

アドバイス・レポート

平成30年7月5日

平成30年5月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた介護老人保健施設マリアンヌにつきましては、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8 質の高い人材の確保 EPA制度外国人介護実習生の受け入れについては積極的であり、採用前、採用後の育成計画、資格取得支援等がきめ細かく実施されていることも確認することができました。特にユニットケアの昼食時の場面でもご利用者と職員の心が和む表情からユニットケアの質の高さを窺うことができました。人材の確保と育成に対しての方針と方策という同じ課題に苦勞しておられる他施設もこの施設独自の取り組みから学ぶところが多くあろうと感じました。</p> <p>通番17 アセスメントの実施 経営の母体が大きなグループ企業である強みを活かし、マニュアル・記録帳票等は整備されており、電子記録システムで不十分な部分がしっかりと網羅されています。マニュアルを活用することで、仕事の省力化、効率化につながられています。</p> <p>通番34 意見・要望・苦情の受付 意見箱の設置が適切で、苦情の受付が多く記録され、分析から改善策の検討まで、ニーズ調査の実施も含み、事業計画に反映されています。蓄積されている記録を事業所の玄関で閲覧できるように工夫されています。ご利用者の意見・苦情はサービスの改善のための出発点であり、直接的に改善のポイントであるといった積極的な受け止め方、姿勢、関心度の高さを窺えました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>通番13・14 地域への情報公開・地域への貢献 法人全般が運営理念等を公開することを大切にし、広報する取り組みとして法人グループだより、グループの総合案内等各種情報パンフレットが施設内に設置されています。しかし、京都に設立した介護老人保健施設マリアンヌが地域に根ざした事業所となるよう、独自の取り組みや地域住民に対する相談事業等を実施することを通じて、具体的な地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めていることを確認できませんでした。</p> <p>通番22・26 業務マニュアルの作成・感染症の対策及び予防 グループ本部と関西エリアにおいてマニュアルが整備されており、それを実践にも結びつける事が出来ています。しかしマニュアルの見直しにおいて、その基準が不明確で、見直された記録が確認できませんでした。感染マニュアルについても同様に見直しが出来ていませんでした。</p> <p>全体 実施状況について、口頭では確認できましたが記録がないものが多く、第三者から見てわかり難く、トップダウン・ボトムアップなどの話し合われた内容が議事録で確認出来ませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>通番13・14 地域への情報公開・地域への貢献 ご利用者・ご家族の皆様が、快適に自分らしい日常生活を送れるよう、ご家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応しては如何でしょうか。また、市町村、自治体、各種事業者や保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担い、情報公開を積極的に行ってサービスの更なる向上に努めること、また地域に開かれた施設として、ご利用者のニーズにきめ細かく応えるため、介護予防を含めた教育・啓発活動など幅広い活動を通じ、在宅ケア支援の拠点となる事をお勧めいたします。</p> <p>通番22・26 業務マニュアルの作成・感染症の対策及び予防 さらに実践的なマニュアルとして使用していくにあたっては見直しを定期的に行い、変更の有無を記録されてはいかがでしょうか。</p> <p>全体 会議、委員会、研修など、話し合われた内容や実施内容について、記録することと会議資料を添付することをお勧めいたします。</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。

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-------------------|
| 事業所番号 | 2650780048 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設 マリアンヌ |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人保健施設 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | なし |
| 訪問調査実施日 | 平成 30 年 5 月 25 日 |
| 評価機関名 | (一社)京都府介護老人保健施設協会 |

| 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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 風除室に理念や運営方針が掲示されていました。施設理念『自由と自立を強くやさしく支える』は健祥会・緑風会だよりに記載されていました。また朝礼にて唱和されています。平成 30 年 3 月 4 日の家族会にて周知されていました。 組織体制図を確認しました。リーダー会議、ユニットリーダー会議にて意見を聞く仕組み（ボトムアップ）が確認できました。権限の委譲について、法人本部に相談の上、権限を委譲する仕組みはありますが明文化されておりませんでした。 | | | |
| (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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 平成 30 年度事業計画には関西ステージ（エリア）重点戦略・経営戦略・ステージ力向上戦略・ステージ中長期計画が作成されていました。施設総合方針には、「利用者様への優しさは私の責務（サービスの質の向上）」「助け、助けられ、共創してこそその職場（職環境の改善）」「一つのこと、小さなことから地域に元気を（地域への貢献）」が盛り込まれていました。 中長期計画は、2018～2020 の期間に計画されていることが確認できました。ニーズ調査をされていますが記録が見当たらず、プロセスの確認が出来ませんでした。 | | | |
| (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 | 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 | 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) | | 法令遵守規定が定められ、コンプライアンスの管理のためにグループ内で研修が実施されています。法令のリスト化の確認が出来ませんでした。職員会議にて法令について周知されていました。職務分掌表にて運営管理者の役割と責任が表明されており、また給与明細を渡す際、自らの評価並びに要望などを確認されていました。 事故発生の防止及び発生時対応の指針が作成されており、事例ごと（行方不明・窒息など）のマニュアルの確認が出来ました。緊急災害時連絡網も作成されていました。 | | | |

| 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 |
| 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。 | B | 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。 | C | C |
| | | (評価機関コメント) | | 必要な人材の確保と育成の考え方や方策が組織的によく整備されていました。職員の離職については、その理由などの把握、分析と対策が良く検討されていて、法人全般の採用基準と人材の確保・育成の取り組みを支援しているように見受けられました。特に外国人介護実習生の受け入れについては積極的であり、計画的に採用前、採用後の育成計画、資格取得支援等が実施されていることも確認することができました。職員の「気づき」を促し、学ぶことにつながるような助言が行われる仕組みや職員が互いに学び合うための勉強会などの開催を確認することができませんでした。 | | |
| (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) | | 職員が安全、安心に働けるよう、衛生委員会を設置され、法人内のワーキングチームが抜き打ち検査にて現場の実施状況をチェックしています。育児休業法、介護休業法、ハラスメントに関する相談体制を更衣室に掲示し、職員が確認しやすいように配慮していることも確認することができました。産業医による年一度の全職員のストレスチェックを実施して、結果を労働基準監督署に報告されています。職員の業務上の悩みやストレスに対する負担をチェックする取り組みと体制が整っています。職員のストレス管理に重視した法人の取り組みの徹底さも感じられました。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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) | | 運営理念等を公開されていました。広報する取り組みとして法人グループだより、グループの総合案内等各種情報パンフレットが施設内に設置されていました。しかし、京都に設立した介護老人保健施設マリアンヌの独自の取り組みで、地域住民に対する相談事業等を実施すること等を通じて、具体的な地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努める取り組みを確認することができませんでした。 | | |

| 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 |
| 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) | | 昨年まで施設のパンフレットがありましたが、現在はなく、パンフレットは関西ステージ（エリア）で作成されていました。 | | |
| (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) | | 重要事項説明書等には適切に同意を得ており、成年後見人にもサインをいただいております。ご家族に対しても個人情報に関する同意を得られていました。 | | |
| (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くて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。 | 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) | | 電子記録システムを用いて、ケアチェック表に基づきアセスメントを丁寧に行っていました。課題抽出も適切にできていました。3ヶ月に1回サービス計画の見直しと、退所の可否についての検討をして記録されていました。サービス担当者会議にご本人やご家族の同席がなく、希望、要望については面会時の確認になっていました。 | | |
| (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) | | 入院されたご利用者の退院にあたり、介護支援専門員・管理栄養士・作業療法士が病院を訪問し、病院看護師から状態説明を受けていました。退所に当たっては、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に退所後のサービスについて、連携を取られていることが確認できました。 | | |
| (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 | 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 | 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) | | 母体である健祥会グループの経営戦略推進部で作成されているマニュアルを使用していました。マニュアルは多岐にわたって作成されています。また関西ステージ（エリア）で必要と思われる外国人技能実習生受け入れ準備マニュアル、施設独自の入浴マニュアルなども作成されています。しかし見直しの基準が無く。見直しの記録もありませんでした。施設内記録システムとPCネットワークを構築されており情報共有はできていました。個人情報保護の研修もされていました。30年3月に家族会を初めて開催しご家族からも好評を得られていました。 | | |

(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 | B |
| 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 感染対策のマニュアルもほかのマニュアルと同様に、作成は作成されていますが、見直した記録がありませんでした。施設内の衛生管理はしっかりとできており、とても清潔な印象です。清掃は委託せずに職員でされています。月に1回関西ステージの管理担当者がハードチェックを行い、改善の必要があるものについては改善書が作成されていました。 | | |

(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) | | 災害発生マニュアルを作成されていました。3月、9月に年2回消防訓練を行い、夜間想定消防訓練も行われていましたが、地域との連携を意識したマニュアルは確認できませんでした。緊急時マニュアルや、救命についてもマニュアルが作成されていました。法人マニュアルに沿って危険予知トレーニングも29年9月、30年2月に実施されていました。発生した事故についても適切に処理され、対策の周知、その後の振り返りもできていました。 | | |

| 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 |
| 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | コンプライアンスチームが抜き打ちで各部門をチェックする体制がありました。ご利用者アンケートにてご利用者の意見の確認も行われていました。ご利用者の意見はニーズ調査委員会で分析することとなっていますので具体的な取り組みがあることも確認できました。プライバシー等の保護については居室ネームプレート表示の可否等、細部までご利用者の意向を確認するように工夫されていました。しかし、勉強会や研修会の実施を確認する事ができませんでした。胃ろう等の医療処置が多い方、認知症による諸症状がある方の受け入れも介護保険の原則に従って公正に行っていましたが、利用申込を受け入れられなかったケースについて、他の事業所や医療機関等を適切に紹介した事例を確認できませんでした。 | | |
| (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) | | 意見箱の設置が適切で、苦情が多く記録され、分析から改善策の検討まで、ニーズ調査の実施も含めて事業計画に反映されていました。第三者への相談機会や窓口の設置も確認できましたが市民オンブスマンや介護相談員等、外部の人材を受け入れてご利用者の相談機会を確保することなどが確認できませんでした。 | | |
| (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職員が積極的に参加している。 | B | B |
| | | 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) | | 年に一度ニーズ調査を実施されご利用者の満足度を把握しています。その結果がニーズ調査改善委員会にて分析され、分析の結果が事業所のサービスの改善に繋がっていました。施設サービス向上委員会が各委員会等の部門ごとのテーマを収集し、協議する体制を整備されています。協議の結果も各部署にフィードバックして共有できるようになっていました。開設以来、独自の自己評価表を定めています。定期的に評価の結果を分析・検討して、サービス提供の課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させていました。開設後3年以上経過し、今回が初めての第三者評価の受診です。 | | |