

アドバイス・レポート

令和7年10月20日

令和 年 月 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた在宅介護支援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12・13) 労働環境の整備 職員の有休消化及び時間外労働については事業所で把握しています。育児休業前後に聞き取りを行うなどワークライフバランスにも配慮しています。法人内では男性の育休取得ケースもあります。ストレス管理については毎年、ストレスチェックを実施し、高ストレスの職員に対し、産業医のカウンセリングを受けることができる仕組みがあります。年に3日連続休暇を取得する「リフレッシュ休暇」制度が整備されています。また、ICTやケアプランデータ連携システム(国のソフト・CSVファイル形式)を導入して業務負担の軽減を図っています。福利厚生については、京都府民間社会福祉施設共済会に加入しています。法人内に互助会組織もあり、行事などの参加率も高くチームワークの良さもうかがえます。 (通番14・16) 地域との交流 地域交流については「やすらぎの郷在宅地域交流委員会」を設置し、位置付けを明文化しています。ホームページや事業所掲示板で地域の情報を発信しています。介護イベント(大浦地域包括支援センター企画「知っ得! 介護の知恵袋」)において介護の相談窓口を開設(パンフレット配布。シルバーカー等福祉用具の展示)したり、「やすらぎの郷作品展」を実施し、「郷」全体で地域連携及び交流を図っています。地域ケア会議へ出席し、地域課題や地域の関係機関、地域住民との交流・連携を図っています。また、在宅の食を支える交流会(舞鶴市内栄養士の組織化)に講師として講演を行っています。 (通番27) 職員間の情報共有 介護ソフト「ケアカルテ」やサイボウズにて職員間の情報共有を図る仕組みを構築しています。申し送り事項は朝のミーティングにて行うとともに月1回の定例会議、週1回の支援会議を実施し職員間の情報共有等を行っています。会議録を回覧し、不参加の職員へも周知徹底しています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	(通番3) 事業計画等の策定 法人において「大樹会10ヶ年計画」「中期経営計画5年間の目標」が策定されており、これに基づき、単年度事業計画を作成しています。作成に当たっては人事考課の際に職員ヒヤリングを行い、必要に応じて事業計画にも反映されています。進捗確認については、上・下半期に行うとともに現場から吸い上げた個人、事業の課題を次年度の計画に反映させています。しかし、事業計画について利用者や家族等に説明周知する機会を設けることができていませんでした。 (通番22) 個別援助計画等の見直し 月1回モニタリングのため訪問を行い、聞き取った内容はケアプランに反映できるようにしています。また、ケアプランの見直しは定期的(半年に1回)及び必要に応じて行っています。しかし、計画を変更する基準等を明文化したものは確認できませんでした。 (通番44) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を3年に1回受診しています。しかし、定めた評価基準に基づいた自己評価の実施及び評価の結果を受けて課題を明確にして次年度の事業計画には反映する仕組みは確認できませんでした。

具体的なアドバイス

京都府舞鶴市に位置する社会福祉法人大樹会は、1982年12月に設立認可を受け、理念「一人一人の人生を大切に、健やかでやすらぎのある生活を送っていただくことを目指します」を掲げ、高齢者福祉をはじめ保育や障がい分野など、幅広くサービスを展開し市民ニーズに応えてきています。

その拠点の一つである在宅支援センターやすらぎは、特別養護老人ホームをはじめ、デイサービスやヘルパーステーション、地域包括支援センターが併設されており、全ての事業所が連携した状況に応じた切れ目のないチーム支援ができることが特徴の一つです。利用者の中には片道1時間の地域の方も利用されています。ケアプランの策定については、訪問や電話、メールを活用して利用者の思いを聞き取ることとあわせ、多職種連携を大切にして医療機関のほか利用されている事業所を訪問するなどして丁寧に思いを聞き取る工夫をしています。利用者のサービス利用にあたっては、市内の情報等をサービスごとにクリアファイルに整理して閲覧できるようにしたり、自らが選択をして決定できるようにデイサービスの体験利用や福祉用具のデモ等選択肢を提示できるようにしています。

また、地域交流については「やすらぎの郷在宅地域交流委員会」を設置し、位置付けを明文化して、介護イベント（大浦包括企画「知っ得！介護の知恵袋」）の際に介護の相談窓口を開設（パンフレット配布。シルバーカー等福祉用具の展示）するなど顔の見える関係づくりを重視しており、利用者や家族からの信頼も厚い事業所です。

運営面においては、法人として「きょうと福祉人材認育成認証上位認証」、はーとふる企業認証、ワークライフバランス認証企業、きょうと健康づくり実践企業等を取得されて働きやすい職場づくりにも努めています。研修体系やキャリアパス制度も構築され、資格取得支援や産休・育休取得支援などにも力を入れておられます。

当事業所においては、職員間のチームワークも良く、定例会議や支援者会議（週1回）では利用者のケース検討など非常に活発に議論が交わされています。ケアカルテ及びサイボウズで共有事項を確認する仕組みにして職員間の情報共有を行うとともに、研修・事例検討を定期的に行い、常に利用者へ寄り添った支援が行えるように努めています。

地域福祉の拠点として、今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。

※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	2672000016
事業所名	在宅介護支援センターやすらぎ
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)	訪問介護
訪問調査実施日	2025/1/30
評価機関名	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) 理念は明確化され、事業所玄関に掲示されている。ホームページにも掲載されている。職員日より(年1回発行)にて理念・基本方針を周知している。重要事項説明書にも理念を記載し、利用者への周知を図っている。 2) 法人内リーダー会議(課長以上)、郷の在宅部においては月1回の郷ミーティング及び支援センター定例会議を開催している。階層別に意思決定の会議が整備されている。「組織図」「職務権限規程」が整備されており、職種別の職務内容や権限が明確に定められており、法人内情報共有ツールで、誰もが確認できる仕組みがある。				
(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。	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) 法人において「大樹会10ヶ年計画」「中期経営計画5年間の目標」が策定されており、これに基づき、単年度事業計画を作成している。作成に当たっては人事考課の際に職員ヒヤリングを行い、必要に応じて事業計画に反映されている。進捗確認については、上・下半期に行うとともに現場から吸い上げた個人、事業の課題を次年度の計画に反映させている。しかし、事業計画について利用者や家族等に説明周知する機会を設けることができていない。 4) 法人として、事業計画を立案しており、これに基づき、「部門の事業計画」を策定している。計画については、支援会議で目標設定を行い、取り組んでいる。PDCAサイクルにて見直しの仕組みがある。				

(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、集団指導、定期的にWAMネットやケアマネドットコム等を確認している。年2回の研修(近畿老人・)へ参加している。法人本部より必要な情報についてネットワークシステムを通じて通達があり、つど職員に周知している。関係法令はネットワーク(サイボウズ)の中でリスト化されている。週1回の定例会議のはじめにトピックの時間を設け、職員への周知を図っている。虐待防止、身体拘束や個人情報保護については、法人研修を行っている。 6) 「組織図」「管理規定」「職務基準書」を整備しており、責任者等の責任を明確化している。年2回の職員面談を実施するとともに「職員希望調書」を職員に配布し、改善要望などの意見集約をするようにしている。「職場活性プログラム」を活用して、管理者への評価を図っている。管理者は主要な会議に参加している。 7) 管理者は、携帯電話を所持し常に連絡が取れる体制となっている。LINEグループ及び連絡網が作成されている。平時はソフト内の記録を確認、業務内容を把握している。不在時の権限移譲については、やすらぎの郷組織図に名前を明記している。BCPにも明記されている。		

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
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) 「7つの行動指針」がある。「行動指針7つ」と「行動基準7つのレベル」を連動させて、評価する仕組みがある。キャリアパスは職員が閲覧できるようになっている。DOCAPシートを用いた人事考課制度も行っている。 9) 採用は法人で行っており、若手を中心にチームを立ち上げてPR動画を作成する等積極的に取り組んでいる。法人の採用パンフレットや「社会福祉法人大樹会職員マナーブック」に法人が必要とする人材像について明記している。資格取得支援制度（勉強会開催、貸付制度、勤務上の配慮など）や資格取得時の祝い金など整備している。 10) 法人でキャリアパス制度に応じた階層別研修等の研修体系を整備しており、法人内共有ツールにて研修要綱を周知している。法人で受講歴を管理している。居宅部門で研修・事例検討会を体系的に行っている。OJTについては業務進捗確認表に基づき確認を行う仕組みがある。改めて中堅層の業務の悩み等を掘り起こし、研修の機会を作っている。「郷」全体での研修も行っている（主に法定研修）。外部研修にかかる情報提供も行っている。 11) 法人として「実習生受け入れマニュアル」を整備している。本部に実習生の宿泊施設を整備している。事業所としては受入にかかるプログラムのひとつとして受け入れをしている。ケアマネジャーの実習受け入れ予定がある。各事業所の指導担当者が集まり、実習日誌の取り扱いのルールを決めたり、実習の内容を一覧で共有している。		
(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) 職員の有休消化及び時間外労働については事業所で把握している。定期個別面談以外にも、様子を観察し管理者から声掛けし早めに対応している。例えば育児休業前後に聞き取りを行い、ワークライフバランスに配慮している。法人内では男性の育休取得ケースもある。年に3日連続休暇を取得する「リフレッシュ休暇」制度が整備されている。ICTやケアプランデータ連携システム(国のソフト・CSVファイル形式)を導入して業務負担の軽減を図っている。情報共有についてはサイボウズ、LINEグループを活用している。 13) 毎年、ストレスチェックを実施し、高ストレスの職員に対し、産業医のカウンセリングを受けることができる仕組みがある。「セクシャルハラスメントの防止に関する規定」「パワーハラスメントの防止に関する規定」が整備されており、ハラスメントの担当窓口を法人に設けている。京都府民間社会福祉施設共済会に加入している。互助会組織があり、行事など参加率も高い。休憩室が確保されている。		

(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。			
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) 地域交流については「やすらぎの郷在宅地域交流委員会」を設置し、位置付けを明文化している。ホームページや事業所掲示板で情報を発信している。介護イベント（大浦包括企画「知っ得！介護の知恵袋」）にて介護の相談窓口を開設（パンフレット配布。シルバーカー等福祉用具の展示）している。「やすらぎの郷作品展」を実施し、「郷」全体で地域連携及び交流を図っている。 15) 非該当 16) 「地域ケア会議」へ出席し、地域課題や地域の関係機関、地域住民との交流・連携を図っている。また、地域包括支援センターを通じて民生委員との交流の場に参加している。在宅の食を支える交流会（舞鶴市内栄養士の組織化）に講師として講演を行った。大浦地区の福祉イベントにも参加している。			

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
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) 法人のホームページやパンフレットで情報提供している。パンフレットにも記載している。行政発行の利用のてびきを常に最新版に更新して閲覧できるようにしている。電話等問合せは、随時対応し都度家庭訪問するなど対応している。地域包括センターと連携している。				
(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) 契約書、重要事項説明書を用いて適切な契約・説明が実施されている。料金表は別表とし、変更時は適宜差し替える等して説明している。地域包括支援センターと連携をし、必要に応じ成年後見人制度等を活用している。				

(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。	B	B
(評価機関コメント)		19) 業務マニュアルを整備して手順など定めている。介護ソフト「ケアカルテ」をのアセスメント様式を用いて、利用面談時等を通じて聞き取っている。主治医からは意見書を取り寄せるなど各種専門職とも連携して必要な情報を得ている。課題整理総括表にて課題を明確にしている。生活状況を見据え、定期的（半年に1回）及び必要に応じて再アセスメントを実施している。居宅介護支援業務マニュアル・運営指針に業務内容・手順を明記している。 20) アセスメントに基づいて個別計画を作成して、同意を得ている。利用者の及び家族の意向を確認するとともに短期目標、長期目標を明示している。サービス担当者会議は利用者宅で実施されることが多く、本人及び家族も参加して意向の確認を行っている。 21) サービス担当者会議を通じて医師や訪問看護、訪問リハビリ等からの情報を得ている。サービス担当者会議で得られた情報を個別援助計画書へ盛り込んでいる。 22) 月1回モニタリングのため訪問を行いケアプランに反映できるようにしている。ケアプランの見直しは定期的（半年に1回）及び必要に応じて行っている。しかし、計画を変更する基準を明文化したものがない。		

(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) 行政が発行する手引きや在宅療養マップを活用している。医療との連携は、FAXで情報照会を受けたり、入退院時には、カンファレンスに参加をするようにしている。地域包括支援センターは同一敷地内にあり、常に連携ができています。関係機関とは地域ケア会議等を通じて情報共有を行っている。（現在、地区毎の開催なし） 24) サービス移行時は、重要事項説明書・契約書にて基づき継続性に配慮した手続きを行っている。サービス終了時は、適切な相談機関への紹介を行っている。		

(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。	B	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) 支援センターやすらぎ業務マニュアルに業務内容・手順を明記している。プライバシー保護についても、訪問時の配慮（声の大きさなど）について明記している。実施方法の見直しについては更新の記録を確認した。今年度は満足度調査に加えてホームページブログにて「お問い合わせボタン」からの意見収集を試みた。 26) ケアカルテに日々の記録やケアプランに対する実施記録を行っている。訪問サービスや電話相談等の経過を記録し職員間で共有している。個人情報に関する基本方針及び個人情報に関する基本規則に記録の保管、保存、廃棄、持ち出し等を定めるとともに職員に周知している。開示請求について「個人情報にかかる開示申請時に関する規則」を整備している。虐待防止委員会において「プライバシー保護・個人情報保護」についての研修を実施した。 27) ケアカルテ、サイボウズにて職員間で共有、確認できる仕組みがある。申し送り事項は朝のミーティングにて共有している。定例会議、週1回の支援会議を実施し職員間の情報共有を行っている。会議録を回覧し、不参加の職員へも周知徹底している。 28) モニタリング等訪問の際に家族と話すようにしている。会えない家族には、電話やメールを活用して連絡をしている。遠方等の理由により面会が難しいご家族へは電話連絡し疎遠にならないよう配慮している。サービス担当者会議や利用者が利用されているサービス事業所を訪問するなど日常的な様子を聴くなどの工夫もしている。		

(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) 「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための対応マニュアル」及び「感染症発生時におけるBCP」、大樹会アラートを整備している。感染拡大防止対策について責任者と代行者を明確にし管理体制を確立している。法人において感染症・食中毒に関する研修の実施及び感染症対策委員会を定期的に開催している。マニュアルは定期的に更新を行っている。公用車内に対策グッズを整備。（防護服等） 30) 事務所内は整理整頓されている。空気清浄機を整備している。昼食時は換気に努めている。公共のスペースについては業務員として「清掃を担当する職員を採用している。（障害者雇用）。		

(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) 法人全体の介護事故防止・対応マニュアルと居宅独自の休日・緊急時受付対応マニュアルを整備している。緊急時の指示命令について、役割分担としてマニュアルに明記している。グループラインで連絡が取れる体制がある。24時間連絡がとれるように電話が転送されるようにしている。上級救急救命講習を受講している。 32) ヒヤリハットと事故の区別をなくし、ケア記録が転記できるようにした事故報告書にて報告し、定例会議等で検討及び情報共有している。インシデント・介護事故発生時フローチャートを整備している。 33) 「防災計画」及び「災害時のマニュアル」を整備している。施設全体で消防署との合同訓練を行っている。また、ハザードマップを確認し、土砂崩れを想定した避難訓練も行っている。福祉避難所となっている。原発事故に備えたシェルターがある。独居か同居か等の個別の生活状況を一覧表にし、把握している。 34) 自然災害発生時、感染症におけるBCPを策定している。近隣の系列施設とレベルによる対策を考えている。		

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。	B	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。	B	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) 利用者の尊厳保持については、法人の理念・基本方針に明記している。また、業務マニュアルの中に人権や意思を尊重したサービスを提供することが明記されている。意思決定支援ができるよう声掛けや対応を工夫している。人事考課で利用者の尊厳が守るケアができているかをチェックしている。 36) 虐待防止委員会を設置するとともに虐待防止マニュアルを整備している。高齢者虐待について勉強会をしている。法人全体の身体拘束禁止の規程がある。不適切な事案が生じた際の施設独自の対応フローチャートも作成している。 37) プライバシー等の保護については業務マニュアルに記載している。日常的には訪問時の配慮や来訪時は相談室を利用する等配慮している。 38) 今までに断ったケースはないが、受入れ定員がいっぱいになれば、圏域地域包括支援センターや他事業所の紹介をするようにしている。また、利用者のサービス利用にあたっては、自ら決定できるようにデイサービスの体験利用や福祉用具のデモ等選択肢を提示できるようにしている。		

(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っている。	B	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)		39) 意見箱を設置している。ケアプラン作成にあたり、個別に利用者に意見を聞き、それを集約する仕組みがある。利用者アンケートを年1回実施している。担当者名刺にメールアドレスを記載する等意見を言いやすいよう工夫をしている。 40) 重要事項説明書に苦情窓口の設置（苦情解決担当者や第三者委員）を記載している。福祉サービスに対する苦情解決システム運営規程に苦情解決フローチャートも定め、緊急性の判断をできるようにしている。内容等は定例会議で共有している。業務マニュアルにも記載されている。利用者からの意見や苦情等を公開するしくみがある。（個人が特定されてしまうケースは公開できていない。） 41) 重要事項説明書に第三者の相談窓口として第三者委員及び運営適正化委員会や行政の連絡先も記載している。フローチャートも定めている。		

(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	B	B
(評価機関コメント)		42) 年一回利用者アンケートを実施しており、アンケートの分析は定例会議で検討を行っている。今年度は紙ベースでなく、ホームページで呼びかけている。必要に応じ対応をしているが、調査前と調査後においてどのように改善されたかを確認する仕組みがなかった。 43) 毎月リーダー会議を行っている。サイボウズ、らく一だで議事録を全職員に公開している。研修を企画した時は、同一法人内の施設ケアマネにも声をかけるようにしている。ケアマネ協議会に入会し他事業所の情報を得ている。 44) 第三者評価を3年に1回受診している。しかし、評価基準に基づいた自己評価の実施及び評価の結果を受けて課題を明確にして次年度の事業計画には反映する仕組みがない。		