

アドバイス・レポート

令和7年1月29日

令和6年6月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたひなたぼっこにつきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	(通番6) 管理者当によるリーダーシップの発揮 役割と責任については、組織表やキャリアパスに明記されております。小規模の事業所でもあり管理者も業務兼務で実働されており、利用者の声や各職員の声を直接聞かれており、助言や指導もタイムリーにできる環境です。職員会議や部門会議に必ず出席して、職員との意見交換をする中で、事業の質向上に努めておられます。 また、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みとし、管理者評価のアンケートを行い、内容把握と共に精査し、課題や設問の具体化等の意見交換をすることにより課題解決に繋げておられます。 (通番14) 地域との連携・情報発信 北区で「北区ケアマネみつけ隊」にも所属し、北区事業所との連携や紫竹圏域でも事業所連携は密にされており、協働で地域に向けた取り組みを行っております。 法人独自としての地域の取り組みは、「ひなたぼっこの会」として、フリースペースを活用して、様々な企画や勉強会を考え、作品展やフットケア、地域住民向け講座などを開催されております。令和6年度の講座は「栄養について」のテーマで6月に、昨年度は「フレイル予防」など3回シリーズで開催された実績があります。 (通番33) 災害発生時の対応 BCP計画策定と共に、職員には配布し、「BCP」についての説明をされています。地域との連携や利用者の安否確認の方法も内容に織り込み、研修会も行なわれました。併せて、訪問介護と居宅介護支援事業所ですが、食料や災害用の備蓄がしっかり整備されています。 紫 竹圏域サービス事業所連絡会で、地域の福祉関係機関や消防署・警察署と連携し、大宮交通公園にてシュミレーション訓練も実施されました。身近な地域との連携では、消防団に事業所に来てもらい研修を行ったり、災害リストを整備して優先順位を決めて事業所としてのシュミレーションも実施し、事業所としての災害が発生した時の行動を職員間で共有されて、慌てないように対策を講じておられます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	(通番9) 質の高い人材確保 「職員の基本方針」や年度方針で人材確保について明記されており、有資格者の採用を行っております。 採用活動は、ハローワークや求人サイトを利用されていますが、ホームページは現在開設されておらず、準備中との事でした。 事業所の魅力を積極的に配信などの採用活動が行えていませんでした。 (通番11) 実習生の受け入れ 実習受け入れマニュアルは整備され、自主担当窓口も明記されていますが、実習指導者の研修や実習の受け入れは行われていませんでした。

具体的なアドバイス

支援センターひなたぼっこは、京都北区の南に大徳寺、西に今宮神社、北には大宮公園、東には大宮商店街が近くにあり、閑静な住宅街の中にあります。紫竹地区は昔ながらの町屋や蔵を改造されたおしゃれなお店もあり、歴史と新しい風を肌で感じられるような街です。地域の特徴として、各種団体機関との連携が深く、地域に根差した事業所として、様々な地域活動に活発に取り組んでおられる様子が伺えました。

特に昨今の防災意識は高くなる中、紫竹圏域ではR4年度から「紫竹圏域防災プロジェクト」を立ち上げ、医療・介護事業所が連携して災害時の備えに取り組んでおられます。コアメンバーとして活躍されており、事業所の防災意識の高さも感じました。

この地域に「ひなたぼっこ」を立ち上げた管理者の思いは、事業所1階の多目的フリースペースを開放し、高齢者・障がい者・子供たちが自由に集える居場所づくりを目指しているとお話されておりました。活用に向けて広く知って頂くためにもホームページを作成中であり、身近な地域の中でほっこり誰もが集える拠点となり、地域に密着した事業所として、今後の期待が大いに高まります。

具体的なアドバイスについては、次のとおりです。

（通番9）質の高い人材確保

事業所の魅力を積極的に配信することについて、準備中のホームページなどには是非活用されてはどうかと思うのが、パンフレットもカエルをキャラクターとして作成されておりますが、事業所の玄関を入ると出迎えてくれたカエルの存在です。カエルにはネーミングされておりました。質の高い人材確保には、この事業所で働きたいという魅力的な事業所情報を配信することかと思えます。

「ひだまりっこ」の特徴として、地域開放の多目的フリースペースの活用など、魅力発信できる情報がたくさんありますので、この事業所ならではのアピールをキャラクターを用いながら、期待できる人材採用に向けて活用されてはいかがでしょうか。

（通番11）実習生の受け入れ

大型施設の実習のみならず、地域で働きたいニーズもある中で、今後、訪問介護員やケアマネジャーのみならず、「介護福祉士」や「社会福祉士」を含めた実習生の受け入れができることを「ひなたぼっこ」であればできるのではないかと期待します。実習指導者に対する研修については、京都府社会福祉協議会の養成研修などの活用もありますので、ご検討下さい。

（通番41）第三者への相談機会の確保

公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法や仕組みはありますが、外部の第三者の位置付けはされていませんでした。評価結果としては、全項目の確認ができたのですが、外部への相談機会確保を積極的に行うためには、市民の視点となる第三者委員を設けられることをお勧めいたします。

第三者委員は、利用者と事業所の中立の立場で助言を行う役割がありますので、サービス改善につながるような働きかけとなり、事業者にとっても大変貴重なものです。事業所の質向上のためにも第三者委員などの設置を一考されては如何でしょうか。

※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	2670100711
事業所名	支援センターひなたぼっこ
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業所
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	2025年1月29日
評価機関名	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) 経営方針と運営方針は、パンフレット等に明確化している。職員には名刺の裏に記載しており、月1回の全体会議で周知し、それに沿ったケアをしている。利用者・家族には「ひなたぼっこ通信」に掲載し年4回発行している。契約時にも説明している。 2) 「キャリアパス基本フレーム」規定を社会保険労務士と共に作成し、職務内容と権限、勤務条件などを明記している。会社株主総会・取締役会を5月、登録ヘルパー含む全体会議（月1回）・職員会議（月1回）、各委員会・全体会議（研修会）があり、階層別に意思決定を行っている。事業所が小規模であり、職員の声は、管理者には直接届いている。				
(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。	A	A
		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) 会社としての中長期計画を10年・5年・3年ごとに作成している。単年度計画は、部門ごとに作成している。紫竹地域の連携等の仕組みの特長もあり、行政・防災も含めた地域向け、地域に根差した計画になっている。単年度ごとに振り返りをして次年度につなげている。利用者には年度初めの「ひなたぼっこ通信」の広報誌に掲載している。 4) 年度の方針や事業計画は半年ごとに見直しを行っている。事業所の稼働率や加算取得等数値目標を掲げて、会議で部門ごとの達成状況を確認している。				

(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。	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	A
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、集団指導等に参加した内容は全体で研修で周知している。就業規則等については社会保険労務士と相談して修正している。ハラスメント規程を追加した。職員には、「就業規則・規程・マニュアル」（関係する法令一覧）をファイリングして全職員が閲覧できるようにしている。全体会議でも周知している。欠席者等には、月1回は事務所に来る体制になっており、そこで情報共有・必要事項を伝達する。 6) 管理者は、全ての会議に出席している。年1回、面談シート記載の上、全職員に対して個人面談を実施している。職員が管理者評価をするシートがある。 7) 管理者は携帯所持しており、タイムリーに連絡が入り情報収集は随時できている。伝達事項は管理者から発信する。緊急時は、担当者以外も出動できる体制をとっている。		

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						
		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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8) 「期待する職員像」は、職員基本方針に明記、掲示している。キャリアパス・就業規則が整備されている。職員安定化アンケートも実施している。 9) 有資格者を採用している。入職後の資格取得（実践者研修・介護支援専門員）支援もしている。人材確保や事業所の魅力発信のためにホームページを現在作成依頼中である。 10) 人材育成は、内部の年間の研修計画（初任者・1・2・3・4年目）、個別の研修計画を作成している。（特定事業所加算に向けて）業務の自己チェックリストを作成している。外部研修も積極的に出席できるようにしている。（ケアマネ会研修・北区事業所研修など）キャリアアップ支援、資格手当、研修費用を補助している。個別研修計画は、1・2・3・4週目の期間を設け、同行訪問を実施している。 11) 実習受け入れの指針など準備はできている。体制はあるが実績はない。		
(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) 有給休暇把握は、社会保険労務士が管理し周知している。給与明細に記載している。時間外管理は管理者が管理している。職員の悩み相談窓口については、外部機関の連絡先を事務所に掲示して職員に周知している。育児休業・介護休業など体制はある。ICT導入については、居宅計画ガイドラインを利用するようになり業務削減となった。 13) 外部のメンタルヘルスを相談窓口を職員に周知している。内部の福利厚生としては、全職員で懇親会をしている。休憩場所（飲み物やおやつなど設置）はある。		
(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。	A	A
		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) 地域の情報は、年度方針に掲げて、紫竹圏域の連携を取っている。災害のケア会議、コアメンバーとなっている。「備えチーム」で地域にチラシを作成して配布したり、「救護チーム」との情報共有を圏域でしている。地域の医療・介護連携で研修を実施している。またバックアップ企画として、各施設を社協・女性会等、団体に対して紹介をしている。「ひなたぼっこの会」として、年2回、「ひなたぼっこ多目的フリースペース」にて様々な企画や勉強会を開催（作品展や栄養・フットケア等）している。 15) 非該当 16) 紫竹圏域の中で連携して、圏域の社会資源を民生委員や老人福祉員。地域の方に照会し、情報提供をしていく「ワクワク企画」の参画や、紫竹圏域の防災についての取り組みの企画に参加し、地域貢献活動など行っている。		

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	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) カエルのイメージキャラクターを掲載したパンフレットを作成している。情報もわかりやすく適宜の見直しをしている。問い合わせには随時対応をしている。ホームページ作成に向けては、内容を詳細に確認中である。		
(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) 介護保険外サービスも含めて、契約書・重要事項説明書で説明している。成年後見制度の利用者には、申請手続きを援助するケースもある。		
(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) 所定アセスメント様式により利用者状況を記録している。本人や家族、他、医療情報については主治医や医療連携の中で情報収集している。事業所として独自に手順書作成をしている。 20) 本人・家族の意向確認をしてアセスメント・サービス担当会議の要点に記載している。意思決定支援も本人・家族に沿えるためにチームで方針や方向性を検討する。メディカルサポートセンターと共有している。 21) ケアプラン策定については、各事業所や医師・PT等の専門職との連携をしている。日常生活自立支援事業を活用の場合は、社会福祉協議会と連携をしている。 22) 毎月、モニタリングを実施し、サービス提供状況を確認している。長期目標・短期目標・状態変化時には随時、見直しをしている。変更の時は、サービス担当会議を開催し、各サービス事業所と情報共有している。		
(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)		23) 利用者の関係事業所や主治医、地域包括支援センター等と連携している。退院前カンファレンスに可能な限り参加して情報共有し、看護サマリーや服薬情報等を入手して必要な情報を得ている。虐待ケース等は介護保険課、障害・難病の利用者は保健所、他社会福祉協議会等と連携している。事業所連絡会には毎回参加、北区事業所連絡会など担当もしており積極的な関わりがある。 24) 重要事項説明書にて施設入所についての説明をしている。施設にはケアプランなどの情報を提供している。サービス移行時や終了時は文書で資料を提供するなど協力体制をしている。		

(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)		25) 業務マニュアルを作成しており、権利擁護やプライバシー考え方倫理要綱について具体的な内容は訪問マニュアルに掲載している。見直しは、定期的には年1回、変更時は随時に見直し、改正している。 26) 利用者の記録は、F-SOAPIに基づいて記録し、文言の統一も図っている。個人情報情報の取り扱いは、個人情報保護規定に定めている。 27) 職員間の情報共有については、毎朝のミーティング、居宅会議（月1回）、職員会議等で行っている。また、利用者の情報は、会議はパソコンソフトで随時共有しており、記録や個人情報についての研修は毎年計画し実施している。 28) モニタリング訪問において利用者や家族と情報交換している。独居の場合は、電話で状況を伝えている。ひなたぼっこ通信（年4回）やひなたぼっこの会の案内を配布したり、認知症の講座などのお知らせをしている。		

(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)		29) 事故発生時連絡網、BCPに責任と役割を明記している。毎年6月に外部講師を招いて感染症の研修を行っている。マニュアルの更新を行っている。二次感染を防ぐ対策として防御服を着て訪問をしている。 30) 事業所は職員で清掃をしており清潔を保っている。1階が地域交流スペース、2階が訪問事業と居宅会議支援とそれぞれの事務所があり、複合機や整理棚など、効率的に働きやすい環境整備がされている。		

(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)		31) 事故発生時や緊急時対応のマニュアルが整備されており、発生時の指示命令系統は、明記されている。圏域でビデオを作製した物を使用して職員研修を行っている。 32) 事故発生時には本人・家族に報告や説明を行い、報告書も作成している。ヒヤリハット報告書も様式を定めている。あった場合は職員会議で報告検討を行い再発防止に努めている。マニュアルの見直しも行っている。 33) 災害発生時の対応マニュアルが整備され、BCP計画に指示命令系統を定めている。消防団に来てもらい研修を行っている。災害リストで優先順位を決めている。地域との連携や安否確認はBCPIに定めている。備蓄を在庫管理表を定め整備している。紫竹圏域サービス事業連絡会で地域の消防署や警察などお連携しシュミレーション訓練を実施している。 34) 自然災害や感染症まん延等に備えて、必要な機器や物品は備蓄され、発生時に即座に対応できるようにしている。感染症については研修会を実施し意見交換を行い、対応できるようにしている。		

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
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)	35) 利用者の人権については、介護支援専門員倫理綱領、年度方針に明記している。日常の業務を振り返りとして「虐待の芽チェックリスト」を実施している。意思決定支援の全体研修を行っている。 36) 虐待防止にかかる指針を定めるとともに担当者の設置、定期的に委員会を実施している。研修も開催している。身体拘束についても指針・マニュアルを整備している。チェックリスト、満足度調査を行って不適切ケアの予防に努めている。 37) プライバシー保護について業務マニュアルに記載している。毎年研修などで、プライバシー保護に関する意識付けを促している。 38) 基本的には断らず、困難なケースや医療度の高いケースも受け入れている。支援が難しいケースは関係機関と調整を図っている。				
	(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てている。	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)	39) 利用者にはモニタリング時や訪問時に意向を聞いている。アンケートも行っている。相談場所は自宅や事業所を選べる。内容は職員会議や全体会議で報告して共有している。 40) 苦情に関するマニュアルが設置されている。重要事項説明書にも明記して利用者に説明している。苦情等があれば記録し、すぐに改善できる体制整備を行うように努めている。苦情の改善状況については広報紙にて公開している。 41) 公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に明記している。					
(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	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	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	A	A		
(評価機関コメント)	42) 年1回の満足度調査を実施している。満足調査や日々の支援サービスの中で聞かれる意見・要望は居宅会議や職員会議等で検討し、必要な改善を行っている。結果の中からケアマネの役割についてチラシを配布したり、訪問ミスなどの改善を図った。 43) 毎月の職員会議において、サービスの質について検討している。圏域のケアマネ交流会等で共通課題を検討している。 44) 年1回、自己評価チェックリストを行っている。定期的に第三者評価を受診し、改善に向けて取り組んでいる。					