

(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

福祉サービス種別 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) 相澤病院訪問リハビリテーションセンター

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)		
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)	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。	地域在宅医療支援センター ミッションに“・・・在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し・・・”と明記されている。「慈泉会職業倫理規程」「訪問リハビリテーションセンター契約書」業務マニュアル」にも利用者の尊重や尊厳について述べられている。 人権について法人の研修があり、コンセンサスカリキュラムで受講については確認されている。毎朝「今日の一言」を読み合わせ、利用者尊重や人権の配慮について意識を高めている。 「身体拘束管理規程」「虐待対応規程」を整備して、身体拘束や虐待等の防止に努めている。	
					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。		
			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、利用者の尊重に関する記載がある。		「慈泉会個人情報保護規程」が定められている。また、契約書の“利用者の権利”“秘密保持”の項で規程が定められている。業務マニュアルの“利用者およびその家族のプライバシー保護”では、具体的な配慮について述べられている。 研修は法人内の医療安全セミナーで実施されている。業務マニュアルを基にした研修においても話されている。 契約の際には、説明をして同意書ももらっている。
					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。							

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)
	1	(2) 利用者満足の向上に努めている。	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。	b)	<p>162 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の向上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>法人として、利用者満足についての調査・アンケートを実施している。結果については法人医療安全委員会の分析を基に、訪問リハビリテーション部門で検討して改善策を実施している。</p> <p>訪問時やリハビリテーション計画書の作成時など利用者や家族から要望等を聞く体制を取り満足度の把握に努めている。</p> <p>定期的に行う訪問面談やリハビリテーション会議などの際に要望や満足度を確認している。</p> <p>今後、訪問リハビリテーションセンターとして、利用者・家族等の満足に関する調査・アンケートを行い、さらに利用者満足の向上に努められることを期待したい。</p>
		(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>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。</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。 市町村が実施していないので非該当</p>	<p>重要事項説明書に、相談窓口・担当者等が明記されており、事務所の入り口に掲示している。</p> <p>相談窓口については、事業所のパンフレットに記載されている。</p> <p>実際の相談は、利用者宅での面談がほとんどであるが、事業所内に面談室がありプライバシー保護には配慮している。</p> <p>意思の疎通が困難な利用者に対しては、介護支援専門員と連携し代理人を頼む、各市町村窓口に相談するなどの配慮をしている。成年後見人制度の活用については業務マニュアルに記載されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価細目ごと)
	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。	a)	<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>重要事項説明書に、苦情相談窓口、担当者が明記され、入り口に掲示している。公的な苦情相談窓口についても記載されている。</p> <p>法人内に医療安全部があり、第三者委員を設置している。</p> <p>苦情対策規程を整備し、苦情対応手順に沿って対応しており、即日の対応に努めている。希望があれば、文書で対応している。</p> <p>苦情報告書で、原因、対応状況、改善・再発防止策等を明確にして、今後に活かしている。また、定期的に苦情をまとめている。内容については、必要に応じて公表している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着目	眼点	講評 (評価細目ごと)	
	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)	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。	苦情対策規程では、「苦情」を「クレーム」と言われるもののほか、申し立てのあった苦情や意見を含むと定義して取り組んでいる。苦情対応の心得や手順が記載され、早めの対応がなされている。業務マニュアルには、具体的な対応の仕方が記載されている。 内容については、法人内医療安全部に報告し、そこで必要な件については公表されている。 訪問時のお茶の提供について、職員にアンケートをとり、その結果をまとめて改善を図ってきた事例がある。連絡ミス の苦情については、改善され減少している。	
			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。			
			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。		重要事項説明書に、不利益な扱いはしないと記載があり、契約時に説明をしている。 就業規則賞罰規程で、職員に対する処分が定められている。
			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)	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。	今回が初回受審である。 同法人の病院では、国内外の病院機能評価などの認証を定期的に更新し、サービス内容の評価を行う体制が法人全体で整備されている。 管理者、事務担当者を中心に今回の第三者評価に組織的に取り組んでいる。	
					204	第三者評価を定期的を受審している。		
					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)
	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>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>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>	自己評価から明確になった課題に対して、迅速に改善に取り組んでいる。 マニュアルや手順全体の見直し、改定を実施している。見直しは、職員で話し合い、関係部署で分担し、職員全体に周知し活用を図っている。
		(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>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>	業務マニュアルとして、サービス全般に目次、ページをつけて使いやすく、文書化している。 個人別の実地研修シートによる個々の職員の課題達成度の評価や職能要件書、複数担当制、ケアカンファレンス、同行訪問等の体制を整備し、業務マニュアルに基づいたサービスの実施とともに質の担保に努めている。 業務マニュアルはパソコン内の共有フォルダに置かれ、いつでも閲覧可能であり、記録様式に入力の省力化を図り、見落としがないような工夫もされている。
			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>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>	業務マニュアルは年度ごと、法令や制度等の改定時には、運営会議や主任・リーダー会議で見直し、全職員に周知している。 見直した業務マニュアルは、法人内情報共有サイトの共有フォルダにて職員が閲覧し、活用できる環境を整備している。 予定変更時の対応方法の見直しや統一、身だしなみ規程など利用者や職員からの意見を基に話し合い、改善に努めている。

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)
	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な情報が整備、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>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。</p>	<p>業務マニュアルに、利用者の記録に関して開始前から終了後の対応まで明示されている。利用者ごとに個別ファイルが用意され、担当者を中心に副担当やチーム内でのカンファレンス等で検討した記録、他の事業者への報告書も含めて記載されている。</p> <p>記録様式は、介護保険利用者については、厚生労働省のリハビリテーション計画書及び記録書の様式に則って、電子カルテを中心にしているが、一部は紙媒体のファイルにも記載されている。</p> <p>記録は、規程や業務マニュアルに沿って記載され、おおまかな様式も設定されている。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>227 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>231 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p>	<p>記録管理に関して、法人全体で個人情報保護規程や就業規則、退職後の守秘義務についての誓約書提出などを定めて体制を整備している。全職員の参加を原則として教育・研修の機会を設定し実施している。</p> <p>記録の管理は、担当者が記録し、管理者が責任者となり、法人全体でも担当部署が決められてシステムや体制など組織的に管理されている。</p> <p>「個人情報の取り扱いについて」の用紙を用いて契約時に説明し、利用者や家族から同意書を頂いている。</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>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。</p> <p>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。</p>	<p>個人ごとには法人内メールを活用、また朝礼や終礼、主任・リーダー会議や運営会議、リハビリテーション会議など定期的な会議も業務マニュアルに則って開催され、情報の共有を図っている。</p> <p>リハビリテーション会議、サービス担当者会議を3ヶ月ごと、あるいは必要に応じて実施しており、記録も業務マニュアルに沿って電子カルテに記載、共有に努めている。</p> <p>複数担当制をとっており、チーム内で利用者の情報を共有し、主任や上位等級スタッフによる指導や助言の体制も組織的に整備されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価細目ごと)		
	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。	記録方法は、業務マニュアルや規程に記載方法が明示され、定期的に研修が実施されている。また、実地研修シートを活用して、教育研修も実施され、上位等級スタッフや担当と副担当、チーム内で助言がされている。 個人ファイルや電子カルテには、訪問リハビリテーション計画が明示され、利用者の注意点や報告事項が計画にあるいは訪問記録に明示されている。また、カンファレンス等での検討事項も記載されている。 介護保険利用者は、注意事項や利用者の様子など毎月の訪問リハビリテーション報告書に記載し、関係者と情報共有を図っている。		
						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。			
						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。			
			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)		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。		苦情に関する対応は、法人の規程に則り対応している。記録様式は、職員の意見などを客観的に管理者が記載し、法人の担当部署に報告、年度ごとに検討する体制となっている。 業務マニュアルにも、苦情に関する基本の対応の心得を抜粋して記載し、周知に努めている。	
						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。			
			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)		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）。			実地研修シートを活用し、教育プログラムに沿った教育、研修が計画的に実施されている。法人内病院での研修案内もされており、施設内外への学会参加も奨励されている。 中途研修、法人全体の研修など必要な研修は、定期的に個人宛法人内メールで受信しており、勉強会の案内も回覧や掲示がされている。 リハビリテーションの職能団体及び学術関連団体が実施し認定する資格取得を奨励しており、各自が目標を持ち意欲的に取り組んでいる。
						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。			
	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)		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。	インターネット上に法人ホームページが作成され、情報が随時更新されている。 今年度、事業所のパンフレットを見直し、写真や絵を使い、文字の大きさや説明もわかりやすい言葉を使うなど配慮して作成している。 パンフレットは、病院内に置き、利用者や主治医、介護支援専門員など関係者に配布もしている。		
						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)		
	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)	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。	サービス開始時は業務マニュアルの「業務の流れおよび手順」に則して、重要事項説明書などを利用者や家族に説明している。また、説明する職員は、事業所内で上位等級スタッフを前に練習し、何回か同行しての見学や練習を実施している。 利用希望の連絡を受けたら、利用者の入院先や自宅へ訪問して初回面談を行い、新規依頼受け付け用紙に沿って情報収集を実施している。受け入れ可能の時は、かかりつけ医と面談し、必要事項の確認と訪問リハビリテーション依頼書作成をお願いしている。 契約の説明は、業務マニュアルに沿って実施しているが、利用者に合わせて説明し、時間を置いて家族に内容を確認してもらう時間をとることもある。	
					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。	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。	軽快終了者には、手順に基づいて、1ヶ月後にアセスメントの訪問を実施して、パンフレットを渡し、困ったことがあれば連絡するように促している。 他の事業所への移行時には、情報提供書の書式および手順が策定され、経過要約も記載されている。 主治医や介護支援専門員に情報提供を必ず行い、困った事があれば連絡してもらうようにパンフレットを作成して、利用者に渡している。
	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。		
	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。		
	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。		
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。	a)	255	アセスメントの様式が統一されている。	厚生労働省のひな型を使用し、電子カルテも活用して、業務マニュアルに基づいて、アセスメントシートの様式に沿って実施、記載している。 介護保険は3ヶ月に1回以上、医療保険は毎月アセスメントを実施し、サービス実施計画を見直している。サービス担当者会議、主治医面談、リハビリテーション会議、カンファレンスなどで関係者と協議を実施している。必要に応じて、主治医や介護支援専門員とも連携を図っている。 利用者の具体的なニーズや課題は、訪問リハビリテーション計画書や個人ファイルに記載されている。	
					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	定期的にあ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)
	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>	<p>利用者、家族のニーズを大切に、生活スタイル、家屋環境に合わせて検討してサービス実施計画を策定し、計画の目的や目標を明確にし、具体的支援内容など手順に沿って記載している。</p> <p>計画には、利用者及び家族の希望の記入欄があり、利用者などにもわかりやすい説明に努め、面談等で確認し、同意のサインをもらっている。</p> <p>意思表示の困難な利用者に対する対応は、業務マニュアルに明示され、家族からの聴取や、法人の規程に基づいて対応している。</p>
			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>	<p>訪問リハビリテーション計画は、業務マニュアルに沿って介護保険は三ヶ月に一回以上、医療保険は一ヶ月に一回以上または必要時に見直しを実施している。</p> <p>訪問リハビリテーション計画の見直しの手順は業務マニュアルに明示されている。計画の見直しは、必要に応じて利用者や関係する他事業所の職員を交えて、リハビリテーション会議を開催して作成しており、関係者に周知している。</p> <p>利用者の変化や身体状況に応じて、主治医、介護支援専門員に相談しながら、手順に沿って計画の見直し・変更を実施している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価細目ごと)
		(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)	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。 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。	訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画を反映した様式である。サービス担当者会議やリハビリテーション会議で訪問リハビリテーション計画について関係者に説明している。危険防止のための注意事項や留意点などは、図や写真を使った文書を作成し、わかりやすい説明に努めている。
	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)	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。 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。	かかりつけ医、医療・介護・福祉機関と顔の見える関係づくりに努め、在宅におけるリハビリテーションの専門職として、身体・生活機能を多面的に評価し、積極的な提案あるいは助言し、“その人らしい暮らし方”の支援に努めている。利用者の連絡ノートにより、他のサービス事業者などと連携を図っている。また、必要に応じて主治医や介護支援専門員にも電話連絡など常に連携に努めている。 毎月、訪問リハビリテーション報告書を作成し、主治医や介護支援専門員、関係者に渡して情報共有に努めている。また、会議や連絡などを電子カルテに記載して、事業所内でも情報共有に努めている。