

(別添2)

事業評価の結果（評価対象III）

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）
鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

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 (評価細目ごと)
III 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。	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。	a)	☒	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。	○事業所運営方針、業務マニュアルに利用者や家族の意見の尊重をした自立支援、利用者を尊重するために具体的な心構え、尊厳を守るために虐待や拘束に関する行動規範がある。利用者の尊厳や人権について定期的に科内勉強会、年1回の研修会を行っている。DVDを鑑賞して感想文を書く等、意識を高める取り組みもしている。
					☒	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。	
					☒	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。	
					☒	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。	
		(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)	☒	159	サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する記載がある。	○業務マニュアルに利用者のプライバシー保護のマニュアルがあり、毎年読み合わせ等して内容を把握する研修会を実施している。 ○新規利用者の契約時には、個人情報の保護と合わせて必要時に最小限度の個人情報を使用する事を説明して同意を得ている。 ○利用者の意向があった場合には、同性支援が出来るよう配慮している。
					☒	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。	
					☒	161	利用者の訪問リハビリテーション計画（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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価細目ごと)
Ⅲ	1	(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、取り組みを行っている。	a)	■	162	サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の向上を図る旨の記載がある。	○事業所運営方針に利用者満足の向上に努める旨を謳っている。利用者満足度調査はアンケート様式により年1回実施している。 ○月曜会議で利用者満足、要望等について情報を出し合い把握している。3ヶ月毎のリハビリテーション計画書作成時には本人、家族から要望を聞き、モニタリングをしている。訪問時には満足度の把握に努め、家族が不在の利用者宅は連絡ノートを活用して把握している。 ○地域医療部会にアンケート委員会があり構成員となっている。アンケート結果はアンケート委員会で集計・分析を行い、責任者会議で検討し改善策をたて、職員に報告して実行している。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	167	調査結果に関する検討会議を設置している。	
					■	168	調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。	
		■	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。				
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	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。	a)	■	170	利用者からの意見・要望等を受け付ける相談窓口を設置している。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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）。	
					■	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。	
	■				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）。		
		177	市町村が実施する介護相談員を受け入れている。 市町村が実施していないので 非該当					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
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。	a)	■	178	苦情相談窓口を設置している。	○苦情・相談窓口を設置、受付担当者、解決責任者を定めている。苦情窓口設置に関する内容は重要事項説明書に記載、窓口に掲示されている。苦情に関する対応は業務マニュアルに定められている。 ○出された苦情は地域医療部に報告して指示を仰ぎ、原則即日対応で検討し、利用者・家族に文書で通知している。苦情を申し出た利用者・家族等に配慮した上で「訪問リハだより」で公表している。 ○「訪問リハだより」で「お気軽にご連絡ください」と呼びかける、アンケート調査では苦情を記入できるように空欄を広く設けるなど苦情を申し出やすいように工夫を行っている。 ○苦情解決の経験を活かして同様の苦情が繰り返し発生しないよう努めている。苦情解決記録は保管されている。
					■	179	苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。	
					■	180	第三者委員を設置している。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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）。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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）。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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）。	
					■	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）。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
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。	a)	■	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。	○意見、提案を受けた際の手順が業務マニュアルに整備されている。内容の見直しはマニュアル委員が年1回行っている。 ○出された意見・提案は直近の責任者会議で検討して検討結果を利用者に文書で通知し、「訪問リハだより」で公表している。訪問時間等の要望は即日検討し、迅速な対応が出来るよう努めている。
					■	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。	
					■	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）。	
					■	196	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
			④ 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)	■	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。	○苦情を申し立てても不利益にならない旨を利用契約書、業務マニュアルに定めている。重要事項説明書に「万が一記載されている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、その旨申し願いたい」旨が記載されている。 ○職員に対する懲戒規定が定められている。具体的な処分は、上司に報告し幹部で検討する仕組みがある。
					■	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。	
					■	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。	
	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行っている。	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。	a)	■	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。	○病院として定期的に病院機能評価を受け、リハビリテーション職員も日常業務の見直しを行っており、質の向上に向けた改善がなされる体制が整っている。自己評価は、訪問リハビリテーション科においては半年に1回、訪問リハビリテーション責任者会議で行っている。 ○厚生連の内部監査を定期的に受審して指摘項目については改善の取り組みをしている。 ○今回初めて第三者評価を受審したが、地域医療部・病院全体として、継続的に組織的に取り組んでいく予定である。
					■	204	第三者評価を定期的に受審している。	
					■	205	内部監査を毎年実施している。	
					■	206	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	■	208	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	○評価結果については、職員間で共有され、月曜会議において職員の意見を聞き、責任者会議で分析・検討して改善策を策定している。 ○改善に向けては、具体的な実行の担当や実施時期など改善計画を職員に周知してみんなで取り組んでいる。実施状況については、責任者会議で評価して見直しをしながら進めている。
					■	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。	
					■	210	職員間で課題の共有化が図られている。	
					■	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。	
					■	212	改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。	
					■	213	必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。	
		(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。	① 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)	■	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	○サービスの標準的な実施方法は業務マニュアルに文書化され、パソコンの職員共有フォルダに保管して確認できるようになっている。冊子もスタッフルームに常備され、いつでも閲覧をすることができる。 ○マニュアルには、“訪問リハビリテーションの流れ”の項があり、契約から訪問までの業務手順が詳しく掲載されている。 ○マニュアルは、配属時に説明・指導があるが、年1回事業所内で読み合わせをして確認している。訪問リハビリテーション科内にマニュアル改訂係があり、改訂の前にマニュアル委員会が実施状況等確認している。
					■	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。	
					■	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。	
					■	217	マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。	
					■	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。	
			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。	a)	■	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。	
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価細目ごと)
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 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)	■	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。	○電子カルテ及び紙カルテを使用し、個人記録は利用者の一般情報・医療情報など総合的に記録されている。事務所内の職員も情報がわかるように整備されており、担当者が不在でも対応できる。 ○記録すべき内容と方法は業務マニュアルに明記されていて、それにもとづき記録されている。プログラムのチェックとあわせて利用者の反応など記載している。 ○記録の仕方については、新任研修のなかで説明を受け、同行訪問時にも指導を受けている。月末に記録のチェックが行われ、差異が生じないよう工夫をしている。
					■	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。	
					■	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。	
			② 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。	○管理体制、記録の保管・保存・破棄について、業務マニュアルに明記されており、適切に実施されている。 ○利用者からの情報の開示について契約書に規定が定められており、守秘義務や個人情報の利用と合わせて説明し契約をしている。 ○就業規則等に守秘義務の規定があり、入職時に、退職後も続くことを確認して誓約書を提出している。個人情報保護に関する研修会を定期的に開催して理解を深め、遵守している。また、タブレットは、情報が漏洩しないように二重ロックシステムで管理されている。
					■	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。	
			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。	a)	■	231	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。	○日々の申し送り会と月曜会議や回覧、連絡ノート、電子カルテ、タブレット端末等を使用している。確実に情報が届くようなシステムが整備されている。 ○事業所内会議やサービス担当者会議など定期的に開催して、情報の共有がされている。
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
III	2	(4) 職員に必要なサポートを行っている。	① 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。	○記録の書き方、報告すべき事項等業務マニュアルに明記されており、簡潔に適切な内容が記録できるように責任者が指導している。報告書や計画書は、居宅サービス計画書と連動した目標や注意事項を記載できるように整備されている。
					■	235	個別の利用者ごとに、身体の状態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。	
			② トラブルの際に職員の言い分も十分に聞き、その気持ちを受け止める仕組みがある。	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。	○苦情やトラブルの発生時には、業務マニュアルに基づいて対応されている。個室において当事者と面談をして話を十分に聞き、内容は記録されている。苦情処理台帳には、当事者の言い分を記入する欄が設けられている。
					■	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。	
			③ 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。	○目標マネジメントシ制度（MBO）の面接で、各事業所責任者と相談しながら個別年間研修計画書を作成しており、計画に基づいて受講している。 ○院内研修は院内メールで案内を配信して参加を呼びかけ、不参加者には補習が行われる。実務者研修・緊急時対応研修など院外研修は情報を回覧して参加を促している。また、難病について保健所と共催の研修会を年1回定期的に鹿教湯病院で開催されている。
					■	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）。	
	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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。	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。	○病院ホームページに、在宅介護支援事業の一つとして訪問リハビリテーション事業が紹介されている。 ○パンフレットは、大きめの字で絵や写真・図を使い、理念や福祉サービスの内容、担当者等を分かりやすく掲載しており、関係機関に置いてある。また、イベント会場でも配布をして情報提供をしている。
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価細目ごと)
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。	a)	■	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に説明している。	○重要事項説明書や契約書の文字は読みやすい大きさになっている。重要事項にはサービス内容や料金などが記載されており、丁寧に説明をして契約書をかわしている。かかる料金については、利用者別の料金表を作って納得がいくように説明をしている。 ○契約時に解約についての説明も行い、利用を迷っている場合は、余裕をもって決めることができるよう配慮している。
					■	246	利用契約書を取り交わしている。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 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)	■	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。	○引継ぎ方法はマニュアルに示され、他の在宅サービス移行の際は、担当者会議やリハビリテーション会議で確認し引継ぎをおこなっている。入院・入所の場合は、申し送り書を送付している。 ○サービス終了前に家庭訓練や生活上の注意点、介護方法などを学ぶ機会を設けている。終了時には、“卒業証書”という形で次へのフォローアップ方法等や今後の相談先を明記して渡しており、リハビリテーションの効果が継続していくように配慮をしている。
					■	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。	
	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。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	■	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。	○アセスメント様式は、厚生労働省で提示された書式に加工したものを統一して使用している。アセスメント表はマニュアルに沿って、身体状況や生活状況、ニーズ等を記録している。 ○3ヶ月毎にモニタリングを行い、アセスメントの検討、見直しが行われている。訪問リハビリテーション計画書は、アセスメントを基に、サービス担当者会議やリハビリテーション会議等で検討され、ニーズや課題等を明確にして作成されている。
					■	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。	
					■	255	アセスメントの様式が統一されている。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	258	定期的にアセスメントの見直しが行われている。	
					■	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。	
					■	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上に明示されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
III	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	■	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。	○訪問リハビリテーション計画書は、利用者や家族の希望や目標等を記入する欄があり記載されている。目標は、利用者の状況に合わせた心身機能の維持・回復をめざしており、自立支援を重視した長期・短期目標が具体的に記載されている。 ○訪問リハビリテーション計画は、利用者や家族に説明をして同意のサインをもらっている。意思表示が困難な利用者への説明時の留意点はマニュアルに明記されている。
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
			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。	a)	■	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。	○訪問リハビリテーション計画は、3か月に1回の見直しを行い、策定日の横に次回の見直しの日付が記載されている。利用者の身体状況の変化等があった場合は、介護支援専門員や利用者・家族と相談してカンファレンスを開いて随時見直している。 ○見直しは、利用者や家族等の意見・希望を聞いてプランに反映し、訪問リハビリテーション計画書にサインをもらっている。 ○業務アニュアルに見直しや関係機関や職員への周知の手順が定められている。訪問リハビリテーション計画書や報告書は、月末に主治医・介護支援専門員、関係機関に送付している。
					■	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ている。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	
					■	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。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講 評 (評価細目ごと)
III	4	(3) 個別業務と全体の目標との関連を明確にしている。	① 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)	■	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。	○利用者一人に対して複数の担当制をとっており、事業所内カンファレンスでは、関係する職員全員で居宅サービス計画書を確認した上で、訪問リハビリテーション計画書を作成して情報を共有している。 ○アセスメント表に、居宅サービス計画を記入する欄がある。毎月の訪問リハビリテーション報告書は、一枚の用紙に“居宅サービス計画の総合的援助の方針”“居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題”を記入し、その下に訪問リハビリテーションの目標等を記載するように設定しており、居宅サービス計画と連動しているか確認する機会となっている。
					■	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。	
			② 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)	■	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。	○訪問リハビリテーション会議において、担当業務の果たす役割を明確にし、訪問リハビリテーション計画には、目標（課題）に対して誰が何を行うか記載されている。 ○事業所内カンファレンスでは、居宅サービス計画で他職種の役割、訪問リハビリテーションの果たす役割を、利用者の生活像を考えながら指導している。
					■	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。	