

## 福祉サービスの第三者評価基準（試案）

### I 福祉サービス提供の基本方針と組織

#### 1 福祉サービス提供の基本方針

I-1-(1) 福祉サービスの提供に関する基本姿勢が明示されている。

I-1-(1)-① 社会福祉事業者及びサービス提供組織の理念、基本方針が明文化されている。

I-1-(1)-② 基本方針には利用者を尊重する姿勢が明示されている。

I-1-(2) 理念や基本方針を内外に周知している。

I-1-(2)-③ 理念や基本方針を職員に周知するための取り組みを行っている。

I-1-(2)-④ 理念や基本方針を関係者に周知するための取り組みを行っている。

#### 2 サービス提供組織の運営

I-2-(1) 組織の運営に関する諸規程が定められている。

I-2-(1)-⑤ 組織の職制・職務分掌を明確にしている。

I-2-(1)-⑥ 組織図を整備している。

I-2-(2) 組織の運営が適切に行われている。

I-2-(2)-⑦ 提供するサービスの質の向上に向けた会議が適切に行われている。

I-2-(2)-⑧ 職員が業務の改善について意見を述べる機会を確保している。

I-2-(3) 利用者の意見を大切にしている。

I-2-(3)-⑨ 利用者の意見を聞くための取り組みを行っている。

I-2-(3)-⑩ 意見に対する検討を行っている。

#### 3 計画の策定

I-3-(1) サービスの質の向上に向けた中・長期的な計画を策定している。

I-3-(1)-⑪ 組織が提供する福祉サービスの質に関する現状の分析と中・長期的な視点での課題を明確にしている。

I-3-(1)-⑫ 中・長期的な課題に対応するための計画を策定している。

I-3-(1)-⑬ 中・長期的な計画を実行している。

I-3-(2) サービスの質の向上を意図した事業計画を策定している。

I-3-(2)-⑭ 中・長期計画に基づく部門ごとの目標が設定されている。

I-3-(2)-⑮ 計画の策定にあたり各部門の目標の達成度を評価している。

#### 4 職員の資質向上

I-4-(1) 職員の資質向上に向けた基本姿勢を明示している。

I-4-(1)-⑩ 職員の資質向上に関する目標を設定している。

I-4-(2) 職員の研修体制が確立している。

I-4-(2)-⑰ 職員の研修ニーズを分析している。

I-4-(2)-⑱ 適切な研修機会を確保している。

### II 地域等との関係

#### 1 地域社会との連携

II-1-(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。

II-1-(1)-① サービス利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを行っている。

II-1-(1)-② ボランティアを受け入れるための体制が整備されている。

II-1-(2) 地域の社会資源との連携が確保されている。

II-1-(2)-③ 必要な社会資源を明確にしている。

II-1-(2)-④ 関係機関・団体等との連携を図るための取り組みを行っている。

#### 2 福祉人材の育成

II-2-(1) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(1)-⑤ 実習生を受け入れるための体制が整っている。

II-2-(1)-⑥ 実習生の受け入れにあたり、サービス利用者の意向を尊重している。

### III 対等なサービス利用関係の構築

#### 1 サービス提供開始時の対応

III-1-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

III-1-(1)-① 自組織が提供するサービスに関する情報の提供が行われている。

III-1-(1)-② サービス提供にあたり利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。

III-1-(2) 利用者との契約が適切に行われている。

III-1-(2)-③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。

III-1-(2)-④ 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。

### IV 福祉サービス提供過程の確立

#### 1 サービス提供計画の管理

IV-1-(1) サービス提供計画の策定、実施及び評価の各過程における責任体制が明確である。

IV-1-(1)-① サービス提供計画の一連の過程においてそれぞれ責任者が定められている。

IV-1-(2) 利用者やその家族を尊重したサービス提供過程を確保している。

IV-1-(2)-② サービス提供計画の一連の過程において利用者の意向に配慮している。

IV-1-(2)-③ サービス提供計画の一連の過程において「説明」と「同意」を徹底している。

## 2 サービス提供計画の策定

IV-2-(1) 利用者一人ひとりについてアセスメントを行っている。

IV-2-(1)-④ アセスメント票が整備されている。

IV-2-(1)-⑤ 全ての利用者に対してアセスメントが実施されている。

IV-2-(2) 一人ひとりの利用者に対するサービス提供計画を作成している。

IV-2-(2)-⑥ 利用者が有する課題を明らかにしている。

IV-2-(2)-⑦ 目標を明らかにしたサービス提供計画が作成されている。

IV-2-(2)-⑧ 利用者が有する諸課題に対する目標の優先順位が明確である。

## 3 サービスの提供

IV-3-(1) 組織が提供するサービスの標準化が図られている。

IV-3-(1)-⑨ 自組織における個々のサービスについての標準的な方法が定められている。

IV-3-(1)-⑩ 標準的な方法についての定期的な見直しが行われている。

IV-3-(2) サービス提供に関わる適切な記録が確保されている。

IV-3-(2)-⑪ サービス提供計画の実施に関わる記録が整備されている。

## 4 評価・変更

IV-4-(1) サービス提供計画の実施に関する評価を行っている。

IV-4-(1)-⑫ 利用者の情報がサービス提供計画の実施責任者に確実に伝わる仕組みがある。

IV-4-(1)-⑬ 利用者の目標に関する達成状況の評価を行っている。

IV-4-(2) 評価結果をサービス提供計画に反映している。

IV-4-(2)-⑭ サービス提供計画の変更が行われている。

## V 福祉サービスの適切な提供

### 1 生活環境

V-1-(1) サービス提供環境が適切に整備されている。

V-1-(1)-① サービス提供にあたり、利用者の生活空間への配慮がなされている。

V-1-(1)-② サービス利用者に安らぎを与えるための工夫がなされている。

## 2 コミュニケーション

V-2-(1) 利用者とのコミュニケーションが円滑に保たれている。

V-2-(1)-③ 利用者の状態に配慮したコミュニケーションを確保している。

## 3 移動

V-3-(1) 必要な利用者に対する移動の支援が適切に行われている。

V-3-(1)-④ 移動について、必要な利用者のサービス提供計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。

## 4 食事

V-4-(1) 必要な利用者に対する食事の支援が適切に行われている。

V-4-(1)-⑤ 食事（栄養管理含む）について、必要な利用者のサービス提供計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。

V-4-(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。

V-4-(2)-⑥ 利用者一人ひとりの嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。

V-4-(2)-⑦ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。

## 5 入浴

V-5-(1) 必要な利用者に対する入浴の支援が適切に行われている。

V-5-(1)-⑧ 入浴について、必要な利用者のサービス提供計画に基づき個別・具体的な実施方法が明示されている。

V-5-(2) 入浴の安全性やプライバシーを確保するための取り組みを行っている。

V-5-(2)-⑨ 入浴時のプライバシーへの配慮がなされている。

V-5-(2)-⑩ 入浴時の安全や快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。

## 6 清拭

V-6-(1) 必要な利用者に対する清拭の支援が適切に行われている。

V-6-(1)-⑪ 清拭について、必要な利用者のサービス提供計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。

V-6-(2) 清拭時の安全性やプライバシーを確保するための取り組みを行っている。

V-6-(2)-⑫ 清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。

V-6-(2)-⑬ 清拭時の安全確保への配慮がなされている。

## 7 排泄

V-7-(1) 必要な利用者に対する排泄の支援が適切に行われている。

V-7-(1)-⑭ 排泄について、必要な利用者のサービス提供計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。

V-7-(2) 排泄時の安全性やプライバシーを確保するための取り組みを行っている。

V-7-(2)-⑮ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。

V-7-(2)-⑯ 排泄時の安全や快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。

## 8 整容

V-8-(1) 利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている。

V-8-(1)-⑰ 身だしなみや清潔保持について、必要な利用者のサービス提供計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。

V-8-(1)-⑱ 計画の実施にあたっては、利用者の意向や嗜好に配慮している。

V-8-(2) 利用者の理・美容が適切に行われている。

V-8-(2)-⑲ 利用者の理・美容について、必要な利用者のサービス提供計画に基づく個別・具体的な実施方法が明示されている。

## 9 相談等の援助

V-9-(1) 利用者からの相談に適切に対応している。

V-9-(1)-⑳ 利用者等からの多様な相談に積極的に対応している。

V-9-(1)-㉑ 利用者のメンタルヘルスに着目した支援を行っている。

V-9-(2) 家族や友人等とのつながりに配慮している。

V-9-(2)-㉒ 家族、友人等との関係を把握するとともに必要な支援を行っている。

V-9-(2)-㉓ 家族等との情報交換が適切に行われている。

## 10 機能回復等への支援

V-10-(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。

V-10-(1)-㉔ 利用者の機能訓練に関する個別・具体的な方法が明示されている。

V-10-(1)-㉕ 利用者の就労に向けた支援に関する個別・具体的な方法が明示されている。

V-10-(1)-㉖ 利用者の社会生活に必要な技術や知識の習得支援に向けた個別・具体的な方法が明示されている。

V-10-(2) 利用者の余暇活動や学習に対する支援が適切に行われている。

V-10-(2)-㉗ 利用者の余暇活動や生きがいきづくりなどに対する支援が行われている。

## VI 利用者本位のサービス提供

### 1 利用者の意向の尊重

VI-1-(1) 利用者の希望に沿った生活の実現や日常生活への配慮を行っている。

VI-1-(1)-① 利用者の希望に沿った生活の実現に配慮がなされている。

VI-1-(1)-② 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。

VI-1-(1)-③ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。

VI-1-(1)-④ 行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。

## 2 利用者の安心と安全の確保

VI-2-(1) 事故防止のための取り組みを行っている。

VI-2-(1)-⑤ 職員における事故防止に向けた具体的な取り組みが行われている。

VI-2-(1)-⑥ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がなされている。

VI-2-(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。

VI-2-(2)-⑦ 発生した事故に適切に対応している。

VI-2-(2)-⑧ 事故補償（賠償）を迅速に行うための方策を講じている。

VI-2-(2)-⑨ 防災に関するマニュアル等がある。

VI-2-(3) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。

VI-2-(3)-⑩ 感染症防止マニュアルが策定されている。

VI-2-(3)-⑪ 衛生管理に関するマニュアルが策定されている。

VI-2-(3)-⑫ マニュアル類は定期的に見直しがされている。

## VII 組織の運営管理

### 1 経営

VII-1-(1) 地域住民等の福祉に対するニーズに対応している。

VII-1-(1)-① 地域の福祉ニーズを把握するための取り組みを行っている。

VII-1-(1)-② 地域の福祉ニーズに基づき新たな事業展開を図っている。

VII-1-(2) 経営状況を的確に把握している。

VII-1-(2)-③ 組織の経営状況に関する経営分析を行っている。

### 2 人事管理

VII-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

VII-2-(1)-④ 職員の資質向上を図るための人事方針が定められている。

VII-2-(1)-⑤ 人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。

VII-2-(2) 職員に対する配慮がなされている。

VII-2-(2)-⑥ 職員に対する精神的な支援が行われている。

VII-2-(2)-⑦ 職員の安全を確保するための取り組みを行っている。

VII-2-(2)-⑧ 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。

### 3 財務管理

VII-3-(1) 予算管理が適切に行われている。

VII-3-(1)-⑨ 事業計画と整合性のある予算編成を行っている。

VII-3-(1)-⑩ 予算編成にあたり、サービスや現場の実態との整合性を図るために職員の意見を聴取している。

VII-3-(2) 情報の開示に向けた取り組みを行っている。

VII-3-(2)-① 情報の開示に関する規程を整備している。

VII-3-(2)-② 開示にあたってはわかりやすく伝えるための工夫や配慮を行っている。

#### 4 物品管理

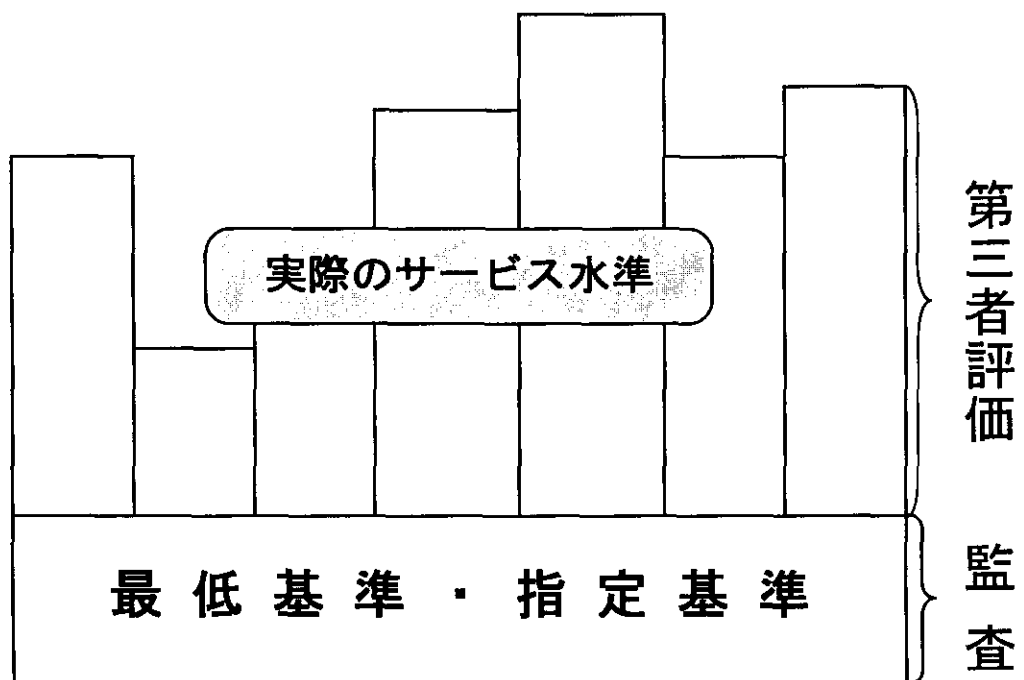
VII-4-(1) 物品の購入などが適切に行われている。

VII-4-(1)-⑬ 組織が保有する物品等の無駄をなくすための取り組みが行われている。

VII-4-(2) 組織が保有する物品に関する管理が適切に行われている。

VII-4-(2)-⑭ 機器類の定期的な検査や整備が行われている。

第三者評価と最低基準・指定基準及び監査との関係





## 評価の体系の関係について

### 利用者の選択

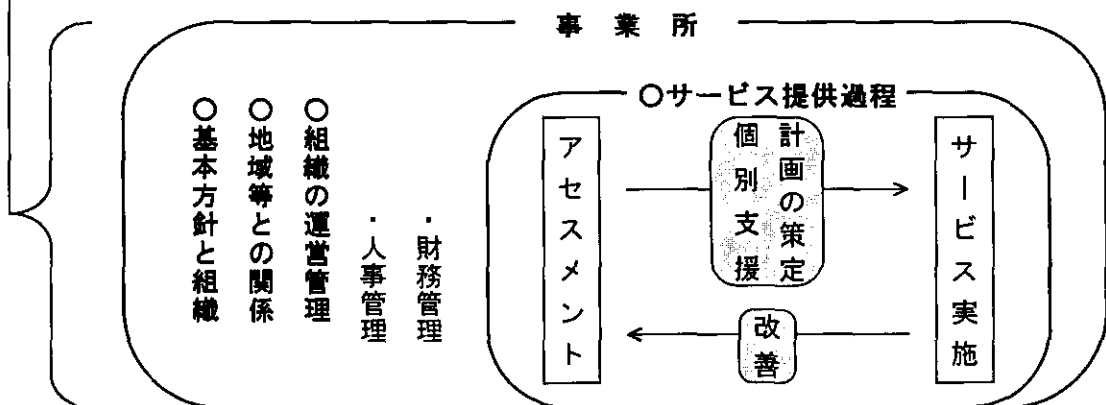
#### 客観的見地

- 個室か多人数部屋か
- 1人当たり面積等
- 第三者評価の結果

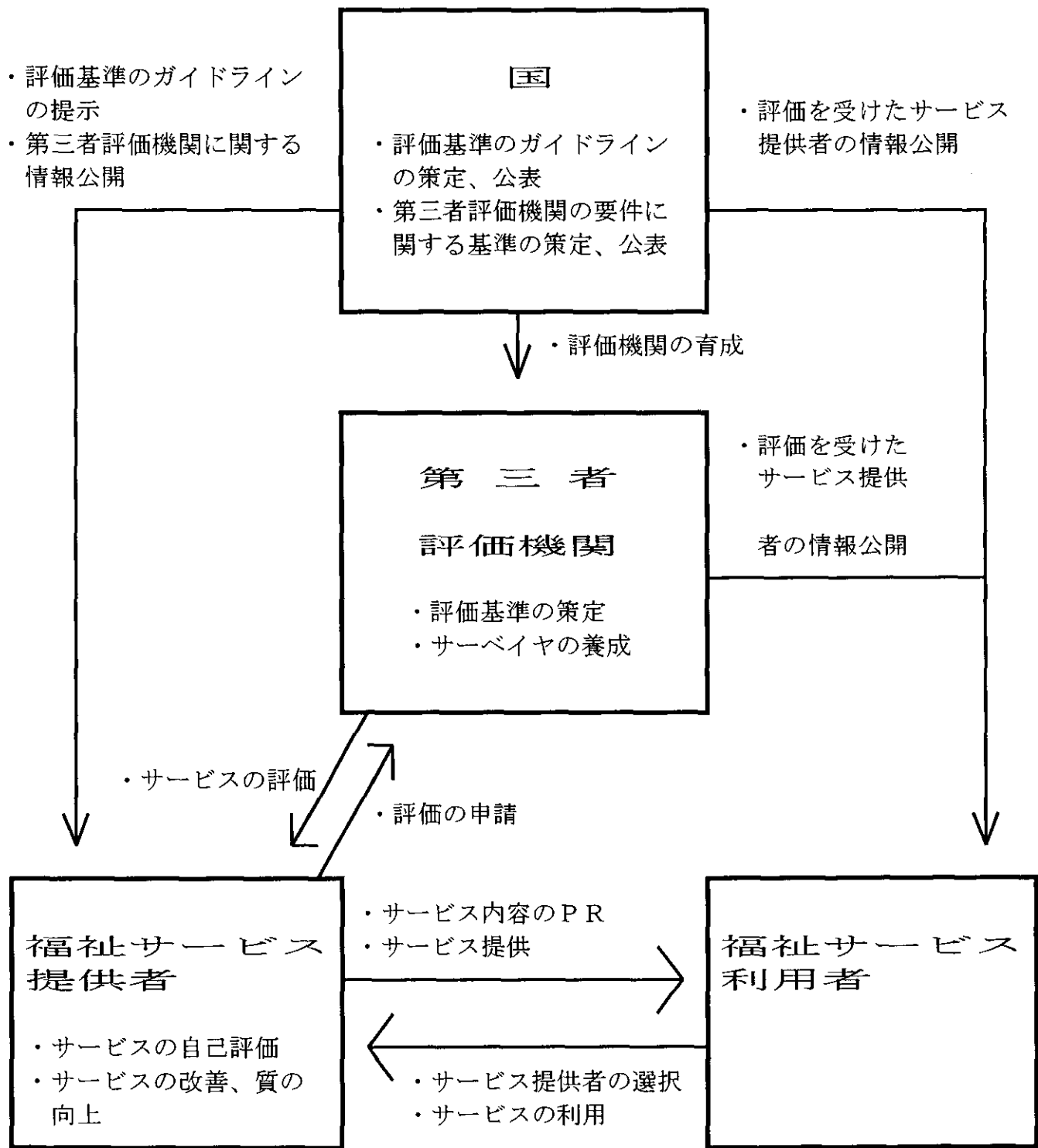
#### 主観的見地

- 利用者の意見、評価
- ボランティアの声

### サービス提供体制及びプロセスの評価



福祉サービスの第三者評価のイメージ図



福祉サービスの質に関する検討会委員名簿

(◎：座長)

氏 名 (五十音順)	職 名
石 橋 真 二	日本介護福祉士会副会長
◎江 草 安 彦	社会福祉法人旭川荘理事長
奥 野 英 子	筑波大学大学院リハビリテーションコース助教授
柏 女 靈 峰	淑徳大学社会学部教授
北 野 誠 一	桃山学院大学社会学部社会福祉学科教授
坂 卷 熙	淑徳大学社会学部教授、日本福祉大学客員教授
清 水 鳩 子	主婦連合会副会長
杉 村 和 子	社団法人日本社会福祉士会副会長
武 居 敏	全国社会福祉施設経営者協議会協議員
竹 内 孝 仁	日本医科大学付属第2病院リハビリテーションセンター教授
外 山 義	京都大学大学院工学研究科教授
中 島 健 一	日本社会事業大学社会福祉学部福祉援助学科学科長・助教授
橋 本 正 明	立教大学コミュニティ福祉学部教授・至誠ホーム長
長谷川 敏 彦	国立医療・病院管理研究所医療政策部長