

## アドバイス・レポート

令和7年3月12日

令和6年11月25日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「あすてるケアプランセンター」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(※)    | <p>通番 8 総合的な人事管理<br/>法人全体でキャリアパス制度が整備され、採用、人材育成、階層別研修体系の確立、現場での気づきを促す OJT の仕組みもあり、職員への資格取得支援などが行われています。</p> <p>通番 12 労働環境への配慮<br/>介護支援専門員 7 名配置（常勤 4 名、非常勤 3 名）となっていて担当件数が過度にならないよう配慮されています。また、希望日に公休取得及び年次有給休暇を取得しやすい職員配置になっていて、働きやすい労働環境への配慮に努められ、法人として京都府ワーク・ライフ・バランス認定企業の承認を受けられています。また、日勤勤務さらには時短勤務で子育てや資格取得など自己啓発に役立つ勉強時間が確保でき、離職率の低下に繋がっています。</p> <p>通番 19 アセスメントの実施<br/>事業所独自のアセスメントツール（A4 サイズ 4 ページ）を採用し、要介護認定更新時、状態変化時には再アセスメントが実施されています。その中には、長期目標 2 年、短期目標 1 年が設定されています。状態の変化時は計画の見直しを行っています。その際に、主治医には「主治医連絡票」を作成していただき、専門職の意見も反映されていました。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由(※) | <p>全般を通して 業務マニュアルの更新、改訂について<br/>各マニュアルは整備されていますが、標準的な実施方法の見直しの基準が明記されていなくて改訂の履歴も確認できません。</p> <p>通番 24 サービス移行時の連携・相談対応<br/>要支援状態から要介護認定変更時は、地域包括支援センターとのサービス移行手続きは確認できましたが、サービスの継続性に配慮した手順書が定められていません。</p> <p>通番 40 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善<br/>苦情相談について、ご利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公開が確認できません。</p> <p>通番 42 利用者満足度の向上の取り組み<br/>満足度調査の実施が確認できませんでした。</p>                                                                                                                                                                                                    |
| 具体的なアドバイス          | <p>全般を通して 業務マニュアルの更新、改訂について<br/>標準的な実施方法の見直しの基準が明記されていませんでした。見直し月を決めて年に 1 回見直しすることを文書管理規定に記載されることをお勧めします。</p> <p>通番 24 サービス移行時の連携・相談対応<br/>他の事業所へ介護保険サービスを引き継ぐに当たり、その手順書もしくはマニュアルの作成が求められます。</p> <p>通番 40 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善<br/>ご利用者、ご家族等からの要望や苦情があった場合は、受付、相談から解決まで迅速に対応し、家族交流会等での報告や記録にも残していますが、個人情報に配慮しつつ、その改善状況の公開を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 42 利用者満足度の向上の取り組み<br/>年に 1 回はご利用者に対する満足度調査を実施して、現在のサービス提供の実態を把握してサービスの質の向上に役立て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。

## 評価結果対比シート

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 事業所番号                    | 2671400022         |
| 事業所名                     | あすてるケアプランセンター      |
| 受診メインサービス<br>(1 種類のみ)    | 居宅介護支援             |
| 併せて評価を受けたサー<br>ビス(複数記入可) | 訪問介護               |
| 訪問調査実施日                  | 令和 7 年 2 月 19 日    |
| 評価機関名                    | (一社) 京都府介護老人保健施設協会 |

| 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. 組織の理念、運営方針は年始、年度初めに理事長より説明があり、事業所玄関に掲示されて職員に浸透させています。家族に対してはホームページ、法人のお便り「かけはし」やパンフレットで説明して理解を深められています。また、地域住民に対しては広報誌を地域の回覧版に入れて配布していただき、法人への理解を深めるよう図っています。<br>2. 職務に応じた権限は、組織図、職務権限規定に定められています。法人内の事業所合同開催の拠点会議、居宅介護支援事業所独自の事業所会議の議事録を PC で確認することにより法人の事業計画、決定事項等の周知が円滑に進むように取り組んでいます。 |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                                                                            |      | 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. 令和 5 年度から令和 7 年度までの中長期事業計画書、令和 6 年度事業計画も策定されていますが、ご利用者、ご家族への周知方法が確認できません。<br>4. 各自の目標は毎年「目標管理シート」を作成しています。達成状況については、事業所の各職員には管理者が、事業所の管理者には同法人の特養の施設長がヒアリングされています。                                                                                                                        |      |      |       |
| (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. 法令遵守責任者が明確にされていて法令集リストが作成され、その URL から PC 内で閲覧でき、共有されています。<br>6. 職務権限規定に管理者の役割と責任が明記されています。期初、中間、期末に管理者と面談を実施して職員の意見を汲み取り、ボトムアップされています。<br>7. 管理者が職員より信頼が得られているかどうかの評価は「組織活性化プログラム」を活用しています。                                                                                               |      |      |       |

| 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 |
| 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    | A     |
|              | 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。                                                                                                                                                                                                                                            |      | B    | 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     |
|              | 実習生の受け入れ                | 11  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                               |      | B    | B     |
|              | (評価機関コメント)              |     | 8. 法人本部でキャリアパスを作成し、職員の求められる職責及び介護支援専門員として必要な職務内容を明示して職員各自の目指すべき目標及び方向性が示されています。職務に関する成果や貢献度については年2回の「評価表」を活用されています。<br>9. 法人本部作成の人材採用、育成計画が定められています。<br>10. 法人で研修計画が作成され、本人の希望も汲み取り、外部研修に参加しています。このほかにもインターネットの動画研修も活用しています。<br>11. 介護支援専門員実務研修受講試験に合格した実習生の受け入れは随時行っています。管理者は主任介護支援専門員の資格保有者です。 |      |      |       |
| (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. 法人本部で毎月の勤怠管理を行い、有給休暇取得率、残業時間等を把握して勤務が過重にならないように配慮しています。平均残業時間は5時間でした。情報の共有はLINEグループを活用しています。<br>13. 悩み事やメンタルヘルスについては相談窓口が明示され、相談できる体制があります。ハラスメントは就業規則に明記され、相談体制が整備されています。カスタマーハラスメントについては、その事例はありません。                                                                                       |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                     |      | B    | A     |
|              | (評価機関コメント)              |     | 14. 事業所内の地域包括支援センターとも連携し、介護、医療、看護の各事業所と連携しています。このほかにも、隣町の精華町南部包括支援センターの業務も受託しています。<br>16. 地域との関わり方については、木津川市認知症対応型カフェ事業と連携し、各種の催しなどに出向いています。地域住民向けの催し、講演、健康体操などを行い、認知症の理解を深める地域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)      |     | パンフレット、ホームページは施設概要、利用料金等が分かりやすい内容となっています。広報誌「かけはし」を四半期毎に発刊されています。                                                                                                                   |      |      |       |
| (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)      |     | 重要事項説明書はご利用者、ご家族へ丁寧に説明されていて同意を得られています。権利擁護事業契約利用者も確認できました。                                                                                                                          |      |      |       |
| (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    | 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. 事業所独自のアセスメントシートを活用して利用者ニーズを把握されています。<br>20. 要介護認定更新時、区分変更時、状態変化時に再アセスメントされています。<br>21. ご利用者の状態に応じてリハビリスタッフ、看護師等と連携されています。<br>22. 個別援助計画は、定期的な見直しと必要に応じた見直しを行っています。              |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                       |      | B    | B     |
|                  | 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)      |     | 23. 入院時は情報提供書を作成して地域医療連携室に送付されています。事業所内の週1回の会議で入院等の情報を共有されていますが、地域の関係機関・団体に対する解決に向けた具体的な取組を行っていることが確認できませんでした。<br>24. 他の介護施設・事業所や地域・在宅へのサービス移行にあたり、そのサービスの継続性に配慮した手順書が定められていませんでした。 |      |      |       |

### (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 | 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。                                                                                                                                                                                        | B | 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. 業務マニュアルは整備されていますが、マニュアル見直しの基準が確認できませんでした。<br>26. 週 1 回の事業所内会議にてご利用者の状況や支援内容について情報共有が行なわれています。<br>27. 週 1 回の事業所内会議及び毎日のミーティングにてご利用者の状況や支援内容について情報共有されて、サービスの質の向上に努められています。<br>28. 遠方のご家族とは E メールにて連絡を取り合っています。 |   |   |

### (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. 感染症に関するマニュアルが作成されていて年に 2 回研修（e ラーニング）を実施していましたが、マニュアルの改訂はされていませんでした。<br>30. 職員の体調不良時は新型コロナ抗原検査を実施されています。事業所内は整理整頓されていて始業時に職員全員で清掃しています。 |   |   |

### (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 | B |
| 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。                                                                                                     | B | 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）    |    | 31. 事故発生、緊急対応マニュアルは整備されていて訓練、研修も定期的実施しています。<br>32. 事故防止マニュアルが作成されていましたが、改訂されていませんでした。<br>33. 34. 災害対応マニュアルが作成されていましたが、地域との連携マニュアルの作成及び研修・訓練は確認できませんでした。 |   |   |

| 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    | B     |
|                  |     | 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. ご利用者本位のサービス提供に関しては運営規程に定められています。担当ケアマネはご利用者に、契約前にその旨の説明を行っています。ご利用者の日常生活自立度などの情報をもとにケアプランを作成し、ケアの実施、モニタリング、評価の手順で進められています。その振返りは3カ月ごとに事例検討会で行っています。<br>36. 虐待防止の指針、マニュアルは整備され、委員会も設置されて研修も行われています。研修はeラーニングも駆使して不適切ケアを防ぐように取り組んでいます。マニュアルの改訂はされていませんでした。<br>37. プライバシー保護マニュアルは作成され、研修も実施されています。<br>38. 新規のご利用者は事業所担当のエリア外や各ケアマネの担当受入れ件数を超過しない範囲で受入れられています。 |      |       |
| (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てている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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. 各担当ケアマネがご利用者宅訪問時及びサービス担当者会議開催時などで、ご利用者・ご家族と意見交換会を実施されています。また、毎月のモニタリングや3カ月ごと開催の事例検討会でご利用者やご家族の意向についての検討後の対策の周知等を行われています。<br>40. 苦情相談処理マニュアルは具備されています。意見・要望・苦情についての改善状況の公開は確認できませんでした。<br>41. 第三者の苦情相談窓口は、重要事項説明書等に記載されています。                                                                                                                                |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | C    | C     |
|                  |     | 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. 満足度調査の実施が確認できませんでした。<br>43. サービスの質の向上については、法人内の事業所合同開催の拠点会議で検討しています。議事録も事業所内で閲覧できます。支援に必要な情報は、併設の地域包括支援センターの社会資源を活用し、「介護サービス情報公表システム」や「京都介護・福祉サービス第三者評価」のホームページも参考にしつつ、新規利用者引き受け時に最適な援助ができるように努めています。<br>44. 事業所の自己評価は実施されていませんでした。第三者評価は今回が初めての受診です。                                                                                                      |      |       |