

アドバイス・レポート

2026年4月14日

令和7年7月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ホームヘルプセンターぽっぽ 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>通番16 地域への貢献 地域の集会場へ職員を派遣し、介護予防の体操指導や職員紹介を行うことで、住民の健康維持に寄与するとともに、事業所を身近に感じてもらう機会を創出しています。非常災害訓練は地域住民と合同で実施しており、消防署の協力を得て避難所体験を行うなど、実践的な防災体制を構築しています。施設の開放や機関誌の発行を通じ、地域住民が日常的に出入りできる環境を整えている点は、他施設にはない大きな強みです。地域社会の一員として、専門性を活かした貢献と顔の見える関係づくりを積極的に推進されています。</p> <p>通番39 意見・要望・苦情の受付 苦情への対応として、令和7年度上半期に発生した5件の事案をすべて適切に記録し、組織的に管理しています。令和6年度には利用者・家族を対象としたサービス満足度アンケートを実施し、その結果をホームページで公表するなど、透明性の高い運営を行っています。年2回のサービス担当者会議には本人や家族が直接参加し、意見を述べる場として機能しており、意向把握の仕組みが定着しています。管理者のリーダーシップにより、職員が意見を出しやすい風通しの良い職場環境が醸成されています。賞与等の待遇面も整備されており、これらの実績や良好な就業環境を強みとして周知することで、さらなる人材確保への活用が期待されます。</p> <p>通番42 利用者満足度の向上の取組み 法人全体で「CS向上委員会」を設置し、組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる点は特筆に値します。委員会には各事業所から多数の職員が参加し、役割ごとの係や2か月ごとの部会を通じて、具体的かつ継続的な検討が行われています。サービス満足度アンケートの結果に対し、意見への回答や方針を付してホームページで公表する姿勢は、透明性の確保と信頼向上に寄与しています。また、同委員会が自己点検機能も担い、サービス提供責任者の評価を通じて運営基準の遵守状況を確認するなど、自律的な改善体制を構築している事実は高く評価されます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>通番8 総合的な人事管理 人材育成計画を整備し、求める人材像を明記している。人事に関する規定として「人事評価制度運用要綱」を策定しており、組織的な評価体制を整えている。評価の実施については、係長とサービス提供責任者が登録ヘルパーに対して年2回行い、正社員以上に対しては管理者が年3回の面談を伴う評価を実施している。あわせてキャリアパスも整備されており、職員の経歴に応じた道筋が示されている。人事考課制度は未導入である。</p> <p>通番25 業務マニュアルの作成 「業務介助マニュアル」を整備し、入浴や排せつ等の支援内容別に手順を明確化しているほか、サービス提供責任者の実務についても標準化を図り、安全なサービス提供に努めています。一方で、これらマニュアルの見直しに関しては、現時点で明確な時期や基準が設けられていません。</p>

具体的なアドバイス

一般財団法人宇治市福祉サービス公社は、平成9年の設立当初より、訪問介護サービスを担ってきた歴史があります。現在は市から指定管理を受け、地域福祉の向上を目的とした多様な在宅保健福祉サービスを提供しています。運営面では、平成30年度に事業所の再編を行い、効率的な体制を構築しました。現在は、常勤4名、非常勤2名のサービス提供責任者が配置され、約60名の登録ヘルパーとともに200名の利用者を支えています。人材確保の難しさはあるものの、日々の緻密なシフト調整をサービスの要と捉え、組織的に対応しています。

また、訪問介護が経営の主軸を担う一方で、地域に開放されたカフェの運営や、地域団体への部屋の提供など、宇治市の施設を活かした地域交流の拠点としての役割も果たしています。公社運営の強みを活かし、多職種や地域団体と連携しながら、要支援者向け事業を含めた包括的な支援体制の維持・向上に努めています。

以下に、具体的なアドバイスとして記載させていただきます。

職員育成の枠組みをより強固なものとするため、客観的な基準に基づいた人事考課制度の導入を検討してください。現在は管理者が評価を担う一方、管理者自身を評価する仕組みが未確立であるため、多角的な視点を取り入れた考課の仕組みを設けることで、組織全体の納得感を高める余地があります。自治体が推進する認証制度や「組織活性化プログラム」等の外部指標を積極的に活用し、職員の意欲向上と組織の活性化に繋げることが期待されます。

また、各種マニュアルについては、常に現場の実態に即した内容を維持できるよう、定期的な見直し時期や改訂の基準を明確に定めてください。日々の現場で生じる気づきやヒヤリハット事例を組織的に吸い上げ、マニュアルへ反映させる改善サイクルを構築することで、より実効性の高い安全管理体制へと深化させていくことが望まれます。

※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	2671200240
事業所名	ホームヘルプセンターぽっぽ
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)	居宅介護支援・通所介護
訪問調査実施日	令和7年11月18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、理念はホームページやパンフレットに明記されている。事業所は自立支援を理解してもらえるサービス提供を心掛け、地域へ説明できるよう日頃から準備を進めている。保険外サービスは行わず、保険内サービスの意義を適切に伝えるためにサービス提供責任者の役割を重視している。事業所ごとに方針を定め、サービス提供責任者が内容を深く理解した上で職員へ周知している。利用者や家族には契約時に説明を行い、ホームページや広報誌でも周知を図っている。いかに伝えるかを職員間で話し合い、直接の対話を通して伝えることを心掛け、その内容は記録に留めている。 2、理事会は年に5回開催されている。理事には社会福祉協議会の職員や民生委員が参画し、虐待や身体拘束防止の研修等を実施している。また、職員を派遣する出前研修を行い、地域の課題等の意見を聴取する機会を設けている。こうした活動は、サービスの提供に繋がるケースもあり、地域への周知を重視している。職員の意見は「係り会議」を通じて「センター長会議」に吸い上げられ、事務局長と直接意見交換ができる体制を構築している。組織運営においては事務分掌を策定し、役割を明確化している。		

(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、中長期計画は「中期経営戦略」として5か年計画で整備され、それをふまえ単年度計画も策定されている。「中期経営戦略」の策定にあたっては、「センター長会議」で職員からの意見を聴取し、内容に反映させている。職員への周知は「係り会議」を通じて行われている。また、利用者や家族に対しては、ホームページに単年度計画を掲載することで広く周知を図っている。事業所の将来像や年度ごとの目標を明確にし、職員間の参画意識を高めるとともに、外部への情報公開を適切に実施している。 4、「センター長会議」において職員から出された意見を課題として集約し、事業計画に反映させている。策定された計画は「係り会議」を通じて職員へ周知されている。登録ヘルパーに対しては、ヘルパー会議と研修を兼ねた場を設け、情報の周知を徹底している。部署ごとにキャッチフレーズを定め、年に1回見直しを実施している。また、「係り会議」でキャッチフレーズの浸透度や計画の進捗状況を確認し、事故報告書の内容も参考にしながら、PDCAサイクルを回す仕組みを構築している。		

(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。	B	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)		<p>5、福祉人材センターの研修等を受講し、法令等の改定内容があれば業務の参考にしている。法令や最新情報のリスト化については、紙媒体でファイリングを行い事務所内に設置している。更新された情報はEメールを用いて速やかに職員へ周知している。また、パソコン内の共有フォルダに必要なデータを格納し、職員がいつでも閲覧できる環境を整えている。</p> <p>6、事務分掌により各職位の役割を明記している。管理者は「センター長会議」より上位の会議に参画し、現場の課題を組織全体で共有する体制を整えている。職員に対しては年に3回の面談を実施し、意見を汲み取る仕組みを構築している。登録ヘルパーに対しても、サービス提供責任者が年に2回の面談を行っている。職場環境の維持に向けては、ハラスメントに関するアンケートを全職員対象に年1回実施している。</p> <p>7、毎日の朝夕にミーティングを実施し、日常的な情報の把握と職員間への周知を徹底している。非常時の連携体制については緊急連絡網を整備し、事務所内への掲示により即応性を高めている。法人から全職員に携帯電話を支給し、携帯所持手当を支給することで責任ある連絡体制を構築している。9時から17時以外の時間帯においても、ヘルパーからの連絡が直接携帯電話に入る仕組みを整えており、緊急時や救急対応を要する事態に24時間体制で備えている。</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

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	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>8、人材育成計画を整備し、求める人材像を明記している。人事に関する規定として「人事評価制度運用要綱」を策定しており、組織的な評価体制を整えている。評価の実施については、係長とサービス提供責任者が登録ヘルパーに対して年2回行い、正社員以上に対しては管理者が年3回の面談を伴う評価を実施している。あわせてキャリアパスも整備されており、職員の経歴に応じた道筋が示されている。人事考課制度は未導入である。</p> <p>9、サービス提供責任者は現在1名欠員の状態にあるが、人材紹介会社やハローワーク等と連携し、継続的な求人活動を展開している。人材確保に向けた多角的な取り組みとして、デイサービスにおいては外国人採用を実施している。</p> <p>10、令和7年度研修計画が整備され、毎年見直しを実施している。外部研修については、職員が自ら希望する研修を選択できる体制を整え、費用は法人が負担している。資格取得の支援制度として、希望者向けに国家資格の受験対策を行うなど、職員の専門性向上を後押ししている。利用者からの「サンクスレポート」を良い事例として職員間で報告・共有する仕組みを構築している。月1回開催の全体会議は利用者の現状を伝えるとともに、職員の気づきや学びの場となっている。日常的な情報共有にはEメールも活用し、円滑な連携を図っている。</p> <p>11、法人が実施する初任者研修の実習受け入れを積極的に行っている。「社会福祉士実習受け入れマニュアル」を整備し、守秘義務についても明確に規定している。実習にあたっては実習予定表を作成し、一日の流れを体系化することで、実習生が円滑に学べる環境を整えている。法人内には実習指導者が配置されており、指導者研修にも参加している。</p>		

(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)		<p>12、年間休日は120日確保されており、年間の休日は適正に維持されている。休憩室が整備されているほか、面談時にはプライバシーに配慮した場所を使用するなど、職員の就業環境を整えている。育児休業からの復帰率は100%であり、家庭と仕事の両立を支援する風土がある。業務面では、スライディングボードの導入により職員の身体的負担軽減を図り、介護記録には基幹ソフトを導入して効率化を推進している。職員間の報告・連絡・相談にはEメールを活用し、円滑な情報共有に努めている。</p> <p>13、理事の一員である精神科医が産業医を務め、定期的に連携を図る体制を構築している。職員の健康管理として年1回のストレスチェックを実施し、かかりつけ医と産業医が連携できる体制を整えている。メンタルヘルス不調者に対しては、復帰プログラムを作成してきめ細やかに対応している。職場環境の適正化に向けては、ハラスメント規程を整備するとともに「ハラスメント対応マニュアル」を策定している。</p>		

(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。	(非該当)	
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)		<p>14、年に2回開催される「管理運営会議」には地域の福祉委員が参加しており、行事計画や事業報告を行うことで地域との連携を図っている。地域の3つの町会に加入しており、広報誌やチラシの配布を通じて積極的な情報発信に努めている。また、地域のイベントに会場を提供するなど、社会資源としての役割を果たしている。</p> <p>15、(非該当)</p> <p>16、地域に向けた取り組みとして、地域の集会場へ職員を派遣し、介護予防の体操指導や職員紹介を行っている。これにより、住民の健康維持に寄与するとともに、事業所を身近に感じてもらう機会としている。非常災害訓練は地域住民と合同で実施しており、消防署の協力を得て避難所体験を行っている。</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
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、情報発信の媒体として、ホームページや広報誌、機関紙「ぽっぽ」を活用している。機関紙「ぽっぽ」は年に2回発行されており、複数ページにわたる冊子形式で充実した情報を届けている。また、SNSによる発信も積極的に行い、研修の内容などを紹介している。施設見学についても柔軟に受け入れており、一般の見学のみならず、求職を希望する職員の見学が実際の採用に繋がるケースもある。		
(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、利用料金については、ホームページへの掲載に加え、重要事項説明書にも明記している。料金表は別紙として分かりやすく作り替え、利用者や家族へ丁寧に説明を行う工夫を凝らしている。保険外サービスについては、自主事業としてその内容や料金体系を明確に文書化している。契約手続きにあたっては、適切な同意取得を徹底している。成年後見人が選任されている場合には別枠の署名欄を設けて同意を得ている。		
(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、アセスメントシートは独自の様式を策定し、活用している。作成にあたっては主治医からの意見書の内容を反映させているほか、本人および家族の意向を記載する欄を設け、個別のニーズを確実に記録している。アセスメントは半年に1回の頻度で定期的実施している。また、利用者の状態に大きな変化が生じた場合には、その都度アセスメントを行う体制を整えている。 20、個別支援計画の作成には、介護基幹ソフトを使用している。自立支援の推進に向けては、利用者の希望に沿ったサービスを実現するため、実際の事例に基づき家族やケアマネジャーと意見交換を行い、実施に向けた計画を立案する仕組みを構築している。計画の同意取得にあたっては、サービス担当者会議の場において丁寧な説明と検討を行い、適切に同意を得ている。同会議には利用者本人や家族も参加している。 21、サービス担当者会議には、ケアマネジャーや各分野の専門職が参加し、活発な意見交換を行っている。 22、アセスメントについては半年に1回の定期的な見直しを行い、その都度アセスメントシートを作成している。モニタリングは毎月継続して実施しており、支援の実施状況とその結果を明確に記録している。モニタリングの結果はケアマネジャーにも報告し、情報の共有を徹底している。計画の変更が必要な場合には、ケアマネジャーと連携を図っている。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>23、関係機関とは、利用者の入退院時を含め、その都度密な連携を図っている。病院での生活と家庭環境における実施状況の差異を考慮し、家庭の状況を精査した上で適切なサービス提供に繋げている。一人の利用者が複数の事業所からサービスを受けている場合には、交換ノートを積極的に活用する等の工夫を行い、他事業所との情報共有を徹底している。</p> <p>24、サービスの移行に際して、他事業所等との直接的な調整はケアマネジャーに委ねているが、これまで実施してきた支援内容の引継ぎについては、契約書の中にその旨を明記している。</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。	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。	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)		<p>25、「業務介助マニュアル」を整備し、入浴や排せつ等の支援内容別に手順を明確化している。また、サービス提供責任者の業務に関するマニュアルも備え、実務の標準化を図っており、安全なサービス提供に努めている。マニュアルの見直しに関しては、現時点では明確な基準が設けられていない。</p> <p>26、記録の管理には介護基幹ソフトを使用しており、外部への持ち出しを禁止するなど適切に運用している。「個人情報保護規程」「情報公開規程」「職員個人情報マニュアル」を完備し、文書の持ち出し、開示、廃棄に関するルールを明確化している。これらの規定に基づき、職員への研修も定期的実施している。</p> <p>27、カンファレンスは月に1回定期的に開催している。個別の検討が必要な事案が生じた場合には、随時、月に数回程度の頻度で個別カンファレンスを実施している。会議で共有された情報は、全職員がいつでも閲覧できる状態を整えている。</p> <p>28、家族との情報交換は、個別支援計画の見直しに合わせ、サービス担当者会議への出席を促す形で行っている。会議の場では、事業所からの報告のみならず、家族との双方向の対話が行われている。</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、「感染症対応マニュアル」を整備し、職員の役割分担や緊急連絡等の連携体制をフローチャートで明確に示している。組織内に「安全衛生委員会」を設置しており、定期的に対策の検討や状況把握を行う場を確保している。感染症発生時の具体的な対応手順については、会議録の中に写真付きで詳細に記録している。</p> <p>30、事業所内の衛生管理体制として、マスクや各種衛生用品を適切に備蓄・保管している。備蓄品については保管期限の管理を徹底しており、必要な時に即座に使用できる状態を維持している。建物内の環境整備については、障害者支援施設と清掃業務の外部委託契約を締結し、定期的な清掃を実施している。</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、「介護事故等防止・対応マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順を明確化している。組織内に「リスクマネジメント・感染対策委員会」を設置し、定期的な研修を通じて職員の安全意識の向上と事故防止に努めている。訪問介護特有のリスクである移動時の事故防止については、事前に道路状況を把握・配慮した対策を講じている。さらに、使用するバイクや自転車の点検を定期的実施するなどの管理も行われている。</p> <p>32、事故発生時の報告・記録体制において、独自に開発した事故報告の一覧表を活用している。この一覧表に入力することで事故報告書が自動的に作成されるシステムを構築している。「リスクマネジメント委員会」を設置している。「介護事故等防止対応マニュアル」に基づき、発生時の対応手順を全職員に周知徹底されている。</p> <p>33、災害発生時の対応について、台風、地震、積雪など災害種別ごとの個別対応手順を整備している。直近では災害用伝言ダイヤルの活用研修を実施している。防災訓練の実施にあたっては、地域住民へポスターによる告知を行っている。事業継続計画（BCP）も策定済みである。職員の安否確認にはEメールを活用している。</p> <p>34、感染症発生時における事業継続計画（BCP）を整備しており、パンデミック等の緊急時においても必要なサービスを継続できる体制を整えている。職員の安否確認については、災害時と同様にEメールを活用する仕組みを構築している。</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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>35、意思決定支援において、訪問を繰り返す中で生じる利用者の意向の変化を、サービス提供責任者が集約して個別支援計画に反映させている。ケアマネジャーとは密に連絡を取り合い、利用者や家族双方の意向をサービスに結び付ける工夫を重ねている。事業所内研修では事例検討を行い、困難事例や虐待防止について職員間で検討を深める体制を整えている。</p> <p>36、「身体拘束適正化・虐待防止委員会」を設置し、「身体拘束虐待防止研修」を実施するなど、権利擁護に配慮したサービスの質の向上に努めている。不適切ケアに関する教育では、配信型のオンライン研修サービスを導入して学習機会を創出している。「基本接遇マニュアル」が策定されており、言葉遣いをはじめとする不適切ケアの有無を確認する際の指標として活用されている。</p> <p>37、「個人情報保護規程」および「倫理規則」を整備し、組織的な管理体制を構築している。「ホームヘルプサービス提供マニュアル」にはプライバシー保護に関する具体的な説明を明記している。職員に対しては個人情報保護研修を実施し、情報の適切な取り扱いや守秘義務についての意識づけを行っている。</p> <p>38、「インテークシート」を整備し、サービス提供の可否を含めた相談過程を記録に残している。基本的にはサービス希望を受け入れる方針を掲げているが、同性介助の必要性や諸条件により自所での提供が困難な場合は、その理由を記録に明記している。利用者の希望通りに提供できない場合であっても、他のサービス機関へ繋げている。</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。	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	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)		<p>39、苦情への対応として、令和7年度上半期に発生した5件の事案すべてを適切に記録し、管理している。令和6年度には利用者および家族を対象としたサービス満足度アンケートを実施しており、その結果をホームページで公表している。利用者の意向や満足度を把握する仕組みとしては、年2回開催されるサービス担当者会議が機能している。利用者と家族が直接参加し、意見を述べる場を確保している。</p> <p>40、「苦情対応マニュアル」を整備し、対応手順や責任者の所在、第三者委員を含む苦情解決窓口を明記している。また、実施したサービス満足度アンケートの結果を自社ホームページ上で公表しており、利用者や家族に対する情報の透明性を確保している。</p> <p>41、第三者委員を設置しており、法人として年2回報告会を開催する体制を整えている。報告会では、発生した苦情の内容だけではなく、提供しているサービス内容や事業所の運営状況に関する情報も詳細に伝えている。</p>		

(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	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。	B	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	A
(評価機関コメント)		<p>42、サービス満足度アンケートを継続的に実施し、利用者の意向把握に努めている。法人全体で「CS向上委員会」を設置しており、各事業所から10名以上の職員が参加する組織的な体制を構築している。委員会内では役割に応じた係を定め、顧客満足度の向上に向けた具体的な活動が行われている。アンケート結果については、寄せられた意見に対して個別に回答や方針などのコメントを付した上で、ホームページに公表している。</p> <p>43、「CS向上委員会」の中に設置された各係が、およそ2か月ごとに部会を開催し、サービスの質の向上に向けた具体的な検討を行っている。他事業所との関係構築については必要に応じて実施しており、特に法人内の他事業所とは密な連携を図っている。このネットワークを通じて、異なる地域の福祉ニーズや事例といった情報収集が行われている。</p> <p>44、「CS向上委員会」が自己点検の役割を担い、組織の質を担保する機能としている。サービス提供責任者を対象とした評価を実施しており、運営基準の遵守状況や業務遂行のプロセスを確認する自己評価の場となっており。</p>		