

アドバイス・レポート

2025年12月22日

令和 7年 6月 10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 姉小路デイサービスセンター 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>(通番10) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施について 期待する職員像を「姉小路の職員として」として、全職員に周知するとともに、それを踏まえて人事考課を年2回実施しています。また、キャリアパス制度を整備し、職員が将来像を描ける仕組みを構築しています。 採用および教育は法人で一括管理しており、資格取得支援制度（初任者研修・実務者研修の無償化、対策講座、資格補助等）を設けています。また、「働き続けられる職場づくり委員会」を設置し、労働環境の改善にも取り組んでいます。 研修については、年間研修計画を策定し、オンライン研修を含む多様な研修機会を提供しています。外部研修への派遣や、事業所内での学習会、マニュアルに基づくOJTも実施しています。さらに、「業務実践発表会」を開催し、学びの共有を図っています。 法人の「働き続けられる職場づくり委員会」に参画し、ワークライフバランスに配慮した環境整備（NO残業デー、育児・介護休業制度、業務効率化ツールの導入）を進めています。ハラスメント対策のマニュアル整備や、メンタルヘルス対策としてストレスチェックの実施、職員アンケートの実施、休憩室の整備など、働きやすい職場づくりを推進しています。</p> <p>(通番15) 地域との交流について 法人および事業所の理念に「地域」を掲げ、地域との関わりを重視した運営を行っています。広報紙の配布やホームページでの情報発信を行い、地域ケア会議にも参加しています。また、「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、社会福祉協議会と連携して音楽療法や園芸ボランティアの受け入れを積極的に行っています。コロナ禍以前には保育園や小学校の受け入れも実施していました。 事業所が有する機能の地域への還元については、姉カフェ（認知症カフェ）や車いすの無料貸し出し、地域向け配食サービス（昼・夜）など、地域住民に向けたサービス提供に積極的に取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番24) サービス移行時の連携・対応相談 サービス終了時や移行時には、継続性に配慮し、丁寧に電話などで個別対応を行っておられます。しかし、具体的な手順が現時点で明文化されておらず、職員によって対応方法に違いが生じる可能性があります。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 「利用者の人格の尊重」を基本とした業務マニュアルが整備されており、サービス提供手順も定められています。また、各委員会で毎年マニュアルの見直しを行い、満足度調査の結果も反映されています。しかし、業務マニュアルに基づいてサービスが適切に実施されているかを確認する仕組みが整っていませんでした。</p> <p>(通番37) プライバシー等の保護 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に意識を持ち、特に排泄時や入浴時において、パーテーションや同姓介助で対応されています。しかし、「プライバシー保護」について、明記された規定やマニュアルが確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

生活支援総合センター姉小路は、堀川通に面しており、1階は、地域の方も利用できるサロンひだまりと在宅の見守り支援を行いながら昼食・夕食を届ける配食サービスの拠点、2階はデイサービスセンター姉小路、3階はグループホームけやき、4階はグループホームいちょう、5階には高齢者住宅があり、総合的なサービスを展開しています。

この地に暮らす方の地域で暮らし続けるために役立つ福祉事業にとの思いから、学識経験者や地域住民のプロジェクトが立ち上がり、社会福祉法人七野会のもと、2003年4月に5つの施設で構成された多機能型施設として誕生しました。

それぞれの事業で役割を担いながら、地域住民の必要な時に必要なサービスをその人の思いや生活習慣を尊重しながら、連携して提供されるため安心できる拠点となっております。京都の伝統と地域の文化が融合した建物であり、地域とともに考え歩み続けてきたのが大きな特徴です。

法人とそれぞれの事業の理念や方針が明確にされており、デイサービスでは、「自分を実感できる」「次の利用が待ちどおしい」と利用者にとって頂けサービスを目指しておられます。

利用者の生活の質向上の取り組みとして、同法人内のOTによる歩行練習や手摺を持つてのスクワットなど、少しでも生活の質を上げられるような活動を積極的に取り入れ、また注入や食事介助の方も受け入れており、多岐に渡る利用者が利用されています。

また、屋上が菜園スペースとなっており、街の中で土を触る機会があり、屋上緑化で庭いじりや畑仕事ができることが非常に喜ばれています。また建物の内装は、本物の木が使われているので落ち着きを感じるとご利用者やご家族から評判の声があります。

今後も地域住民とともに歩んでいく施設として、京都の町の歴史に刻んでいただきたいと思えます。

以下は、今回の評価でアドバイスできる点を記載します。

・サービス移行時の連携・対応相談

サービス終了や移行の際、利用者の生活の継続性に配慮し、丁寧な個別対応を実施されている点は大きな強みです。 今後は、現在行われている良い取り組みをより安定して提供できるよう、手順を文書化することで、担当者が変わっても対応が統一され、サービスの質がぶれにくくなります。また、職員が迷わず対応できるため、利用者の不安軽減やスムーズな移行支援につながります。

・業務マニュアルの作成

「利用者の人格の尊重」を基本とした業務マニュアルが整備され、毎年の見直しや満足度調査の反映など、継続的な改善が進められている点は非常に素晴らしい取り組みです。 今後は、マニュアルに沿ってサービスが実施されているかを確認できる仕組みを取り入れることで、マニュアルの実効性がさらに高まります。 確認の仕組みを設けることで、マニュアルが“作って終わり”にならず、実際の現場で確実に活用され、サービス品質のばらつきを防ぎ、安定化にも繋がります。

・プライバシー等の保護

利用者のプライバシーや羞恥心に十分配慮し、排泄・入浴時のパーテーション使用や同性介助など、日常的に丁寧な対応が行われている点は大きな安心材料です。 今後は、こうした良い取り組みを組織としてさらに共有しやすくするため、「プライバシー保護に関する規定やマニュアルを明文化することが有効です。明文化することで、新任

※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	267300447
事業所名	姉小路デイサービスセンター
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)	居宅介護
訪問調査実施日	令和7年12月22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、パンフレット、事業計画及び事業所内に掲示している。理念及び基本方針は、法人及び独自に事業所でも定めている。デイ独自の行動指針等も定め日々の中で振り返りを行っている。法人で業務実践発表会を開催している。理念・方針は広報誌（なのの・年4回）や館内掲示（施設入口に掲示）を通じて周知されており、利用者との契約時にも説明を行っている。 2) 常勤理事会は月2回開催している。管理職会議（月1回）では、四半期ごとに経営会議を実施して階層別の意思決定できる仕組みがある。姉小路内では各事業の役員が集まる代表者会議を開催している。毎月の事業所の動き等は、職員会議や七野会（職員向け会報）で職員に周知されている。組織図、職務権限規程が明文化・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。	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) 法人中期計画（2026～2031）を踏まえ事業所中長期計画を策定している。策定にあたっては、部門会議で職員の意見を反映して単年度事業計画を策定している。法人で総括会議を行い、中長期・単年度事業計画は年2回見直しを行っている。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している。 4) 業務レベルでは具体的な目標設定を定めデイ職員会議で中間振り返り等を行っている。事業計画についても達成状況（自己評価シート）の確認をPDCAに基づいて行っている。		

(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) 法人内に法令順守の担当を設置し管理職会議で周知している。集団指導、ワムネット等で情報収集するとともに財務管理研修（経営協）等に参加している。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。関係法令のリスト化・周知については、法人内フォルダ内に掲載され閲覧できるようになっている。 6) 経営責任者・運営管理者は、職務権限規程に明記している。管理職による職員面談を自己確認シートに基づき、定期的および必要に応じて行っている。管理者は自らの行動が信頼を得ているかどうかを把握する仕組みとして職場活性化アンケートを活用している。 7) 平時の業務の把握は、朝、夕のミーティング、業務日誌等で確認している。緊急時には非常連絡網リストおよびグループLINEで迅速に連絡が取れる体制が整備されている。BCPIに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。		

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、「姉小路の職員として」を明文化し、全職員に周知している。人事については就業規則を定めるとともに人事考課を年2回実施している。キャリアパス制度を定めており、将来の姿を描くことができる仕組みがある。 9) 法人で採用・教育部門で一括管理しており人材採用を行っている。非正規雇用は事業所でも行っている。資格取得の支援制度があり、初任者研修および実務者研修の無償化や対策講座、資格補助等が行われている。ホームページ内に採用ページを立ち上げ、法人内の「働き続けられる職場づくり委員会」を設置して労働環境の改善等を図っている。 10) 法人で採用・教育部門で一括管理しており、年間研修計画を策定、オンライン（28日研修）できる体制をとっている。外部研修としては老福連、総社研の研修に職員派遣している。事業所としては職員会議内で学習会を行っている。マニュアルを基にしたOJTの仕組みもある。法人で業務実践発表会を開催している。 11) 法人で、社会福祉士・介護福祉士等の実習生の受け入れしている。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。		
(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) 法人と連携して勤怠・有給の管理をしている。法人内の「働き続けられる職場づくり委員会」を設置して、労働環境の改善等を図っている。ワークライフバランスを考慮し、職員の働きやすい環境が整備されている。育児休業・介護休業を定めて適切に対応している。また、毎水曜日は「NO残業デイ」として推奨している。スライディングボード、また介護ソフトを導入して業務の負担軽減や効率化を図っている。 13) メンタルヘルスについては、ストレスチェックを半年に1度行い、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にかかるマニュアル及び方針、体制を整備している。また、休憩室（和室）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。民間社会福祉施設共済会にも加入している。		

(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。	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) 法人及び事業所理念に「地域」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。地域には広報紙の配布、ホームページで情報を公表している。地域ケア会議などに参加している。 15) 「ボランティアさん受け入れマニュアル」を整備している。社会福祉協議会と連携して、音楽療法、園芸ボランティアの受け入れを積極的に行っている。コロナ禍前は保育園や小学校の受け入れを行っていたが休止中。 16) 姉カフェ（認知症カフェ）、車いすの無料貸し出しなど地域に向けて行っている。地域に向けた配食サービス（昼夜）を提供している。		

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) ホームページやパンフレット、SNSは整備されており、内容も写真を多用しわかりやすく、適宜見直しが行われている。利用者から問い合わせには随時対応し、500円で一日体験を行っている。			
(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。保険外サービスは別紙で作成している。判断能力に不安がある場合はケアマネジャーと連携して対応を行っている。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、他に利用者で必要になった場合は、成年後見制度の活用につなげている。			
(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) アセスメント様式は独自の様式を運用している。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、主治医、ケアマネから情報を収集している。再アセスメントは年1回及び必要に応じて行っている。「相談員マニュアル」として手順等を明確にしている。 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、個別性のあるサービス計画書の策定につなげている。サービス担当者会議にて、意向を確認し個別援助計画を策定し、説明・同意を得ている。 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、サービス担当者会議を開催し、個別援助計画と連動させている。サービス担当者会議は利用者本人・主治医・ケアマネジャー・訪問看護師・デイサービスセンター職員・OT等リハビリスタッフの職員が参加している。 22) モニタリングも毎月実施、計画にかかるモニタリングを半年に1回または状態変化が起きた時随時実施し、必要に応じ個別援助計画の見直しをしている。入浴支援のための計画や生活機能向上連携として機能訓練計画書を作成している。「相談員マニュアル」として手順等を明確にしている。			

(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		23) 医療との連携は、サービス担当者会議やケアマネを通じて連携している。入退院時についてもケアマネジャーや家族から利用者の状態把握に努めている。地域ケア会議や中京連絡会等に参加している。圏域の地域包括支援センターとも連携している。行政が発行する「すこやか進行中」を閲覧できるようにしている。 24) サービス終了時、移行時は継続性に配慮して電話等で対応を行っている。しかし、具体的な手順は現時点で明文化されていない。		
(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)		25) 基本的な表現として、「利用者の人格の尊重」があり、「業務マニュアル」を整備している。その中に「サービス提供手順」を定めており、各委員会に置いてマニュアルの見直しを毎年行っている。見直しには、満足度調査を行い反映するようにしている。しかし、業務マニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みがない。 26) ケース記録は、介護ソフト（ほのぼの）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・持ち出しにかかる規定は整備されている。開示請求についても定めている。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。利用者・家族には契約時に説明している。 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。職員会議が定期的に開催されるとともに、朝、夕のミーティングを活用している。組織全体での共有情報は広報紙「七野会」で周知されている。 28) 送迎時や、連絡帳を活用して情報交換を行っている。必要に応じて電話等で連絡を行っている。広報紙で日常の様子を伝えている。年に1回、満足度調査を行っている。		
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) 感染症対策委員会を設置するとともに感染症対策マニュアルが整備されており、各職員の責任と役割が明記されている。年間研修計画に基づき、感染症対策研修を年2回開催している。二次感染を防ぐための対応として個別テーブルでの対応や一人送迎等に柔軟に対応している。防護服などの感染症対策グッズも整備している。 30) フロア、入浴等は清掃業務は専属スタッフを直接雇用して対応しており、整理整頓が行き届いており、清潔な環境が保たれている。さらに、消臭効果のある新聞紙を活用して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。		

(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。	B	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) 「事故発生・緊急時対応方法」を整備している。「緊急時(その時あなたはどうか対応する)」の学習会を実施している。マニュアルは年1回見直している。 32) 事故発生時は、ご家族とケアマネジャーに報告する。事故報告は「ケース」(タイトル名)にまとめて報告している。行政には通院が発正した場合には所定様式にて報告する。毎月、ヒヤリハットや改善策などについて、デイサービス会議で検討している。 33) 「火災・災害対応マニュアル」に指揮命令系統は明記されている。「避難計画」「消防計画」が整備されている。避難訓練を年2回実施している。職員には、グループラインで緊急連絡をする。センターに備蓄を置いている。 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されている。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。訓練はグループホームに合わせて年2回の訓練を実施している。福祉避難所の指定は受けていないが、災害時に地域に公開はしている。		

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
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	B
		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) 運営規定、法人パンフレットに利用者の人格の尊重の明記がある。スピーチロックの研修や虐待の目チェックリストを活用し、分析や共有化を図っている。自分で意思を伝えられない利用者には、絵で示して確認するようにしている。不適切ケアの研修を法人や事業所内部でも行っている。 36) 虐待防止指針に権利擁護について明記している。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、法人で開催し、職員の意識向上と知識の定着を図っている。「虐待の芽チェックリスト」を使用して分析ええ共有を図っている。 37) 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に意識を持ち、特に排泄時や入浴時において、パーテーションや同姓介助で対応している。しかし、「プライバシー保護」について、明記された規定やマニュアルが確認できなかった。 38) 利用に関して、原則断らないが、曜日・人数や地域的に限られているため、管理者と検討をしている。受けられない場合の想定（ストマや胃ろう造設の利用者）は、看護師配置のこともあり曜日の検討する。支援が困難なケースについては、ケアマネジャーを通じて連携している。		
(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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		39) 満足度調査を年1回、行っている。送迎時に直接家族から様子を伺う。意見箱を設置して対応できるようにしているが、直接、話に来られるケースが多い。担当制にして相談しやすい関係性を築いている。自ら発しない利用者には職員から話を聞き取る工夫をしている。雑誌の希望を聞き取って準備したこともある。 40) 「苦情対応マニュアル」を整備している。「苦情・意見要望記録票」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。第三者委員を設置して入口に掲示している。利用者・家族からの苦情に対しては、ホームページで公開している。 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。「認知症カフェ」の中でボランティアや地域住民などの外部の意見を受け入れている。		
(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	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	B
		(評価機関コメント)		42) 満足度調査を年1回行われている。昼食に麺類を食べたいという要望に委託業者をお願いした事例がある。 43) サービスの質の向上については、職員会議で毎月、検討している。アンケートをもとに厨房や看護師など専門職の意見を取り入れて改善につなげている。利用者個々人が何を求めているか、個別に聞き取り、ケアに取り入れるようにしている。京都市老協や法人からの情報収集し、比較検討など行っている。 44) 第三者評価は定期的に受診しており、評価を受ける上での委員会は設置している。自己評価の定められた評価基準がなく、実施できていない。		