

(別添2)

### 事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別

第三者評価の判断基準

居宅介護支援

a・・・着眼点をすべて実施している状態

事業所名 ローマンうえだ 福祉相談センターひだまり

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

(H20.3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 (評価分類ごと)
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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 157 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。</p> <p>■ 158 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。</p>	介護・看護マニュアルに記載があり、全体学習会などで周知に努めている。
			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)	<p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 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。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(2) 利用者満足の上 向上に努めて いる。	① 利用者満足の上 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 162 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 の向上を図る旨の記載がある。</li> <li>■ 163 利用者満足に関する調査・アンケートを年1回以上行っている。</li> <li>■ 164 利用者の家族との面談等により、家族の満足度や要望を把握 している。</li> <li>■ 165 利用者満足に関する調査の担当者を定めている。</li> <li>■ 166 調査結果に関する検討会議を設置している。</li> <li>■ 167 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</li> <li>■ 168 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>	利用者アンケートを、年一回行っている。 また、月一回の訪問時に意向・要望等を把握し、事業所内部の会議で検討している。
		(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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 169 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>■ 170 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>■ 171 重要事項説明書に、当該事業所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>■ 172 重要事項説明書の当該部分を事業所内の見やすい場所に掲示 している。</li> <li>■ 173 事業所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>■ 174 事業所において利用者や家族が相談や意見を述べる場合、利 用者等のプライバシーの保護に配慮している（専用の相談室 を設置する、ついたて等で周囲から遮蔽する、音声周囲に 漏れないように職員の机等で十分な距離をとる等）。</li> <li>■ 175 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>□ 176 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。</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 (評価分類ごと)
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>■ 177 苦情相談窓口を設置している。</li> <li>■ 178 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</li> <li>■ 179 第三者委員を設置している。</li> <li>■ 180 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>■ 181 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>■ 182 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>■ 183 事業所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>■ 184 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>■ 185 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>■ 186 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>■ 187 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>■ 188 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>■ 189 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>■ 190 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>□ 191 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>玄関受付にファイルされたものが置かれているが、定期的に掲示などの取り組みも期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(3)	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 192 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>■ 193 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>■ 194 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>■ 195 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 196 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。</li> <li>■ 197 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。</li> <li>■ 198 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。</li> </ul>	利用者・家族・地域、そして職員に向けて、事業所内での掲示なども期待したいところである。
④ サービス提供事業者に対する苦情や意見に適切に対応している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 199 利用者や家族からサービス提供事業者に対する苦情や意見があった場合の対応マニュアルを整備している。</li> <li>■ 200 苦情や意見を単にサービス提供事業者に連絡するだけでなく、その後の対応についても確認し、記録している。</li> </ul>				
⑤ 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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、事業所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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>				
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 205 第三者評価を定期的に受審している。</li> <li>■ 206 内部監査を毎年実施している。</li> <li>■ 207 評価に関する担当者を定めている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>	各種の評価の仕組みが機能していることが確認できる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
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>	改善への努力及び成果が確認できる。
		(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 居宅サービス計画を作成するための標準的な実施方法のマニュアルがある。</li> <li>■ 216 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>■ 217 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>■ 218 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>	新人職員への、個別の教育・指導が確認できる。
			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>■ 219 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。</li> <li>■ 220 マニュアルの見直しには、事業所の全てのケアマネージャーが関与している。</li> <li>■ 221 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>	
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 222 利用者一人ひとりの個人記録（台帳）があり、親族、緊急連絡先、主治医・通院先、投薬、障害と注意点、疾病と禁忌、担当の介護支援専門員、利用するサービス事業者などが書かれ、担当の不在時にも対応できるよう情報が整備、更新されている。</li> <li>■ 223 利用者一人ひとりについて、利用者の状態や環境の変化、居宅サービスの利用状況について記録されている。</li> <li>■ 224 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>	記録についての研修会などにも参加している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
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>■ 225 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>■ 226 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>■ 227 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>■ 228 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</li> <li>■ 229 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>■ 230 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>■ 231 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>■ 232 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</li> </ul>	<p>個人情報保護・守秘義務等は、研修や学習会、日々の業務の中でも周知に努めている。</p> <p>援助困難な利用者の対応についての事例検討会なども開催している。</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>■ 233 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>■ 234 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、全ての職員による取組みがなされている。</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>■ 235 記録の書き方、サービス実施計画の理解の仕方、報告事項等について個別に指導した記録がある。</li> <li>■ 236 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>■ 237 援助が難しい利用者の担当ケアマネージャーには、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>■ 238 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>■ 239 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 (評価分類ごと)
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>■ 240 インターネットを利用して、事業所及びサービスの内容等を紹介したホームページを作成し公開している。</li> <li>■ 241 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>■ 242 事業所及びサービスの内容等を紹介する資料は、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>■ 243 問い合わせへの対応担当者を定めている。</li> </ul>	<p>充実した内容のホームページで、各種の情報を提供している。</p> <p>口頭で行っており、文書等での交付はしていないと聞く。</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>■ 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>			
(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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 250 居宅介護支援事業所の変更、施設入所にあたり、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>■ 251 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>□ 252 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>■ 253 アセスメントの様式は事業所として統一されている。</li> <li>■ 254 利用者の身体状況や家庭環境、サービスの利用状況など利用者の生活全般について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>■ 255 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>■ 256 定期的にあセスメントの見直しが行われている。</li> <li>■ 257 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>■ 258 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が居宅サービス計画上に明示されている。</li> </ul>	<p>MDSシートを利用しているが、認知症利用者にはセンター方式を活用している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
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>■ 259 居宅サービス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>■ 260 居宅サービス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>■ 261 居宅サービス計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。</li> <li>■ 262 居宅サービス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>■ 263 居宅サービス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>■ 264 居宅サービス計画は利用者の日常生活全般を支援する観点に立ち、必要に応じて介護保険対象外のサービスも含めた総合的なものとなっている。</li> <li>■ 265 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>■ 266 居宅サービス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>	<p>フォーマル・インフォーマルサービスを、利用者の状況に合わせて活用している。</p>
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>■ 267 居宅サービス計画の見直し時期（最長3ヶ月）が計画上に明示されている。</li> <li>■ 268 居宅サービス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>■ 269 居宅サービス計画の見直しは、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>■ 270 居宅サービス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>■ 271 居宅サービス計画の変更に当たり、サービス提供事業者からの情報を反映させている。</li> <li>■ 272 1ヶ月に1回以上モニタリングを実施し、居宅サービス計画の評価をしている。</li> <li>■ 273 居宅サービス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>				