

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ケアサービス神姫あおやま

(予防訪問介護・訪問介護サービス)

評価実施期間 2017年2月28日 ～ 2017年8月31日

実地(訪問)調査日 2017年5月10日

2017年8月28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

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

②施設・事業所情報

名称：ケアサービス神姫あおやま		種別：予防訪問介護・訪問介護	
代表者氏名：岡田達之		定員（利用人数）：	名
〒671-2222 姫路市青山1丁目35番5-101号			
TEL 079-260-7284	ホームページ： http://www.e-hope.co.jp/category/care/aoyamanosato.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）：株式会社 ホープ			
職員数	常勤職員： 2 名	非常勤職員：	20 名
専門職員	（専門職の名称）		
	管理者	1名	サービス提供責任者 2（1）名
	事務員	（1）名	訪問介護員 （19）名
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	事務所	1室	車両 1台

③理念・基本方針

理念：地域共栄 未来創成 ビジョン：信頼を築き発展につなげる 行動規範：①私たちは、協働ケアに努めチームワークを高めます ②私たちは、技術と知識の向上に努めます ③私たちは、地域と共に歩みます

④施設・事業所の特徴的な取組

サービス付き高齢者向け住宅に併設している事業所であり、住宅の生活支援員と密に連携がとれることで、入居者の生活全般についてきめ細かなニーズに対応できている。又、在宅利用者の要支援率が高く、介護予防を重視し、出来る限り在宅生活の継続ができるよう支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年2月28日（契約日）～ 平成29年7月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 利用者の心身の状況や意向に合わせて介助の方法を工夫し、適切な身体介護が行われています。</p> <p>夜間のパットの当て方を工夫し、立位が難しくてもトイレでの排泄介助を行うなど、紙パンツから布への変更等、自立に向けた排泄の働きかけを行っています。</p> <p>入浴介助では、室温管理や入浴後の水分補給に気を配られるとともに、心身の状況や意向に合わせ、清拭や足浴で対応するなど、柔軟な身体介護が行われています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○ 標準的な実施方法が適切に文章化され、組織全体で見直す仕組みが必要です。</p> <p>福祉サービスを提供するにあたって、職員全員が必ず行わなければならない基本となる部分を文章化し、利用者一人ひとりへのサービス内容や対応を共有化することが必要です。また、実施方法については、サービス内容の変化や新たな知識の導入など、現状を検証し、定期的な見直しを利用者、職員の提案にもとづいて行う組織的な仕組みを定めることが望まれます。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>利用者様に対して、より良いサービス提供が行えるよう受審し評価を受けました。日常の業務では気づきにくい視点で評価、ご指摘を頂き、気づかされる点が多数ありました。特に職員の標準化を示す目的であるマニュアルについては、今後如何に各職員に落とし込んでいくかが、当事業所の課題です。取組みを強化する事で利用者様に満足頂け、職員もやりがいを持ってサービス提供出来る事業所に成長していきたいと思っております。</p>

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
<コメント> ○ 企業理念を毎週、出勤職員で唱和されるとともに、年間研修計画に基本的人権や利用者尊重について盛り込まれ、研修を実施されています。 ○ 今後は、各種マニュアルの中に、利用者を尊重した福祉サービス提供に関する姿勢を明確にし、職員間で共通の理解を持ち、実践される取組が必要と思われれます。		
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
<コメント> ○ 利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護について、マニュアルを整備され、研修会を実施することで、職員への理解が図られています。 ○ 今後は、不適切な事案が発生した場合の対応方法を、マニュアルの中に記載するなど、プライバシー保護や虐待防止等の権利擁護に関しての規定や内容を充実させていくことが期待されます。		
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
<コメント> ○ 利用希望者においては、個別に訪問してパンフレットを手渡し、身体介護や生活援助の内容など、丁寧な説明を実施されています。 ○ 今後は、実施する福祉サービス（訪問介護）の紹介する資料を、誰にでも分かりやすく工夫し、策定する取組が期待されます。		
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
<コメント> ○ サービス開始・変更時には、利用者の希望を優先し、自己決定を尊重するとともに家族の同意を得たうえで、サービス内容に関する説明をし、書面で残されています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、利用者の権利を守るために、適切な説明、運用が図られることが望まれます。		

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"> ○ 福祉サービス内容の変更においては、担当ケアマネジャーに連携をとり、利用者に不利益が生じないように、連携情報票を使用し、福祉サービスの継続性に配慮されています。 ○ 今後は、移行に当たっての手順書作成やサービス終了後の担当窓口の設置など、更なる取組の充実が期待されます。 		
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"> ○ 利用者調査としてアンケートは行われていますが、不定期な実施であり、利用者満足を把握する目的としては明確ではありませんでした。 ○ 今後は、利用者満足を把握する目的で、定期的なアンケート調査や、個別の面談を実施するなど、満足度向上の仕組みを整える取組が必要です。 		
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"> ○ 利用者アンケートを実施し、本人や家族の意見、苦情の把握に努められています。苦情内容については適切に記録され、対応策については利用者や家族、ケアマネジャー等に随時、連絡・報告されています。 ○ 今後は、第三者委員を設置するなど、苦情解決の体制を確立され、苦情に関する仕組みを利用者や家族に分かりやすく周知する取組が望まれます。 		
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"> ○ 事業所内に相談室を設けたり、訪問介護事業所の電話回線を別回線にするなど、相談しやすい環境に配慮されています。 ○ 利用者や家族が相談や意見を述べる際に、複数の相談方法や相談相手を選べることを説明した文章を作成し、日常的に利用者に周知する取組が望まれます。 		
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"> ○ 利用者アンケートを実施して意見を把握するように努めており、相談内容によっては訪問し、利用者や家族の意見を傾聴するように努められています。 ○ 今後は、利用者からの意見、要望等への報告手順や、対応策の検討などについて定めたマニュアルを整備することが必要です。 		

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
<コメント> ○ ヒヤリハット報告書や事故報告書の書式を準備し、食事中の誤嚥事故の対応方法など、職員の緊急時、事故対応に関する研修が行われています。 ○ 今後は、リスクマネジメントに関する責任者や委員会を設置するなど、利用者の安全と安心確保の為に体制を整備していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 感染症対応マニュアルを作成し、研修会等で職員への周知が図られています。職員に消毒液やゴム手袋を配布し、用途に応じた着用を指導され、感染症の予防策が講じられています。 ○ 今後は、感染症対策を担当する責任者を明確にされ、発生時や緊急時の利用者の安全確保について、組織として体制を整備していくことが望まれます。		
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やっている。	a・b・ c
<コメント> ○ 施設全体として、年2回火災避難訓練が行われていますが、今後は、災害時に関する担当部署や対応を明示し、利用者、職員の災害時の安否確認の方法を決められ、職員に周知する取組が必要です。		

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
<コメント> ○ 各種マニュアルが作成され、職員の業務開始時に『ヘルパー業務開始心得』を説明されています。 ○ 今後は、標準的な実施方法に利用者尊重やプライバシーの保護など、権利擁護に係る姿勢を明示し、サービス提供する職員が必ず行わなくてはならない基本の支援方法を共有するとともに、それにもとづいて福祉サービスを提供していくことが必要です。		
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
<コメント> ○ 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立し、実施方法の検証や見直しが定期的実施される仕組み作りが望まれます。		

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"> ○ アセスメント様式が定められ、様々な職種の関係職員によってアセスメントにもとづく個別サービス実施計画等が協議されています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画の策定の責任者を明確化するとともに、アセスメントから計画作成までの手順を定められることが望まれます。 		
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"> ○ 居宅介護支援計画の変更時に合わせて訪問介護計画書の見直しが行われています。緊急なサービスの変更の場合にはケアマネジャーに報告し、家族に同意を得てサービスが行われていますが、手順や仕組みが明確ではありませんでした。 ○ 今後は、定期的な福祉サービス実施計画の見直しや、緊急に変更する場合の見直しに関する手順等の仕組みを明示することが必要です。 		
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"> ○ 利用者ごとに、サービス提供記録にサービスの内容とサービス時の利用者の様子が記録されています。また、記録内容や書き方に差異が生じないように、個別で職員に指導したり、研修等で統一できるように工夫されています。 ○ 今後は、利用者に関する情報が、事業所全体で的確に共有できるような仕組みの整備が望まれます。 		
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"> ○ 個人情報の取り扱いについては、契約時に利用者や家族に説明され、同意書をいただいています。プライバシー保護の取組の中で記録の取り扱いについて職員研修が行われていますが、個人情報保護規定の理解には至っていません。 ○ 今後は、個人情報保護規定による利用者の記録の管理規定を定めるとともに、職員に周知され、個人情報保護規定等を遵守する取組が望まれます。 		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	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

- 個別のアセスメントシートにおいて、利用者一人ひとりの心身の状況や生活習慣等を把握し、自立した生活が営めるように自分で出来ることはなるべくして頂けるよう、残存機能に配慮したサービスの提供に努めています。
- 接遇マナーに関して職員研修が行われ、利用者を尊重する言葉が使われるよう取り組まれています。

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

- 一人ひとりの心身の状態に合わせて介助方法を工夫し、身体介護サービス提供が行われています。安全性に配慮しながら自立に向けた働きかけが行われています。
- 今後は、褥瘡予防に関して標準的な実施方法を確立し、家族や介護支援専門員（ケアマネジャー）等に情報共有する仕組み作りが望まれます。

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。	a・(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・(b)・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)・b・c

特記事項

- 利用者の嚥下能力に合わせ、細かく切ったり柔らかくしたり、調理の工夫が行われています。座位で食事を摂っていただくように声掛けし、食後の口腔ケアを実施しています。また、食事時の事故対応方法や口腔ケアに関する職員研修が実施されています。
- 今後は、食事をおいしく食べられるような工夫として、訪問介護員に対して、献立に変化を持たせる工夫や調理に関する研修等の実施が期待されます。

A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a (b) c

特記事項

- 在宅で終末期を迎えた事例はまだないですが、対応方法や連絡体制を職員間で確認されています。外部講師を招いて、職員に対して、終末期のケアに関する研修が行われています。
- 今後は、利用者が終末期を迎えた場合の対応について、具体的な手順やマニュアルを整備し、ケアに携わる職員に対して精神的なケアの実施についても検討が望まれます。

A-5 認知症ケア

		第三者評価結果
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a (b) c
A-5-②	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) b c

特記事項

- 認知症の状態に配慮し、必要に応じて家族の悩みや相談に対応し、利用者に対しては受容的な関わりや傾聴に努めるように、職員に外部研修や内部研修を実施されています。
- 今後は、利用者の日常生活能力や残存機能の評価等を行い、利用者が日常生活の中で役割を持ち、イキイキと暮らせる個別の工夫を検討する取組が期待されます。

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
A-6-①	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 (b) c

特記事項

- 利用者の日常生活を日々観察し、異常や変化に気づいた場合には担当のケアマネジャーに報告し、医療機関等の受診に繋いでいます。
- 今後は、利用者に対して必要に応じて地域で開催されている活動への参加や、自宅で行える介護予防活動について情報提供や助言などを行う取組が期待されます。

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
A-7-①	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-7-②	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

- 感染症や食中毒に対するマニュアルを整備し、それぞれについて職員研修が行われています。特に、期限切れの食品は家族の同意を得て処分するなど、調理に関するルールを定め、食中毒の発生予防に努めています。また、職員のインフルエンザ予防接種を事業所の負担で徹底され、感染症への配慮がなされています。
- 今後は、利用者の体調変化の対応や、高齢者の健康管理や薬の効果、副作用や服薬時の注意について、研修を実施することが望まれます。

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

- 3ヶ月ごとに利用者を訪問し、家族に対しサービスの状況を報告するとともに、要望やサービス内容の意見等を聞く機会を設けています。また、ケアマネジャーには毎月、状況報告書を送付し、家族等の心身の状況にも気を配り、必要に応じて報告しています。
- 今後は、家族の介護負担について把握するとともに、介護に関する助言や介護研修など、必要に応じて情報提供するなどの取組が期待されます。

A-9 サービス提供体制

	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	a (b) c

特記事項

- 訪問介護員が変更になる場合には、事前に利用者へ連絡し、了解を得ています。サービス利用初回については訪問介護員にサービス責任者が同行するようにし、安定したサービス提供体制に努めています。
- 今後は、打ち合わせや会議等でサービスの実施方法や手順、利用者の状況などの情報を、職員全員に周知徹底するための取組が望まれます。

A-10 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-10-① 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

- 各種マニュアルの中に、食事介助、入浴清拭、排泄、整容など場面ごとのマニュアルを整備され、個別援助計画に、身体介護、生活援助ごとに、業務内容や業務手順を示し、サービス提供責任者が口頭でヘルパーに説明されています。
- 今後は、意思疎通が不十分な利用者へのサービス方法や、利用者の心理面に配慮したサービス方法について、具体的に明示する取組が望まれます。

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	62	21	33.9
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	31	9	29.0
A-1 支援の基本	18	16	88.9
A-2 身体介護	29	27	93.1
A-3 食生活	19	16	84.2
A-4 終末期の対応	5	3	60.0
A-5 認知症ケア	13	9	69.2
A-6 機能訓練、介護予防	4	1	25.0
A-7 健康管理、衛生管理	12	9	75.0
A-8 家族との連携	8	5	62.5
A-9 サービス提供体制	6	3	50.0
A-10 サービスの適切な実施	6	4	66.7
合計	120	93	77.5



