

(別添2)

## 事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別 特別養護老人ホーム

第三者評価の判断基準

事業所名 特別養護老人ホーム 紅林荘

- a・・・着眼点を全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	講 評
Ⅲ 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。	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り組みを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 155 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。</li> <li>■ 156 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。</li> <li>■ 157 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」等を定めている。</li> <li>■ 158 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。</li> </ul>	・理念・基本方針・行動目標・重点事業計画などに連動性が視られ、特に心身機能の維持・回復に重点を置いた利用者の生活の質の向上に向けた姿勢が確認できる。
			② 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 159 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。</li> <li>■ 160 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。</li> <li>■ 161 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。</li> <li>■ 162 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。</li> </ul>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 163 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の上昇を図る旨の記載がある。</li> <li>□ 164 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。</li> <li>■ 165 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定期的に行っている。</li> <li>■ 166 家族会を定期的に行い、利用者及びその家族の満足度や要望を把握している。</li> <li>□ 167 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。</li> <li>□ 168 調査結果に関する検討会議を設置している。</li> <li>□ 169 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</li> <li>□ 170 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年1回の利用者アンケートが実施されている。</li> <li>・ 調理部門職員がフロアを訪れたり、嗜好調査なども行っている。</li> </ul>
		(3) 利用者が意見を述べやすい体制を確保している。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 171 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。</li> <li>■ 172 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。</li> <li>■ 173 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。</li> <li>■ 174 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。</li> <li>□ 175 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）。</li> <li>■ 176 施設内に専用の相談室がある。</li> <li>■ 177 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。</li> <li>■ 178 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談窓口・担当者等の周知は必要であろう。</li> </ul>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	1	(3)	② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 179 苦情相談窓口を設置している。</li> <li>■ 180 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</li> <li>■ 181 第三者委員を設置している。</li> <li>■ 182 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。</li> <li>■ 183 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。</li> <li>■ 184 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。</li> <li>□ 185 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）。</li> <li>□ 186 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。</li> <li>■ 187 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。</li> <li>□ 188 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。</li> <li>■ 189 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）。</li> <li>■ 190 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。</li> <li>□ 191 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。</li> <li>■ 192 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）。</li> <li>■ 193 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）。</li> </ul>	<p>・意見・要望・苦情等が更に機能する仕組みについて、見直し・検討を期待したい。</p> <p>・重要事項説明書には、公表までの記載がある。</p> <p>・受付から検討・対応までの記録が保管され数値化されているが、公表には至っていない。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	1	(3)	<p>③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <p>④ 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。</p>	<p>b)</p> <p>b)</p>	<p>■ 194 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>□ 195 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>■ 196 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>□ 197 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>■ 198 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>□ 199 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>■ 200 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> <p>■ 201 「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>□ 202 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>□ 203 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>	
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やっている。	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)	<p>■ 204 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>■ 205 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>■ 206 内部監査を毎年実施している。</p> <p>■ 207 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>■ 208 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>	<p>・前回の第三者評価からの改善努力は窺える。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	2	(1)	② 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 209 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</li> <li>■ 210 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</li> <li>■ 211 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 212 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。</li> <li>■ 213 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。</li> <li>■ 214 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。</li> </ul>	<p>・口腔ケアに関しての支援は進んでおり、自主的に実施する利用者も多く、健康維持に関しての効果などが周知されているのであろう。</p>
		(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。	① 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 215 標準的な実施方法のマニュアルがある。</li> <li>■ 216 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。</li> <li>■ 217 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。</li> <li>■ 218 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。</li> <li>■ 219 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。</li> </ul>	
		(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 220 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。</li> <li>■ 221 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。</li> <li>■ 222 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。</li> </ul>	
			① 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 223 サービス提供記録の様式が定められている。</li> <li>■ 224 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。</li> <li>■ 225 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。</li> </ul>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 226 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 227 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。</li> <li>■ 228 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。</li> <li>■ 229 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</li> <li>■ 230 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。</li> <li>■ 231 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。</li> <li>■ 232 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。</li> <li>■ 233 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</li> </ul>	<p>・一人ひとりの利用者の記録が詳細に記載・整備され、随時見直しも行われている。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 234 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。</li> <li>■ 235 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。</li> <li>■ 236 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。</li> </ul>	
			④ 職員に必要なサポートを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 237 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。</li> <li>■ 238 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。</li> <li>■ 239 援助が難しい利用者の担当職員には、管理者等が常に状況を聞き、大変さや努力を認めている。</li> <li>■ 240 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。)</li> <li>■ 241 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。</li> </ul>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 242 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。</li> <li>■ 243 施設を紹介するパンフレット等を作成している。</li> <li>■ 244 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。</li> <li>■ 245 組織を紹介する資料は、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。</li> <li>■ 246 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>■ 247 問い合わせへの対応担当者を定めている。</li> </ul>	<p>・定期的にパンフレット等を配布し、地域への広報活動に力を入れていることが確認できる。</p> <p>ホームページの内容の充実について、検討が進むことを期待したい。</p>
② 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 248 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。</li> <li>■ 249 利用契約書を取り交わしている。</li> <li>■ 250 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。</li> <li>■ 251 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。</li> <li>■ 252 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。</li> <li>■ 253 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。</li> <li>■ 254 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。</li> </ul>				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	3	(1)	③ 正当な理由なくサービス提供を拒否していない。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 255 入所判定基準がある。</li> <li>■ 256 利用者の決定は、入所判定委員会で行っている。</li> </ul>	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 257 他の施設等への移行にあたり、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。</li> <li>■ 258 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。</li> <li>■ 259 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。</li> </ul>	
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 260 アセスメントの様式が統一されている。</li> <li>■ 261 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。</li> <li>■ 262 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。</li> <li>■ 263 定期的にあセスメントの見直しが行われている。</li> <li>■ 264 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。</li> <li>■ 265 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題がサービス実施計画上に明示されている。</li> </ul>	<p>・アセスメントからの分析が、スムーズに計画へと進むような内容・書式となっている。 また、定期的・随時の見直しも確認できる。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評
Ⅲ	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 266 サービス実施計画に利用者又はその家族の希望が記載されている。</li> <li>■ 267 サービス実施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。</li> <li>■ 268 サービス実施計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。</li> <li>■ 269 サービス実施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。</li> <li>■ 270 サービス実施計画は利用者の自立支援を重視したものとなっている。</li> <li>■ 271 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。</li> <li>■ 272 サービス実施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。</li> </ul>	
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 273 サービス実施計画の見直し時期（最長3ヶ月）が計画上に明示されている。</li> <li>■ 274 サービス実施計画は定期的に見直すほか、必要に応じて随時見直している。</li> <li>■ 275 サービス実施計画の見直しは、利用者又はその家族の希望を取り込んで行なっている。</li> <li>■ 276 サービス実施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。</li> <li>■ 277 3ヶ月に1回以上ケアカンファレンスを実施し、サービス実施計画の評価をしている。</li> <li>■ 278 困難ケースの検討会が定期的に行われている。</li> <li>■ 279 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li>■ 280 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> </ul>	