

様式7

# アドバイス・レポート

平成31年4月11日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成31年2月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた〔京丹後市国民健康保険直営宇川診療所・通所リハビリテーション〕様につきましては、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>1、利用者一人ひとりへの支援が、多職種協働で行われています</b></p> <p>○ 診療所、通所リハビリテーションともに、地域住民になくてはならない存在で、多くの方々の協力を得て運営されています。また、診療所と通所リハとの連携がよく取られており、利用者に対し職員一丸でサービスを提供されています。</p> <p>○ 診療所の歯科医・歯科衛生士と施設の管理栄養士が連携し、利用者の嚥下能力を高める方法を考案し、誤嚥事故を起こさず食欲増進したことから、関係者に評価されています。</p> <p>○ 理学療法士は、介護士・看護師と連携し、各利用者の生活実態を把握して、自立支援に取り組んでいます。</p> <p><b>2、地域特性に応じた災害訓練の実施や講演を行い、安心安全を利用者や地域に届けています</b></p> <p>○ 昨年度の水害被害経験より、災害に関しては過敏になっておられる利用者もあります。事業所ではどんな時も利用者を安全に守るため、山、海に面した地域の地形から、各種災害（台風、水害、地震、津波）を想定した訓練を、昨年秋から2ヶ月毎に実施されています。</p> <p>○ 地域には限界集落があり、高齢独居の方が多くおられるので、地区の公共施設を利用して、所長(外科医)・理学療法士・歯科医・歯科衛生士等が、転倒予防や歯科衛生、医療に関すること等の講演会を開催しています。また、地域での講師依頼にも進んで応じ、地域の方々の健康・生活維持のために貢献されています。</p> <p><b>3、衛生管理、感染症予防対策が優れています</b></p> <p>○ 送迎時の手指消毒、車内の消毒殺菌を毎回実施、朝・昼・業務終了後の</p>
-----------------------------	--

	<p>毎日 3 回の施設内換気等、徹底した感染症の予防対策が行われています。最新情報を共有し、予防対策に活用しており、感染症予防に対する経験の蓄積もあり、今年度もインフルエンザの感染者は発生しませんでした。衛生管理の優れた事業所です。</p>
	<p><b>1. 事業計画について</b></p> <p>○ 課題を 2 点に絞って単年度事業計画を策定されていますが、健全な事業運営を継続するにあたり、多くの課題に向き合い、計画を策定する必要があると考えます。</p> <p>○ 各部門の会議が開催されていますが、課題達成に向けての検討が十分ではないように感じました。</p> <p><b>2. 利用者アンケート調査について</b></p> <p>○ 利用者や家族へのアンケート調査を、今年度より実施されていますが、把握された結果の分析・検討が十分ではないという認識をお持ちです。サービスの質の向上に繋がる取り組み方の検討が願われます。</p> <p><b>3. 利用者個別記録の保管について</b></p> <p>○ 利用者の個別記録ファイルは、誰もが出入りできる場所の無施錠の所に保管され、業務終了後部屋の鍵をかけることで対応されていますが、保管方法の再検討が必要です。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 事業計画について</b></p> <p>○ 法人計画には各事業に対する 21 の課題が示されています。それらを事業所の実態と照らし合わせて、具体的な課題に作成されては如何でしょうか。さらに、利用者ニーズ、職員の意向、運営の現状分析等から、事業所独自の当面の課題や中・長期的な課題もあるものと思われれます。それらを整理し、目標を設定して具体的な取り組み課題にされては如何でしょうか。</p> <p>○ 各課題の担当や部門を決め、PDCA (計画・実施・チェック・改善) サイクルの実施で、恒常的に取り組まれることに期待いたします。</p> <p><b>2. 利用者アンケートについて</b></p> <p>○ 三評アンケートでも、個別に充実したりハビリを実施してほしいという声もあります。声を上げにくい利用者や事業所として聞きたい事を把握するために毎年利用者・家族のアンケート調査を実施し、経年的に分析されることでサービス向上の貴重な資料になると思われれます。要望のある取り組みを</p>

	<p>事業計画に盛り込むことで、より質の高いサービスを提供することが出来ると思われます。</p> <p><b>3. 記録の保管について</b></p> <p>○ 利用者の個別記録のファイル用に、専用の鍵付き保管庫の設置が必要です。また、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄についてはそれぞれ基準を決めておられますが、マニュアルを策定されると、さらに徹底できるかと思われます。</p> <p>高齢者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、そして家族の身体的・精神的な負担軽減を図っておられる事業所・法人の、今後益々のご活躍に期待いたします。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

事業所番号	2613300355
事業所名	社会福祉法人 はしうど福祉会 京丹後市国民健康保険直営宇川診療所
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	平成31年3月8日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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	A
	(評価機関コメント)			① 事業所内に法人理念を掲示するとともに、毎朝職員全員で唱和し、意識を高めています。利用者・家族には、契約時及びパンフレットや機関誌で周知理解が得られるように努めています。 ② 法人の意志決定方法は明確で、3ヶ月毎に理事会が開催され、所長も参加しています。各種会議は定期的に行われ、職員の意見を運営に反映させる仕組みを構築しています。管理規程があり、各職務に応じた権限を委譲し、責任を規定しています。		
<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		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	B
	(評価機関コメント)			③ 法人の中・長期計画をもとに、単年度事業計画を策定しています。計画策定には具体的な目標を立て、課題を設定されています。しかし、現状分析や課題の把握が十分に出来ていません。 ④ 事業計画を基に、3ヶ月毎に進捗状況を確認する仕組みはありますが、達成に向けての取り組みとしては不十分です。また、各業務レベルでの課題を明確に設定されていませんでした。		

(3) 管理者等の責任とリーダーシップ

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。	B	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。	B	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)		<p>⑤ 法令遵守に関する法人内研修に、現場管理者(事務長)・主任等が参加し、全職員とその情報を共有しています。法令集等は何時でも誰でも調べられるよう整備され、また、法人顧問弁護士に随時相談できる体制もあります。しかし、リスト化した法令が更新されていませんでした。</p> <p>⑥ 運営管理者(所長)は、理事会・責任者会議に参加しています。現場管理者(事務長)は、法人経営会議や責任者会議、事業所内の全会議、日々の朝礼・終礼に参加し、職員の意見を聞き、事業所の運営方針に反映させています。運営管理者はそれらを確認していますが、個々の職員との意見交換や自らを評価する仕組みは持たれていません。</p> <p>⑦ 運営管理者は、同敷地の診療所内の場合は院内携帯にて、院外は携帯電話を常に所持し、緊急時等も含め何時でも連絡がとれる状態です。事業の実施状況については、日々業務日誌、各種報告書で確認し把握しています。職員は、緊急事態が発生した時は、直ぐに管理者に報告を行い、指示を仰ぐ体制になっています。</p>		

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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

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
(評価機関コメント)		<p>⑧ 質の高い介護サービスを提供するため、有資格者や実務経験者の採用を優先しています。介護職員は全員介護福祉士です。入職後の資格取得支援については費用のほぼ全額を補助しており、取得後、資格手当も支給しています。</p> <p>⑨ 法人の新人研修、階層別研修体制が整備されています。新人研修は、一次・二次・三次研修、外部研修、OJT期間を計画的に定め、実施されています。職員は年間法人研修計画を基に、法人研修、外部研修等に参加し、スキルを向上させています。外部研修参加者には勤務調整し、参加費、交通費等を支給しています。内部研修(伝達研修含む)のなかで職員の気づきを促し、互いに学び合う機会をもっています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルは整備され、基本姿勢も明文化されています。実習指導者は外部の指導者研修を受け、体制は整っています。事業所では社会福祉士志望の大学生や地域中学生の福祉体験実習を受け入れています。</p>		

(2) 労働環境の整備				
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な環境を整備している。	A	B
(評価機関コメント)		<p>⑪ 就業状況は、事務長(現場管理者)が有給休暇の消化率や時間外労働等のデータ管理を行い、各職員の労働実態を把握すると共に労働環境の改善に配慮されています。毎週水曜日はノー残業日とし、育児休業・介護休業も適切に対応出来ています。職員の介護負担軽減のためトイレにファンレストテーブル(前傾姿勢支持手すり)の導入や、業務簡素化のためPCソフトを導入するなど、積極的に取り組んでいます。</p> <p>⑫ 職員の悩みや不安を受け止められるように、年1回ストレスチェックを行い、結果によりカウンセラーの相談を受ける体制があります。日々(終礼時などに)職員の意向を聴く機会を設けており、相談しやすい職場の雰囲気となっています。共済会に加入し、職員は球技大会や映画鑑賞等を楽しまれているようです。休憩室は、業務を離れてリラックス出来る環境が整備されています。ハラスメントに関する規定等は確認出来ませんでした。</p>		
(3) 地域との交流				
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)		<p>⑬ 事業所情報は、ホームページ・パンフレット・機関誌「診療所情報」で開示しています。「診療所情報」は2~3ヶ月毎に発行し、通所リハビリ行事や医療講演のお知らせ等を地区全世帯に自治体・地域自治会の協力を得て配布しています。医療講演に関しては、地域の広報誌等へも紹介記事が掲載されました。利用者は地域の祭りや行事等に職員の支援を得て参加しています。また事業所には、日本舞踊・フラダンスなどの地域ボランティアを受け入れています。</p> <p>⑭ 地区の公民館や保育園を活用し、地域住民対象に医療に関することや転倒予防・歯科衛生等の講演を開催し、施設内の所長(外科医)・理学療法士・歯科医・歯科衛生士等が講師を務め、地域住民の多くの参加があります。また地元地域の講演会講師の依頼があれば積極的に対応し、事業所が有する機能を地域に還元されています。</p>		

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>						
(1) 情報提供						
		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)		<p>⑮ 事業所情報は、ホームページ・パンフレット・重要事項説明書等で提供しています。パンフレットはカラーコピーでプリントしたものを利用されています。見学等は個別の状況に応じて対応し、日誌に記録されています。</p>		

(2) 利用契約				
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 サービス開始にあたっては、介護サービスの内容や料金について重要事項説明書を用いて説明され、納得いただいた上で同意を得ています。重要事項説明書には保険外サービスについての料金も示されていますが、保険内と保険外の区別をはっきりと分かりやすくされると、更によいかと思います。判断能力に支障のある利用者の場合には、家族等の同意を得ており、また、利用者の権利擁護制度の活用を推進しています。		
(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 アセスメントはケアマネジャーの情報を基に、利用者宅を訪問して心身状況や生活状況を把握し、記録しています。利用者が望むサービス内容を聞き取り、医師の意見を確認し、理学療法士・看護職員・介護職員と連携してアセスメントを行っています。毎月アセスメントを確認し、3ヶ月毎に見直しています。 ⑱ サービス担当者会議には、本人・家族の参加があり、意向を確認しています。長期・短期目標を設定した個別援助計画には、利用者・家族等の同意が得られています。 ⑲ 個別援助計画は居宅介護計画との整合性が図られています。計画には、主治医意見書や入院時の看護サマリー等の情報も反映させています。 ⑳ 毎月モニタリングを介護職員、看護職員、理学療法士、管理栄養士で実施し、計画の見直しは3ヶ月毎に行い、必要に応じて「通所リハビリ会議」で検討し見直しています。また、見直しに当たっては、医師に必ず意見を聞いています。		
(4) 関係者との連携				
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 主治医、病院をはじめ地域の関係機関とは有機的な連携がとれています。退院前カンファレンスに参加し、利用者の他事業所とも連携がとれています。		

(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、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	A
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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>②② 業務マニュアルは、サービスの実態に合う実用的なマニュアルが揃っており、毎年見直しています。また、必要に応じて随時見直し、改正箇所は職員に周知が図られています。それぞれの作業に応じた手順書も整備し、活用されています。</p> <p>②③ 利用者へのサービス提供状況は適切に記録されており、経過記録に利用者の状態変化等を具体的に記録しています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄についてはそれぞれ基準を決め周知しています。しかし、利用者記録の保管方法が不十分でした。</p> <p>②④ 日々の利用者の状況は、朝礼、終礼で情報を共有し、申し送りノートにも記録し、職員全員が確実に情報共有出来るようにしています。毎月通所リハビリ会議で、ケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約が行えています。</p> <p>②⑤ 利用者の家族等との情報交換は、サービス担当者会議や日々の送迎時に行っています。その日のサービス提供状況や利用者の様子等は連絡ノートで知らせ、また、必要時には電話等にて連絡を取っています。利用者に体調変化が見られる時は速やかに家族等に連絡を取るようになっています。</p>		
(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。	A	A
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)		<p>②⑥ 感染症対応マニュアルは整備され、万が一感染症が発生した場合はマニュアルに従って対応しています。毎月の感染症委員会では、保健所からの最新情報について共有し、必要に応じてマニュアルを更新し、職員に周知しています。感染症が発生しやすい時期に合わせて、送迎時の車内消毒の徹底、手指消毒、マスク着用、換気等の予防対策が取られ、今年度インフルエンザの感染者は発生しませんでした。ノロウイルスに対しては、嘔吐時対応シュミレーション等の研修を開催して、二次感染を防ぐ対策を講じています。また、感染症利用者の受け入れ体制も整備しています。</p> <p>②⑦ 事業所内は整理整頓され、担当職員が清掃を行い清潔が保たれています。業者に年2回床ワックス、外ガラス、エアコンフィルター清掃等を委託しています。換気は毎日3回確実にを行い事業所内は臭気無く、衛生管理が行き届き、安全なサービス提供が行われています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑳ 事故・緊急時対応マニュアルは整備され、指揮命令系統も明確です。AEDを使用した急変時対応シミュレーション等の研修を実施するなど、マニュアルを基に職員全員が事故・緊急時に対応出来るようにしています。</p> <p>㉑ 事故発生時は、マニュアルに基づき適切に対応されています。事故が発生した場合は、経過、対応を分析し、今後の防止策を検討しています。事故・ヒヤリハット報告書は通所リハビリ会議で職員に情報共有を図ると共に再発防止に努め、マニュアルの見直し等が行われています。</p> <p>㉒ 災害時マニュアルは地域との連携を意識したマニュアルも整備されています。台風、水害、地震、津波を想定した避難訓練は、昨年12月より2ヶ月毎に実施し、事前研修も行っています。津波想定訓練は、急な坂道を車椅子での利用者も安全・迅速に避難出来るように実施されています。地域の消防署・地元消防団との協力体制があり、消防団員も在籍し、また、備蓄も整備されています。</p>		

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

#### IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護				
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
(評価機関コメント)		<p>㉓ 人権尊重については、理念や運営方針に明確に示されています。利用者の人権や自尊心を尊重したサービス提供が行えているかは、通所会議で日常業務を振り返り、点検されています。また身体拘束禁止や虐待防止の研修も毎年行われています。虐待ケースを発見した時には速やかにケアマネジャーに報告し、対策等については臨時で会議を開催し改善に繋がっています。</p> <p>㉔ 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供については、朝礼・終礼・通所会議等で職員への意識づけを図り、具体的な方策を講じるなど、常に問題意識を持ってサービスの提供が行えるようにしています。静養室にはパーテーションを設置し、入浴や排泄の出入りの際にも配慮を払い、他の利用者から見えないように気をつけています。</p> <p>㉕ 基本的に利用可能なエリアで、利用者枠に空きがあれば、どのような条件の利用者でも全て受け入れています。エリア内でも送迎距離が長く、利用者の身体に負担がかかると思われる場合には、他事業所をケアマネジャーに提案する場合もあり、全て記録に残しています。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

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。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>③④ 利用者の意向は、日々の送迎時や個別連絡ノートで要望や相談を受けています。契約時に事業所の相談・苦情窓口、事業所外の窓口、意見箱の場所等を知らせています。利用者アンケートの実施や家族交流会後のアンケートを実施するなど、利用者の意向を広く拾い上げる努力をしています。</p> <p>③⑤ 利用者からの意見・要望・苦情等は即座に管理者(所長、事務長)に報告されています。その報告に対し関係部署も含め検討し、改善に繋がっています。利用者個別の要望は、職員で共有しサービス提供に反映しています。苦情についての改善状況は、個人情報保護に配慮したうえで機関誌を通して利用者や地域に公表しています。</p> <p>③⑥ 苦情相談の第三者委員を設置し、事業所内に掲示されています。公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に記載し周知を図っています。介護相談員等の受け入れを予定しています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 利用者満足度アンケートを実施し、利用者の満足度把握やサービスの質の向上につなげています。アンケート結果は通所リハ会議で共有していますが、分析・検討が十分ではないという認識です。今後に期待いたします。</p> <p>③⑧ 毎月所長、事務長、各部署責任者が集まり責任者会議を開催し、報告事項や検討課題について話し合い、日々の業務につなげています。責任者会議の会議内容はミーティング等で報告説明されると共に、院内回覧システムにて全職員(パート・非常勤含む)が確認しています。事業所では、毎月の通所リハ会議でそれらの情報を共有し、サービスの質の向上に取り組んでいます。同市内の高齢者部会にて他事業所の情報を収集、自事業所の取り組みと比較検討等を積極的に行っています。</p> <p>③⑨ 事業所が提供しているサービスの体制、内容、質についての確に自己評価し、次年度の事業計画に反映されることに期待いたします。第三者評価は、事業開始後3年目の受診となります。</p>		