

アドバイス・レポート

平成28年 8月10日

平成28年3月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた医療法人社団 コクラ医院 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>(通番 2) 組織体制 理事長を中心に、医療部門、介護部門、事務部門等を組織化し、部門ごとに案件別の意思決定を実施しています。定例会議として、「三つの心向上委員会」(理念に基づく三つの心を向上させていくための部課長会議)、「法令遵守委員会」「感染症委員会」「防災委員会」が横断的にあり、事業所ごとの会議の内容を吸い上げ、案件別に話し合っています。</p> <p>(通番 11) 労働環境への配慮 管理者が職員の就業状況を把握し、残業等も適切に管理しています。職員のほとんどが女性スタッフであり育児休業法・介護休業法を定めて適切に対応しています。職員が急な休みを希望した場合は、他の職員が交代で出勤し、お互いにカバーし合う職場風土が構築されています。職員の介護負担軽減のため、腰痛予防のコルセットを全職員に配布しています。</p> <p>(通番 19) 専門家等に対する意見照会 通所リハビリ計画書の策定にあたり、主治医、理学療法士、作業療法士、看護師、介護職員等の他職種で意見交換しています。ケアマネジャーが招集するサービス担当者会議に参加して情報を交換しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 定期的に職場内学習会等は実施しています。外部研修の案内を職員に回覧して、希望があれば受講できるように勤務調整や費用負担等の配慮もしています。採用時研修は実施していますが、人事体制や人事管理に関する考え方や方針が明文化出来ておらず、体系的な職員への研修計画も定められていませんでした。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情の受付 家族とは連絡帳や電話等で要望を聞き取り、その都度対応しています。管理者が常に利用者と会話し、その都度意見を聞き取っていますが、個別面談や利用者懇談会等は実施出来ていませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み 家族とは連絡帳や電話等で、利用者からは日々の会話等で、意見や要望を聞き出し、その都度対応していますが、満足度調査やアンケート等は実施出来ていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

医療法人社団コクラ医院は、先代の院長から50年以上の間、城陽市久世下大谷で、地域医療を提供されています。地域の介護ニーズに合わせて、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問介護、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護等の事業を併設し、高齢者支援をするために事業展開して来られました。

「コクラ医院デイ・ケア」は、JR新田駅から南東に徒歩10分程の城陽市と宇治市の境界の場所に位置し、医院の2階部分で通所リハビリテーション事業を提供されています。午前中は入浴や脳トレドリル、個別リハビリテーションを中心に、そして昼食後の午後からは、機能訓練体操をメニューの柱にサービス提供が実施されています。地域に根ざした医療を提供し、訪問診療や呼吸器リハビリ等も実施している併設の医院と連携して、利用者の健康管理と機能維持に取り組まれている点は高く評価できます。

また、組織体制や理念・行動指針、毎年の目標も明確にされており、部課長会議を「3つの心向上委員会」と名付けて、理念にある3つの心（敬愛の心・向上の心・和の心）の発展を部・課長がリードしている点も素晴らしいと感じました。毎年の目標を各職員が案を考え、職員によるプレゼンの中から、多数決で決定していくチームワークや、職員一人一人が年間自己評価を実施して、それを部長が評価してアドバイスしている点、チームみんながお互いに急な休み希望をカバーし合って離職率の低い組織となっている点も特筆すべきことであると感じます。

評価項目の中では、労働環境への配慮や専門家に対する意見照会、職員間の情報共有等の項目には特にしっかり取り組まれています。一方で、意見・要望・苦情への対応や質の向上に係る取り組み等には課題が感じられました。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 管理者は法令に関する研修会に参加したり、事務部門と連携して法令等の情報を得ていましたが、関係法令のリスト化は出来ていませんでした。一度、法人運営の中で必要な関係法令を確認し、リスト化されては如何でしょうか。
- ・ 法人として理学療法士や看護学生等の実習生は受入れています。受入れマニュアルやオリエンテーション資料等が整備出来ていませんでした。実習生受入れについての要綱や手引き、オリエンテーション時の資料等を作成し、いつでも受入れ時に手渡せるように準備されては如何でしょうか。
- ・ 利用者の意見・要望等に関しては、コミュニケーションを通じて聞き出してすぐに対応されていますが、利用者への個別面談の実施や満足度調査は実施出来ていませんでした。一度、利用者への個別面談や満足度調査を実施されては如何でしょうか。このことにより、さらなるサービスの質の向上が図られると考えます。

※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	2612801007
事業所名	医療法人社団 コクラ医院
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2016年7月8日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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. パンフレット、ホームページ、広報紙「デイ・ケアだより」等で法人理念や目標を明示し、利用者・家族に周知している。各職員に目標の案をプレゼンしてもらい、多数決にて毎年の目標を定めている。フロア内に理念を掲示し、朝のミーティングで職員全員で唱和している。 2. 理事長を中心に、医療部門、介護部門、事務部門等を組織化し、部門ごとに案件別の意思決定を実施している。定例会議として、「三つの心向上委員会」(理念に基づく三つの心を向上させていくための部課長会議)、「法令遵守委員会」「感染症委員会」「防災委員会」が横断的にあり、事業所ごとの会議の内容を吸い上げ、案件別に話し合っている。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		3. 職員の意向が反映された事業計画を、毎年見直して策定している。「元気になる居場所づくり」という長期目標はあるが、地域のニーズや課題が反映された具体的な内容になっていない。 4. 全職員が事業目標に対して振り返りを行い、事業所としてできたことと今後の課題を項目ごとに振り返り、次年度の計画に反映させている。		
(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。	B	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. 法人内に法令遵守委員会があり、全体研修にて年に2回法令遵守に関する研修を行っている。介護保険法や消防法等の法令を職員が確認できる体制はあるが、法令のリスト化は出来ていない。 6. 介護統括部長が各部門の会議に参加して、職員の意見を聞いている。管理者は職員からの相談にも的確にアドバイスしている。管理者が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価するシステムはなかった。 7. 緊急時・事故発生時のチェックリストや対応フローチャートに基づいて、急変時の対応を実施している。管理者は現場状況を常に把握しており、指示を仰げる体制が整備されている。		

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
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。	B	B
		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	B
		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. 有資格者を優先に採用しており、介護職員12名中10名が介護福祉士の資格を保持している。京都府喀痰吸引研修や介護福祉士ファーストステップ研修等に勤務扱いで出席させ、交通費等も事業所で補助している。人事体制に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針が明文化出来ていない。 9. 定期的に職場内学習会等は実施している。外部研修の案内を職員に回覧して、希望すれば受講できるように勤務調整や費用負担等の配慮もしている。採用時研修は実施しているが、体系的な職員への研修計画は定められていない。 10. 法人として理学療法士や看護学生等の実習生は受入れているが、受入れマニュアルやオリエンテーション資料等が整備出来ていない。実習指導者研修も受講予定ではあるが、まだ受講できていない。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	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. 管理者が職員の就業状況を把握し、残業等も適切に管理している。職員のほとんどが女性スタッフであり育児休業法・介護休業法を定めて適切に対応している。職員の介護負担軽減のため、腰痛予防のコルセットを全職員に配布している。 12. 介護統括部長に人間関係やメンタル面の相談等が出来る体制になっているが、外部カウンセラー等への相談体制は整備されていない。職員が併設医院を受診する場合は、福利厚生により自己負担免除になっている。休憩場所が狭く、リラックスできる環境整備が課題と感じておられる。		
(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。	B	B
		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。	C	A
		(評価機関コメント)		13. パンフレットや広報誌を関係機関に配布したり、併設医院や併設施設の掲示板等を利用して地域に広報している。利用者が地域の行事に参加をする場合の援助体制は整備されていない。 14. 併設医院の医療部門を中心に、糖尿病教室やリハビリについての講演会を実施している。地域ケア会議や市内の通所リハビリの集まり、ケアマネジャー連絡会等に参加して地域ニーズを収集している。		

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
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)		15. 事業所の情報を、ホームページのブログやパンフレット、「デイ・ケアだより」等でわかりやすく説明している。新規受入れマニュアルに沿って対応し、見学や体験利用を随時受け入れて日誌に記録している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16. 利用契約時に重要事項説明書等を用いて、利用料金やサービス内容を説明し、同意を得ている。判断能力に支障がある利用者は、家族や後見人等に署名して頂くようにしている。		

(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。	B	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		17. パソコンソフトを活用してアセスメントを実施している。リハビリテーション計画書の中に、アセスメント記入欄、課題の要因分析欄があり、3ヶ月毎に実施し記録している。 18. 利用時面接や送迎時の会話、サービス担当者会議等で本人や家族の希望を確認している。アセスメントシートや通所リハビリテーション計画書の中に、利用者の希望欄、家族の希望欄があり、3ヶ月ごとに再作成して同意を得ている。 19. 通所リハビリ計画書の策定にあたり、主治医、理学療法士、作業療法士、看護師、介護職員等の他職種で意見交換している。ケアマネジャーが招集するサービス担当者会議に参加して情報を交換している。 20. 3ヶ月に1度は定期的に通所リハビリ計画書の見直しを行っている。介護度の変更時やサービス内容の変更時等にも計画書を随時変更している。毎月モニタリングを実施している。「介護情報」「口腔ケア点検」を記録して、個別援助計画の見直しに反映させている。		
(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. 退院時カンファレンスに出席したり、ケアマネジャーを通じて情報を得る等して利用者の主治医と連携している。地域ケア会議にも参加し、関係機関と情報共有している。		
(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。	B	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	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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		22. 衛生管理、健康管理、排泄・食事、送迎介助、口腔ケア、苦情対応等の各種マニュアルが策定され、職員にも周知されているが、マニュアルの見直しは出来ていない。 23. 個人記録を整備し、記録の管理や個人情報保護等の研修も実施している。記録の保存、持ち出し、廃棄等のルールを記載した規程は確認出来なかった。 24. 朝の申し送りや日々の利用者情報を記録した「気づき」ノートで、利用者の情報を共有している。毎月の職員会議や3ヶ月に1回の計画書再作成時に職員間で利用者について話し合っている。 25. 連絡帳や送迎時の会話等で家族と日々の情報交換を実施している。希望があれば家族と面談したり、ケアマネジャーからの召集時には担当者会議に出席する等している。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染予防マニュアルを作成し、マニュアルに沿った対応を行っている。全体研修の中で、感染症についての知識や対応方法を確認している。 27. 毎日の清掃を実施して、事業所内は清潔に保たれている。空気清浄機能付きのエアコンを稼働させ、臭気対策を行っている。		

(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時対応マニュアルを整備し、対応方法を職員にも周知している。毎年、消防署員による救急救命・AED講習、看護職員による誤嚥時対応訓練等の職場内研修を実施している。 29. ヒヤリハット報告書と事故報告書に記録(発生、要因分析、対応、経過)している。毎月のデイ会議で事故やヒヤリハットの振り返りや改善対策等を検討して、再発防止に取り組んでいる。 30. 災害時マニュアルが整備され、職員にも周知されている。地震発生時の避難訓練は実施しているが、地域との連携を意識した訓練は出来ていない。		

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。	B	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)		31. 行動指針が策定され、職員間で毎日唱和している。虐待防止や身体拘束廃止に関する職場内研修を毎年実施している。 32. 入浴は個浴で、着脱時も他者に見られないように気を配り、羞恥心に配慮したケアを実施している。毎年の全体研修の中で、プライバシー保護についての研修を実施している。 33. 申し込みされた方は希望曜日に空きがあれば受け入れている。医療依存の高い方も併設診療所と連携して受け入れている。				
(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	B		
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。	A	B		
第三者への相談機会の確保	36	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。	B	B		
(評価機関コメント)		34. 家族とは連絡帳や電話等で要望を聞き取り、その都度対応している。管理者が常に利用者と会話し、その都度意見を聞き取っている。個別面談や利用者懇談会の実施は出来ていない。 35. 苦情・要望等を記録し、適切に対応しているが、公開は出来ていない。 36. 公的機関等の相談窓口の連絡先を重要事項説明書に記載しているが、市民オンブズマンや介護相談員等の外部人材の受け入れが出来ていない。				
(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	C		
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	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。	B	B		
(評価機関コメント)		37. 利用者の意見や要望等に関してはその都度対応しているが、満足度調査は実施出来ていない。 38. 地域のデイケア連絡会やケアマネジャーとの懇親会に参加して、他事業所の取組み情報を収集している。3つの心向上委員会でサービス内容についても話し合っている。城陽市内の事業所連絡会に参加する等して情報を収集している。 39. 毎年の事業計画を項目ごとに総括して、次年度の計画に反映させている。「デイケア業務計画チェックリスト」を活用し、実績やサービス内容を毎月点検している。自主点検を除く自己評価の実施や3年に1回の第三者評価受診は出来ていない。				