

アドバイス・レポート

令和8年6月8日

令和8年8月5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「一般財団法人宇治市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

特に良かった点とその理由 (※)	○理念の周知 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。 ○地域との交流 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。地域密着型事業推進委員会で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。また、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。 ○利用者満足度の向上の取り組み 3か月に1回法人内でCS(顧客満足)向上委員会を開催し、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むしくみがあります。毎年、利用者満足度アンケートを実施し、CS(顧客満足)委員会で内容を分析するとともに、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。
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、人事に関する基準は明確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。 ○業務マニュアルの作成 居宅介護支援事業所としてケアマネジャーの業務マニュアルを整備しています。ただし、業務について分かりやすい内容となっていますが、見直しの基準やルールが定められておらず、改訂もされていません。また、マニュアルに基づいた業務ができているかを確認する仕組みも確認できませんでした。その他のマニュアルについても、見直しの基準やルールが確認できる資料はありませんでした。 ○評価の実施と課題の明確化 3年に1度第三者評価を評価の実施と課題の明確化受診しています。内部監査はなく、自主点検以外に自己評価を行う仕組みはありません。

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、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。近年は、宇治市より多くの地域福祉関連事業を受託し、「利用者とともに、市民とともに」の合言葉のとおり、地域福祉活動の推進に力をいれ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。 ○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思います。 ○業務マニュアルの整備 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。 居宅介護支援事業所のマニュアルとして、ケアマネジャーの業務マニュアルは、標準的なケアマネジャー業務について、わかりやすく、新人の介護支援専門員の指導にも活用できる内容となっています。年度初めに、係会議等でこのマニュアルのモニタリングを行う（見直す機会を設ける）ことで、見直しの有無に関わらず、職員間で内容の確認と共有ができると思います。また、人事考課においても、このマニュアルに沿ってケアマネジメントのプロセスを項目ごとに自己評価するなど、1つの評価の指標として活用することもできます。具体的な項目を設け個々のケアマネジメントを評価することで、具体的な目標設定や目標を達成するための行動につながり、職員一人ひとりケアマネジメントの質の向上を図ることにつながります。 ○評価の実施と課題の明確化 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を実施する、事業所で整備されているケアマネジメント業務マニュアルをもとに、各ケアマネがマニュアルの基づく支援プロセスの評価を実施するなど、事業所として自己評価等を行う仕組みを構築されてはいかがでしょうか。
------------------	---

※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	2671200877
事業所名	一般財団法人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7年12月2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ています。また、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. 中長期計画に基づき、各年度に事業計画を作成しています、事業計画はホームページに掲載するとともに、契約時に利用者・家族等に対して説明を行っています。 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レベルの目標、中宇治居宅介護支援の目標と段階的に目標を設定しています。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。		A	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、集団指導や法令遵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が、職員から信頼を得ているかどうかを総合的に把握・評価を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。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。	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. 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、人事に関する基準は明確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. 採用は法人で行っています。介護支援専門員1人あたり概ね42ケースを目安に職員を配置しています。 10. 新人の介護支援専門員には、介護支援専門員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。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。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。事業所内で年1回事例検討会を行っています。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。 11. 実習受け入れマニュアルを整備し、介護支援専門員実務研修実習の受入れを行っています。主任介護支援専門員を4名配置し、京都府実習受入協力事業所指導者講習会にも参加しています。		

(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	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. 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。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. 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するとともに、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を構築しています。また、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. 法人として、地域密着型事業推進委員会で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。また、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. SNSでの発信、ホームページ、ご利用のしおりを活用し、親しみやすく、分かりやすい情報を提供できるよう工夫しています。問い合わせは相談票で管理し、職員で共有しています。			

(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、利用者に重要事項説明書等で説明し同意を得ています。利用者の能力によっては、家族または成年後見人と契約をしています。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	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. 全社協版と独自様式でアセスメントを行っています。また、介護支援専門員業務マニュアルに基づき、アセスメントを更新しています。 20. サービス担当者会議で利用者、家族の希望や目標を確認しています。サービス担当者会議には、できるかぎり家族も参加できるよう日程調整をしています。参加できない場合は電話で希望等を確認しています。 21. 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（連絡票）等から情報を収集し、個別援助計画に反映しています。 22. 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。			

(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	A
(評価機関コメント)		23. 利用者のかかりつけ医とは連絡票、電話で連携をとっています。また、入院時は入院連携票で情報のやり取りをし、退院時はカンファレンスに参加するなどして情報共有しています。市役所生きがい課、保健所との関りや横浜地域管理者意見交換会への参加等を通して、他の関係機関との連携を行い、地域問題に取り組んでいます。 24. サービス移行については運営規定に明記し、サービス終了後も相談できる窓口を周知しています。実際にサービス終了後の相談にも対応していました。		
(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。	B	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	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)		25. 介護支援専門員業務マニュアルを整備しています。介護支援専門員業務について、わかりやすい内容となっていますが、見直しの基準やルールが定められておらず、改訂もされていません。またマニュアルに基づいた業務ができていないかを確認する仕組みはありません。その他のマニュアルについても、更新時期のルールが明確に定められていません。 26. 記録は主にデータとして介護ソフトシステムに保存して、紙媒体で保管は少なくなるよう工夫しています。個人情報保護マニュアルに、保管、保存、廃棄の規定はありますが、「持ち出し」については記載されていません。 27. 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。また、月1回の会議でケースカンファレンスを行っています。 28. 毎月1回は自宅へ訪問し、利用者・家族と面談を行い情報共有をしています。遠方の家族とは電話でも連絡を取り、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（指針）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。 30. 通常の清掃は業者に委託し、点検表で確認しています。年1回は職員全員で大掃除を行っています。建物自体は新しいものではありませんが、清掃は行き届いています。		
(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	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。	A	A
	(評価機関コメント)		31. 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。 32. 事業所での事故の実績はありませんが、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. 非常災害時対応および復旧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。しかし、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。 34. 自然災害や感染症のまん延に備えBCP計画を整備しています。災害時に備え、持ち出し用の利用者フェースシートや、多少の防災備蓄品も準備しています。2025年度はBCPに基づき、利用者の安否確認について机上訓練を実施しました。		

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

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. 法人基本理念及び運営規定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。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。家庭での虐待が疑われる場合などは、地域包括支援センターに相談しています。 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に沿って個人情報の保護に努めています。 38. 介護支援専門員1人あたり42件を目安として新規利用を受入れています。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り受入れが難しい場合は、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。支援困難ケースに関しても地域包括支援センターや行政、他の専門職等に相談しながら対応しています。			
(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。	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	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	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、契約書、運営規定等で周知しています。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。 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	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	B	B
(評価機関コメント)		42. 毎年、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。 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。内部監査はなく、自主点検以外に自己評価を行う仕組みはありません。		