については、玄関に掲示するとともに、重要事項説明書に明記している。年2回、苦情解決第三者委員会を開催している。以前は宮津市介護相談員を受け入れていたが廃止となっている。		
(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。	A	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37) 地域貢献PR委員会による満足度調査アンケートを実施しており、内容の評価を行うとともに、分析・対応をしている。アンケート調査結果について、評価や改善について話し、実践している。 38) 業務運営会議において、サービスの質の向上について話し合っている。リフト浴のシートが滑りやすいなどから見直しをして改善を図った。法人内の同一施設との施設との比較検討をして質の向上に向けた話し合いをしている。宮津市内の特養5施設長会で毎月、情報共有を行っている。 39) 第三者評価を3年に1回の受診をしている。しかし、年に1回以上自己評価を行う仕組みはない。		