

## アドバイス・レポート

2026年5月1日

令和7年6月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ヘルパーステーション長生園 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><b>(通番19~22) 個別状況に応じた計画策定</b> 独自様式によるアセスメントを活用し、6か月ごとや状態変化時にモニタリングを実施しています。サービス担当者会議には利用者本人や家族、ケアマネジャー、ヘルパー等が参加し、必要に応じて福祉用具や訪問リハビリ職員とも連携を図っています。また、医療・リハビリ情報をケアマネジャーから収集し、ケアプランと個別援助計画を連動させながら支援を行っています。利用者・家族の思いを丁寧に把握し、多職種連携を通じて個別性を重視した支援が実践されています。</p> <p><b>(通番27) 職員間の情報共有</b> 日々の支援内容は介護ソフトを活用して記録され、必要な情報を職員が閲覧・共有できる体制となっています。また、定期的なヘルパー会議や連絡ノートを活用により、支援上の留意点や利用者状況の共有が図られています。さらに、居室部門と同室で業務を行うことで日常的な情報交換がしやすい環境となっており、Teamsを活用して法人全体の動きもリアルタイムで共有しています。ICTを活用しながら、職員間および法人全体で円滑な連携体制の構築に取り組んでいます。</p> <p><b>(通番31~34) 危機管理</b> 緊急時対応マニュアルや非常災害対策マニュアル、BCPを整備し、年間研修計画に基づいた研修や避難訓練、救急救命訓練を実施しています。また、緊急連絡網を整備し、迅速な対応が可能な体制を構築しています。事故やヒヤリハットについては、事故防止委員会や管理職会議で毎月集計・検討を行い、再発防止に取り組んでいます。さらに、福祉避難所として地域と連携する体制や備蓄整備も行われています。平常時から災害・感染症・事故対応を組織的に進め、実践的な危機管理体制の構築に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>(通番3) 事業計画等の策定</b> ヘルパー事業では、中長期・単年度事業計画を年1回見直しており、ヘルパー会議に管理職も参加することで、現場の意見を反映した運営が行われています。また、職員向けには定期的な計画の見直しを実施し、内部の管理体制整備にも努めています。一方で、法人全体としての中長期計画は策定されておらず、将来的な方向性の共有には課題がみられます。また、利用者・家族への周知は掲示やホームページが中心となっており、今後は直接説明の機会を設けるなど、より丁寧な情報共有の工夫が期待されます。</p> <p><b>(通番26) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> ケース記録については、介護ソフトを活用して業務日報を作成し、援助目標を意識した内容で記録しています。また、記録の保管・保存・廃棄や私有禁止に関する規定を整備し、個人情報保護についても新人研修を通じて周知を行っています。記録管理や情報管理に対する意識づけが図られている一方で、利用者等からの情報開示請求に関する手順や規定は整備されていません。今後は、開示請求への対応方法を明文化することで、利用者・家族への説明責任や透明性をより高めていくことが望まれます。</p> <p><b>(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</b> 苦情対応等マニュアルを整備し、受付シートを活用して職員間で情報共有を行う体制を整えています。利用者や家族からの意見・要望については個別に丁寧な対応を行い、相談しやすい環境づくりに努めています。一方で、苦情件数が少ないこともあり、苦情内容や改善結果を公表する仕組みは整備されていません。今後は、個人情報に配慮しながら事例や改善内容を分かりやすく発信することで、サービスの透明性向上や利用者・家族の安心感につなげていくことが期待されます。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人長生園は、南丹市園部町を拠点に、特別養護老人ホームをはじめ、多様な高齢者福祉サービスを展開する法人であり、地域における在宅支援と施設支援を一体的に担う総合的な福祉拠点としての役割を果たしています。利用者やご家族が安心して過ごせるよう、看取りまでを見据えた包括的な支援が行われており、信頼と安心につながっています。

「和み、尊厳、安心」という法人理念は、時代や制度が変化する中であっても職員一人ひとりにしっかりと根付いており、すべての利用者が穏やかに、そして尊厳をもって安心して暮らせる環境づくりに尽力されています。

その拠点の一つであるヘルパーステーション長生園は、平成12年に開設された訪問介護事業所であり、法人本体と同一敷地内に位置することで、他事業所との連携を前提とした運営がなされています。利用者の多くはケアハウス利用者であり、訪問介護計画に基づき、サービスを適切に組み合わせた支援が提供されています。利用者の生活歴や生活様式を尊重し、日常生活の継続性を損なわないよう配慮された支援が実践されている点は評価できます。

運営面においては、少人数体制でありながら、標準化された業務運営と法人のスケールメリットを背景に、安定した支援が提供されている点に強みがある事業所と言えます。職員間の関係性は風通しがよく、永年勤務されている職員もいらっしゃるから、働きやすい職場環境が整っていることがうかがえます。情報共有についても、記録や連絡体制を通じて職員間での共有が密に図られており、継続的かつ安定したサービス提供につながっています。また、訪問後の記録や振り返り、自己評価の実施などを通じて、支援内容の見直しと改善が図られている点も特徴です。

法人のスケールメリットを背景に安定した運営と職員間の良好な連携を実現している点は高く評価できる一方で、少人数体制は連携のしやすさというメリットがある反面、心理的負担が個々の職員に集中しやすい構造でもあります。特に、訪問介護は単独対応が基本であるため、判断に迷う場面やクレーム対応時における心理的不安が残りやすく、組織としてのバックアップ体制の明確化が課題といえます。また、固定的な人員配置となっているため、緊急時や欠員時に柔軟に対応できる「フリーの人材配置」が十分とはいえず、結果として特定職員への負担集中が見られる可能性があります。今後は「現場の安定運営」から一歩進み、「持続可能な事業所経営」へと視点を引き上げていくことが重要です。

※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	2671500102
事業所名	ヘルパーステーション長生園
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
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7年11月20日
評価機関名	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・方針は広報誌（瓦版）や館内掲示（施設入口に掲示）を通じて周知されている。毎朝9時から会議室で各部署の代表者が参加するミーティングを実施している。ミーティングでは法人の理念・方針の唱和を行い、職員全体への意識付けを図っている。利用者・家族には広報紙の配布、契約時にも説明を行っている。 2) 理事会は年3回開催しており、議事録は全スタッフが閲覧できるようフロアに配布している。管理職会議・主管会議で決定したことをヘルパー会議（月1回）で理事会の内容を共有している。パソコンのシステムを活用し、議事録や周知文書などを誰でも確認できる環境を整備している。組織図、職務分掌が明文化・整備されている。		

### (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。	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) ヘルパー事業について中長期・単年度事業計画は年1回見直しを行っている。ヘルパー会議に管理職が参加し、現場の意見が反映された計画になっている。職員向けには計画の見直しが定期的に行われ、内部では一定の管理体制が整っている。しかし、法人としての中長期計画は策定されていない。また、家族や利用者への周知として施設内の掲示・ホームページでの掲示はされているが、直接的な説明は実施されていないのが現状である。 4) 目標は事業計画に記載し、チェック票による達成状況（自己評価シート）の確認を定期的に行っている。単年度の目標設定においては、具体的実施内容や数値化することが望ましい。		

### (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	B
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) 法人規定・規則をとりまとめ全職員にファイルを配布している。関係法令のリスト化・周知については、実施できていない。(法人で整備しておくことを薦める。) 6) 管理者の職務等については、組織図・職務分掌に明記している。管理職による職員面談は定期的に行っている。しかし、職員から運営管理者の評価はされていない。(職場活性化アンケートを活用することを薦める。) 7) 平時の業務の把握は業務日誌で確認している。緊急時には非常連絡網リストで迅速に連絡が取れる体制が整備されている。緊急時の対応マニュアル、ケア記録も常時確認可能な状態にある。対応マニュアルには、緊急時の連絡内容や管理者・家族への報告手順が明記されており、職員が適切に対応できるよう配慮されている。BCPも策定されており、指示命令系統も明記している。		

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。	B	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) 期待する職員像は行動規範として館内に掲示し、全職員に周知している。人事考課規定、人事考課を年2回実施している。キャリアパス制度は法人が定め、研修等が実施されている。 9) 法人として人材確保の活動をチームを作り、就職フェアへの参加や専門学校・ハローワークに積極的に出向くなど採用活動を行っている。法人として看護学生の実習の受け入れを行っている。資格取得の支援制度あり、研修員会も設置されている。人材確保の広報は、口コミを中心に行っている。(ホームページ、SNSによる広報活動を進めている) 10) 研修委員会を設置し、年間研修計画を策定している。外部研修としては参加しにくい状況があり、動画視聴できる体制をとっている。勉強会としては、動画等で学んだことを意見交換をする時間をとっている。個別の目標設定をされている。 11) 法人として実習受け入れマニュアルが整備されている。また、実習指導者には研修を実施している。法人では看護学生の実習生の見受けれている。		

<b>(2) 労働環境の整備</b>				
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、職員が充分に休むことができ、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) タッチオンタイムを活用して勤怠・有給のデータ管理をされている。ワークライフバランスを考慮し、職員の働きやすい環境の整備に努めている。管理者による面談を年に1~2回行っている。職員の負担軽減につながるための取り組みとしてチームスの活用、介護ソフトの導入等を行っている。 13) メンタルヘルスについては衛生委員会を設置して、ストレスチェックを半年に1度行っている。協力医療機関の委員長が産業医として関わり、職員の健康管理に寄与している。職場の風通しを良くする取り組みとして、弁護士に依頼し全職員対象のアンケートを実施した。ハラスメント対策としては、セクシャルハラスメントおよびパワーハラスメントの防止規定を整備し、内部通報規定にも関連内容を盛り込んでいく。福利厚生として民間社会福祉施設共済会に加入するとともに互助会を組織して親睦旅行や食事会等を実施している。また、休憩室は職員がくつろげる環境として整備され、働きやすい職場づくりが推進されている。		

<b>(3) 地域との交流</b>				
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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		14) 事業計画に「地域福祉の推進」が明記されており、地域との関わりを重視した運営が行われている。地域にはホームページで情報を公表している。地域連絡協議会、入所検討委員会、福祉事業の策定委員会などに参加している。活用できる社会資源や地域の情報を収集して事業所に掲示したり、チラシを置いている。 15) 非該当 16) 法人として福祉体験教室、職場体験の受け入れ、中学校へ出向き講演、福祉避難所としての機能、さわやかボランティアロード(地域のごみ拾い)の活動を行っている。		

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

<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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を整備し、内容も適宜見直しが行われている。行政、居宅介護支援事業所にパンフレットを配布している。ホームページはブログの活用や写真を多用し見やすくわかりやすいように工夫をしている。問い合わせには随時、対応できるようにしている。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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・重要事項説明書は整備されており、利用者や関係者から適切に同意を得ている。利用者がわかりやすいように料金表を抜粋して説明をしている。後見人がついている利用者については、後見人が契約内容に同意しており、法的手続きも適切に行われている。判断能力に支障がある場合等はケアマネージャーと連携して対応している。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>19) アセスメント様式は独自様式を使用している。サービス担当者会議に参加し、情報を得ている。医療情報についてはケアマネジャーから情報を収集している。アセスメントは6か月に1度実施している。</p> <p>20) 本人・家族の思いをカンファレンス時に聞き取り、利用者の状況やニーズを的確に把握し、個別性に配慮した個別援助計画の策定につなげている。サービス担当者会議には利用者本人・ケアマネジャー・ヘルパー・ケアハウスの職員が参加している（必要に応じ、福祉用具、訪問リハビリも参加している）。</p> <p>21) ケアマネジャーを通じて、医療・リハビリテーションの情報を収集するとともにサービス担当者会議に参加し、ケアプランと個別援助計画と連動させている。</p> <p>22) モニタリングも半年に1回または状態変化が起きた時随時実施をし、必要に応じて個別援助計画の見直しをしている。サービス提供業務手順に記載されている。</p>		
(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	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	B
(評価機関コメント)		<p>23) 医師との連携はケアハウス職員、ケアマネジャーを通じて情報収集している。入退院時についてもケアハウスが対応するため、利用者の状態把握に努めている。法人内で関係機関一覧表は整備され、共有している。</p> <p>24) サービス終了時以外はケアハウス職員が対応を行っている。特養やグループホームに移行する場合の、移行に関する具体的な手順は現時点で明文化されていない。</p>		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>25) 運営マニュアルに利用者の人格の尊重が明記されており、プライバシーについてはプライバシー保護マニュアルを整備している。サービス提供手順を定め、マニュアルの見直しを毎年行っている。利用者満足度調査も行い反映するようにしている。</p> <p>26) ケース記録は、介護ソフトを活用して業務日報を記載している。記録内容は援助目標を意識した記載がされている。記録の保管・保存・廃棄・私有禁止にかかる規定は整備されている。個人情報保護については、入社時の新人研修で周知されている。しかし、開示請求にかかる定めがない。</p> <p>27) 日々の支援内容は介護ソフトを活用して記録され、閲覧できるようになっている。ヘルパー会議が定期的開催されるとともに、連絡ノートを活用している。居室と一緒の部屋のため、職員間の情報共有が密に図られている。また、チームスを活用することで法人全体の動きもリアルタイムで共有されており、組織全体での連携体制が整っている。</p> <p>28) コロナ以降、家族との交流の機会は少ないが面会時に実施しており、災害発生時や感染対策が必要な際には、ケアマネージャーを通じて個別に連絡を行っている。一方で、日常の状況やモニタリング結果を定期的に家族へ伝えることは不十分と認識している。</p>		
(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)		<p>29) 感染症対策委員会を設置するとともに感染症対策マニュアルを整備し、各職員の責任と役割を明記している。年間研修計画に基づき、感染症対策研修（動画）に参加し、レポート報告および部署間で共有している。二次感染を防ぐためのガウンテクニックなどを学んでいる。</p> <p>30) 事業所内の清掃は職員が毎日行っており、整理整頓が行き届いており、清潔な環境が保たれている。清掃業務はシルバー人材センターから専属スタッフを直接雇用して対応しており、安定した体制が確立されている。さらに、オゾン脱臭装置を設置することで臭気対策も講じられており、利用者にとって快適な生活環境が維持されている。</p>		

(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)		<p>31) 事故発生時の対応については緊急時対応マニュアルを整備して、年間研修計画に基づき、定期的に研修を実施している。救急救命訓練も受けている。指揮命令系統図として緊急連絡網を作成して、緊急時の迅速な対応が可能な体制が構築されている。</p> <p>32) ケアハウスにおけるヒヤリ等は支援の際に気づいた場合、ケアハウス職員に報告しケアハウス職員が記載して情報共有を行っている。事故報告書は事故の発生の都度作成され、対策内容や保険者・行政への報告書類と併せて適切に保管されている。法人として事故防止委員会が設置されており、検討と報告の場として機能している。事故およびヒヤリハットの事例は毎月集計され、管理職会で報告・検討が行われている。</p> <p>33) 災害発生時の対応として「非常災害対策マニュアル」「土砂災害避難マニュアル」「消防計画」を整備して、年間研修計画に基づいて職員向けの研修および災害訓練を実施している。避難訓練は2回実施している。施設は福祉避難所として地域に開放される体制があり、地域との協力体制についてもマニュアル内に明記されている。法人として備蓄等も整備している。</p> <p>34) BCP（業務継続計画）は自然災害発生時と感染症発生時の両方に対応して整備している。様々な想定をした実践的なマニュアルとなっている。法人全体で訓練を行っている。</p>		

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	B
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)		<p>35) 理念、運営規定、運営マニュアルに利用者の人格の尊重の明記があり、人権等にかかる研修も行っている。しかし、日常の業務の振り返りをする仕組みがなかった。※虐待の芽チェックリストを活用してはどうか。</p> <p>36) 高齢者虐待防止の基本、身体拘束廃止マニュアルを整備している。虐待防止委員会（身体拘束禁止含む）を設置している。虐待防止に関する研修は、動画を活用して参加しやすいようにしており、職員の意識向上と知識の定着を図っている。</p> <p>37) プライバシー保護マニュアルを整備して支援を行っている。「介護現場で気を付けたいプライバシー保護」というテーマで研修を行っている。</p> <p>38) 原則断らない。人数的に限られているため、受けれない場合の想定は、外部のヘルパーを利用を考えているが今のところはない。公平かつ客観的な入所決定が実施されている。支援が困難なケースについては、ケアマネージャーを通じて連携している。</p>		

(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。	B	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	B
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) 利用者の意向を広く拾い上げる取り組みとして満足度調査を行っている。また、月1回、サービス管理責任者が訪問して意見を聞いている。意見箱を設置して対応できるようにしている。 40) 苦情対応等マニュアルを整備しているがほとんどない。受付シートが整備されており、職員間で情報を共有する体制が取られている。苦情や利用者・家族からの意見に対しては個別に対応しているが、苦情内容を公開する仕組みがない。 41) 苦情・相談対応として第三者相談窓口が設けられており、利用者や家族が安心して相談できる体制が整備されている。重要事項説明書には相談窓口の連絡先が明記されており、入所時に説明が行われている。さらに、介護相談員の定期的な訪問もあり、中立的な立場からの意見聴取や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っている	B	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) 満足度調査を年1回行われている。ヘルパー会議で分析・対応を行っている。利用者からの個別相談や意見については、職員間で共有され、必要に応じて改善に向けた対応が講じられている。 43) サービスの質の向上を目的に、ヘルパー会議で具体的な検討が行われている。利用者の快適性やケアの効率性、現場の意見を反映した改善が進められている。コロナ渦前は市ヘルパー事業所会議など事業所交流を行っていた。現在は、人材センターや個別の事業所とのやりとりがある。 44) 自己評価は自己評価表に基づいて行っている。第三者評価は定期的に受審しており、外部の客観的な視点による評価を通じてサービスの質の把握と改善に努めている。		