

アドバイス・レポート

2026年3月31日

令和8年1月29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 嵯峨野病院 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>通番4 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 各部署の目標設定は事業計画に基づき目標管理シートにて作成され、年度途中で振り返る機会があることを確認しました。振り返りの結果、改善策として手順書の見直しを実施したケースもあり目標設定、中間評価、改善策立案のシステムが確立されていました。</p> <p>通番10 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 人材育成キャリアパス計画により採用時から体系的に研修が実施されていました。外部研修にも積極的に参加できるように費用支援等が行われ、資格取得にもつながっていました。</p> <p>通番29 感染症の対策及び予防 複数の職員が感染症に罹患した経緯があったものの、入所者に二次感染被害が発生せず経過した事例において、日々の健康観察、欠勤による勤務調整への協力体制、発生後の感染防止対策の実施等、マニュアル遵守が徹底されていることが伺えました。</p> <p>通番43 質の向上に対する検討体制 業務改善検討委員会において、全職種がサービスの質の向上について協議されていました。さらに2週に1回は各部署担当制で「院内探検隊」を結成し巡視を行い、接遇等に関する職員の意識を高める取り組みが継続されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>通番6 管理者等のリーダーシップの発揮 経営責任者および運営管理者は、積極的に職員と話す機会をもっておられますが、自らの行動が職員から信頼を受けているかどうかを把握・評価する仕組みについては確認できませんでした。</p> <p>通番15 地域との交流 ボランティアの受け入れは令和8年度に再開予定とのことですが、受入れマニュアルを確認できませんでした。</p> <p>通番42 利用者満足度の向上の取り組み 退院後のアンケートは実施されていますが、入院中のアンケートが定期的に行われていることは確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番6 管理者等のリーダーシップの発揮 きょうと福祉人材育成認証制度において「認証」を受けておられます。「組織活性化プログラム」を活用することにより上司評価も実施することが出来ます。職員が簡単なアンケートに答えるだけで、職員の満足度や意識調査、京都府同業種との比較や年度推移などを把握でき、施設の改善の機会にもつながりますので、是非継続的な実施を検討してください。</p> <p>通番15 地域との交流 ボランティアの受け入れに際し、申込用紙は確認いたしました。今後は受け入れ体制・登録・手続き・活動配置先・事前説明・研修・利用者への説明等を含め、具体的なマニュアルを作成されることを提案いたします。</p> <p>通番42 利用者満足度の向上の取り組み 入院中のアンケートをご本人及びご家族に定期的実施できる手段を検討いただくことで、更なるサービスの質の向上につながると思われます。</p> <p>(その他) 通番3 事業計画等の策定 事業計画は単年度計画に加え中長期計画の策定がガイドラインに示されています。中長期計画を策定することにより、働く職員にも施設の展望を示すことができます。また、利用者や家族に説明周知する方法として、ホームページや季刊誌（嵯峨野だより）の活用をご検討ください。</p> <p>通番29 感染症の対策および予防 通番30 事業所内の衛生管理等 感染に関する院外研修には栄養科職員が参加されていますが、他職種も最新情報が得られるよう院外研修への参加が望まれます。また、清掃委託業者の契約書には感染症関連の研修・訓練についての記載がありませんでした。入所者に近い場所で業務をされるため、職員と同様の研修を受けていただくか、委託業者側での研修実施を確認できる体制が望まれます。</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	26B0700027
事業所名	一般財団法人仁風会 嵯峨野病院介護医療院
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 訪問リハビリテーション、訪問看護
訪問調査実施日	令和8年2月20日
評価機関名	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		理念、まごころ医療宣言、運営方針が明確になっています。理事長、施設長、事務長等が参加する幹部会議を毎月開催し、経営状況を把握・分析されていました。「嵯峨野だより」を年4回発行されており、永年勤続表彰式の際には理事長から運営方針等の訓示があるとの事でした。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		単年度の事業計画は策定されていましたが、中長期計画は確認できませんでした。また、事業計画を利用者や家族に周知する取り組みを確認することができませんでした。各部署の目標管理シートは事業計画に基づき作成されており、年度途中で振り返る機会があることを確認しました。振り返りの結果、改善策として手順書の見直しを実施したケースを確認しました。			
(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。	A	A	
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6	運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)		管理者全員が携帯電話を所持しており、緊急連絡網でもその状況を確認できました。アクシデントレポートが理事長まで報告されているケースも確認できました。法令遵守の観点では、メディアックス等を活用し、幹部会議にて最新情報を共有するなど確実に法令遵守を行う体制を確認できました。一方で、管理者自らの行動が職員から信頼を受けているかどうかを把握・評価する等の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
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。	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)		法人理念に基づき「期待する職員像」を明確に打ち出されています。人材育成キャリアパス計画に則り、採用時から体系的に研修が実施されています。院内の研修はもとより、外部研修にも費用の補助を行うなど積極的な参加を促し、人材育成に努めておられます。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人本部で有給消化率・時間外勤務を管理し、データとして配布されています。有休は取りやすい環境であることが職員ヒアリングから確認できました。個人面談の実施や、職員の意見箱を毎日開錠するなど管理者による工夫が見られました。働きやすい職場風土であることがうかがえました。休憩場所も適切に確保されていました。		
(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	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)		ホームページと広報誌において、法人理念に基づき地域での役割を明確に示されています。地域の行事にも積極的に参加され、宇多野学区の医療・福祉に貢献されています。新型コロナウイルス発生後、中止しているボランティアの受け入れについては、近々の再開が望まれます。なお、受け入れマニュアル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。	B	A
		(評価機関コメント)		ホームページ、パンフレット、院内掲示、「嵯峨野だより」による事業者情報が公開されました。また介護サービス情報公表でも確認しました。介護相談の日を設定しており、直近1年間では14件の見学相談を受け入れていました。		

(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)	利用契約書、重要事項説明書の文字が大きくて見やすい工夫がされていました。成年後見制度の活用状況については、直近の相談経過記録において、実際の利用者への対応記録を確認しました。			
(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)	2ケースをサンプリングしました。新規入所者においては、入所前施設からの情報提供および本人・家族面談によりアセスメントを実施し、希望（意向）も確実にケアプランに反映されていました。認定更新者においても、各専門職への意見照会や外部歯科医療機関への意見照会等を実施しサービス担当者会議の要点にわかりやすくまとめられていました。			
(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。	A	A
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)	協力歯科医療機関からは、入所者個別の歯科健診結果の報告を受けておられました。また施設全体に対しても口腔衛生管理にかかわる助言をいただいております。在宅リハビリテーション連携協力連絡会に参加して、最近の困りごと、地域リハの課題等を共有されていました。介護医療院からの退院の際（特養入所）にも確実な連携が図られていました。			
(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	A
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)	各マニュアルは委員会等で基準に沿って見直されており、更新履歴も記載されていました。マニュアル・手順書に基づいた方法で器材消毒・患者搬送等日常業務が実施されていることをラウンドで確認しました。家族との面会・面談時を利用して情報交換された内容はカルテに記載され、ケアプランに反映されており、プランに基づいたケアの実施を記録で確認しました。情報共有の確実性を高めるために患者・申し送りノートを活用し、出勤時必読と署名をする仕組みがありました。			
(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)	感染防止対策マニュアルが整備されており、規定に沿って内容が見直され、更新履歴も記載されていました。法令研修以外にも季節性の感染症対策に関する研修を実施し、不参加者には資料と習熟度確認テストを実施していました。日々の健康観察が実施されており、院内への二次感染事例はありませんでした。委託業者の清掃状況はチェックシートで管理され、協議されていました。			

(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)		BCPおよび医療安全管理マニュアルが整備されており、指揮命令系統、備蓄品リスト、連絡網等が適切に管理されていました。事故発生時フローは常時閲覧できる状態にありました。事故はレベル別に報告され、委員会で検討のうえ、再発防止のためのマニュアル変更が行われていることを確認しました。研修は計画に沿って実施されており、不参加者には資料配布とテストにより習熟度の確認が行われていました。(BCP机上訓練は終了し3月に最終訓練予定)月1回備品点検が実施され、必要時には書類に基づき修繕がされており、設備機器類は業者点検と修繕記録を確認しました。		

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	A
(評価機関コメント)		理念、運営方針、季刊誌、就業規則には患者に寄り添う文言が記載されており、入院時や病状変化時等に意向確認用紙を用いて意思決定支援が行われていました。また、面会時等での意思確認を行い、ケアプランに反映されていることを確認しました。虐待防止、身体拘束禁止、個人情報保護等のマニュアルが整備されており、新入職時は必須研修とされ受講されていました。日々の観察強化、スタッフ間のコミュニケーションの円滑化により、些細なことでも報告相談が可能な風土が形成されていることをヒアリングで確認しました。紹介患者の受け入れにおいて、断り事例はありませんでした。		
(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。	A	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	A
(評価機関コメント)		意見箱を設置し、退院後にもアンケート実施するなど、広く利用者の声を聞く体制を整えられていました。苦情処理マニュアルも整備され、寄せられた意見には即時対応が行われていました。また、改善状況についても適切に掲示されていました。		
(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	B	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。	A	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	C	B
(評価機関コメント)		退院後のアンケートは、ご家族へ用紙を渡すなど確実に実施していましたが、入院中の定期的なアンケートが行われているかについては確認できませんでした。業務改善検討委員会において、常にサービスの質向上の取組みをされていることを議事録で確認しました。また、自主的に院内を巡視し、接遇等の強化に努めておられます。第三者評価については、3年に1回受診はされていませんでした。		