

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 2 1 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

令和 4 年 1 0 月 2 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（訪問看護ステーションにしがも）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

特に良かった点とその理由
(※)

1. 在宅医療と看護・介護で地域のニーズに寄り添い、地域との関係を大切にしています

○医院開院以来 37 年間地域に根ざした事業所として活動しています。訪問看護は平成 22 年に事業を開始し、平成 27 年から機能強化型訪問看護ステーションとして 24 時間 365 日地域の人々に寄り添った在宅医療と看護・介護の提供を続けています。

○法人には地域活動委員会があり、当事業所をはじめ各事業所から職員が参加し、認知症サポーター養成講座やおせっかいカフェ、オレンジカフェ等を地域で開催しています。また、祭りや商店街の行事にも参加し、地域との関りを大切にしています。今では事業所の部門マネージャーが商店街の理事になるなど地域活動にも力を注いでいます。

2. ICTを活用し業務の効率化とサービスの質の向上に取り組まれています（※ICT…インターネットを活用した情報共有システム）

○訪問看護ステーションでは、社用車で終日移動している職員間の連携を強化するために、サイボウズやLINEWORKS等を導入しています。このことで訪問業務の効率化が図られ、利用者情報の共有も確実に行われるようになりサービスの質の向上に繋がっています。

○訪問看護記録やミーティングでの伝達事項、会議議事録等を時間と場所を選ばずにPC（タブレット端末含む）で確認ができ、一人ひとりの業務スケジュールに合わせた利用ができています。

○PCで利用者情報の全てが確認できるようになっています。また、発熱者の対応などの緊急時にも全職員に一斉に連絡することができ、現場近くの職員が素早く応援に駆けつけるなど、利用者に安心感を与えるサービスが提供できています。

○在宅療養支援診療所、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、デイサービスセンターが同じ建物にあり、ケアカンファレンスや日々のミーティ

	<p>ングで意見交換を行っています。また、法人内 SNS と MSC (京あんしんネット) を活用することで多職種の緊密な連携ができています。</p> <p>3. 事業計画 (アクションプラン) 達成に向け PDCA サイクルが機能していません</p> <p>○法人の運営目標と事業所の目標を達成するために、経営、介護スキルと広報に3項目に分類した事業計画を策定し、コンサルタントを入れることで計画的に事業の進捗管理ができています。</p> <p>○業務会議や各種委員会での検討課題が分析され、必要な達成課題を計画に反映する仕組みができています。</p> <p>○計画の進捗状況は中間評価と年度末評価を行い、見直しが適切に行われています。年度末には各事業所がアクションプランの報告会を行い、取り組み内容や到達状況について、他事業所の実績から学び、コンサルタントからアドバイスを受け、自事業所のサービス改善に結びつけることで、PDCA サイクルが機能しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの一元管理について</p> <p>業務マニュアルが策定されていますが、マニュアルの見直しと更新ができていないものがあり、更新日もわかりにくくバラつきがありました。</p> <p>2. 意見・要望・苦情の公開場所の範囲を広げることについて</p> <p>利用者からの苦情や要望は、サービス向上委員会等で分析検討し、その結果を公開していますが、事業所玄関の掲示では関係者以外の目に触れにくいように思います。利用者や地域の方にもより伝わりやすいやり方が望まれます。</p> <p>3. 第三者委員会の設置について</p> <p>寄せられた苦情等には、マニュアルに基づき速やかに対応していますが、第三者委員の相談窓口が設置されていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務マニュアルの一元管理について</p> <p>現在、マニュアルの管理は各委員会に一任されていて、委員会ごとにバラツキがありました。マニュアル一覧を作り一元管理をする担当部署を作ること、全体の適切な管理ができるのではないかと思います。</p> <p>2. 意見・要望・苦情の公開場所の範囲を広げることについて</p>

	<p>今後は個人情報等に配慮して、事業所の掲示だけではなく、広報誌やホームページ等に加えて地元地域でも公開をされてははいかがでしょうか。苦情だけではなく、意見や要望も公開することで、事業の透明性、信頼性がますます高まるのではないかと期待します。</p> <p>3. 第三者委員会の設置について</p> <p>第三者委員の相談窓口の設置については、前回の第三者評価からの課題になっています。現在法人内で検討を行っているということでした。地域との関わりのなかで第三者委員が設置されることを期待します。</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	2660190071
事業所名	訪問看護ステーションにしがも
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問看護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防訪問看護
訪問調査実施日	令和5年3月8日
評価機関名	NPO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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	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. 法人の理念と運営方針は、ホームページ・広報誌等で明確にされ、内外に周知されています。年度の初めと中間で理事長から職員に周知されています。理念、運営方針を具体化した「おせっかいの精神」について職員間で話し合い、理念の浸透を図っています。利用者・家族へは訪問時に広報誌を配布するなどして、理念等の理解が深まるよう努めています。 2. 法人の意思決定を行う各種会議等が定期的に行われ、管理者、主任等が出席しています。毎月の診療所との事業所運営会議では、職員の提案事項を議題にし、各職種で意見を交換しています。法人規程の中で職員の職務に応じて権限を委譲し、各責任を明確にしています。		
(2) 計画の策定						
	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	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. 中・長期目標を明確にし単年度の運営方針・事業計画を策定しています。事業計画は毎年サービス向上委員会にて中間・年度末評価を行い、運営会議で検討しています。計画の策定にあたっては、職員全員で内容を検討、意見を集約しています。利用者ニーズを把握するため毎年利用者アンケートを行っています。 4. 業務課題は「経営」「介護スキル」「広報」の3つの項目が設定され、項目ごとにプランの具体的な取り組み内容が明記されています。具体策（課題）ごとの担当者が計画の進捗管理をし、達成状況の評価を中間と年度末で行うとともに必要に応じて見直しを行っています。		

(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。	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. 管理者等は京都府集団指導に参加し、その内容を会議で職員全員に周知しています。関連法令等は、PC内でリストとともに管理され、誰もが調べられるようになっていません。法人理念に基づく職員倫理や法令遵守研修を毎年実施しています。また、自主点検表を実施する中で遵守すべき法令等を周知しています。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は職務分掌規程に記され、職員にも周知しています。管理者は各種会議で意見を述べると共に職員の意見を聞き、事業計画にも反映しています。職員満足度調査が実施され、管理者の評価項目も設定されています。</p> <p>7. 緊急時、事故発生時マニュアルが策定され、緊急連絡網が作られています。職員全員が仕事用携帯を所持し、管理者は常に連絡できる体制を取っています。緊急事態が発生した場合、職員は直ちにラインワークスで管理者等に連絡を入れ、具体的な指示を受けています。</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. 職員採用は法人本部が行っており、人事管理に関する方針に基づいて実施しています。常勤職員と非常勤職員の比率や有資格者の配置についても担当部署が把握し、事業所で職員補充の必要な時には、担当部署に要求しています。法人内の研修制度を利用して介護職から看護師資格を取得した職員もいます。資格取得のための奨学金貸付制度があり、資格取得後も継続して勤務した職員は返済が免除されます。</p> <p>9. 研修計画は法人内の「教育委員会」が策定し、実施しています。外部研修については、事業所ごとに研修管理を行い、年2回は法人の全額負担で参加できます。職員は、受講計画を管理者に提出することで外部研修等受講できます。事業所内ではOJTマニュアルに基づき訪問に同行するなど、業務を通じて日常的に学んでいます。リモートミーティングを実施し、職員の学びに繋がっています。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルがあり、在宅医療・介護に関わる全ての職種を対象とした研修・実習生を積極的に受け入れており、法人全体で毎年60名前後の研修医・医学生・看護師・看護学生・薬剤師・薬学生・言語聴覚学生などが1日～1ヶ月のプログラムで研修・実習をしています。遠方からの研修・実習生には、宿泊できる環境もあります。役職者2人が実習指導者として対応しています。</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	A
(評価機関コメント)		<p>11. 管理者には法人本部から職員全員の有給休暇や時間外労働のデータが通知され、これらを参考に労働環境に配慮しています。時間外データを業務内容ごとに分類して、個人ごとの課題を把握しています。事業計画にも働き方改革を目標としたアクションプランを掲げ取り組んでいます。育児休業・介護休業を就業規則に規定しています。職員の介護負担軽減のために入浴用リフト等の福祉用具の導入や腰痛予防の研修を行っています。</p> <p>12. 職員のストレスチェックを毎年実施し、診療が必要な場合は法人内の産業医が診察しています。また、職員面談の中で要望や業務上の悩みについても聞き取りをしています。職員満足度調査も実施しています。福利厚生制度があり、新たな休憩室も事務所の隣に建設しています。各種ハラスメント規程の見直しがされ、各職員のPCから法人内相談窓口にもメールで直接相談できるようになっています。</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. ホームページ・フェイスブック・インスタグラム・パンフレットに加えて年4回広報誌（都風）を発行し、利用者・家族、地域包括支援センター等に配布しています。情報の公表制度に登録し、事業所情報を開示しています。地域の行事への参加やカフェを開催し、地域との関りを大切にしています。</p> <p>14. 認知症サポーター講座やおせっかいカフェ・オレンジカフェを開催し、地域の健康相談や介護相談を行っています。地域の民生委員からの要請で、専門的技術や情報について講座を開催し、同時に地域ニーズの把握にも努めています。</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
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(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)			15. サービス内容や事業所概要は、ホームページ・フェイスブック・インスタグラム、事業所のパンフレット等で情報提供され、利用者・家族等にとって分かりやすいものになっています。フェイスブックに家族からのコメントが投稿されており、事業所情報が家族等に伝わっているのが確認できました。		
(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. サービス開始時には、サービス内容や料金等が記載された重要事項説明書等の資料を用意しています。利用者のサービス内容に応じた料金表を作成し利用者・家族（判断能力に支障のある場合はその代理人）に説明しています。		

(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)		<p>17. 所定のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況を把握しています。訪問ごと（モニタリング）に看護記録を作成し、毎月主治医に提出しています。看護記録報告の中で短期目標達成状況の確認をしています。アセスメントを半年ごとに行うと共に状況に変化があれば見直しをしています。</p> <p>18. 初回面接やカンファレンスで利用者・家族の希望・意向を確認し、主治医の治療方針に沿って個別援助計画を策定しています。サービス担当者会議に本人が参加しています。</p> <p>19. サービス担当者会議・法人内の医師や理学療法士、福祉用具の業者等が参加する多職種ミーティング・朝ミーティングの他に週1回診療所と合同でのカンファレンス等を開催して情報共有や意見交換を図っています。</p> <p>20. 訪問毎の記録をまとめ月次報告を担当者が作成し、管理者がダブルチェックをしてから主治医と介護支援専門員に報告しています。モニタリングは訪問ごとに実施し、ケアカンファレンスを毎月行っています。利用者の体調変化時には、個別援助計画を随時見直ししています。</p>		

(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. 医師との連携は常に確保されており、利用者に関連のある関係機関等のリストや資料が作成されています。地域包括支援センターや関係機関等とICTを活用することで、在宅医療における多職種連携が取れており、情報共有もタイムリーに行われています。退院前カンファレンスにはオンラインで参加し、支援体制が確保されています。		

(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。	A	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	A
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. 業務マニュアルが策定されています。事故対応マニュアルでは事故発生時のフローチャートが明確にされていて、初期対応の混乱を防いでいます。しかし、マニュアルは見直しができるものとそうでないものがあり、更新日もわかりにくくバラつきがありました。マニュアル一覧を作り見直し基準を定めることで、全体の管理ができるのではないかと思います。</p> <p>23. 訪問看護記録は看護情報というアセスメントシートを利用し、必要事項を記載しています。訪問看護記録をタブレットでも見ることによって、利用者の状態の推移を確認することもできます。電子カルテは「電子カルテ運用規定」「iPad持ち出し規定」に基づいて運用しており、記録の保管・持ち出し等が適切に行われています。毎年個人情報保護と情報開示の観点から職員に対し研修を実施しています。</p> <p>24. ICT（サイボウズoffice、LINEWORKS及びMSG京あんしんネット）を活用し、利用者の状況等を情報共有し、職員間の意見集約もできています。その他にも週2回多職種連携カンファレンスと週4回診療所との合同ミーティングを実施し、利用者情報を確実に共有しています。</p> <p>25. 訪問看護等で、利用者に変化あればすぐに家族に連絡しています。毎月、訪問看護計画書・報告書に基づいて利用者、家族に説明しています。利用者宅にある連絡ノートを活用して、情報共有に努めています</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. 感染防止対策委員会を月1回開催しています。研修の実施やノロウイルス、インフルエンザ、新型コロナウイルス対策のフローチャートがあり、感染症発生時の対応状況の確認・分析を行っています。新型コロナウイルスに感染した自宅療養の利用者や施設内療養の施設入居者、他事業所がサービス提供できないケースにも対応していました。</p> <p>27. 事業所内の書類・備品等は整理・整頓され安全に保管されています。衛生委員会、サービス向上委員会による事業所点検を年1回実施し、管理者会議で点検内容を報告しています。毎日の玄関、階段、トイレ掃除は専任の従業員が、事務所内は職員が清掃等を行っています。年末の絨毯と換気扇の清掃は、委託業者とスタッフが共同で行っています。</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>28. 事故発生時のマニュアルがあり、毎年見直しを行っています（交通事故マニュアルは各車に搭載）。事故防止対策委員会があり、事故発生時には緊急カンファレンスを実施し、分析・検討された事故予防策や対応方法を全事業所職員と情報共有しています。仕事用携帯で緊急、非常災害用連絡網が作られ、一斉に連絡が取れる仕組みができています。</p> <p>29. 事故発生時には家族等関係者への連絡を速やかに行い、PCで事故報告書を作成し他事業所とも共有しています。保険者にも速やかに報告しています。事故防止対策委員会を設置し、個別ケアの確認をしながらマニュアルに沿った対応が行われているかを、検証し実施しています。</p> <p>30. 災害発生時対応マニュアルがあり、災害発生時に対応した研修と年1回の消防訓練を実施しています。緊急時対応用の利用者リストを作成しており、災害発生時のボランティアの導入も視野に入れています。2箇所の地域ケア会議にも参加して、防災に関する地域課題の発見に努めています。</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>31. 利用者の人権と意思を尊重する理念・運営方針のもと、利用者に寄り添うサービスが提供できるよう高齢者虐待、法令遵守について毎年研修を実施しています。3か月ごとに身体拘束禁止委員会、虐待防止対策委員会を開催し、日常業務の振り返りやサービス提供、援助の方法等について検討を行っています。管理栄養士と協力して利用者の食べたい希望を叶える方法を工夫する等利用者を尊重した取組みが行われています。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護・個人情報保護について、月2回管理者会議で確認し、職員に周知しています。医療倫理やプライバシー保護の内部研修を毎年実施しています。おむつ交換や清拭では、同性介助や周囲に配慮した対応をしています。また、訪問時の駐車等近隣への配慮にも常に意識するよう周知しています。</p> <p>33. 利用者の決定は規定に則し、公平・公正に行っており、全ての利用申し込みを原則受け入れています。受入れが不可能な場合は、遠方であることや緊急体制の確保等受け入れられない具体的な理由を申込者に説明しています。地域連携室とも連携し、法人内他施設の利用等も行っています。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>34. 訪問業務の中で職員が収集した利用者等からの意見・要望等をICTに記録し、情報共有を行っています。重要事項説明書に記載の苦情・相談窓口を利用者等に説明し利用を促しています。サービス向上委員会の中でICTからの情報を検討し、対応内容等について各事業所間で共有しています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情等については、マニュアルに基づき迅速に対応しています。苦情等の内容は、苦情報告書をPC内で他事業所とも共有し、サービス向上委員会で分析検討した結果を事業所玄関で公開しています。今後、広報誌やホームページ等での公開も検討されることを期待します。</p> <p>36. 苦情相談窓口・連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに事業所内にも掲示し、利用者・家族に周知しています。寄せられた苦情等には、マニュアルに基づき速やかに対応していますが、第三者委員の相談窓口が設置されていません。現在法人内で設置を検討を行っています。</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	A
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. 利用者に対する満足度調査を年1回行っています。満足度調査は、アンケート係が調査項目の精査から検討分析、評価までを行っています。分析した内容はミーティングで共有し、確認しています。また、利用者へも分析結果を伝えています。</p> <p>38. 各事業所の職員代表が参画したサービス向上委員会を毎月開催し、その内容は運営会議で報告され全事業所で共有されています。例えば褥瘡ケアについて、早期発見のためのフィジカルアセスメントや栄養管理をした食事指導の取組みに繋がっています。また、褥瘡対策の取組み内容を研修項目に取り入れるとともに、次のアクションプラン（事業計画）のサービス改善項目に反映させています。</p> <p>39. アクションプラン（単年度事業計画）を策定し、経営コンサルタントを入れて中間評価と年度末評価の進捗管理を行っています。毎年、達成状況の報告会を全事業所対象に開催し、助言を得て計画に反映させています。他の事業所の報告を参考にすることで業務の改善に繋がっています。第三者評価の受診が3年を過ぎました。</p>		