

アドバイス・レポート

令和 7 年 3 月 1 9 日

令和 6 年 1 2 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（社会医療法人 健康会 内浜診療所）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>1) 地域に根差した事業運営</p> <p>内浜診療所の理念・目標として、「地域に密着したかかりやすい通所リハビリ、個人の尊重、懇切・丁寧且つ・柔軟・迅速」を掲げ、理念・目標は事務所内に掲示し、常に職員が意識をし、利用者の特性に応じた介護サービスを提供されていました。70周年を迎えた歴史ある診療所併設の通所リハビリテーションとして、「地域の弱者を守っていく」という精神を基に、診療所と併設する複数の事業所間で連携を図り、地域の医療や介護サービスのニーズに応えるよう、地域に根差した事業所運営をされています。</p> <p>下京区内の高齢者人口の減少の他、コロナ禍後にニーズの高くなった「半日利用」のニーズに応えるため、東山区・南区まで送迎エリアを拡大する等の柔軟な対応を実施されています。</p> <p>2) 労働環境の整備</p> <p>メンタルヘルスに関しては、法人の京都南病院に週 1 回臨床心理士が勤務されており各職員が直接メールで相談できる仕組みがあり、福利厚生では 3 年、5 年、7 年と勤務年数の節目にリフレッシュ休暇の付与があります。また法人内の院内保育利用等の制度も完備されています。ライフスタイルに合わせた柔軟な雇用形態で質の高い人材の確保が図られており、職員のヒアリングでは「家庭環境に合わせた配置転換を提案して頂けた」「働き易い」「管理者に相談しやすい」等、職場の雰囲気自体も風通しの良い環境という印象が強く感じられました。法定研修等の必要な研修については、法人総務部が作成した研修動画を視聴し、視聴後の小テストを実施する等、短時間で確実に学びが深められる取り組みもされていました。利用者アンケートの結果も満足度も高く、職員が相互協力できる体制が、サービスの質の向上にも繋がっています。</p> <p>3) 事業所の特性に応じた情報共有</p> <p>母体病院と各事業所をネットワークでつなぎ、情報を共有できる仕組みがありました。週報として、各事業所の週間ごとの情報や取り組み状況が報告されており、それぞれの良い取り組みを取り込む等、サービスの質の向上に繋げておられます。通所リハビリテーションでは毎朝・夕のミーティングの実施、パソコンのケース記録への記載、手書きのノートの活用、少人数の職場の特性を生かして何かあればすぐに声をかけ合う等、様々な形で迅速な情報の共有が図られています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 事業計画の策定 事業計画は主任が現場職員の意見を聴き現場に即した計画が策定されています。事業計画書に半期と年度末の見直し結果を記載する事ができ、職員が進捗状況を把握しやすい計画になっています。中・長期計画が事業計画に記載されていましたが、計画期間が1年でした。</p> <p>2) 事業の維持・継続の取り組み 今年度から介護サービス事業所においてはBCP（感染症及び災害の業務継続計画）の策定及び従業者への周知、研修や訓練、委員会の設置が必要とされています。大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、法人本体でのBCP（事業継続計画）と事業所としてのマニュアルはありますが、事業所として具体的に被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持・継続するためのBCPは作成中となっていました。</p> <p>3) 各委員会の開催 事故や苦情等があった際は随時、所員会議にて各種委員会として報告をされ協議検討されていますが、会議や委員会の議事録が不十分な部分がありました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画の策定 中・長期計画は、法人の基本理念、経営理念をもとに、事業所が地域の福祉的ニーズや経営環境の変化を反映し、事業所に求められる使命や役割を果たすために、目指すべき将来像の実行計画として「見える化」したものといたします。中期（3年）長期（5年）程度の計画を策定し明確化し組織全体で共有することで、すべての職員が同じ方向性を持ちながら業務に取り組むことができます。また、それぞれの職員の業務目標が中・長期の事業計画に沿った形で達成できるようになります。更に、事業所運営や人材確保についての対策など、中・長期的な課題を抽出していく事で単年度の事業計画の内容が充実し運営の方針など理解を深める機会になると思われます。</p> <p>2) 事業の維持・継続の取り組み 災害は、いつ・どこで発生するか予想がつかないため、貴法人としても、医療機関と介護事業所の複数が併設する拠点として、地域の医療や介護サービスの機能を継続し利用者や近隣住民の生活を支えることが求められます。各種事業との連携や地域の事業所や関係機関とも連携して、災害発生時の役割分担や利用者の安否確認、情報共有の仕組みなど、事業所単位でも整備していかれてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 各種委員会について 事業所では事故や苦情等があった際に夕方のミーティングで振り返りや対応策を管理者と共に協議し、再発防止対策の立案や評価をされています。少人数の事業所でもあることと、複数の事業所が併設されている拠点でもあるため、多職種からの意見を収集できるように非常災害や感染症等の必要な各種委員会については、複数事業所職員出席の所員会議にて課題の把握・解決</p>

様式 7

	<p>に向けた協議がされています。その議事録の内容に一部不十分な部分があり、それを基に各事業所職員に周知伝達する際に、各事業所間での認識や対応に差がでてしまうリスクもあるため、具体的な協議内容や決定事項、拠点又は各事業所で取り組む事項等の記載をされてはいかがでしょうか。</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	2601042196
事業所名	内浜診療所
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)	訪問看護・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年12月16日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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。	B	B
		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)		1) 法人理念や運営方針が事業所内の掲示やホームページにも掲載されています。職員が使用する名札の裏や法人独自の記録管理システムのトップ画面に理念が書かれているなど、職員が常に理念を目にする取り組みがなされています。利用者や家族に理念や運営方針を周知する取り組みがありませんでしたので、連絡帳に理念を記載したり、法人の広報誌を定期的に配布することで周知を図られてはいかがでしょうか。2) 階層別の会議が定期的開催され、職務に応じた権限が明確化されています。ただ会議全般においてレジュメは作成されていますが、議事録が作成されていませんでした。会議内容を漏れなく職員に周知する為にも議事録の作成をされてはいかがでしょうか。		
(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。	B	B
		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)		3) 事業計画は主任が現場職員の意見を聴き現場に即した計画が策定されています。事業計画書に半期と年度末の見直し結果を記載する事ができ、職員が進捗状況を把握しやすい計画になっています。中・長期計画が事業計画に記載されていましたが計画期間が1年でした。4) 年度初めに目標が設定され、月1回の所員会議等で定期的に評価・見直しをされています。		
(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。	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、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。	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) 管理者は常に法令改正等の情報収集を行っておられますが、職員への法令遵守に関する研修が未実施でした。また関係法令について職員が必要時に確認できる仕組みが確認できませんでした。6) 少人数の事業所の為、個別面談の機会は設けておられませんが、職員ヒアリングにおいて上司と現場職員が話しやすく、良好な関係性である事が確認出来ました。管理者を評価する仕組みがありませんでした。7) 営業日には役職者2名のうち1名が勤務する体制が確保されており、緊急時の連絡方法も確立されています。		

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
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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8)「キャリアパス」が策定されており、法人が求める職員の人物像や求められる職務内容が明確化されています。9)法人の事業計画に各事業に必要とする有資格者の割合が記載されています。採用活動は各事業所ではなく法人内の老人保健施設が窓口となり取り組まれています。法人ではインスタグラムや採用ホームページでの発信をされています。10)法人の介護事業所で統一した年間研修計画が作成されています。研修実施日も同一研修を4日間実施する事で職員が参加しやすい環境となっていました。11)実習受け入れマニュアルが整備されましたが、実習の受け入れ実績がない為実習指導者の研修が実施されていませんでした。		
(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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		12)残業時間や有給休暇消化率は総務課がデータ管理されています。職員ヒアリングにおいても休みがとりやすい環境であることが窺えました。独自の自己評価目標シートを使用して職員の個別面談の機会を年1回持たれています。日々の記録は法人独自の記録管理システムを使用して記録されています。13)メンタルヘルスに関しては、法人の京都南病院に週1回臨床心理士が勤務されており直接メールで相談できる仕組みがあり、福利厚生では3年、5年、7年と勤務年数の節目にリフレッシュ休暇の付与があります。また法人内の院内保育利用等の制度も完備されています。休憩場所は現場から離れた場所に確保されています。		
(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	ボランティアの受け入れ、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。	B	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		14)広報誌『みなみ』を法人で作成されて併設する内浜診療所で配布されています。コロナ禍前までは地域のお祭りに医療班として参加されていました。法人内の他の通所リハビリテーション事業所と定期的に会議をすることで地域の介護ニーズの把握等に取り組まれています。15)ボランティアの受け入れに関する規程は整備されていましたがマニュアルは確認できませんでした。近隣保育園園児の慰問等の受け入れはありましたが、ボランティアの募集はされているとの事でしたが受け入れ実績はありませんでした。16)法人の京都南病院では、交流スペースを使用した地域向け勉強会の開催等を実施されているとの事でしたが、その研修に事業所の職員が手伝う等の協力体制は確認できませんでした。		

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)		17)パンフレットを作成し、サービス提供時の流れや料金表等を利用者本人も見やすい表示で作成されていました。問い合わせや見学等の希望がある場合は、随時一対応されており、お試し利用(複数回も可)を実施されています。			
(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)		18) 契約書・重要事項説明書及び料金表を用いてサービス内容や料金等について説明し、同意を得られていました。必要に応じて居宅介護支援事業所と連携し、成年後見制度等につなげる仕組みがあります。			
(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)		19) 法人独自のアセスメント様式を使用し、理学療法士等の専門職が中心となり、3ヶ月毎に心身状況や家屋の環境等からアセスメントを実施されています。20) 通所リハビリテーション計画策定時には、利用者及び家族より希望を聴き取り、ニーズを反映した計画策定に取り組み、計画内容を説明し同意を得られています。21) 担当介護支援専門員が作成する居宅サービス計画書を基に、主治医やリハビリ職の意見を踏まえて通所リハビリテーション計画書を作成されています。22) 3ヶ月毎にケースカンファレンスにてモニタリングと評価を行い、通所リハビリテーション計画書に評価の結果が記録されています。			
(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。	B	B	
	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)		23) 法人内の医師や訪問看護師と、リハビリテーション専門職等とが情報交換し連携する体制がありました。退院前カンファレンスに参加したり診療情報提供書から情報を得られており、緊急時対応が必要な場合、利用者個人毎にまとめた連絡先一覧表を作成されています。地域の関係団体との連携については確認できませんでした。24) 法人内の医療機関からの退院時については、法人内の電子カルテを利用して医師やリハビリテーション専門職から情報を得て受け入れられています。変化により利用が難しくなった場合は、介護支援専門員と連携しながら適切な設備のある事業所への紹介をされています。			

(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。	B	B
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	B
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)		25) 業務マニュアルの整備をされていましたが、定期的な見直しの実施や、利用者アンケートの結果を基にサービスの見直しを行う等の基準が定められていませんでした。26) 個人情報保護研修が計画立てて実施されています。日々の記録は電子カルテに記録されており、閲覧には各職員にIDとパスワードを割り当て個人情報保護に配慮されている状況を確認しました。ただ事業所外でのサービス担当者会議等で個人情報を持ち出す際に、資料の返却を確認する仕組みがありませんでしたので、返却をチェック出来る仕組みを検討されてはいかがでしょうか。27) 日々の業務については申し送りノートなどを活用し情報共有に取り組まれています。各職員が内容を確認後に押印する事で申し送り漏れを防止されています。利用者の記録は電子カルテに記録され情報共有ができています。28) 利用者個々に連絡帳を作成し利用の状況を報告をされています。朝夕の送迎時に家族に会う機会を情報交換の場として活用されています。		

(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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		29) 感染症対応マニュアルが作成されマニュアルに基づき感染対策を行っておられます。拠点における所員会議内で感染症委員会として報告や検討がされ、感染症の予防と発生時の対応についての研修や訓練は今年度中に予定されています。法人母体である医療機関のBCP（事業継続計画）を基に、感染症BCPを作成中でした。30) 事業所内は適切に備品管理を行い整理整頓されています。職員が業務終了後にトイレ、食堂、リハビリスペース等の消毒と掃除を行っておられます。		

(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	B
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。	B	B
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。	C	B
(評価機関コメント)		31) 事故・緊急時の対応マニュアルを整備し、指揮命令系統を明らかにされています。事故・緊急時対応の研修や実践的な訓練は今年度中に実施予定となっています。32) 業務終了後のミーティングや職員会議でヒヤリハットや事故について協議されていますが、マニュアルや事故防止策等の定期的な評価・見直しなどに活用する仕組みはありませんでした。事故防止のためヒヤリハット事案や過去の事故の分析、改善策等の評価から、現場の状況に応じたマニュアルの改訂を実施されてはいかがでしょうか。33) 災害発生時の対応マニュアルが整備され、指揮命令系統を明らかにされています。災害発生時の訓練は今年度は未実施でした。備蓄品についても整備されていませんでした。34) 法人母体である医療機関用のBCPを基に、事業所の立地条件等による災害の影響を把握し、事業所の環境や設備などサービス提供を継続するためのBCPは作成中でした。BCPに基づいた研修や訓練は今年度中に実施予定とのことでした。		

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。	B	B
		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)		35) 利用者の人権や自尊心の尊重については法人全体で研修を実施し、参加された職員が伝達し周知に努めておられます。36) 虐待防止・身体拘束禁止等の権利擁護についても、法人全体の研修に参加した職員が伝達されています。通所リハビリテーションとして虐待防止委員会が設置されていないとのことですが、委員会を設置することで不適切ケアになっていないか等の振り返りの機会になり、より予防への意識の向上にもつながると思われます。37) プライバシーや羞恥心に配慮し、入浴や排泄等の直接的な介護は同性介護に努めておられます。38) 基本的に新規の受け入れを断るケースは無いとの事でしたが、設備的に機械浴対応の利用者の受け入れは難しいとのこと、その際は法人内の他の通所リハビリテーションを紹介されています。また1日の利用が難しい利用者は、半日の利用に変更する等のニーズに合わせて柔軟に対応されています。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	B	B
		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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		39) 利用者から要望や苦情については、職員が直接聴き取りをされたり、連絡帳の活用や投書箱を設置する等の取り組みをされています。「特に意向等はない」と言われる利用者も多いかもしれませんが、レクリエーション時間を活用して座談会的に利用者と職員の話し合いの場を持つことで意見や要望の吸い上げをすることも良いかと思えます。40) 苦情があった際は職員間で話し合っ適切に対応されていますが、利用者からの意見・要望・苦情の公開はされていませんでした。改善状況や検討結果を公開し適切に対応をしていることを伝えることで、事業所に対する信頼の向上にもつながるのではないのでしょうか。41) 事業所外の第三者への相談機会の確保として、通所系サービスに介護サービス相談員は派遣されないことになっておりますが、診療所に患者の会があるとの事でしたので、その関係者の方や地域の有識者の方等に依頼することも一つの方法かと思えます。		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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	C	B
		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。	B	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	B	B
		(評価機関コメント)		42) 令和4年度（令和5年2月）までは利用者アンケートを実施された時には法人でアンケート結果を集計し利用者に配布しておりましたが、昨年度と今年度は調査を実施されていませんでした。アンケート等で利用者や家族のニーズ等を引き出すことで、提供するサービスを客観的に評価する機会となり、具体的に取り組むべき事項が明確となりサービスの向上に繋がると思います。43) サービスの質の向上や業務改善については、毎日のミーティングや所員会議、法人内の3つの通所リハビリテーションの事業所での会議等、話し合う機会を多く作られています。44) 一定の評価基準による事業所の自己評価は実施されていませんでした。事業所の自己評価として、第三者評価の共通評価項目チェックシートを活用いただくことも有効かと思えます。		