

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はなく、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になります。
- 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。