

### 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もつための取り組みが行われている。
- b) 利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取り組みは特に行っていない。
- c) 利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢が明示されていない。

##### 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利用者尊重の方向が明確にされ、事業者は基本的な理念として利用者の意向を尊重したサービスを行うことが求められています。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。

○事業所の種別やサービス内容の違いによって、利用者尊重の具体的な留意点は変わってきますので、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っていきます。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、身体拘束・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

- 理念や基本方針に、利用者尊重のサービス提供を明示している。
- 利用者の基本的人権や尊厳の尊重について、組織内で研修を実施している。
- 利用者に接する際の言葉遣いや態度に関するマニュアルを整備し、職員に周知徹底している。
- 身体拘束・虐待に関する組織内でのルールを明確にし、職員に周知徹底している。

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、職員に十分に周知徹底させる取り組みを行っている。
- 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、職員に周知徹底させる特別な取り組みは行っていない。
- 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。

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。
- 事業所の種別やサービス内容によって留意点は異なりますが、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関するマニュアルを整備している。
- 利用者のプライバシー保護に関するマニュアルに基づいて、職員に研修を実施している。
- サービス提供場面ごとに作成されている手順書や援助マニュアルに、プライバシー保護の観点に立った留意点を記載している。

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。

【判断基準】

- a) 利用者満足向上をめざす姿勢が明示され、利用者満足把握する具体的な仕組みを整備している。
- b) 利用者満足向上をめざす姿勢が明示されているが、利用者満足把握する具体的な仕組みが十分に整備されていない。
- c) 利用者満足向上をめざす姿勢が明示されていない。

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

- 利用者満足向上をめざす姿勢を明示した文書がある。
- 組織内で定期的に利用者満足度調査を行っている。
- 第三者による利用者満足度調査を定期的に行っている。
- 定期的に、利用者に対する個別の相談面接やヒヤリングを行っている。
- 定期的に、利用者懇談会を開催している。
- 利用者会、家族会等に出席している。

### Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上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り組みを行っている。
- 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、取り組みが十分ではない。
- 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。

#### 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も、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

- 利用者満足度調査の担当者を設置している。
- 把握した結果をすみやかに分析・検討している。
- 把握した結果について職員が合議する場を設定している。
- クレームや不適合について、分析・検討している。

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は、相談方法や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り組みをしている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時には、相談方法や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特別の取り組みはしていない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相手を選択できない。

評価基準の考え方と評価のポイント

- 本評価基準では、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

- 利用者の相談窓口（方法）が、組織内に複数設置されている。
- 組織外に、利用者が直接相談できるような場が用意されている。
- 利用者が複数の相談相手、相談方法の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。
- 利用者や家族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。
- 利用者会を通じた相談体制がある。
- 相談室のスペースを確保している。

### 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に周知する取り組みが進められているとともに、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に周知する取り組みが進められているが、苦情解決の仕組みが十分に機能していない。
- c) 苦情解決の仕組みが十分に確立していない。

#### 評価基準の考え方と評価のポイント

- 福祉事業の経営者は、社会福祉法第82条によって、利用者からの苦情の適切な解決に努めることが求められています。また、福祉施設においては、利用者からの苦情への対応が最低基準に規定されています。(65条) 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、①苦情解決責任者の設置(施設長、理事長等)、②苦情受付担当者の設置、③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。
- 第三者委員が設置されていない、解決への話し合いの手順等が特に決まっていない、公表を行っていない、などは「苦情解決の仕組みが十分に確立していない」としてc) 評価となります。

#### 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。
- 苦情解決の制度を説明した資料を利用者に配布し、十分に説明している。
- 苦情解決の制度を説明した掲示物をわかりやすい場所に掲示している。

- 苦情受付担当者は、利用者から苦情があった場合は定められた手順で記録を取り苦情解決責任者に報告している。
- 苦情を解決するための検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族に必ずフィードバックしている。
- 苦情を申し出た利用者や家族が不利益を蒙らないように配慮して、苦情内容を組織内に公表している。
- 苦情解決の仕組みを、組織内のサービス改善に関する検討システムの中に位置づけて、苦情の内容をサービス改善に反映している。

### 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。

#### 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。
- 前項でも解説したように、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に関する担当者を設置している。
- 対応マニュアルには、意見・提案を受けたとき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されている。
- 対応マニュアルには、意見・提案の内容と組織の検討結果の公表について規定されている。
- 実際に対応マニュアルに沿った対応がなされており、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すみやかに報告している。



## 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) 組織が提供するサービスの内容について、自己評価、第三者評価など定期的に評価を行う体制が整備され、十分に機能している。
- b) 組織が提供するサービスの内容について、自己評価、第三者評価など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) 組織が提供するサービスの内容について、自己評価、第三者評価など定期的に評価を行う体制が整備されていない。

### 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。

○なお、本評価基準以下Ⅲ-2-(1)では、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

- 年に1回以上、定められた評価基準に基づいて自己評価を行っている。
- 第三者評価を定期的に受審している。
- 評価に関する担当者が設置されている。
- 評価結果を検討する場が、組織として定められている。

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。
- 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。