

アドバイス・レポート

令和 7 年 5 月 2 6 日

令和 7 年 3 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた木津屋橋武田病院介護医療院様につきまして、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

特に良かった点とその理由(※)	(通番10) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 自前のeラーニング等で、1年間の予定が組まれており、外国人の専門級試験の養成プログラムもあり、また、支援が必要な場合は職員一人が寄り添って業務にあたられています。 (通番29) 感染症の対策及び予防 法人内の認定看護師がラウンドにて予防の強化に努められています。消毒薬の使用量の状況をモニタリングし、見える化することで感染対策への意識強化に努められています。 (通番44) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は3年毎に受診され、内部監査は毎年実施・評価の上、課題はサービス評価委員会において検討し、組織的に改善に向けて継続的に取り組まれています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	(通番15) 地域との交流 地域の高校生に対する看護のふれあい体験を毎年受け入れられていますが、コロナ以降の面会は週1回10分となっており、担送の入所者が100%であることもあり、ボランティア等の受け入れは行われていませんでした。 (通番17) 事業所情報等の確保 施設案内についてパンフレットによる説明はありましたが、感染対策のため、見学は実施されていませんでした。 (通番41) 第三者への相談機会の確保 自事業所内や公的機関等の相談窓口は重要事項説明書に記載し、ホームページなどにも掲載・周知されていますが、事業所関係者以外の第三者による相談窓口や市民オンブズマンなど外部の人材を受け入れる仕組みは確認できませんでした。
具体的なアドバイス	(通番15) 地域との交流 入所者が平均要介護度4.5で交流が難しいことや、コロナ感染の対策を優先して、外部からのボランティア等の受け入れはされていないとのことでしたが、他者がかかわることは、話ができない方でも耳からの情報は入りますし、かかわってもらっている認識はできると思いますので、音楽ボランティア等の活用を考えられたら、いかがでしょうか。社会福祉協議会等へ打診されると紹介してもらえるチャンスもあります。 (通番17) 事業所情報等の確保 施設内の状況を知りたい方に対して、動画などで説明を行うなどの工夫をされることよりサービスのご理解が得られるのででないかと思います。 (通番41) 第三者への相談機会の確保 事業所サービスの透明性を高めるためにも自事業所内のものや公的機関の相談窓口のほか、事業所関係者以外の第三者の相談窓口についても設置されると更によいと思います。

※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	2 6 B 0 4 0 0 0 1 6
事業所名	木津屋橋武田病院 介護医療院
受診メインサービス (1種類のみ)	介護医療院
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	令和7年3月19日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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
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） 重要事項説明書、ホームページにも理念、運営方針が記載されていました。毎年2回、各部署で検討し、業務遂行されています。職員は記入されたカードを所持しておられました。組織図も確認し、各委員会の構成や開催状況も確認できました。運営会議での決議事項等をパソコンフォルダや病棟会議で周知されていました。				
(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） 単年度、中、長期計画を確認し、運営会議で決定され、パソコンフォルダや申し送りノートに載せ、部署長がメールで閲覧を促し、周知されています。各部署で検討、部署の目標を決定していました。事業計画の内容は、入所者や家族には周知されていません。				
(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、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。	A	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） 運営管理者は法人のeラーニングで、外部講師の研修を受けておられ、法令遵守規定等、パソコンフォルダにあり、全職員が閲覧できるようになっています。管理者による状況確認はスムーズにできる体制でした。運営管理者や部署長に対する、職員からの評価を受ける仕組みは更衣室前のご意見箱のみで、過去1件しか入っておらず、管理者自らを評価する仕組みとしては機能していないようです。				

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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		人事考課として、年2回、全職員の面接を部所長がされています。計画的な人材育成やOJTは機能しており、外国人の資格取得等のプログラムもありました。eラーニングで研修の仕組みを作られ、人材育成を図っておられます。実習生の受け入れについてのマニュアルを整備され、指導者研修等の受講をされています。		
(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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		年2回の個人面談、法人内にこころの相談窓口があり、臨床心理士に相談できる体制になっていました。ご意見箱もありますが、寄せられた件数は少なく、あまり機能してないように感じました。業務をスムーズにするための機器を多数導入されていました。90パーセント以上の職員に残業がついており、平均要介護度4.5の入所者、胃ろうや鼻注入の方も多数おられ、大変とは思いますが、さらなる業務改善が必要かと思えます。		
(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。	B	B
		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。	C	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。	B	A
		(評価機関コメント)		地域への貢献は介護予防教室への管理栄養士の派遣や、健康祭り、地域住民に対する訪問販売への協力などされています。ほとんどの入所者が意思表示できる方が少ないため、院内にボランティアが訪問するシステムなどの明文化はありませんでした。		

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。		B	B
(評価機関コメント)		ホームページやパンフレットを通じて事業所の概要を提示されていました。サービスステーション前に運営規程などをファイルにて設置されています。事業所に関する見学などは、感染対策のため実施されていませんでした。				

(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)		重要事項説明書にて料金なども明確に示されています。判断能力の低い方には後見人の利用実績が確認できました。			
(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)		入所者・家族の意向が確認され、各職種からの意見をもとに計画書が作成されていました。ケアカルテにより職員へ入所者の情報が共有され、変化があった場合には計画書の見直しを行い、ケアを実施されていました。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		看取り対応の方が多いなかではありますが、状態が向上しADLが向上された場合は、他施設へのサービス変更なども柔軟に対応されていました。			
(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。	A	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	A	
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)		各種委員会にてマニュアルの改正はされた記録が確認出来ましたが、年1回の見直しの記録は確認できませんでした。ケアカルテは職員各自のID・パスワード付与により情報のセキュリティ対策も実施されていました。			
(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	A	
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。	A	A	
(評価機関コメント)		感染対策のマニュアルに基づき、研修も定期的を実施されていました。法人内の認定看護師による事業所のラウンドが実施され集団感染の防止に努められていました。清掃は外部委託業者によりマニュアルをもとに実施され、空気清浄機の常時可動や1時間毎の換気により感染予防対策が実施されていました。			
(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	A	

	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。	A	A
	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。	A	A
	(評価機関コメント)		インシデント・アクシデントは委員会では把握され、毎月対策が検討されています。災害時はきずなネットを通じて職員の安否確認が行われます。BCP計画をもとに避難訓練なども実施されていました。		

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。	A	A	
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	B	
(評価機関コメント)		基本方針に利用者の権利を明示し、事業計画にも盛り込み職員には研修で周知、振り返りも行われていました。利用者の認知能力に応じて後見人等による意思決定支援も行われています。権利擁護は指針を定め、身体拘束禁止も明示し、虐待防止委員会にて対応方法を定め、研修も実施されています。排泄時のマニュアルなどにプライバシーの保護について盛り込まれ、新人研修などで職員に意識付けられています。利用申込に対して受入れが出来ない場合にはその理由を説明し、希望があれば他の事業所等を紹介されていますが、支援困難なケース等に関する専門職や関係機関など地域のネットワークとの連携の仕組みは確認できませんでした。			
(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	A	
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。	A	A	
第三者への相談機会の確保	41	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)		利用者や家族の意向は入所時や退所時のアンケートを通して拾い上げ、相談窓口を定めるほか、ケアマネのモニタリングやケアワーカー等による相談も受けて、意思を表明出来ない利用者に対しても組織として意向をくみ取り、職員間で共有できる仕組みがありました。利用者の意向についての対応方法は苦情処理対応マニュアルなどで定められ、苦情窓口は掲示等で周知されています。苦情は記録され管理者にも報告されており、組織として対応・改善に努められており、改善状況はきずやばし通信などに掲載し公開されていました。公的機関等の相談窓口は契約書や重要事項説明書に記載され、ホームページなどにも掲載し、周知されています。公的機関等を通して寄せられた苦情等については、苦情処理対応マニュアルで対応する仕組みは確認できましたが、事業所関係者以外の第三者による相談窓口や市民オンブズマンなど外部の人材を受け入れる仕組みは確認できませんでした。			
(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	A	A	
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。	A	B	
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	A	A	
(評価機関コメント)		サービス向上委員会により利用者満足度調査が毎年実施され、その結果は委員会で検討し、きずやばし通信で公開されています。サービス向上委員会は毎月全職種が参加して開催され、サービスの質の改善に取り組んでおられますが、他の事業所の取組みなどを情報収集し、自事業所の取組みと比較検討する仕組みは確認できませんでした。毎年内部監査を実施・評価し、サービス評価委員会で検討し、その後の課題は事業計画に反映させる仕組みを確認しました。第三者評価においても3年毎に受診し、改善に向けての取組みが確認できました。			