

アドバイス・レポート

2025年12月3日

令和7年8月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた南事務所につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>○実習の受け入れ等 実習受入マニュアル」を整備し、実習受け入れについての連絡窓口等を明文化されていました。事前のオリエンテーションでは、実習指導担当者が実習生と話合いながら、実習プログラムを作成し、実習を受ける環境を整えておられます。また、法人は実習指導担当者の悩みなどを共有する場として、人材マネジメント室が「フィードバック研修」を年1回開催するなど、実習指導担当者の後方支援を行っています。また、地域の高校に介護の授業を行うため、年1回、職員を講師として派遣しています。</p> <p>○地域との連携・情報発信 地域に対して事業所のサービス内容等がわかる「京都福祉サービス協会南区サービスマップ」を作成するとともに、SNSを活用し情報発信をしています。週2回（火曜日・金曜日）、事務所の駐車場でラジオ体操を行っており、そこに参加している民生児童委員と密に連携を図るなど、介護ニーズの把握を行っています。年2回、事務所2階の会議室で「ラジオ体操茶話会」を開催し、地域住民にとって有意義な情報提供や研修会を実施しています。</p> <p>○事故の再発防止等 事故が発生した場合は、「緊急・事故対応マニュアル」に沿って、速やかに管理者に報告され、適切に対応しています。発生した事故については、自事業所のみで完結せず「2025年事故報告書」や「ひやりはっと報告書」を6か月に1回開催する法人全体の「リスク管理員会」に報告し、当委員会の中で事故内容の傾向の分析や再発防止策を再検証しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>○法令遵守の取り組み 管理者は法令遵守の観点での経営に関する研修会に参加していますが、事業を実施するうえで把握すべき法令について、職員が必要な時にいつでも確認できるためのリスト化ができていませんでした。</p> <p>○サービス移行時の連携・相談対応 サービスの利用が終了した後の家族などの対応は、担当のサービス提供責任者が窓口になると明確にされていますが、他機関等へのサービス移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順や手続きについては文書化していませんでした。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 自己評価を行う仕組みとして、法人の経営企画部による内部監査を受ける仕組みはありますが、直近は2022年度であり、年1回以上の自己評価の実施となっていませんでした。</p>

	<p>当事業所が所属する「社会福祉法人京都福祉サービス協会」は、昭和61年に「京都ホームヘルプサービス協会」として発足された歴史ある法人であり、現在は京都市内で高齢者や児童、障害者の方を支援するサービスを展開しています。長年、組織の理念として「くらしに笑顔と安心を」を掲げ運営されてきましたが、2025年10月から新たに「京都の日々を、あたためる」を理念に掲げ、法人全体（施設部門や在宅部門等）が一致団結して利用者支援を行っておられます。南訪問介護ステーションは、平成23年11月に現在の場所に移転され、居宅介護支援事業所や訪問看護事業所と併設されています。新たな理念を基に、医療的ケアを行うなど、介護技術力の高さを備え、約70名の職員で地域の利用者ニーズに応えられるようにしています。引き続き地域に根ざした介護サービスの提供と更なるサービスの向上を期待して、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p>○法令遵守の取り組み 1人1台のパソコンがあり、各自がインターネットで検索ができるとのことでしたが、サービス提供に関連する法令が何かを明示しないと、すぐに調べられる体制とは言えません。まずは、現場責任者が事業を実施するうえで把握すべき法令について整理し、すぐに検索ができるよう対象となるリンク先のアドレスをまとめるなどされては如何でしょうか。</p> <p>○サービス移行時の連携・相談対応 自法人の事業所に移行する際の情報提供については、どの書類を提供するか取り決められています。他法人の事業所等に移行する際にも情報提供が必要となりますので、サービスの継続性に配慮した手順や手続きを明文化することにより、サービスの移行がスムーズに行えると考えます。また、事業所内での情報提供に関するバラツキもなくなると思いまので、引継ぎにおける手順書を作成することをお勧めします。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 経営企画部による内部監査を通じて自己評価をする仕組みがありますが、法人が運営する事業所数が多くなり、年1回定期的に実施することが困難となっています。内部監査が年1回受けることができるよう経営企画部の職員数を増やすか、自事業所の職員が自己評価ができる仕組みを構築されることは如何でしょうか。自己評価を定期的に行うことで、サービスの質を担保できると考えます。</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	2670500038
事業所名	南事務所
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和7年11月11日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 2025年10月から法人理念を「京都の日々を、あたためる」に変更しています。全職員には「VISIONBOOK」を配布するとともに、法人理念が浸透するように、理念を変更した経緯などの動画視聴を行っています。 2. 「社会福祉法人京都福祉サービス協会事務分掌、専決及び文書・公印の管理に関する規則」で案件別に意思決定方法を明文化しています。チーム会議で出た意見をブロック会議で検討する仕組みがあるなど職員の意見が反映する仕組みがあります。		
(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	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. 「2025年度事業計画」に基づき、事業所の目標や課題を設定しています。利用者ニーズなどはチーム会議で現状分析しています。しかし、事業計画を利用者や家族などに理解を得るための説明や周知をする機会がありません。 4. 「2025年度Dブロック会議事業計画等」において、各部門ごとに目標の設定を行っています。目標の達成状況は毎月開催するチーム会議で行うとともに、半年に1回はブロック会議で見直しを行う仕組みがあります。		
(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組みを行っている。	A	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、「2025年度階層別研修計画」において、人的資本経営など法令遵守等に関する勉強会に参加しています。しかし、職員に対して遵守すべき法令等のリスト化はしていません。 6. 経営責任者は、「VISIONBOOK」の中で自らの役割と責任について明文化しています。また、管理者は1ON1面接（職員との1対1の面談）を実施するなど職員の意見を聞く機会をもっています。しかし、経営責任者などの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価等をする仕組みがありません。 7. 管理者が不在時には事業所携帯電話を所持し、指示を行う体制があります。介護ソフトの活用により、訪問介護員の日々の派遣状況などを把握しています。
--	--	------------	---

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）、待遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。		A	B	
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)		8. 「京都福祉サービス協会・採用ガイドブック2025」を作成し、期待する職員像等を明確にしています。また、人事に関する基準を明確にした「京都福祉サービス協会人事評価制度ハンドブック」を全職員に配布しています。しかし、職員が自ら将来の姿を描くことができるような仕組みについては、確認できませんでした。 9. 特定事業所加算を算定できるよう積極的に介護福祉士を採用しています。事業所の魅力を発信する取り組みとして、併設している訪問看護事業所と一緒にSNSを活用し、ラジオ体操などの事業所の取り組みを発信しています。 10. 「2025年度階層別研修計画」を策定し、等級ごとに年間受講する研修内容を明確にしています。また、職員個別の目標管理については、「2025年度個別研修計画書」を作成し、目標が達成できるような仕組みの一つに研修費用の補助等があります。 11. 「実習受入マニュアル」に基づき、基本姿勢や受け入れについての連絡窓口やオリエンテーションの実施方法などを明文化しています。また、事業本部の人材マネジメント室が「フィードバック研修」を開催し、実習指導担当者に対する研修などを実施しています。				

(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)		12. 職員の有給休暇の消化率などは、勤怠管理ソフトを活用し各自で把握や管理ができるようにしています。有給休暇の消化ができていない職員には、管理者から対象職員に声かけしています。また、職員の負担軽減のために全職員にスマートフォンを貸与したり、移乗負担を軽減する目的で移乗用シートやスライディングボードの貸し出しをしています。 13. 福利厚生の目的で、毎月、職員向けのヨガサークルを開催したり、「たこやき交流会」や「アイスクリーム交流会」を年2回開催する等、職員間で交流できる仕組みがあります。ハラスマントに関する相談窓口は、事業本部にある人材マネジメント室に設置しています。				

(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。	-	-	
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. 「京都福祉サービス協会南区サービスマップ」を作成し、法人理念を表記するなど、地域との関わり方についての基本的な考え方を明文化しています。「南区事業所連絡会」に参加したり、週2回（火曜日・金曜日）、事務所の駐車場で地域住民の方達と一緒にラジオ体操を行い、ラジオ体操に参加している民生委員から情報収集するなど、地域ニーズを把握しています。 15. 非該当 16. 毎年、地域の高校へ介護授業を行うために講師派遣をしています。また、事務所の会議室を使用し、年2回「ラジオ体操茶話会」を開催し、地域住民に有益な情報提供を行っています。今年度については、警察署員を講師に迎え、ネット詐欺をテーマにした研修会を開催しました。			

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

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. 重要事項説明書により、サービスの内容や利用料金等の情報を提供しています。利用者の問い合わせについては、適時対応できるよう必ずサービス提供責任者が事務所で仕事ができるようにシフトを組んでいます。			
(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. 重要事項説明書を用いて利用者などに説明し同意を得ています。また保険外のサービス（ほのぼののサービス）についても重要事項説明書で説明しています。成年後見制度の活用が望ましい利用者等には、成年後見制度の申し立てに関して、担当ケアマネジャーに提案するなど、積極的に連携を図っています。			
(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)		<p>19. 「在宅相談員業務マニュアル」でアセスメントに関する手続きについて定めています。アセスメントは、介護保険の更新時やケアプランの変更時など必要に応じて実施しています。</p> <p>20. ケアマネジャーが作成する居宅サービス計画書に基づき、個別援助計画を作成しています。利用者などの希望を尊重した上で自立支援を意識した目標を設定しています。</p> <p>21. 個別援助計画を作成するにあたり、担当ケアマネジャーなどと連携しています。退院前カンファレンスが開催される際には積極的に参加し、病院の担当医などと意見交換をするなど専門家から得た情報を計画書に反映しています。</p> <p>22. 「在宅相談員業務マニュアル」でモニタリングに関する手続きについて定めています。総合事業に関しては月1回、それ以外は原則3か月に1回、モニタリングを実施しています。見直しによって変更した個別援助計画の内容は、介護ソフトの指示一括管理機能を活用し、支給しているスマートフォンで確認できるようにしています。</p>	
------------	--	---	--

(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	B
(評価機関コメント)		<p>23. 退院カンファレンスに参加したり、ケアマネジャーを通じて医師と連携を図ったりしています。支援困難ケースは、担当学区の地域包括支援センターに相談し、連携しながら対応しています。</p> <p>24. サービスの利用が終了した後の家族などの対応は、担当のサービス提供責任者が窓口となっています。しかし、他機関等へのサービス移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順や手続きについては文書化していません。</p>		

(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)		<p>25. サービス提供に係る標準的な業務マニュアルとして「在宅相談員業務マニュアル」や「ホームヘルパーハンドブック」等を作成しています。マニュアルは事業本部の地域ケア部が年1回、見直しをしています。</p> <p>26. 「各事務所における書類保管・管理に係る対象書類等について」により、記録管理の責任者や記録の保管等について文書で定めています。個人情報保護に関する職員向けの研修としては、有料動画コンテンツを活用し、全職員が視聴しています。</p> <p>27. 利用者の支援については、毎週開催する「チーム会議」や毎朝の申し送りなどで、職員間で情報の共有や意見集約を行っています。また、介護ソフトを導入し、支給しているスマートフォンで随時情報共有をしています。</p> <p>28. サービス担当者会議に出席し家族等と面接する機会があります。また、連絡帳を活用したり、家族が同居していない場合は電話などで、サービス提供時の状況を伝える仕組みがあります。</p>		

(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. 「感染症BCP」を定め、責任と役割を明確にした管理体制を整備しています。また、「感染症マニュアル」に基づき、スタンダードブリコーション（すべての利用者の血液や粘膜等には感染リスクがあるという考え方で行う感染予防策）について、ヘルパー会議やチーム会議で共有し、「感染しない・感染させない」を意識して業務にあたっています。 30. 執務スペースやトイレについては、当番を決め毎週掃除をするなど環境整備に努めています。また、管理者は毎日、事業所周辺の門掃きをしています。
------------	---

(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	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。	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。	A	A
(評価機関コメント)	31. 「緊急・事故対応マニュアル」や「南事務所職員緊急連絡先秘」を作成し、事故や緊急時における指揮命令系統等を明らかにしています。ヘルパー会議などにおいて複数回の救急救命講習を開催し、全職員が講習を受講しています。 32. 「2025年事故報書」や「ひやりはっと報告書」を6か月に1回開催する法人全体の「リスク管理委員会」に管理者が構成員となり、委員会の中で事故内容の分析や再発防止策を再検証しています。 33. 「自然災害発生時における業務継続計画」を作成し、責任者や指揮命令系統を明らかにしています。また、備蓄リストについては、年1回事務職員が確認し情報更新しています。しかし、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルではなく、地元の行政などと連携した訓練を行っていません。 34. 年1回、安否確認システムのアプリを活用し、全職員が参加した災害発生時の安否確認訓練を行っています。今年度は、能登半島地震で被災した施設の方の話を動画視聴する研修会を開催しています。			

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	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、常に問題意識をもつ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. 全職員を対象にした「職業倫理」に関する研修会を年1回開催しています。また、年度末には「ヘルパー業務自己点検票」を用いて、自身の業務を3段階評価するなど、利用者の人権や自尊心を尊重したサービスの提供を行っているかを振り返る機会があります。 36. 「京都福祉サービス協会における利用者の人権の擁護及び虐待の防止に係る体制の整備等に関する規程」を整備し、虐待防止の担当者等を明文化しています。委員会については年2回開催するとともに、今年度は「虐待・不適切ケアを防ぐ」というテーマで研修を開催しています。 37. プライバシー保護については、「社会福祉法人京都福祉サービス協会従業員綱領」を整備し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うために、介護技術研修を実施しています。 38. 利用申込を積極的に受けており、利用申込を断ったケースはありません。断ることがないように余裕を持った人員配置を行っています。				

(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。	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	公的機関等の窓口に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。	A	A
(評価機関コメント)		39. 苦情があった場合は、その内容を「相談・苦情受付票」で記録し、職員間で共有しています。相談相手などについては、例えば医療的ケアが高い利用者等については、経験豊富な介護福祉士資格を持った訪問介護職員や、サービス提供責任者が担当するなど配慮しています。 40. 「苦情・クレーム対応マニュアル」に基づき報告書を作成しています。報告書は事業本部の地域ケア部に提供し、地域ケア部が個人情報を特定できないように情報公開用の資料を作成しています。作成された情報公開用の資料は事務所玄関受付に置き、常時閲覧できるようにしています。 41. 重要事項説明書に公的機関などの相談窓口先を明文化しています。また、事業所内にも掲示しています。		

(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	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	B
(評価機関コメント)		42. 法人全体で利用者の満足度調査を年1回実施しています。また、意見がいつでも出せるよう、利用者全員にご意見カード（切手不要のハガキ）を毎年配布しています。 43. サービスの質の向上に関する検討は、法人の訪問介護事業所の管理者が構成員となっている「訪問介護課題検討会議」に毎月参加し、他の事業所の取り組みなどについて積極的に情報収集しています。自事業所で取り組んだ「たこやき交流会」などの職員同士が交流する企画を、他の事業所が取り入れています。 44. 3年に1回、第三者評価を受診しています。自己評価を行う仕組みとして、法人の経営企画部による内部監査を定期的に受診していますが、直近は2022年度であり、年1回以上の自己評価の実施となっていません。		