

福島県福祉サービス第三者評価基準

自己評価＜共通項目編＞

(救護施設版)

平成20年3月

共通評価項目（55項目）

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針	
	(1) 理念、基本方針が確立されている
	① 理念が明文化されている
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている
	(2) 理念や基本方針が周知されている
	① 理念や基本方針が職員に周知されている
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている
I-2 計画の策定	
	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている
	① 中・長期計画が策定されている
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている
	(2) 計画が適切に策定されている
	① 計画の策定が組織的に行われている
	② 計画が職員や利用者等に周知されている
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	
	(1) 管理者の責任が明確にされている
	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している
	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている
	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている
	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している
	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握	
	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している
	① 事業経営をとりまく環境が適格に把握されている
	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている
	③ 外部監査が実施されている
II-2 人材の確保・養成	
	(1) 人事管理の体制が整備されている
	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している
	② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている
	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている
	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている
	② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる
	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている
	② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている
	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている
	(4) 実習生の受け入れが適切に行われている
	① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している
	② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている
II-3 安全管理	
	(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている
	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている
	② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している

II-4 地域との交流と連携	
(1) 地域との関係が適切に確保されている	
	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている
	② 事業所が有する機能を地域に還元している
	③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している
(2) 関係機関との連携が確保されている	
	① 必要な社会資源を明確にしている
	② 関係機関等との連携が適切に行われている
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている	
	① 地域の福祉ニーズを把握している
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス	
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている	
	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
	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
(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ている
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	
	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
	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
	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している
III-2 サービスの質の確保	
(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている	
	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
	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
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している	
	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
	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
(3) サービス実施の記録が適切に行われている	
	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
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している
	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
III-3 サービスの開始・継続	
(1) サービス提供の開始が適切に行われている	
	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
	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
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている	
	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
III-4 サービス実施計画の策定	
(1) 利用者のアセスメントが行われている	
	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている
	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
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている	
	① サービス実施計画を適切に策定している
	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

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)- ① 理念が明文化されている。

【判断基準】

- a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。
- b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。
- c) 法人の理念を明文化していない。

I-1-(1)- ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。

【判断基準】

- a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。
- b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。
- c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)- ① 理念や基本方針が職員に周知されている。

【判断基準】

- a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。
- b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 理念や基本方針を職員に配付していない。

I-1-(2)- ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。

【判断基準】

- a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。
- b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)- ① 中・長期計画が策定されている。

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定しているが、内容が十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。

【判断基準】

- a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。
- b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を十分に反映していない。
- c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。

【判断基準】

- a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。
- b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。
- c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。

【判断基準】

- a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。
- b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。

【判断基準】

- a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)- ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。

【判断基準】

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。

I-3-(2)- ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。

【判断基準】

- a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)- ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。

【判断基準】

- a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。

II-1-(1)- ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。

【判断基準】

- a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。
- b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。
- c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。

II-1-(1)- ③ 外部監査が実施されている。

【判断基準】

- a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。
- b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。
- c) 外部監査を実施していない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。
- b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。
- c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。

Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。

【判断基準】

- a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。
- b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。
- c) 定期的な人事考課を実施していない。

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
- b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
- c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。

Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。

【判断基準】

- a) 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。
- b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。
- c) 福利厚生事業を実施していない。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。

【判断基準】

- a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。
- b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。
- c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。

II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。
- b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。
- c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。

【判断基準】

- a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。
- b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。
- c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。

【判断基準】

- a) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。
- b) 実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) 実習生を受け入れるに当たり、受け入れの意義や方針が全職員に理解されていない。

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。

【判断基準】

- a) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。
- b) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 実習生を受け入れていない。

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。

【判断基準】

- a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。
- b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。
- c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。

Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。

【判断基準】

- a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。
- b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。
- c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
- b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。

Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。

【判断基準】

- a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。
- b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。
- c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。

Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。

【判断基準】

- a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。
- b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。

【判断基準】

- a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。
- b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。
- c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。

Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。

【判断基準】

- a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。
- b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。
- c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。

【判断基準】

- a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。
- b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。
- c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-(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。

【判断基準】

- a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。
- b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。
- c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。

Ⅲ-1-(1)-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。

【判断基準】

- a) 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組を行っている。
- b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。
- c) 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ない。

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。

【判断基準】

- a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。
- b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。
- c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。

【判断基準】

- a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。
- b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
- c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(3)-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。

【判断基準】

- a) 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が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 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が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 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ない。

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。

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
- b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
- c) 苦情解決の仕組みが確立していない。

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。

【判断基準】

- a) 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。
- b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。
- c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-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。

【判断基準】

- a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。
- b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。
- c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。

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、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。
- c) 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ない。

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、改善策や改善計画を立て実施している。
- b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。
- c) 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ない。

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、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。
- b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。
- c) 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ていない。

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) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。

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) 利用者一人ひとりのサービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録されている。
- b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているが、十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されていない。

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、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管理が行われているが、十分ではない。
- 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。

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組が行われている。
- 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組が行われているが、十分ではない。
- 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組が行われていない。

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) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

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わかりやすく説明を行っている。
- b) サービス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説明を行っているが、十分ではない。
- c) サービス開始時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説明を行っていない。

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) サービスの内容や施設の変更、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。
- b) サービスの内容や施設の変更、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が、十分ではない。
- c) サービスの内容や施設の変更、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ない。

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) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望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。
- b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。

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) 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。
- b) 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明示しているが、十分ではない。
- c) 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明示していない。

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（個別支援計画）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（個別支援計画）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（個別支援計画）策定のための体制が確立していない。

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) サービス実施計画（個別支援計画）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。
- b) サービス実施計画（個別支援計画）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が、十分ではない。
- c) サービス実施計画（個別支援計画）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ない。