

# アドバイス・レポート

令和8年4月14日

令和 7年 11月 5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた一般財団法人仁風会 京都南西病院介護医療院につきましては、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><b>(通番16) 地域への貢献</b> 今年度より健康・福祉まつりへの参加や、隣接する「ジュネット京都・久我の杜」と健康相談サービス業務委託仕様書を締結し、専門知識を有する看護師等による介護予防・生活習慣病予防のための相談業務（健康相談）を実施されるなど、地域への貢献が図られており高く評価できます。</p> <p><b>(通番18) 内容・料金の明示と説明</b> 権利擁護の担当者を社会福祉士と定め、相談対応が行いやすい仕組みとなっている点が高く評価できます。</p> <p><b>(通番28) 利用者の家族等との情報交換</b> 面会時にはご家族と情報交換を行い、面会が難しい場合には2カ月に1回程度、電話連絡やLINE電話にて情報交換を実施されています。ご家族からも、いつも笑顔での丁寧な対応や、近況報告に対して感謝の声が寄せられており、高く評価できます。</p> <p><b>(通番32) 事故の再発防止等</b> 事故発生時の家族や関係者への連絡は、内容に応じて医師、看護師、ケアワーカーなど連絡部署が定められており、かつ3時間以内に連絡することがマニュアルに明確に示されており、組織としての体制がしっかり構築されている点が高く評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>(全体)</b> 事業計画、研修計画、委員会活動、行事等において、PDCAサイクルの確認を行っていませんでしたが、計画 (P) と実施 (D) は確認できた一方で、評価 (C) と改善 (A) に関する記録は確認ができませんでした。</p> <p><b>(通番25) 業務マニュアルの作成</b> 業務マニュアル等について、適宜見直しが行われていることを示す記録は確認できませんでした。また、マニュアルに基づいて運用されているかを確認する仕組みについて、確認できる情報はありませんでした。</p> <p><b>(通番42) 利用者満足度の向上の取組み</b> 年一回の利用者満足度調査の実施体制および委員会等の設置が未整備でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>(全体)</b> 事業運営に必要とされる事業計画、研修計画、委員会活動、行事等について、年間、半期、四半期、1ヶ月、1回などの単位で、計画 (P)、実施 (D)、評価 (C)、改善 (A) を把握し、計画的にPDCAサイクルを運用されることをお勧めします。</p> <p>これにより、事業計画等の進捗状況の把握、分析、見直し、改善を継続的に行うことができるとともに、組織内でのベンチマークや、組織が取り組まれている活動の評価・分析データとして活用しやすくなります。</p> <p><b>(通番25) 業務マニュアルの作成</b> マニュアル等の文書について、毎年度末や制度改正など、内容に影響があるタイミングで見直しを実施し、見直しを行なった結果を改訂履歴として残されることをお勧めします。改定の必要がない場合も改訂箇所がない旨を記載し、最新版が明確に管理される体制が望まれます。</p> <p><b>(通番42) 利用者満足度の向上の取組み</b> 利用者・家族のニーズや提供しているサービスに対する満足度を把握し、サービスの質の向上や施設運営の改善 (CS向上) につなげるため、書面や口頭ヒアリングによる評価を実施されることをお勧めします。</p> <p>また、委員会等を設置し、調査結果を分析・検討し、改善が必要な項目に対して具体的な対応を行い、その内容を匿名性を確保したうえで公表する体制を整備されると、より透明性の高い運営につながります。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	26B0900049
事業所名	一般財団法人仁風会 京都南西病院介護医療院
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)	
訪問調査実施日	令和8年2月13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
<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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		法人理念や「まごころ医療宣言」は受付や管内に掲示されています。また「まごころ医療宣言」は全職員が名札裏に携帯されています。理事会は定期的に開催され、院長が出席され、リハビリ部門から提案された加算算定に向けた人材採用などについては、定例合同幹部会などを通じて部署ごとの意見を集約し、経営に反映されている事が確認出来ました。 一方で、事業経営を取り巻く環境や経営状況を的確に把握・分析するための仕組みについては、今後の整備が望まれます。			
<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。	B	B	
	(評価機関コメント)		令和7年度事業計画書が作成されており、(1) 運営目標 (2) サービス品質向上目標 (3) 人材育成・職員環境目標 (4) 収支・運営管理目標が示され、中期計画3年、長期計画5年の事業計画書も整備されています。館内には、各文書が閲覧できるように整理されたファイルが設置されています。 看護部目標、介護医療院目標、給食栄養、事務部年間目標、リハビリテーション年間目標と、それぞれの部署において目標を設定 (Plan) し実施 (Do) されていることは確認できましたが、評価 (Check)、改善 (Action) に関する取り組みについては、今回の確認では明確な状況を把握するまでには至りませんでした。			
<b>(3) 管理者等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。	B	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。	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)		法令に関するリストは、グループウェアにリンク先を貼り付け、誰でも最新版の情報が閲覧できるように整備されています。法令に関する内容は、教育研修の実施を通じて周知が図られています。 ご意見箱に寄せられた意見は、理事長へ直接届く仕組みとなっており、患者、家族、職員全ての意見を集約し、改善等につなげておられます。管理者自らの行動が信頼されているかを把握・評価・見直しをする仕組み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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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	B
		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	A
		(評価機関コメント)		職務の基本マニュアル、介護職キャリアパス要件書が整備されており、人事考課は自己評価と上司評価が実施されています。 ホームページには採用に関する内容が記載されており、YouTubeによる動画なども活用され、見やすく整備されています。募集職種一覧には各職種の募集人数が明示され、採用応募者には全員に同一の選考方法を適用されています。2025年度研修計画を作成されており、研修の参加率向上のためLINEを活用した研修案内・報告書を作成されています。 実習生については、リハビリテーション臨床実習受け入れを行なっておられ、各マニュアル等が整備されていました。また、実習指導者の研修にも参加されています。職員の「気づき」を促す仕組み（勉強会など）については、今後、取り組みが進むことが望まれます。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		腰痛対策用品として、ロールボードやスライディングボードを導入されています。 電子カルテや介護保険ソフトなどのICT化については、現在は紙カルテを使用されており、ケアプランなどはエクセルで作成されている状況でした。 妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント並びにカスタマーハラスメントの防止に関する規程が整備され、ハラスメント相談窓口を設置されています。また、超過勤務はほとんどなく、有給休暇も計画的に取得されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	C	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。	C	A
		(評価機関コメント)		地域との関わり方に関する基本的な考え方については、明文化まではされていませんでしたが、今年度より、健康・福祉まつりへの参加や、隣接する「ジュネット京都・久我の杜」と健康相談サービス業務委託仕様書を締結し、専門知識を有する看護師等による介護予防・生活習慣病予防のための相談業務（健康相談）を実施されるなど、地域貢献の取り組みが進められていました。また、地域ケア会議へスタッフを派遣されるなど、地域活動への参加や情報提供、ニーズの把握などを行っておられます。さらに、季刊誌「まごころ」を地域157ヶ所へ送付し、情報発信を行っておられます。		

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
<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	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	A	
	(評価機関コメント)		ホームページにて情報提供されています。運営規定や重要事項説明書についても公表されています。情報内容を適宜見直すための定期的な更新ルールを設けることで、より適切な情報提供につながると考えられます。なお、見学等の対応は「見学希望者一覧表」に記録し、適切に管理されています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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)		重要事項説明書などは、文字も大きく作成されており、見やすい工夫がされています。契約手続きも適切に行われており、保険外サービスである洗濯についても低料金で設定され、説明も行われていることを確認いたしました。権利擁護等の仕組みについては、窓口で社会福祉士が対応されています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)		アセスメント様式は、「フローチャート式ケアプランの立て方」を基に作成されています。アセスメント等の記載は各専門職種が担当されており、ニーズや課題を明らかにする手順は、「介護支援専門員業務、記録マニュアル」に記載されています。アセスメントは、3カ月に一回実施されています。また、計画の見直しにおいても、多職種によるカンファレンスを3カ月に一回開催されており、プラン変更については、申し送りでも周知されています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		地域連携室の社会福祉士が窓口となり、医療機関用診療情報提供書を活用し、連携出来ています。行政（高齢介護課）とも連携が図られていることを確認しました。しかし、他事業所との連携が確認できる資料、またサービスの継続性に配慮した手順等の文書については、確認できませんでした。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		職員間での情報共有がしっかりと行われています。また、ご家族への情報共有についても、工夫しながら定期的実施されています。一方で、業務マニュアル等については見直しの基準が明確に定められていなかったため、今後は、見直しの記録や記録管理に関する規約の整備が課題となります。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		二次感染を防ぐための対策を講じた上で、受け入れ対応が実施されています。また、施設内の衛生管理は適切に取り組まれています。感染症対策の責任と役割を明確にした管理体制、および最新の情報を踏まえたマニュアル更新については、今回の確認では把握することができませんでした。		
(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)		マニュアルおよびBCP計画書は、防火、大規模災害、洪水、食事提供、複数の感染症発生時の対応など、細分化された内容で整備されています。また、マニュアル等は各部署へ配付されているほか、全職員がパソコンで閲覧できるようにされており、周知が図られています。		

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

#### 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	B
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。	B	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)		人権や自尊心が尊重されたサービスが提供されているかを把握する手段として、意見箱の設置やアンケートの実施が行われていました。一方で、委員会や会議においてこれらの結果を共有・議論し、組織として振り返りや検討・対応を行う仕組みについては、今後の整備が望まれます。		
(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)		複数の手段を用いて幅広く情報を収集しようとする姿勢が見られました。また、理事長からの指示が速やかに反映されることで、迅速な対応が可能となる仕組みも確認できました。一方で、その内容が職員間で共有されるまでに時間を要している状況が見受けられました。また、寄せられた意見や要望について、その要点と対応を匿名性を確保した上で公開する仕組みは、今後の課題として整理されることが望まれます。		

(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てている	C	C
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。	C	C
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	C
(評価機関コメント)		利用者に対する満足度調査の実施、サービスの質の向上に向けた検討体制、および自主点検以外の自己評価の仕組みや評価を組織的に行なうための仕組みは、今回は確認できませんでしたが、今後の取り組みの中で整備が期待される点です。		