

アドバイス・レポート

令和 8 年 6 月 8 日

令和 8 年 2 月 22 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 京都福祉サービス協会北事務所 ）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 (※)	1) 職員間及び家族等との情報共有 事業所全体で 100 名を超える人数にも関わらず、I C T を活用して情報共有をされています。個別援助である訪問介護・居宅介護支援において、各利用者の状態変化等の「気づき」と情報共有は大変重要です。サービス提供責任者が中心となって日々の訪問介護サービスの援助内容を、記録を通じて確認されています。情報共有が必要な内容は迅速にメール等で共有をされています。サービス提供責任者間の情報共有も対面等でされており、デジタルとアナログの良い点を取り入れた実践をされています。家族への情報共有も連絡ノートやメール、F A X 等を使用されています。遠方の家族にとっては一番身近に接している訪問介護事業所からの情報共有を頼りにされていると思います。多忙を極める訪問介護・居宅介護支援ではありますが、一番身近で接する事業所として、これからも法人の VISION である「京都の日々を、あたためる」を実践していただきたいと思います。 2) 質の高い人材の確保 事業所内で介護福祉士有資格者が 8 割を超える高水準を維持されています。法人内での初任者研修や実務者研修を実施されており、費用負担等もされているとのこと。職員数が多いにも関わらず、期間を定めての参集型での動画視聴研修も実施されています。期間中の未受講の職員へは個別に補講をされるなどの対応もされていました。 3) 多様な利用者の受け入れ 医療行為である喀痰吸引の研修を修了された職員が 20 名在籍されていて高齢者のみならず重度障害をかかえる利用者也広く受け入れをされています。また、法人全体として抱えるヘルパー数は京都市内随一であり、介護保険では適用されない自費サービスも提供されるなど利用者の要望に応える事業所としてケアマネジャーからの信頼も厚いことが窺えます。
-----------------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1) 職員の業務負担への配慮 人事異動や退職等に伴い各職員が重責を担っておられます。高齢者福祉・介護分野における担い手不足は貴事業所に限ったことではなく社会全体の課題です。サービス提供責任者に至っては日々の訪問介護員の記録の確認、サービス調整、緊急時対応、職員欠員に伴う訪問援助等、多忙を極める環境です。現状実施されている業務内容はサービスの質を担保する為、必須であると思います。ただ、職員の心身の負担が大きいと推察致します。 2) サービスの質の向上に係る取り組み 自己評価として法人本部の経営企画室による内部監査や介護保険事業者に義務付けられている自主点検は実施されていますが、これらは法令遵守に関する内容となっておりサービスの質向上に係る自己評価は確認できませんでした。 3) マニュアルの更新 各業務マニュアルは法人単位で作成されています。各マニュアル毎に対応方法も明示されており職員が実践しやすい内容になっています。ただ、定期的にマニュアルの見直しはされていませんでした。
具体的なアドバイス	1) 職員の業務負担への配慮 現状の業務内容はサービス維持の為、必須であると認識しております。ただ、職員の業務負担による心身の負担が大きいのも事実です。職員確保の為に法人全体で採用活動等をされていると思いますが、十分な人員確保が困難な状況と推察します。現状の打開策として更なる業務内容の見直しを提案致します。ICTツールを活用した業務のスリム化、直行直帰の推奨、オンライン会議の活用、一部在宅勤務を可能とした環境整備等に加えて、サービス提供責任者の業務負担軽減策として、サービス担当者会議の出席や個別援助計画書の作成（モニタリング含む）等を行いつつ、軽微調整は一般訪問介護員等に業務移行するなど提案させていただきます。 2) サービスの質の向上に係る取り組み 第三者評価は3年毎に受診されていますが、その他の単年度毎の自己評価はできていませんでした。例えば、第三者評価共通評価項目チェックシートや地域密着型サービスの外部評価表など客観的な評価基準を用いた自己評価を毎年実施し、満足度調査との相違点などを検討され改善することで質の向上に繋がられてはいかがでしょうか。 3) マニュアルの更新 各業務マニュアルは整備されています。大きな組織であり法人単位で整備されている為、各事業所単位での作成は困難な状況と思われます。令和8年度より定期的にマニュアルを改訂していくとのことでした。マニュアルの見直しについても法人全体として定期的に取り組まれることを提案いたします。

※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	2670100847
事業所名	京都福祉サービス協会北事務所
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8年2月27日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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1日付で法人の理念に代わるVISION「京都の日々を、あたためる」を発出されています。職員は勿論、利用者や家族にも浸透するようホームページ等で発信されています。2) 法人理事会が年3回以上開催されています。事業所ごとの会議の他、訪問介護課題検討会議には各拠点の所長と本部職員が参加し課題解決に向けた検討が行われています。			
(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	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) 中・長期計画を踏まえた単年度計画が毎年策定されていて、前期の中・長期計画が2024年度までとなっています。法人の大きな転換期としてVISIONへの取り組みが2023年4月から始まった中で2025年度分が空白になってしまいましたが、現在2026年度からの中・長期計画策定に取り組んでおられます。4) 課題解決に向けた目標は訪問エリア別に分けた二つのチーム単位で作成されています。年度の半期毎に振り返りが実施されていて、必要に応じて見直しも行われています。			
(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)		5) 遵守すべき法令について、誰もが閲覧できるようインターネット上で整備されています。自転車やバイクで活動することが主なヘルパーへは、運転に関する法令改正時にメールにて周知されています。6) 人事制度にて管理者等の役割が明文化されていて、管理者から職員へのヒアリングは年2回実施されています。しかし、職員が管理者を評価する取り組みは確認できませんでした。7) 全職員に携帯電話を貸与されており、緊急時等いつでも管理者に連絡ができる体制が整えられています。通常はパソコンソフトで運営状況を確認されています。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 人事評価規定があり等級ごとの職員像が明確にされています。人事評価の為、定期的に職員面接も実施されています。9) 事業に必要な職員を確保されており、法人には人材マネジメント室があり採用活動に取り組みられています。介護福祉士の有資格者は8割を超えています。資格取得のための補助金制度や法人内で初任者研修や実務者研修を実施されています。10) 参集型の動画視聴で研修を実施されています。期間中に動画視聴が困難な職員へは補講で個別対応をされています。常勤採用者にはプリセプター（先輩によるマンツーマン指導）を行い育成が行える環境が整っています。外部研修も希望者には受講してもらい費用負担もされています。11) 居宅介護支援事業所で実習生を受け入れられています。訪問介護事業所としても、今後は地区エリア単位での受け入れを予定されています。実習生受け入れマニュアルは法人で作成されていますが、定期的な更新はされていませんでした。また、実習指導者に対するフォローアップ研修等も実施されていませんでした。		
(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) 有給休暇消化の確認は事業所単位で管理者が適宜されています。法人独自の福利厚生として「厚生会」を組織されており、そこで日帰り旅行や食事会などを企画されています。職員の負担軽減の為、腰痛ベルトの貸与やスライディングシートの貸し出しをされています。13) メンタルヘルスチェックは毎年実施されており、必要時には個別面談もされています。希望時には提携先クリニックへの相談も可能な体制が整っています。ハラスメント規定もあり相談先も掲示されています。休憩については1階相談室と3階会議室を休憩室として開放されています。		
(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。	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。		
		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	B
		(評価機関コメント)		14) 法人のVISIONにある「京都の日々を、あたためる」という地域での暮らしを支えることを根底に地域と関わりをされています。町内会への参加、圏域の地域ケア会議に参加して地域の防災に関する訓練が行われています。地区の事業所連絡会への参加とその中で組織されている訪問介護部会へも参加して研修会などを企画・運営されています。ただ、地域向けに広報誌等の紹介はされておらず、具体的な地域の介護ニーズの把握を充分にはされていませんでした。16) 居宅介護支援事業所においては、北区上京区の連携カンファレンスや研修会へも参加されています。ただ、地域住民に向けての勉強会や相談会等は実施されていませんでした。		

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)		17) ホームページやパンフレットを整備し事業所の情報を提供されています。ケアマネジャーを通しての相談等にも適宜対応されています。			
(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) 介護保険外のサービスも整っており介護保険で対応できないところを補われています。サービス提供の経緯の中で、後見人をつける必要がある場合にはケアマネジャーへ提案もされています。			
(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。	B	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) 所定のアセスメントシートを使用し、ケアマネジャーの居宅サービス計画書を基に支援をされています。20) 各利用者毎に個別援助計画書が作成されています。自立支援を重視し、協働作業（利用者と共に行う支援）が出来るようにサービス提供責任者が日々の支援内容を確認されています。必要時には家族連絡ノートを設置して家族と情報共有をされています。遠方の家族へは必要時に電話やメールで情報共有をされています。21) 居宅サービス計画書を基に個別援助計画書が作成されています。医師や訪問看護事業所ともメール等で情報共有をされています。サービス内容の変更等はケアマネジャーへサービス担当者会議の開催を提案されています。22) 計画通りのサービスが提供されているか確認する為、モニタリングは定期的に実施されています。支援困難事例へはサービス提供責任者間でカンファレンスも開催されています。利用者の状態が変化した際はケアマネジャーへ介護保険の要介護認定区分変更の提案も随時されています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		23) メール等を通じて医療従事者との情報共有をされています。支援困難事例では、法人外の訪問介護事業所等とも連携して支援をされています。退院前カンファレンス等も可能な限り出席されています。他事業所の機能や連絡方法等を記載した資料の作成やリスト化までは作成されていませんでした。24) 別事業所へのサービスの移行時、移行先へ必要な情報を提供されています。ただ、移行についての具体的な手順書の作成はされていませんでした。			
(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。	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。	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)法人単位で業務マニュアルを整備されています。ただ、定期的なマニュアル更新はされていませんでした。令和8年度より定期的に更新を予定しているとのことでした。26)個人情報に係る規程を整備されており、個人情報保護に関する研修も実施されています。利用者ごとに個別ファイルを作成して、施錠可能なキャビネットに保管をされています。必要時に帳票を持ち出す際は確認表で持ち出しと返却を確認されています。27)利用者の状態変化については、必要時にサービス提供責任者が関係者へ伝達をされています。サービス提供責任者間で毎朝と夕方に申し送りも行われています。事業所全体での会議も毎月の定例の会議以外に適宜開催されており、全体的な職員間の情報共有もされています。28)障害のある家族や遠方住の家族への情報共有についてはFAXやメール等を使用されています。必要時には利用者宅に連絡ノートを設置して家族や関係事業所と情報共有をされています。			
(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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)		29)感染症マニュアルが整備されており委員会や研修を開催されています。使い捨ての感染予防具を常備して、毎訪問時に持参するよう注意喚起されています。感染症マニュアルは整備されていますが定期的な更新はされていませんでした。トイレ内にペーパーホルダーは設置されていますが、ペーパータオルは用意されていませんでした。30)事業所内は外注業者により週1回清掃されています。加湿器や空気清浄機を配置されています。デスク周りも整頓されており衛生管理をされています。		
(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。	B	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。	B	B
	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)リスクマネジメントマニュアルを整備されており緊急時の連絡方法などを訓練として行われています。緊急時対応研修も実施されています。各利用者宅に「緊急通報時ご利用者カード」を設置して救急対応時に迅速かつ適切な対応が出来るように対応されています。32)事故発生時は迅速に対応して検討会も実施されています。事故の内容によってはメールで職員間で情報共有をされています。重大な事故については法人全体で共有されマニュアルの改訂までされています。ヒヤリハットの積み重ねが重大事故防止につながると認識されていますが、現状はヒヤリハット件数が少なく、積極的な提出を促されています。毎月〇件など期間を定めて提出を促すこともお勧めします。33)BCP（事業継続計画）を整備されており指揮命令系統を明示されています。100事業所程度参加された地域の避難訓練にも参加しています。災害時に緊急時対応が必要な利用者のリスト化もされており職員自身の被災状況確認のための体制も整っています。事業所内の備蓄品も確保されていますが、地域との連携した防災計画等は整備されていませんでした。34)自然災害及び感染症のそれぞれのBCPは作成されています。地域包括支援センター主催の防災訓練にも参加をされています。職員自身の被災状況の確認の為、安否確認アプリが携帯電話に入っていて稼働確認の訓練も実施されています。		

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	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。	B	A	

	(評価機関コメント)	35)36) 利用者の権利擁護や身体拘束・虐待防止についての研修が毎年実施されています。訪問援助の支援の中で居宅内で虐待を疑われる事案があった場合は地域包括支援センターや京都市の保健福祉センター等と連携し対応されています。37) 利用者宅での支援が中心であり外部の目が届きにくい場面でもプライバシーに配慮した支援が行われるようにマニュアルに明記されている他、ヘルパー会議や研修で周知されています。38) 医療的ケアが必須であり訪問介護で受け入れがたいケース等についてはケアマネジャーと連携しながら対応されています。自宅での喀痰吸引が実施できる職員が事業所内に20名配置されており、現在7名程度の利用者に対応されています。		
(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。	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	B
(評価機関コメント)		39) 訪問時に受け取った要望等は事業所に持ち帰り集約して対応されています。年1回の満足度調査の際に「ご意見カード」を同封し利用者や家族の声を集約されていますが、その他の定期的な個別面談や相談機会は確認できませんでした。40) 苦情や意見はホームページでの公開や、玄関先に設置されたファイルを誰でもが閲覧できるようになっています。41) 相談窓口として法人の第三者委員会の事務局の電話番号の他に第三者委員複数名が表記されていましたが、第三者委員の連絡先は所属団体等のみで直接連絡できる電話番号が掲載されていませんでしたので追記されることをお勧めします。		
(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	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	B	B
(評価機関コメント)		42) 満足度調査を年1回実施され改善に向けた検討や対策はされていますが、調査結果を実際にサービスの質の向上に繋げる取り組みは確認できませんでした。43) 外部との繋がりとして京都市北部障害者地域生活支援センターと連携し情報収集をされています。また、法人内で開催されている「ノーリフティング」の会議への参加や、在宅介護員主催の「介護技術を伝える研修会」などにも参加しサービスの質の向上について検討されています。44) 3年毎に第三者評価の受診はされていますが、客観的な評価基準に基づく自己評価は実施されていませんでした。		