

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : シスナブ御津デイサービスセンター
(通所介護サービス)

評価実施期間 2016年6月15日 ~ 2016年10月31日

実地(訪問)調査日 2016年8月18日

2017年1月16日

特定非営利活動法人
播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 三者評価機関名

| |
|-------------------|
| 播磨地域福祉サービス第三者評価機構 |
|-------------------|

②施設・事業所情報

| | |
|----------------------------------|--|
| 名称：シスナブ御津デイサービスセンター | 種別：通所介護サービス |
| 代表者氏名：鷲尾 由紀 | 定員（利用人数）：35（74）名 |
| 所在地：〒671-1311 兵庫県たつの市御津町中島 980-3 | |
| TEL 079-324-0767 | ホームページ： http://yumekoubou.or.jp/care/index.html |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：平成12年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 夢工房 | |
| 職員数 | 常勤職員： 2 名 非常勤職員： 10 名 |
| 専門職員 | 生活相談員 1名 機能訓練指導員 8名（8名） |
| ※（ ）はうち非常勤・ 兼務職員を明示 | 介護職員 9名（8名） |
| | 看護職員 8名（8名） |
| 施設・設備の 概要 | デイサービスホール 浴室（ベット浴、個浴チェア浴、大浴室） |
| | 和室 ベッド 4台 |

③理念・基本方針

| |
|---|
| <p>介護理念</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し、生活支援に努める ・ 「生命」の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る ・ 家族や知人、縁故者等との繋がりを維持できるような支援を心がける |
|---|

④施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <p>要介護状態にある方に日帰りで入浴や食事、レクリエーションを提供しています。 人と接する機会を少しでも多く持ち、身体的、精神的機能の衰退を防ぎます。</p> |
|--|

⑤第三者評価の受信状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 28 年 6 月 15 日（契約日）～ 平成 28 年 10 月 31 日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 2 回（平成 25 年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ 利用者一人ひとりに応じた多様なメニューを用意しています。

手作業、歩こう会、体を動かすレクリエーションなど利用者個々に対するレクリエーションプログラムを準備し、趣味、興味、希望を活動に反映できるよう、多様なメニューを用意しています。また、日々のレクリエーションプログラムはホールの見やすい位置に掲示され、利用者が活動に見通しを持ちやすい配慮がうかがえました。特に入浴においては、利用者の心身の状況に合わせた工夫や配慮がうかがえます。

○ 併設施設の機能を活かした総合的な生活支援が行われています。

併設されている特別養護老人ホーム、ケアハウス、在宅介護支援センターと共にサービスに関する仕組みを構築され、入浴や食事、レクリエーション、健康管理、相談支援と総合的な生活支援が行われています。特に併設の特別養護老人ホームの看護師や嘱託医との連携により、健康管理や感染症予防の取組が充実していることがうかがえました。

◇改善を求められる点

○ サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしていくことが重要です。

ケアプランのアセスメントや利用状況報告書をベースにサービスを個別・具体的に実施されていますが、個別のサービスマニュアルなど、それらを文章化し、明示するには至っていません。今後は、さらに計画が利用者個々の生活により活かされていくことを目指して、利用者個々の援助の内容について、具体的な方法を明示していくことが必要です。

○ マニュアルをはじめ、サービスに関する情報を全職員で共有していくことが重要です。

介護マニュアルやサービス実施計画によって、各場面においてサービスの目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的（スタンダード）な支援方法を確立していますが、その周知と活用については、十分な仕組みが確立していません。今後は、業務水準の確保や継続的・安定的にサービス水準を保つために、基本的なサービスの標準化について、非常勤職員をはじめ全職員に周知し、共有していくことが大切です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の達成度グラフをみると出来ていない分野がよくわかり、今後の改善点の取り組みが明確になった。総評での高い点については一層の向上を目指し、改善点については評価項目を参考に職員全員でサービスの水準を高めて、利用者・家族様に満足していただける支援の確立に努めたい。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 基本方針や理念に利用者を尊重する姿勢が明示されており、ワーカー会議等で振り返りが行われています。 ○ 今後は、利用者を尊重した福祉サービス提供について、職員が理解し実践するための具体的な取組を実施していくことが必要です。 | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プライバシー保護マニュアルにおいて、プライバシー保護についての標準的な仕組みを確立しています。 ○ 今後は、プライバシーを保護する目的や背景を明確にすることによって、個人情報だけでなく、私的空間の確保や通信や交流のプライバシーにも目を向けていくことを期待します。 | | |
| 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・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページや「はじめてのデイサービス」という冊子を活用し、利用希望者への情報提供が行われています。 ○ 地域のふれあい喫茶や民生委員の集まりに参加することによって、より積極的な情報提供がうかがえました。 ○ 今後は、提供する情報について、適時更新する仕組みを確立していくことを望みます。 | | |
| 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。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの開始・変更にあたっては、わかりやすい資料を作成するとともに、カンファレンスに利用者が参加するなど、利用者の自己決定を尊重する取組がうかがえました。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮として、利用者個々の状態に応じた契約や事前説明のルール作りを期待します。 | | |

| | | |
|---|---|------------------|
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 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。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の変更や家庭への移行等にあたり、現在は相談員等を窓口に、引き継ぎや問い合わせに対応しています。 ○ 今後は、退所後のフォローとしてスムーズな引き継ぎができるような、手順や様式の作成など明確な仕組み作りを期待します。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 食事や行事毎に、利用者の声を明記する形で満足度を把握し、それに基づいた改善が行われています。 ○ 今後は、サービス全般に対する満足度の定期的な調査を実施することで、より利用者の意向や満足度を明確にしていくことが重要です。 | | |
| 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。 | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 併設の特別養護老人ホームと併せて、苦情解決の体制が整備され、意見箱が玄関に設置されています。 ○ デイサービスセンターにおいては、昨年度から具体的な苦情は確認できませんでした。 ○ 今後は、サービスの質の向上の観点から、更に利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を望みます。 | | |
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② 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。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日常的な相談には、生活相談員が窓口となっています。また、敷地内には、御津在宅介護支援センターが併設されており、多様な相談に対応できる環境にあります。 ○ 今後は、在宅介護支援センターなど多様な相談資源を整理され、利用者やご家族に分かりやすく伝えていくことが重要です。 | | |
| 36 | Ⅲ-1-(4)-③ 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。 | a・ (b) ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの相談や意見については、日々のケアや会話を通して吸い上げられ、引き継ぎやケース記録によって、共有され対応されています。 ○ 苦情の対応については、明確に定められていますが、相談・意見・要望の対応については、明確な仕組みは確認できません。今後は、利用者からの相談や意見の対応について整理され、仕組みを確立することが重要です。 | | |

| | | |
|--|--|----------------|
| 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。 | | |
| 37 | Ⅲ-1-(5)-① 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。 | a・ b ・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理委員会を中心にリスクマネジメント(事故対応)についての仕組みを確立され、研修や事故対応状況も確認できました。 ○ 今後は、予防の観点からのリスクの把握、分析が行われ、サービスマニュアルの改善につながることを望みます。 | | |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-② 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。 | a ・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染対策委員会と医療職との連携によって、感染症に関するマニュアルの整備から研修、対策の実施まで一連の仕組みが確立しています。具体的には、11月～3月を感染対策強化月間とし、換気・手洗い・検温・加湿などの対応が、うかがえました。 ○ 今後も継続した取組になることを期待します。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 併設されている特別養護老人ホーム、ケアハウスと共に防災に関する仕組みが構築され、訓練や備蓄などの対応が実施されています。 ○ 今後、デイサービス特有の対策として、ゲリラ豪雨に対する対応策や利用者の安否確認などの対応マニュアルの整備に期待します。 | | |

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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護マニュアルを作成することで、業務の標準化を図っており、マニュアルは常に閲覧できる状態で管理し、新任職員の指導に活用されています。 ○ 今後は、標準的なサービスの実施の検証方法を確立していくことで、より全職員に周知していくことを望みます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護マニュアルは、必要に応じて随時見直すこととなっておりますが、手順や方法など見直しの仕組みは明確になっていません。今後は、利用者や職員からの提案や意見が介護マニュアルにスムーズに反映されるような仕組み作りが重要です。 | | |

| | | |
|---|---|---------|
| 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。 | | |
| 42 | 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。 | a (b)・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランに基づき、生活相談員を中心に福祉サービス実施計画（通所介護計画）を作成し、利用者個々のニーズを明示しています。 ○ 今後は、アセスメントとモニタリングの方法を明確にしていくことで、更に利用者個々の状況に応じた計画がなされていくことを望みます。 | | |
| 43 | 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。 | a (b)・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 更新前に担当によるカンファレンスや担当者会議を通じて、生活相談員によって福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っています。 ○ 今後は、評価、見直しされた計画を周知し、サービスマニュアルに反映させる仕組みを確立することによって、計画が利用者個々の生活により活かされていくことを望みます。 | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 44 | 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。 | a (b)・c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日々のサービス記録に利用者の身体状況や生活状況等が記録され、部門を横断する運営会議において、必要な事項を周知し共有化しています。 ○ 今後は、コンピュータネットワーク等を活用することにより、個々のサービスの実施状況が、よりの確に全職員に共有されることを期待します。 | | |
| 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"> ○ 利用者の記録については、法人で定めた個人情報管理規程に基づいて管理され、一定のルールを基に運用されています。 ○ 今後は、記録の管理をはじめ個人情報の取り扱いについて、職員に周知する機会を設けるとともに、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を明確にしていくことが重要です。 | | |

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A-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。 | a (b)・c |
| A-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・(b)・c |

特記事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 更新時のアセスメントや普段の会話から、利用者個々の状態や考え、意向などを把握しています。また、日々のレクリエーションプログラムはホールの見やすい位置に掲示され、利用者が活動に見通しを持ちやすい配慮がうかがえました。 ○ 利用者個々に対するレクリエーションプログラムを準備し、趣味、興味、希望を活動に反映できるよう、多様なメニューを用意しています。 ○ 今後は、話すことや意思表示が困難など、特に配慮が必要な人へのプログラムや個別的な配慮を明示することによって、利用者個々に応じた生活の充実を図られることに期待します。 |
|--|

A-2 身体介護

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---------|
| A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | (a)・b・c |
| A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a・(b)・c |
| A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a (b)・c |
| A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | a (b)・c |

特記事項

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護マニュアルや利用状況報告書をベースに、利用者の心身の状況に合わせた工夫や配慮がうかがえました。特に入浴においては、詳しいマニュアルがあり、入浴を拒まれる場合であっても、利用者ごとに細やかな対応をしている事例を伺いました。 ○ 今後は、排せつ介助やプライバシーの配慮においても詳細なマニュアルを整備されることにより、更に充実した身体介護が行われることを期待します。 |
|--|

A-3 食生活

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | Ⓐ・b・c |
| A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a・Ⓑ・c |
| A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a・Ⓑ・c |

特記事項

- 季節に応じたランチョンマットや洋風、和風等メニューに合った食器の使用、仲の良い方同士での席次の配慮など、食事をおいしく食べられる環境に配慮がなされています。また、月1度の選択メニューや誕生日の赤飯など、個々の嗜好に配慮した献立もうかがえました。
- 今後は、食事中のポジショニングや口腔内の状況など、利用者の心身の状況に合わせて必要な支援を明確にしていくことにより、更に食生活の充実が図られることを望みます。

A-4 認知症ケア

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a・Ⓑ・c |
| A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | a・Ⓑ・c |

特記事項

- 利用者に対して、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っていることがうかがえます。また、時間に合わせたBGMをかけるなど、高齢者に分かりやすい環境の整備に努められています。
- 今後は、認知症ケアの充実に向けて、認知症に対する研修などから認知症の種類による症状の把握や認知症状が起こるプロセスを分析し、利用者個々に応じたケアの内容を考える機会を設けることが望まれます。

A-5 機能訓練、介護予防

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| A-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。 | a・Ⓑ・c |

特記事項

- 手作業、歩こう会、体を動かすレクリエーションを取り入れ、日々の活動の中で意図的に機能訓練・介護予防活動を行っていることがうかがえました。
- 今後は、利用者の状況に応じて専門職と連携することにより、認知症の症状の早期発見など、取組の充実を期待します。

A-6 健康管理、衛生管理

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。 | a (b)・c |
| A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a (b)・c |

特記事項

- 利用者ごとの緊急時の搬送先及び連絡票を整備するなど、利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立しています。また、併設の特別養護老人ホームの看護師や嘱託医との連携により、健康管理や感染症予防の取組が行われています。
- 今後、健康管理についての研修を通じて、利用者の急変や体調の変化に応じた柔軟な対応ができる取組に期待します。

A-7 建物・設備

| | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---------|
| A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | a (b)・c |

特記事項

- 建物等の環境整備においては、気が付いたところや不備がある場合には随時報告し、積極的に修繕や見直しを行っていることがうかがえました。また、テレビやカラオケスペース、ベッド、ソファ、和室を設け、利用者の生活空間の快適性に配慮しています。
- 今後、備品や設備について定期的に点検チェックを行うことにより、より安心な環境づくりの取組に期待します。

A-8 家族との連携

| | 第三者評価結果 |
|----------------------------|---------|
| A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | a・(b)・c |

特記事項

- 日常的には、随時、電話や連絡帳によって、家族との連携が図られています。
- 担当会議や在宅介護支援センターが開催する「楽・得介護塾」を活用し、家族（主たる介護者）の心身の状況を把握し、必要に応じ介護に関する助言を行っている事例がうかがえました。
- 今後は、懇談会など利用者の家族からの要望を取り入れるような取組に期待します。

A-9 サービスの適切な実施

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|---------|
| A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | a・b・(c) |

特記事項

- ケアプランのアセスメントや利用状況報告書をベースにサービスを個別・具体的に実施されていますが、個別のサービスマニュアルなど、それらを文章化し、明示するには至っていません。
- 今後は、利用者個々の援助の内容について、具体的な方法を記載していくことが必要です。

各評価項目に係る評価結果グラフ

Ⅲ・A 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 39 | 60.9 |
| Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 13 | 41.9 |
| A-1 支援の基本 | 17 | 11 | 64.7 |
| A-2 身体介護 | 42 | 34 | 81.0 |
| A-3 食生活 | 22 | 14 | 63.6 |
| A-4 認知症ケア | 17 | 11 | 64.7 |
| A-5 機能訓練、介護予防 | 6 | 4 | 66.7 |
| A-6 健康管理、衛生管理 | 16 | 13 | 81.3 |
| A-7 建物、設備 | 6 | 4 | 66.7 |
| A-8 家族との連携 | 8 | 6 | 75.0 |
| A-9 サービスの適切な実施 | 7 | 0 | 0.0 |
| Ⅲ・A合計 | 236 | 149 | 63.1 |



