

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 10 月 30 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 28 年 7 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（茂原接骨院通所介護どんぐり）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お役立てください。

記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>由緒ある寺院「醍醐寺・一言寺・日野誕生院・隋心院」が周辺に存在する、静かな住宅地に開設されている「茂原接骨院」に、地域の独居高齢者の生活を支えるデイサービスとして平成 15 年に併設されました。リビングでは 1 つのテーブルを全員で囲み和気あいあいとした雰囲気、利用者が朝に順次通って来られると先に来ていた利用者が、「ここにおいて」と隣の椅子を進めるなど、利用者同士や職員との会話が絶える事が無く隣の家に遊びに行ったかのようです。オセロなどのゲームや折り紙やちぎり絵で四季折々の制作など、利用者の希望に合わせて楽しんでいます。リクリエーションも、自立支援の視点で負けた悔しさや勝った時や出来た時の喜びも感じられるように企画されています。利用者は車で 10 分～15 分以内の範囲に居住し個々の送迎希望時間に合わせて送迎されているのにも少人数ならではの手厚いケアが感じられました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個別状況に応じた計画作成 個別の通所介護計画策定においてアセスメントの実施、モニタリングが適切に行われ、利用者と家族の希望を尊重したものになっています。カンファレンスでは職員全員の意見が採用されています。理念に「利用者様の身体状況、精神状況の向上、安定に努め・・・」とあるように、利用者の自立支援、QOL を高めるという一貫した方針で介護を提供されています。 ● コミュニケーションの充実と働きやすい職場 管理者と職員は定期的な会議の場だけでなく日々のコミュニケーションも豊かで、チームワークの良い職場です。職員それぞれが望む勤務形態で働け、一人一人の事情に応じて休みを取りやすく組み立て、今の職員を続けて働いて貰えるように力を入れています。離職率が低く三年間退職者がいないということは利用者にとってもありがたいことだと思います。
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●事業計画の見直し及び中長期計画の策定 事業計画の実行計画は前年度と同じ内容になっており、見直しがされていませんでした。また、中長期計画の策定がされていませんでした。 ● 定期的なマニュアルの見直し 各種マニュアルは整備されていましたが、見直しや更新が不十分でした。 ● 年間計画に基づいた研修・報告書の作成 事業所として年間必須研修をリストアップしていますが、研修予定月日が記載されていませんでした。また、報告書も一部しか確認できませんでした。 ●地域との交流と貢献 年2回開催している地域との交流の案内はされていますが、地域の行事に参加される事が望まれます。また、事業所の有する専門的な知識や技術を地域に提供されていませんでした。 ●災害発生時の対応 自然災害への取り組みが不十分でした。災害時への備蓄ができていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●事業計画の見直し及び中長期計画の策定 事業計画は顧客数、売り上げ、収益を前年度と対比した形であらわした年間売上目標を記載したもので、財務に関するところから課題や問題点を実行計画にあげておられます。しかし実行計画は前年度と同じ文言が記載されているだけでした。運営の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして計画をたて実行する事で、さらなるサービスの質の向上が期待されます。また、中長期計画においても、アンケート調査結果や法律改正等を踏まえ計画を策定される事が望まれます。 ● マニュアルの見直し 業務マニュアル検討委員にて、年1回以上、定期的に業務の見直しに合わせて、各マニュアルの見直しをされることが望まれます。見直しの作業を通じて、職員への周知も図れると思います。 ●研修計画と研修報告 年度の初めに、職員研修の予定日時を定め、実行し、報告書を作成されることが望まれます。また、伝達研修を行うことで、職員間で研修の成果を共有できると思います。次年度の研修が、今年より、より充実した研修になることを期待いたします。 ●地域との交流と貢献 事業所行事を年2回「なつまつり」「クリスマス会」を地域交流として開催し多数の参加者が楽しまれています。また、事業所の消防訓練の案内を地域に配布し協力依頼されてはいかがでしょうか。さらに、地域のお祭りや防災訓練などに参加

	<p>し交流を深められることが望まれます。</p> <p>事業所が有する機能を講演会などで地域に提供される事も期待いたします。</p> <p>●災害発生時の対応</p> <p>地域交流まつりの開催時に消防訓練への参加を呼びかけ、協力体制の構築と備蓄についての検討を期待いたします。</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	2670900063
事業所名	デイサービスセンター どんぐり
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2016/10/7
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	B
	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。	C	B
	(評価機関コメント)			1. 会社の経営理念を基にデイサービスセンターの運営方針を策定し、合言葉を「手のぬくもり、ありがとうから始まる21世紀の介護」としている。運営規程第2条に運営方針を載せている。理念・運営方針をカードに明記し職員の採用時に説明すると共に名札のカードに入れて常時目に触れる様にし、運営方針に沿ったサービスの提供に努めているが、会議の場での振り返りはおこなえていない。理念や運営方針はリビングと玄関に掲示しているが、掲示の位置が高く、字が小さく読みにくかった。また、パンフレットへの掲載もされていなかった。 2. 「業務改善検討委員会」「業務マニュアル検討委員会」「事業運営委員会」「業務改善会議」「質の向上検討委員会」を設置し、メンバーは併設する三事業所の管理者で必要時に開催しているが定期的には開催されていなかった。事業所では月1回研修会議を開催している（記録で確認）。会議で出された意見や改善要求は管理者から経営責任者や検討会議に上げている。又、経営責任者や他の部署からの連絡は管理者を通して研修会議で話し合う等、組織として透明性の確保を図っている。職員への権限の移譲はレクリエーションの担当・広報紙担当・一日のリーダー的役割等、各責任を明確にしている。		
(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。	C	C
	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。	C	C
	(評価機関コメント)			3. 事業計画は年間売り上げ目標の数字を年度毎に記入しているが、実行計画は前年度と同じである。前年度の計画の現状分析と課題の明確化をされ次年度の計画作成に活かされる事を期待する。事業に対する展望は聞かせて貰うが、中長期計画は作成されていなかった。 4. 小さな規模の事業所で、各部門・各業務レベルでの検討はされていなかった。「広報紙」や「行事計画」は管理者が業務の振り分けをしている。		

(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)		5. 経営責任者が集団指導・醍醐地域事業所連絡会に参加して法令に関する情報を収集し、必要な事は職員に伝達している。料金改定の際は張り出したり、資料で研修をしている。職員が直ぐに調べられる体制の整備がされていなかった。 6. 組織図が作成され、経営責任者・管理者の職責については、運営規程で明確に表明している。管理者は日頃から職員個別に意見を聴いているが記録は残されていない。利用者・職員も少人数の職場で、管理者がリーダーシップを取り離職率の少ない職場を維持している。職員間で一年に1回自己評価表を回し合い、互いに評価をしあっている。管理者は職員から評価を受ける事により、自らの実践状況の把握及び見直しが出来体制を整備している。 7. 管理者は常時、利用者と共にいるので状況を把握している。不在時は携帯電話を所持し連絡が取れるようにしている。又緊急時は経営責任者や管理者に連絡をして、指示を仰ぐ体制となっている。管理者は申し送りノート・業務日誌で日常業務を把握し、介護経過記録と介護記録により利用者の状況を把握している。		

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
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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 施設の方針として「今いる職員を大切にする」を最優先とし、直近の3年の間離職者は無く、働き易い職場である。現在管理者以外は非常勤であるが、資格取得に関しては交通費の補助と勤務の調整により推奨している。 9. 採用時研修プログラムはあるが、3～4年採用は無く実施していない。研修予定を必須研修として掲げているが、実施の日程は決められていない。研修会議で時間を取りお互いに学び合っている。参加した職員は「研修気づき」のレポートを作成している。管理者が醍醐地域事業所連絡会に毎月参加をして（年3～4回研修）学び職員に伝達をしている。段階的に学ぶ体系的な研修はおこなっていない。 10. 実習生の受け入れ基本姿勢は明示されていず、マニュアルも作成されていない。「小さな規模の事業所なので、勉強する学生を受け入れる器ではない」との経営責任者の考えである。地域の小・中学生等の次世代育成の為に実習への積極的な取り組みが望まれる。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 職員の就業状況は事務担当が書面で把握し社労士に確認して貰っているが、就業状況や意向については分析・検討は出来ていない。育児休業法・介護休業法は就業規則に明記されている。職員の負担軽減につながる介護機器は車椅子・歩行器・リフト浴・チェアシャワーを導入している。 12. カウンセラーや専門職による相談体制は無く、外部の相談機関も設けていないが、管理者は気軽に相談に乗っている。福利厚生制度も設けられていない。休憩は45分で3階の休憩スペースには流し台や冷蔵庫が置かれている。職員ヒヤリングでは「リラックス出来る」との声が聞けた。		
(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。	B	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		13. 玄関の掲示板で地域に情報発信をしている。広報紙「どんぐりだより」を毎月作成し、近隣の店や接骨院の患者さんにも配布しているが、パンフレットや広報紙には理念の明示は見られない。事業所行事を年2回「なつまつり」「クリスマス会」を地域交流として開催し多数の参加があり楽しんで貰っている。 14. 病院の受付に「介護相談」の案内をしているが、今のところは相談の実績はない。		

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
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。	B	B	
	(評価機関コメント)		15. パンフレットや広報紙「どんぐりだより」で利用者や見学者に説明をしている。見学や問い合わせには個別の状況に応じて対応している（見学問い合わせ記録で確認）。リビングの壁に「デイサービスでの一日の流れ」を分かり易く書いて掲示している。パンフレット・広報紙に理念・運営方針・料金の記載を期待する。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16. 契約時に重要事項説明書・契約書に基づいて説明し同意の署名・捺印を貰っている。利用者の権利擁護に係る事例は地域包括支援センターと連携を取っているが、現時点で成年後見制度を利用している人はいない。			
(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。	B	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17. 初回の面接で本人、家族等から生活歴や心身状況、要望等聞き取っている。介護支援専門員からの基本情報や退院時サマリーによって情報を入手し、その人の状態を把握して詳細が記載できるアセスメント様式に記入している。アセスメントの見直しは介護保険の更新時、区分変更時等少なくとも一年に1回は見直している。 18. アセスメントに基づき利用者及び家族の希望を踏まえた個別援助計画を策定し、目標の設定をしている。利用者・家族には同意の上署名を得ているが、同意を得た日付の記載があればより望ましいと思われる。プランの変更時にはサービス担当者会議に本人が参加して意向の確認をしている。 19. 計画書の策定にあたり、サービス担当者会議にてケアマネジャー、各サービスの担当者の意見を収集し個別援助計画に反映している。主治医については欠席の場合は居宅介護支援計画連絡票による意見の照会を受けて反映させている。 20. 目標の達成状況について毎月モニタリングを行い、ケアマネジャーに報告をしている。また家族へも送迎時に口頭にて状況を伝えている。見直しの際サービス担当者会議への出席及び必要に応じて主治医の意見を照会状にて貰っている。個別援助計画は3ヶ月に1回カンファレンスを実施し、職員意見を反映して再アセスメントを行ったうえで計画書の見直しを実施する一連の流れを定めている。			

(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 利用者の主治医とはケアマネジャーを通して連携しており、電話の傍に協力医療機関及び関係機関を組織図にして明示するとともに、アセスメント表にも緊急連絡先等を記載することで職員全員に周知し緊急時に備えている。また入退院の際も家族が来られるまで主治医に情報を提供し、退院時にはケアマネジャーを通してサマリーを入手するなど連携体制を構築している。		
(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、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. 各マニュアルを整備し、研修会議でわかりやすい資料を添付して説明をすることにより、サービスの均一化に努めている。見直しについては定期的には行われていなかった。 23. 個人の情報は個別のケースファイル内にアセスメント・計画書・医療情報・介護保険情報・日々の介護記録等が整備されており、計画をもとにサービスの提供を実施し毎月のモニタリングで評価する仕組みが出来ている。書類は鍵のかかるところに保管しているが、持ち出し・廃棄に関する規定は定められていない。個人情報保護と情報開示の研修は今年度中に予定されている。 24. 計画書は職員全員が確認し、計画に基づいてサービスを提供している。日々の記録は活動日誌や申し送りノートで情報を共有し、毎月のモニタリングと3ヶ月毎のカンファレンスにて状況把握及び課題の抽出に努めている。 25. 家族とは日々の連絡ノート・送迎時・集金時に毎月作成する「どんぐりだより」を持参し口頭にて知らせると共に、意向の確認をしている。独居の方には電話やケアマネジャーを通すなどで対応している。		
(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	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. マニュアルを整備し、研修にて周知している。新聞等で入手した情報は、職員全員で共有し感染症の発生した場合の対応の整備を図っている。利用者・地域には流行時を捉えて広報紙に掲載し注意喚起している。マニュアルについては、1年に1回以上の見直しができなかった。 27. 事業所内は整理整頓されており、重要書類は1階事務所の鍵のかかるところに保管されている。また薬品関係は利用者が触れないところに保管するなど安全面に留意している。浴室は毎日入浴担当者が掃除をし、トイレ・フロア等も毎日サービス終了後に清掃し、点検表にて管理している。室内は自然換気と空気清浄機を設置し臭気は感じられない。隔週の玄関マット交換や年1回の業者によるクリーニングを実施することで衛生管理に努めている。		
(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。	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。	B	B
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)	<p>28. 事故及び緊急時の対応マニュアルを整備し、研修にて職員に周知している。また、事故や緊急時の指揮命令系統が明らかにされ、施設長及び管理者の指示のもと対応している。</p> <p>29. 事故発生時には家族、ケアマネジャー等に連絡し説明するとともに事故報告書にて保険者にも報告をしている。原因と対応を精査し、再発防止に向けて研修会議を実施した上で、対応策を報告書に記載し職員全員に周知している。ヒヤリハットや気づきを促す「業務不備」の独自の書式にて事故防止に努めている。定期的なマニュアルの見直しができなかった。</p> <p>30. 災害マニュアルが整備され、職員には研修で周知するとともに、防災訓練は年2回おこなっている（消防署の指導のもと訓練する実施記録を確認）。災害発生時の連絡体制や指揮命令系統は緊急時連絡表にて周知し、利用者一覧表にて有事の際、すみやかに連絡がとれる体制を整備している。なお、自然災害の対策として、マニュアルや備蓄、地域との連携体制の構築などが整備されていなかった。</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。	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	B	
	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. 経営理念及び運営方針を運営規定と別紙に明記し、事業所の姿勢を示している。尊厳の保持の研修や身体拘束禁止の研修を毎年実施して職員に周知している。高齢者虐待防止に特化した研修が確認できなかった。</p> <p>32. プライバシー保護のマニュアルを整備し、接遇の研修に取り入れ、日々「一人の人間として尊厳を大切に」「個人の環境、生活の違い」に留意して入浴時や排泄時などに羞恥心や尊厳に配慮したケアの実践を心掛けているが、プライバシー保護の観点からの具体的な方策(トイレの出入り口への目隠しなど)が見受けられなかった。相談の時は3階の別室を使っている。</p> <p>33. 利用申し込みに関して、相談・依頼のあった方は全て受け入れている。経済的なことで利用が難しい方には地域包括支援センターを紹介している。</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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 家族の意向は送迎時や訪問時に相談員が聞いている。また他の職員から情報を得た場合も必ず相談員が連絡を取り確認をするなどの体制を整備している。苦情及び要望については苦情相談記録に記入し職員全員に周知し改善に向けて取り組んでいる。利用者懇談会等は実施していない。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルを作成し苦情に対する対応方法を明確にし、苦情報告書に記録して職員全員に周知している。研修会議で出された意見・要望・苦情に対しては日々の業務日誌の特記事項に記入して、管理者及び施設長に報告し対応策を検討している。公開については少ない人数の中で誰が言ったのかが特定できるので、個人情報に留意して、対応をされていないが、情報発信として広報誌に掲載するなど検討される事を期待する。</p> <p>36. 苦情相談窓口は玄関受付に掲示し、重要事項説明書に明示している。苦情への対応はマニュアルを整備し組織図にて周知している。今後、透明性の確保とさらなる質の向上の為、第三者の相談窓口の設置と介護相談員等の受け入れを検討される事を期待する。</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。	B	B	
	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. 利用者満足度調査を年1回管理者が担当で実施しているが、分析・検討迄には至っていない。検討・分析し今後の事業所運営・利用者の処遇改善の見直しに繋がられる事を期待する。</p> <p>38. 委員会の開催は定期的には開催されていない。研修会議は毎月開催し情報を収集して職員間でサービスの改善について話し合いをしているが、議事録への記入は出来ていない。サービス改善につなげていく仕組みは決められていない。醍醐地域連絡会に参加し、他の事業所の情報収集をしている。</p> <p>39. 第三者評価基準に沿った自己評価を管理者独自で毎年行っているが、組織的にはおこなえていない。分析・検討も出来ていない。第三者評価は3年毎に受診し課題・改善に結び付けられている事もある。</p>			