

アドバイス・レポート

平成25年2月27日

平成25年1月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 株式会社ミストラルサービス ミストラル介護センター様につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスさせていただきますので、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>1 地域への貢献はよく努力されています。 (理由)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護養成研修や雇用支援の公的介護講座等を受託し、地域の介護サービスを提供できる人材育成に貢献されています。 ・行政との連携を継続的に取られており、高校の体験学習の受け入れや市主催の介護にかかわる市民研修の講師等もされ、地域の方々が介護に興味を持っていただけるような取り組みをされています。 ・地域に広く相談援助ができるように、主任ケアマネジャーを中心とした支援体制を設けています。 <p>2 組織の人材育成に積極的です。 (理由)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー養成研修等のノウハウを活かし、全職員対象の現任者研修や介護福祉士及びケアマネ受験対策講座を開催し、職員は積極的に参加してレベルアップを図っています。 ・養成研修講師が事業所の職員であることが多く、養成研修生・採用・新採時育成と一連の流れで係わり、スーパービジョンを行う体制にあります。また、日常的・横断的にスーパーバイズできる状況にもあります。 ・訪問介護のOJT同行は、新任者の不安が無くなるまで何度でも教官ヘルパーが付き添い、安定的なサービスにつながっています。 ・職員の外部研修や研究会への参加は積極的で、他の職員に内容を共有し、組織の新たな質の向上につながっています。 <p>3 介護サービスの基本方針に基づき、組織は効率的な運営ができています。 (理由)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分掌と各種マニュアルによる運営管理が行われ、理念に基づいた組織運営の体制が確立しています。 ・会議は体系的に行われ、透明性が確保されています。 ・経営責任者はリーダーシップがあり職員から信頼を得られています。 ・貴事業所は、チームワーク良く風通しの良い職場環境を心掛けられ、受付・事務・各事業部が同室にあり、部署をまたがっての連携が取られています。 |
|-----------------------------|---|

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1 職場は明るく話しやすい雰囲気、職場内で悩みや不安を受け止める体制はありますがカウンセラーや対人援助の専門職は確保されていません。</p> <p>2 苦情はサービスの質を高める原動力と捉え、迅速・積極的に対応されていますが、その結果を公表されていません。</p> <p>3 サービス向上のための取り組みは積極的に行われていますが、組織横断的に質の向上にかかわる検討体制は特に設置はされていません。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1 労働環境は、労務管理を確実に実施され、事務系残業削減「ノー残業デー」を取り組まれる等、努力されています。悩みや不安は「衛生委員会」にて受け止める体制がありますが、広い地域に勤務する非常勤ヘルパーも含め、職員の悩みやストレスを解消するための方法として、メンタルケアの専門職の確保等をお勧めします。</p> <p>2 組織内の管理体制はよく機能しており、利用者の意向には迅速に対応され、苦情の処置や改善が図られています。さらに改善された課題等は個人情報保護に配慮しながら公開されることも事業所の姿勢として大切だと思います。</p> <p>3 利用者満足度を把握し、また積極的に他の事業所の情報収集に努められていますが、サービスの質のための検討委員会は設置されていません。是非、サービスの質について論議する場を組織でご考案下さい。またヘルパーアンケートにて非常勤ヘルパーの声を聞いておられますが、ヘルパー会議開催も今後、視野に入れて頂ければと思います。</p> <p>○ ヘルパーの自己課題に対しては、個別評価・点検の取り組みをされていますが、項目をもっと細分化されると自己の達成度や取り組み方が分かりやすいと思います。</p> <p>(所感)</p> <p>○ 組織は地域のニーズに応えるために、昨年4月に「認知症対応型施設」の開設等、新たな展開をされています。きめ細やかな福祉サービスの提供により、誰もが安心して暮らせるやさしい街づくりに貢献されている貴事業所です。一人一人の心豊かな暮らしを支える専門家としての更なるご発展に期待しています。</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 | 2672600034 |
| 事業所名 | 株式会社ミストラルサービス ミストラル介護センター |
| 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) | 居宅介護支援・訪問入浴介護 介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴 |
| 訪問調査実施日 | 平成25年1月25日(金) |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人きょうと介護保険にかかわる会 |

| 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) | | ○組織の理念や運営方針はスタッフに浸透し、十分な理解のもとにサービスが提供されています。 ○組織の体制は整備され、運営は透明性の確保が図られ一体的に運営されています。 | | | |
| (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) | | ○事業計画は、営業分析や課題をふまえて運営機能別に策定されています。 ○部門ごとの課題達成目標については、3カ月ごとに自主点検し、達成困難事案については上部によりフォローアップされています。自己課題は1年に1回評価・点検をされています。 | | | |
| (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 | 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) | | ○遵守すべき法令等について、全職員に書面配布や研修にて理解の徹底を図られています。 ○経営責任者は公正・適切に意思決定し、事業運営をリードされています。 ○マニュアルが整備され、トラブル等に対しては迅速に指示や対応が行えています。 | | | |

| 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) | | ○人事方針を基本に、多様な人材確保に努力されています。 ○事業所内で資格取得のための講習会等を開催し、職員のレベルアップが図られています。 ○社会的責務の一つとして実習の受け入れを積極的に行い、体制も整備されています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | ○労務管理は確実に実施され、職員の体調不良時には利用者への接触を控える意味でも休暇取得を奨励しています。 ○メンタルケアの産業医やカウンセラー等との契約は現在されていません。 | | |
| (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、利用者や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) | | ○事業所の情報を、ホームページのブログや地域の広報誌掲載にて開示され、市役所窓口にパンフレットを設置されています。 ○市民研修の講師派遣等、地域に貢献されています。 | | |
| 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 |
| 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) | | ○ホームページ・パンフレット共に表や写真入りで分かりやすく、必要な情報は十分提供できています。 | | |
| (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られています。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ○サービス内容や料金についてはわかりやすく説明され同意を得ています。 | | |

(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) | | ○アセスメントは心身・生活共に適切に状況を記載し、把握されています。 ○サービス担当者会議は退院時以外は殆ど利用者宅で開催されています。 ○訪問介護計画の策定は、ケアマネジャーからの情報や介護計画と、専門家の意見情報も反映されています。 ○利用者の状況の変化を迅速にケアマネジャーへ報告され、必要かつ十分で適切なモニタリングが行われています。 | | |

(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) | | ○ケアマネジャーを通して主治医をはじめ医療関係との情報の共有ができています。 | | |

(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 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | ○業務マニュアルは実務書として活用され、見直しもされています。 ○各ヘルパーはサービス提供時に複写式の訪問記録票と支援経過表に記録し、管理体制も確立しています。 ○利用者の状況や引き継ぎ事項は確実にされています。必要に応じチーム会議を開催し、情報の共有やサービス向上に努められています。 ○利用者宅に連絡ノートが設置され、家族との情報交換が頻繁に行われています。 | | |

(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、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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | ○感染症情報は敏感に受け止め予防対策を取る等、万全な体制づくりをされています。 ○事業所内の清掃は外部に委託し、衛生管理点検をされています。机上や室内は整理整頓され清潔に保たれています。 | | |

(7)危機管理

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 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 |

| | | (評価機関コメント) | | ○緊急・事故・災害時対応マニュアルは整備され、活用されています。全職員による災害発生時の研修や火災訓練を地域との連携を意識し実施されています。 ○些細なことでもヒヤリハット報告書を積極的に提出することで、事故防止や軽減につなげられるよう取り組まれています。 | | |
|------------------------|-----|-----------------------|----|--|------|-------|
| 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 |
| IV利用者保護の観点 | | | | | | |
| (1)利用者保護 | | | | | | |
| | | 人権等の尊重 | 30 | 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 | 31 | 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 | 32 | 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) | | ○利用者の人権や自尊心を尊重したサービスの提供や援助については、勉強会や研修や会議において“振り返り検討”をされ、指導もされています。 ○プライバシーや羞恥心について、常に問題意識を持ってサービスの提供が行えるように組織で教育されています。 ○利用申し込みは全て受け入れています。 | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | | 意見・要望・苦情の受付 | 33 | 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 | 34 | 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 | 35 | 公的機関等の窓口にご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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | ○利用者の意向はアンケートや事業所等の相談窓口や直接希望を聞かれる等で把握し、積極的に受け止め検討されています。 ○利用者の意見・要望・苦情の対応結果や改善された取り組み等は、公表されていません。 ○第三者への相談機会は確保され、クレームは迅速に対応されています。 | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| | | 利用者満足度の向上の取組み | 36 | 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 | 37 | 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。 | B | B |
| | | 評価の実施と課題の明確化 | 38 | 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) | | ○利用者アンケートのチェック項目は毎年検討した項目で調査し、サービスの質の向上に役立てられています。 ○他の事業所の情報収集によりサービスの向上に努められています。月1回の部門会議で質の向上に対する検討をされていますが、横断的に一堂に会して検討する委員会の設置にて更なる充実を望みます。 | | |