

播磨地域障害福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

事業所名：博由園居宅介護事業所

（居宅介護事業）

評価実施期間 2010年9月8日 ～ 2011年1月31日

実地（訪問）調査日 2010年 11月 8日

2011年1月25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

播磨地域障害者居宅サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構
所 在 地	姫路市安田3丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階
評価実施期間	2010年 9月 8日 ~ 2011年 1月 31日 (実地(訪問)調査日 2010年 11月 8日)
評価調査者	HF05-1-0023 2010004

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 博由園居宅介護事業所	種別： 居宅介護事業
代表者氏名： (管理者) 中 田 義 則	開設(指定)年月日： 昭和(平成) 19年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 博由社 経営主体：社会福祉法人 博由社	利用人数： 16名
所在地：〒 674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪2573-16	
電話番号：078-936-7335	FAX番号：078-936-7538
E-mail： hakuyu@actv.zaq.ne.jp	ホームページアドレス：

(2) 基本情報

<p>理念・方針：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅において笑顔で生活が営むことができるよう援助いたします。 ・利用者が居宅において自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう援助します。 ・身体状況や環境に応じた介護、家事等の生活全般にわたり支援します。 ・生活に関する相談支援など利用者の安心感を高め、丁寧な援助ができるよう努力します。 <p>力を入れて取り組んでいる点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所のできる範囲になりますが、利用者からの要望を支援に反映する。 ・事業所の都合、ヘルパーの都合で支援を作らないようにしています。 						
職員配置 (労働時間)	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	管理者	1	常勤職員	5	非常勤	8
	介護福祉士	5(5)	社会福祉士	0	1級ヘルパー	
	2級ヘルパー	1(3)	3級ヘルパー	0	その他	

- 3 社会生活支援

	第三者評価結果
- 3-(1) 外出・移動支援	
- 3-(1)- 外出は、利用者の希望に沿って行っている。	a (b) c
- 3-(2) 社会参加	
- 3-(2)- 社会参加に関する多様な機会を確保している。	a (b) c

特記事項

利用者の希望に沿った外出移動支援は伺えますが、社会参加に視点を当てた具体的な支援の充実が望まれます。

- 4 障害特性支援

- 4-(1) 障害特性支援	
- 4-(1)- 利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。	a (b) c
- 4-(1)- 行動障害のある方への特別な支援を行っている。	非該当
- 4-(1)- 重複障害のある方への特別な支援を行っている。	a (b) c
- 4-(2) 家族支援	
- 4-(2)- 家族に対する支援、助言を行っている。	a (b) c

特記事項

障害特性支援については、個々に整理されており、特性に応じた支援がなされています。また、重複障害のある方への支援については、事例検討や相談支援事業所との連携により、特別な支援にも取り組まれています。今後は、利用者個々の障害特性について事業所内での研修の充実が課題です。

家族支援については、家族との情報交換や日ごろのサービス状況の報告など書面による連携の取り組みがうかがえます。今後は、制度説明や援助技術について家族に情報提供されるなど、支援の充実が望まれます。

事業所の状況

平成19年4月に法人利用者の地域サービスの受け皿として事業を開始されました。現在、身体に障害のある方を中心に一人暮らしや外出など幅広い地域での支援を行っています。

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

- ・利用者ヘルパーのコミュニケーションを大切に、コミュニケーション支援を重要視した支援がなされています。
- ・日常生活支援に必要なマニュアルが整備されています。
- ・見守りと支援の体制が明確にされており、利用者が主体の支援が提供されています。
- ・利用者の障害特性に応じた研修が実施されており、ヘルパーにも周知がなされています。

特に改善を求められる点

- ・利用者の相談や意見について、相談先と相談方法については確保されていますが、利用者への周知が必要です。
- ・サービス実施計画の評価と見直しの仕組みが必要です。
- ・利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備する必要があります。
- ・利用者の同意を得た上で、家族への利用状況の情報提供が必要です。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

移行後2回目の受審となり、前回のご指導の際から比べると改善されている事項はあったものの、当事業所が抱えている問題に対し、解決へのヒントを得ることが出来、とても満足しています。

各評価項目に係る第三者評価結果

(別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

(別紙1)

評価細目の第三者評価結果

評価対象 組織の運営管理

- 2 安全管理

	第三者評価結果
- 2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。	
- 2-(1)- 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制を整備している。	a・(b)・c
- 2-(1)- 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a・(b)・c

特記事項

緊急時については、サービス提供責任者が対応したり、バックアップ施設の応援が得られる等、支援体制の充実が図られています。しかしながら、管理体制の明確化までには至っていません。
ヒヤリハットについては、職員において検討され、周知し対応がなされています。今後、安全管理に関する研修を実施するとともに事故防止策の実施状況のチェックと見直す仕組みを確立することが課題です。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果
- 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
- 1-(1)- 利用者を尊重した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
- 1-(1)- 虐待の予防や対策のための取組を行っている。	a・(b)・c
- 1-(1)- 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a・b・(c)
- 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
- 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	a・(b)・c
- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
- 1-(3)- 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・b・(c)
- 1-(3)- 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	a・(b)・c
- 1-(3)- 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・(b)・c

特記事項

利用者とは話し合う機会を多く設け、その中より相談を要することや意見を吸い上げる対応がなされています。また、利用者尊重や障害者の人権について、内部研修が実施されました。苦情解決の体制については整備されており、苦情へのフィードバックも、検討内容や改善策を必ず利用者に伝えられています。

利用者の相談や意見については、相談先と相談方法については決められていますが、文章化までには至っておらず、利用者への周知が今後の課題です。

虐待の定義や対応については明文化されており、虐待の早期発見について具体的な取組がなされていますが、プライバシーに関する規定は文章化されておらず、規定やマニュアルの整備が望まれます。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2 -(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
- 2 -(1)- サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・(b)・c
- 2 -(1)- 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a・b・(c)
- 2 -(1)- 課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	a・b・(c)
- 2 -(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
- 2 -(2)- 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a・(b)・c
- 2 -(2)- 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	a・b・(c)
- 2 -(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
- 2 -(3)- 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	(a)・b・c
- 2 -(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・(b)・c
- 2 -(3)- 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・(b)・c

特記事項

サービスの質の確保については、評価報告を通して評価結果・情報共有がなされ、前回評価より積極的に取り組まれています。今後は、課題を明確にすることで、サービス改善の仕組みの整備が期待されます。

各提供サービスについての個別マニュアルが整備されており、実施状況の確認については、サービス提供責任者が同行訪問し、確認されていますが、マニュアルを用いての研修や周知徹底までには至っていません。

サービスの記録については、個別に整備されており、ばらつきが生じないよう、様式の工夫もされています。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
- 3 -(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	
- 3 -(1)- 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a・(b)・c
- 3 -(1)- サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a・(b)・c
- 3 -(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
- 3 -(2)- 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・(c)

特記事項

パンフレットなどでサービス選択に必要な情報が、事業所のみならず、行政機関・リハビリテーションセンター等で提供されています。

サービス提供の開始については、重要事項説明書にサービスについて具体的な内容を明示し、十分説明が行われ、利用者の同意を得たうえで契約がなされています。今後は、説明の手順や方法、留意点を定めることで統一した説明ができることが期待されます。

サービスの継続の支援については、介護保険移行への事例がうかがえました。今後は、引き継ぎ手順と文書の規定が必要です。

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 -(1) 利用者のアセスメントを行っている。		
- 4 -(1)-	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a)・b・c
- 4 -(1)-	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a)・b・c
- 4 -(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。		
- 4 -(2)-	サービス実施計画を適切に策定している。	a・(b)・c
- 4 -(2)-	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・(c)

特記事項

サービス実施計画について、アセスメントシートは細かいところまで記入されていて、利用者の状況等が見やすく整理されています。また、ニーズ把握も適切にされており、再アセスメントについては、6カ月に1度以上行われていました。

サービス計画の評価・見直しについては、見直しについては、ヘルパーの報告のもと、必要に応じて行われていますが、定期的に行う手順と仕組みの整備が必要です。

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重

	第三者評価結果
- 1 -(1) 利用者の尊重	
- 1 -(1)- コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	(a) b・c
- 1 -(1)- 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制を整備している。	(a) b・c

特記事項

利用者ヘルパーとのコミュニケーションを大切にし、コミュニケーション支援を重要視した支援がなされています。意思表示の困難な方については、家族の同席、筆談や質問の仕方を工夫するなどコミュニケーションの工夫事例が伺えました。また、相談支援事業所の職員を介した支援も行われており、利用者の尊重に配慮されています。
見守り支援の体制が明確にされており、利用者の主体性を尊重した支援が提供されています。

- 2 日常生活支援

	第三者評価結果
- 2 -(1) 食事	
- 2 -(1)- サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。	(a) b・c
- 2 -(2) 入浴	
- 2 -(2)- 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a (b) c
- 2 -(3) 排泄	
- 2 -(3)- 排泄介助は快適に行っている。	(a) b・c
- 2 -(4) 衣服・更衣	
- 2 -(4)- 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a) b・c
- 2 -(5) 整髪・化粧	
- 2 -(5)- 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	(a) b・c
- 2 -(6) 睡眠	
- 2 -(6)- 安眠できるように配慮している。	非該当
- 2 -(7) 健康管理	
- 2 -(7)- 利用者の健康管理は適切に行われている。	a (b) c

特記事項

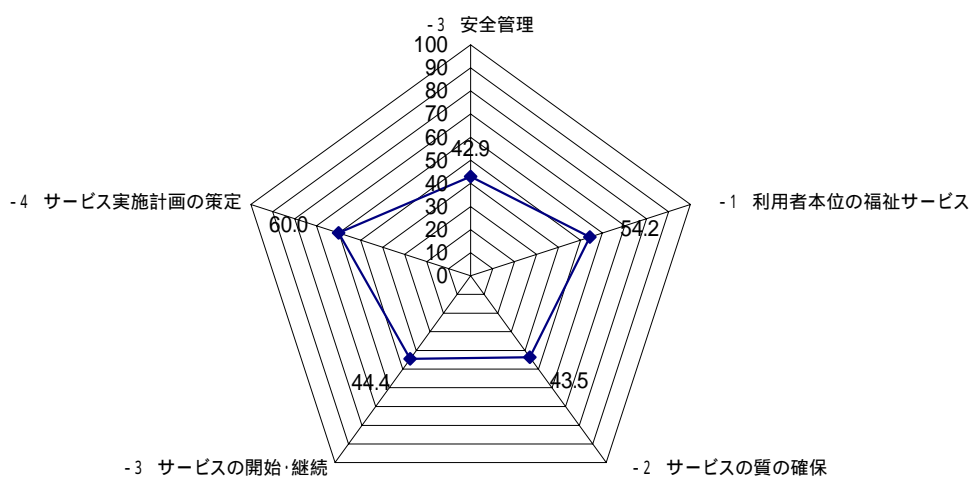
各日常生活の場面で、サービス毎の業務を標準化したマニュアルが少しずつ整備されています。今後、更なるマニュアルの整備が期待されます。
日常生活の援助については、利用者ヘルパーとが相談しながら、要望に基づいた支援が行われています。また、意思疎通が困難な方については、家族と相談しながら支援が提供されています。
健康管理においては、前回の評価と同様、個別に状況が記載され、協力医療機関との連携も確保されていますが、体調不良時や服薬時の対応手順が明確でなく、スタッフへの標準化が望まれます。

各評価項目に係る評価結果グラフ

～ 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
-3 安全管理	7	3	42.9
-1 利用者本位の福祉サービス	24	13	54.2
-2 サービスの質の確保	23	10	43.5
-3 サービスの開始・継続	9	4	44.4
-4 サービス実施計画の策定	10	6	60.0
～ 合計	73	36	49.3

～ 達成度



各評価項目に係る評価結果グラフ

達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 - (1) 利用者の尊重	8	8	100.0
2 - (1) 食事	3	3	100.0
2 - (2) 入浴	5	4	80.0
2 - (3) 排泄	4	4	100.0
2 - (4) 衣服・更衣	3	3	100.0
2 - (5) 整髪・化粧	3	3	100.0
2 - (7) 健康管理	6	3	50.0
3 - (2) 社会参加	3	1	33.3
4 - (1) 障害特性支援	5	4	80.0
4 - (2) 家族支援	3	1	33.3
合計	43	34	79.1
総合計	116	70	60.3

