

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別

短期入所生活介護

事業所名 (施設名)

ショートステイひまわりの家

第三者評価の判断基準

a・・・着眼点をすべて実施している状態

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

c・・・着眼点を一つも実施していない状態

実施していない状態

実施している状態

(H22.9修正版)

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
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	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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り組みを行っている。	a)	151 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者の尊重についての記載がある。 152 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。 153 利用者尊重や基本的人権への配慮をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 154 利用者の尊厳を損なう言動や身体拘束、虐待等を防止するため「職員行動規範」を定めている。	サービス提供や基本方針を定めた業務規程に、人権の尊重や尊厳保持の視点が盛り込まれている。基本的人権への配慮をテーマとした全職員学習会を年1回以上実施し、身体拘束などの行動制限に関する方針に従っているが、虐待に関する指針は未整備である。評価後整備された。
			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)	155 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等がある。 156 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する記載がある。 157 利用者のプライバシー保護や、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 158 利用者のサービス実施計画(又はサービス提供記録)の中に、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供を行う(又は行った)旨の記載がある。	
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a)	159 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の向上を図る旨の記載がある。 160 利用者満足に関する調査・アンケートを年2回以上行っている。 161 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取を年1回以上行っている。 162 利用者の家族等との面談等により、家族の満足度や要望を把握している。	運営規定に利用者満足の向上を図る旨の記載がある。利用者満足に関する調査・アンケート実施や、利用者への個別の面談や聴取を始めたばかりである。利用者満足に関する担当責任者は施設長で、職場会議で調査結果に関して具体的に検討をした記録がある。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	1	(2)			<p>163 利用者満足に関する調査の担当者(担当部署)を定めている。</p> <p>164 調査結果に関する検討会議を設置している。</p> <p>165 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</p> <p>166 検討結果に基づいて具体的な改善策を立て、実施した記録がある。</p>	
		(3) 利用者が意見を述べやすい体制を確保している。	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)	<p>167 利用者からの意見・要望を受け付ける相談窓口を設置している。</p> <p>168 利用者からの意見・要望等に対する担当者及び責任者を定めている。</p> <p>169 重要事項説明書に、当該施設の相談窓口及び電話番号、担当者・責任者の氏名を明記している。</p> <p>170 重要事項説明書の当該部分を施設内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>171 施設便り等に相談窓口や相談方法を載せることにより、利用者に周知している(年1回以上)。</p> <p>172 施設内に利用者や家族のプライバシーに配慮した相談室がある。</p> <p>173 意思の疎通が困難な利用者に対して、手話、筆記や成年後見制度の利用が用意されている。</p> <p>174 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。</p>	利用者からの意見・要望、苦情を受け付ける相談窓口を設置し、責任者は師長であることが重要事項説明書に記載されている。重要事項説明書は事務所内の見やすい場所に置かれている。事定期的に発行するひまわり通信に、相談窓口や相談方法も明記されていて、利用者の家族が相談や意見を述べる場合に、プライバシーに配慮するため、相談室を活用している。
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>175 苦情相談窓口を設置している。</p> <p>176 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</p> <p>177 第三者委員を設置している。</p> <p>178 重要事項説明書に、当該施設の苦情相談窓口及び電話番号、苦情受付担当者・苦情解決責任者の氏名を明記している。</p>	苦情相談窓口を設置し、施設長が責任者を務めている。重要事項説明書にはそれが明記されている。苦情の受け付けから解決、結果の公表までを記したマニュアルがある。第三者的な立場である利用改善委員会も設けて3か月に1回開催していて、苦情を申し出しやすい工夫がある。苦情に対しては、迅速に対応していることを読み取ることが

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	1	(3)			<p>179 重要事項説明書に、公的な苦情受付窓口として、市町村介護保険担当課、長野県国民健康保険団体連合会、長野県社会福祉協議会（福祉サービス運営適正化委員会）及びそれぞれの電話番号を明記している。</p> <p>180 重要事項説明書の当該部分を施設内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>181 施設便り等に苦情相談窓口や苦情解決方法を載せることにより、利用者に周知している（年1回以上）。</p> <p>182 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。</p> <p>183 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>184 苦情解決記録（受付、原因究明、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）があり、適切に保管している。</p> <p>185 苦情に対して即日の対応が行われている（苦情解決記録により確認）。</p> <p>186 苦情への検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。</p> <p>187 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p> <p>188 苦情解決責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している（苦情解決記録により確認）。</p> <p>189 苦情解決の経験が蓄積・活用され、同様の苦情が繰り返し発生していない（苦情解決記録により確認）。</p>	<p>できる記録がある。苦情を申し出た家族に対しては個人情報に配慮しながら、文書で通知し、解決結果を公表している。苦情対応記録が解りやすく整備されることを求めます。</p>
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>190 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定した「対応マニュアル」を整備している。</p> <p>191 意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）がある。</p> <p>192 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している（対応記録により確認）。</p> <p>193 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p>	<p>利用者からの意見に対しては、記録、報告、対応策の検討などを記載したマニュアルがある。職場会議を通じて随時、見直しを行っている記録があり、具体的にサービスを改善した事例が記録されている。利用者からの要望聞き取りシートを整備したばかりで、現在マニュアルの見直しを行っている記録があり、今後の継続的な取り組みに期待します。意見や提案を申し出た利用者や家族に対しては個人情報に配慮しながら、文書で通知し、解決結果を公表している。</p> <p>対応した記録がわかりやすく整備されること</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	1	(3)			<p>194 意見等への検討内容や対応策を、意見等を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。</p> <p>195 意見等を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、意見等の内容及び対応策等を公表している。</p> <p>196 要望や意見等により具体的にサービスを改善した事例がある。</p>	を求めます。
			苦情や意見等を述べた利用者等を保護する仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>197 「就業規則」「利用契約書」「対応マニュアル」に、苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いをしてはならない旨の規定を設けてある。</p> <p>198 重要事項説明書等に、「万が一不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応をとるので、責任者にその旨申し出願いたい」旨が明記されている。</p> <p>199 苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いを行った職員に対する処分が定められている。</p>	就業規則には、苦情や意見を述べた利用者に対して不利益な扱いをしてはならないことが明記されていて、不利益な扱いを行った職員に対する処分も定められている。重要事項説明書には、不利益な扱いを受けた場合の事業所としての責任ある対応を取ることや、その旨申し出てもらうことが明記されている。
2	サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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)	<p>200 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行っている。</p> <p>201 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>202 内部監査を毎年実施している。</p> <p>203 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>204 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。</p>	今回第三者評価により自己評価をすることができた。利用改善委員会で改善検討はされてきたが今後定期的に評価し、又内部監査の実施に向けて体制が整えられることを希望します。
			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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	<p>205 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>206 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p>207 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>208 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定している。</p> <p>209 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。</p> <p>210 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。</p>	職場会議で、評価結果の分析を取り組み始めた。課題は記録され、職員の間で共有されている。改善策、改善計画の評価も職場会議で始めたところで現在行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	2	(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供する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)	<p>211 標準的な実施方法のマニュアルがある。</p> <p>212 口腔ケアを毎日の標準的なサービスとすることを定めたマニュアルがある。</p> <p>213 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられている。</p> <p>214 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。</p> <p>215 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>	<p>業務マニュアルに記載がある</p> <p>業務マニュアルに記載がある</p> <p>職員が取り出しやすい場所にある</p> <p>職場会議記録がある</p> <p>職場会議記録がある</p>
			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)	<p>216 サービスの標準的な実施方法のマニュアルを見直すための検討会議が毎年1回以上開かれている。</p> <p>217 マニュアルの見直しには、関係する各分野の職員が参加している。</p> <p>218 職員や利用者等からの意見や提案をもとにマニュアルを見直した具体的事例がある。</p>	<p>職場会議の記録に検討した記録がある</p> <p>検討会議は職場会議で行い、実際に見直した具体例については、会議記録に記載がある。業務マニュアルを見直した記録がある。</p>
		(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	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)	<p>219 サービス提供記録の様式が定められている。</p> <p>220 利用者一人ひとりについて、それぞれのサービスの提供内容が毎回記録されている。</p> <p>221 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。</p>	<p>記録の様式や統一については診療録マニュアルで定められていて、利用者一人ひとりについて提供したサービスの内容が記載されている。電子カルテとの併用においては、計画書との連動がわかりにくい箇所があり、指導の仕方の工夫を求めます。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>222 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>223 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程を定めている。</p> <p>224 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。</p> <p>225 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</p> <p>226 退職後の守秘義務について、職員から誓約書をとっている。</p> <p>227 個人情報の利用について、契約時に利用者及びその家族から同意書を得ている。</p> <p>228 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>229 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p>	<p>診療情報管理士が設置されていて組織的な管理がされている</p> <p>診療情報管理マニュアルに記載がある</p> <p>守秘義務についての記載欄に明記されていて倫理規定でも定めがある</p> <p>就業規則に記載がある</p> <p>署名された誓約書がある</p> <p>重要事項説明書に記載があり同意を得ている</p> <p>規程に基づいた全職員学習会で行っている実施記録があり、職員は理解している。今後は、遵守が徹底されているか確認をする取り組みを求めます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	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)	<p>230 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>231 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>232 パソコンのネットワークシステムを利用して、施設内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	<p>電子カルテを活用していて、カンファレンスの記録と電子カルテの内容につながりがあり、整備された仕組みの中で取り組んでいる。</p>
			職員に必要なサポートを行っている。	a)	<p>233 記録の書き方、居宅サービス計画・短期入所生活介護計画の理解の仕方、報告事項等について個別に指導した記録がある。</p> <p>234 トラブルの際には職員の言い分も十分に聞き、その気持ちを受け止める仕組みがある。</p> <p>235 援助が難しい入所者の担当職員には、管理者等が常に状況を聞き、大変さや努力を認めている。</p> <p>236 職員との話し合いやグループ・スーパービジョンの内容、その後の職員の状況等に関する記録がある。 (「グループ・スーパービジョン」とは一人の知識や技術を持った指導員が数人の経験の浅い職員に対して集団で指導を行うことを言います。)</p> <p>237 ステップアップ研修や、担当利用者の疾病等の知識に関する研修が定期的実施された記録がある。</p>	<p>職場会議で把握した内容について、師長が個別に対応する仕組みがあり、対応している記録がある。</p> <p>職場会議で行ったことを読み取ることができる記録はある。今後は取り組み内容が詳しくわかる記録の整備を求めます。</p> <p>学習会の記録に実施した記録がある</p>
3	サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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)	<p>238 インターネットを利用して、施設を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>239 施設を紹介するパンフレット等を作成している。</p> <p>240 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。</p> <p>241 施設を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</p> <p>242 見学、体験入所等の希望に対応している。</p> <p>243 問い合わせへの対応担当者を定めている。</p>	<p>ホームページは整備されており、パンフレットは読みやすい文字で作成されていて、諏訪共立病院や行政関係の施設などに置いている。業務日誌には問い合わせなどに対応した記録があり、業務マニュアルには対応者が定められている。ホームページは事業所情報が見やすいような配慮や工夫をすることに取り組んだが実施できていない。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	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)	<p>244 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用いて利用者に説明している。</p> <p>245 利用契約書を取り交わしている。</p> <p>246 重要事項説明書及び契約書の文字の大きさは読みやすいものとなっている。</p> <p>247 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。</p> <p>248 利用の決定について迷っている人には即答を求めず、余裕をもって自己決定できるようにしている。</p> <p>249 利用者が、いつでも契約の解除ができることを説明している。</p>	<p>署名済みの重要事項説明書に記載がある</p> <p>署名を交わした契約書がある</p> <p>文字は読みやすく配慮がされている</p> <p>利用者や家族が理解しやすいように丁寧な説明を行い、手話通訳の配慮もしている。</p> <p>利用者の家族が判断できるなどの時間的余裕への配慮がある。</p> <p>契約を交わすとき書面で説明している</p>
			正当な理由なくサービス提供を拒否していない。	a)	<p>250 利用の申込みがあった際、サービス提供を拒否することができる条件を文書で定めている。</p> <p>251 利用の可否は各職種の職員の協議により決定し、その経過を記録に残している。</p>	<p>入所受け入れ基準は書面で定められていて、内容は、職場会議で職員と共有し、それを記録に残してある。</p>
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	他の施設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。	b)	<p>252 他の施設等への移行や在宅復帰にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>253 退所に際しては、利用者や家族への生活指導、居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業者、主治医への情報提供など、利用者への不安を軽減する取り組みをしている。</p> <p>254 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>255 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>	<p>紹介状や退所時の連絡票を活用して行っているが、相談方法や担当者について記載された文書はない。</p>
の4	策	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	<p>256 アセスメントの様式が統一されている。</p> <p>257 利用者の身体状況や、生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>258 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</p> <p>259 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。</p>	<p>アセスメントは統一され定められた様式で定期的に見直しを行っている。計画書には個々のニーズや課題を盛り込んであるなど着眼点に添った取り組みは行っている。しかし、記録での確認が少々難しい。アセスメントに関する協議は、利用者にとって必要な人（成年後見人）が参加した事例がある。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取り組み等)
	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<p>260 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が短期入所生活介護計画上に明示されている。</p> <p>261 利用期間にかかわらず短期入所生活介護計画を策定している。</p> <p>262 短期入所生活介護計画に利用者又はその家族の希望が記載されている。</p> <p>263 短期入所生活介護計画を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>264 短期入所生活介護計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。</p> <p>265 短期入所生活介護計画の目標として心身機能の維持・回復を盛り込んでいる。</p> <p>266 短期入所生活介護計画は利用者の自立支援を重視したものとなっている。</p> <p>267 意思表示が困難な利用者の希望・要望の聴取に関する留意事項がマニュアルに記載されている。</p> <p>268 短期入所生活介護計画の策定に当たってはさまざまな職種による関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が部局横断的に参加している。</p>	<p>計画書には家族の希望が記載されていて長期目標や短期目標は明確になっている。利用者や家族に説明を行い、同意のサインをもらっている。計画書の目標は心身機能の維持や回復が盛り込まれており、自立支援を大切に内容になっている。利用者の希望を個別に把握する取り組みを始めたばかりなので、今後の継続的な取り組みに期待する。業務マニュアルには留意事項として読み取れる記載がある。計画の策定には成年後見人が参加した事例はあるが記録がない。</p>
			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)	<p>269 短期入所生活介護計画を見直す場合の手続きを定めた文書がある。</p> <p>270 短期入所生活介護計画の見直しは、利用者又はその家族の希望を取り込んで行なっている。</p> <p>271 短期入所生活介護計画の変更を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>272 見直しによって変更した短期入所生活介護計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>273 短期入所生活介護計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p>	