

様式 7

アドバイス・レポート

平成 19 年 12 月 3 日

平成 19 年 8 月 23 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
「メディカルケア タカオカ デイサービスセンター」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

評価が高かった点	I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 ① ② ③ (2) 組織体制 ① ② ③ ④ (3) 労働環境 ① ② ③ (4) 課題の設定 ① ② (5) 人材の確保・育成 ① ③ II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 ① ④ (2) 個別援助計画 ①②③④ (3) 利用者等希望の尊重 ① ② (4) 衛生管理 ① ② (5) 危機管理 ① ② III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ① ② (2) 情報提供 ① ② ③ ④ IV サービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決 ③ (3) 評価の実施 ② ③
理 由	1 組織の理念・運営方針 (1) 組織の理念・運営方針 法人は「メディカルタカオカ 6 カ条」を理念に掲げ、理念に沿った「運営方針」と「運営規定」を策定しています。理念は利用者や職員が理解し易いことばで表現し、「契約書」と「重要事項説明書」に明記しています。また、これらを職員室に保管し、常に職員が閲覧できる環境となっています。「通所介護サービスマニュアル」を作成し、理念や運営方針に沿って日常

業務を遂行できるよう、全職員に所持させています。質の高いサービスの提供を目的に、法人を運営母体とする全事業所による年2回全体会議と月1回デイサービス会議を、施設長を含む職員全員参加のもとで行っています。

（２）組織体制

- ・施設長自らが、介護保険制度の理念である「自立支援」に向けたサービス実践に熱意を持って取り組み、新企画の提案や現状の見直し、苦情の解決、運営方針の見直し等を職員とともに協働で行っています。議事録と職員からの聴き取りで窺い知ることができました。「職員ノート」を活用して、職員間の報告・連絡・相談がスムーズに行なわれています。

- ・施設長と責任者は、日常的に利用者に関わっています。「業務日報」に、日々の業務遂行状況を詳細に記録しています。これらにより、施設長と管理者はサービスの実施状況を十分に把握し、職員に対して適切に指示できる体制にあります。

- ・定期的に開催する「全体会」や「職員会議」、「朝礼会議」に責任者は必ず参加し、現場の意見や取組状況を上位「幹部会議」で報告・提案を行っています。全て「議事録」に書き留められています。

- ・利用者の主治医や近隣の医師等と連携を密にし、利用者の身心両面を支援しています。施設長の声かけで始めた「地域施設交流会」で、地域の介護サービス利用者・家族や職員との交流を深め、利用者本位のサービスに向けた取組を進めています。「地域施設交流会」の活動は、地域のさまざまな社会資源を活用し、利用者が安心して暮らしつづける町づくりを目的としています。また、交流を重ねる中で個々事業所のサービスの質の向上を目指しています。

（３）労働環境

- ・職員を基準より多く配置し、専用職員室（休憩室）を確保するなど、労働環境に配慮しています。

職員の業務上の悩みや相談には、施設長や責任者がスーパーバイズしています。職員の聴き取りから窺い知ることができました。

（４）課題の設定

- ・19年度事業計画に「利用者の自立支援」を掲げ、その達成に向けた職種別の目標と課題を打ち出しています。個々職員が専門的な視点に立って、定めた判定基準に基づく点検・測定を行い、目標と課題の達成度を確認しています。実施の様子や経過、成果等がケースファイルに正確に記録されています。

利用者の自立を目的とした支援プログラムに「物づくり」や、

A D L（日常生活動作）・I A D L（手段的日常生活動作）能力の維持・向上のための「機能訓練」、ウォーキング等の「レクリエーション・リハビリ」、麻雀や読書などの「趣味活動」等を用意しています。利用者の意向を尊重し活発に取り組まれています。

（５）人材の確保・育成

・レクリエーション担当に幼稚園教員を採用するなど、介護の専門性に工夫されています。

・外部研修の情報を提供し参加を積極的に奨励しています。

また、職員の業務やレベルに応じた研修に派遣させています。

・新任者には、先輩職員が現場で指導・助言を行っています。実施記録はないが、職員からの聴き取りで確認できました。

職員個々の業務課題を明確に示し、課題達成の状況を把握する手立てやしきみがあります。職員の人材育成において、利用者の“自立支援”を業務課題として明示し、全職員が、利用者一人ひとりの自立に向けた課題に取り組める力を育てています。

Ⅱ 適正なサービス提供体制について

（１）サービスの品質の確保

・「通所介護業務マニュアル」を全職員が所持しています。家族とは「連絡ノート」を介して情報を共有しています。個人ファイルは個人情報保護の観点からロッカーに施錠保管されています。

・月1回定期的に関係者数名の参加による合同カンファレンス（サービス担当者会議）を開催し、サービスの検討と見直しを行っています。会議の内容は議事録に記載しています。

（２）個別援助計画

・個別援助計画は、居宅サービス計画書の「家族の意見」と利用前の面接で聴き取った利用者や家族の思い・意見を尊重した上で、独自のアセスメント表を用いて策定しています。また、「運動機能測定達成基準値」に基づいて、計画の到達目標を設定しています。３ヶ月毎に「A D L 評価会議」で「機能訓練」項目の評価・見直しを、法人母体の「接骨院」の柔道整復師等の専門家を含むチームで行っています。職員は「職員連絡ノート」で情報を共有しています。

（３）利用者等の希望尊重

・意見箱の設置、おためし利用、アンケート調査等により、利用者や家族の意見・要望を聴く機会を設け、検討会議を開いて、集約した意見や要望をサービスの改善に役立てています。

（４）衛生管理

・「衛生マニュアル」と「感染症マニュアル」に基づいて、手洗いの励行、ペーパータオルの使用等、感染対策と予防に努め

ています。「清掃チェック表」を使って、施設、事務所内の整理整頓を行っています。

(5) 危機管理

- ・「緊急時連絡網」や「対応の流れマニュアル」を策定し、責任者・指揮命令系統を明確にして、事故時や緊急時の対応が迅速に行える体制となっています。

Ⅲ 利用者保護の観点について

(1) 利用者保護

- ・利用者の人権や意思を尊重することを、理念や運営方針に明記し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮しています。

- ・個人情報保護の観点から、個人ファイルなどは施錠ロッカーに保管し、退職者にも個人情報保護に関する誓約書を取り付けています。

- ・サービス利用の決定は「判定会議」で施設長や責任者、職員等の合議の上で行っています。また、利用申し込みが受け付けられない人には納得のいく説明をし同意を得た上で、他の施設や事業所を必ず紹介しています。援助の経過を書面に記録しています。

(2) 情報提供

- ・事業所の情報をデイルームの掲示板に掲示し、利用者に丁寧に説明しています。体験利用も随時行っています。

- ・情報開示の請求への対応は契約書に明記し、全職員が対応できる体制となっています。

- ・事業所の情報を、ホームページへ掲載、パンフレットの配布等の方法で地域へ公開しています。事業所が主催する夏祭りや敬老会、日帰り旅行、野外バーベキュー等のイベントに、家族や地域の人々の参加を呼びかけ、意識的に地域との交流を深めています。ボランティアの受け入れやホームヘルパー研修生の実習受け入れ、また、専門的知識や技術、広報や啓発を兼ねた講演を施設長自らが大学で行う等、地域福祉の人材育成に貢献しています。

Ⅳ サービスの質の向上の取組

(1) 苦情解決

- ・苦情に関するマニュアル、手順書に基づいて、契約書に苦情対応窓口や担当者名を明記しています。苦情・意見はマンツーマンで聴き取る他に、アンケート調査、投書箱の設置等で吸い上げ、サービスの改善に努めています。経過を書面に記録しています。

(3) 評価の実施

- ・第三者評価受診をサービス改善の良い機会と捉え、職員全体会議でその意義を周知し、自己評価の実施とサービス改善に向けた研修を行っています。経過を書面に記録しています。

改善努力を要する点	I 健全な組織体制 (1)組織の理念・運営方針 ① (2)組織体制 ① (5)人材の確保・育成 ① II 適正なサービス提供体制について (1)サービスの品質の確保 ① ② (2)個別援助計画 ⑤ (5)危機管理 ① ② IV サービスの質の向上の取り組み (1)苦情解決 ③ (3)評価の実施 ①
理 由	・組織の理念や運営方針等が外部へ公開されていません。事業所の見えやすい場所に掲示し、パンフレットや機関誌、ホームページ等に掲載するなどして、事業所の情報を公開されることが望まれます。 ・組織のボトムアップ、トップダウンの流れや、諸事項の決定ルートを明瞭にするため、組織図や委員会図の作成が必要と考えます。 ・議事録などに、責任者以外の全職員が閲覧・承認したことを証明する押印が必要と考えます。 ・職員の業務上の悩みやストレスについて、施設長や責任者が直接相談や助言をし、成果をあげています。スーパーバイズを制度として確立させるためには、内容を記録に残すことをお勧めします。 ・研修実施に際して、実施記録の整備、研修報告の義務化、伝達研修の実施等が不十分です。研修を体系的に取り組まれることが必要と考えます。 ・マニュアルの改訂を行っておられます。改訂履歴が分かるように、見直しのプロセスや改訂の日付を明記されることをお勧めいたします。 ・個別ケースファイルには、提供したサービス実施項目（入浴、排泄、食事等）は日時を追って丁寧に記載されていますが、サービス提供時の利用者の様子に関する記録が不十分です。個別の援助計画に沿ってサービスが提供されています。サービス実施記録ではなく、介護経過記録として、サービス提供時の利用者の様子が解る内容を記述されると、介護計画とケース記録との整合性が理解し易くなると考えます。 ・入浴・食事・排泄等の基本介護やレクリエーションに関する

	サービスの定期的な見直しが不十分です。入浴・食事・排泄やレクリエーションも自立支援の評価に値すると考えます。利用者の日々の状態や状況を自立支援の観点で捉え、サービス内容の見直しを行うことで、利用者の意欲と生活レベルの向上がさらに図れると考えます。 「機能訓練」の計画書や実施内容が別にファイル・保管されているとのことですが、個人ファイルにも綴じれば、全ての職員が「機能訓練」の内容と成果に関する情報を共有出来ると考えます。 ・アンケート結果や検討内容、改善策などを可能な範囲で公表すると、職員の問題意識が高まり、利用者からの信頼を得ることができると考えます。 ・ヒヤリハット報告書や事故報告書を作成し、データ-の集積は行っています。これを事故再発予防に活用するため、原因や対策方法について分析を行うことが必要と考えます。 ・報告書を全職員が閲覧できる場所に保管されると、全職員の事故再発予防の意識を高めることに役立つと考えます。 ・ 公的機関から寄せられた苦情には管理者が迅速に対応していますが、公的機関の苦情相談窓口を事業所内の分かりやすい場所に掲示し、利用者や家族に周知されることが望まれます。 ・ 利用者満足度調査を実施し、回答を分析の上サービスの改善に活かしています。事業所内に掲示、機関誌やホームページに掲載するなどの方法により、苦情やトラブルの改善状況を公開されると、利用者の理解と信頼が一層得られると考えます。 ・ 自主点検を継続的に実施しています。評価が複数の職員の合議によって決定されることで、自主点検の意義が認識され、事業所のサービス内容の振り返りと改善に大きく活かすことができると考えます。
具体的なアドバイス	タカオカ・デイサービスセンターは、伏見区の古い住宅街の中に位置し、日常的に地域の人々と交流を深めている事業所です。法人の母体は接骨院で、院長が事業所の管理者を務めておられます。施設長は下記の希望を掲げ、利用者の自立への希求に応えておられます。 ①提供するサービスは、専門職による身体の機能訓練を中心とした日常生活動作の自立を目的に行っていきたい。 ②障害自立度を、見守り、部分介助、一部介助、全介助と四ランクに分け、客観的な測定値を根拠に、個々に必要とするリハビリ（機能訓練サービス）を提供していきたい。 ③日常生活動作能力の改善を目標としたリハビリでは、今出来ていることより、より一歩進んだ目標を設定し、レクリエーションにも取り入れたい。

	④ 近隣の三つのデイサービス事業所とともに「事業所連絡協議会」を充実させて、職員間や利用者間の親睦に加え、サービス提供に関する技術交流を図り、職員のスキルアップとより良いサービスに繋げたい。 利用者自身が、はっきりとした目的・目標を持って、タカオカデイサービスを利用されています。利用者からの聴き取りやアンケートの回答から窺い知ることができました。住み慣れた地域で普通に暮らし続けたいという高齢者の願いを実現していただける事業所として、今後一層のご活躍を期待いたしております。
--	--

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670900204
事業所名	有限会社 メディカルケアタカオカディサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成19年9月20日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅰ 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	①	理念の周知と実践 組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		②	運営方針の周知と実践 事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③	運営規程の遵守 事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	①	責任者等の協働 責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		②	管理者による状況把握 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
		③	透明性の確保 責任者等は、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
		④	支援体制の充実 利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	①	労働環境への配慮 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
		②	ストレス管理 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。	B	B
		③	休憩場所の確保 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、必要な設備・備品を備えている。	A	A
	(4)課題の設定	①	重点課題の設定 外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	C	A
		②	業務レベルにおける課題の設定 各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(5)人材の確保・育成	①	質の高い人材の確保 スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		②	継続的な研修の実施 採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	B	B
		③	OJTの実施 スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	B	B
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				25	27

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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	A
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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
		② 事業所内の衛生管理等	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
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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。	B	B
		② 事故の再発防止等	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。	B	B
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				26	28

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	B	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	B	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面に行っている。	B	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				14	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口に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
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	B
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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。	B	B
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	B	B
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				14	16

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	25	27
II 適正なサービス提供体制	26	28
Ⅲ利用者保護の観点	14	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	14	16

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	25/30	83%	27/30	90%
II 適正なサービス提供体制	26/30	87%	28/30	93%
Ⅲ利用者保護の観点	14/20	70%	20/20	100%
Ⅳサービスの質の向上の取組	14/20	70%	16/20	80%

