

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 11 月 12 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 2 年 9 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（社会福祉法人 精華町社会福祉協議会）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>&lt;理念に基づいた地域への貢献&gt;                  精華町社会福祉協議会が「社協ふくし」と「相続相談」を実施されています。ケアマネジャーが相談員となりこの事業に参加し、地域の方の困りごとに対応されています。「相続相談」の相談員は、「京都やましろ相続相談センター」の協力で、弁護士や司法書士、税理士等が専門的に相談に応じる等、「地域で共に助けあい支えあうまちづくり」を実践されています。</p> <p>&lt;職員の意見を反映する組織体制&gt;                  居宅介護支援事業所内の「ミーティング」から理事会まで、社会福祉協議会全体として案件別に権限も明確にされており、組織体制が整っています。居宅介護支援事業所の重点目標を「個別支援から地域支援に向けた広い視点をもつことで、これからも住み慣れた自宅で安心して過ごせるように支援する」と職員の意見で決定し実践されています。</p> <p>&lt;公正中立なサービス提供と適切なケアマネジメント&gt;                  精華町全域を事業の範囲とし「令和 2 年度居宅介護支援事業所事業計画」でも具体的な数値目標をあげて、依頼は断らないという姿勢で積極的に利用者を受けておられました。また適切なケアマネジメントのため、定期的に研修会を行うとともに、ケアプラン点検では各自が担当する利用者のケアプランを用いて事例検討会をするなど常に振り返りの姿勢を忘れず丁寧な支援が提供されています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>&lt;事故の再発防止等&gt; 居宅介護支援における事故の定義が不十分でした。「ヒヤリハット」の事例も見当たりませんでした。</p> <p>&lt;記録の持ち出し・管理&gt; 社会福祉協議会全体としての規程はありましたが、内容が居宅介護支援業務に即したものではありませんでした。また、記録は施錠できる棚で管理されていますが、日中は開錠されており職員不在時、事務所入り口も施錠されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>&lt;事故の再発防止等&gt; 居宅介護支援における事故については損害賠償保険の定義を参照にするなど、ミーティング等で具体的に内容を確認されることをお勧めします。その定義に基づき「ヒヤリハット」を記載し再発防止に向け検討されることをお勧めします。</p> <p>&lt;記録の持ち出し・管理&gt; 実情に合わせ文書規程を変更されることをお勧めします。また、館内は常に人がいる状態ですが、その分人の出入りもあるため、職員不在時は事務所を施錠する等、適切な管理方法について検討されることをお勧めします。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

事業所番号	2671400089
事業所名	社会福祉法人 精華町社会福祉協議会
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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2年10月16日
評価機関名	公益社団法人 京都府介護支援専門員会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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志決定を行い、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)		法人理念「地域で共に助け合い 支えあうまちづくり」は事業所内掲示の他、職員の名刺やパンフレットや広報誌「社協だより」にて職員・利用者・地域に周知されています。 事務分掌により職務権限が明確にされています。理事会は年6回開催され、管理者が出席されています。ケアマネジャー全員が出席する「ミーティング」（月1回）で出された意見は、「職員会議」⇒「係長会議」⇒「課長会議」⇒「三役会議」⇒「理事会」へと反映される仕組みになっています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービス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設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		社会福祉協議会として「地域福祉活動計画」を5年ごとに策定されています。その中に居宅介護支援事業所としての中・長期計画も含まれています。単年度計画は「介護保険事業等計画」を作成されています。 部門の重点目標を「個別支援から地域支援に向けた広い視野をもつことで、これからも住み慣れた自宅で安心して過ごせるように支援します」と決め、課題の達成状況は、年2回「地域福祉活動計画推進委員会」で定期的に報告されています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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、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)	<p>管理者は毎日ワムネットで情報を確認する他、集団指導にも出席し、「ミーティング」を活用して、職員に周知し法令遵守に努めておられます。職員のパソコンには関連するサイトはお気に入り登録したり、関連法令をリスト化していつでも調べられるようになっています。</p> <p>管理者の役割と責任は「(福)精華町社会福祉協議会 職員に求められる役割と能力」の中で明文化されています。年1回全職員が記載する「希望調書」の中で管理者に対する意見記述欄を設け、事務局長が把握し、必要事項を管理者にフィードバックする仕組みがあります。</p> <p>管理者は常時携帯電話で連絡が取れる状況で、適切に職員に対して指示が行われています。日々の状況は、「日報」で詳細に把握されています。</p>
--	--	------------	---

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

質の高い人材の確保	8	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
継続的な研修・OJTの実施	9	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
実習生の受け入れ	10	実習生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)		<p>人員体制については、管理者と事務局長で検証する仕組みがあります。法人全体として資格取得を推進する仕組みがあり「資格取得支援事業」や「資格取得促進事業」制度があります。</p> <p>体系化された研修計画があります。月1回「ミーティング」でテーマを決めて勉強会をしたり、月1回事例検討(ケアプラン点検)を行い、職員が互いに学ぶ機会が確保されています。</p> <p>実習受け入れについてマニュアルが整備されています。主任介護支援専門員がいないため、ケアマネジャーの実習の受け入れはできませんが、福祉関係実習生は積極的に受け入れる姿勢があります。</p>		

### (2) 労働環境の整備

労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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)		<p>年間休日122日。有給休暇は年間で計画的に取得できるよう調整したり、ノー残業デーを決めるなど労働環境に配慮されています。訪問の移動に関する負担軽減のために、事業所で自動車や電動自転車が準備されています。</p> <p>年1回ストレスチェックを実施して、必要時産業医に直接相談できる仕組みがあります。ハラスメントに関する規程も整っており、休憩室も感染防止対策の観点から、空きスペースを有効活用されています。</p>		

### (3) 地域との交流

地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	B	B
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>事業所の概要は、「社協だより」を年4回発行し、町内全戸に配布する等して地域に対して開示しています。情報の公表制度等が開示される仕組みがありませんでした。</p> <p>地域のサロンや「せいかまつり」に参加し、介護相談を行うなど地域活動に参加されています。また、社会福祉協議会が実施している「社協ふくし&amp;相続相談」(月2回)にも相談員として参加する等、事業所の機能を地域に還元されています。</p>		

大項目	中項目	小項目	通	評価項目	評価結果
-----	-----	-----	---	------	------

### 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	15	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)		社会福祉協議会のホームページやパンフレットに居宅介護支援事業所の位置づけと説明がわかりやすく記されています。また「社協だより」や年2回発行の「ケアマネだより」で居宅介護支援事業所からタイムリーな介護保険情報の発信をされています。利用者の問い合わせや居宅介護支援の依頼は「介護相談記録」にて管理されています。					
(2) 利用契約								
	内容・料金の明示と説明	16	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)		契約時に重要事項説明書においてサービス内容や料金についての説明をし、利用者・家族の同意を得ておられます。また料金等に改定があった時はその都度別紙で同意を得ておられます。利用者の判断能力に支障がある場合は成年後見人等、法的に正当な代理人と契約を締結されています。					
(3) 個別状況に応じた計画策定								
	アセスメントの実施	17	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	18	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			
	専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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)		事業所で統一されたアセスメントシートでアセスメントを行い、利用者及び家族の意向を尊重したケアプランを作成されています。「居宅介護支援計画連絡票」を用いて主治医およびサービス事業所の各専門職の意見を事前に聴取する等、サービス担当者会議が有効に行えるよう工夫されています。ケアプランの見直しについては「居宅介護支援係 業務マニュアル」に記載されています。					
(4) 関係者との連携								
	多職種協働	21	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			
	(評価機関コメント)		利用者の入院時には在宅での情報を提供し、退院時には退院前カンファレンスに参加して積極的に多職種の専門的意見を聴取されています。精華町作成の「医療機関情報」や「医療と介護の情報マップ」を事業所に常備して活用されています。個別地域ケア会議や認知症初期集中支援の会議にも参加されています。					
(5) サービスの提供								
	業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	B			
	職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A			
	利用者の家族等との情報交換	25	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>「居宅介護支援係 業務マニュアル」は定期的・計画的に見直しを行い改訂し、個々のケアマネジャーに配布されています。しかし、「顧客満足度調査」の分析結果をマニュアルに反映する仕組みがありませんでした。</p> <p>記録の管理については社会福祉協議会の規程に基づいて行われていますが、居宅介護支援の業務に即した持ち出し規程がありませんでした。記録は施錠できる書棚で管理されていますが、日中は施錠されておらず事業所に職員が不在になる時も特に対策をとられていませんでした。</p> <p>毎朝の「ミーティング」で利用者の情報共有を行うとともに、月1回の「ケアプラン点検」の日には担当している利用者のケアプランを用いて事例検討会を行っております。毎月のモニタリングでは独居の方など別居の家族の方への連絡を定期的に行い情報交換されています。</p>
------------	--	---

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	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	27	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)		<p>「感染症の対策及び予防に関するマニュアル」に基づいて事業所内で情報の伝達や研修を行っております。マニュアルの更新も年1回以上されています。特にコロナ禍における感染予防対策は社会福祉協議会全体で徹底して行い、毎日時間を決めて事業所内の一斉消毒もされています。事業所内は日々整理整頓され、定期清掃は週1回職員が行い、年2回清掃業者が入っています。衛生管理者や衛生委員会、産業医によって定期的に巡視されています。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	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	29	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	B
災害発生時の対応	30	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
(評価機関コメント)		<p>「居宅介護支援係 業務マニュアル」に緊急時の対応方法とフロー図を載せておられますが、居宅介護支援における事故という視点からの事故の把握が不十分で「ヒヤリハット」の様式はありますが記載事例がありませんでした。</p> <p>災害においては併設のデイサービスセンターにおける災害を想定して作られた「非常災害対策計画」に基づいて年1回の避難訓練を行っております。また社会福祉協議会の建物「かしのき苑」が福祉避難所として地域で指定されているため、そのマニュアルも整備されています。</p>		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		人権等の尊重	31	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
		プライバシー等の保護	32	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	33	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)		理念や運営方針に個々の利用者の尊厳保持について明確に表記されており、利用者アンケートの結果をもとに「ミーティング」でサービス提供のあり方について振り返りを行っておられます。利用者のプライバシー保護についても「ミーティング」で研修を行い、居宅訪問時や利用者来所時の対応に配慮されています。人員の都合で一時的に担当者数が上限に達していましたが、支援の依頼は基本的に断らず受け入れておられます。活動範囲圏外でやむを得ず断ったケースについては「対応報告書」にて断る理由を明記し、決裁をとっておられます。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	A
		第三者への相談機会の確保	36	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	A
		(評価機関コメント)		毎月のモニタリング訪問時に利用者の意向を確認するとともに「居宅介護支援係 業務マニュアル」においても利用者の不満や要望をしっかり把握することがより良いサービスにつながると明記され実践されています。実際に苦情があった時には「苦情対応結果報告書」にて社会福祉協議会組織として対応されています。またその内容は匿名でホームページで公開されています。 第三者委員を2名設置し、公的機関の相談窓口を重要事項説明書に明記するとともに、事業所内に「苦情解決体制図」を掲示し周知されています。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	B	A
		質の向上に対する検討体制	38	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	39	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)		今年度から利用者の「顧客満足度調査」（アンケート）を実施されています。アンケート結果は社会福祉協議会のホームページで公開されています。「ミーティング」でアンケート結果について検討し、実際に「ケアマネだより」と「ヘルパー通信」を両面で作成する等利用者の意見を取り入れ変更した事例を確認しました。苦情対応の内容は「係長会議」において検討され情報共有を行っておられます。 他事業所との情報共有は従来から「ケアマネ連絡協議会」（コロナの情勢を鑑みながら参加人数や回数を限定）や「精華ケアマネcafé」（現在休止中）に参加し、積極的に行っています。 社会福祉協議会として計画的に第三者評価を受診しておられ、「地域福祉活動計画推進委員会」にて、定期的に事業の報告を行い、評価する仕組みがあります。		