

(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（施設名）

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

社会医療法人抱生会丸の内病院

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)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	法人の理念や基本方針は常に身につけている職員証の裏にシールとして貼り携帯している。職員の当事業所への配置には内規があり、法人病院内等で5年の職場経験を積み訪問リハビリテーションへと異動となるため、必須研修を含め各委員会主催の勉強会などでも確認し利用者尊重や基本的人権等の理解は十分できている。また、法人の「業務関係規程集」や「訪問リハビリテーションマニュアル」の中にも利用者の尊厳の保持や基本的人権の保護について定め実践している。
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	法人の理念の一つに「高度の専門技術により、地域の皆さまの疾病管理と疾病予防に努力いたします」とあり、事業所独自の理念に沿った方針の中に「生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する」と明記されている。また、事業所としての訪問業務基準に実施計画書の作成から定期的な見直し、目標達成後のサービス終了まで具体的に文書化し、利用者や家族の意向に沿うようにしている。利用者満足度調査も年1回実施されており、在宅支援センターの事務担当者により集計され課題を分析し改善へと繋げている。利用者満足度調査の結果は法人の年報等に記載されている。法人として5年に一度の病院機能評価も受けている。
		(3) 利用者が意見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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。	在宅サービスのため非該当

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 178 苦情相談窓口を設置している。 ■ 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）。 	法人として第三者委員を設置している。苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し利用者、家族等に示している。法人や事業所として「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」と「苦情・トラブル経過表記載基準」が定められており、苦情が発生した時点で迅速な対応に心がけ、担当責任者は情報収集、問題の内容、発生状況と要因等を総合的に判断し検討を加え、改善に努めている。職員の共通認識の場として、朝礼時のミーティング、運営会議等で報告もされている。また、文書化されファイルにて保管されており、事業所として苦情を受け付けた時点の正確な記録と解決に向けた話し合いの内容や解決策等について経過と結果を記録し、苦情を申し出た利用者等に経過や結果をフィードバックしている。「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」の5番目に「その他」として「苦情申し立てを行った事を理由として何らかの不利益な取り扱いをする事はありません」と明確に記載し苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で、法人運営の病院内掲示板にて公表している。

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)
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。	意見や提案に対応するマニュアルがあり、担当者を決め定期的に見直しをしている。利用者からの苦情以外に意見や要望、提案等を受け事業所として改善課題を見つけ、サービスの質の向上に繋げるため、各専門分野担当者との連携の下、具体的に福祉サービスの改善に取り組んでいる。
			■ 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。	事業所としての「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」の5番目に「その他」として「苦情申し立てを行った事を理由として何らかの不利益な取り扱いをする事はありません」と明確に記載し、また、重要事項説明書にも同様に明記し利用者や家族に説明もしている。職員には「業務関係規程集」の中の「職務権限規程」に規則として示している。		
■ 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。	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。	b	■ 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。	第三者評価は今回が初めての受審になる。サービス提供時の接遇や業務に関する独自の評価基準があり定期的実施されている。評価を担当する部署として法人内の業務改善委員会があり結果を分析すると共に、法人の副部長以上の経営会議、課長以上の運営会議等などにも結果を上げ更に分析、検討する場が設けられている。	
				□ 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 (評価分類ごと)			
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 208 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 ■ 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。 	改善課題は業務改善委員会等で取り上げ改善策等を文書化し、電子媒体で共通情報として職員に配信されている。直ぐ対応できる課題についてはサービスの提供時や事業所の運営に活かし、単年度で解決できないものは事業所の次年度の目標に掲げ、継続的に対応している。			
					(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ 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。 	事業所として「訪問リハビリテーション訪問業務基準」が整備されている。「開始から終了までの流れ」、「初回訪問手順」、「2回以降の訪問手順」、「サービス担当者会議の参加」、「他サービスとの連携」、「訪問日や時間、担当者変更の手順」、「終了時の手順」、「予定・実施表の作成」、「月末集計業務」等の詳細な内容になっている。
								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

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)
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。	電子化された利用者一覧があり、また、一人ひとりの利用者の個人記録もパソコンで入力できるようになっている。法人内で連携できるように職員のパスワードも期間を定め更新され他職種の関わる同一の利用者の情報を共有している。職員は法人内で約5年程度の他部署経験を経て事業所に配属されており、中途採用の職員も経験者を配置している。そのため、サービス実施計画書、記録等についても十分理解をしており、統一され様式で評価や見直しの際にも共有化できている。
			■		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。	「個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)」に沿い、法人としても「個人情報保護管理マニュアル」を作成しており、その中には「全日本病院協会における個人情報保護指針について」や別表として「通常の業務で想定される個人情報の利用目的」等も整備されている。また、個人情報保護管理委員会が法人組織としてあり、定期的に会議を開き、個人情報保護に関する様々な情報の発信を行い、職員の注意を喚起している。法人入職時には職員と誓約書を交わし、利用者や法人の情報の守秘義務を定めている。利用者や家族からサービス提供記録の開示を求められた時の対応についても契約書に記載している。	
■	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。						
		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	■	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。		
				■	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。	事業所として伝えてはならない情報、担当者で留めてよい情報と責任者へ伝えるべき情報、他部門への伝達が必要な情報、速やかに伝えるべき内容と後日整理して伝えるべき内容等の分別をしている。定期的にカンファレンスを実施しており、毎朝の朝礼で利用者の状態も把握することができ、一人ひとりの利用者の個人記録もパソコンで閲覧でき職員間での共有化も図られている。	
				■	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 (評価分類ごと)
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「何のために行う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。	電子化された訪問リハビリテーション報告書を作成し職員の情報の共有化を図ると共に、サービス実施計画書の評価や見直しの際の重要な基本情報としている。朝礼や定例会議等において所長やリーダーなどから報告書の入力内容についての指導がされている。
			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	■	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。	
			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	■	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。	
					■	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。	苦情等を受けた時点で専用の「苦情・トラブル記録表」に必要事項を記入し、利用者の情報、発生した問題の内容・経緯、対応と対策に至るまでの内容の記録文書が保管されている。「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」の苦情処理手順に利用者宅を訪問した職員から苦情内容について事実確認をすることが記載されている。
					■	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。	職員は年2回、県外研修を受講することができ、県内研修においては制限なく受講できる。職員は、法人内外の研修開催予定資料を閲覧し一年間の研修計画を決め上司に報告し承認が得られた後、研修に参加している。職員の資格習得や自己研鑽への意欲は旺盛で、法人や事業所としてもサポート体制をとっている。
					■	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	(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。	法人のホームページがあり在宅支援センター全体の内容を見ることができる。事業所案内パンフレットに理念を掲載し、「訪問リハビリテーションとは?」、「訪問リハビリテーションの内容」等の詳細がわかりやすい文字の大きさと読みやすく構成されている。また、申込み先や問い合わせ先についても明記している。
					■	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 (評価分類ごと)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	契約時には運営規定や重要事項説明書を用い、利用者と事業所の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に事業所にとっても不必要なトラブルを回避するために十分な時間をとり説明している。重要事項説明書や契約書等、必要な書類は適切な文言と具体的な表記でわかり易くなっている。また、説明に際し法人内の言語聴覚士などの協力を仰ぐこともある。利用の決定についても無理強いすることなく利用者や家族の判断に委ねている。
		(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	サービス内容や事業所の変更を行う場合には、利用者へのサービスの継続性を損なわない配慮のもとに、引継ぎ文書を作成し送りを行っている。
	4	(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	初回用のアセスメント様式と3ヶ月後以降に使用する様式には相違はあるもののいずれも訪問リハビリテーション実施計画書と一体化された様式で統一されたものとなっている。訪問リハビリテーション訪問業務基準があり、3ヶ月ごとに再アセスメントし訪問リハビリテーション実施計画書の見直しもされている。サービス開始直後に事前に把握していた身体状況や生活状況等が実際と異なっている場合もあり、そのような状況も視野に入れたアセスメントが行われている。事業所内の在宅支援センター内には居宅介護支援や訪問看護、訪問介護などの事業所があり、同一の利用者もいることから職種を横断した報告や相談も行われている。

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)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	訪問リハビリテーション実施計画書には利用者や家族等の意向や要望が記載されており、それを踏まえた計画が策定されている。アセスメント結果を実施計画に反映させるために医師の訪問リハビリテーション指示書に沿い、また、ケアマネージャーが主催するサービス担当者会議に出席し各分野の関係職員の意見を参考にしている。訪問リハビリテーション実施計画書の目標の期間は短期3ヶ月と長期6ヶ月となっている。リハビリテーションプログラムも多岐にわたり利用者の自立支援に繋げている。
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	職員毎の訪問リハビリテーション予定&実施表の他、事業所としての業務日誌、利用者毎の訪問リハビリテーション報告書もある。実施記録でのサービス実施状況の確認や担当者からの報告等はパソコンのシステムで確認することが可能となっており、所長やリーダーが総合的な視点で情報を管理できる体制になっている。訪問リハビリテーション実施計画書の評価は3ヶ月ごとに行われ、必要があれば利用者や家族の意向も加え修正や変更がかけられている。利用者の状態の急変等に合わせ医師やケアマネージャーと連絡をとりながら緊急に変更することもある。
	(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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	居宅において能力に応じ自立した日常生活を営めるよう生活全般にわたる援助を行っている。利用者の担当職員を決めているが、シフトの関係で交替することもありパソコン上で利用者のリハビリテーションの内容などを把握し利用者や家族が戸惑わないようにしている。職員は担当する利用者のサービス担当者会議に出席し居宅サービス計画と連動しサービスを提供している。	

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)
Ⅲ	4		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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	一人の利用者に対して同じ在宅介護支援センターも含めた訪問看護他のサービスの複数の職員が担当に当たる場合があり、職員は自分のリハビリテーションの担当分野だけでなく全体の中での自分の役割りについて理解をしている。所長やリーダーなどが随時職員に同行して「質の確保」の大切さを指導している。