

アドバイス・レポート

2025年9月17日

令和6年6月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンターやすらぎ 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 (※)	(通番2) 組織体制 職員の意見は施設長への直接の希望調査により反映される仕組みがあります。これにより意見が伝えやすく、現場の声を把握しやすい環境が整っています。職員の意見は希望調査や定例会議、個別面談など複数の方法で収集され、管理者や総合施設長からのフィードバックも実施されています。現場の声を吸い上げ、改善に活かす仕組みが組織として確立されています。職務分掌は「職務内容一覧」で明確にされ、役割分担が明瞭に明文化されています。さらに、キャプテン制度により日々のリーダー業務が円滑に行われる仕組みが整っています。 (通番8) 総合的な人事管理 階層別研修、中堅職員向け研修、キャリアパス一覧表など、育成プログラムが多層的に整備され、個々の成長に応じた支援が実施されています。行動評価にも職員の声が反映されており、実効性が高い体制です。また、定例会議での月次テーマ研修も継続されており、現場に即した学びの機会が提供されています。 (通番35) 人権等の尊重 利用者の尊厳を重視した支援が実践されています。排せつや入浴に関するプライバシーへの配慮として、脱衣場のカーテン設置や同性介助の原則が徹底されています。利用者の選択を尊重する工夫もあり、理念に基づいた具体的な実践として高く評価できます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	特になし

具体的なアドバイス

デイサービスセンターやすらぎは、社会福祉法人大樹会が運営する定員30名の通所介護事業所です。運営法人である社会福祉法人大樹会は、きょうと福祉人材認証（上位認証）や、はーとふる企業認証、ワーク・ライフ・バランス認証、きょうと健康づくり実践企業など、複数の認証を取得し、組織としての健全な運営と職場環境の向上に取り組んでいます。

新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、これまで制限されていた集団レクリエーションや外部ボランティアの受け入れが再開され、利用者の皆様にも笑顔が戻りつつあります。感染対策に細心の注意を払いつつ、段階的に活動の幅を広げている様子がかがえ、今後のさらなる取り組みにも期待が持てます。一方で、広範囲な送迎や食事対応など、職員の業務負担が大きい状況も見受けられました。こうした課題に対して、施設では「やらないことを決める」という新たな視点を導入し、業務効率化と職員の負担軽減に努めています。インカムの活用、ウォーターサーバーの設置、シーツの簡略化など、具体的な工夫が進められており、コストや実行可能性にも配慮された現実的な改善策が評価されます。

また、利用者との関わりの時間確保にも力を入れられており、テーブル配置の工夫や職員配置の見直しなど、日々の運営を通じて「関わりの質」を高めようとする姿勢が印象的でした。配膳業務に関しては、介護度の変化に応じてパート職員の協力を得るなど、柔軟な人員配置も見られました。

全体として、コロナ禍を通じて得られた経験を活かしつつ、業務改善と利用者支援の両立を目指して主体的に取り組まれている点が非常に好印象でした。

改善内容は、ありませんでしたが、具体的なアドバイスとして以下の通りお伝えいたします。

①各種取り組み（研修・会議・地域交流等）について、実施後に職員・利用者・家族の満足度調査を取り入れ、数値で成果を可視化することで改善に繋がるのではないのでしょうか。

②個別支援計画の策定・見直し時に、利用者本人の意向や生活上の変化を記録・反映する様式や運用の強化をおこない、支援内容が形式的なものにとどまらず、実際の生活状況や本人の希望に即した内容となるよう努めることが重要です。

具体的には、アセスメント時やサービス担当者会議での聞き取り事項に、生活の質（QOL）に関する視点や小さな変化にも着目した記入欄を設けることで、本人主体の計画立案が可能となります。また、見直しにあたっては、利用者の表情や日常会話からの変化も積極的に記録し、職員間での情報共有と方針統一が図られる仕組みの構築が求められます。

③地域連携・広報活動においては、実施件数や参加者数などの記録を蓄積し、対外的にも積極的に発信することで、信頼性と透明性を高めることが重要になります。これらの取り組みにより、すでに高い実践レベルにある運営体制がさらに強化され、利用者・家族・地域との信頼関係をより深めることが期待できます。

※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	2672700016
事業所名	デイサービスセンターやすらぎ
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
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12月17日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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. 理念・方針は事業所内に掲示され、ホームページにも明示されている。入職時には全職員へ「大樹会職員マナーブック」を配布し、理念の周知を徹底している。利用者・家族には契約時に重要事項説明書を通じて説明されている。また、理念・方針の見直しを毎年4月に実施している。 2. 経営企画室を設置し、外部情報の収集・共有体制が整備されている。職員の意見は施設長への直接の希望調査により反映される仕組みがあり、意見が伝えやすく、現場の声を把握しやすい環境が整っている。職務分掌は「職務内容一覧」で明確にされ、役割分担が明瞭である。さらに、キャプテン制度により日々のリーダー業務が円滑に行われている。		

(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. 事業計画は前年度の稼働率などの実績を基に単年度で策定されている。職員の意見は毎月の定例会議で収集され、月間目標や事業計画に反映されている。利用者アンケートは年1回実施しており、次回は令和7年3月に予定されている。利用者や家族には交流会を通じて事業計画の説明機会が設けられており、次回は令和7年度に実施予定である。 4. 毎月の定例会議で月間目標を設定し、それが事業計画にも反映されている。人事考課では、職員ごとの個別ヒアリングを通じて個人目標を設定し、年2回の見直しを行っている。		

(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、管理者は安全運転管理者講習会に参加し、安全意識の向上に努めている。法人内には情報管理室が設置され、法令や介護保険に関する最新情報がサイボウズを通じて随時更新・共有されている。情報はフォルダにリスト化され体系的に管理されており、システムの権限管理もサイボウズは事業所単位、ラクーダは個人単位で適切に設定されている。 6、ストレスチェックの結果はデータ化され、法人リーダー会議で共有されている。年2回の人事考課面談では職員の意見を丁寧に聞き取り、日常的な会話の中でも意見を集約している。「希望調査」では管理者に対する評価も記載され、内容に応じて総合施設長から適切なフィードバックが行われている。 7、管理者は日常的に基幹ソフトを活用して業務を管理している。緊急時の連絡体制は事故災害対応マニュアルに明記されており、迅速な対応が可能となっている。連絡手段としてLINEグループを活用し即時連絡に対応しているほか、法人本部からの連絡には専用の施設内メールを使用するなど、複数の手段を確保している。		

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。	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、期待する職員像はホームページに明示され、組織としての人材育成の方向性が示されている。令和7年度からは中堅職員向けの人事考課研修を開始し、将来の管理職候補となる職員が参加している。人材育成を目的とした体系的な取り組みが進められている。また、行動評価における7つの視点は全職員の意見を基に策定されており、現場の声を反映した評価基準として活用されている。 9、現在、人員体制は充足しており、看護師および柔道整復師を正社員として配置している。介護部門では「福祉即戦力講師派遣」に取り組み、現場経験と知識を持つ職員が講師として外部で講義を行っている。 10、事業所単独で年間研修計画を整備しており、その見直しは毎年3月に実施されている。階層別研修プログラムはキャリアパス一覧表に組み込まれており、職員の成長段階に応じた育成が図られている。さらに、定例会議では毎月テーマを設定して研修を実施している。 11、地域の看護科高校や福祉即戦力講習からの実習生を受け入れており、実習体制が整っている。実習受け入れにあたっては専用のマニュアルを整備しており、計画的かつ円滑な実施が可能となっている。個人情報の取り扱いについても明文化されており、実習生からは誓約書を取得するなど、適切な情報管理が徹底されている。		

(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、計画有休は全職員が全て消化しており、リフレッシュ休暇（連続3日）についても予定分を含めて100%消化されている。福利厚生面では、バレーボールやソフトボールなど法人内のクラブ活動があり、職員間の交流が図られている。業務効率化としてはインカムを導入し、情報共有の迅速化を実現している。加えて、ウォーターサーバーを設置するなど、職員の働きやすい環境づくりにも配慮されている。 13、ストレスチェックの結果は産業医に提供され、専門的な視点から職員のメンタルヘルスマネジメントが行われている。休憩場所として事務所や相談室を活用し、職員の休息環境も確保されている。ハラスメント対策としては、パワーハラスメント防止規定およびセクシャルハラスメント防止規定が整備されている。			
(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。	A	A
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、地域との連携として、広報誌「やすらぎだより」を年2回発行し、地域への情報発信を行っている。ボランティア受け入れについては広く告知しており、地域住民との関わりを促進している。施設内には舞鶴市発行の「社会資源一覧」を設置し、地域資源の活用にも努めている。さらに、訪問理美容やパン販売の受け入れを行うなど、地域とのつながりを日常的に築いている。 15、ボランティア受け入れに関しては、個人情報の取り扱いや責任の所在を明記したマニュアルが整備されており、受け入れ体制が明確化されている。活動前には車いすや公用車の使用方法について説明を行い、安全面にも配慮している。現在は歌のボランティアも来訪しており、利用者との交流を深める取り組みが実施されている。 16、舞鶴市通所連絡会主催の福祉フェスタに参加し、介護教室や体験会を実施するなど、地域貢献に積極的に取り組んでいる。また、地域の専門学校や認知症介護指導者講師派遣にも講師を派遣し、専門知識の普及を行っている。法人内別事業所では、地域住民向けに花火大会を開催しており、交流の機会を創出している。さらに、日常的な会話の中で特殊詐欺の注意喚起を行い、警察提供の啓発チラシも配布するなど、防犯意識の向上にも努めている。			

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、ホームページやパンフレットは、利用者にとって分かりやすい内容で整備されており、情報提供体制が整っている利用前の事前見学も受け入れている。重要事項説明書も整備されており、契約時に必要な情報を丁寧に提供する体制が整っている。				
(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、契約はすべて書面で行き交わされており、料金改定時には利用者または後見人に対して説明と同意を行う体制が確立されている。後見人がついていない利用者についても、適切な手続きを経て契約書を締結しており、法的な手続きを遵守した対応がなされている。				
(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、アセスメントはケアカルテの様式に基づいて聞き取りを実施し、ケアマネジャーから事前に得た情報もアセスメントシートに反映している。その内容を基に通所介護計画書を作成し、利用者の状況に応じた個別支援を行っている。退院などで状況が変化した場合には再アセスメントを実施し、計画の見直しを行っている。計画書は3か月に一度見直しを実施している。 20、サービス担当者会議には家族も参加しており、利用者本人だけでなく家族の意向も反映した支援体制が構築されている。利用開始後に希望内容が変更されることもあるが、その都度ケアカンファレンスや担当者会議で関係者間での情報共有と話し合いが行われている。 21、個別支援計画の策定にあたっては、サービス担当者会議や定例ケース会議を通じて、看護職や介護職など専門職の意見を聴取しており、多職種協働による計画立案が行われている。 22、計画の見直しは、要介護認定の更新時期ごとに定期的に行われているほか、利用者の心身状態に変化があった場合にも随時行われている。				
(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、利用者がかかっている医師をはじめとする関係機関とは、必要に応じて連携を図っており、支援体制が確保されている。特に地域の関係機関との連携にも注力しており、情報共有や対応の協力体制が構築されている。 24、他のサービスへの移行が必要となった場合には、関係機関や新たなサービス提供事業所に対して適切な情報提供が行われている。				

(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	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。	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、業務の標準的なマニュアルは、職員がいつでも確認できる位置に設置されており、実務に即した活用が可能となっている。また、内容の見直しは頻繁に行われており、業務の変化や法令改正に対応した更新が適切に実施されている。 26、契約書には介護計画書の開示に関する記載があり、利用者への情報提供が契約段階から明示されている。個人情報保護についても契約書に明記されており、基本方針および利用目的が整備されたうえで、利用者には説明を行い、同意書を取得している。また、「個人情報に関わる文書保管規程」も定められており、情報の適正な管理と保護体制が整備されている 27、朝の送迎時には送迎記録に加え、家族からの情報や利用者の特記事項を記入する専用資料を整備し、情報の聞き取りと記録が確実に行われている。また、日々の振り返りとして業務日誌に共有事項を記録しており、職員間での情報共有や連携が図られている。 28、家族との情報交換は、日々の送迎時に積極的に行われており、対面でのコミュニケーションの機会が確保されている。書面でのやり取りに加えて、電子システム「ケアカルテライブ」を導入し、リアルタイムでの情報共有も実現されている。さらに、サービス担当者会議には家族も参加しており、支援内容や利用者の状況についての共通理解が図られている。		
(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、感染症対策については、「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止の為の指針」に基づくマニュアルが整備されており、年2回の職員向け研修を実施している。清掃は専属職員が担当しており、衛生管理の徹底が図られている。さらに、ガウンテクニックやノロウイルス対策に関する訓練も定期的に行われており、実践的な対応力の維持に努めている。 30、臭気対策として、トイレにオゾン装置を設置し、消臭と衛生管理に努めている。加えて、施設内は常時換気を実施しており、空気環境の維持にも配慮されている。		

(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	A
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、事故防止対策として、「事故発生防止のための指針」が整備されており、事故の定義が明確に記載されている。また、「緊急時・事故発生時予防マニュアル」により、発生時の対応手順や指揮命令系統が明記されている。 32、事故が発生した際は、家族に対して都度報告を行っている。職員間では事故報告書を通じて情報共有がなされている。ヒヤリハット事例については、毎月の定例会議で原因分析と対策に関する研修を実施し、再発防止に取り組んでいる。加えて、時間帯や内容などのデータを法人全体で分析し、リーダー会議で報告・検討を行っている。 33、災害対策として、「デイサービスセンター災害時マニュアル」が整備されており、対応手順が明確化されている。訓練は法人全体で計画的に実施されており、組織的な防災体制が確立されている。安否確認については、職員はLINE、利用者には電話連絡を基本とし、必要に応じてケアマネジャーと連携した確認や直接訪問も行っている。また、災害時に備えた3日分の備蓄品も確保されている。 34、事業継続計画（BCP）については、自然災害発生時および感染症発生時の両面に対応した計画が整備されている。加えて、地域のハザードマップも活用しながら、非常時の対応体制や避難経路の確認などが行われている。		

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、高齢者の尊厳を重視する姿勢は理念・方針に明確に反映されており、塗り絵を自ら選べる環境を整えるなど、利用者の意思決定を尊重する支援が実践されている。人権に関する研修は個人面談の時間を活用して実施され、理解の深化に努めている。羞恥心やプライバシーへの配慮も徹底されており、排せつマニュアルへの明記や脱衣場へのカーテン設置、同性介助の原則など、具体的な取り組みが行われている。 36、郷エリア合同で「虐待防止委員会」が設置されており、広域的な体制で虐待防止に取り組んでいる。「高齢者虐待防止への取り組み」が文書として整備されており、組織としての方針が明確化されている。委員会の内容については、サイボウズを通じて職員へ周知されている。 37、羞恥心やプライバシーの尊重については、排せつや入浴など各業務に対応したマニュアルごとに具体的に明記されている。 38、利用の申し込みに対して原則としてお断りはしておらず、受け入れ体制が柔軟に整えられている。2025年9月には定員を35名に増加し、受け入れの拡充が図られている。利用者が同一法人内の他事業所へ移行した実績もあり、他事業所を勧める際にはケアマネジャーと連携し、公平・公正な対応が行われている。		

(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てている。	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。	B	A
(評価機関コメント)		39、利用者の意向を把握するために多様な仕組みが整えられており、意見箱の設置や利用者アンケートの実施に加え、ケアカルテライブを通じた意見収集も行っている。アンケートの回答方法はスマホ・紙・手紙から選択できるように配慮されている。また、デイフロア内（事務所入り口）には意見掲示コーナーが設けられている。 40、苦情対応については、法人として「相談苦情解決マニュアル」が整備されており、サービスの質の向上に向けた具体的な対応方針が明記されている。さらに、苦情解決の流れを視覚的に示したフローチャートも整備されている。 41、第三者による相談窓口が設置されており、その情報は重要事項説明書に明記されている。相談窓口の担当は、元介護相談員の経験を持つ第三者が担っており、中立的な立場からの対応が可能となっている。		

(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	A	A
(評価機関コメント)		42、年に一度、利用者アンケートを実施しており、サービスに対する満足度や意見を把握する仕組みが整っている。アンケート結果はホームページや事業所内に掲示するなど、広く情報公開を行っている。 43、サービスの質の向上に向けて、日々利用者から寄せられた意見を定例会議で取り上げ、検討する体制が整えられている。意見や対応内容はサイボウズやラクータを通じて法人本部の管理者に報告・共有されており、組織全体で情報を活用できる仕組みが構築されている。また、通所連絡会（現在79名参加）にも参加し、他事業所との意見交換が行われている。 44、マニュアルの運用状況については、年に1回の振り返りを実施しており、実際のサービス提供がマニュアル通りに行われているかを確認している。振り返りの結果は、マニュアルの見直しやサービスの実態に即した改善に活かされており、定例会議での検討を通じて継続的な質の向上が図られている。加えて、第三者評価も定期的に受診している。		