

様式 7

アドバイス・レポート

2023年4月26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

2022年8月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「宇治市福祉サービス公社中宇治」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>○理念の周知</p> <p>年度初めに事業方針説明会・全体会議等で理念・運営方針の説明を行い、職員への浸透を図るとともに、理念にもとづき職員が個人の目標を設定し業務にあたっています。</p> <p>○地域への情報公開</p> <p>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。法人全体でアンケートを実施し事業種別ごとの満足度を機関誌で公表しています。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応</p> <p>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苦情等の受付や対応状況等を報告しています。苦情受付件数や苦情等の内容について、個人情報に留意しホームページで公開しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定</p> <p>法人単位で事業計画を作成していますが、中長期計画は、経営改善計画に内容に限られています。事業計画の振り返りは年度末に行う1回に留まっており、6ヶ月ごとに行われていません。</p> <p>○個別援助計画等の見直し</p> <p>個別援助計画の見直しについて、は、確認した2ケースとも短期目標の期間が6か月になっており、3か月ごとにモニタリングや計画の見直しが行われていませんでした。他のケースについても3か月ごとにはできていないとのことでした。</p> <p>○業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルは入職時や内容変更時に職員に配布しています。法人内に設置される委員会でマニュアルの見直しを検討していますが、定期的な見直し等のルールが定められていません。</p>

具体的なアドバイス	<p>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、宇治市の官庁街付近の中宇治地区にあり、他の拠点同様、積極的に地域との交流や情報提供を行っています。いつまでも笑顔で地域の生活を支えたいとの願いから「利用者とともに、市民とともに」を合言葉に市民から信頼を得ることができるよう、職員一丸となって取り組みを行っているとのことでした。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。</p> <p>○中長期計画の作成</p> <p>サービスの質の向上の観点からも中長期的な視点を持ち目標を定めた上で、単年度の事業計画において段階的に目標を設定して取り組みを進めるようにしてはいかがでしょうか。そうすることで、事業計画において目標が明確になり、キャリアパスの構築や計画的な研修がより効果的に実施できると考えます。</p> <p>○個別援助計画等の見直し</p> <p>ケアプランの短期目標は長期目標を達成するための段階的な目標となります。3ヶ月ごとに短期目標があることで、支援状況を確認しながらケアやサービスの調整を行うことができ、そのことで長期目標に向けてより質の高い支援を行うことができますので、短期目標は3ヶ月ごとに設定することが望ましいと考えます。</p> <p>○業務マニュアルの整備</p> <p>必要なマニュアルを整備して職員に配布するなど、周知に努めておられますが、更新・変更の基準が明確には定まっておらず、更新・変更の状況にばらつきがありました。苦情や事故防止について、委員会で検討されているにも関わらず、マニュアルに反映できていないのは勿体ないと思いますので、報告書等をもとにマニュアルに反映できるよう、手順やルール作りを進めてください。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化</p> <p>自主点検は行っていますが、事業所としての自己評価を行う仕組みはありません。法人内で同一種別の事業もあるので内部監査等、内部で評価やケアプラン点検を行える仕組みを構築されてはいかがでしょうか。</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	2671200877
事業所名	宇治市福祉サービス公社中宇治
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4年12月20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)			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。非常勤職員に対しては各部署の会議で伝達しています。 2. 組織図を事業計画に記載し、業務分掌等により担当者や役割を定めています。管理職会議や各種委員会等、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	B
	(評価機関コメント)			3. 法人単位で事業計画を作成しています。法人本部で立てられている5年間の中長期計画(2018~2022)は、経営改善計画に内容が限られており、サービス向上にむけた具体的な内容は記載していません。 4. 単年度の事業計画に基づき法人内に4事業所ある居宅介護支援事業所の管理者による会議、中宇治居宅介護支援と段階的に目標を設定しています。事業所の目標に基づき職員が個人の目標を設定し業務にあたっています。半期ごとに収支状況等は確認していますが、事業計画の進捗状況は、半期では行っていません。		

(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、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>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。理事会等で管理者が把握すべき法令をリスト化し、管理者に周知しています。</p> <p>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。管理者が毎日のミーティングや機関会議等に出席し意見を述べています。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があります。</p> <p>7. 管理者は毎日のミーティングに参加し状況を把握しています。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。</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	B	
	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>8. 採用は法人で行っています。採用にあたっては採用基準を設けています。介護支援専門員に関する、基礎研修・更新研修等は業務内で参加でき、費用も法人が負担しています。</p> <p>9. 新人の介護支援専門員には、ケアマネジメント行程マニュアルに沿って指導をしています。人材育成計画をもとに個々の目標に沿った研修計画を策定しています。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。他団体が行う事例検討会には参加していますが、法人や事業所独自で、勉強会は行われていません。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、介護支援専門員実務者研修実習の受け入れを行っています。</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、具体的な取り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>11. 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。年2回中宇治事業所の統括責任者が面談を行い目標の達成状況の確認とともに、就業に対する意向等を確認しています。</p> <p>12. ハラスメントやメンタルヘルスに関しては、法人内の相談窓口を明確化し職員に周知しています。コロナ禍ということもあり、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。</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。	A	A
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)		13. 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。法人全体でアンケートを実施し事業種別ごとの満足度を機関誌で公表しています。 14. 法人主催で介護職員初任者研修を実施し、地域住民の参加を呼び掛けています。地域包括支援センターが主催する居宅介護支援事業所管理者意見交換会に参加し、情報交換や地域のニーズの把握に努めています。		

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	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)		15. 宇治市が発行する宇治市介護サービス事業所ガイドブックやホームページ等を利用して事業所の情報提供を行っています。問い合わせは相談票で管理しています。			
(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)		16. 契約時、重要事項説明書等で説明しています。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げています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		17. 全社協様式と独自様式でアセスメントを行い、利用者の状況を正確に把握するよう努めています。 18. サービス担当者会議で利用者本人・家族の希望や目標を確認しています。 19. サービス担当者会議の開催や書面による意見照会、各事業所からのモニタリング報告等により情報を収集し計画に反映しています。 20. 個別援助計画の見直しは、更新時、状態変化時、サービス内容の変更時に行われています。確認した2ケースとも短期目標の期間が6か月になっており、3か月ごとにモニタリングや計画の見直しが行われていませんでした。他のケースについても3か月ごとにはできていないとのことです。			

(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)		21. 入院時には入院時情報連携票を活用し病院でのカンファレンスにも出席しています。受診時には同席や連絡票で意見照会を行っています。また、地域包括支援センターや民生委員とも連携を取っています。		
(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	A
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)		22. マニュアルは入職時や内容変更時に職員に配布しています。委員会で見直しを検討していますが、定期的な見直し等ルールが定められていません。 23. 利用者毎に適切に支援内容の経過を記録しています。保管状況・持ち出しのルール等を定め、記録等を適切に管理しています。年1回個人情報保護の研修を実施しています。 24. 毎日ミーティングを行うとともに、ミーティングの内容を記録するなどして情報共有をしています。月1回の会議でケースカンファレンスも行っています。 25. 毎月1回は自宅に訪問し、利用者・家族と面談を行い情報共有をしています。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	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)		26. 感染対策マニュアルを整備し、年2回研修を実施しています。利用者個々の感染症の状況は、サービス提供事業者へ伝え、サービスの提供にあたって対策をしてもらっています。 27. 事業所内は月水金と定期的に清掃し、記録に残しています。		
(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	A
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	B
(評価機関コメント)		28. 介護事故防止・対応マニュアルを整備しています。事故の取り扱いの対象は、個人情報等の誤送信、車両事故、物品破損、連絡忘れ等を対象としています。事業所としての事故の実績はありません。 29. 事故の発生状況は法人内でまとめ、係長会議をとお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）委員会で検討しています。 30. 災害対応マニュアルを整備しています。本年度からの防火、地震、台風風水害を想定した災害訓練を拠点事業で実施する予定です。行政主催の災害訓練等に法人役員等が参加したことはありますが、地域との連携をマニュアルに反映するまでには至っていません。		

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	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)		31. 運営規定に人権や意思の尊重、権利擁護に関する内容を記載しています。入社時及び年1回高齢者虐待防止に関する研修を実施しています。 32. 接遇マニュアル等を整備し、定期的な研修やミーティング等で意識を高めています。個人情報保護マニュアルがあり、マニュアルに沿って個人情報の保護に努めています。 33. 介護支援専門員1人あたり39件を目安として新規利用を受け入れています。近隣地域の介護支援専門員の不足から、多くの新規受入相談があった場合等は受入が難しい場合は、契約を待ってもらう、他事業所を紹介するなどの対応をしています。			
(2)意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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)		34. 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。法人に第三者委員の苦情相談窓口を設置するとともに、年に2回、第三者委員会を開催し苦情等の受付や対応状況等を報告しています。利用者宅を毎月訪問し意向や要望を確認しています。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、法人内のCS(顧客満足)委員会で意見・要望・苦情等の分析や周知をしています。苦情受付件数や苦情等の内容について、個人情報に留意しホームページで公開しています。 36. 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	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。	A	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		37. 年に1回、満足度調査を実施し、事業種別ごとに機関紙やホームページで満足度を公表しています。 38. CS(顧客満足)委員会を3か月に1回開催して意見を集約しています。法人内の他事業所の取り組みについても情報を収集し、同一の事業種別で比較する等、質の向上に努めています。 39. 自主点検は行っていますが、事業所としての自己評価を行う仕組みはありません。ケアマネジメントマニュアルにもとづく自己評価を検討していますが、実施には至っていません。			