

アドバイス・レポート

令和3年12月9日

令和3年10月1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

特に良かった点とその理由(※)	通番8 質の高い人材の確保 人材募集やその育成について法人ホームページに公開しています。EPA（経済連携協定）に基づく外国人介護福祉士候補者にも早くから理解を示す等、法人に必要な人材を確保することに取り組まれています。さらに介護福祉士資格の取得を支援している貴法人の人材育成は大いに評価すべきものがあります 通番17・20 アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し ケアプランの基本PDCAサイクルを時系列で分かりやすく作成されています。実際のサービス提供までの経過の記録、月1回のカンファレンスで見直されたケアプラン等、帳票類も整備されていました。計画作成担当の介護支援専門員その他職種との意見交換、プラン変更で早い対応ができていた状況が確認できました。またリハビリ計画書へのご利用者、ご家族の承諾、署名も揃っていました。ご利用者個々との関りを支援経過記録に記録し、多職種間で情報共有されてタイムリーな対応ができていました。 通番39 評価の実施と課題の明確化 自己評価については全国社会福祉協議会版を活用して施設の運営全般について網羅的に振り返る機会とし、課題の客観的評価に活用されてバランスのとれた運営を心掛けられています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	通番5・6 法令遵守の取り組み・管理者によるリーダーシップの発揮 施設内で必要な法令のリスト化の確認ができませんでした。管理者が自らの役割と責任について表明した文書の確認ができませんでした。 通番14 地域への貢献 地域への取組についてはコロナ禍で参加や活動を控えています。 通番22 業務マニュアルの作成 法人本部で作成されたマニュアルを元に施設独自の服薬マニュアルが作成されていますが、他の業務マニュアルも含めて見直しの記録が確認できませんでした。
具体的なアドバイス	通番5・6 法令遵守の取り組み・管理者によるリーダーシップの発揮 法令のリスト化が求められます。広報誌、法人のホームページ等で施設長の役割と責任について表明することをお勧めします。 通番14 地域への貢献 コロナ禍も2年近く経過し、制限・自粛の時期から出来る事から始める時期になったと考えます。近隣の小学校で「認知症サポーター養成講座」を予定されているとお聞きいたしました。地域のニーズを把握され、交流・貢献できることから再開されることを期待いたします。例えば、BCP（事業継続計画）に定めた災害時や感染時のシミュレーションを地域と共同して実践する等も一つの方法かと考えます。 通番22 業務マニュアルの見直しについて 法人本部で作成されたマニュアルが、各施設に配布されていますが、見直しの基準、システムの構築が求められます。その一例として、1年に1回定期的に見直しをされた結果が分かるリストの作成等があります。

※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	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)	短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和 3 年 10 月 27 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。	A	A	
	(評価機関コメント)		法人で理念が定められているほかに、マリアンヌでも施設理念が定められ、施設内の目に付く所に掲示されています。職員にも周知され、それを行動規範にされています。法人での決定事項、会議の案件の取り決めについては議事録等で閲覧できるようになっています。			
(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)		法人内のみならず、施設内にも数多くの会議体があり、案件がプロセスを経て決定されています。事業計画を受けてそれぞれの職種で業務目標が定められ、多職種が協働してサービス向上を目指し、各自が日々改善意識を持って日常業務に励まれています。			
(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。	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)		各法令のリストが確認できませんでした。法人発行の健祥会・緑風会だより、施設ブログ等で、施設管理者の職員に対する役割と責任の表明が確認できませんでした。管理者が各職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価、見直しするための資料が確認できませんでした。管理者は毎日、施設内を巡回して職員とコミュニケーションをとり、業務の遂行状況等を確認されています。			

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
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	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)		職員採用が難しい中で EPA（経済連携協定）の経験から、今後の外国人介護労働者の受け入れに早くから取り組まれています。またその人材育成においてもキャリアデザインプログラムを法人ホームページに公開し、各職員に研鑽を促しています。実習生受け入れはコロナ禍のため、行われていません。		
(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、スタッフ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)		管理者は職員の勤務状況を常にチェックし、ストレスチェックも実施して適正に勤務できるように配慮しています。福利厚生制度については、海外旅行の実施等の例があるほか、職員食も福利厚生面を考慮して安価に提供されています。		
(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	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	B
		(評価機関コメント)		コロナ禍における制約もあり、地域の活動への参加は控えられていました。また、認知症サポーター養成講座についても同様に自粛されていましたが、令和 3 年 11 月に近隣の小学校にて実施予定とお聞きしました。		

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
Ⅲ 適切な介護サービスの実施徹底						
(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）		事業所でのご利用者の様子はホームページ上のブログでの紹介、年 1 回更新している施設パンフレットへの掲載や四半期毎のマリアンヌ便りのフロア毎での作成により情報提供を行われています。		
(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）		入所定員 120 名全てユニット型個室で、ご利用前の重要事項説明書において料金の説明を丁寧に行われています。また、成年後見制度をご利用の方も入所されていて、適切に紹介・手続きされていました。		

(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。	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)		PDCA サイクルに則り、一人ひとりのケアプランが作られて運用されていることを確認いたしました。個別援助計画の見直しは月 1 回のカンファレンスで行われています。		

(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)		他職種との連携については、概ねしっかりとできていますが、自施設の医師への相談や判断を仰ぐことについては、医療職（看護師）を介して行われているとのことでした。		

(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		マニュアルの見直しの記録が確認できませんでした。各ユニット、フロアの介護担当が日々記録する書類、多職種が記録する書類等が確認できました。尚、介護支援経過記録については多職種で経時的に記録されていて分かり易いものになっています。		

(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、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。	B	A
(評価機関コメント)		感染症対策は基本的なことは全て行われていました。物品整理等については専用室や倉庫を確認できました。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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。	A	A
(評価機関コメント)		事故発生時、緊急時、災害時のマニュアルと BCP は作成され、近くに桂川もあることから河川の氾濫を想定した水害及び地震想定訓練を年 2 回実施する等、防災意識の高い取組をされていました。		

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
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	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)		施設理念のうち人権に関する「利用者様の基本的人権を尊重し、いたわりと敬意をもって支える」を朝礼で唱和しています。身体拘束廃止委員会を設置して身体拘束廃止研修会、虐待防止研修会を開催し、参加できなかった方には資料での回覧をする等、全ての職員への周知に取り組まれています。 同姓介護を基本としてプライバシーへの配慮を心掛け、「福祉サービス提供に関するセルフチェックシート」によるアンケートを職員に実施して日頃のケアの振り返り、職員の気づきを促す機会とする取組をされています。		
(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てている。	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)		意見の受付は福祉サービス苦情解決実施要綱に基づき「相談苦情受付記録」「解決記録簿」に記録して苦情処理委員会にて解決へのプロセスを検討されています。受付けた内容は事業報告書を施設に掲示し、閲覧できるように具備されています。		
(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てている。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		月に 1 回施設サービス向上委員会を開催し、ユニット毎の取組について意見交換する場としています。取り組んだ成果を法人の年間取組発表会にて共有されています。第三者評価の全社協版を活用し自己評価をされています。		