

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ている。

【判断基準】

- a) 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。
- b) 実施した評価の結果を分析しているが、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。
- c) 実施した評価の結果を分析したり、組織として取り組むべき課題を明確にするための検討を行っていない。

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

- 評価結果を分析する担当者または部署が決まっている。
- 評価結果を職員が共有している。
- 分析した評価結果を検討する場が設定されている。
- 評価結果の検討によって、課題を明確にしている。

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。

【判断基準】

- a) 評価結果から明確になった課題について、組織としての改善策や改善に向けての計画を策定し実施している。
- b) 評価結果から明確になった課題について、組織としての改善策や改善に向けての計画を策定しているが、具体的に実施はしていない。
- c) 評価結果から明確になった課題について、組織としての改善策や改善に向けての計画を策定していない。

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

- 評価結果に基づいた改善課題について、対応策を決定している。
- 単年度で解決できない課題について、中・長期的な改善計画を策定している。
- 決められた対応策や改善計画を、実施している。

Ⅲ-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。

Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。

【判断基準】

- a) 個々のサービスについて、その標準的な実施方法が定められており、実際のサービス実施に活かされている。
- b) 個々のサービスについて、その標準的な実施方法が定められているが、実際のサービス実施に活かされていない。
- c) 個々のサービスについて、その標準的な実施方法が定められていない。

評価基準の考え方と評価のポイント

- 組織が実施する個々のサービスについて標準的な実施方法が定められていることは、職員全体が共通の認識を持ってサービスに当たり、安全性を含めて一定の水準のサービスを提供していることを意味します。標準的な実施方法を定めることは、サービスの質の向上や事故防止に対する組織の基本的な姿勢を具現化するものとも言えます。
- 本評価基準では、このような観点から、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はなく、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

- 個別のサービス場面について、組織として標準的なサービス実施の手順、留意点などが文書化されている。
- 研修や個別の指導など、標準的な実施方法を職員に周知徹底するための方策を講じている。
- 実際のサービス提供場面において活用されている。

Ⅲ-2-(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。

【判断基準】

- a) 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。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。
- c) 定期的な検証をしていない。

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すが、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。
- なお、随時見直しを行っているという場合はc) 評価です。

評価の着眼点

- サービスの標準的な実施方法の見直しに関する組織内での規程が定められている。
- 見直しにあたり、現場からの提案や意見が反映されるような仕組みになっている。
- 規程に基づき、定期的に見直しを行っている。

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 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。

【判断基準】

- a) 一人ひとりの利用者について、そのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。
- b) ー
- c) 一人ひとりの利用者について、そのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されていない。

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

- 利用者の状態について、個々のサービス場面での記録の方法を定めて実施している。
- 利用者の状態に関する記録を、個別のサービス実施計画の内容と比較し、利用者の状態が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。

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。

【判断基準】

- a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、規程に沿って適切に管理が行われている。
- b) 利用者に関する記録管理について規程が定められているが、十分に実施できていない。
- c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。

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は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

- 記録管理の担当者（責任者）が設置されている。
- 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程を定めている。
- 利用者や家族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プライバシー保護と情報開示の観点から、教育・研修が行われている。

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。

【判断基準】

- a) 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が行われ、効果が認められる。
- b) 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が行われているが、効果が認められていない。
- c) 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が行われていない。

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

- 利用者の状況の引継ぎは所定の文書（ノート、日誌等を含む）で行っている。
- 引継ぎノート等には、重要事項の見落としがないようマーキングなどの工夫をしている。
- 引継ぎ内容を確認したら、チェックを記入するようになっている。
- パソコンを利用して、情報を共有する仕組みを作っている。
- 利用者の情報共有を目的とした部門横断での取り組みがなされている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-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。

【判断基準】

- a) サービス等の情報について、利用希望者が選択に資するような工夫のもと、積極的な情報提供を行っている。
- b) サービス等の情報について、利用希望者が選択に資するような工夫はしているが、積極的な情報提供を行っていない。
- c) サービス等の情報について、利用希望者が選択に資するような工夫をしていない。

評価基準の考え方と評価のポイント

- 社会福祉法によって、福祉事業の経営者は努力義務として、利用者がサービス選択の際に参考に資することができる情報を提供することが求められています。
- ここで言う情報とは、契約締結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は、b) 評価とします。

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。
- 組織の理念や提供するサービス内容を紹介した資料を、公共施設、大型店舗など多数の人が手にすることができる場所に、常に置いている。
- 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用などで誰にでもわかるような内容にしている。
- 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。

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。

【判断基準】

- a) サービスの開始時には、組織が定める様式に基づき利用者やその家族等に分りやすく説明を行うよう工夫し、十分に意向を把握した上で、同意を得ている。
- b) サービスの開始時には、組織が定める様式に基づき利用者やその家族等に分りやすく説明を行うよう工夫し、同意を得ているが、十分に意向を把握していない。
- c) サービスの開始時には、組織が定める様式に基づき利用者やその家族等に説明を行い、同意を得ているが、意向を把握していない。

評価基準の考え方と評価のポイント

【利用契約ではないサービス種別の場合】

- 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契約を締結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。書面での確認ができない場合はc) 評価となります。

【利用契約が必要なサービス種別の場合】

- 利用契約が必要なサービス種別の場合には、必ず契約書を締結する必要があります。その際には、利用者の意向を受けた個別のサービス内容を明確にし、説明と同意を得ることが求められています。
- 契約書は、組織と利用者の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に、組織にとっても不必要なトラブルを回避するための重要な手続きです。各種モデル契約書の内容に照らして適切な契約書を整備する努力が求められています。
- 評価方法は、訪問調査において契約書を確認することとあわせて利用者の意向把握や同意を得るまでの過程も記録等で確認します。書面での確認ができない場合はc) 評価となります。

評価の着眼点

- サービスを開始する時には、サービス内容や料金などが具体的に記載された資料を用意して利用者説明している。

- また、説明にあたっては利用者やその家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば地域福祉権利擁護事業の活用）を行っている。
- サービスを開始する時には、利用者や家族の意向を十分に聞き記録している。
- サービスを開始する時には、サービスの内容や料金等について利用者や家族の同意を得たうえで、その内容を書面で残している。
- 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。
- 契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-① 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。

【判断基準】

- a) サービス内容や事業所の変更、家庭への移行などが実施される場合には、利用者が環境の変化等によって受ける影響を少なくするためにサービスの継続性に配慮した対応を行う取り決めがあり、実行している。
- b) サービス内容や事業所の変更、家庭への移行などが実施される場合には、利用者が環境の変化等によって受ける影響を少なくするためにサービスの継続性に配慮した対応を行っているが、取り決めはない。
- c) サービス内容や事業所の変更、家庭への移行などが実施される場合、通常の引継ぎ以外に特別な対応は行っていない。

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

- サービス内容の変更や事業所の変更、家庭への移行など別の組織や家族に利用者の状態の引継ぎを行う場合の手順と引継ぎ文書を定めている。
- 組織としてサービス提供を終了した後も、利用者や家族が相談できるように担当者や窓口を設置している。
- 利用者へのサービスを終了するときには、その後の相談窓口や担当者について説明を行ったり文書を渡している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。

【判断基準】

- a) 利用者についての身体状況や生活状況等を正確に把握するために、サービス開始前及び開始後も段階を追って計画的にアセスメントを行っている。
- b) サービス開始前におけるアセスメントは行っていないが、サービス開始後は計画的にアセスメントを実施している。
- c) 利用者についての身体状況や生活状況等を正確に把握するためのアセスメントを計画的に行っていない。

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。
- 組織としてアセスメントを全く行っていないことは想定していませんが、その場合は評価判定は、c) とします。

評価の着眼点

- 利用者の身体的、精神的、社会的状況を、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。
- サービス提供を開始する際の、利用者の状態把握の手順を定めている。
- サービス提供開始後、利用者の状態を確認する手順を定めている。

Ⅲ-4-(1)-② 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。

【判断基準】

- a) 全ての利用者について、把握した情報に基づき、身体面や日常生活の面等について課題（ニーズ）が具体的に明示され、ニーズに基づいたサービスを提供している。
- b) 全ての利用者について、把握した情報に基づき、身体面や日常生活の面等について課題（ニーズ）が具体的に明示されているが、ニーズに基づいたサービスを十分に提供していない。
- c) 把握した情報に基づく身体面や日常生活の面等について課題（ニーズ）が具体的に明示されていない。

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

- 個別の利用者の課題（ニーズ）の明示の手続きが決められている。
- 個別の利用者について、身体面や日常生活面での情報を記載した書類に、具体的な課題が明示されている。
 - 例) 咀嚼機能が低下している
 - ⇒【食事場面での課題】通常食は食べられない。ひとくちの量を少なくしないと飲み込めない。
 - ⇒【食事場面での目標】誤嚥防止。食事を楽しむための援助の工夫。

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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いるが、十分に機能していない。
- c) 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いない。

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。これは、サービス実施計画は、医療やリハビリ、メンタル面での支援等も含めた総合的な視点で作成されなければならないこと、実施状況の評価・見直しにあたっては、QOLを含め、総合的な視点から利用者のよりよい状態を検討する必要があることなどから、全体を統括する責任者が必要だと考えるためです。
- 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、そして、名目だけではない、全体の内容を掌握した責任者が配置されていることです。
- 次に必要な体制は、サービス実施状況が責任者に伝わる仕組みです。実施記録での実施状況の確認や担当者からの報告ルートなどが、システムとして成立しており、責任者が総合的な視点で情報を管理している状態を求めています。
- 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。
- 利用者一人ひとりについてのサービス実施計画が作成されていないことは想定していませんが、その場合はc) 評価となります。

評価の着眼点

- 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手順を定めている。
- サービス実施計画策定にあたって、部門を横断した関係職員が合議するシステムを確立している。
- サービス実施計画策定の前に、利用者の意向を必ず聴取し記録している。
- サービス実施の状況が責任者に伝わる仕組みを整備している。
- 緊急に実施計画について検討・変更が必要な場合の仕組みを整備している。

Ⅲ-4-(2)-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。

【判断基準】

- a) 一人ひとりの利用者の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組織としての標準的な手順が定められ実施している。
- b) 一人ひとりの利用者の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組織としての標準的な手順が定められているが、十分に実施していない。
- c) 一人ひとりの利用者の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組織としての標準的な手順が定められていない。

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上（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、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、見直しの手順などを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、関係職員に周知する手順を定めている。
- サービス実施計画を変更する際の、利用者の意向を聞く手順、同意を得る仕組みを定めている。
- 現場の判断で修正された細かな変更について、責任者への報告の仕組みを定めて実施している。
- 現場の判断で修正された細かな変更を、関係職員に伝える手順を定めている。

□現場の判断で修正された細かな変更を、サービス実施計画上に反映させる手順を定めている。

第三者評価基準 対照表
(Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織 Ⅱ 地域等との関係)

【参照した評価基準】

評価基準の構成や評価項目が類似しているものは、一括して掲載。表中の表記が示す評価基準は以下のとおり。

分野	表中の表記	評価基準名
高齢者分野	社会・援護局版 老健局、兵庫、姫路	福祉サービスの第三者評価基準(厚生労働省社会・援護局「福祉サービスの質に関する検討会」平成13年) (社)全国社会福祉協議会 特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準(厚生省老人保健福祉局監修)(平成6年4月) (社)兵庫県老人福祉事業協会 サービス評価委員会 特別養護老人ホーム評価基準(H13年度) 姫路市介護サービス第三者評価施設サービスマニュアル
	福岡 特養、福岡 老健	福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
	福岡 施設	福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 介護老人保健施設評価基準
	大阪 施設 メィアイ 施設 GOWA	大阪府 福祉サービスの第三者評価に関する調査検討会 評価基準 高齢者福祉分野 1. 介護保険施設等版 特定非営利活動法人メィアイヘルプユ一 評価基準・施設 特定非営利活動法人福祉を拓く会GOWA ステップ評価 ステップ3
	全社協 在宅福祉 福岡 訪、通、短	(社)全国社会福祉協議会 高齢者在宅福祉サービス事業評価基準(H8年10月) 福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 通所介護評価基準 福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 訪問介護評価基準 福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 短期入所評価基準
	大阪 訪問、通所 メィアイ 訪問	大阪府 福祉サービスの第三者評価に関する調査検討会 評価基準 高齢者福祉分野 2. 通所介護 大阪府 福祉サービスの第三者評価に関する調査検討会 評価基準 高齢者福祉分野 3. 訪問介護
	福岡 居宅介護支援	特定非営利活動法人メィアイヘルプユ一 評価基準・在宅 福岡市介護保険事業計画策定委員会(福岡市介護サービス評価システム検討会) 介護サービス評価基準(H13年11月) 居宅介護支援評価基準
	日本医療機能評価 東京都共通項目及びサービス提供プロセス(特養)	