

(別添2)

## 事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別

短期入所生活介護

事業所名（施設名）

うえだはら敬老園ショートステイ

第三者評価の判断基準

- a・・・着重点をすべて実施している状態
- b・・・着重点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着重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 (着重点以外の取り組み等)
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	■ 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。	法人の三つの理念の中に人間の尊厳を大切にすることが掲げられ福祉サービスの基本姿勢として職員も理解しサービス提供時に実践している。毎年、サービス向上・環境美化委員会や身体拘束・高齢者虐待防止委員会主催で人権に関する研修会が開催され、身体拘束廃止や虐待防止に関しても職員に周知徹底されている。各種マニュアルにも利用者の尊重や基本的人権への配慮が記載されている。
					■ 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。						
			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	■ 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。	個人情報保護規定、プライバシーポリシー、個人情報保護に関する誓約書等が定められており、職員研修でも周知徹底が図られている。排泄や入浴、食事等のサービス場面ごとの介護マニュアルにもプライバシーに配慮することが記載され、サービス提供時にプライバシーに配慮し実践している。トイレ誘導時にも利用者の持てる力を考慮しつつ、他の利用者にも配慮した声掛けと適切なアドバイスでケアに当たっていた。
			■ 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。	① 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。	利用者及び家族アンケートを実施し満足度を調査している。家族の送迎を基本としているが事業所の職員が送迎をする場合もあり家族とも直接話すことがあり要望等も聴きサービスの向上に活かしている。また、利用者の聞き取り調査でも直接職員と話をし意見、要望などを伝えているという回答も得られた。ブロックごとの食事委員会を中心に春と秋の年2回嗜好調査を実施し分析後献立等に反映している。
			■ 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。			

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)
Ⅲ	1	(2)			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 164 調査結果に関する検討会議を設置している。</li> <li>■ 165 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	
		(3) 利用者が意見等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>■ 167 利用者からの意見・要望等を受け付ける相談窓口を設置している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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）。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>□ 174 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。</li> </ul>	運営規定や重要事項説明書に記載されている生活相談員は1名以上とされており、その職務内容の生活等相談及び助言を行うという旨を契約時に説明している。事業所には相談室も用意されており、第三者委員や市・県国保連の相談・苦情受付窓口についても重要事項説明書に明記されている。施設玄関に相談・苦情を受け付ける用紙と意見箱が置かれ、投函しやすい場所に設置されている。また、相談苦情記録簿の様式が「相談内容→詳しい内容→問題点の把握→処理状況→結果→報告」となっておりわかり易い記録簿となっている。介護相談員については市の派遣対象外サービスとなっているため現在受け入れはない。
			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。		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 175 苦情相談窓口を設置している。</li> <li>■ 176 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</li> <li>■ 177 第三者委員を設置している。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	重要事項説明書に事業所の苦情受付担当者、苦情解決責任者、法人の第三者委員、市窓口等が記載され、法人としての苦情対策マニュアル「苦情対策システムの規定」が整備されている。相談・苦情記録簿もあり、苦情を申し出た家族等に対し検討結果や対応策をフィードバックする流れも明確になっている。

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)
Ⅲ	1	(3)		a	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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）。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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）。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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）。</li> <li>■ 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）。</li> </ul>	苦情内容については苦情の件数、内容、処理結果について申出者の了解を得た上で事業報告書等に公表する仕組みがある。複合施設玄関には意見箱と用紙も置かれている。
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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）。</li> <li>■ 193 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> </ul>	利用者からの意見等に関する対応マニュアルがあり、サービス向上委員会を中心にマニュアルの定期見直しも行われている。苦情に限定されない利用者・家族からの意見や提案から事業所の改善課題を発見し、サービスの質の向上に活用されていくことを期待したい。

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)
Ⅲ	1	(3)		<input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。		
			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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 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いる。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	「責任者に申し出願いたい」旨の一文はないが苦情受付窓口として苦情受付担当者や苦情解決責任者が明記されており、また、「当事業所では、苦情解決に社会性や客観性を確保し、入所者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため第三者委員を設置しております」と重要事項説明書に明記し不利益を受けない仕組みを周知している。
	2	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 201 第三者評価を定期的に受審している。 <input checked="" type="checkbox"/> 202 内部監査を毎年実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 203 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	職員は人事考課制度の一環として目標管理・自己評価シートを作成し、年2回の面接時にサービス内容の振り返りの機会を設けスキルアップに繋げている。法人内部に監査室があり事業所の運営の評価は受けている。福祉サービスの第三評価は今回が初めての受審であり、評価に関わる担当者については施設長、管理者としている。
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 205 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 207 職員間で課題の共有化が図られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 209 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 210 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。	利用者満足度調査がサービス向上・環境美化委員会により実施され、結果分析後、職員会議や管理者会議において検討し、次の改善に繋げている。

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)
Ⅲ	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。	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	■	211	標準的な実施方法のマニュアルがある。	介護マニュアルがあり新任研修時に各自に配布され、項目毎に研修を受け、配属後、職場において先輩職員からOJTで更に個別指導が行われている。また、日々の支援ではフロアにおいて管理者や副主任が見守り実践状況を確認し、利用者本人に沿った手順で行っているかどうか職員相互に確認し合っている。フロアの看護介護ステーションにはマニュアルがあり何時でも見ることが出来る。
			■		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。		
	■	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。					
	■	214	マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。					
	■	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。					
	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	■	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。	法人ブロック内には感染対策や褥瘡などの11の委員会がありマニュアルの見直しを行っている。事業所の職員も必ずいずれかの委員会に所属するようになっている。また、各種マニュアルには改定日が記されている。		
■	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。						
■	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。						
(3) サービス実施の記録を適切に行っている。			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	■	219	サービス提供記録の様式が定められている。	利用者ごとのサービス計画書に沿って事業所として「短期入所生活介護サービス計画」を作りサービスを提供している。事業所としての「個人別サービス日課表」があり生活記録ほか詳細に記している。記録の基本的な書き方は法人の新人教育で説明がされており、実際の現場でもOJTによる指導が行われている。
			■		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。		
■	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。						
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	■	222	記録管理の責任者が設置されている。	記録管理の責任者は管理者となっている。記録の保管、保存、廃棄、また、個人情報保護と情報開示に関する規定は運営規定や利用契約書に記載されており、利用者や家族に担当者から契約時に具体的に解りやすく説明がされている。職員は個人情報の取扱いについてプライバシーポリシーや個人情報保護方針等で理解し厳守している。フロアの一角にある看護介護ステーションは食堂・機能訓練室に面しているが個人記録は目に触れることなく保管されている。			
■	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。						
■	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。						
■	225	就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。						
■	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。						
■	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。						
■	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。						
■	229	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。						

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)	
Ⅲ	2	(3)	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	■	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。	利用者の情報共有のために職員会議を毎月開催し、利用者の処遇やプランの見直しについて看護師、機能訓練指導員などを交え全職種が集り検討している。利用者の個人記録を書いたケア日誌や個人別サービス日課表はパソコン上で閲覧できるようになっている。パソコンは法人全体での意思決定にも使われ、管理システムも整っている。	
			④ 職員に必要なサポートを行っている。	a	■	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。		処遇会議の際に介護計画書の必要性、書き方等の勉強会を開催している。各職員が介護計画書を作成した後管理者が確認し、指導を行っており、報告書等に指導内容を記載している。法人として人事考課制度が導入されており年度の目標管理シートを作成する時点で職員と管理者の面接が行われ、半期ごとに自己評価し再度面接が行われている。法人としてキャリアパス制度も取り入れられており、基本研修Ⅰから管理コースⅡまでの研修過程があり経験や習熟度に応じて職員も受講している。職員ノートには研修の実施記録も綴られている。
	3	(1)	サービスの提供の開始を適切に行っている。	サービスの開始・継続	a	■	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。	
		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	■	239	施設を紹介するパンフレット等を作成している。			
			a	■	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。			
			a	■	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。			
			a	■	242	見学、体験入所等の希望に対応している。			
				a	■	243	問い合わせへの対応担当者を定めている。		

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)
Ⅲ	3	(1)	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>■ 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説明している。</li> <li>■ 245 利用契約書を取り交わしている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	利用者や家族等と交わす利用契約書及び重要事項説明書は文字が拡大表記されており、わかりやすいように工夫がされている。
			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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	事業所の利用に当たっての留意事項、利用開始前のサービスの中止あるいは利用期間中の中止などについて運営規定や契約書に記載がされている。また、利用の可否についても職員が協議している。
		(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>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	特養等の他施設へ移動される時には事業所での様子を含めた詳細な情報提供をしている。サービスの継続性に配慮し移動先に合わせた引継ぎ書を作成している。また、担当ケアマネージャーに実績報告書・状況報告書などを提出している。移動に際して不明な点等ある時には相談員へと記載した書式を渡している。
の4 策 サ ー ビ ス 実 施 計 画	(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>■ 256 アセスメントの様式が統一されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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看護師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>■ 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。</li> </ul>	サービス利用前に居宅担当ケアマネージャーによって行われたアセスメントを利用開始にあわせ、法人で定めたフェイスシート1から4を作成することにより利用者の状況を正確に把握している。介護、看護、機能訓練指導員、生活相談員などの担当者会議で利用者の状況を検討し、確認している。本人や家族の意向、課題、援助目標などが介護サービス計画書に記載されるようになっている。

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)	
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	■ 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。	短期入所生活介護サービス計画の策定責任者は管理者で、計画は本人や家族の意向を基にした居宅サービス計画に沿っており、また、事業所としてのアセスメント結果を踏まえ、利用者のQOL（生活の質）向上のためのプランを作成している。	
			■ 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。		■ 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。		■ 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。
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	■ 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。	契約書に居宅介護計画に沿って短期入所生活介護サービス計画を作成しますと記載している。関係職種による担当者会議で実施状況を確認後、様々な職種の立場から意見を出し合い、計画の達成状況や問題点の確認をし計画を見直している。見直しの結果、修正や新たなものに作り変えた場合は本人・家族に説明し、居宅ケアマネージャーに報告し日々の朝礼時や職場会議等で周知している。				
■ 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。							
■ 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。							
■ 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。							
■ 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。							