

# アドバイス・レポート

令和 2 年 2 月 1 9 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

令和元年 1 2 月 1 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藤城の家）様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1) 地域への貢献</b></p> <p>事業所の地域交流スペースを活用し、高齢者の居場所づくりのカフェを開催したり、子育て中の人を対象にした、つどいの広場等に場所の提供をされるなど、地域の方々が利用できるようにされていました。また、看取りや認知症の講習会、交通安全教室を開催し、地域の方々向けの講習も行っておられます。行方不明者の捜索訓練や火災の際の避難訓練も地域の方に案内し、一緒に取り組んでおられました。小学校でも、5 年生に福祉や介護の仕事について講演をするなど、事業所の機能を地域の為に活用されていました。</p> <p><b>2) 人権等の尊重</b></p> <p>利用者へのより良い接遇を実現する為に、全職員に対する接遇に関するアンケートの実施や、実際のサービス提供時の接遇をチェックする目的で「ジャッジマン」という取り組みにより、自分たちのサービスを振り返り、利用者の人権・尊厳の保持を高いレベルで実現されています。また、医師や地域の有識者が参加される入所判定委員会や身体拘束禁止に関する検討体制など、徹底した利用者本位のサービス提供に取り組まれています。</p> <p><b>3) 質の向上に対する検討体制</b></p> <p>リーダー以上の役職者による責任者会議や特養カンファレンスに加え、各種委員会で、サービスの質の向上に関する議題を上げ、協議・検討されています。実際に、ケアの中で利用者に関する、よい出来事を記録して共有、取り組みにつなげていく「ニヤリほっとノート」などの仕組みを作り、積極的に取り組まれました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>利用者が外部の介護相談員等に相談できる機会は確保されていませんでした。</p> <p><b>2) 利用者満足度の向上の取組・評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>利用者満足度調査を実施して責任者会議で共有・検討されていますが、今後の課題設定まで繋がっていませんでした。また、3 年ごとの第三者評価受診が実施されていませんでした。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>3) 災害対策</b></p> <p>地域の消防訓練に参加したり、施設の火災訓練には地域の方にも案内を出して参加していただくなどの対応はされています。また、非常食の確保もされていましたが、自然災害への訓練が未実施となっていました。全国各地で自然災害による被害も出ていますので、自然災害に対する訓練も実施する事が望ましいと思われれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>直接事業所に対しては、事業所と利用者という異なる立場であることから、利用者は思いを適切に伝える事が難しい状況に置かれているかもしれません。利用者が安心して思いを伝える機会の確保として、介護相談員事業の申し込みや苦情受付第三者委員への依頼など検討してみられてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 利用者満足度の向上の取り組み・評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>年1回利用者満足度調査を実施し、結果を共有・検討までしておられます。さらに課題の設定、実際の取り組みに繋げて行く事で利用者満足度調査は有効なものとなります。結果を共有・検討するときに、「課題の設定」「事業計画等への反映」を意識した内容を事業計画に盛り込むような仕組みを検討されてはいかがでしょうか。第三者評価についても、3年に1回の受診が推奨されています。定期的に受診し、事業所の運営について評価する機会にされてはどうでしょうか。</p> <p><b>3) 災害対策</b></p> <p>自然災害における訓練が未実施となっていました。立地的に水害や土砂災害は起こりにくい地域だとは思いますが、地震災害や台風による停電などは想定できます。3月に京都市で行われているシェイクアウト訓練への参加や、火災による避難訓練の際に地震の発生による火災を想定して訓練を計画してみられてはどうでしょうか。また、福祉避難所として協定を結んでおられますので、それを踏まえて地域との連携を意識したマニュアルを策定されてはどうでしょうか。</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	2690900093
事業所名	特別養護老人ホーム 藤城の家
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
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、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護
訪問調査実施日	令和元年 12月 8日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 会議のレジュメに理念を載せ、常に理念に沿ったサービスが提供できているか、確認されていました。2) 役職ごとに会議が分かれており、それぞれの会議が体系化され、職員の意見が反映されるようになっていました。			
<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) 法人として中長期の目標を掲げ、それに準じて事業所の目標も設定されていました。4) リーダーを中心にユニット毎に課題を設定し、半期毎に見直しを行い、達成に向けて取り組んでおられます。			
<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	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)		5) 4月に遵守すべき法令のリストを更新し、内容を全体会議で周知をされています。6) 組織図で、管理者等の役割が表されていました。また、年度末に無記名の職員向けのアンケートを実施し、管理者の評価ができるような仕組みになっていました。7) 携帯電話にて、随時連絡がとれる体制になっています。			

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。	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	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) 資格取得支援の為に勉強会を定期的に行っています。9) 法人で階層別の研修を実施されています。また、職員自身が研修をコーディネートし、必要な知識を身につけるようにされています。10) 実習受け入れマニュアルも整備し、実習生の受け入れを行っていただきました。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 介護機器として、ベッドセンサーによる見守りベッドを導入されています。12) ストレスチェックを行い、ストレスが高いと思われる職員は、希望に応じて産業医との面談が可能となりました。休憩場所の確保については、3つのサービス事業所のすべての職員がくつろげるスペースがありませんでした。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		13) 運営推進会議にて、地域の方々に事業所の概要を伝えられています。地域の毎月の広報誌に施設の行事を掲載されていました。14) 事業所で、看取りや認知症の講習会を実施されています。また、小学校に行き、福祉や介護の仕事について講演を実施されています。		

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>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) ホームページやパンフレットで事業所の情報を提供されています。ホームページは今年度の7月にリニューアルされており、行事の情報などもこまめに更新されており、事業所の取り組みなどがわかりやすく紹介されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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でサービス内容や料金について説明されています。今年度の居室代の改訂など変更事項については、重要事項説明書を取り直すなど、丁寧に対応されていました。		

### (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	B
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。	B	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によりアセスメントを3か月に1回、実施されています。入居前の聞き取りは看護師も同席し、丁寧に行われています。18) 家族の面会が多く、その都度、家族の要望などの確認はされていました。面会に来られない家族に対しても電話で要望の確認をされています。ただ、利用者本人や家族がサービス担当者会議に参加はされていませんでした。19) 事業所に理学療法士はおられません、同法人の他事業所の理学療法士と連携を取り、専門家の意見も取り入れています。20) 初回や退院時などは1か月の期間設定で計画を立てられていました。計画書を主治医も確認をされていました。		

### (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) 往診時に主治医との情報の共有も行われており、入所時にかかりつけ医の確認を行い、連携もされています。10月に退所された方についても、家族の要望を聞き取り、要望にあった形での退所をされていました。		

### (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) マニュアル類は担当者で見直しを行われており、1冊のファイルにきれいに整理されてユニットごとに設置されています。23) 個人情報については会議でも共有、統一されています。個人情報の同意書については、家族の分も取る方がより丁寧だと思われます。24) 毎週カンファレンスを行い、申し送りノート等を有効に活用し、参加できなかった職員にも情報の共有を行われています。25) 面会時や電話で家族との情報交換を行われています。		

### (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) 入居された方の感染症をマニュアルに追加するなどして、職員へ周知されています。27) 共用部分は職員の持ち回りで掃除されており、新しい職員が入った場合には掃除の実習をするなど配慮し、施設内は清潔に保たれています。		

### (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。	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) 緊急時の対応の研修を実施されています。また、地域の方と捜索訓練も実施されています。29) すべての内出血についても事故扱いとし、隔週で事故カンファレンスを行い、再発予防に努めておられます。30) 災害訓練には地域の方も参加していただき取り組まれています。ただ、地域との連携を意識したマニュアルは作成されていませんでした。また、自然災害を想定した訓練は実施されていませんでした。		

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)利用者へのより良い接遇実現の為に、全職員に対する接遇に関するアンケート実施や、職員が腕章を付けて実際のサービス提供時の接遇をチェックするなどの「ジャッジマン」という取り組みを実施されています。その結果を「責任者会議」で検討し、課題を設定して取り組まれています。また利用者の人権等の保持の為に、自由に出入り出来る施設環境にしたり、ベッドセンサーが適切に使用出来ているか「特養カンファ」の議題に挙げて検討されています。さらに入所判定委員会では身体拘束禁止に関する議題を設け、毎回医師や地域の地域の有識者を含めて検討されています。32)プライバシー保護に関する研修は年1回開催し、職員に周知されています。また「ジャッジマン」の取り組みから上がった課題として、「居室はその方の家である」事を周知して適切な対応となるように取り組まれています。33)入所判定委員会には、施設長、医師、看護職、介護職、生活相談員、介護支援専門員の出席と併せて第三者委員として地域の有識者が参加され、公平・公正な検討をされています。		
<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。	B	B
		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)		34)意見箱の設置や相談窓口の掲示、年1回の満足度調査などにより、意見・要望などを聴取する取り組みを実施されています。地域の方の入所率が高く、家族来所率もかなり高い状況であり、来所時に意見・要望・苦情を聴取されています。家族会を毎年開催されていますが、利用者懇談会は開催されておらず、近いうちに、懇談会実施予定とのことでした。35)意見・要望・苦情等を報告書としてまとめて施設長まで報告し、会議で対策を検討されています。また、内容や改善状況については、運営推進会議での報告や、玄関入口にファイリングして設置することで公開しています。36)第三者の相談窓口は、公的機関や苦情受付第三者委員の連絡先・氏名を掲示しています。しかし利用者が外部の介護相談員等に相談できる機会は確保されていませんでした。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	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)年1回利用者満足度調査を実施されています。得られた結果を責任者会議で共有・検討していますが、今後の課題設定まで繋がっていませんでした。38)責任者会議(月2回)や特養カンファ(週1回)に加えて各種委員会で、サービスの質向上に関する検討を議題に挙げて協議・検討されています。実際に、ケアの中で利用者に関する「良い出来事」を記録して共有、取り組みに繋げていく「ニヤリほっとノート」の仕組みを作って活用されています。39)体制、内容、質向上に関する事項を含む事業計画を基に、事業の自己評価を行い次期課題に繋げています。自己評価を行う際は、全職員にアンケートを実施し結果をまとめて責任者会議で協議・検討しています。第三者評価受診は3年毎に行われていませんでした。		