

アドバイス・レポート

平成 21 年 12 月 25 日

平成 21 年 8 月 21 日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンター長生園につきましては、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 style="text-align: center;">特に良かった点 とその理由 (※)</p> | <p>(通番 20) 個別援助計画の見直し 長期目標・短期目標や家族の希望欄などが記載された個別援助計画が作成され、本人または家族の同意を得ていました。また、3ヶ月に1回行うモニタリングに合わせて、個別援助計画を見直し作成され、同意をもらっていました。33名定員のデイサービスで、3ヶ月に1回の頻度で個別援助計画を見直す作業は大変だと思いますが、利用者の状況をこまめに確認し、利用者の状態に合わせたサービスが提供されています。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 苦情対応、認知症対応、実習生・ボランティア受入れ、感染症・食中毒の予防とまん延防止など様々なマニュアルや業務手順書、業務日課表が整備され、年度末の業務会議で毎年見直しされています。特に平成 15 年から満足度調査を実施し、項目ごとに6年間の推移を比較しながら、統計分析の結果を毎年の事業計画に反映し、業務内容の見直しや新しい対策立案に結びつける取り組みは高く評価できます。</p> <p>(通番 38) 評価の実施と課題の明確化 平成 18 年度に法人単位の第三者評価を受診し、その評価項目を効率的によりきめ細かくチェックできるように工夫をして、毎年1回全職員を対象に自己評価を行っています。また、その結果が十分でない項目や評価が低かった項目について、対応が可能なものを優先的に事業計画に反映させています。第三者評価受診を自らの事業所のサービスの質の向上に役立てる取り組みは高く評価できます。</p> |
| <p style="text-align: center;">特に改善が 望まれる点と その理由 (※)</p> | <p>(通番 12) ストレス管理 リフレッシュ休暇制度・スポーツを楽しむ会・職員旅行・うるおい事業(慰労会)など、福利厚生制度は充実しており、活用されています。しかし、職員の業務上の悩みやストレスを解消するための相談は職場内での上司が受けており、カウンセラーや対人援助の専門職は法人全体でも確保されていません。職員の休憩場所についてもスペースは確保されていますが、デイサービスのフロアー内の一角にあり、利用者や同僚の動きが視野に入る場所に設置されています。休憩時間中はしっかりと心身を休め、リフレッシュをしてサービスの質の向上が図られるための場所の確保が望まれます。</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>(通番 33) 意見・要望・苦情への対応</p> <p>利用者に対して年1回の満足度調査を行い、結果利用者が気軽に相談できる体制になっていないという反省をされています。月2回カフェ「ほのぼの」を開いて、職員と一緒に話せる機会も作って利用者の声を聴く努力もされていますが、事業所としても利用者懇談会ができていないことに不安感を持っておられるようです。また、「第三者委員を設けて名前と電話番号が壁に掲示されていますが利用はない」ということでした。</p> <p>ご意見箱「声」はデイサービスのフロアの利用者みんなから見える場所に設置されており、用紙と鉛筆が添えられていますが、意見は入らないということです。ご意見箱の設置場所に工夫がほしいですね。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>南丹市で最も大きい総合施設であり、行政や社会福祉協議会からの信頼が厚く、高齢化の進行とともに定員拡大を要請される等、市民のニーズに対して大きな役割を果たしている事業所であると感じました。リハビリ室が別棟になっている、デイサービスに機械浴が設置されている、浴室は男女別になっている、など充実した設備でサービスが提供されており、広く明るいフロアは温かい色使いで、ゆったりとした時間が流れていました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物の構造上、広いエントランスやフロアでサービスが提供されており、職員のための休憩室の確保は難しいとは思いますが、相談室を休憩室に転用するなどの工夫をして、現場を離れられるように配慮されてはいかがでしょうか。職員がリフレッシュできることで、サービスの質の向上が図れると考えます。 ・利用者家族との情報交換の方法として、主に送迎時の口頭連絡や連絡帳を用いて実施されていましたが、時には、他のご利用者と一緒に過ごされている様子や昼食をしっかり食べられている様子などを、写真などの画像で報告されると、ご家族がより安心されるのではないのでしょうか。また、数ヶ月を経て写真を比べることでご本人の変化が確認でき、サービス提供時の参考になることも考えられます。 ・車椅子の利用者のためにトイレの引き戸が開け放され、フロアからトイレの奥の壁が見通せる構造になっていました。居間からトイレの奥が見通せるというのは非日常的な光景です。通路の手前に暖簾をかけるなどの工夫をされてはいかがでしょうか。 ・「第三者委員を設けて、壁に大きく名前と電話番号が張り出していますが、相談者はいない」ということでしたが、問題がないのではなく、普段関係のない人にすぐに相談はしにくいという可能性も否定できません。今後、行政に介護相談員の設置を要望するなど、長生園だけではなく他の施設も含めてどんなことでも相談ができるようなシステムを構築されることが地域全体にとって大切ではないのでしょうか。 ・ご意見箱「声」には意見が入らないということでしたが、分かりやすいけれど、ちょっと物陰になって、意見を書いた用紙を入れるところが見えないようにすることで、ご意見箱が活用されるようになった施設もあります。ご意見箱の設置場所を植木の陰などに変えてみるなどの工夫をされてはいかがでしょうか。 |

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|--------------------|
| 事業所番号 | 2671500102 |
| 事業所名 | デイサービスセンター長生園 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 通所介護 |
| 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21年9月25日 |
| 評価機関名 | 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 |
| 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) | | 社会福祉法人 長生園は「私たちはすべての人が和みの中で、尊厳をもって、安心して生活していただけるよう支援します」を基本理念として定め、玄関・職員室に掲げている。理念はホームページや広報誌「デイサービス通信」に掲載して利用者や地域にも周知を図っている。職員は毎朝のミーティング時に理念を唱和して浸透を図り、毎年5月の内部研修のテーマとして取り上げ、理念に添ったサービスの提供に努めている。運営方針を運営規定やホームページに明示し、職員室内に掲示している。理事会は定期的開催され、デイサービスは在宅サービス事業部に位置づけられており、職員全員が参加する業務会議を毎月開催して、意見や取り組み状況を聞く機会を設けている。 | | |
| (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。 | 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) | | 中期計画・単年度事業計画を策定し、満足度調査とあわせて毎年運営状況分析を実施して開示している。職員に聞き取りを行い、重点課題を抽出して単年度事業計画を作成、3月の理事会に諮っている。レクリエーション・リハビリ・人材育成・介護・情報公開・感染予防・事故防止・身体拘束廃止等、それぞれ担当を決め、課題を4月の業務会議で設定して達成に努めている。職員個別の業務目標・計画を策定して日常の業務の中で見つけたテーマ「朝のお迎えをお待たせしない」等、サービス向上委員会の中で達成状況を確認しており、毎月の業務会議で取り組み状況を報告している。 | | |
| | | 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り組みを行っている。 | 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。 | B | 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) | | 介護保険法はもとより、個人情報保護法、道路交通法(後部座席シートベルトの着用等)、高齢者虐待防止法等、法令は遵守すべき最低要件として制度改正の情報等をミーティング時に伝えたり、回覧で繰り返し指導している。業務会議で出された意見を事業計画や委員会に組み入れており、毎年2月頃には事業計画策定会議を開いて職員の意見を聞き、センター長を中心に運営方針を策定して理事会の承認を得ている。センター長は職員の信頼を得ているかをどのように把握するのか、方法が分からないということで自己評価にチェックが入っていましたが、毎月開催している職員全員参加の業務会議での意見を聞き取る等、透明性が保たれており、開かれた人間関係が構築され、信頼感が担保されている様子が把握できた。センター長は毎朝夕のミーティングに出席し、業務日誌や報告書を確認して事業の実施状況については直接管理している。緊急連絡網が整備され、外出・休日などもセンター長の携帯電話に連絡が出来る体制になっている。 | | |

| 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 |
| 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) | | 必要な人員・人材については運営規定に職員の配置状況を明記している。介護福祉士も増えており、資格の必要な職種には有資格者を配置している。人事管理については1年後を目途に社会保険労務士による人事考課制度の導入を検討している。資格取得者には資格手当・資格取得報奨金を支給し、資格取得試験は一部出張扱いにして奨励している。採用時研修・フォローアップ研修は年度計画に位置づけ、内部・外部研修を計画的に受けられるように図っている。研修の情報はセンター長が事業計画に沿って職員に提供し、常勤職員は京都府や京都府社会福祉協議会の研修に参加している。実習生は、南丹病院の看護学校からの受け入れを行い、受け入れに関する基本姿勢をマニュアルに明記している。受け入れの事前事後の会議には研修を受けた実習指導者が出席して実習の向上に努めている。 | | |
| (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、スタッフ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な環境を整備している。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 職員に対して、センター長が年2回個人面談を実施し、就業形態や意向について確認して検討をしている。育児休業はほとんどの職員が取得、現在も2名の職員が育児休暇と産後休暇に入っている。全館バリアフリーの構造になっており、リフト車・機械浴・電動ベッド・車椅子等を使って介助できる設備が整っており、介護の負担の軽減が図られている。職員のストレス管理のための対人援助の専門職は、法人としても確保できていない。産業医に相談できる体制はあるが、職員に周知されていない。建物の構造上、広いスペースの一角に仕切りを設けて休憩場所が設置されているが、利用者の状況や他の職員が働いている様子が視野に入り、事実上くつろげる休憩場所にはなっていない。 | | |
| (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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 事業所概要や法人の理念・運営方針等はホームページに掲載、広報誌「デイサービス通信」を年4回発行し地域や関係機関に配布している。施設内には市の広報やお知らせポスターを掲示して、利用者が地域行事に参加できるようにサポートをしている。各種研修会への講師派遣を行っている。介護者教室を施設内で開催できていないとして自己評価をBとしているが、市の主催する家族交流会への参加呼びかけを行い家族が参加している、カフェ「ほのぼの」を実施して家族や地域との交流が図られており、A評価とした。 | | |

| 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) | | サービスの利用については、ホームページやパンフレットで情報提供しており、重要事項説明書で一般の人にも分かるように説明されている。パンフレットには見学に対応できることを明記し、問い合わせや利用のための見学に対応した実績は業務日誌に記録されている。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | サービスの利用について、重要事項説明書や料金表に介護サービスの内容や料金を明示し、料金表には、介護保険適用分の費用と保険外の費用（オムツ料、衛生材料、連絡帳作成料等）について明確に分けて表示している。地域福祉権利擁護事業を利用している利用者とも契約しており、権利擁護のための制度を推進している。成年後見人制度の利用者はないが、後見人を代理人にすることが出来る等、その仕組みが整えられている。 | | |

(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 | A |
| (評価機関コメント) | | 利用者のアセスメントは面接時に聞き取りをした生活状況、ケアマネジャーや関連機関連携で得られた情報を基に作成している。個別援助計画には、長期目標と短期目標、家族の希望などが記載されており、計画内容を説明して同意署名をもらっている。サービス担当者会議は原則として、利用者宅でご本人の参加を得て行っている。個別援助計画は、サービス担当者会議に出席して他のサービスの専門家との意見交換を行い、ケアマネジャーを通じて得た主治医の意見書を確認して策定している。事業所内で毎月ケアカンファレンスを行い、医療・栄養・リハビリなど、他職種からの意見や情報を個別援助計画に反映させている。機能訓練加算を取っているために、相談援助担当職員が中心になって書式に沿って3ヶ月ごとにモニタリングを行い、サービスの提供状況の確認をして個別援助計画の見直しを行っている。入院後など、本人の心身状態、家庭の状況に変化が起こったとき等にも個別援助計画の変更を行っている。 | | |

(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) | | ご家族やケアマネジャー・訪問看護職員を通じて主治医からの情報を得たり、サービス担当者会議に出席する等して関係機関との意見交換を行っている。センター長が南丹市医療福祉保健ネットワーク会議に在宅サービスの代表者として参加し、民生委員や社会福祉協議会、地域の関係機関と連携している。デイサービス利用者の入院時にはケアマネジャーに連絡を取り関連機関との調整を行い、退院時のデイ再開希望については優先的に対応している。 | | |

(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、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。 | A | 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 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 苦情対応、レクリエーション、リハビリ、認知症対応、送迎、実習生・ボランティア受入れ等、必要なマニュアルが整備され、年度末の業務会議で見直しをしている。職務手順書や業務日課表があり、新人職員はもちろんのこと、どの職員も必要に応じて業務確認ができる体制になっている。苦情や顧客満足度調査結果の分析を行い、事故防止策等の具体案を出し合い、マニュアルや業務手順書の見直しに反映させている。個人情報管理規定及びコンピューター情報システム管理規定を定め、CDやフロッピー等での持ち出しを禁止している。個人情報書類の取り違えや紛失事故対策についても過去の経験を踏まえて、業務会議等で指導している。情報開示の請求に対応できる内容、書き方を指導している。毎月のカンファレンスや毎日の申し送り及び申し送りノートで、職員間の情報共有を図っている。初回面接には原則として家族の同席を求め、計画更新時にも相談員が送迎時に面接をして計画の説明を行っている。連絡帳で利用者のサービス利用時の情報を提供している。 | | |

(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、スタッフ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) | | 感染症・食中毒まん延防止に関するマニュアルを整備し、必要に応じて更新を行っている。最新情報を取り入れるよう努力し、新型インフルエンザについてのマニュアルも策定している。毎月の内部研修の中でも年1回～2回は、感染症対策をテーマにした研修を実施している。玄関にも手洗い場を設け、来所・退所時のうがい・手洗い・消毒の徹底している。委託業者による清掃が毎日行われ、フロアにはオゾン脱臭機を設置している。感染症に罹っている利用者の受け入れマニュアルを整備し、万全を期して受け入れる体制を整えている。 | | |

| (7)危機管理 | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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 |
| (評価機関コメント) | | 事故発生時対応マニュアル・事故防止マニュアルを作成し、全職員に周知している。防災マニュアルには、責任者や役割分担が明記されており、消防署主催の救急救命講習に参加し、年2回の防災避難訓練を実施している。ヒヤリハットや事故の報告書が作成され、毎年それらを統計的にまとめて分析し、再発防止の話し合いを行っている。 | | |

| 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 |

IV利用者保護の観点

| | | | | | | |
|-----------------------|----|--|---|---|--|--|
| (1)利用者保護 | | | | | | |
| 人権等の尊重 | 30 | 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 | 31 | 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 | 32 | 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) | | 法人の基本理念に沿ったサービスが提供されており、身体拘束や虐待について常に問題意識を持ち、内部や外部の研修に参加して、新たな気付き(例:「動かんといて」という声掛け、食事のエプロンをテーブルに敷いてその上に食事のトレイを置く等)の情報をミーティング等で共有している。利用者のプライバシーや羞恥心に配慮して、おむつ交換はドアの閉まる個室で行い、立位で交換する場合もトイレで行っている。浴室は男女別に分けられている。利用申し込みについては、定員超過以外は受け入れており、月2回、曜日別の空き状況をネットで公開している。受け入れができない場合は利用者に説明、他施設の紹介も行っている。 | | | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| 意見・要望・苦情の受付 | 33 | 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 | 34 | 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 | 35 | 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) | | 年1回、利用者満足度調査を実施、センター長自身が「苦情や意見がサービスの充実につながる」という認識をもって職員に周知徹底している。苦情解決に向けてミーティングで相談し、全職員で取り組む体制がある。苦情・要望は個人が特定できないように配慮しながら広報誌等で公表している。第三者委員を設けて名前、電話番号を貼り出しているが委員会への相談事例はない。市民オンブズマン、介護相談員の制度は当該自治体には設置されていない。利用者が気軽に相談できる窓口の確保が、これからの課題ではないか。ご意見箱「声」が設置され用紙と鉛筆も添えられているが、広いフロアーのあらゆる角度から見渡せる場所に置かれており、置き場所を工夫する必要があるのではないかと。 | | | | |
| (3)質の向上に係る取組み | | | | | | |
| 利用者満足度の向上の取組み | 36 | 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。 | A | A | | |
| 質の向上に対する検討体制 | 37 | 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 | 38 | 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 | A | | |
| (評価機関コメント) | | 年1回利用者満足度調査を実施、結果を分析・検討してサービス向上に役立っている。毎月の業務会議には勤務調整をし、職員の全員参加のもとでサービスの質向上について話し合っており、更に議事録で問題の共有を図っている。平成18年度に法人が第三者評価を受診しており、この評価項目を効率的に、よりきめ細かくチェックできるように工夫を加えて、年1回全職員を対象に自己評価を実施している。結果が十分でない項目、評価が低い項目について対応が可能なものを優先的に事業計画に反映させている。 | | | | |