

様式 7

# アドバイス・レポート

平成元年 12 月 12 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 元年 8 月 2 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>有限会社メディカルケアタカオカは、訪問介護（ヘルパーステーションベガ）と居宅介護支援（メディカルケアタカオカ居宅介護支援センター）を平成 12 年 4 月に開設し、その後同施設内で、通所介護（メディカルケアデイサービスセンター）を平成 13 年 11 月に開設しています。また、府内の与謝野町でも介護サービス事業を展開しています。</p> <p>経営理念を「保険事業と介護事業を通じて、明るく豊かな福祉社会の実現を目指します」と掲げ、経営方針 3 項目、行動指針「メディカルケアタカオカの誓い」として 5 項目を表明しています。利用者個々の要望に添ったサービス内容や利用時間で細やかな配慮をおこなっています。人材の募集に困難さを伴う社会情勢ではありますが、職員数は定数以上を配置して生活介護を提供しています。特に、生活リハビリテーションを中心とした訓練の実施は積極的に取り組み、社会や在宅での生活が継続できるようにサービスの提供に努めています。</p> <p><b>○理念に基づいたサービスの提供</b></p> <p>経営方針のなかで「当施設は、ホスピタリティーマインドに徹し、満足を超え感動を生むサービスを提供します」と表明しています。行動指針では、笑顔での対応や頼まれたことは忘れない、利用者一人ひとりへの声かけなど接遇に対しての方策があり、職員は朝礼時に唱和しています。職員はヒアリングで「利用者の思いを聞き取るようにしており、また、危ないなと思うことは、個人記録に書き連絡ノートで職員間の共有をしており、相談員に連絡しています」と述べています。第三者評価受診に際しての利用者アンケートでは、高い評価を得ています。</p> <p><b>○利用者主体のレクリエーション活動</b></p> <p>レクリエーション活動は、利用者個々のできることや趣味や興味のあることなどを考慮して提供しますが、現在スタンドグラスの創作に取り組んでいる利用者たちがあります。スタンドグラスの作成には下準備が必要で手間がかかるのですが、職員は利用者の笑顔に報われ励んでいます。認知症予防として公文式学習法も実施しています。音読や数字盤を使った計算に取り組み脳機能の維持や改善を目指しています。また、介護サービス外ではありますが、利用者の強い希望</p>
-----------------------------	---

	<p>があり月2回の「買い物の日」を設け、職員はスーパーなどに同行しています。利用者にとって大きな支えであり喜びとなっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>○介護サービス実施計画の充実</b>          通所介護計画書は居宅サービス計画書に基づいて作成していますが、複数の介護課題が1つの目標設定のものや、サービス内容の援助内容の記載が具体性に乏しいものもあり、目標の到達点や介護活動が見えづらくなっています。</p> <p><b>○各種マニュアルの活用</b>          業務マニュアルは作成して、パソコン内で管理しています。一部マニュアル（入浴の手順書）はフローチャートにして、見やすい場所で確認しやすくしていますが、他はすぐに確認できる状態ではありませんでした。</p> <p><b>○ヒヤリ・ハット事例の収集</b>          事故報告はおこなわれており、管理者を中心に原因追及や対応、対策を立て再発防止に努めていますが、ヒヤリ・ハット事例の収集は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>○介護サービス実施計画の充実</b>          居宅の介護支援専門員からのケアプランをもとにデイサービスを提供しますが、事業所でおこなうアセスメントシートからの諸情報を分析して、課題の抽出をおこないます。課題ごとに目標や援助の内容を具体的に立案することで、支援方法が妥当か、目標達成ができるかなど、モニタリングが容易になります。          職員は「利用者が何を求めているか、常に気づきの心をもって業務にあたっています」と述べています。デイサービス会議などで話し合っている利用者の喜ぶことや援助内容の具体的な方法などを通所介護計画書に表記して、介護サービスを提供されることを望みます。</p> <p><b>○各種マニュアルの活用</b>          各種マニュアルは業務を学び振り返りをおこなう教本です。各介護業務マニュアルは冊子としてまとめるなどして、職員がいつでも、すぐに手に取れる場所に設置する必要があります。また、マニュアルの見直しの基準を決め、定期的な見直しをおこない、デイサービスに通う利用者にとって有用な内容の充実を期待します。</p> <p><b>○ヒヤリ・ハット事例の収集</b>          リスクマネジメント委員会があり、ヒヤリ・ハット報告を含む運営規定を作成していますが、多忙な業務のなかで見逃していないかの検証は必要ではないでしょうか。ヒヤリ・ハット事例収集の意義を再確認され、介護事故の予防に役立つ取り組みの実践を期待します。</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。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670900204
事業所名	メディカルケアタカオカデイサービスセンター
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	令和元年 11月12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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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	A
	(評価機関コメント)			1. 経営理念、経営方針、行動指針を定め、パンフレットやホームページに記載している。行動指針「メディカルケア タカオカの誓い」5項目は朝礼時に職員で唱和し実践につなげている。一人ひとりの利用者に声かけのできる職員の育成に努めている。 2. 組織図を作成し、「役職における職務権限および決裁権について」を定め、組織の運営システムを構築している。職員会議や各種委員会、係活動で職員の意見を受け止めている。職員会議での職員の発言は多くはないが、係活動では、学習療法で脳トレーニング運動を取り入れ、物作りやADL体操、買い物外出など職員の創意工夫がある。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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。	B	B
	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)			3. 単年度の事業計画は幹部会議で検討して立案しているが、目標額のみで示している。利用者に多様なサービスを提供し、各会議や各委員会で検討したサービス提供上の課題も事業計画に組み込むことが望ましい。顧客満足度調査はおこなっていない。中・長期計画は策定できていない。 4. 各業務レベルでの課題設定は明確にはできていないが、職員会議で話し合いはおこなっている。リスク・マネージメント委員会、介護技術委員会、認知症介護委員会、デイサービス小委員会などでも課題を設定して取り組んでいる。定期的な課題達成状況の確認や必要に応じての見直しは、今後おこなう予定である。		
<b>(3) 管理者の責任とリーダーシップ</b>						
	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)			5. 管理者は全国健康保険協会の京都支部の委員として研修会に参加し、京都市集団指導やインターネットからの情報など、関係法令の改正の最新情報を得ており、職員に周知している。その際の資料は職員がいつでも閲覧できるようにしている。しかし、事業を運営するうえで関係する広範な法令の把握やリスト化などは不十分である。 6. 管理者は、組織図や職務権限および決裁権についてなどの文書により職責を明記するとともに、すべての会議や委員会に出席してリーダーシップを発揮している。しかし、職員から信頼を得ているかどうかを客観的に把握する仕組みはない。 7. 管理者は、デイサービスでの業務も携わり現状把握をおこなっている。不在時は携帯電話で報告を受けたり指示を出している。業務の実施状況は業務日誌で確認し、報告で把握している。「緊急時対応マニュアル」は作成している。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 人員体制については、基準より多く配置している。採用後の資格取得に対する支援として、勤務調整をおこなっている。資格取得後は資格給を支給している。 9. 各委員会が研修テーマを出し合い、年間研修計画を立て毎月の研修を実施している。外部研修は職員に知らせて希望を聞き介護予防研修などに参加している。また、業務終了時には反省会をおこない職員の気づきを促している。 10. 以前は受け入れマニュアルを作成し、実習生を受け入れていた時期もある。しかし、ここ数年は実習希望者もなく、事業所から各学校へ積極的な働きかけはおこなっていない。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	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)		11. 有給休暇の取得状況は管理者が確認しており、活用が少ない職員には取得するよう促している。育児休業や介護休業は就業規則に定め取得できている。時間外勤務はほとんどない。機械浴設備の導入や階段への移動用車椅子の設置など、職員の負担軽減を図っている。 12. 健康診断は年1回おこなっている。福利厚生として、事業所が加入しているジャンボクラブの割引を旅行などに利用している。互助会があり、忘年会など楽しむ機会がある。ハラスメントについての規定は確認できなかった。職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持に対するサポート体制は今後の課題である。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 事業所理念や概要はパンフレットやホームページに明記し広報している。見学は随時受け入れ、お試し体験もおこなっている。地域包括支援センターからのお知らせなど、活用できる社会資源に関する情報を掲示し、利用者に社会参加を促している。 14. 管理者は事業者連絡会、地域ケア会議などに出席し、地域情報の把握に努めている。併設している居宅介護支援センターも運営しており、住民の相談などの支援に携わっている。また、「近畿介護サポート協会」の会長職を務め、「近畿介護サービス研究大会」や各種研究会を開催して、介護事業の発展に寄与している。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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)		15. パンフレット、ホームページで事業所の情報やリハビリテーションの説明などを提供している。随時見学希望に応じており、お試し体験を実施し個別対応を心がけている。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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)		16. 契約時に相談員が契約書、重要事項説明書でサービス内容や料金について説明し、署名捺印で同意を得ている。介護保険改正による料金変更があった場合は随時同意を得ている。成年後見制度などについては、居宅の介護支援専門員が手続きをおこなっている。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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	B
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	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)		<p>17. 居宅の介護支援専門員からの居宅サービス計画書や主治医指示書、利用者や家族からの情報をアセスメントシートに記入して、相談員は通所サービス計画書を作成している。通所サービス計画書の見直しの際に、利用者のニーズや状況の変化については話し合っているが、アセスメントシートへの追記や更新はおこなっていない。</p> <p>18. 通所サービス計画書は居宅サービス計画書に基づいて作成し、利用者や家族に説明して同意を得ている。解決すべき課題が数個まとめて書かれていたり、サービス内容(具体策)の記載が乏しいため、目標の到達点が見えづらい。サービス担当者会議は年1回利用者の自宅でおこない利用者や家族の参加がある。</p> <p>19. 利用者の体調管理に関する医師の指示や退院後の看護サマリーの内容、運動指示内容などは居宅介護支援専門員から得ている。通所中の利用者状況は月1回居宅介護支援専門員に報告して、適宜連絡をとっている。サービス担当者会議では、他事業所からも情報を収集している。</p> <p>20. 通所介護計画の見直しはデイサービス会議(3か月ごと)でおこなっており、パート職員を含む全職員が参加している。利用者個々に心身の状態に変化を認められた時は、家族と居宅の介護支援専門員に報告して必要時は受診につなげている。</p>		

(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)		21. 居宅の介護支援専門員へは毎月利用者の状況報告書を提出している。地域ケア会議や事業者連絡会に参加して情報交換をしている。医師の指示や利用者の入退院情報は居宅の介護支援専門員から得ている。		

(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。	B	B
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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>22. 各業務マニュアルは作成して、パソコン内で管理している。入浴の手順書はフローチャートにして確認しやすくしている。常日頃から日常業務の振り返りをおこなうためには、各介護業務マニュアルは冊子としてまとめるなどして、職員がすぐに手に取れる場所に設置することが望ましい。マニュアルの見直しの基準や時期などは定められていない。</p> <p>23. 利用者一人ひとりの記録はあるが、サービス提供時の利用者の反応や状態についての記録が乏しい。記録の管理規定は作成できていない。</p> <p>24. 始業時と終了時に当日来所の利用者についての情報を共有している。家族からの連絡や医師の指示など、相談員や看護師から報告もある。申し送りノートも活用している。デイサービス会議では職員間で意見交換をしているが、サービス計画の内容の共有化にやや不十分さがある。</p> <p>25. 送迎時に利用者や家族と個別に話し合い情報交換をしている。サービス提供時の状況は連絡ノートで家族に知らせて、家族からも連絡がある。電話での連絡もしている。サービス担当者会議には相談員は出席して、他事業所関係者とともに利用者や家族の意向を確認している。</p>		

(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。	B	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症に関するマニュアルは作成して、事業所内研修に組み込んでいる。行政からの情報も職員に伝達している。マニュアルの見直しはおこなっていない。</p> <p>27. 事業所内清掃は毎日職員がおこなっており、トイレやふろ場なども清潔を維持している。月1回は床ワックスがけを業者に委託しており、報告書を得ている。臭気はない。</p>		

(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	B
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	B
(評価機関コメント)		<p>28. 事故対応マニュアル、緊急時対応マニュアルは作成し、事故や緊急時の指揮命令系統は明確にしている。業務終了時には業務内容の反省会をおこない、職員会議で周知させている。リスクマネジメント委員会で随時検討している。</p> <p>29. 事故発生時にはマニュアルに沿って早急に対応している。再発防止のため、他の職員にも気づきをもって業務をおこなうようにミニ勉強会を開催している。ヒヤリ・ハット事例は収集できていない。</p> <p>30. 災害時対応マニュアルを作成し、全員に周知している。訓練手順書を作成して職員の担当や誘導方法を明確にし、消防訓練時には利用者を屋外避難させている。地域の方の参加は得ていない。地震や水害を想定した訓練はできていない。今年の台風襲来時には、利用者の状況確認をおこなった。</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	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。	A	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)		<p>31. 経営方針で「当施設はホスピタリティーマインドに徹し、満足を越え感動を生むサービスを提供します」と掲げている。認知症介護委員会が高齢者虐待防止や誤嚥性肺炎などについて事業所内研修を実施している。業務終了時には接客を含めて反省会をおこなっている。</p> <p>32. プライバシー対応マニュアルを作成し、職員は利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスに努めている。浴室の脱衣所は男性と女性の場所をカーテンで見えないように閉め、また排泄時は言葉かけに留意するなどしている。研修もおこなっている。</p> <p>33. 利用者の申し込みは断ることはなく、利用時間についても利用者の希望に合わせて受け入れている。</p>				
(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。	B	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。	B	B		
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)		<p>34. 利用者の意見・要望・苦情は日常的に聞き取るようにしており、送迎時にも家族から聞き取っている。居宅介護支援専門員からも利用者や家族からの要望や苦情を聞いている。苦情があった時は、管理者が利用者と職員の双方にしっかりと内容確認をおこない対応している。職員間でも情報を共有して、対策を立て再発防止に努めている。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルにより、対応方法が定められていて、利用者の意向に対しては迅速に対処しているが、改善状況についての公開はしていない。</p> <p>36. 利用者や家族の苦情についての相談窓口は、事業所相談室と公的機関を重要事項説明書に記載している。第三者の相談窓口設置や介護相談員などの受け入れはおこなっていないが、検討を期待する。</p>				
(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。	C	B		
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。	A	B		
(評価機関コメント)		<p>37. 日常的に利用者との会話から意向をくみどり対応をしている。リスクマネジメント委員会や介護技術委員会、職員会議などでサービスの質の向上に向けての話し合いを進めているが、把握した結果を分析するには至っていない。満足度調査は実施していない。</p> <p>37. サービスの質の向上に向けて、介護分野に精通したコンサルタントから意見を得ている。各種委員会や職員会議でも検討して、サービスの質の向上に役立てる努力を重ねているが十分とはいえない。他事業所の取組みとの比較検討はおこなっていない。</p> <p>38. 第三者評価は3年に1回受診している。サービスの質の向上のため、定期的に幹部会議でも検討しているが、単年度計画に介護サービスに関する課題が明確化できていない。</p>				