

第三者評価結果 公表シート

(このシートに書かれている内容は、そのまま富山県福祉情報システムにおいて公表されます。)

事業所名	高岡市だいがりデイサービスセンター
第三者評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会
評価実施期間	令和 7年 9月 12日(契約日)～ 令和 8年 3月 24日(評価結果確定日)
過去受審回数 (前回の受審時期)	0 回

1. 概評

◇特に評価の高い点

【理念に基づいた地域貢献】

法人の理念「思いやりと心の豊かな、関りをとおして、地域に愛され信頼される法人をめざします」に掲げられているように、案山子祭りの参加や清掃活動、地域からイベントへの相談等地域から信頼されている様子が伺えます。また、実習生の受け入れや、14歳の挑戦、子供の集いなど、学校教育への協力も行っています。民生委員からの相談で介護保険サービスでは補えないことも、「どうしたら地域での生活を継続していけるか」を検討し、職員でできることをサポートしています。

【人材育成と働く意欲向上に向けての環境作り】

人事考課やラダー表の作成、プリセプター導入など人材育成が計画的に行われており、職員は自分の目指すべき姿を可視化することで目標を持って働くことができ、モチベーションアップにも繋がっています。また、人事考課項目などは職員の意見も取り入れながら、随時見直しも検討され、職員が人事考課の目的が理解しやすいように工夫されています。評価においても内部評価、第三者評価、クロス評価など偏りなく、多職種での評価となっています。

【利用者本位のサービスへの工夫】

デイサービスには静養のためのベッドが沢山設置されており、利用者がレクリエーションなどで楽しく過ごすことは勿論、一日中座っていて苦痛ということがないように配慮されています。ベッドが沢山設置してあることで重度の方の受け入れも可能となっています。

レクリエーションも利用者が自ら選んで取り組めるように工夫されており、自己決定を促すサービスになるよう努めています。

法人にはそれぞれ特徴を持ったデイサービスが4か所あり、利用者の身体状況に合わせて相談しながら安全安心が確保されるデイサービスを選択できるよう連携しています。

◇ 改善を求められる点

【基本方針や行動指針の策定】

法人理念やビジョンは策定されていますが、基本方針も明確にし、各事業所において理念等に整合性のある基本方針や行動指針等の策定に期待します。

【中長期目標の策定と共有】

中長期計画を策定し、その達成目標に向けて単年度の事業計画を明確に策定していくことが望まれます。

3. 各評価項目にかかる第三者評価結果(別紙)

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

地域との繋がりや人材育成、利用者様の自己決定を尊重する取り組みについて高い評価をいただいたことは、職員一同大きな励みとなりました。

特に「案山子祭り」や地域清掃、実習生の受け入れなどの地域貢献活動や、キャリアラダー・プリセプター制度を活用した計画的な人材育成、さらにはAI搭載機器の導入による職場環境改善は、今後も私たちの強みとして継続・発展させてまいります。

組織運営面において「基本方針・行動指針」の明文化や、「中長期計画」の策定と共有が課題として示されました。今後は、法人理念を具現化した事業所独自の具体的な指針を策定し、職員が将来のビジョンを共有しながら、より一丸となって質の高いケアを提供できる体制を整えたいと思います。ご利用者様やご家族への情報の透明性を高める取り組みも強化いたしたいと存じます。

事業計画の丁寧な周知や、第三者委員による苦情解決結果の適切な公表、さらにはプライバシーに配慮した環境整備の組織的な実施など、個別の改善項目についても順次改善を図ってまいります。

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・ ⓑ ・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・法人理念はホームページや事業計画書に書かれている。 ・各事業所内には法人理念と事業所基本方針が掲示され、職員の目に留まり意識しやすいようになっている。 ・会議でも時折確認し、ケアの検討を行うこともある。 ・理念と基本方針との整合性が取れておらず、利用者家族への周知が不十分であることから、分かりやすい説明などの工夫に期待したい。 		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
②	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	ⓐ ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の理事、施設長、事務長、各拠点の拠点長らが参加して運営委員会を開催し、法人全体の運営状況を共有、分析、検討を行っている。 ・法人内には市から委託を受けた地域包括支援センターがあり、福祉計画の策定動向と内容を把握しており、連携会議で報告されている。 ・地域包括支援センターは潜在的利用者の把握もできており、連携会議で課題の抽出や分析を行い、法人全体で取り組むべきことや相談するべきことは運営委員会で検討している。 		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	ⓐ ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・運営委員会、キャリアパス委員会、2G会議（各事業所の主任、副主任参加）、連携会 		

議（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、生活相談員、管理者が参加）など、それぞれの会議の目的や役割を明確にし、組織体制、職員体制、人材育成等において現状把握、分析を行い、経営課題を明確にして取り組みを進めている。また、それらは、デイサービス会議で報告され、書面にていつでも職員が閲覧できるようになっている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・㉔
<コメント> ・法人のビジョンである、「地域に住む人たちと共に歩む」はホームページにも掲載されている。 ・実現に向けた中・長期計画は明確になっておらず、今後、中・長期計画を策定することが望ましい。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・㉔
<コメント> ・中・長期計画は策定されていないが、毎年度初めには各事業所が単年度の計画を策定している。 ・今後は、中長期計画を策定し、その達成目標に向けて単年度計画を明確に策定していくことが望ましい。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・㉕・c
<コメント> ・毎月運営委員会や連携会議などで実施状況の報告を行っている。 ・毎年2月に来期の事業計画策定に向けて、振り返りや、職員から事前アンケートを基に話し合い、事業計画を策定する流れになっている。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・㉔
<コメント> ・事業計画は事業所入り口に掲示されているが、配布や説明は行われておらず、利用者等に周知されているとは言えない。今後主な内容をわかりやすく説明した資料を作成し、家族会などで周知することが必要と認められる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回自己評価したものを他の拠点の職員が評価している。その中で見えてきた課題を選出し、取り組んでいる。 ・各拠点の職員1名と第三者評価委員会でPDCAサイクルに基づいて質の向上に関する取り組みを実施している。 		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各委員会や会議において、実態把握・評価・分析・課題抽出の手順がルール化されており、各事業所への共有が図られ、改善策については全職員で取り組んでいる。 ・評価においては、内部評価や第三者委員会で、評価のスケジュールや方法（評価の仕方）を計画している。また、クロス評価も行っている。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自然災害発生時や感染症発生時などBCP（業務継続計画）には管理者の役割や権限委任などが明記されている。 ・職務分掌においては管理者の役割責任等について整理された状態で明記されておらず、職員に理解されているとは言い難い。年に一度説明はしているとのことだが、今後、職務分掌の見直しや表明の方法を検討されていくことが望ましい。 		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等を正しく理解するため、管理者は研修などにも積極的に参加し十分理解している。 ・法令遵守マニュアルの整備や職員に向けて法令遵守の研修を年に一度行い、周知を図っている。 		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	㉑・b・c
<コメント> ・ 内部評価、第三者委員会、運営委員会、キャリアパス委員会、各事業所の定例会議などに管理者は参加し、課題分析や改善策等を聞くとともに、自らも意見を述べたりと意欲的に福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	㉑・b・c
<コメント> ・ 年に3回会計事務所、運営委員会、キャリアパス委員会のメンバーで人事、労務、財政等を踏まえ分析し、職員の働きやすい環境整備に取り組んでいる。 ・ AI搭載機器で残業時間削減のための取り組みをし、残業時間を管理するためのシステムも導入している。また、組織図を作成し役割分担を明確にしたりと、具体的な体制を構築している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	㉑・b・c
<コメント> ・ 入社時にキャリア形成ファイルが配布され、ファイルの中にはキャリアラダー表も入っており、自分の目指すべき姿を具体的に捉え、目的を持って計画を立てることができる。 ・ プリセプター制度も導入されており、人材確保と育成に積極的に取り組んでいる。 ・ 採用活動に関しても、海外へ出向いたり、SNSの活用を実施している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉑・c
<コメント> ・ 年2回人事考課が行われ、上司と面談を行っている。面談のときに、人事考課の考課目標等に対して意見を職員からもらい、キャリアパス委員会で話し合い、見直し、改善をしている。 ・ 人事考課とラダー表にて、自らの将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みとなっている。 ・ 入職時に、人としての心得を記載した書面「社会人として職業人として」を職員に配布し、ロッカーにも貼り、出勤時に必ず見るようになっている。		

<p>・ 法人の理念や事業所の基本方針に基づいた職員としての人物像を明確に表現することが望ましい。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
16	<p>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 課長代理が有給取得状況を把握し、勤務表に反映している。 ・ 人事考課の際の面談の他にも随時相談できるような体制になっている。また、相談する際もプライバシーが守られるような空間にも配慮している他、弁護士にも相談できる体制となっている。 ・ 2G会議等で職員の意見が反映され、フロアにお茶やコーヒー等が無料で飲める給湯器の設置や提携するスポーツジムの利用、社員旅行など福利厚生も充実している。 		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	<p>Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人事考課、ラダー表により個々の目標は明確に具体的に設定できるようになっている。 ・ 目標管理シートを年2回提出することになっており、面接をおこない進捗状況も確認している。 		
18	<p>Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修委員会が毎年テーマを決めて年間の研修計画を立てている。 ・ 研修内容は、全員参加の研修と、専門職別の研修に分かれている。 ・ 研修委員会のみでの評価、見直しだけでなく、職員全体の意見を集約することに期待したい。 		
19	<p>Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プリセプター制度や研修委員会でのテーマ別、専門職別の研修など個々にあった教育、研修の機会がある。 ・ 外部研修は職員玄関に掲示したり、パソコンで確認できるようになっており、推薦、声掛けも行っている。 ・ 内部研修での職員の育成機会は充実しているが、外部研修への積極的な参加にも期待したい。 		
<p>Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</p>		

20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	㉠・b・c
<コメント> ・実習の目的や目標を文章化し、実習生や職員に渡している。 ・実習生の実習目的や学年、職種に応じて学校側からの意向も踏まえて、プログラムを作成している。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・㉢
<コメント> ・ホームページには、理念や福祉サービスの内容などが公開されている。 ・運営の透明性を確保するため、外部の有識者による第三者委員会の設置や、苦情・相談内容の公開、公表について検討することが望ましい。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・㉡・c
<コメント> ・会計事務所が年3回監査支援を行っており、結果を基に運営委員会等で検討、改善を図っている。 ・職務分掌に権限と責任を詳しく明記し、職員への周知の仕方を工夫されることが望ましい。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	㉠・b・c
<コメント> ・玄関横に「暮らしの情報誌」が誰もが手に取りやすいように設置され、デイサービス利用者が直接手に取り見ることができる。 ・相談を受け情報誌を基に情報を提供することもある。 ・地域との交流においては、小学生対象の介護体験や14歳の挑戦の受け入れ、防災・防犯フェスタの開催、子供の集いなど利用者とともに体験できるようなイベントを年に数回開催している。		

24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・ ③ ・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア受け入れ要綱や「子供の集い」実施要綱が作られており、法人の基本姿勢を明文化し事前説明も行っている。 ・ 14歳の挑戦の受け入れや児童との交流イベントなど学校教育への協力も行っている。 ・ 今後ボランティアが利用者と交流を図るときの留意点などを、事前説明だけでなく研修などを行っていくことが望ましい。 		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	① ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ 玄関横に情報誌が設置され、誰もが気軽に手に取ることができる。 ・ 相談員の勉強会でも社会資源の情報を共有することができ、デイサービス会議で職員に伝えている。 ・ 民生委員の定例会や地域の医療提携会議に参加することもある。 ・ 地域貢献会議で、介護保険適用以外で支援が必要な高齢者の情報（ゴミ出しなど）を得て、法人内で検討し支援を行っている。 ・ 案山子祭りや七夕祭り後の清掃活動を行っている。 		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。	① ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で行われる高齢者向けのスマホ教室やeスポーツ等が公民館で開催される際には、得意な職員が手伝いに行くこともある。 ・ 「子ども・高齢者110番」のステッカーを送迎車に貼り、困ったときには電話してもらえようように電話番号も載せている。 		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	① ・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域貢献委員会で活動年間計画を立てている。活動計画は法人が企画していくものや、地域からの要望に応じて行っていくものなどがあり、地域のニーズに基づくものとなっている。 ・ 「子供の集い」では、白内障の方の見え方や、車椅子の押し方、リフトに乗るなどの高齢者体験をしてもらっている。 		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した福祉サービスの提供に向けて各マニュアルが整備されている。合わせて研修も行われている。 ・デイサービスでは「あなたの「もっと」と「ずっと」を大切にします」を基本方針とし、利用者を尊重し過剰介護にならないように努めている。 		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、研修も行っている。 ・静養を希望する利用者のためのベッドが置かれた場所には、部屋への扉、プライベートカーテンなどが設置されており、プライバシーを考慮した環境となっている。 ・フロアとトイレは短いカーテンで仕切られているため、においやプライバシーに配慮した仕切りの工夫に期待したい。 		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・㉓・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共施設等に資料を置いてもらう試みを行っているが、公共施設の決まりから受け入れが難しく、地域包括支援センターに設置し、訪問した地域の方に手に取ってもらえるようになっている。 ・事業所入り口に職員の写真とコメントが掲載されている。利用を希望する利用者には見学を受け入れ、相談員が説明を行っている。説明時に使用するパンフレット等は適宜見直しを行っている。 ・体験利用を行っておらず、体験利用の実施に向けて、課題等の検討を行っていくことに期待したい。 		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用開始時は、パンフレットや利用案内を提示し、丁寧に説明している。特に 		

<p>重要な内容や注意が必要なことについてはマーカーペンで印をつけるなど分かりやすくなるよう配慮している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・変更時にはその経緯等を支援経過に記載し、その内容を書面に残している。 ・意思決定の困難な利用者への配慮については、代理人や成年後見人等に説明し、同意を得てサービス利用につなげている。 		
32	<p>Ⅲ-1-(2)-③</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p>	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他施設や他事業所への移行等、サービスの変更にあたり、「変更に関する手順書」を作成して確実な手続きができるような体制が整っている。 ・フェースシートやアセスメントシート等必要な情報を提供して、サービスの継続に繋がっている。 ・サービス終了後の相談等はいつでも対応できるよう準備している。 ・利用終了後の相談方法や担当者について記載したものを文書化し、利用者家族へ渡すことに期待したい。 		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	<p>Ⅲ-1-(3)-①</p> <p>利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の満足を把握するため、年1回の「利用者満足度アンケート」の実施や家族交流会を開催し、希望や要望の把握に努め、把握した要望等をデイサービス会議で検討し、満足度を高めるサービスの実践に繋がっている。 ・日々のサービス利用時においても一人ひとりの利用者に声かけを行い、思いの把握に努め、把握した内容を夕方ミーティングで検討し実践に繋がっている。 ・利用者参画の検討会議は開催されていないとのことであり、そのような機会を設け、さらなる利用者満足度を高める取り組みに期待したい。 		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	<p>Ⅲ-1-(4)-①</p> <p>苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制は意見箱の設置やアンケートの実施、重要事項説明書には内部、外部の相談窓口の記載、第三者委員の設置などが整備されて、苦情を申し出やすい体制になっている。 ・申し出された苦情は「苦情対応規定」に基づき、デイサービス会議等で検討され、その内容や対応策は苦情報告書にまとめ、利用者、家族、職員にフィードバックされている。 ・但し、第三者委員は介護福祉施設に関する有識者1名で、公表等は行われていない。プライバシーに配慮して苦情報告書を公表することで、適切に処理されていることが確認 		

<p>できるため、意見等が述べやすい環境が整うことに期待したい。</p>		
35	<p>Ⅲ-1-(4)-②</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。</p>	a・b・㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロア内に相談コーナーを設けいつでも応じることができるよう整備されている。また、重要事項説明書に内部、外部の相談窓口を明示したり、アンケートを実施するなど苦情を聴取する方法は整っている。 ・相談相手を選んだり、相談しやすい環境等を文章にして、家族、利用者等に配布するなどの取り組みは行われていない。複数の担当者氏名をフロア内に掲示したり、毎月の広報誌に相談窓口を掲載するなど、気軽に相談できる環境整備に期待したい。 		
36	<p>Ⅲ-1-(4)-③</p> <p>利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。</p>	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケートや意見箱、家族交流会、送迎時、来所時など日々の関わりから聴取した意見や要望等は、相談・苦情マニュアルに沿ってデイサービス会議、リスクマネジメント委員会等で検討し、改善に向けている。 ・迅速な対応が求められる内容は夕方ミーティングで検討し、解決に向けている。検討した内容や経過は支援経過記録や事故報告書・苦情報告書に記載し、職員に周知している。 ・個別の意見や要望等を聴く場合は、プライバシーに配慮しながら聞き取る場所、聞き取る内容の公表等に留意している。 ・検討された相談事や意見の結果は、迅速に利用者、家族に伝え理解を得ている。 		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	<p>Ⅲ-1-(5)-①</p> <p>安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。</p>	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント基本指針やBCP（業務継続計画）が作成され、職員参画のもとに月1回リスクマネジメント委員会が開催されている。 ・リスクマネジメント委員会においては、苦情報告やヒヤリハット報告、事故報告等に対する分析や対応策を検討し、改善や再発防止に向けている。 ・予期せぬ災害発生や感染症発生時の対応や取り組みについて、BCPに基づき研修会の開催や避難訓練の実施を通して職員に周知され、利用者が安全・安心して利用できるサービスに繋げている。 		
38	<p>Ⅲ-1-(5)-②</p> <p>感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	㉑・b・c
<p><コメント></p>		

<ul style="list-style-type: none"> ・感染症・食中毒予防・まん延防止に関する指針やBCP（業務継続計画）が作成され、責任と役割、手順など組織体制が明確になっている。 ・感染時情報共有マニュアルが作成されて職員に配布されている。感染予防を徹底するため、洗面所には感染予防に向けてのコメントや手洗い手順などを掲示したり、玄関にはセンサーで手の消毒や検温等を促すアナウンスが流れ、予防に徹している。 ・感染症が発生した場合は、マスクの着用、手洗い、うがい、体調チェックなどを徹底し、エプロン、手袋、消毒などの使用で感染拡大を防止している。感染拡大の予防策をITツール（グループウェア）で発信し、迅速に職員全員に周知を図っている。 		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a)・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時における対応として防災及び災害時管理規定・フローチャートやBCP（業務継続計画）を策定し、消防署の協力のもとに年2回の火災訓練が行われている。 ・施設は地域の避難所になっており、水、食料品、備品などを備蓄し、住民参加による地震を想定した炊き出し訓練なども行うなど災害時に備えている。 ・防災委員会では災害時の必要備品や食料などのリストを作成したり、防災教室の企画や開催などに取り組んでいる。また、防災計画及び実施報告書を整え、消防署、警察、自治会などと連携が図られている。 ・利用者及び職員の安否確認の方法はスマートフォンによるオープンチャットで確認できる体制である。 		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a)・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画作成手順に従って利用者担当者が通所介護計画書を作成している。 ・通所介護計画書に従ってサービスが実施されているかどうかはOJTや担当者会議で確認している。 ・統一されたサービスを提供するために、デイサービス会議、担当者会議、勉強会を通して検討・学習し習得している。また、個別の指導にあたっては、人事考課やOJTにより指導が行われている。 		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a)・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画書作成手順について定期的に勉強会を開催し、作成の仕方や注意点、実施 		

<p>方法の検証などを行い、全職員の周知に努めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定められた評価期間でモニタリングを行い、通所介護計画の見直しを行っている。見直しにあたっては、利用者・家族の参加のもとにサービス担当者会議の開催やデイサービス会議で課題や問題点等について話し合い見直しをしている。見直された支援の実施方法はITツール（グループウェア）で全職員に発信し共有している。 		
<p>Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>		
42	<p>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりに担当する職員を定め、日々の変化や思い・要望等を迅速に把握できる仕組みを整えている。 ・日々の関わりから把握した情報やモニタリングの結果で、夕方ミーティング（理学療法士・看護師・介護職員・生活相談員等が参加）やサービス担当者会議を開催し、アセスメントにより課題を明確にして利用者の状態に適した通所介護計画に見直している。 ・アセスメントに関しては、アセスメントガイドを利用し、職員間でバラつきがないようにしており、適切なアセスメントが実施されている。 ・取り組みの経過はミーティングシートや支援経過記録に記録されている。また、地域ケア会議にも参加し、事業所以外の専門職からも助言をもらい、より適切なサービスになるよう取り組んでいる。 		
43	<p>Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画書に記載された評価期間でモニタリングを行い、アセスメントシートを見直してデイサービス会議やサービス担当者会議で検討し、適切な通所介護計画になるよう見直している。 ・サービス実施にあたっては手順書が作成されており、統一したサービスが提供されている。通所介護計画書や手順書、個々の状態を把握する記録物等は職員がいつでも閲覧できるところに保管されている。 		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面接時に個人面接記録表、フェースシート・興味関心シートで利用者の身体状況（病歴・服薬・ADL等）、生活状況、利用者の思いや意向等を把握し、アセスメントシートで分析を行い、通所介護計画を作成している。 ・職員は情報の分析や支援経過記録の仕方などは、新人研修、ICFモデル等で学習して差異のないよう取り組んでいる。また、夕方ミーティングやITツール（グループウェア） 		

ア) で情報の共有を図っている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報に関する文書管理規定が定められている。 ・ 取り扱い規則には責任者（施設長）が明示され、記録の保管、廃棄などの取扱いについて定められ適切に管理されている。また、職員には個人情報の取扱いについて研修を通して周知され、個人情報保護の遵守に至っている。 ・ 職員には個人情報の不適切な取扱いや漏洩のないよう誓約書の提出を求めている。 ・ 業務上必要な個人情報の開示について、利用者、家族から同意書を得ている。 		

第三者評価結果(内容評価)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人面談シートや生活機能シート、定期見直しシートにより利用者の身心の状況や暮らしの意向等を把握し、個別の支援を提供している。 ・ 日々の支援においては、サービス利用時に何に取り組みたいか利用者自身で考え、自由に取り組めるよう場所の提供、物品の提供を行っている。 ・ 利用者はその日に取り組みたいことを決めて(体操や仲間との会話、作品作りなど)活動している。フロア入口には展示コーナーが設けられており、たくさんの作品が展示されている。また、新聞、チラシなどを利用し、ゴミ箱を作って近くの保育園にプレゼントするなど社会参加の取り組みも行っている。 ・ 利用者一人ひとりが何に興味を持ち活動したか、夕方ミーティングで話し合い、興味関心シートに記録し、利用者の過ごし方の工夫に繋げている。 		
A-④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者それぞれの担当職員は、その日の体調の確認や思いの把握を意識して会話の機会を持つようにしている。 ・ 話すことや意思表示が困難な利用者のコミュニケーションは、利用者一人ひとりの取りやすい手法を確認し、ミーティングシートに記録して職員周知のもとに取りやすいコミュニケーションに配慮しながら関わっている。 ・ 適切な話し方や接し方等は内部研修やOJT等で指導されるが、日々の関わりで不適切と感じた場合は、管理者等が個別に指導を行っている。 ・ 利用者が話したいときに、話せる機会を意図的に作ったり、気配りするなどは行っていない。わずかな時間の会話でも利用者の満足につながると思われ、意図的に話しかけてみる取り組みに期待したい。 		
A-1-(2) 権利擁護		
A-⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a・Ⓒ
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営規定に「利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める」と定め、パンフレットには基本方針として、「あなたの「もっと」「ずっと」「自分でやりたい」をサポートします。」と掲載し、利用者、家族に提示している。また、虐 		

<p>待防止や身体拘束廃止について指針を作成している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護についてマニュアルが整備され、内部研修が定期的実施されている。また、事例を検討する勉強会も開いている。 ・日頃の関わりの中で、他者からの権利侵害や虐待等が疑われた場合は、高岡市から委託を受けている法人内の地域包括支援センターに情報提供し対策を取っている。 ・基本的に身体拘束の実施はないが、やむを得ず実施の場合に備えて、必要な手続き上の書類等は整備されている。 ・権利擁護の具体的な取り組みを利用者、家族に周知したり、再発防止策を検討する仕組みは整っていない。権利擁護について家族が十分な理解が得られる取り組みや、権利侵害の再発防止の体制整備に期待したい。
--

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロアとは別にベッドを配した部屋があり、いつでも休めるようになっている。また、カーテン仕切りのベッドも設えてあり、常に見守りの必要な利用者が使用するために整備されている。 ・フロアには丸形、長方形、楕円型等のテーブルが配置され、利用者の好みや馴染みの方と過ごしやすいテーブルを選んで座席している。また、作業テーブルも配置されており、利用者の思いのまま過ごせるようになっている。 ・室内の空調に気を配り、エアコン・扇風機・加湿器等を有効に活用したり、スライドカーテンによる天窓からの光の調整や温度調整も行い、過ごしやすい環境を整えている。 		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A-⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時に利用者・家族の希望を聞いたり、身体状況等を踏まえて入浴方法を確認している。但し、その日の体調に合わせて一般浴、個浴、シャワー浴など入浴機器の選択や入浴方法を柔軟に変更し、快適に入浴できるように取り組んでいる。 ・入浴前にはバイタルチェックで入浴可能な体調管理を行い、安全な入浴支援に努めている。また、病気や障害等で他者と一緒の入浴を好まない利用者には、時間の変更や個浴利用などの配慮を行っている。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・入浴を拒否する利用者の対応は、時間の変更や別日の入浴など、無理強いなく入浴できるように柔軟に対応している。 ・入浴介助で気づいた情報は、利用者・家族に連絡帳や伝言で情報提供を行い、必要に応じてケアマネジャーに伝えて改善に向けている。 		
A-⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・トイレ誘導シートには、利用者一人ひとりに対しての声の掛け方、誘導の仕方、排泄時の関わり方などが記載され、どの介護職員も同じ支援が安全にできるように工夫されている。 ・慢性疾患などを有する利用者の排泄物で健康観察が必要なときは確認し、排泄チェック表等に記載して、家族やケアマネジャー等に情報提供している。 ・排泄の自立を見越した機能訓練や個々の排泄リズムに合った排泄誘導等に取り組んでいる。また、状態変化に合わせて関わり方を見直し、自立に向けた排泄介助に努めている。 ・排尿、排便に導くために水分補給に留意しているが、十分な水分摂取に至らない利用者は、ミーティングシートに記載し、職員共有のもとにこまめに水分を勧めて補給に努めている。 ・フロアとトイレは短めのカーテンで仕切られており、フロア内からトイレ内部が一望である。利用者の尊厳等を考え、トイレとフロアの仕切りに工夫されたい。 		
A-⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉕・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士（PT）の助言を参考に利用者の身体状況、歩行状態に合わせて杖、歩行器、車いす、スライディングボードの活用など安全な個々の移動方法を考え実践している。また、その日の体調変化にも合わせて移動補助具を変えるなど安全な移動介助ができるよう柔軟に取り組んでいる。 ・夕方ミーティングや勉強会で身体状況の変化を確認し、適切な移動方法を検討し職員の共有を図っている。 ・フロア内の移動が安全に行えるよう業務担当職員が環境整備や利用者の移動補助に当たっている。 ・利用者の状態を細かくチェックし、生活機能チェック表に記載して、夕方ミーティングや勉強会で話し合いより良い移動手段を検討している。必要に応じて家族やケアマネジャーに情報提供を行い、利用者の安全で自立に向けた移動に繋げている。 		
A-3-(2) 食生活		
A-⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロア内に1週間の献立表を掲示したり、利用者に配布したりしている。また、食事前 		

<p>にその日の献立のアナウンスを行ったり、口腔体操を行うなど安全に楽しく食事ができる取り組みを行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回特別食の日、郷土食の日を設けたり、利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせて食事形態を変えるなど食事が楽しく食べられるよう工夫している。 ・同じテーブルに座席する利用者が、同時に食事開始ができるよう配膳に気を配るなどの工夫を行っている。 ・衛生管理マニュアルに基づき、手洗い、消毒、テーブルの衛生管理等を行っている。 		
A-⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ ㉑ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の咀嚼能力、嚥下能力、栄養面等身体状況を踏まえてアセスメントし、食事姿勢や常食、ミキサー食、トロミなどの食事形態やスプーン、小さいフォーク、自助具など自力摂取方法、介助の仕方などを明確にし、個別の食事マニュアルを作成して介助を行っている。また、身体状況の変化に合わせて夕方ミーティング等で検討し、対応方法等を見直している。 ・食事箋や食札に禁忌食や食事形態、食事摂取時の道具などを記載し、配膳時に確認を取り事故のないように取り組んでいる。 ・安全な食事提供を行うため研修を行ったり、緊急時マニュアルを作成して緊急時の対応方法を確立している。 ・食事に関する必要な情報は、家族やケアマネジャーに情報提供を行い適切な対応に繋がっている。 ・疾患等により食事摂取量や水分摂取量の記録等が必要な利用者の記録はされているが、全体の取り組みに至っていない。食事、水分摂取量の把握は体調管理に必要と思われ、全利用者の記録の実施に期待したい。 		
A-⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・ ㉒
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族から希望があれば歯磨き、うがい等口腔ケアを実施しているが、利用者全体における積極的な取り組みは行われていない。 ・食後の歯磨きやうがいなどは口腔内の衛生上、当たり前認識であり全利用者の口腔ケアの取り組みに期待したい。 		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・ ㉓ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・重介護利用者の車いす上の姿勢やベッド上の姿勢に留意し、適切なクッションやマットレス等を選んで褥瘡発生予防に努めている。職員は勉強会を開いてクッションの当て方など褥瘡予防の物品の使い方や姿勢、体の向き、体位変換の仕方などを学習し予防に努めている。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡が発生している利用者の対応は、看護師を中心に悪化予防や改善に向けて、体位変換の時間や姿勢など統一した対応に努め、苦痛なく過ごせるように支援している。 ・入浴時に確認した発赤やびらんなどの症状は、夕方ミーティング等で職員に周知するとともに、家族やケアマネジャーに情報提供を行い適切な対応に向けている。 ・褥瘡ケアに関する最新の情報を収集するなどの取り組みは行われていない。ケアの情報は常に進化しており、新たな知識、技術の習得の取り組みに期待したい。 		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	非該当
<p><コメント></p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・興味関心シート（日頃の関わりから把握した情報・本人からの聞き取りの情報などを記録）から利用者個々が興味を持って活動ができるように塗り絵、パズル、折り紙、脳トレなどの材料や作品作りの道具などを準備し、いつでも取り組めるよう環境を整えている。作品作りなどに時間構わず没頭する利用者もいる。 ・個別機能訓練計画を作成し、個々の身体機能に合わせて歩行器やシルバーカーによる歩行訓練、平行棒、体操などによる機能訓練を行っている。また、定期的に評価を行い、計画を見直し常に状態にあった訓練を行っている。 ・日頃の関わりから認知症の症状に異変を感じた場合は、ケアマネジャーに情報提供するなど迅速な対応を行っている。 		
A-3-(6) 認知症ケア		
A-16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㉠・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症を有する利用者が穏やかに過ごせる場所に配慮し、また、孤立しないよう囲碁・将棋・麻雀など症状に合わせて取り組めるよう準備している。 ・トイレ誘導時や入浴介助時などに指示的な声かけにならないよう留意している。 ・サービス利用時の様子などを写真を取って家族に渡したり、送迎時、訪問時等に家族の相談に応ずるなど連携を図りながらより良いケアに努めている。 ・認知症に対する知識や技術を高めるために、研修が計画され開催している。 ・通所介護ソフトを使って適切にアセスメントを行い、介護計画を作成してチームで支援を行っているが、定期的なカンファレンスや変化にともなった支援の見直しなどが十分に行われていない。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動・心理症状（BPSD）について医師、看護師との連携による分析や一定期間の観察による分析などは行われていない。認知症の症状の集中的観察からの情報をもとに医師、看護師、介護職など専門職による分析がより良いケアにつながることに期待したい。 		
A-3-(7) 急変時の対応		
A-⑰	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・ ⑳ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の体調変化があった場合の対応手順、連絡網などのマニュアルが整備されている。 ・ 利用開始時のバイタルチェックや食事量の変化、過ごす様子などから体調の確認を行っている。異変がある場合は即家族に連絡するなどの対応が取られている。但し、終了時の健康チェックは行われていない。 ・ 日々の健康状態は利用者チェック表やミーティングシートに記録し、全職員に周知している。また、服薬確認表で看護師等が適切に服薬管理を行っている。 ・ 体調変化時の対応について、看護師が個別に指導を行うが、職員全体に対して病気や薬についての研修等が行われていない。看護師のみならず介護職も医療知識を持って介護に携わることは、適切な判断につながると思われ、研修等の実施に期待したい。 		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A-⑲	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・ ㉑ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に対して定期的にアンケートの実施や家族交流会を開催し、要望や満足度の把握に努めている。また、アンケート調査の結果を公表するとともに、全職員に対しての周知や改善に取り組んでいる。 ・ 毎月、広報誌（だいでい通信）を発行し、家族にデイサービス利用時の様子を伝えている。広報誌には、利用者が好きなことに取り組んでいる様子や開催された行事などを写真にコメントをつけて発行しており、利用者の生き生きとした様子が伺える。 ・ 家族に利用者の身体的変化や対応の仕方など必要な情報を伝え、適切な助言などを行っている。また、他の専門職につなぐ必要性を鑑みてケアマネジャー等にも報告している。 ・ 家族からの相談事には随時対応し、その内容は支援経過に記録されている。個別の相談や助言には応じているが、介護に関する研修は行われていないため、家族交流会の機会を通して介護の研修等の実施に期待したい。 		