

アドバイス・レポート

令和6年11月18日

令和6年9月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ミストラル介護センター綾部）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>○事業計画の策定と見直し 法人では、「100年続く企業」を目指し中期経営計画（2022年1月～2024年12月）を策定されています。創業の精神として「わたくしたちは、きめこまやかな福祉サービスを提供し、誰もが安心して暮らせる、やさしい社会（地域）づくりに貢献します」と明文化しています。中期経営計画に基づき、事業所で「3か年計画達成に向けた施策」を策定するとともに、「ミストラル介護センター綾部事業計画」を策定しています。事業計画策定にあたってはスタッフ会議や管理者会議で職員の意見を反映しています。事業計画では、職員の専門性を高め属人化している業務の見直し、自立支援を目指したサービス提供など具体的に課題を明らかにし、課題に対して具体的施策（「その人を知る」「3つの聞く」「手から手へ」「学びをとめない」など対策12項目）、人員計画、設備計画を策定しています。事業計画の達成状況は、毎月15日と30日に確認をおこない、その都度必要であれば修正をおこなっています。12月決算により、年末に事業計画総括（出来たこと・出来なかったこと）をおこない、達成状況、課題、具体的施策を踏まえ次年度の事業計画を策定しています。</p> <p>○アセスメント～訪問介護計画書～モニタリング アセスメントはケアマネジャーからの基本情報を基に、本人や家族との面接で本人の生活歴、心身機能、意向などを把握し、法人独自のアセスメントシートに記入しています。アセスメントに基づく訪問介護計画書には、本人、家族の意向が反映され、課題に対しての目標、達成に向けた具体的支援内容や本人が取り組む内容も明記しています。また、利用者がその能力に応じ自立した生活を目指せるように、自立支援に則した内容となっています。訪問介護計画書を作成にあたっては、理学療法士、作業療法士や医師などの専門職からの意見を反映させています。モニタリングの基準には、本人、家族の意向確認と職員からの情報収集、計画の実施状況、目標の達成状況、満足などを明記し、サービス提供責任者が毎月1回、自宅を訪問し利用者や家族の満足度を高める努力をされています。</p> <p>○事故に対する意識の高さ 事故が発生した時の対応マニュアルは整備されています。事業所内で年間研修計画に基づき事故再発防止、事故対応についての研修もおこない、職員の事故に関する意識を高めておられます。事故発生後は速やかに対応され事故報告書は適切に作成されています。事故の概要、対応、原因、事故再発防止策をカンファレンスで検討しスタッフ会議や社内報「ミストラル」で職員に周知されています。また、後日、事故の再発防止策が適切であったか、妥当であったかを、1か月、3か月と期間を設けて評価がおこなわれています。職員全員が利用者を守っていく姿勢がうかがえます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業所以外の第三者の相談窓口の設置 重要事項説明書にサービス内容に関する相談及び苦情について明記され、利用者や家族に周知されています。事業所や事業所外の相談及び苦情窓口は明記されていますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○事業所以外の第三者の相談窓口の設置 苦情解決の体制として、事業所とは別の第三者として、利用者や家族からの相談や苦情を聞き、日常的な状況把握と意見傾聴をおこない、苦情などに対する意見を事業所の苦情受付担当者や苦情解決責任者に通知し、助言をおこなうためにも事業所以外の第三者の相談窓口の設置を望みます。</p> <p>※ミストラル介護センター綾部は、利用者を大切に、職員を大切にされている事業所です。利用者アンケートでは、職員に対して、「いつも笑顔」「明るい方ばかり」「親切」「感謝」の意見が多くありました。職員のヒアリングでは「働きやすい」「長く勤められる」「相談しやすい」「休みが取りやすい」などと、働きやすい環境であることが確認ができました。経営理念や運営方針では、「7つの約束」「私たちの信条」「行動の基本」を明文化され、利用者や職員を大切にする姿勢が伝わります。</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	2671800189
事業所名	ミストラル介護センター綾部
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護
訪問調査実施日	令和6年10月25日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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思決定を行い、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)		通番1. 経営理念や運営方針は、重要事項説明書やパンフレットに明文化するとともに事業所内に掲示している。職員は理念、運営方針を記載した身分証を身に付けてサービスをおこなっている。毎月発行している社内報「ミストラル通信」に企業理念の実践目標を掲げ職員に配布し、毎月のスタッフ会議で経営理念や運営方針を職員に周知している。利用者や家族には、利用契約時に重要事項説明書を用いて説明をしている。 通番2. 運営に関する決定事項は、株主総会⇒取締役会⇒プロジェクト会議⇒管理者会議⇒スタッフ会議で周知されるとともに、社内報「ミストラル通信」でも周知している。事業所を取り巻く社会福祉の動向は、厚生労働省の分科会や綾部市事業者連絡会、綾部市介護支援専門員会へ参加し把握、分析をおこなっている。職員の意見はスタッフ会議や管理者会議で検討し本部へ上申する仕組みとなっている。職員の職務に応じた権限は、組織図や職務分掌表で明確にし適正な事業運営をおこなっている。			
(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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番3. 法人で中期経営計画（2022年1月～2024年12月）に基づき、事業所で3か年での達成に向けた施策を策定し、さらに、単年度事業計画を策定している。事業計画では、職員の専門性を高め属人化している業務の見直し、自立支援を目指したサービス提供など具体的に課題を明らかにしている。スタッフ会議で出された意見（パソコンの入れ替え、Wi-Fiの整備など）は事業計画に反映している。利用者や家族には、毎月のモニタリング訪問時やサービス担当者会議の場で、事業計画の内容を説明している。 通番4. 事業計画で明らかにした課題に対して具体的施策（対策12項目）、人員計画、設備計画を策定している。事業計画の達成状況は、毎月15日と30日に確認をおこない、その都度必要であれば修正をおこなっている。12月決算により、年末に事業計画総括（出来たこと・出来なかったこと）をおこない、達成状況、課題、具体的施策を踏まえ次年度の事業計画を策定している。			
(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)		<p>通番5. 法令遵守責任者は事業部長であり、毎月、年間計画に沿って研修をおこなっている。参加していない職員には伝達研修をおこなっている。介護保険法など運営にかかわる法令はファイル化し、事務所のカウンターに設置して誰もがいつでも閲覧できるようにしている。また、ジョブメドレー（動画研修）の受講や社内報「ミストラル通信」で法令に関する知識を付与している。</p> <p>通番6. 管理者は自らの役割と責任ついて組織図や職務分掌表で明らかにしている。毎月1回開催する管理者会議やスタッフ会議に参加し、サービスの実施状況など議論をしている。管理者は年1回の面談で職員の意見を聞く機会とし、サービス調整や訪問スタッフの調整をおこなっている。管理者は自己評価で自らの課題、気づきを明らかにしている。</p> <p>通番7. 管理者は事業所内で勤務し、事業所を離れる場合は携帯電話を所持し、いつでも連絡が取れる体制となっている。管理者は日々のサービス実施状況を支援経過や訪問記録や共有ノートで確認している。管理者は事故などの緊急時には、スタッフから連絡を受け、看護師やケアマネジャーに連絡し、指示を仰ぐ体制となっている。</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
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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)		<p>通番8. 経営理念に期待する職員像として「7つの約束」「行動の基本」を明確にしている。職員の採用、異動、昇格などの人事に関する基準は法人で定められ職員に周知している。人事評価制度に基づき、年3回（夏・冬の賞与前、4月の昇給前）個別面談（一次・二次）を実施し成果や貢献度を評価している。毎年、12月に自己評価シートに基づき自己評価をおこない、自ら今期の振り返りと次年度に向けた目標設定をおこなっている。</p> <p>通番9. 法人本部で必要な人財（法人では「材」ではなく、人は財産の意味で「財」を使っている）人員体制に関する計画を策定している。採用については、有資格者や業務経験者を優先し「ミストラルで働きたい」「経営理念に共感できる」人財を中心におこなっている。介護職員養成事業を実施し、受講生の中から雇用につながるケースも多くある。事業所の情報は、ホームページ、インスタグラムやTikTok（動画ツール）で発信している。</p> <p>通番10. 法人本部で年間の研修計画を立てている。キャリアパスに基づき、毎月、職位ごと、テーマごとに計画され、年度ごとの研修実績をまとめている。外部研修は情報を入手し職員に参加を促している。受講料や交通費は法人負担とし、出勤扱いとしている。新規スタッフ採用後のフォローアップ研修は、入社後1か月、3か月、6か月に実施し、また、面談をおこない、不安や悩みを聞き取り、レベルアップにつなげている。</p> <p>通番11. 実習生受け入れに関するマニュアルや実習プログラムを作成している。福知山淑徳高校福祉系列の学生の初任者研修実習の受け入れをおこなっている。また、京都府立福知山高等技術専門校の生徒の実習も受け入れている。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分に休む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>通番12. 有給休暇の取得率や残業時間の管理は法人本部で管理し、事業部長も把握し働きやすい労働環境を整えている。職員のヒアリングでは、「休みや有給は取りやすい、働きやすい環境」と確認ができた。職員の就業状況や意向、悩みの相談は、人事労務担当者が窓口となっている。育児休業法や介護休業法に基づき、育児休暇、介護休暇を取得している職員の実績がある。時短勤務やパート勤務などワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みをおこなっている。介護負担軽減対策として、スライディングボード、車いす、特浴を活用している。</p> <p>通番13. 法人本部の産業医が配置され、職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のためのカウンセラーによる相談体制が整っている。組織や上司に対する要望や不満は法人本部の人事労務やお悩み担当者、衛生委員会が窓口となり、対応・解決する仕組みとなっている。福利厚生は健康診断やインフルエンザ接種の一部負担があり、月末にはヘルパーにお菓子を配っている。職員の休憩は研修室を利用し、職員のヒアリングでは「しっかり休憩ができています」と確認できた。ハラスメント防止対策に間する指針を整備し、ハラスメント防止のポスターを事業所内に掲示するとともに研修も実施している。また、ハラスメント防止相談救済フロー図も作成されている。</p>		
(3) 地域との交流						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A

地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	非該当	非該当
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		<p>通番14. 企業理念の中に「地域社会から信頼を得られるよう行動します」創業の理念の中に「誰もが安心して暮らせる、やさしい社会（地域）づくりに貢献します」と明文化している。2か月に1回開催される、同法人のグループホームが主催の運営推進委員会に参加し、地元公民館長、民生委員、西部地域包括支援センターの職員に事業所の情報を発信し地域ニーズの把握に努めている。また、隣接する西部地域包括支援センターが開催する、地域ケア会議や事例検討会で地域の課題やニーズを共有している。</p> <p>通番15. 非該当</p> <p>通番16. 豊里地区の歴史を見て回る、町歩きウォーキングに職員が救護係として参加したり、地域の敬老会に看護師が参加し、地域住民の困りごとの相談を受けている。地域の有志が主催のボランティアサロンの健康体操に参加し地域ニーズの把握に努めている。また、地域の運動会、文化祭、スポーツ協議会で、地域ニーズを把握しサービスにつながった事例がある。</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	17	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)		<p>通番17. 事業所の情報は、ホームページ、パンフレット、広報誌にわかりやすく説明している。料金は「重要事項説明書」に詳しく記載され、内容の見直しも適宜おこなわれている。訪問介護利用の問い合わせには、介護保険制度、サービス利用開始手順等の説明と共に、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所への相談方法を説明している。記録は全て保管をしている。</p>				

(2) 利用契約				
内容・料金の明示と説明	18	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)		通番18. サービス提供開始時には、契約書、重要事項説明書でわかりやすく説明し、同意を得ている。保険外サービスについては別紙作成したパンフレットを用いて説明を行っている。料金や個人情報保護についても「重要事項説明書」で詳しく説明をおこない、同意を得ている。電磁的方法での交付例は今のところはない。成年後見制度による代理人契約もあり、サービス開始後も日常生活権利擁護について、パンフレットの活用、綾部市社会福祉協議会へ紹介などの取り組みをおこなっている。		
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職 (OT/PT/ST等)・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	22	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)		通番19. ケアマネジャーからの基本情報を基に、本人、家族から生活歴、心身の状態、意向の確認をおこない、法人独自のアセスメントシートに記入している。介護ソフト「介舟」に、目標、対応内容、支援経過等を詳細に記録している。計画の見直しは「私たちと出逢って良かったと思われる支援チームをみんなで目指す」を目標に掲げ、6ヶ月目と急な状態変化の時などの基準書を作成し、実施している。毎月のモニタリングは、作成した基準書に基づいて、サービス提供責任者が訪問しておこなっている。本人、家族の意向を確認し、見直しが必要な時にはケアマネジャーに連絡し、本人、家族、全職種が参加するサービス担当者会議に参加している。 通番20. ケアマネジャーが作成する居宅サービス計画書を基に、利用者、家族の意向を確認し、訪問介護計画書を作成している。目標を明記し、自立支援に向けて本人が取り組む内容、本人とともに取り組む内容が記載され、本人、家族の同意を得ている。 通番21. サービス担当者会議で、OT・PT・医師等専門職の意見を聞き、計画を策定している。会議以外でも、医療的意見は、ケアマネジャーを介しておこなったり、一緒にサービス提供をおこなう看護師や、通院支援の時に医師から直接情報を得ている。 通番22. モニタリングの基準には、本人、家族の意向確認と職員からの情報収集、計画の実施状況、目標の達成状況、満足度などを明記し、サービス提供責任者が毎月1度自宅を訪問しておこなっている。その結果をケアマネジャーに報告している。計画が変更された場合には、連絡ノートで周知を図り、急ぎの時は電話での連絡もしている。確認した職員はサインをしている。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	B	A
(評価機関コメント)		通番23. 入院時には、ケアマネジャーからの要請に応じて、家族の同意を基に、支援経過を提出している。退院時はカンファレンスに参加し情報を収集している。地域の関係機関の事業所リストを作成し、書庫に保管し、職員がいつでも見られるような体制が整っている。地域包括支援センター主催の事業者連絡協議会、地域ケア会議等に参加し、地域が抱える課題（独居で孤立がちな人、徘徊されがちな人等）について、早い段階での解決を目指して取り組んでいる。 通番24. 契約時に「基本的に介護に関するすべての相談に応じる」ことを伝え、必要な心身の情報等を所定の「ご利用者情報提供書」に記入し、ケアマネジャーに提供する仕組みがある。施設入所などの相談がある場合には、ケアマネジャーに報告し施設関係者へ紹介をおこなっている。サービス終了後の相談には管理者が中心となり、対応する体制が整っている。		
(5) サービスの提供				

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		<p>通番25. 業務マニュアルにはプライバシーに配慮した内容が細かく記載され、職員がいつでも確認できるように、カウンターに置かれている。マニュアルに沿った対応が出来ているかは、職員が毎回チェックをおこなうと共に、管理者が定期的に訪問し、業務チェック表を確認している。苦情・ヒヤリハット・事故報告等を基準に年に1回マニュアルの見直しをおこない、日々の実践に於いて、気づきがあれば、カンファレンスを開催し、部署会議で検討し見直しに至ることもある。おむつの使用方法などで見直した例がある。</p> <p>通番26. 帳票類の保管・保存・持ち出し・廃棄方法などは文章規程に明記されている。書類を持ち出す際は、「持ち出し表」に記入している。ICT機器管理はパスワードで管理している。職員への個人情報の取り扱いについての研修は、新たに介護サービスの記録システム「介舟」の導入時もおこなった。また、個人情報保護の観点の教育も毎年実践している。家族や利用者には「個人情報保護規程」の書類を用いて説明し、同意を得ている。</p> <p>通番27. サービス利用者の状況変化は、支援経過に詳しく記載し、連絡ノートにも記載している。それらを回覧し情報共有を図っている。早急に情報共有が必要な場合は電話でもおこなっている。ヒヤリハットの対策などは記録ファイルの回覧で周知を図っている。カンファレンスで出された意見は会議録に記載し、参加できなかった職員は会議録で確認しサインをしている。</p> <p>通番28. サービス提供時には、実施記録の控えや共有ノートを活用している。ノートには身体の状況、気が付いたこと等を記入し、関係機関や家族と情報共有をおこなっている。家族にもノートに情報を記入していただき情報を収集している。独居の方には、家族に電話をしたり、帰省に併せて訪問する等で、情報の共有を図っている。訪問先で独自のノートに身体の状況、つぶやきなどを記入し、家族が訪問時の様子を確認しやすい様になっている。職員は出勤時に申し送りノート、ケース記録を確認している。直行、直帰の職員には電話で連絡をしている。</p>		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		<p>通番29. 感染症マニュアル、手順書を作成し、最新の情報入手時にはマニュアルの見直しとともに全職員を対象に研修をおこなっている。訪問時の必要キット（マスク、ガウン、ゴーグル、手袋など）を常備し、職員は必要な備品を確認し、訪問している。感染力の強い感染症に対する、事業継続計画（BCP）を策定し計画に沿った対応ができるシステムを策定している。新型コロナウイルス感染症等に対して、発生時対応、二次感染予防などを計画に沿って速やかにおこなえるように、研修、訓練を実施している。出勤前の検温、出勤時の検温、手洗い、消毒、マスク着用、携帯消毒スプレー常備などを感染防止対策として現在も継続しておこなっている。</p> <p>通番30. 衛生委員会が主体となり、清掃・消毒・害虫駆除などの取り決めをおこない、職場の感染予防・環境整備に職員全員で取り組んでいる。清掃は職員が交代でおこない、トイレなど共有部分の清掃は、当番表で点検をしている。事業所内の物品は整理整頓され、安全への配慮がされている。また館内全体が清潔に保たれている。空気清浄機を設置し換気にも配慮し、不快な臭気は全く感じられない。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>通番31. 事故及び緊急時の対応マニュアルにフローチャートが作成され、指揮系統を明確にしている。事故及び緊急時に対する研修、訓練は、年間計画に組み込まれ、消防署によるAED訓練、救急救命講習にも参加している。事故や緊急時における対応は、社内報「ミストラル通信」を職員に配布し周知している。</p> <p>通番32. 事故・ヒヤリハットの違いについては、マニュアルに明記している。事故が発生した場合、管理者及び事業部長は現場を確認し「なぜ事故が起きたのか？」を検証している。事故防止に関しては、カンファレンスをおこない改善策の検討を実施している。改善策については、1ヵ月、3ヵ月と期間を設け評価をおこない、PDCAサイクルが確立されている。</p> <p>通番33. 災害発生時のマニュアルは作成され指揮命令系統を明確にしている。災害時の利用者及び職員の安否確認については、グループラインや電話を使用し、実践的な訓練や研修がおこなわれている。食料の備蓄に関しては、年1回、確認がおこなわれ、リスト化されている。地域との連携は、運営推進会議でおこなわれている。</p> <p>通番34. 自然災害、感染症拡大時に関するBCPが作成され、年2回の研修と年1回の訓練が実施されている。綾部事業所は、行政と連携し福祉避難所に指定されている。また、事業所一帯は、高浜原子力災害対策重点区域に指定され、有事に備えて避難計画を策定している。</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

IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

人権等の尊重	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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)		<p>通番35. 経営理念、運営方針に基づいた研修を通じ、「利用者の尊厳の保持」の意味が職員に周知されている。プライバシーの保護に関しては、「常に利用者の立場に立って提案行動する」という経営理念、運営方針が徹底されている。尊重や基本的人権については、繰り返し研修を実施し、意識付けがおこなわれている。</p> <p>通番36. 虐待、身体拘束に関しては、マニュアルに基づいた研修を繰り返しおこない、身体拘束適正化委員会のもと、管理者を中心に継続的な啓発がおこなわれている。スタッフの接遇に問題があれば、尊厳を再学習する「不適切なケアチェックリスト」に基づいた研修をおこない、自らの行動を振り返っている。</p> <p>通番37. プライバシーの保護、羞恥心への配慮については、マニュアルに基づいた研修がおこなわれ、新人研修にも組み込まれている。実際のサービスの場面でも、排泄介助の際はカーテンを閉めたり、清拭の際は、必要な場所以外はタオルで隠す等の配慮がおこなわれている。利用者からの意見で、送迎車両に貼り付けた事業所名入りのステッカーを外すなど、利用者の意見も積極的に取り入れている。</p> <p>通番38. 原則、利用申し込みは断らない方針であるが、利用者数などで受けられない場合はケアマネジャーと相談し他事業所に紹介する体制である。支援困難ケースに関しては、ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携し、支援をおこなっている。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
-------------	----	--	---	---

意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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	B
(評価機関コメント)		<p>通番39. 訪問時やサービス担当者会議で、利用者や家族の意見や意向を確認するだけでなく、利用者や家族からの意見や要望に対しては、随時、的確な助言や提案をおこなっている。自ら意見を明確にできない利用者に対しては、ケアマネジャーを初め、家族や近隣の住民にも意見を求め、情報収集をおこなっている。また、年1回、アンケートを実施し、意見や要望を聞いている。</p> <p>通番40. 利用者から意見・要望があった場合は、管理者やサービス提供責任者が自宅を訪問し、確認をおこなっている。重要事項説明書に苦情処理体制を明記し本人や家族に説明している。意見・要望に関してはカンファレンスをおこない改善策を検討し、記録に残すとともに、運営推進会議で報告されている。</p> <p>通番41. 重要事項説明書にサービス内容に関する相談及び苦情について明記し、利用者や家族に周知されている。事業所や事業所外の相談及び苦情窓口は明記しているが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていない。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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)		<p>通番42. 毎年1回アンケート調査を実施している。結果は管理者会議、部署内会議で検討し、サービスの質の向上につなげている。また、調査前後でどの様にサービスが改善されたかは、カンファレンス記録に残されている。</p> <p>通番43. 毎月、管理者会議、部署内会議が開催され、自立支援を意識したサービスや専門性を高めていくための議論をしている。参加できない職員には議事録を通じて情報共有が行われている。法人内の神奈川エリアで運営している事業所の取り組みを参考にすることもある。</p> <p>通番44. 年1回、事業所独自の自己評価を実施し、サービス内容の評価及び見直しをおこなっている。また、毎月、事業部長と管理者がサービスの現状把握をおこない、課題や改善策を検討している。3年に1度第三者評価を受診し、サービスの向上につなげている。</p>		