

(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）

南長池診療所

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)	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。	「民医連要領」「医療生協の介護」「医療生協接遇マニュアル」などでしっかり定めています。利用者を尊重する姿勢については組合員、利用者、職員がともに目指す医療生協の介護に明文化されている。(医療生協の介護 医療生協接遇マニュアル 個人情報保護の方針・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) 利用者を尊重したサービス提供をするために、全職員を対象とした制度教育に力をいれています。制度教育は年度ごと教育テーマを作成し、全職員が参加できる仕組みがとられています。参加者の感想文や報告書は「職員教育個人ファイル」に保管され、管理者の下で個人別に管理されています。 通所リハビリマニュアルにプライバシー保護、尊厳について記載されていて、業務マニュアルにも記載があり、職員周知がされています。	
					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		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。
					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。		
					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。		
					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。		

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>	<p>利用者満足の上昇を意図した取り組みは、医療生協が全国的に行う「医療介護満足度調査」のアンケート結果を指標に、職場会議で分析や検討を行っています。</p> <p>サービス担当者会議(3か月に1回実施)では、利用者要望の把握に重点を置いています。</p>
	1	(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。	b)	<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>	<p>毎月発行される「事業所だより」(診療所ニュース)で相談窓口の案内をしています。また、「虹の箱」が診療所に設置され利用者が意見等を述べやすい体制を確保しています。プライバシーに配慮した相談室があり対応しています。また、手話通訳を派遣する配慮があります。</p> <p>重要事項説明書には窓口に関する情報がわかりやすく記載されており、事業所内のわかりやすい場所に掲示があります。</p> <p>病院や診療所に設置されている「虹の箱」は医療生協組合員や理事会役員が参加した「利用委員会」や「運営委員会」で定期的に開錠され、職員は内容を職場会議で確認します。「虹の箱」の意見を参考にして改善された事例があります。</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。	a)	<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>第三者的立場の人（組合員）が参加する「運営委員会」が第三者委員会として位置付き、機能しています。</p> <p>苦情などは病院や診療所に設置された「虹の箱」の投書箱に投書できる仕組みがあり、「虹の箱」の管理や検討は「利用委員会」や「運営委員会」で行われます。</p> <p>検討内容は職場会議記録や利用者の個人記録に記載されていますが、これまでに公表するような苦情が無いので対応記録としての記録はありません。</p> <p>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されています。また、掲示が必要なものは個人情報に配慮して掲示される仕組みがありますが、利用者の希望で掲示されない場合もあります。</p> <p>重要事項説明書には苦情相談に関する情報がわかりやすく記載されていて、事業所内のわかりやすい場所に掲示があります。「虹の箱」については、対応マニュアルに記載がありません。</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>	<p>苦情・意見対応マニュアルがあります。検討内容は職場会議記録や利用者の個人記録に記載されていますが、対応記録としての記録はありません。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され、掲示が必要なものは個人情報に配慮して掲示される仕組みがありますが、利用者の希望で掲示されない場合もあります。医療生協が全国的に行う「医療介護満足度調査」のアンケートにある自由記述に記載された意見や要望を指標に職場会議で分析や検討を行っています。意見や苦情を職場会議で職員が検討し、対応や改善策を具体化しています。利用者からお食事の改善に関する意見をもらい、職員が丁寧に検討して改善した事例があります。</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>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>	<p>就業規則第7章サービス規律、43条サービスの心得、重要事項説明書、苦情・意見対応マニュアルに記載があります。職員に対する処分は、就業規則第8章46条懲戒に記載があります。</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>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>	<p>ISO9001品質マネジメントシステムの認証を受けていて、定期的に自己評価と第三者評価を受けています。主任が担当者として設置されており、職員はミーティングや職場会議で評価を行います。</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)	
	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)	209	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	定期的に評価を行う体制として事業所が目指す質の向上に対して 職員が職場目標や個人目標を作成（半年ごとに見直している） ISO内部監査 ミーティングや職場会議での職員の話し合いを通して、評価を行っています。評価結果は組織として取り組むべき課題を明確にして、改善のための計画を作り改善につなげています。職場会議記録や職員個人記録や個人面談記録に記載があります。
					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。	
					211	職員間で課題の共有化が図られている。	
					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。	
					213	改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。	
					214	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。	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)	215	標準的な実施方法のマニュアルがある。	マニュアルはあります。標準的サービス内容の見直しが必要な場合は、週1回のミーティングや月1回に職場会議で検討します。また、本部との連携で医療生協全体に関する見直しも行い、学習会も実施しています。 マニュアルはスタッフルームのパソコンにあり、いつでも誰でも自由に見れるようになっていて、職員は活用しています。
					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。	
					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ます。	
					218	マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。	
					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。	
		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)	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。	医療生協全体で関係者が集まって検討する機会は年1回以上あり、見直しを行い追加事項が新たに加わったマニュアルがあります。職員は、職場会議で見直しを検討しています。	
				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。		
				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。		
				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。		個人記録は書式が統一されており、必要な情報が整理されています。書式の見直しが行われ更新されて、定期的な整備がされています。職員への学習会も行われていて、記録はSOAPを用いています。利用者一人ひとりについて毎回記録されていて、経過が記録されています。
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。						
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。						
(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)	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。	個人記録は書式が統一されており、必要な情報が整理されています。書式の見直しが行われ更新されて、定期的な整備がされています。職員への学習会も行われていて、記録はSOAPを用いています。利用者一人ひとりについて毎回記録されていて、経過が記録されています。	
				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。		
				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。		

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>記録保管管理規定や情報開示ガイドラインで定めています。</p> <p>個人情報保護方針・規則、接遇マニュアル、就業規則、個人情報取り扱い規定で定めていて、職員から誓約書をとっています。また、契約時には利用者や家族に説明を行い、同意の署名をもらっています。職員は、制度教育の中で研修や教育が行われています。参加職員の感想文や報告書があり、職員は理解と遵守を行っていることがわかります。</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>カンファレンスは週1回のミーティングや月1回の職場会議で実施していて、その内容は記録されています。</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>職場会議で把握した内容について、主任が個別に対応する仕組みがあり、対応している記録があります。職員の個別面談の時にも確認を行っています。</p> <p>毎日行う朝会でも、対応している記録があります。</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)	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。	ホームページがあり、サービスの紹介など情報を公開し、わかりやすいパンフレットがあり、中央病院内や行政の関係機関に置いています。県が管理する「介護サービス情報の公表システム」で情報を公開しています。見学や問い合わせについては主任さんが窓口となって対応しています。
					242	事業所を紹介するをパンフレット等作成している。	
					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。	
					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。	
					245	見学、体験利用等の希望に対応している。	
					246	問い合わせへの対応担当者を定めている。	
		(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)	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に説明している。	契約書と重要事項説明書は読みやすく、必要な項目は記載されています。契約書と重要事項説明書は利用者や家族に丁寧に説明され、同意の署名がされています。契約時は経験豊かなスタッフが担当し、利用者が家族の状況や環境に応じて余裕のある対応や配慮を行っています。
					248	利用契約書を取り交わしている。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
(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)	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。	他事業所でのサービスの継続については、担当者会議で対応し、必要な情報などの伝達を行っています。目標達成時はオリジナルの修了証を発行して、利用者の意欲をより高める工夫があります。サービス終了後の相談窓口は主任が担当していますが、相談方法について明記した書面は用意されていません。		
			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。			
			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。			
			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。			

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)	257	アセスメントの様式が統一されている。	アセスメントは統一された様式で定期的に見直しを行っています。計画書には一人ひとりのニーズが盛り込まれています。アセスメント様式などの見直しは厚生労働省が示しているものに準じて行っています。
					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。	
					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。	
					260	定期的にアセスメントの見直しが行われている。	
					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。	
					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。	
		(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)	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。	計画書には家族の希望が記載されていて長期目標や短期目標は明確になっています。利用者や家族に説明を行い、同意のサインをもらっていて、計画書の目標は心身機能の維持や回復が盛り込まれており、自立支援を大切にしている内容になっています。
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	
					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。	

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>	見直した計画には、利用者や家族の希望や意向を取り込んであり、変更した計画は家族に説明を行い同意をもらっていて、同意した署名があります。マネジメントマニュアルに定められている手順で行っています。マニュアルの見直しは厚生労働省が示しているものに準じて行っています。