

(別添2)

事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別

第三者評価の判断基準

訪問リハビリテーション

a・・・着眼点をすべて実施している状態

事業所名(施設名)

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

長野中央病院

c・・・着眼点を一つも実施していない状態

実施していない状態

実施している状態

(H22.9 修正版)

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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。	a)	<p>155 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者の尊重についての記載がある。</p> <p>156 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。</p> <p>157 利用者尊重や基本的人権への配慮をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。</p> <p>158 利用者の尊厳を損なう言動や身体拘束、虐待等を防止するため「職員行動規範」を定めている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療生協の介護 医療生協接遇マニュアル 個人情報保護方針・規則 利用者の個人情報取り扱い規定 就業規則第7章43条) 長野医療生活協同組合「接遇マニュアル」 訪問先でのマナーに定めている。
			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。	a)	<p>159 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。</p> <p>160 利用者のプライバシー保護や、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。</p> <p>161 利用者の訪問看護計画(又はサービス提供記録)の中に、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供を行う(又は行った)旨の記載がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション業務マニュアルに定めている。 全職員を対象とした制度教育に力を入れている。制度教育は年度ごとに教育テーマを作成し、全職員が参加を保障されている。参加者の感想文や報告書は「職員教育育成個人ファイル」に保管され、管理者の下で個人管理されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a)	<p>162 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の上昇を図る旨の記載がある。</p> <p>163 利用者満足に関する調査・アンケートを年1回以上行っている。</p> <p>164 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取を年1回以上行っている。</p> <p>165 利用者の家族との面談等により、家族の満足度や要望を把握している。</p> <p>166 利用者満足に関する調査の担当者(担当部署)を定めている。</p> <p>167 調査結果に関する検討会議を設置している。</p> <p>168 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</p> <p>169 検討結果に基づいて具体的な改善策を立て、実施した記録がある。</p>	<p>・年1回の利用者満足度調査の実施の他に、担当者会議、リハビリテーション会議での多事業所からの情報把握、さらに日々の訪問サービス実施中での情報把握に努めている。</p> <p>また、訪問時に利用者・家族から聴取することも心がけています。</p> <p>・調査結果について職場会議で検討し、法人リハ代表者会議においてもりハビリ全体の課題と捉え検討を行っている。</p>
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<p>170 利用者からの意見・要望を受け付ける相談窓口を設置している。</p> <p>171 利用者からの意見・要望等に対する担当者及び責任者を定めている。</p> <p>172 重要事項説明書に、当該事業所の相談窓口及び電話番号、担当者・責任者の氏名を明記している。</p> <p>173 重要事項説明書の当該部分を事業所内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>174 事業所便り等に相談窓口や相談方法を載せることにより、利用者に周知している(年1回以上)。</p> <p>175 意思の疎通が困難な利用者に対して、手話、筆記や成年後見制度の利用が用意されている。</p> <p>176 事業所において利用者や家族が相談や意見を述べる場合、利用者等のプライバシー保護に配慮している(会議室を利用する、ついたて等で周囲から遮蔽する、音声周囲に漏れないように職員の机等から十分な距離をとる等)。</p> <p>— 177 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。—</p>	<p>・相談窓口の他に「虹の箱」が設置され、自由に投書できる。「虹の箱」は医療生協組合員や理事会役員、患者、利用者、外部の識見者が参加した「利用委員会」や「運営委員会」で定期的に関錠され、報告書は職場会議で確認できる。</p> <p>・毎月発行される「みんなの医療」や「事業所便り」の相談方法載せ、毎月利用者に配布し、利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。</p> <p>177は長野市保健福祉部介護保険課では通所リハビリに介護相談員を派遣する予定はないので該当なし。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	1	(3)	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b)	<p>178 苦情相談窓口を設置している。</p> <p>179 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</p> <p>180 第三者委員を設置している。</p> <p>181 重要事項説明書に、当該施設の苦情相談窓口及び電話番号、苦情受付担当者・苦情解決責任者の氏名を明記している。</p> <p>182 重要事項説明書に、公的な苦情受付窓口として、市町村介護保険担当課、長野県国民健康保険団体連合会、長野県社会福祉協議会（福祉サービス運営適正化委員会）及びそれぞれの電話番号を明記している。</p> <p>183 重要事項説明書の当該部分を施設内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>184 施設便り等に苦情相談窓口や苦情解決方法を載せることにより、利用者に周知している（年1回以上）。</p> <p>185 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。</p> <p>186 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>187 苦情解決記録（受付、原因究明、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）があり、適切に保管している。</p> <p>188 苦情に対して即日の対応が行われている（苦情解決記録により確認）。</p> <p>189 苦情への検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。</p> <p>190 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p> <p>191 苦情解決責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している（苦情解決記録により確認）。</p> <p>192 苦情解決の経験が蓄積・活用され、同様の苦情が繰り返し発生していない（苦情解決記録により確認）。</p>	<p>・相談窓口の他に「虹の箱」が設置され、自由に投書できる。「虹の箱」は医療生協組員や理事会役員、患者、利用者、外部の識見者が参加した「利用委員会」や「運営委員会」で定期的に関錠され検討されている。</p> <p>・該当利用者のプライバシーに配慮し同意が得られない場合は公表は行っていないが、投書等への回答は病院内の教箇所ですべて閲覧できるようになっている。</p>
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<p>193 意見や提案を受けた際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した「対応マニュアル」を整備している。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
			る。		<p>194 意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）がある。</p> <p>195 対応マニュアルに沿った取組がなされており、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速やかに報告している（対応記録により確認）。</p> <p>196 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>197 意見等への検討内容や対応策を、意見等を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。</p> <p>198 意見等を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、意見等の内容及び対応策等を公表している。</p> <p>199 要望や意見等により具体的にサービスを改善した事例がある。</p>	<p>・文書での通知は行っていないが、電話や訪問時にお伝えしている。</p>
			苦情や意見等を述べた利用者等を保護する仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>200 「就業規則」「利用契約書」「対応マニュアル」に、苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いをしてはならない旨の規定を設けてある。</p> <p>201 重要事項説明書等に、「万が一不利益な扱いを受けた場合は、事業所として責任ある対応をとるので、責任者にその旨申し出願いたい」旨が明記されている。</p> <p>202 苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いを行った職員に対する処分が定められている。</p>	<p>2015.11.1版では明記されている。</p> <p>訪問業務マニュアル、就業規則に定められている。</p>
	2 サービス の 質 の 確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的にしている。	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。	a)	<p>203 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行っている。</p> <p>204 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>205 内部監査を毎年実施している。</p> <p>206 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>207 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。</p>	<p>・品質マネジメントシステムISO9001の運用に従い年1回内部監査を実施している。監査者はマニュアルに明示されている。年1回認証機関より定期審査を受審している。評価結果は管理責任者（MR）でまとめられマネジメントレビュー（専務理事の見直し）として部長会議で検討されている。</p>
	2	(1)	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、	a)	<p>208 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>209 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p>	<p>総代会方針に基づき ISO内部監査の指摘事項や苦情・ご意見、満足度調査の結果を踏まえ、職場目標書を作成し、半期毎に職員の参画により評価・見直し</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
			改善策・改善実施計画を立て実施している。		<p>210 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>211 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定している。</p> <p>212 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。</p> <p>213 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。</p>	<p>しを行っている。 また、月1回の職場会議において改善策・改善計画の見直しを行っている。</p>
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a)	<p>214 次の内容に関してサービスの標準的な実施方法が文書化されている。 (1)訪問リハビリ従事者が遵守するきまり (2)報告・連絡、記録の方法 (3)疾患・症状別のリハビリ技術 (4)緊急・急変時の対応</p> <p>215 新規利用者と契約し、アセスメントから担当者選定、同行訪問、再調整に至る業務手順が文書化されている。</p> <p>216 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられている。</p> <p>217 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。</p> <p>218 マニュアルに基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。</p>	<p>・「理学療法診療ガイドライン」に基づき、疾患・症例別のリハビリ技術を決定し、根拠に基づくりハビリ実施に努めている。 ・訪問リハビリテーション業務マニュアル(第2版)を定めている。電子媒体管理を基本とし、確認用に紙媒体で出力しファイル管理を行っている。マニュアル変更時は職場会議で学習を行っている。</p>
			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。	a)	<p>219 サービスの標準的な実施方法のマニュアルを見直すための検討会議が毎年1回以上開かれている。</p> <p>220 職員や利用者等からの意見や提案をもとにマニュアルを見直した具体的事例がある。</p>	<p>・月1回の職場会議と法人リハ代表者会議で、サービスの標準的な実施方法を見直すための検討を行っている ・2015年4月の介護保険法の改定に伴い、業務マニュアルなどの整理をし、フローチャート化している。</p>
	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a)	<p>221 利用者一人ひとりの個人記録(台帳)があり、親族、緊急連絡先、主治医・通院先、投薬、障害と注意点、疾病と禁忌、担当の介護支援専門員、他に利用するサービス事業者などが書かれ、担当の不在時にも対応できるよう情報が整備、更新されている。</p> <p>222 職員の記録は、作業内容の記録ではなく、その時の利用者の状況に対して、ある目的のために何を行い、その結果がどうであったかを記録した内容になっている。</p>	<p>・SOAP(問題指向型の診療録)を含め統一した書式 カルテの綴りの手順化カルテ記載の手順化を行い、記録の書き方のひな形を用意し、書き方の差異が生じないようにしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
					223 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。	
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	224 記録管理の責任者が設置されている。 225 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。 226 利用者や家族等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。 227 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。 228 退職後の守秘義務について、職員から誓約書をとっている。 229 個人情報の利用について、契約時に利用者及びその家族から同意書を得ている。 230 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 231 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。	訪問リハビリテーション記録保管管理規定(2015.11.1)を定め鍵のかかる保管庫で保管している。
			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。	a)	232 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 233 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等の取組みがなされている。	・基本的な情報や報告書・計画書は電子媒体(wincareシステム)を利用している。
	2	(4) 職員に必要なサポートを行っている。	記録の書き方、報告すべき事項等についての個別に指導している。	a)	234 職員の記録が、作業の記録ではなく「何のためにある行為を行いその結果がどうなったか」「利用者のある状態に対し、どのような考えによって何を働きかけ、その結果がどうであったか」という目標に向けた援助としての記載が含まれているか 235 個別の利用者ごとに、身体の状況などについて注意して報告すべき事項を指示した文書、または訪問リハビリ計画書の記載で指示した記録がある。	・記録は診療録に準じたSOAP(問題指向型の診療録)に記載し利用者・家族の訴え、客観的な評価、アセスメント、プランまでの流れに沿って記入を行っている。
			トラブルの際に職員の言い分も十分に聞き、そ	a)	236 職員との話し合いの内容やその後の職員の状況等に関する記録がある。	・訪問リハビリテーション業務マニュアル(第2版)や長野医療生活協同組合「接遇マニュアル」の定めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
			の気持ちを受け止める仕組みがある。		237 利用者からの苦情などを受けた場合、担当職員からの意見を聴取することが「苦情対応の手引き」に記載がある。	
			非常勤の職員も含め、経験年数に応じた研修や、担当利用者の疾病等の知識が得られる研修等に参加する機会を提供している。	a)	238 非常勤の職員も対象に含め経験年数に応じた研修カリキュラムがあり、該当者に受講を促している。 239 医学の進歩に沿った新しい技術の習得、研鑽を積むための研修への参加を職員に促している。 240 対応の難しい疾病を持つ利用者や認知症などの利用者を担当する職員に該当する疾病・障害の知識が得られるような患者会などの場や研修機関を紹介できる系統的な体制があり、活用されている（研修費用を事業者が負担するか否かは問題でない）	2015年度職員教育委員会方針と年間計画が非常勤職員を含め策定されている。今年度はリハビリテーションにおいて非常勤職員の採用がないため対象者はいない。
	続 3 サ ー ビ ス の 開 始 ・ 継	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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。	a)	241 インターネットを利用して、事業所及びサービスの内容等を紹介したホームページを作成し公開している。 242 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。 243 事業所及びサービスの内容等を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 244 問い合わせへの対応担当者を定めている。	・病院・法人ホームページでの紹介や介護サービス情報の公表制度を用いた「福祉・介護べんり帖」への登録を行っている。 ・事業説明が記載されたパンフレットを事業所に掲示している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	3	(1)	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。	a)	<p>245 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用いて利用者説明している。</p> <p>246 利用契約書を取り交わしている。</p> <p>247 重要事項説明書及び契約書の文字の大きさは読みやすいものとなっている。</p> <p>248 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。</p> <p>249 利用の決定について迷っている人には即答を求めず、余裕をもって自己決定できるようにしている。</p> <p>250 利用者が、いつでも契約の解除ができることを説明している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者記録により確認
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	他の施設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。	a)	<p>251 他の事業所への移行、施設入所、家庭での自立した生活などにあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>252 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>253 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p> <p>254 サービス終了時に、利用中の状況を踏まえ、介護に必要な情報やアドバイスを利用者及び家族に行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーション業務マニュアルに定め終了時リハビリテーション会議の開催を実施している。 ・修了証を作成し訪問リハビリ終了が負にならないように工夫を行っている ・終了時リハビリテーション会議で実施している。
4	サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	<p>255 アセスメントの様式が統一されている。</p> <p>256 利用者の身体状況や、生活状況等を、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。</p> <p>257 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</p> <p>258 定期的にあセスメントの見直しが行われている。</p> <p>259 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。</p> <p>260 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が訪問リハビリテーション計画に明示されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント様式その他、必要な評価表は統一した帳票を使用している。 ・利用者記録により確認

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<p>261 訪問リハビリテーション計画に利用者又はその家族の希望が記載されている。</p> <p>262 訪問リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>263 訪問リハビリテーション計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。</p> <p>264 訪問リハビリテーション計画の目標として心身機能の維持・回復を盛り込んでいる。</p> <p>265 訪問リハビリテーション計画は利用者の自立支援を重視したものとなっている。</p> <p>266 意思表示が困難な利用者の希望・要望の聴取に関する留意事項がマニュアルに記載されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者記録により確認 ・利用者毎にケアマネおよび各事業所を招集し参加する定期的(3カ月毎)なリハビリテーション会議を開催し、第三者からの意見を聴取している。 ・リハビリテーション会議にてリハビリテーション計画の説明を行い、各事業所間での目標や課題の統一を実施している。
			定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<p>267 訪問リハビリテーション計画の見直し時期(最長3ヶ月)が計画上に明示されている。</p> <p>268 訪問リハビリテーション計画は定期的に見直すほか、必要に応じて随時見直ししている。</p> <p>269 訪問リハビリテーション計画の見直しは、利用者又はその家族の希望を取り込んで行なっている。</p> <p>270 訪問リハビリテーション計画の変更を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>271 3ヶ月に1回以上ケアカンファレンスを実施し、訪問リハビリテーション計画の評価をしている。</p> <p>272 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実施している。</p> <p>273 訪問リハビリテーション計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者記録により確認 ・緊急の変更については、治療・介護方針計画手順書、訪問リハビリテーション業務マニュアルに整備されている。
		(3) 個別業務と全体の目標との関連を明確にしている。	居宅サービス計画の目標と訪問リハビリ計画の目標の関連が分かり、訪問リハビリ業務による働きかけの方向が明確になるよう指導している	a)	<p>274 訪問リハビリテーション計画を担当する全ての職員に渡して、説明した記録がある。</p> <p>275 担当する利用者の居宅サービス計画の目標を説明し、訪問リハビリテーション計画の目標との関連を指導した記録がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者記録により確認 ・居宅介護計画書第2表の短期目標とリハビリテーション計画書の課題の整合性が取れるよう、担当者会議やリハビリテーション会議にて指導している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	4		利用者の生活全体のなかで担当する業務の果たす役割が明らかになるように指導している。	a)	<p>276 訪問リハビリテーション計画を担当する全ての職員に渡して、担当業務の果たす役割を説明した記録がある。</p> <p>277 担当する利用者の居宅サービス計画を説明し、担当職員が訪問と訪問のあいだの生活を理解し、業務での配慮、観察と報告のポイントが分かるような指導をした記録がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者記録により確認 ・リハビリテーション計画書に各事業に対し共有すべき事項の記載を行っている。