

長野県福祉サービス第三者評価基準の  
考え方と評価のポイント、評価の着眼点  
【社会事業授産施設版】

## 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 - (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り組みを行っている。

#### 【ねらい】

利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢を明示し、組織内で共通の理解を持つための取り組みを行っている。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

日常のサービス提供の場で利用者の意向を尊重することは当然ですが、さらに、利用者のQOLの向上をめざした積極的な取り組みが求められています。本評価基準では、利用者尊重について、組織内で共通の理解をもつためにどのような努力が行われているかについての評価を行います。

組織としての基本姿勢と、組織全体の意識向上への取り組みを中心に評価を行います。組織の基本姿勢は、理念や基本方針に明示されていることを前提とします。

共通理解のための取り組みの具体例としては、利用者尊重や基本的人権への配慮に関する組織全体としての勉強会・研修、日常的に利用者に接する際の言葉遣いや態度に関する留意事項についての検討会やマニュアルの作成・職員の教育、虐待に関する組織内でのルール化と周知徹底、利用者のQOLを重視したサービス実施計画の策定などがあげられます。

#### 評価の着眼点

施設が掲げている理念や基本方針には、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されている。

サービス提供に関する基本姿勢が、利用者を尊重したものとなっており、個々のサービスの実施方法等に反映されている。

利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を年1回以上実施している。

利用者の身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。

- 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。

**【ねらい】**

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、職員に周知するための取り組みを行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

利用者のプライバシー保護は、利用者尊重の基本であり利用者からの信頼感を得るために具体的な取り組みが求められます。

福祉サービスの提供にあたり、入手される利用者の情報の多くは、極めて個人的な情報であり、プライバシー保護にはより一層の注意が必要です。

守秘義務やサービス提供時の留意点に関する規程・マニュアル等を作成し、職員に周知徹底させることが必要です。周知徹底は、単に職員に規程・マニュアル等を配布しただけでは「十分に周知徹底させる取り組み」と評価することはできません。

サービス場面ごとに作成されている手順書や援助マニュアルの中で、それぞれの場面ごとのプライバシー保護に関する留意事項が記載されている場合も、本評価基準での「規程・マニュアル等」と認めることができます。

特に入所施設の場合、通信、面会に関するプライバシーの保護や生活の中でのプライバシー確保への取り組みなどについて、設備面での配慮や工夫も含めた組織の基本姿勢も評価の対象となります。規程・マニュアル等の整備と周知への取り組みと併せて全体を評価します。

評価方法は、規程・マニュアル等の内容を確認するとともに、組織としての具体的な取り組みを聴取します。

**評価の着眼点**

利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備がされている。利用者のプライバシーを保護するため、施設・設備面での工夫や改善に取り組んでいる。

利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。

規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。

- 1 - (2) 利用者満足の上昇に努めている。

- 1 - (2) - 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。

**【ねらい】**

利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示し、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

利用者本位のサービスは、事業所が一方的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという視点から評価する必要があります。本評価基準では、サービス内容改善の重要なプロセスとして利用者満足の把握について、評価を行います。

具体的には、組織内で行う利用者満足に関する調査、第三者が行う利用者満足度調査、個別のヒヤリング、利用者懇談会の実施などがあります。適正な調査手法に基づいた調査を定期的に行うことで、改善課題の発見や、改善課題への対応策の評価・見直しの検討材料となります。

**評価の着眼点**

利用者が施設を利用する際の満足（職員の対応、施設の状況等）の上昇を目指す姿勢を明示した文書がある。

利用者が施設を利用する際の満足度に関するアンケート調査等を年1回以上行っている。

利用者が施設を利用する際の満足度を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を行っている。

- 1 - (2) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。

**【ねらい】**

把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みを整備し、実際にその向上に向けた取り組みを行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

前項で把握した利用者満足度調査の結果を、どのようにサービス改善に生かしているかについて、組織として仕組みが整備されているかどうかの評価です。

提供するサービスの質を高めるためには、組織として定められた仕組みに従って、継続した取り組みを進める必要があります。このため、調査結果を随時活用するというやり方は、有効な改善手法と言うことはできません。

調査結果を分析・検討する担当者の設置、定期的な検討会議の開催などの仕組みが必要です。

このような仕組みが機能することで、職員の利用者満足に対する意識を向上させ、共通の問題意識のもとに改善への取り組みを行うことができるようになります。調査結果が職員に共有されているかどうか、評価の対象とします。

評価方法は、調査結果に関する分析・検討内容の記録、改善策の実施に関する記録等文書確認と、訪問調査での事例の聴取等によって行います。

**評価の着眼点**

利用者が施設を利用する際の満足度に関する調査の担当者(担当部署)を定めている。

調査結果を検討するために、利用者参画のもとで検討会議等を行なっている。  
分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。

- 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。

#### 【ねらい】

利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境を整備し、そのことを利用者に伝えるための取り組みを行っている。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

本評価基準では、利用者が相談しやすい状態を作るための組織の積極的な取り組みについて評価を行います。

選択して相談することができるとは、利用者が日常的に職員と接する場面で相談することができる以外に、相談窓口の設置や法律等に関する専門的な相談、あるいは組織に直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相手が用意されているような取り組みを指します。

これらの取り組みは、利用者や家族に十分に周知されている必要があります。利用開始時に説明を行うだけでなく、日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容を分かりやすい場所に掲示する、日常的な声かけを積極的に行う、名札やリボン等によって職員の職種を分かりやすく工夫する等、周知についての取り組みも評価の対象となります。

訪問調査によって組織としての取り組みを聴取し、書面確認や実際に事業所内の見学等で評価します。

#### 評価の着眼点

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。  
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。  
利用者に相談方法や相談相手がわかるよう、説明した文書を作成している。  
利用者に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。  
相談や意見を述べやすいよう、相談室を設ける等、部屋の配置に配慮している。

**【ねらい】**

苦情解決の仕組みを確立し、利用者に周知する取り組みを行うとともに、その仕組みが機能している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準では、これらの背景をふまえて、実際に苦情解決の仕組みが組織の中で確立され機能しているか、また組織が苦情解決について、提供するサービス内容に関する妥当性の評価や改善課題を探るための有効な手段と位置づけているかどうかを評価します。

苦情解決の体制については、具体的に、苦情解決責任者の設置（施設長、理事長等）、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置が求められています。第三者委員は、苦情解決についての密室性の排除と社会性・客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために設置されるもので、人数は複数が望ましいとされています。

苦情解決の手順については、苦情解決の仕組みを利用者に十分周知しているか、苦情を受け付けた時の正確な記録と解決責任者への報告が行われているか、解決へ向けての話し合いの内容や解決策等について経過と結果を記録しているか、苦情を申し出た利用者に経過や結果をフィードバックしているか、苦情を申し出た利用者に不利にならない配慮をした上で公表しているか、などが評価のポイントとなります。

また、組織が苦情解決への取り組みを、利用者保護の視点と同時に、サービス向上に向けた取り組みの一環として積極的に捉えているかどうかを、体制の整備や解決手順・結果公表等の具体的な取り組みによって評価していきます。

**評価の着眼点**

苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。

苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。

苦情に基づいて改善を求められた事項については、申立て人に説明することが義務づけられている。

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。

苦情が施設単独で解決困難な場合、外部の相談機関等に協力を求めている。

- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。

**【ねらい】**

利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準は、いわゆる「苦情」に限らない、利用者からの組織運営やサービス内容への改善提案等についての対応方法を評価します。苦情に対しては迅速な対応を心掛けている組織も多いと思われませんが、その他の提案に対しても同様に迅速な対応体制を整えることが、利用者からの信頼を高めることにつながります。

組織は、利用者からの意見等を、組織の改善課題を発見しサービスを向上させていくための大切な情報として位置づけることが求められます。この姿勢を具体化したものが本評価基準で取り上げている「対応マニュアル」となります。

対応マニュアルには、意見や提案を受けた時の手順、すみやかな対応が可能かどうかの判断の仕組み、受けた意見・提案の記録の方法、意見や提案に対する組織内での検討の手順、検討経過・結果の記録、意見・提案のあった利用者への経過・結果のフィードバック、公表の方法などが具体的に記載されている必要があります。

**評価の着眼点**

利用者からの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マニュアルを整備している。

整備されたマニュアルに沿って、記録や報告等が実施されている。

意見や提案のあった利用者には、状況を速やかに報告している。

対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。

苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。

## - 2 サービスの質の確保

- 2 -(1) 質の向上に向けた取り組み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。

### 【ねらい】

サービスの内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制を整備し、機能している。

### 評価基準の考え方と評価のポイント

サービスの質の向上は、P（Plan・計画策定） D（Do・実行） C（Check・評価・是正） A（Act・見直し）のサイクルの繰り返しを組織的に行うことによって、恒常的な取り組みとして機能していきます。まず現在の状態を正しく認識するために、適切な手法で評価を行うことが求められます。

個別の利用者に対するサービス内容ではなく、組織的な対応を求められる全体としての改善課題の発見と対応について、どのような取り組みを行っているかを評価の対象とします。

「定期的に評価を行う体制が整備されている」とは、自己評価・第三者評価の計画的な実施、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められ実行されていることを指します。

### 評価の着眼点

施設自らサービス内容の評価基準を定め、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。

自己評価・第三者評価等に関する担当者・担当部署が設置されている。

評価結果を分析・検討する場（職員検討会議等）が、組織として定められ実行されている。

- 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。

**【ねらい】**

実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準では、実施した自己評価、第三者評価の結果を組織がどのように活用しているかを、改善課題の明確化という視点で評価します。

評価方法は、どのような仕組みで評価結果を分析し、課題についての検討を行っているか、記録等で確認します。

**評価の着眼点**

職員の参画により評価結果の分析・検討を行っている。  
分析した評価結果やそれに基づく課題をとりまとめ、文書化している。  
とりまとめた評価課題を各職員が共有し、理解している。

- 2 - (1) - 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。

**【ねらい】**

評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準では、評価結果から明確になった課題の改善策を、組織の中でどのような仕組みで検討しているか、また、決定された改善策を実際に実行しているかどうかを評価します。

組織全体で取り組む課題の中には、設備投資や人員配置、予算的な課題など単年度では解決できないものも想定されます。これらについては、中・長期にわたる組織の事業計画の中で、段階的に解決へ向かって対応していくことも改善策と認められます。

サービス内容の改善、質の向上に向けての計画性や総合的な判断・取り組みが求められます。評価結果から得た改善課題についての検討記録の確認、評価結果に基づいた改善策、改善計画等の書面での確認、実施された改善策についての聴取等を訪問調査時に行います。

**評価の着眼点**

評価結果から明確になった課題について、職員が一緒になって改善策や改善計画を策定する仕組みがある。

職員による改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。

必要に応じて改善策や改善計画の見直しを行っている。

- 2 - (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

- 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。

**【ねらい】**

個々のサービスについて、その標準的な実施方法を文書化し、それに基づいたサービスを実施している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準では、標準的な実施方法が定められているかどうかについて評価を行います。これは、全ての利用者に対する画一的なサービス実施を目的とした標準化(マニュアル化)を求めるものではありません。

利用者は一人ひとり状況も違い、必要としているサービスも異なりますが、標準的な実施方法を定めた上で、それぞれの利用者の状態に応じて個別化を行うことが、組織全体のサービスの質の向上という観点からも、事故防止の観点からも必要であると考えます。

また、標準的な実施方法を定期的に見直すことは、質の高いサービスへ向けての検討が継続的に行われるという意味も併せ持つこととなります。

標準的な実施方法には、基本的な技術に関するものだけでなく、サービス実施時の留意点や設備等の状況に応じた業務手順なども含まれますが、組織として独自に作成したものだけでなく、既成のマニュアル等の活用であっても評価の対象とします。

マニュアルや手順書等、書面によって確認できない場合には、実施方法が定められているとは評価できません。

評価方法は、訪問調査によって書面を確認するとともに、マニュアル等の活用状況について、サービス実施計画との突合や関係職員へのヒアリングなどによって確認します。

**評価の着眼点**

基本的な仕事の進め方を文書にまとめ、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底している。

基本的な仕事の進め方についてまとめた文書には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。

基本的な仕事の進め方についてまとめた文書に基づいてサービスが実施されているかどうかを確認する仕組みがある。

- 2 - (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。

**【ねらい】**

標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な場合には見直しを行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

定期的な見直しにおける頻度は組織が定めるものとしませんが、少なくとも1年に一回は検証されていることが求められます。

訪問調査によって、定期的な検証や見直しについて、マニュアルの改訂記録や検討会議の記録等、書面をもって確認します。

マニュアルの見直しについて、現場からの業務改善の提案や意見が反映されるような仕組みになっていることは評価のポイントとなります。

**評価の着眼点**

基本的な仕事の進め方についてまとめた文書は、見直しの時期やその方法が定められている。

基本的な仕事の進め方についてまとめた文書の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。

- 2 - (3) - 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。

**【ねらい】**

利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況を適切に記録している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

一人ひとりの利用者に対するサービスの実施状況は、組織内の規定に従って統一した方法で記録される必要があります。記録は、職員の情報の共有化をはかるとともに、実施計画の評価・見直しを行う際の基本情報となります。

適切に記録されているとは、サービス実施計画に沿ってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したか、について具体的に記録されていることを指します。

本評価基準では、一人の利用者について、一つの様式に全ての記録がまとめられていることは求めません（集約されていることはのぞましいと考えますが）。日誌や夜勤記録、看護記録等、部門ごとに整備されているものも含めて、いずれかに記録されていることで記録が行われていると判断します。この場合は、訪問調査時に、一人の利用者についてそれら複数の記録を確認することで評価します。

評価方法は、利用者数名のサービス実施計画と、それに対する記録類の書面をもって確認します。

**評価の着眼点**

利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。

サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。

記録する職員により記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。

- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。

**【ねらい】**

利用者に関する記録管理について規程を定め、適切に管理を行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

利用者に関する記録の管理については、プライバシー保護と情報開示の2つの観点から管理体制が整備される必要があります。

福祉サービスの提供にあたり、福祉事業者が保有する利用者の情報の多くは、極めて個人的な情報であり、その流出は社会的に利用者に大きな影響を与えることが考えられるため、情報保護にはより一層の注意が必要です。

プライバシー保護は、利用者に関する情報が外部に流出しないことを目的とした管理規程が必要となります。記録の保管場所や保管方法と責任者の設置、保存と廃棄に関する規程などがあげられます。

一方、情報開示については、利用者やその家族から情報開示を求められたときの規程です。原則として情報を開示していく基本姿勢と、家族等の範囲や開示の方法への配慮などが求められます。

評価方法は、訪問調査で規程類の確認、実際の記録の保管状況、保存と廃棄の確認などを行います。

**評価の着眼点**

記録管理の責任者が設置されている。

利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。

利用者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。

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。

- 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。

**【ねらい】**

利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取り組みを行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準は、利用者に関する情報の共有化について、組織としての積極的な取り組みを評価するものです。

利用者の状況等に関する情報とは、利用者の状況（事実）、サービス実施にあたり留意すべき事項・情報、実施に伴う状況の変化等、利用者のアセスメントやサービス実施計画と、その他利用者に関わる日々の情報全てを指します。

関係する職員がこれらの情報を共有することは、利用者の状態の変化やサービス内容の不具合に対して、すみやかな対応を行うために欠かせないものです。

引継ぎや申し送り、回覧は当然に行われていることとしてとらえ、記録物の工夫や、より確実に伝達できるような取り組みについて評価を行います。具体的には、回覧を見た者はチェック等を記入する、重要事項には赤字やマーキングが行われる、伝達の担当者が定められている、パソコンを活用した工夫、メールの活用などが挙げられます。

利用者に関する情報共有に関する部門横断での具体的な取り組みも評価のポイントとなります。

効果の測定は難しいところですが、情報伝達のミスが減ったなどの効果が把握されていることが評価のポイントとなります。

評価方法は、訪問調査によって、具体的な取り組みについての聴取と確認を行います。

**評価の着眼点**

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。

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。

パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。

- 2 - ( 4 ) 利用者の自立支援の取組みが行われている。

- 2 - ( 3 ) - 利用者の自立に向けた更生計画に基づいた取組みがされている。

**【ねらい】**

利用者一人ひとりに合った実施計画がたてられ、具体的な取組みがされている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準は、利用者の自立を支援するため、利用者の精神的、身体的状況等を勘案して一人ひとりに合った処遇計画がたてられ、具体的な取組みがされているかを評価するものです。

また、立てた処遇計画が実践され、その結果、利用者の地域生活への移行に関する要望についても確認しているかが評価のポイントとなります。

評価方法は、訪問調査によって、具体的な取組みについての聴取と確認を行います。

**評価の着眼点**

一人ひとりに合った実施計画と実施方法を決定するため、組織的な検討がされている。

一人ひとりの利用者の作業能力評価を適切に行っている。

作業設備又は作業分担は、利用者の身体的状況等を勘案して作成したものととなっている。

- 2 - ( 5 ) 働く場としての整備が行われている。

- 2 - ( 3 ) - 利用者に配慮した整備がされている。

**【ねらい】**

利用者一人ひとりに配慮された整備がされている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準は、作業内容、作業環境等が利用者一人ひとりに配慮して整備されているかを評価するものです。

具体的には、バリアフリー対応、休憩・交流スペース等のハード面、就業規則、労働災害発生防止等のソフト面に配慮した整備がされているかが評価のポイントとなります。

評価方法は、訪問調査によって、具体的な取り組みについての聴取と確認を行います。

**評価の着眼点**

障害の程度、特性に合わせた作業内容を準備している。

働きやすい作業環境を作るため、具体的な工夫、改善がされている。

バリアフリーの対応をしている。

休憩、交流スペースが整備されている。

就業の規則等が整備されている。

労働災害の発生防止に配慮した整備がされている。

### - 3 サービスの開始・継続

- 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。

#### 【ねらい】

利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って、情報提供している。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

ここで言う情報とは、施設利用開始時の重要事項説明等ではなく、利用希望者が複数の事業所・サービスの中から自分の希望に沿ったものを選択するための資料となるような、利用者本位の観点に立った情報を指します。

サービス内容がわかりやすく説明された印刷物の作成、ホームページの作成、紹介ビデオ作成、公共施設など多数の人が立ち寄るような場所にパンフレットを置く、見学・体験希望者への対応など、利用者が情報を簡単に入手できるような取り組み、利用者にとってわかりやすい工夫について、具体的な取り組みを訪問調査で聴取します。

本評価基準では、組織が積極的に、提供するサービス内容等について情報提供を行うことを求めています。利用希望で訪れた人に対してパンフレットを渡しているというような取り組みでは、充分といえません。

#### 評価の着眼点

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。事業所を紹介するビデオを作成している。

施設の理念や、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。

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。

施設の見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。

- 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。

**【ねらい】**

サービスの開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に分かりやすく説明を行っている。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

本評価基準では、サービス提供開始時に、利用者やその家族に分かりやすく説明を行い同意を得るにあたって、利用者や家族の意向を十分に把握しているかどうかの評価のポイントとなります。

利用者やその家族に対する説明は、どの利用者に対しても、組織が定めた様式に基づいて同じ手順・内容で行われることを前提としています。また、本人が説明を受けたり利用に同意することが困難な利用者に対して、組織がどのような援助の方法をとっているかも確認します。

評価方法は、訪問調査において、説明の様式・内容と状況を聴取します。また、組織側の説明内容と利用者や家族の意向・希望が具体的に記録された書面を確認します。

**評価の着眼点**

利用者や家族等に対し、サービス開始前に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要説明事項説明書等の資料を用意して、説明している。

サービス開始時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等が同意した旨の文書を作成してもらっている。

利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。

重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者や家族等にもわかりやすいように工夫している。

- 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。

**【ねらい】**

サービス内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

利用者の状態の変化や家庭環境の変化などで、サービスの内容や事業所の変更、家庭への移行など、別の組織や家族に引継ぎを行う場合、利用者へのサービスの継続性を損なわないような配慮のもとに、組織として引継ぎの手順や引継ぎ文書の内容等を定めておくことがのぞまれます。

また、サービス提供終了後も利用者や家族が相談を希望した場合のために、対応担当者を設置し、そのことを利用者や家族に伝えておくこともサービスの継続性を確保するための対応策です。その場合には、口頭だけでなく、書面等で伝える必要があります。

評価方法は、訪問調査によって文書や事例の記録等の確認を行います。

**評価の着眼点**

利用者が、他の施設や地域・家庭へ移行するにあたり、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。

サービスを終了した利用者やその家族等が、利用後も相談できる窓口や担当者を施設に設置している。

#### - 4 サービス実施計画の策定

- 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。

#### 【ねらい】

利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

利用者の状況を正確に把握することは、サービス実施計画策定の基本となる重要なプロセスです。身体の状態、病歴、生活状況などを、組織が定めた統一された様式によって把握する必要があります。

また、サービス開始直後には、事前の聞き取りで把握していた内容が実際と異なっている場合もあるため、内容を詳細に確認する必要があります。定められた手順による職員の確認・報告があって、始めて正式にアセスメントが行われたこととなります。

このような観点から、本評価基準では、アセスメントに関するサービス提供開始前後の対応方法が組織として決まっているかどうか、また、その方法に従って実施されているかどうかについての評価を行います。サービス提供開始前後だけでなく、その後の定期的なアセスメントの見直しについても、組織として手順が定められていることが求められます。

評価方法は、訪問調査によるヒアリングと、アセスメント票や利用者に関するサービス提供開始直後の記録票などを確認することで行われます。

具体的な評価ポイントとしては、サービス提供前に誰がどのような形でアセスメントを行ったか、家族や医療機関への聞き取りは行ったか、開始直後にはどのような体制で利用者の状況を確認したか、また開始前の情報と開始後の状況に違いがあった場合に、どのような手順で対応しているか、それらの情報はどのように記録されているかなどが挙げられます。

#### 評価の着眼点

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。

利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。

- 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。

**【ねらい】**

利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。

**評価基準の考え方と評価のポイント**

サービス実施計画策定の次の段階では、アセスメントの内容を踏まえて、それぞれのサービス場面ごとに利用者の状態を具体的に確認し、どのような課題（ニーズ）があるかを検討します。

課題（ニーズ）には、サービスの種別によって発達に応じた課題、現状維持のための課題、悪化防止・変化の早期発見等の観点からの課題(ニーズ)などがあります。

全ての利用者について、個別に具体的な課題（ニーズ）が明示されていることが求められます。また、ニーズに基づいたサービス提供については、サービス実施計画に記載された課題解決のための目標と目標達成に向けた具体的な対応策を確認し、その実施状況の記録等で判断することになります。

評価は、数名について書面をもって確認することで行われます。

**評価の着眼点**

利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決められている。  
利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。

- 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。

#### 【ねらい】

利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

本評価基準での「サービス実施計画」とは、実態として利用者一人ひとりについて具体的なサービス内容まで記載されたサービス計画を指します。

本評価基準では、サービス実施計画の策定にあたって、組織内での体制が確立しているかどうかを評価します。具体的には、まずサービス実施計画策定の責任者の設置を求めます。

責任者とは、必ずしもサービス実施計画を直接作成する者を意味していません。各部門の担当者の意見を集約・調整する場を設定し、その場に参画して実施計画内容の決定までを統括する、また家族への連絡や説明等を行う、などが責任者に求められる役割です。

役割分担は組織の状況に応じて、異なってもかまいません。本評価基準が求めているのは、実態として、その組織としてサービス実施計画の策定方法が定まっていること、それぞれの担当者がその定められた方法における役割を果たしていることです。

実際のサービス実施計画策定にあたっては、部門を横断した関係職員の合議のもとに策定されるための体制が、組織として整備されているかどうかを評価します。関係職員が計画作成を目的としたカンファレンスを行っている、あるいは何らかの方法で関与しているかどうかポイントです。

利用者の意向が計画に反映されているかについては、サービス実施計画に利用者の意向が明示されていることで、意向を踏まえた計画が策定されていると評価します。個別のサービス内容への反映については評価の対象としません。

評価方法は、訪問調査によって、サービス実施計画の策定・実施のプロセスを具体的に聴取します。書面による確認も行いますが、責任体制を含めて実態がどのようになっているかという視点で評価が行われます。

#### 評価の着眼点

利用者のサービス実施計画策定の責任者を設置している。

サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。

サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。

**【ねらい】**

サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。

**評価基準のポイントと評価の考え方**

サービスの質の向上を図るためには、策定されたサービス実施計画について、一定の期間で評価・見直しを行うというシステムを確立する必要があります。このシステムは《計画の策定 実施 評価・見直し（変更） 実施 評価・見直し》というサイクルになっており、定期的にサイクルを回していくことで、サービスの質に関する職員の共通意識を育てていくこととなります。

そのために、評価・見直しに関する組織として標準化された手順が定められ実施されている必要があります。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法などが明示されていることがのぞまれます。

サービス実施計画の見直しでは、目標そのものの妥当性や、具体的な解決方法（援助方法）の有効性などについて検討しますが、変更に関する利用者の意向の確認と同意を得ることが重要な留意点です。

定期的な見直しのほかに、日々のサービスの中で現場の判断で行われる細かな変更について、その変更内容が実施計画（書面上）に反映されるための手順・仕組みが定められているかについても同時に確認します。

定期的な評価結果に基づいて、必要があればサービス実施計画の内容を変更しているかどうかを、記録類と実施計画等の書面によって評価します。

**評価の着眼点**

サービス実施計画の見直しについて、見直し時期、検討会議開催、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、定めて実施している。

見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知している。