

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別

通所リハビリテーション

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

事業所名（施設名）

介護老人保健施設コスモス長野

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

通所リハビリテーション

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	■	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。	・法人の介護・看護の理念に「わたしたちは、あなたの尊厳を守り手をとめ目をむけ耳を傾ける思いやりのケアをめざします」と記載し内外に表明している。また、事業所の基本方針の一つに「お年寄りの人権を尊重し、お年寄りの立場に立った利用者本位のケアサービスに努め、豊かな老後を目指します」と記載されている。毎年法人の研修を受け、朝礼時や会議においても議題に上げ利用者の尊重や基本的人権への配慮に取り組んでいる。
			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	■	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。	
					■	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。	・職員は、利用者のプライバシー保護に関する基本的な知識や社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識を十分に理解し職務に当たっている。法人の服務規律に個人情報に関する規程の記載もある。また、1階にある浴室は一般浴と特浴室に別れカーテン等の仕切が取り付けられている。職員は着脱時の利用者一人ひとりへの言葉掛けでも気遣いを見せている。
					■	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)
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。	b	<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>	・サービス担当者会議において現状の振り返りと見直しを行い、利用者や家族の満足度を把握し、要望を聞き取りサービス提供に繋げている。法人組織として「サービス向上委員会」があり「サービス向上業務改善アンケート」を行っているが、毎年度の実施には到っていない。実施時には調査結果を施設長、医師、事業所主任、看護師、栄養士等が出席する複合施設全体の幹部運営会議や通所部会会議等で検討し、具体的なサービス改善に繋げている。
Ⅲ	1	(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	<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、ついで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>■ 178 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。</p>	・あんしん(介護)相談員の受け入れを、月2回行っている。また、利用契約書や重要事項説明書に支援相談の専門員として相談員が勤務している旨の記載があり連絡先と担当者の氏名も記載されている。職員は日常的な言葉がけを積極的に行っており、今回の第三者評価の利用者アンケートでも利用者は困りごとや相談を気軽に職員にしており、職員も親身になって応じコミュニケーションは取れている。

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	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。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 179 苦情相談窓口を設置している。 ■ 180 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。 □ 181 第三者委員を設置している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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>・社会福祉法人の事業所ではないので第三者委員は設置していないが、事業所利用時に利用者と家族等に説明される「重要事項説明書」に詳細に記載している。要望及び苦情等の相談として「当施設には支援相談の専門員として相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください」とし、連絡先と相談員2名の氏名を明記している。また、「要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、ロビーに備えつけられた『ご意見箱』をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます」とし、公的な苦情窓口としては2ヶ所を明記し連絡先も載せている。苦情を申し出た家族等には電話や連絡ノートで直接報告している。また、苦情内容についてデイケア通信に記載したり事業所掲示板に公表することもある。</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)
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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 197 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	・利用者の意見や提案に対してフィードバックするための仕組みがあり、職員ミーティング時において課題として検討をし改善に繋げている。また、意見や要望をいただいた利用者や家族等へは、電話や訪問にて直接対応策等を伝えたり連絡ノートで通知し迅速な対応に努めている。コスモス通信や掲示版での公表を行うこともある。
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	・重要事項説明書の「要望及び苦情等の相談」の最終に「※苦情申立等を行ったことを理由に何らかの不利益な取り扱いをすることはありません」と事業所の姿勢を示している。苦情や意見等からサービスの改善・向上につなげるため、言いやすい環境を整備している。
	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している。	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 205 第三者評価を定期的に受審している。 ■ 206 内部監査を毎年実施している。 ■ 207 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 ■ 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。 	・法人運営の中で、毎年度の計画を定め、前年度の達成内容等を多方面から比較、検討している。その中に事業所の提供するサービス内容について組織として振り返りを行い、内容を取りまとめ職員に周知し、次年度の事業計画等に反映している。福祉サービスの第三者評価は今回が初めての取り組みである。法人の体制として「リスクマネジメント・サービス向上委員会」が設置されており、事業所のサービスの質の向上に向け組織として取り組んでいる。

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	■ 209 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	・法人の他部門と合同の「リスクマネジメント・サービス向上委員会」にて改善課題を明確にし、改善策や改善計画を検討している。また、運営幹部が参加する運営会議で結果報告し最終的意思決定を仰いでいる。事業所の施設設備面の改善として、現在、より良いサービス提供のためのスペースの拡大・見直しなどが進んでいる。
					■ 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。	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	■ 215 標準的な実施方法のマニュアルがある。	・バイタルチェック、入浴、排泄、食事、口腔ケア、接遇送迎、事故・緊急時対応などのマニュアルがあり、サービス種類ごとにファイルに綴られ整備されている。また、職員の自己チェック表があり日常業務を体系的に評価し改善に繋げている。		
			■ 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る。						
■ 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。						
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	■ 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。	・利用者や職員からの意見や提案に基づいて福祉サービスの質の向上の観点から見直しを随時行っている。事例として、入浴や排泄などの異性介助についての見直しを行ったこともある。改定後の確認はミーティングにて行っている。			
		■ 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。						
(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	■ 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。	・今年度から新しいシステムを導入し書類の整備途上にあることから同じ法人の職員から指導を受け、職員研修も行っている。これにより利用者一人ひとりのサービスの実践状況は更に統一した方法で記録・保管され、サービス提供時や見直しに活かされている。		
			■ 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)
Ⅲ	2	(3)	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 226 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 229 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 233 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。 	<p>・「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」に沿い、法人として個人情報に関する基本的概念をふまえ個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制を整備している。職員の退職後の守秘義務についても職員から誓約書を取り、事業所の運営規程の守秘義務において、事業所在籍中及び退職後、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように指導教育をするとともに規程に反した場合に違約金を求めることが明記されている。また、個人情報の利用目的についても利用契約書に記載し利用者や家族に説明している。</p>
			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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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ど情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 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>・朝礼や終礼、業務日誌、各ミーティングなどで必要な情報が職員や利用者に関わる他部署に正確に伝わる仕組みができています。事業所のカンファレンスで詳細な打ち合わせをし、適正なサービス提供に繋げている。</p>
			④ 職員に必要なサポートを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。) ■ 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>・グループ・スーパービジョンとして新人職員には指導者中心に全職員でスケジュール調整し対応している。また、事故や苦情等の場合、一職員の問題として捉えるのではなくミーティングで内容分析と対応策を検討し、再発を防ぐためにも全職員の問題として会議で話し合いサービスの向上に繋げている。法人内での研修も充実しており、人事考課制度の目標管理シートや自己課題として挙げた職員が受けた研修、工作上必要不可欠と考えられる研修について事業所として全面的な支援をしている。</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)
Ⅲ	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。	・事業所の見学や体験利用等の希望に対してはケアマネージャーを通して行うことが多いが、直接の問い合わせについても対応している。また、事業所パンフレットはカラー写真と大きな字体の表題でサービス内容が人目でもわかるように工夫しており、利用時の様子もわかりやすい写真の掲載で不安要素の軽減に繋がる紙面になっている。法人のホームページはわかり易く「施設のご案内」や「お問い合わせ・資料請求」などのメニューから「施設概要」・「ご利用案内」・「所在地の地図」などが検索でき、特に「パンフレット」もダウンロードできるようになっている。
			■		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。						
		(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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	■	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。	・利用契約書に「通所リハビリテーションの利用料金について」、「施設利用料と自己負担について」など5ページにわたり詳細に説明している。また、「利用料金一覧表」などで利用者や家族が理解しやすいように工夫している。利用者からの解除あるいは事業所からの解除の条項も契約書にあり、利用者、家族等に説明がされている。
■	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。	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	■	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。	・サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、サービスの継続性を損なわない配慮がされている。利用期間中のサービス計画書等の書類の保管も行っている。他事業所への移行や施設入所等の場合には、ケアマネージャーを介して照会書類を作成している。
■	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)
Ⅲ	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 257 アセスメントの様式が統一されている。 ■ 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。 	<p>・リハビリカンファレンスにおいて各専門分野（ドクター等）から出席し、利用者の現状に即しているかどうか現状の把握・確認を行っている。また、3ヶ月ごとの見直しは必須として行われている。事業所のリハビリテーション計画書がアセスメントもできる様式になっており、計画の評価を行う際に再アセスメントも実施している。</p>
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	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"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>・リハビリカンファレンスにおいて各専門分野（ドクター等）の職員が出席し、見直しを行っており、総合的な視点から利用者のQOL（生活の質）を含め、より良い状態を検討しリハビリテーション計画書に反映している。長期目標や短期目標についてはケアマネジャーの作成する居宅サービス計画書に沿い、「目標」、「期間」、「具体的な支援内容」、「頻度」などが記入されている。事業所でのサービス提供中の具体的な対応も一人ひとりの利用者に合わせて時間帯で支援内容が割り振られ、理学療法士や作業療法士などの連携も円滑にとられている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	4	(2)	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"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>・サービス実施計画の見直しは3ヶ月に1回以上実施されており、必要なケアと具体的な支援方法について検討し、変更があれば利用者と家族等の意向も反映し、リハビリテーション計画の再作成をしている。変更した場合、職員への伝達は朝礼、終礼、業務日誌、ミーティングなどで行われている。</p>