

アドバイス・レポート

令和8年6月8日

令和7年12月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ホームヘルプセンターぽっぽひがしうじ」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 (※)	○ストレス管理 ハラスメントやメンタルヘルスに関しては衛生管理者が窓口となり、専用メール（総務労務担当者）で気軽に産業医に相談できるしくみが整えられています。また、休憩室の他にも複数の会議室等も開放しゆっくり休憩ができるよう工夫されています。 ○災害発生時の対応 地元の新田自主防災会が主催する地域の自主防災活動に、地域住民や近隣事業所、消防署等とともに参加し、給水や非常食の試食、車いすの貸出場所の確認など、災害時に必要となる事項について実践的な取り組みが行われています。また独自に非常災害時対応のマニュアルを整備し、年1回以上の研修・訓練を実施しています。 ○評価の実施と課題の明確化 3年に1度定期的に第三者評価を受診するとともに、年1回サービス提供責任者業務チェックリスト（14項目）を用いて自己評価を実施しています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○総合的な人事管理 人材育成計画の中で経験年数に応じて「期待する職員像等」を明示していますが、人事考課においては、職員の専門性や職務遂行能力等を評価する具体的な項目は定められていません。事務分掌等により、役職ごとの役割などは明確に示されていますが、人事に関する基準は定められていません。 ○アセスメントの実施 法人独自の様式を用いてアセスメントを実施しています。更新や内容変更は必要に応じてその都度行っていますが、実施時期などの具体的な基準は明文化されていません。 ○業務マニュアルの作成 サービス提供責任者マニュアル及び訪問介護のマニュアルに基づいた客観的なサービス提供は行われているものの、マニュアルの見直しに関する基準や運用ルールが明確化されていません。 マニュアルの更新は必要に応じて随時実施しているとのことですが、改定履歴の記録が残っていないため、変更プロセスの追跡が困難な状態にあります。

具体的なアドバイス	本事業所は、一般財団法人宇治市福祉サービス公社の4つの拠点のうち、市の北東部エリア五ヶ庄折坂に位置し、他の拠点同様、地域福祉センターと一体的に運営され、積極的に地域との交流や情報提供を行っています。 また、ぽっぽひがしうじ訪問介護は、高齢者向け（介護保険）のサービスだけでなく、障害者総合支援法に基づく「居宅介護」も提供するなど、多様な福祉ニーズにこたえ、地域全体の福祉向上に寄与しています。 今後より一層の地域への貢献、サービスの質の向上に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。 ○総合的な人事管理 キャリアパスを明確にするメリットは、職員側には「将来の目標（昇格・昇給）が明確になりモチベーションが向上する」点、事業所側には「人材の定着率向上とサービスの質的向上」が挙げられます。具体的な評価基準（スキルや経験）が示されなければ、正当な評価や技術の確認をすることが難しくなります。人事考課において、目標の振り返りにとどまらず、職員の専門性や職務遂行能力等を評価する具体的な評価指標を設け評価をすることで、自己評価と他者評価（上司の評価）のズレを面談などで確認・修正することが可能となり、職員の自律的な成長にもつながると考えます。 ○アセスメントの実施 サービス提供責任者によるアセスメントの頻度がマニュアルや事業所方針で明確に定められていない場合、担当者によって判断が異なり頻度に違いが発生する可能性があります。本来必要なタイミングでアセスメントが行われず、身体機能の低下や認知症の進行を見逃すリスクや本人や家族の希望・困りごとが正確に把握できず、生活課題に合致した適切なサービスが提供されない可能性もあります。 訪問介護員の「利用者の自宅での生活状況（健康状態、環境）を迅速かつ詳細に把握できる」という特性を活かし利用者のニーズをケアプラン等に反映できるよう、毎月のモニタリング報告に加え、アセスメント頻度をマニュアル等で定めることをお勧めします。 ○業務マニュアルの整備 訪問介護のサービス提供マニュアルの見直しの基準やルールが定められていない場合、マニュアルが定期的に更新されずにベテラン職員の知識や経験に頼る「属人化」により、マニュアルが形骸化する可能性があります。サービス提供責任者と訪問介護員の認識のズレや利用者や家族との認識のズレが生じ、トラブルの発生や業務の非効率化を招く恐れがあります。これらを防ぐため、定期的な（例：年1回〇月等）マニュアルの見直しルールを業務マニュアルに明記し、定期的な見直しに取り組ましましょう。
------------------	---

※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	2671200075
事業所名	ホームヘルプセンターぽっぽひがしうじ
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、通所介護
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. 年度初めに正職員及び常勤職員が参加する事業方針説明会・全体会議等で理念・運営方針の説明を行っています。また、非常勤職員に対しては各部署の会議で伝達しています。法人理念はホームページに掲載しています。 2. 事務文書及び決済区分により担当者や権限が明確に定められています。経営委員（管理職）や係長会議、各種委員会等、各会議で案件ごとに協議、決定を行っています。			
(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. 中長計画に基づき、各年度に事業計画を作成し、ホームページに掲載しています。 4. 単年度の事業計画に基づき、事業所で目標を設定しています。事業所ごとに目標管理シートがあり、目標・手段・評価が記載されています。また、年2回管理者によるモニタリングを行い、事業計画の進捗状況について確認しています。			
(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。		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。		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、集団指導や法令順守等に関する研修に参加しています。法令改正は理事会・係長会議で確認し、機関会議を通じて職員に周知しています。また、理事会等で管理者が把握すべき法令をリスト化し、管理者へ周知しています。 6. 管理者等の役割や責任は業務分掌で明文化していますが、職員に対してその内容を表明するには至っていません。管理者の上司である事業所長が年2回職員と面談を行い、管理者に対する意見や要望があればフィードバックする仕組みはありません。 7. 管理者は毎日のミーティングや業務日誌を確認し状況を把握しています。また、管理者は緊急連絡用の携帯電話を所持し、必要があれば連絡ができる体制となっています。
--	--	------------	--

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。	B	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	B
(評価機関コメント)		8. 人材育成計画の中で経験年数に応じて求める職員像を明らかにし、将来の姿を描けるようにしています。しかし、人事に関する基準には定められていません。人事考課は実施されていますが、個人の目標の設定と振り返りが中心で、職員の専門性や職務遂行能力等を評価する具体的な項目は定められていません。 9. 採用は、介護職員初任者研修修了者以上を要件として法人で行っています。 10. 新人の職員には手順書を活用してOJTを行っています。人材育成計画をもとに職員ごとに研修計画を策定しています。法人内で初任者研修や介護福祉士の受験対策講座を実施しています。外部研修の情報を職員で回覧し各事業所の会議等で参加を申し出ることができます。 11. 実習受け入れマニュアルはありますが、実際に実習を受入れた実績や実習指導者等に対する研修に参加した実績はありません。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		12. 職員の超過勤務時間の実態については法人が管理し、データに基づき法人の安全衛生委員会で分析しています。有給休暇の取得状況は個人としては管理していますが、部署ごとにデータ化し分析するなどの対処はなされていません。 13. 年1回ストレスチェックを実施しています。ハラスメントやメンタルヘルスに関しては衛生管理者が窓口となり産業医に相談できるしくみがあります。また、専用メール（総務労務担当者）を設けるなど相談しやすい体制があります。休憩室だけでなく複数の会議室等も開放し休憩することができます。		

(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. 機関紙を年2回発行するとともにホームページで事業所情報や事業計画・報告、決算等を開示しています。法人内に福祉情報センター(係)を設置し、地域のニーズの把握と地域向けのイベント等を開催しています。 15. 非該当 16. 法人内に地域密着型事業推進委員会を設置し、地域福祉センターでの地域交流などのイベント等を企画し、実施しています。介護予防のための講習会や認知症カフェ等を開催しています。			

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

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. 事業所情報はホームページやパンフレットで見ることができます。問い合わせはほとんどが介護支援専門員を経由で、これらの状況は記録で残されています。これによって地域の需要を把握できることにつながっています。			

(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。	B	A	
(評価機関コメント)		18. 契約時、重要事項説明書等で説明し、利用者、家族等から同意を得ています。重要事項説明書には保険外費用を明記し、介護保険外の利用希望があった場合は、利用者のアセスメントからその必要度などを勘案し、利用に繋げています。現在、成年後見人制度を利用している利用者はいないとのことですが、必要に応じて、地域包括支援センター等と連携しながら成年後見制度の利用や日常生活自立支援事業等につなぐ仕組みはあります。			

(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。	B	B	
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。	B	B	
(評価機関コメント)		19. 公社で定めている様式を使ってアセスメントを行っています。更新時や内容の変更などについてはその都度行っていますが、いつ行かなど基準が明確に定められていません。 20. アセスメントの中で意向を聞き取り訪問介護計画書に記載しています。また、サービス担当者会議でも利用者・家族の希望や目標を確認しています。手順書のなかに利用者自身ができることを記載して、訪問介護員が自立支援的働きかけを行っています。 21. 居宅サービス計画に基づき訪問介護計画書を作成しています。サービス担当者会議や退院前カンファレンスへの参加を通じて、医師や多職種の意見を確認し必要に応じて計画に反映しています。 22. 訪問介護計画は毎月モニタリングを行っています。必要に応じて計画の見直しを行っています。時期・手順を記載したマニュアルは確認できませんでした。			

(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。	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	A
(評価機関コメント)		23. 社会資源の情報は、併設の地域包括支援センター等を中心に全事業所が共有できるしくみがあります。多職種との協働・連携に関しては、主に介護支援専門員を通して各職種と連携を図っています。ただし、地域ケア会議に参加する意欲はありますが、実際に参加の依頼があったことはなく、地域の課題、問題を発掘し共同で取り組むことはできておらず、今後の課題としています。 24. サービス移行については重要事項説明書に記載しています。移行時の情報提供や移行先からの情報照会には速やかに対応しているとのことでした。		
(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。	A	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. サービス提供責任者の業務マニュアルがあり、仕事内容と手順を定めています。訪問介護に関するマニュアルがあり、これに基づいてサービスを提供していますが、見直しの基準やルールは定められていません。また、マニュアルの更新、変更はその都度行っているとのことですが、改定履歴が明確になっていません。 26. 記録については、訪問職員が紙媒体でサービス提供記録を作成し、サービス提供責任者が確認の上要点を記録ソフトに入力しています。職員が共有すべき情報は、パソコンや支援ノートに記録し職員が適宜アクセスできる体制を整えています。また、個人情報保護規程に基づき、利用者記録の保存方法や持ち出しに関する取り扱いを定めています。手順書や地図など、業務上必要な情報を持ち出す際には、「個人情報貸出票」により適切に管理しています。 27. 朝夕ミーティング、日報、メール、月1回のミーティング等、複数の手段を活用し必要な情報を共有しています。サービスの内容や変更点・留意点について情報の共有を行い。サービス提供に反映する仕組みを整えています。 28. 月1回はサービス提供責任者が自宅へ訪問し、利用者・家族に会い、モニタリングをしています。遠方の家族とは電話でも連絡をとりサービスの実施状況等を伝えています。		
(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。	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. 感染症対策マニュアルを整備して、BCP感染症と合わせて研修及び訓練を実施しています。「公社職員感染症対策の行動指針」には、ホームヘルプ係が訪問時に遵守すべき行動を明示しています。 30. 通常の清掃は業者に委託し、点検表で確認しています。衛生委員会を月1回開催し、衛生管理者による点検を実施しているほか、年2回、大掃除を行っています。		

(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。	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. 介護事故防止、緊急時対応、行方不明者対応などに関する各種マニュアルを整備しています。年1回リスクマネジメント研修を実施しています。 32. 事故の発生状況は法人内でまとめられ、係長会議を通して各部署に周知しています。事故の分析、マニュアルへの反映はCS(顧客満足)向上委員会で検討しています。 33. 非常災害時対応マニュアルを整備し、年1回以上の研修訓練を実施しています。また、地元の新田自主防災会が主催する地域の自主防災活動に、地域住民や近隣事業所、消防署等とともに参加しています。活動の内容は、給水や非常食の試食、車いすの貸出場所の確認など、災害時に必要となる事項について実践的な取り組みが行われています。 34. 自然災害や感染症のまん延に備えBCPを整備し、非常災害、感染のまん延のそれぞれに研修・訓練を行っています。			

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. 法人基本理念及び運営規程に尊厳の保持や意思の尊重、権利擁護に関する内容を記載しています。また、入職時および毎年の研修で職員に周知しています。 36. 虐待防止の指針を整備し委員会を設置するとともに、高齢者虐待防止及び身体拘束の適正化に関する研修を行っています。 37. 年1回プライバシーの保護に関する研修を行っています。接遇マニュアルにもプライバシー保護について記載し、ミーティング等で周知しています。また、個人情報保護マニュアルを作成して個人情報の保護に努めています。 38. インテークシートで利用申込みを受付けています。受入れができない場合はインテークシートに理由を記載して保存しています。			
(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	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。	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	A	
(評価機関コメント)		39. 管理者を苦情受付窓口とし重要事項説明書で周知しています。また、法人に第三者委員の苦情相談窓口を設置するとともに、年2回第三者委員会を開催して苦情等の受付や対応状況等を報告しています。 40. 集約した意見・要望・苦情などはCS（顧客満足）向上委員会で分析し、サービス改善に役立っています。寄せられた意見・要望・苦情の改善状況は公開していません。 41. 重要事項説明書に第三者委員や外部の相談窓口を記載し、契約時に説明しています。			

(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	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。	B	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	A
(評価機関コメント)	42. 利用者満足度アンケートを実施しています。CS(顧客満足)向上委員会で内容を分析し、ホームページにアンケート結果と改善策を掲載していますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みはありません。 43. CS(顧客満足)向上委員会を3か月に1回開催し、一元的にサービス向上、自己分析、再発防止策、マニュアル整備などに取り組んでいます。CS(顧客満足)向上委員会の内容を会議等で周知するとともに、同一の事業種別で比較する等して質の向上に努めています。 44. 3年に1度第三者評価を受診しています。年1回サービス提供責任者業務チェックリスト(14項目)を用いて自己評価を実施しています。			