

## アドバイス・レポート

平成 31 年 2 月 25 日

平成 30 年 9 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 与謝郡福社会 特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑 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 その理由(※)</p>	<p><b>(通番 9) 継続的な研修・OJT の実施</b> キャリアパスに基づき、階層別に施設内研修計画を作成して、研修を毎年実施しています。職員の希望やレベルに応じて、職場が費用負担して外部研修に参加してもらっています。また、新人職員については日々の業務の振り返りシートで報告し、必要なアドバイスを上司から受けています。</p> <p><b>(通番 13・14) 地域との交流</b> ホームページフェイスブックに施設の取組みや行事予定等を掲載するとともに定期的に更新されています。広報誌「岩滝あじさい苑通信」(年 2 回)を各戸配布、市役所や関係機関など広く配布されています。 地域との関係は、施設の夏祭りを一般に開放したり地域の幼稚園との交流があり良好な関係があります。また、神輿の神楽が施設の中まで訪ねてきてくれたり、地域の絵画展に利用者が参加できるように支援しています。ボランティアも積極的に受け入れており、車いすの清掃や衣類補修、お菓子作りなど日常的に受け入れを行っています。地域への貢献としては、毎年、介護者の集いを実施したり、認知症サポーター養成講座に職員を派遣しています。敷地内の土地を畑として開放したり、配食サービスを通じて独居、高齢者世帯などの見守りを行っています。</p> <p><b>(通番 34) 意見・要望・苦情の受付</b> 年一回利用者満足度アンケートを実施し、事業所内にご意見箱を設置しています。また、町の介護相談員の定期的な受け入れ、年一回の人権擁護委員による施設内の相談所設置等、利用者、家族の相談を受け付ける態勢があります。さらに週一回生活相談日を設け、事業所内各フロアを事業所相談員が周回し利用者の個別面談をしています。その際、寝たきり等で会話が困難な方は、顔の表情や様子からその意向をくみ取るよう努めています。様々な方向から利用者、家族の意向を見逃すことなく収集し、利用者を尊重した利用者本位のサービスを実現しようとする取り組みとして評価することができます。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 介護ソフトを用いて、利用者一人ひとりの記録が具体的かつきめ細やかに記載されています。また、ケアプランに基づくサービス内容は色分けして表示されるなど、モニタリングしやすいようになっています。一方で、個人情報保護については入職時や研修会において説明や注意がなされていますが、記録の廃棄に関する規程が確認できませんでした。個人情報の取り扱いには施設の信頼にもつながりますので、持ち出しや廃棄についても、施設全体のルールを決めて職員に周知することが大切であると考えます。</p> <p><b>(通番30) 災害発生時の対応</b> 土砂災害時・風水害マニュアルを設置して、各職員に配布しています。消防訓練を夜間想定を含めて年二回実施すると共に各部署でも毎月行っています。また、職員連絡網、危機管理組織図、業者の緊急連絡系統図を整備しています。しかし、地域との連携を意識したマニュアルにはなっていませんでした。</p> <p><b>(通番39) 評価の実施と課題の明確化</b> 第三者評価を三年に一度受診していますが、事業所の提供するサービスの自己評価を年に一回以上行うことが確認できませんでした。サービスの改善に向けて様々な取り組みを積極的に行っておられる中で、それらを要点を絞って振り返り、検証することは、組織としての方向性を明確にしてより良いサービスを実現するための大切なツールと考えます。是非実施されるようお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑（入所定員30名）は京都府北部の天橋立を望む高台にあり、平成13年に開設した施設です。法人理念「いのちを支え いのちに支えられ いのちを育む」をもとに職員は“笑顔”とどけますをモットーに明るく楽しく、やさしい介護を目指しています。隣には小学校があり、いつも子供たちのにぎやかな声が聞こえてきます。</p> <p>施設は廊下が広く、開放的であり、訪問調査時も、玄関を入ったときから、あいさつや言葉遣いなど職員の対応が心地よく雰囲気の良い感じが伺えました。</p> <p>主な特徴として、個室、2人部屋、4人部屋があり、ユニットケアは行っていませんが、施設で最後を迎えたいという方々のニーズを受け、ターミナルケアを実践されています。</p> <p>業務改善委員会をはじめとする各委員会活動を中心に内部研修も充実しており、より良いサービスを提供するための努力をされています。</p> <p>ケアプランの同意をもらう際、日常の様子を伝える文書を添えておられるのも、温かみを感じられて良い取り組みだと思いました。</p> <p>また、相談員を増やし生活相談日を設け、苦情に対しても非常にきめ細やかに分析・対応されていました。直接評価につながりにくいところであっても、様々な形で質の向上に取り組んでおられることが見て取れました。</p> <p>地域との関係は、夏祭りや幼稚園との交流、利用者が地域のイベントにも参加したり、日常的に交流が行われていました。</p> <p>一方で、計画を見直す基準がやマニュアルの見直しに課題が見受けられました。B評価がいくつかありますが、取り組んでおられる内容が評価項目に馴染んでいないというだけのものも少なからずあ</p>

るように思います。

第三者評価にも真摯に取り組まれ、職員間で意見交換しながら、前回受診のアドバイスや改善点の指摘に対して改善や修正を図られています。

今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたサービスの提供を期待します。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 介護ソフトによって、個別援助計画に関連する記録が色分けされ、それによってモニタリングがしやすい仕組みになっています。

個別援助計画は3ヶ月ごとに見直されており、必要に応じて定期見直し以外にも見直しを実施されていますが、どのようなときに見直すのかという基準がきちんと定められていませんでした。

実際には職員が必要と感じた時点で見直しが行われており、その判断が間違っているとも思いませんが、リスク管理の観点からも、きちんと文書にして標準化されたほうが良いと思います。

- ・ あらゆる業務において手順書（ケア基準書、各種マニュアル）が定められており、3年に1回の頻度で役職者会議にて見直し、書き直しが行われています。各種マニュアルはファイリングされ全職員に配布されており、気になる箇所はいつでも何度でも確認することができるなど、実用性の高い運用になっています。また、かなりボリュームのあるマニュアルを、3年ごとに苦情やアンケート結果なども踏まえながら丁寧に改訂されています。一方で、改訂しなくても、年に1回程度、読み合わせや確認などをされ、それを記録に残しておくだけでこの評価項目は満たされます。第三者評価が求めている基準よりもはるかに高いレベルで実践をされておられるのに、現状では評価に反映されないのが残念です。また、各マニュアルに見直し日や改訂日の記載を行うことをお勧めします。

※ 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	2672000045
事業所名	特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	通所施設・短期入所生活介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	2018/10/29
評価機関名	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）及び事業所のスタッフ全員が、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	A
	(評価機関コメント)			1)法人理念や基本方針を明確に定め、ホームページ、施設内の掲示等で周知している。職員には職員会議の次第に掲載し、常に確認している。家族等には、広報誌「岩滝あじさい苑通信」を年2回発行して周知している。 2)毎月の全体会議や部所会議、リーダー会議、施設運営会議、各種委員会等で職員の意思が反映されると共に、案件別の話し合いや方針の決定が行われている。組織のシステムについては組織図、業務分掌表において確認した。		
<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質の向上に向けた計画を策定すると共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	A
	業務レベルにおける課題の設定	4		各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	A
	(評価機関コメント)			3)利用者のニーズ等を反映した事業計画及び中・長期計画が策定されている。毎年実施する満足度調査の内容や前年度の課題を反映させたり、職員会議での職員の意見を反映させながら、事業計画を策定している。 4)各部門ごとに毎月会議を行うとともに、月間目標を設定して振り返りをが課題達成状況を振り返り、見直しを行っている。		
<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みを行っている。	A	A
	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	A
	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、いつでもスタッフ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)人権研修及び法令遵守のための法人研修を実施している。欠席者には録画の映像を提供している。事務所内に関係法令を設置し、職員がいつでも閲覧し、確認できるようにしている。利用者権利擁護指針を定めている。 6)職務分掌表等があり、各職員の役割や責任が明記されている。毎年1回、施設長が全職員と面談して職員の意見を聞く機会をつくっている。事業所の運営方針等を決定する管理会議、リーダー会議に参画し意見等を述べている。 7)施設長は事務所内におり、常に施設内で報告を受け、指示できる状況にある。管理日誌や事故報告書を確認し必要に応じて指示している。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。危機管理組織図、連絡網を定めている。		

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	A
				8) キャリアパスに基づき、各職種の等級ごとに目指す職員像を明記している。職員の資格取得のために、勤務上の配慮、施設内研修の開催などの支援している。資格加算やお祝い金の制度もある。 9) 階層別の施設内研修計画を作成して、研修を毎年実施している。職員の希望やレベルに応じて、職場が費用負担して外部研修に参加させている。新人職員については日々の業務の振り返りシートで報告し、必要なアドバイスを上司から受けている。 10) ケア基準書に記載があり、それをもとにオリエンテーションを行い、実習生を受入れている。積極的に受け入れをしており、実習担当職員には必要な研修を受講させている。		
<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	スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り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環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇の取得率をデータ化し、各職員が取得できるように配慮している。有給とは別にリフレッシュ休暇を定めている。育児休暇の取得事例もあり、育児・介護休業法等に対して適切に対応している。職員の介護負担軽減のため、特殊浴槽、スライディングボードの活用、腰痛ベルトの貸与をしている。 12) ストレスチェックの実施及び産業医を設置している。民間社会福祉施設共済会に加入するとともに独自の互助会がある。ハラスメントにかかる規定が整備されている。年に1回の面談のほか職員の意見箱の設置があり、日々の要望等をくみ取る仕組みがある。		
<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) ホームページやフェイスブックに施設の取り組みや行事予定等を掲載している。広報誌(年2回)を各戸配布、市役所や関係機関に配布している。施設の夏祭り(一般開放)や地域の幼稚園との交流がある。おみこしの神楽が施設寧に訪ねてきてくれたり、地域の絵画展に利用者が参加できるよう支援している。ボランティアも積極的に受け入れをしている。 14) 介護者の集いを実施したり、認知症サポーター養成講座に職員を派遣している。配食サービスを通じて独居、高齢者セ艇などの見守りを行っている。		

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>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)		ホームページやフェイスブックで取り組みや行事などの情報を発信されている。パンフレットは理念や運営方針等を図式化するなど、わかりやすく伝える工夫がされている。見学者には随時対応されており、その記録も残している。			
	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、利用者にわ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)重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明され、同意をとっている。成年後見制度を利用されている方が2名おられ、相談があれば宮津市社会福祉協議会に相談するなどルートも確保されている。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B	
	(評価機関コメント)		17)介護ソフトを独自にカスタマイズしたアセスメントシートを用いて、利用者の心身の状況を把握している。また、看護師や栄養士、相談員など多職種で連携し、アセスメントを実施している。6ヶ月に1回サービス担当者会議を開催し、利用者本人や家族の意見も聞きながら、アセスメントの見直しを実施している。 18)アセスメントに基づいて、利用者や家族の希望も聞き取った上で、個別援助計画が策定されている。個別援助計画は3ヶ月ごとに見直している。カンファレンスには利用者、家族の参加を促し、家族が参加できない場合にも、日々の様子を記した手紙を添え、同意を得ている。 19)個別援助計画策定の際にはサービス担当者会議を開催し、利用者、家族、関係職種その他、主治医、ケアマネ、OT、PT等の専門職種への意見照会を適宜行い、計画に反映している。 20)介護ソフトによって、個別援助計画に関連する記録が色分けされ、それによってモニタリングがしやすい仕組みになっている。個別援助計画は3ヶ月ごとに見直されており、必要に応じて定期見直し以外にも見直しを実施されている。しかし、どのようなときに見直すのかという基準がきちんと定められていない。			

(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)2名の嘱託医が週1回往診しており、必要に応じて情報や意見の交換ができる体制になっている。訪問歯科診療や移動理髪業者なども含めた関係機関のリストが整備されている。入退居前カンファレンスへの出席など、役場や地域包括支援センター、病院の地域連携室と連携がとれている。		
(5)サービスの提供				
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、スタッフに活用されている。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。	A	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	B
(評価機関コメント)		22)あらゆる業務において手順書(ケア基準書、各種マニュアル)が定められており、3年に1回の頻度で役職者会議にて見直し、書き直しが行われている。各種マニュアルはファイリングされ、全職員に配布されており、気になるところはいつでも確認することができるなど、実用性の高い運用になっている。しかし、1年の一度の見直しがされていない。 23)介護ソフトを用いて、利用者一人ひとりの記録が具体的かつきめ細やかに記載されている。ケアプランに基づくサービス内容は色分けして表示されるなど、モニタリングしやすいようになっている。個人情報保護については入職時や研修会において説明や注意がなされているが、記録の廃棄に関する規程が確認できなかった。 24)午前と午後の業務の間、朝晩の申し送りなど、様々な場面で情報を共有する機会が設けられている。確実に情報が伝わるよう、書面と口頭で二重で伝えるよう工夫している。 25)サービス担当者会議に家族を招いたり、利用料の支払い時に近況を報告している。利用者の近況を文書で伝える取り組みをされているが、定期的ではない。		
(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等の作成により、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)・感染症対策委員会を定期的に開催されているが、マニュアルは3年に1回の更新となっている。（そのため評価はBであるが、感染症に対する職員の意識は高く、手洗いうがい消毒マスクの徹底などによって、実際に発生を予防できている。） 27)物品備蓄品は各部署に設けた保管庫に整理して置かれ、書類は書庫を設けて分類して保管し、保管期間規定を掲示している。清掃は委託業者が行い点検表にて確認している。臭気対策はオゾン発生機、消臭剤、芳香剤を用いている。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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。	B	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)緊急時の指揮命令系統を明文化すると共に緊急時対応マニュアルを設置し、各職員が所持している。救急救命講座を全職員が受講している。 29)事故発生時には関係者に速やかに報告すると共に事故報告書を作成している。インシデントはPC内に記録している。起こった事故は、リスクマネジメント委員会の他、当日中に各フロア内で分析検討し再発防止を図っている。 30)土砂災害時・風水害マニュアルを設置、各職員が所持している。消防訓練を夜間想定を含めて年二回実施すると共に各部署でも毎月行っている。職員連絡網、危機管理組織図、業者の緊急連絡系統図を整備している。地域との連携を意識したマニュアルにはなっていない。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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。	A	A	
	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	
	、		<p>31) 利用者の尊厳保持を法人理念に明記し、あじさい苑の運営方針にも入れ込んでいる。日常業務の振り返りをフロア会議やミニカンファレンスにおいて行い、検討するとともに対応している。身体拘束廃止虐待防止研修、人権研修、認知症ケアに関する研修を毎年全職員を対象に実施し、報告書にて周知を図っている。</p> <p>32) プライバシー保護についてケア基準書・身体拘束廃止マニュアルに記載し、新人研修で周知徹底を図っている。多床室では、おむつ交換は個別のスペースをカーテンで仕切って行う。浴室の脱衣場入り口は大型の暖簾と扉を用いて二重にガードされ、浴室内でもカーテンで仕切るスペースを設けている。相談援助は各居室の他に面会室を設置している。</p> <p>33) 入所基準を設け入所検討会において入退所を検討している。メンバーとして行政及び第三者委員を加え、公平公正を図っている。その内容は議事録に記載されている。法人内の他事業所や周辺事業所を紹介する体制も整っている。</p>			
<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。	B	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。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	
			<p>34) 満足度アンケート、食事アンケートを年一回実施し、結果を家族に郵送したり各部署に掲示して周知を図っている。週一回生活相談日を設け、相談員がフロアを回って利用者とは個別に面談し、その際寝たきり等で意思表示の困難な利用者についても表情や様子から読み取るよう努めている。町の介護相談員の定期的な訪問や年一回の人権擁護委員による事業所内相談所設置の他、ご意見箱、相談室の設置も行っている。</p> <p>35) あがってきた利用者の意向には、ケア基準書記載の苦情対応マニュアルに沿って対応すると共に苦情受付報告書を作成し、各施設の第三者委員出席の法人主催苦情解決委員会に報告している。アンケート結果は回答と共に広報誌等に公表している。</p> <p>36) 事業所関係者以外の第三者委員を2名設置し、公的機関の相談窓口とともに重要事項説明書、契約書に記載するほか、事業所内玄関や広報誌にも記載して。町の介護相談員や人権擁護委員を定期的に受け入れ、利用者の相談窓口の確保に努めている。</p>			
<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。	B	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スタッフ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。	B	B	
			<p>37) 年一回利用者満足度アンケートを実施し、結果に対して評価、対応を行っている。評価後管理会議にて確認し合い、できることから迅速に改善を図っているが、調査前と調査後の改善状況を確認するには至っていない。</p> <p>38) 各種委員会、部署会議等にて検討、さらに業務改善委員会を実施するなどしてサービスの質の向上を図る体制ができています。さらに法人内の施設長会での各報告事項を管理会議で報告したり、各施設のホームページ、ブログから情報を得る等して参考にしていく。</p> <p>39) 第三者評価は概ね3年ごとに受診しているが、事業所が提供するサービスに対する自己評価は実施されていない。</p>			