

(別添2)

事業評価の結果（評価対象）

福祉サービス種別

通所リハビリテーション

事業所名（施設名）

上伊那生協病院 デイケア課

第三者評価の判断基準

a・・・着眼点をすべて実施している状態

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>	「民医連綱領」「医療生協いのちの章典」「医療生協の介護」を定め、上伊那医療生活協同組合医療・介護の質マニュアルに明文化している。また、就業規則33条や「私たちの行動宣言」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。	b)	<p>159 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等がある。</p> <p>160 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。</p> <p>161 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>162 利用者のサービス実施計画（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>	

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>163 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>164 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>165 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>166 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>167 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>168 調査結果に関する検討会議を設置している。</p> <p>169 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</p> <p>170 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>	年1回、利用者満足度調査を行い、前年及び全国的な傾向との比較を行い、改善点を検討している。
	1	(3) 利用者が意見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>171 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。</p> <p>172 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>173 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>174 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>175 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>176 事業所において利用者や家族が意見を述べる場合、利用者等のプライバシー保護に配慮している(会議室等を利用する、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 意思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>— 178 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。—</p>	「虹の箱」が事業所に設置され利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備しています。また、デイ利用者情報連絡帳により家族からの意見・要望等を聴きやすい環境に配慮している。 着眼点178は箕輪町では介護相談員に対応していないので該当なしとした。

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>179 苦情相談窓口を設置している。</p> <p>180 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</p> <p>181 第三者委員を設置している。</p> <p>182 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>183 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>184 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>185 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>186 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>187 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>188 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>189 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>190 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>191 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>192 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>193 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>・苦情などは直接事業所の他に「虹の箱」に投書できるようになっています。「虹の箱」は職員及び組合員による「利用委員会」や「運営委員会」で開示され検討・対応し、文書若しくは事業所内への掲示を行っています。確認した範囲では苦情の事例はなかった。</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)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>194 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> <p>195 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>196 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>197 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>198 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>199 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>200 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>	「相談事故苦情対応マニュアル」が整備されている。「足湯で使うバケツ」についての要望が1件あった。要望に対応し改善している。
			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。	b)	<p>201 「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>202 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>203 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>	相談・苦情基本方針（2015年9月17日策定）を定めている。
	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やっている。	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>204 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>205 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>206 内部監査を毎年実施している。</p> <p>207 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>208 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>	ISO9001を運用しており、ISO規格による評価基準の基づく自己評価、内部監査、審査機関による第三者評価を定期的に受審している。

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)
	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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	<p>209 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>210 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>211 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>212 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>213 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>214 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。</p>	内部監査の結果や分析結果はマネジメントレビューにより改善につながっている。
		(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。	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>215 標準的な実施方法のマニュアルがある。</p> <p>216 口腔ケアを標準的なサービスとすることを定めたマニュアルがある。</p> <p>217 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>218 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>219 標準的な実施方法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>	業務の標準的なマニュアルが整備され、口腔ケアも業務プロセスに記述されている。口腔体操と口腔ケアは通所リハビリ計画書の個別援助内容に標準化されている。
			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>220 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>221 マニュアルの見直しには、関係する各分野の職員が参加している。</p> <p>222 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>	マニュアルの見直しは、ISO9001の規格に従い年1回以上見直しをすることを文書規定で定め行っている。
		(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>223 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、担当介護支援専門員、他のサービス事業所などが書かれ、担当職員が不在の場合でも対応できるよう情報が整備・更新されている。</p> <p>224 利用者一人ひとりについて、それぞれのサービスの提供内容が毎回記録されている。</p> <p>225 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。</p>	個人記録をサンプリングにより確認した。記録は様式が統一されている。血圧、体温等のバイタルチェック、入浴、排泄、リハビリ等の状況の記録について差異がないように工夫されている。

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)
	2	(3)	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>226 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>227 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。</p> <p>228 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。</p> <p>229 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</p> <p>230 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。</p> <p>231 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。</p> <p>232 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。</p> <p>233 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p>	<p>運営規定やIS09001の文書管理規定責任者や保管、保存、廃棄について明記している。情報の開示については「情報開示指針(ガイドライン)に基づき行うことになっている。</p> <p>入職時に誓約書をとって対応している。</p> <p>契約時に同意を得て、担当者会議、ケアカンファレンスで個人情報を共有している。個人情報の利用については通所リハビリテーション契約書において利用者から同意を得ている。</p>
			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)	<p>234 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。</p> <p>235 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、職種を超えた取組みがなされている。</p>	<p>朝夕の連絡表をもとに職員間の情報共有が行われている。ケアカンファレンスの記録により確認した。</p>
			職員に必要なサポートを行っている。	a)	<p>236 記録の書き方、通所リハビリテーション計画の理解の仕方、報告事項等について個別に指導した記録がある。</p> <p>237 トラブルの際には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。</p> <p>238 援助が難しい利用者の担当職員には、管理者等が常に状況を聞き、大変さや努力を認めている。</p> <p>239 職員との話し合いやグループ・スーパービジョンの内容、その後の職員の状況等に関する記録がある。 (「グループ・スーパービジョン」とは一人の知識や技術を持った指導員が数人の経験の浅い職員に対して集団で指導を行うことを言います。)</p> <p>240 ステップアップ研修や、担当利用者の疾病等の知識に関する研修が定期的実施された記録がある。</p>	<p>主任が中心となって職員のサポートをしている。また、困難事例については保健室の相談員が対応している。</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)
	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。	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)	<p>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。</p> <p>242 事業所を紹介するパンフレット等作成している。</p> <p>243 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。</p> <p>244 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。</p> <p>245 見学、体験利用等の希望に対応している。</p> <p>246 問い合わせへの対応担当者を定めている。</p>	ホームページでサービスの内容を紹介している。事業説明が記載されたパンフレットを作成している。「介護サービス公表システム」の「福祉・介護便利帳」で公開している。公開されている情報は内容が更新されておらず古い情報が掲載されている項目があり改善の余地がある。また、第三者評価受審についての情報も更新されたい。
			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>247 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>248 利用契約書を取り交わしている。</p> <p>249 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>250 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>251 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>252 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>	サービスの開始にあたり利用者との契約書、重要事項説明書については適切に対応している。日常生活自立支援事業や生活保護の事例は無かった。
		(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。	b)	<p>253 他の事業所への移行、施設入所、家庭での自立した生活への移行にあたり、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>254 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>255 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>256 サービス終了時に、利用者の状況を踏まえ、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>	サービスの継続性を配慮した手順書を特に定めていないが、デイケア連絡票やサマリーを発行し対応している。また、HPH（健康増進活動拠点病院）としての事業の一環としてサービスの終了後も地域公開班会を企画し、ロコモ対策（筋肉や関節、骨の衰えにより、歩くことや畑仕事など、今までできていたことができなくなってしまうことの予防対策）を理学療法士を中心に指導を行っている事例は好事例として推奨できる。

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 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>257 アセスメントの様式が統一されている。</p> <p>258 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>259 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>260 定期的にアセスメントの見直しが行われている。</p> <p>261 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>262 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が通所リハビリテーション計画上に明示されている。</p>	<p>独自様式により統一されている。個人記録によりアセスメントの定期的見直しや協議について確認した。3ヶ月毎に多職種で開催され、利用者の担当ケアマネから送られてくる「居宅サービス計画書」をもとに計画が立てられている。移動、入浴、食事、排せつ等の日々の状態の変化については、検討が行われている。</p>
		(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>263 通所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>264 通所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>265 通所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>266 通所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>267 通所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>268 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> <p>269 通所リハビリテーション計画の策定に当たってはさまざまな職種による関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が部局横断的に参加している。</p>	<p>個人記録により確認した。計画書には利用者や家族等の希望が記載され長期目標や短期目標が明確になっている。利用者や家族に説明を行い同意のサインをもらっている。自立支援を大切にしている内容になっている。</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)
	4	(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)	<p>270 通所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>271 通所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。</p> <p>272 通所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>273 通所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>274 3ヶ月に1回以上ケアカンファレンスを実施し、通所リハビリテーション計画の評価をしている。</p> <p>275 見直しによって変更した通所リハビリテーション計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>276 通所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>	リハビリテーション計画は3ヶ月に1回見直され、カンファレンスが実施された記録を確認した。また、利用者家族に説明し同意を得ている。介護度や心身機能に変化がある場合はケアプランを変更し対応している。