

アドバイス・レポート

令和8年6月25日

令和7年10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所」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 (※)	○地域に向けた取り組み 法人理念に「医療・介護・福祉を通して地域や社会に貢献できるように努めます」と掲げておられます。法人内に地域カフェ委員会を設置し、事業所のフリースペースを利用してカフェの開催、商店街のフェスティバルに参加して介護相談を行うことや法人で「都会まつり」を開催して地域住民に参加を呼び掛けておられ、地域に向けて事業所の特性を活かした地域貢献活動を進めておられます。 ○働きやすい職場づくり 福利厚生委員会、業務改善委員会を設置して職場環境の改善に努めておられ、職員の希望を聞きながら社員旅行やスポーツ大会を企画し親睦行事を通じて部署間の垣根を越えた交流を活発に行っておられます。臨床心理士による月1回のカウンセリング機会を設けておられ、衛生管理委員会でストレスチェックを行い、職員向けに健康維持の目的でピラティス教室を開催しておられます。また、職員専用の休憩スペースを新設し、勤務時間を早出、日勤、遅出と職員のライフスタイルに合わせて選択できる勤務体系を導入してワークライフバランスに配慮されています。 ○人材育成の取り組み 法人内に教育委員会を設置して年間研修計画に基づいた全体研修を実施するとともに、役員による階層別研修や各委員会・新人向けの計画的な研修を体系的に行っておられます。また、事業所ごとに策定した年度計画に沿って職員個別の研修計画を作成し、3か月ごとに具体的な課題を明記して振り返りを行うことで、組織全体から個人レベルまでの人材育成を推進しておられます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○相談・要望・苦情内容の公開 苦情・相談対応マニュアルを作成され、苦情・要望等があった時はミーティングやサービス向上委員会で対応を話し合っておられるとのことですが、広く第三者に対しての公開は行っていないとのことでした。 ○自己評価の実施 事業所としての課題を上げて、事業計画に盛り込む等、改善に取り組まれています。事業所としての自己評価は行っておられません。 ○事業計画の利用者への周知 事業計画の作成は組織的に行われて、中間評価も職員全員で行っておられます。しかし、利用者や家族へ説明する機会は設けておられないとのことでした。

具体的なアドバイス	医療法人社団都会は、１９８５年に渡辺医院の開業から始まり、１９９０年に法人を設立されました。２０００年に居宅介護支援事業所を開業し、その後訪問看護事業所、訪問リハビリ、訪問介護、デイサービス、ショートステイ、グループホームの運営と幅広い介護サービスの運営を行っておられ、同法人は、西賀茂地域を中心に地域や社会に医療と介護を総合的にサポートしていくことを目指しておられます。 居宅介護支援事業所は、診療所を母体とする医療的強みを活かして難病ケアや在宅での看取りに積極的に取り組み、介護支援専門員を８名体制に拡充して支援体制を強化するとともに、理事長の「地域貢献」への強い思いのもと、法人の「都会まつり」開催や商店街行事への参画、さらには増築した多目的スペースをオレンジカフェや地域住民向けのイベント、公開講座等を開催しておられます。また、地域ケア会議、事業者連絡会の開催の場を地域に貸し出しを行っておられます。今後もさらに地域に向けた支援を広げていかれることを期待いたします。 ○苦情の公表 利用者からの苦情のみならず意見や要望について、改善状況を第三者に広く公開することで事業所の信頼につながります。個人情報に配慮しながら公開の方法をご検討ください。 ○自己評価の実施 事業所のサービスの内容等について定められた評価基準で自己評価を行っていただくことを期待しています。課題を明確にして改善を繰り返すことで、さらなるサービスの質の向上につなげることができます。第三者評価を定期的に受診されるとともに、是非、事業所の自己評価にも取り組んでください。 ○事業計画の利用者、家族への周知 事業計画を職員全員で策定されて、年度途中で進捗状況の確認、中間評価、年度末評価を行っておられます。事業計画はサービスの質に関わる内容でもあり、利用者や家族に理解していただくためにも、広報誌等に掲載するなど、周知する方法についてご検討ください。
------------------	---

※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	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和8年3月4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. 年度初めの事業計画報告会で、理事長や院長が法人理念、事業所理念、運営方針について話をし、コミュニティホールに掲示しており、職員の身分証にも記載して携帯しています。利用者や家族にはパンフレットや契約書に記載して説明しています。また、法人の広報誌に法人理念を掲載しています。 2. 理事会、役員会議、管理者会議を定期的に開催しています。グループウェアに議事録を掲載しており、週1回の居宅ミーティングで会議の報告を行っています。管理者、主任、副主任の役割、権限を職務規定に明記しています。				
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント) 3. 長期5年、中期3年目標を掲げて事業計画を策定しています。誰が何をするかを明確にして具体策を明記しており、中間評価を行っています。また、年度末の達成状況から次年度の課題を抽出して次年度の目標としています。しかし、利用者や家族に事業計画を周知する機会はありません。 4. 各種委員会で年間目標を掲げ、活動内容を計画して中間評価を実施しています。委員会ごとに年間計画をたてて職員に周知しています。				
(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。	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. 管理者が関係法令について内容を確認し、必要な情報はミーティングで職員に伝えています。障害関係や道路交通法等の介護保険関係外の法令は、グループウェアの一覧からすぐに調べられるようにしています。 6. 理事長、院長は年度初めの事業計画報告会で役割と責任について職員に表明するとともに、広報誌に文章を寄せて利用者等に配布しています。また、職務規定に管理者の役割について明記しています。管理者は、職員が年間目標をたてる際に職員から意見を聞く機会を設けています。 7. 職員全員が支給のスマートフォンを所持しており、常に管理者に連絡がとれる体制をとっています。管理者は、必要に応じて職員からの相談に応じて、報告を受けており、ミーティング等でも状況を把握しています。緊急時には管理者または主任に連絡がとれる体制となっており、必要時には法人本部からも指示を受けています。
--	--	--

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	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. 職員は自己管理目標シートにより、年間目標、達成の具体策を定めて、年2回管理者と面談をして、達成状況を確認しています。法人でキャリアパスを定めていますが、介護支援専門員に沿った内容とまではなっていないとのことです。 9. 人材確保のための方針を定めて採用活動を行っています。また、地域のニーズや事業所の体制に応じて、計画的に事業所の人員体制を定めています。 10. 法人の教育委員会で年間の研修計画を作成し全体研修、新人研修、階層別研修を実施しています。事業所内でも年度計画を作成して、ミーティング内で伝達研修を行い、外部の研修も積極的に参加しています。職員は個別に研修計画を定めています。 11. 「実習生・研修生受け入れについて」に実習受け入れに関する姿勢を記載しています。介護支援専門員の実習を積極的に受け入れ、診療所の研修医の実習も受け入れています。		

(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. 法人本部が有給休暇の管理をしており、福利厚生委員会が年4回取得率を出して職員に取得を促しています。管理者は年2回職員と面談して就業についての相談や希望を聞き取っています。希望により時差出勤を可能として、ワークライフバランスに配慮しています。 13. 月1回臨床心理士による相談の機会を法人で設けています。福利厚生委員会、衛生委員会で社員旅行やスポーツ大会を企画しており、法人で懇親会を催しています。隣接する敷地に休憩スペースを増築し、キッチンや調理備品をそろえてあり、法人職員全員が利用しています。		

(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。	非該当		
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. 運営方針に地域に向けた考え方を記載しています。ホームページやSNSで法人の情報や地域の情報も発信しています。地域ケア会議や事業所連絡会に職員が参加して地域の情報を共有しています。 15. 非該当 16. 法人で地域カフェ委員会を設置して職員が参画しています。オレンジカフェを開催し、また、地域の商店街のフェスティバルで地域住民に向けて介護相談のブースを設けて、事業所主催で市民公開講座を開催する等、様々なイベントを行って事業所の特性を活かした貢献活動を行っています。			

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

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. 法人のホームページ、パンフレットやSNSで情報発信しており、随時内容を更新しています。また、同法人の診療所入り口に紹介ファイルを置いており、受診された際に相談を受け付けて、問い合わせにも対応しています。			

(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. 契約時に重要事項説明書で説明しています。サービス利用料金については事業所のパンフレットで説明しています。成年後見制度の利用が必要な場合は利用者にパンフレットで説明をしながら提案をしており、地域包括支援センターにも相談をしています。			

(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)		19. アセスメントは介護ソフトの様式を使用して、初回面談時、認定更新時、状態変化時に行い、利用者の意向を聞き取りニーズを把握しています。 20. アセスメントに基づきサービス計画書を作成しており、サービス担当者会議を開催しています。 21. サービス担当者会議には、サービス事業所の参加を呼びかけ、また、かかりつけ医が参加しやすいように訪問診療日に合わせてサービス担当者会議の日程を調整しています。 22. 毎月、利用者の自宅を訪問してモニタリングを実施しています。必要に応じて再アセスメントを行い、サービス計画書の見直しをしています。			

(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。	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)		23. 法人内で週2回、多職種連携のミーティングをしています。また、病院のカンファレンスには必ず参加するようにしています。地域包括支援センターや商店街等の方を交えて認知症の利用者の対応について勉強会を開く等、地域住民との連携を図っています。 24. 他の事業所へ移行する場合は、基本情報等必要な書類で情報提供しており、スムーズに移行できるように配慮しています。また、利用者や家族に今後の相談窓口の連絡先を伝えています。しかし、移行にあたり手順や手続きを文章で定めることはしていません			
(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	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. 介護支援専門員の業務マニュアルや各種マニュアルを作成しています。マニュアルに関しては、毎年実施の利用者アンケートの調査結果をもとに改善して見直しを図っています。 26. 業務マニュアル内に記録の取り扱い規定があります。ファイルの持ち出しが必要な場合においては、ファイル持ち出し票にて管理しています。 27. 介護ソフトクラウド型グループウェアを法人で使用し、職員間で状況が共有できるようにしており、職員会議時においても、情報を共有しています。 28. 月1回のモニタリング時に家族と面談を行い、メールや情報連携アプリを利用して情報交換できるように工夫しています。また、24時間交代制で、電話転送による電話当番での対応により、緊急時の連絡が取れるようにしています。			
(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	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。	A	A	
(評価機関コメント)		29. 感染症対策マニュアルはありましたが、年1回のマニュアルの見直しが出来ていないかの確認ができませんでした。 30. 事務所内は、外部の業者により清掃を行っています。清掃の点検表に関しては、本部にて管理しています。清掃業者での対応箇所以外は、職員の当番制により清掃しています。			
(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。	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. 事故防止委員会による研修会が年間研修計画にあり、今年度は「ドライブレコーダーの映像を活用した安全運転講習会」を行っています。年間統計で事故が多かった月は事故防止強化月間として、職員へ啓発が行われています。 32. インシデント、アクシデント発生時は事故報告書をグループウェアにのせて法人内で共有しています。また、職員全員で今後の対策を検討し管理者は運営会議の場で報告をしています。 33. 法人全体において、年2回、火災避難訓練を行っています。「停電マネジメントシート」を作成し、訪問先や移動時における停電時の対応についての対応図も作成しています。この他、「紫竹圏域地域ケア会議災害訓練」にも参加し、地域の福祉関係機関等との訓練を行っています。 34. 災害対策委員が主となりBCPの作成や研修会、訓練を実施しています。地域ケア会議において、地域包括支援センター、福祉事業所、消防署、医師会が協同で大規模地震を想定した訓練に参加しています。
--	--	------------	--

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. 運営方針に意思決定に基づき支援を行うことを明記しており、人権についての研修を事業所内で実施しています。意思決定が難しい利用者に関しては、利用者家族や関係事業所から利用者本人の思いや様子についての情報収集を行い支援しています。 36. 虐待防止委員会は3ヶ月に1回開催し、虐待防止マニュアル、身体拘束適正化マニュアルを作成しています。年1回、勉強会を実施し、2025年に「介護現場における利用者の尊厳、虐待について考える」の勉強会を行っています。 37. 社名の入った車は利用者宅から離れた場所に停める、利用者宅の外で本人に関する話をしないとといった配慮を職員間で徹底しています。年1回、プライバシー保護についての研修を行い、2025年9月19日に、「なぜ、プライバシー保護について考える必要があるのか」の研修を行っています。 38. 認知症の独居のケース等、困難なケースについては、地域包括支援センターからの相談に応じて受け入れています。現員の人数を超えている場合や、サービス提供地域範囲外の申し込みがあった場合などを除き断ることなく受け入れています。			
(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	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	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。	A	B	
(評価機関コメント)		39. 年1回のアンケート調査を実施し、診療所の入口には、お客様の声ボックスを設置し、利用者の意見を聞き取る仕組みがあります。利用者からの意見については、サービス向上委員会にて検討し、クラウド型グループウェアにて、職員間にて情報共有しています。 40. 苦情相談処理対応マニュアル内にフローチャートがあり、組織にて対応できる仕組みがありますが、改善状況についての公開は確認ができませんでした。 41. 苦情等の相談窓口は重要事項説明書に記載し、契約時にも口頭にて利用者や家族に伝えていますが、事業所関係者以外のメンバーによる第三者委員の設置はありませんでした。			

(2) 意見・要望・苦情への対応

利用者満足度の向上の取り組み	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. 年1回、アンケートを実施し、結果については事業所内にて分析しています。接遇面について改善すべき点がみられた時には、業務マニュアルに見直しを追記しています。 43. サービス向上委員会を設置し、毎月1回会議を行い、法人全体のサービス向上に努めています。2～3ヶ月に1回、開催される紫竹圏域ケアマネ交流会、世話人や事業者連絡会に参加し、関係者との話し合いの機会をもち、他事業所の取り組みについての情報収集を行っています。 44. 第三者評価は3年に1度受診していますが、事業所としての自己評価についての取り組みは行っていません。		