

## アドバイス・レポート

平成30年6月11日

平成29年11月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた貴事業所 訪問看護ステーション おとく につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

## 記

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <p>特に良かった点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>(通番11) 労働環境への配慮</b><br/>従業員の健康を守る「きょうと健康づくり実践企業認証制度」の認証を受けており、職員の健康状態も含め、労働しやすい環境整備についての仕組みづくりをしています。また、各種休業法を就業規則として整備し、男性が育児休業を取得した実績もあり、誰もが働きやすい環境となっています。さらには、法人代表が社会保険労務士の資格を保有しており、労務にかんする様々な相談に乗ることができる体制となっています。</p> <p><b>(通番14) 地域への貢献</b><br/>利用者の住み慣れた地域での暮らしを支えるために、利用者 と地域が結びつき、事業所が地域と馴染みの関係を築くことを目的にしており、そのための取組を地域で様々な実施しています。自治会や町内会に事業所として加入し、町内会の役職を担うなど積極的に活動をしています。また、事業所が地域の居場所となるよう、他団体と連携した「うたごえカフェ」の実施や事業所主催で開催する子供向けイベントの開催などを行っており、多世代にわたって地域の方が交流できる機会を作っています。これらの取組により、看護師がいることから、地域の方より医療的な相談を受けることがあり、地域に頼られる存在となっています。</p> <p><b>(通番21) 多職種連携</b><br/>看護小規模多機能との連携の中で、看護師、リハビリ職、介護士それぞれにリーダーを設け、それぞれの職種の視点で会議の開催を行い、それを職員会議でまとめ、利用者支援にあたっています。様々な職種の関わりを体系立てて整理し、ケアの方法やサービス提供に繋げることができており、まさしく他職種連携で取り組んでいます。</p> |
|-----------------------------|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>(通番10) 実習生の受け入れ</b><br/>看護学生、病院看護師などの実習生や大学との連携で介護現場見学の受け入れを積極的に行い、京都府看護協会の訪問看護ステーションのOJT研修の教育ステーションともなっています。実習担当者には、認定看護師があたるなど、充実した体制を作っていますが、実習受け入れにあたっての基本姿勢や受け入れマニュアルがありませんでした。</p> <p><b>(通番30) 災害発生時の対応</b><br/>北区の防災・豪雨の情報を集め、災害時のマニュアルを作成し、整備しています。また、福祉避難所の指定を受けており、地域に災害時の支援ができるよう、食料や水の備蓄をおこなっています。地域の防災訓練にも参加しており、普段から地域との連携を密にしています。しかし、その地域との連携を意識したマニュアルの作成や地域と一緒に実施する訓練ができていませんでした。</p> <p><b>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み</b><br/>利用者満足度調査の実施をしていましたが、毎年度の実施がなく、利用者満足度に関する担当者の設置や調査の分析。検討結果後にサービス改善をしたことの確認がされていませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>                    | <p>平成27年2月に京町屋を改装して訪問介護ステーションと併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所を京都市北区に開設しました。10年近く、左京区で訪問看護ステーションを運営している中で、医療処置の多いご利用者を対応してきており、ご家族とのレスパイトを目的とした入院をする事例が多くありました。こういった経験から、馴染みの関係の中で2～3日ほど宿泊できる場があれば、安心して在宅生活の継続ができるのではないかという思いがあり、新たに事業所を立ち上げました。開設当初は、医療依存度の高いご利用者を受け入れていましたが、地域密着型サービス事業所を運営する中では、認知症の方への対応が主となり、現在は幅広くご利用者への対応をするようになっていきます。まずは訪問看護で関わったご利用者の中で生活全般に関わった方が良い方には、馴染みの関係の中で訪問看護も受けることができる看護小規模多機能へ移行していただくように調整しています。医師との連携や看護小規模多機能のリハビリ職、介護士などとの他職種の中で、様々なサービスの提案をしつつ、ご本人、ご家族の在宅生活を継続したいという思いを実現しようとしています。</p> <p>以下、今回の評価で気づいた点を記載します。</p> <p>1) 中長期計画の策定<br/>単年度の事業計画の策定がされ、それに基づいたサービス提供がされていることは確認できましたが、中長期計画を確認することができませんでした。事業所を運営していく上では、その組織が目標とする中長期的なビジョンが必要とされます。人材確保や将来を見据えた今後事業所が向かう方向性について、中長期計画を立て、途中で評価や見直しができる仕組みを構築されてはいかがでしょうか。</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>2) 実習生の受入れマニュアル<br/>様々な機関からの実習生の受入れを行い、人材育成や業界の質の向上に事業所の責務として貢献されています。しかし、実習生の受入れマニュアルが確認できませんでした。マニュアルを整備することで、受け入れる事業所としての基本姿勢や考えを明確にし、それを職員間で共有することでスムーズな受け入れに繋がり、さらに実習生への指導が質の高いものとなると考えられます。マニュアルの整備をされることが望まれます。</p> <p>3) 災害発生時の対応<br/>地域との交流を意識した取組を様々なされており、災害時のマニュアル作成や備蓄などの対策、地域で実施される防災訓練にも参加をされています。地域との連携を意識したマニュアルを作ることで、地域に根差した事業所という意識がさらに高まり、より良い地域作りへの貢献につながるものと考えます。災害時のマニュアルを見直されてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 利用者満足度の向上の取組<br/>利用者満足度調査を実施していましたが、毎年度の実施や調査結果をサービスに活かす仕組みが確立されていませんでした。利用者満足度を知ることは、サービス提供の不足などがどこにあるかを知り、サービスの質の向上に繋がるものと考えます。定期的な満足度調査の実施と調査結果を分析し、サービスの改善を図る仕組みづくりをされてはいかがでしょうか。</p> |
|--|--|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

# 評価結果対比シート

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| 事業所番号                    | 2660190113                      |
| 事業所名                     | 訪問看護ステーション おとく                  |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問看護                            |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 看護小規模多機能型居宅介護                   |
| 訪問調査実施日                  | 2018年2月19日                      |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |

| 大項目                       | 中項目               | 小項目 | 通番   | 評価項目 | 評価結果 |       |
|---------------------------|-------------------|-----|--|------|------|-------|
|                           |                   |     |  |      | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>   |                   |     |  |      |      |       |
| <b>(1)組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 理念の周知と実践          | 1   | 組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者(運営管理者含む)及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。   | A    | A    |       |
|                           | 組織体制              | 2   | 経営責任者(運営管理者含む)は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。   | A    | B    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 1) 組織の理念をホームページで掲げている。新規利用者との契約時に運営規定と理念が記載された資料を渡すようにしている。理念に基づいたケアをしていることを職員に意識づけるために年末にケーススタディの機会を設けている。<br>2) 訪問看護、介護、リハビリの職種ごとの会議を設け、職種ごとに課題を検討し、その内容を職員会議で共有している。また、法人管理者会議を年2回開催しており、組織として意思決定の仕組みができていない。しかし、職務に応じた権限や責任が明文化された規定を確認することができなかった。   |      |      |       |
| <b>(2)計画の策定</b>           |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 事業計画等の策定          | 3   | 組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。  | A    | B    |       |
|                           | 業務レベルにおける課題の設定    | 4   | 業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。  | A    | B    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 3) 事業計画を策定し、管理者会議報告や職員会議にて職員に説明している。しかし、中長期計画を確認することができなかった。<br>4) 事業計画を策定し、各部門ごとに具体的な課題を確認し、取組を行っている。しかし、その課題状況の定期的な確認や見直しが確認できなかった。  |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 法令遵守の取り組み         | 5   | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。   | A    | B    |       |
|                           | 管理者等によるリーダーシップの発揮 | 6   | 経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。   | A    | B    |       |
|                           | 管理者等による状況把握       | 7   | 経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。  | A    | A    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 5) 管理者は、様々な協議会や職能団体が主催する法令順守や経営に関する研修に参加するようにし、そこで学んだ内容をスタッフに伝達するようにしている。関係法令についての資料を整備していたが、リスト化ができていなかった。<br>6) 管理者は、部門会議に出席するようにし、自らの意見を述べることで管理者としての役割と責任について、職員に明示している。また、年1回「面接シート」を用いて職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を設けている。しかし、管理者が自らの行動を職員から評価される仕組みが確認できなかった。<br>7) 管理者は常に「所長携帯」を持っており、随時連絡が取れる体制を作っている。また、「業務日誌」があり、それを基に夕方には振り返りの機会を持っている。 |      |      |       |

| 大項目                | 中項目 | 小項目           | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|--------------------|-----|---------------|----|---|------|-------|
|                    |     |               |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>II 組織の運営管理</b>  |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1)人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 質の高い人材の確保     | 8  | 質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。   | A    | A     |
|                    |     | 継続的な研修・OJTの実施 | 9  | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。   | A    | A     |
|                    |     | 実習生の受け入れ      | 10 | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。  | A    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 8) 管理者が他の事業所との兼務であるため、もう一方の事業所と職員をフレキシブルに捉え、業務を回せる体制を作っている。また、短時間労働の職員も採用し、働きやすい環境整備を行っている。言語聴覚士を採用し、ケアの向上のための人員配置が考えられている。資格取得については、介護として2年継続して勤務すれば初任者研修の受講凌駕無料になるなど、支援体制を作っている。<br>9) 職員の個別研修計画書を作成している。新人を採用した際には、プリセプター制度を活用し、半年ごとの振り返りをするなどして、指導している。外部研修の案内を行い、研修費の補助なども行っている。<br>10) 看護学生、病院看護師などの実習生を受け入れており、認定看護師を実習担当者として配置し、指導にあっている。しかし、実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化や実習生受け入れマニュアルは確認できなかった。 |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 労働環境への配慮      | 11 | 質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。   | A    | A     |
|                    |     | ストレス管理        | 12 | 職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。  | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 11) 職員の有給休暇や時間外労働のデータ管理は代表が行っており、必要に応じて職員に聞き取りなどを行っている。育児休業を取得しやすい環境を整備しており、男性職員も取得している事例がある。「きょうと健康づくり実践企業認証制度」の認証を受けており、職員の健康を守る取組を実践している。<br>12) 代表が社会保険労務士であり、職員の相談に乗る仕組みがある。また、職員の福利厚生として、遠足などのレクリエーションの企画を行っている。また、福利厚生事業との契約をしており、その事業の冊子を職員に配布している。ハラスメントの窓口が設けられており、相談しやすい体制が整備されている。  |      |       |
| <b>(3)地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 地域への情報公開      | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。  | A    | A     |
|                    |     | 地域への貢献        | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。  | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 13) ホームページの公開やパンフレットを整備している。また、運営推進会議に多様な各種団体が参加しており、最近の事業所の動向などを伝えている。その他、世代間交流ができる機会づくりである地域の活動「ふれあいカフェ」や「オレンジカフェ」の手伝いをするなどで、地域との交流を図っている。<br>14) 事業所で認知症サポーター養成講座を3ヶ月に1回開催し、認知症の理解を広めている。地域の方が気軽に相談できる関係性があり、実際に相談を受けるケースがある。  |      |       |

| 大項目                     | 中項目 | 小項目         | 通番 | 評価項目   | 評価結果 |       |
|-------------------------|-----|-------------|----|--|------|-------|
|                         |     |             |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1)情報提供</b>          |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 事業所情報等の提供   | 15 | 利用者(希望者含む)に対してサービス選択に必要な情報を提供している。   | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | ホームページやリーフレットを整備し、運営規定を分かりやすく掲示している。見学者の対応を随時行っており、ボランティアで看護師を派遣することもある。   |      |       |
| <b>(2)利用契約</b>          |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 内容・料金の明示と説明 | 16 | 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。  | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | 16) 利用料金の内容は重要事項説明書に明記しており、契約時に説明を行っている。「おとくサロン」として、保険外の短期利用を実施しており、登録外の方の通い、泊りサービスができるようにしている。必要に応じて、成年後見制度や社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の活用を紹介している。 |      |       |

(3)個別状況に応じた計画策定

|              |    |  |   |   |
|--------------|----|--|---|---|
| アセスメントの実施    | 17 | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。   | A | A |
| 利用者・家族の希望尊重  | 18 | 個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。  | A | A |
| 専門家等に対する意見照会 | 19 | 個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。   | A | A |
| 個別援助計画等の見直し  | 20 | 定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。   | A | A |
| (評価機関コメント)   |    | 17)「訪問看護計画書および報告書」を用いてアセスメントを実施している。月1回は見直しと入院等による状態の変化に応じてアセスメントを実施している。<br>18)「訪問看護計画書および報告書」でアセスメントに基づいて計画を作成し、サービス担当者会議にて、本人、家族などの意向を聞きながら内容を協議し、同意を得ている。<br>19)計画策定にあたっては、医師やリハビリの療法士の意見を求め、具体的な援助内容に反映している。また、サービス実施状況を主治医やケアマネジャーに報告し、連携を図っている。<br>20)個別援助計画の見直しには、月1回の看護部会の会議時、職員会議時で行っている。また、状態の変化に速やかに対応したプラン作成のため、毎朝のミーティング等で検討をしている。 |   |   |

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 多職種協働      | 21 | 利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。   | A | A |
| (評価機関コメント) |    | 21)医師会や医療機関の関係者と学習会や懇談会を通じて日常から顔の見える関係をもっている。利用者の主治医一覧、ケアマネ事業所一覧を作成している。地域包括支援センター、民生委員とは、認知症の取組を行う中で連携をとっている。利用者が入院時には、「退院時共同指導説明書」を用いて情報の共有化を行っている。 |   |   |

|                   |    |  |   |   |
|-------------------|----|--|---|---|
| 業務マニュアルの作成        | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法(業務マニュアル・手順等)が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。   | B | B |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 23 | 利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。   | B | B |
| 職員間の情報共有          | 24 | 利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。   | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換     | 25 | 事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22)サービス提供に係る業務マニュアルが整備されている。「サービス提供記録」があり、サービス内容については職員間で共有できている。しかし、標準的な実施方法の確認の仕組みや定期的なマニュアルの見直しなどは確認できなかった。<br>23)利用者ごとに記録が整備されており、訪問看護では、実施記録を複写にし、利用者の自宅にも置くようにしている。看護小規模多機能では、各職種ごとに記録を色分けし、それぞれの視点からの記録がされている。また、個人情報については、個人情報保護規定に定め、職員の採用時に契約書にて、確認している。しかし、持ち出し・廃棄に関する規程は確認できなかった。<br>24)朝礼にて、前日の振り返りを行い、利用者のケア内容の確認を行っている。また、申し送りノートを作成し、利用者情報を共有している。職員会議にて、職員の意見交換と情報共有を図っている。<br>25)利用者や家族とは、連絡ノートを用いて情報を伝えている。また、訪問時や通所の際に家族と顔を合わせ、日々のエピソードを伝えたり、自宅での情報を得る機会としている。遠方の家 |   |   |

(6)衛生管理

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 感染症の対策及び予防 | 26 | 感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。   | B | B |
| 事業所内の衛生管理等 | 27 | 施設(事業所)内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。   | A | A |
| (評価機関コメント) |    | 26)感染症マニュアルは整備し、職員が見やすいところに設置されているが、最新の情報を取り入れてマニュアル更新する事は出来ていない。感染症の利用者にも十分な配慮をして訪問している。<br>27)古い京町屋改造の事業所であるため、整理整頓の工夫をして、安全に衛生的に管理されている。 |   |   |

(7)危機管理

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時の対応  | 28 | 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。  | A | A |
| 事故の再発防止等   | 29 | 発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。  | A | A |
| 災害発生時の対応   | 30 | 災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。   | B | B |
| (評価機関コメント) |    | 28)事故、緊急時対応マニュアルは整備され、発生した事故に対しては全職員で振り返り、予防や防止について検討している。記録も保存している。<br>29)事故やヒヤリハットについては全職員で検討するほか、運営推進会議や、第三者委員の助言を受けて改善につなげている。<br>30)近くの消防署とは日頃から関係深く、事業所の状況をよく理解してもらっている。日中と夜間の避難訓練を実施し、福祉避難所の指定も受けている。地域との連携を意識したマニュアルや訓練はできていない。 |   |   |

| 大項目                    | 中項目 | 小項目                   | 通番 | 評価項目   | 評価結果 |       |
|------------------------|-----|-----------------------|----|--|------|-------|
|                        |     |                       |    |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |  |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 人権等の尊重                | 31 | 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。  | B    | B     |
|                        |     | プライバシー等の保護            | 32 | 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。  | A    | A     |
|                        |     | 利用者の決定方法              | 33 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。   | A    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 31.) 人権や個人の人生に配慮したサービスを心掛け、認知症ケアに重点をおき、成年後見制度を活用している利用者が多い。最近人権や身体拘束関係の勉強会や研修会は行っていない<br>32) 訪問の際も利用者のプライバシーに配慮して対応している。<br>33) 医師の許可がある限り、どんな症状の人でも利用を断ることはない。訪問看護との連携により、状況に応じて看護小規模多機能も併用できるように配慮している。        |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 34 | 利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。   | A    | A     |
|                        |     | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35 | 利用者の意向(意見・要望・苦情)に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。   | B    | B     |
|                        |     | 第三者への相談機会の確保          | 36 | 公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。   | A    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 34) 利用者が少人数という利点から、サービス提供時に利用者や家族から、意見・要望・苦情等を聞き迅速に対応している。<br>35) 利用者の意向に対応する方法が組織としてシステム化されていないが、苦情解決第三者委員は置かれていて、案内パンフにも記載されている。利用者の意見要望などを公開する仕組みが整備されていない。<br>36) 公的な相談窓口、苦情解決第三者委員などは契約時に明示したり、掲示もしている。     |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 利用者満足度の向上の取組み         | 37 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。  | C    | B     |
|                        |     | 質の向上に対する検討体制          | 38 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。  | A    | A     |
|                        |     | 評価の実施と課題の明確化          | 39 | サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。  | A    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 37) 利用者満足度調査は行っているが、分析・検討・確認などの仕組みができていない。<br>38) サービスの質の向上については部門会議で検討し改善につなげている。他の各種職能団体に加入し会合に参加し、情報を得て自事業所と比較検討している。<br>39) KES(京都環境マネジメントシステム)の認証を受けている。3年に一度、第三者評価を受診して、質の向上に取り組んでいる。しかし、毎年の自己評価は実施できていない。 |      |       |