

アドバイス・レポート

令和6年 3月 25日

令和6年2月7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>1. 地域との交流 介護保険事業以外の地域住民との交流を目標に掲げ、地域サロンの出前講座に参加し、介護保険情報の提供から地域住民の状況を把握されています。また障害福祉サービス事業所へ働きかけ、障害者が育てた野菜を購入してもらうブースを設けたり、制作物を展示するなど、子どもから高齢者までの地域住民が毎月集える「絆カフェ」の企画・運営に参画されています。</p> <p>2. 情報の周知と職員意見の反映 組織的に会議運営が確立されており、職員全員まで情報周知となるよう、毎日の「係内ミーティング」に至るまで議事録が作成されていました。また「希望調書」や「自己評価シート」を使用して、職員の健康状態の確認、運営にあたっての意見を出しやすくされています。</p> <p>3. サービスの質の向上の取り組み 毎朝の「係内ミーティング」や月1回開催している「ケアマネミーティング」にて、情報交換や検討を実施しサービス向上に対して積極的に改善をしようとしていました。事業評価についても、「介護保険等事業計画進捗確認シート」を用いて四半期ごとに「地域福祉計画推進委員会」でサービス向上について見直しをされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. アセスメントの頻度・見直し基準 全社協様式のアセスメントシートを使用しアセスメント・見直しを行っていましたが、しかし、どういふときに見直しを行うのかの取決めが設けられていませんでした。</p> <p>2. 利用者の記録の持ち出しについて 利用者情報はパソコンで管理され、職員のID/パスワードでしか見られないシステムになっていましたが、利用者訪問時等、必要な書類の持ち出し基準について、規定の定めがありませんでした。</p> <p>3. 利用者アンケート 年1回「利用者満足度調査」を実施されていましたが、結果を分析する会議等の設置がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 「業務マニュアル」の明文化について アセスメントの頻度・見直し基準を介護認定新規申請時・更新時期、状態変化等（区分変更時）実際実施されていることを「業務マニュアル」に明文化することで、新人介護支援専門員が配属となったときには、より実務活用に繋がる「業務マニュアル」になると思われます。</p> <p>2. 利用者の記録の持ち出しについて 訪問前の持ち出し書類・訪問後の返還について書類を確認することは、職員の個人情報取り扱いの意識向上と責務に繋がります。合わせて利用者個人情報の保護の観点から、規定に定めた上で確認できる運用をお勧めします。</p> <p>3. 利用者アンケート 「利用者満足度調査」の結果を分析することで、利用者満足度やサービスの質の向上につなげることができます。また、分析結果を他部署も交えた会議などで検討することで、意識していなかった事に気付く事もあると考えます。</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)

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)	居宅介護支援事業
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6年2月26日
評価機関名	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
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)		年4回開催の理事会において、適切に組織の運営が執り行われていることを書面で確認しました。また毎日の「係内ミーティング」から出された事柄についても「係長会議」や「管理職会議」等で意見が吸い上げられ反映されていました。		
(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)		法人全体としては「第6次精華町地域福祉活動計画」をベースに5年先の事業計画を作成され、理事会において協議・確認された上で、係内ミーティングにて職員全員と共有されていました。また係内の居宅介護支援事業の目標は、法人全体の事業計画を基に、介護保険事業に留まらず、様々な場面で地域住民との交流を目標に掲げると同時に、介護保険制度の説明機会となる「出前講座」や、障害福祉サービス事業所に参加してもらえる「絆カフェ」等取り組まれていました。		
(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)		職員が使用するパソコンには、必要とする法令遵守が閲覧できる環境が設定されていました。また介護保険制度以外の法令については法人内の職員に相談できる体制がとられていました。運営管理者等への要望・評価については、年1回「希望調書」に記入し事務局長へ提出し確認する仕組みとなっています。また運営方針に対しての意見・希望等「自己評価シート」に記入し、係内課長と年2回面接されていることをヒアリングで確認しました。		

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
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。	B	B
		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)		人事管理では、年2回「自己評価シート」をもとに、課長が職員と面接を実施していました。スキルアップを目指す仕組みや業務評価基準等については次年度に検討を進めておられます。スーパービジョンを行う体制はありませんでしたが、適宜職員から個別相談ができる体制であることをヒアリングで確認をしました。		
(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)		出・退勤はスマートフォンで記録する仕組みが導入されています。年休取得率や残業時間等はこの仕組みから速やかに課長が管理できる仕組みになっていました。休憩場所は曜日により空き会議室を使用し、ゆっくりとくつろげる環境を確認しました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		地域サロンの「出前講座」に出向き、介護保険制度の説明等を行っています。また法人あげて「絆カフェ」を毎月開催し、職員も参加し、地域の障害福祉サービス事業所等から野菜を販売してもらいブースを設けるなど、子どもから高齢者までが集えるカフェの運営を他部署の職員と共に行われていました。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		ホームページ及びパンフレットにて事業所の情報が開示されていました。事業所の入口にケアマネジャー相談対応について、文字だけではなく写真や図を用いてわかりやすく掲示されていました。「せいか社協だより」にて事業所の情報を含め掲載されており、全戸配布を実施されていました。			
(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)		利用契約時には、重要事項説明書及び契約書を交わしていることを確認しました。保険外サービスについては、パンフレットなどを用いて説明をされ。法人内で、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を担当している「地域支援係」と、必要に応じて繋いでいることを確認しました。			
(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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		アセスメントは、統一された様式にて実施されていましたが、マニュアルにアセスメントの実施時期などの定めがありませんでした。本人及び家族からのニーズも聞き取れており、サービス担当者会議では多職種からの意見聴取も資料から確認が出来ました。サービス担当者会議の案内は、電話と郵送にて案内をおこない、モニタリングは月1回以上実施して記録されていました。長期目標を1年、短期目標を6ヶ月とされていました。計画の見直しを行う時期・手順については、確認出来ませんでした。			
(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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		関係機関の連絡先と担当者を記載したリスト整備され職員全員に配布して活用されていました。医師との連携については、近隣病院のカンファレンスに積極的に出席されており、遠方の病院の際はオンラインカンファレンスを実施されていました。月1回「社協内部連携強化会議」を開催され、課題のある利用者について関係部署と協議されていました。他機関への移行についてはマニュアルが整備されていませんでした。サービス終了後も家族等からの相談には柔軟に対応されていました。			
(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	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	B	
	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)		業務マニュアルを整備して、全職員に配布されていました。見直しは、年1回実施されていました。FAX誤送信事故があったため、マニュアル見直しでFAX送信時は課長の許可を得て二人でおこなう事となっていました。利用者のサービス状況については、業務用ソフトで記録し、適切に管理がされていました。個人情報保護規定の中で、個人情報の持ち出しについて定めがありませんでした。毎朝の「係内ミーティング」及び「業務日誌」にて利用者の情報共有を実施されていました。家族等との情報交換は、モニタリング訪問時や遠方の方には電話やメールを活用されおこなっておられました。			

(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	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)		「感染症マニュアル」を整備し全職員に配布及び研修も実施されていました。利用者が感染された際には、電話で様子確認をするなどフォロー体制が出来ていました。業務継続計画（以下BCP）も作成されていました。シミュレーションはまだ実施されていませんが、実施予定は確認ができました。事業所内は整理整頓を心がけ週1回職員が定期清掃を実施。年2回委託業者にて清掃を実施されていました。事業所の衛生管理者が毎月、衛生委員会が年2回、産業医が隔月巡回点検の実施をされていました。		

(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		業務マニュアル内にフロー図を用いて、事故や緊急時の対応について整備されていました。また「ケアマネミーティング」にて研修をおこない職員周知がされていました。「福祉サービスに関する事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」にて管理者へ報告し再発防止策や改善策の検討がされていました。事故報告については、「三役会議」に報告され共有がされていました。災害対応については、BCPの整備はされていましたが、災害発生時対応マニュアルの整備がありませんでした。法人として「非常災害対策計画」は整備され年1回避難訓練を実施されていました。BCPに基づいての訓練は未実施でありました。		

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
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)		運営方針に「利用者の意思及び人権を尊重し」と明記され、事業計画にも反映されています。利用者アンケートにおいても、丁寧に対応されている事や利用者及び家族からの満足度も高い事が確認ができました。法人内に「虐待防止検討委員会」を設置され、指針を定めて年1回職員向けの研修を実施されていました。業務マニュアルに「プライバシー保護」を定めて、「ケアマネミーティング」にて職員周知と研修を実施されていました。事業所として、原則利用申し込みを断ることはせずに対応されており、支援困難ケースなどは役場の担当部署や地域包括支援センターと連携を図り支援をおこなっている事が確認できました。		
(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。	A	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	A
		第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口で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)		モニタリング時及び年1回は「利用者満足度調査」を実施することで、利用者の意見・要望・苦情などを聞き取る仕組みがありました。「係内ミーティング」で情報共有がされていました。利用者の意向に迅速に対応するための「苦情受付マニュアル」及び「福祉サービス苦情解決事業実施要綱」を整備し、受付者が「対応報告書」を作成し法人の事務長へ報告する仕組みがありました。対応された結果は、匿名化した上でホームページに掲載がされていました。2名の第三者委員を選定され、苦情相談窓口として重要事項説明書にて開示されていました。		
(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っている	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	A	A
		(評価機関コメント)		「利用者満足度調査」の実施はされていましたが、結果の分析や検討する会議等の設置はありませんでした。サービス向上については、毎朝の「係内ミーティング」や月1回の「ケアマネミーティング」にて情報共有や検討をおこない、事業評価については、「地域福祉活動計画推進委員会」で「介護保険等事業計画兼進捗確認シート」を用いて事業の進捗状況を四半期ごとに確認されサービス向上について見直しをされていました。		