

アドバイス・レポート

平成27年4月12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26年8月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ大山崎」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 (※)	<p>○研修体制の充実（通番9） 「キャリアパス制度」を導入し、「力量評価」という評価手法を取り入れています。この評価手法を基に研修を体系的に実施しています。希望する外部研修にも参加しやすいよう勤務調整や研修費の負担を行うなどの配慮もなされています。 特に、気付きを促す仕組みとしてプリセプター制度（先輩職員がマンツーマンで指導や相談役を行う制度）の導入を図っており、職員相互で「気づき」や「学び合う」しくみづくりに取り組んでいます。</p> <p>○地域への情報発信・機能還元の取り組み（通番13.14） ホームページや独自の広報誌で地域への情報発信に取り組んでいます。また、「みんなでいこカフェ」という地域の方にも参加していただけるイベントや研修会を企画・運営することで地域への情報発信を行っています。 「みんなでいこカフェ」は、地域への機能還元において大きな役割を果たしています。様々な研修や交流企画を通して、地域の住民に役立つ情報を提供したり、相談事業としての機能も果たしています。年間450名以上の参加者があり、地域とのつながりを大切にしている様子が見受けられました。</p> <p>○利用者の状況把握と家族との情報交換（通番17・25） 生活歴や既往歴等必要な情報を細かく情報収集しアセスメントを行っていることが確認できました。「24時間シート」の活用により利用者のニーズや課題抽出を行い、利用者の状況把握を丁寧に行っています。 また日々の様子は「生活の様子」という個別の連絡誌を作成し配布することで、家族との情報交換を行っています。サービス担当者会議や年2回開催される家族交流会を設け、情報交換だけでなく意見交換や要望の聞き取りを行う取り組みがなされており、利用者の状況把握と情報交換がしっかり行われています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>○業務マニュアルの見直し（通番22） サービス提供を行う上で必要な業務マニュアルの整備はもれなく行われています。このマニュアルは問題等が発生した際は適宜見直しを行っています。しかし、見直しの基準が定められておらず年1回の見直しが行われていませんでしたので、今後の取り組みが望まれます。</p> <p>○事業所内の衛生管理（通番27） リビングと廊下は外部委託業者に清掃を委託しており、脱臭器を適切に活用し臭気対策もなされています。全体的に整理・整頓もなされていましたが、ごみ箱のゴミがたまっている部分が見受けられたため、更なる衛生管理の充実を図るべく今後の環境整備の体制を検討されることが望まれます。</p> <p>○事故・緊急時における研修・訓練（通番28） 事故や緊急時のマニュアル等は整備されており、また、新入職員に対してこれらに関する研修を実施していることは確認できました。しかし、事故・緊急時はすべての職員が対応できるよう取り組みが必要ですが、全職員に向けての研修や訓練がなされていませんでしたので、今後の取り組みが望まれます。</p>
具体的なアドバイス	<p>○業務に必要な業務マニュアルは適切に整備されており活用されていますので、委員会等の活動をうまくいかしながら、まず「見直し基準」を策定されることをおすすめします。できれば、「見直し」が仕組みとして機能するように、活動や業務の中に組み込んで「マニュアルの見直し」が実施される体制づくりをされてはいかがでしょうか。そうすることで、より活用しやすく「質の高い」マニュアルとなっていくものと思われますので、今後の取り組みが期待されます。</p> <p>○衛生管理の基本は、日々の清掃にあるものと思われます。整理・整頓は概ねなされていましたので、今後は例えば業務の中に定期的な清掃を組み込んでいく、または清掃委託業者と話し合いを行い清掃のオペレーションを再検討するなど、衛生管理体制の見直しを行ってみたいかがでしょうか。これらの取り組みを通して、再度「衛生管理」に対する意識付けを図る機会とされても良いのではないのでしょうか。</p> <p>○事故や緊急時対応のマニュアルは適切に整備されていますので、新入職員研修のみならず全ての職員対象の研修や訓練が望まれます。新入職員研修の折りに実施されていますので、例えばその折りに合わせて全職員対象の研修を実施する、研修と訓練を年間計画に盛り込む等の工夫をされてはいかがでしょうか。特に、事故・緊急時の対応は全職員に理解が必要だと思われるので、今後研修や訓練への取り組みが期待されます。</p>

(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	2671000046
事業所名	特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ大山崎
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)	(介護予防) 短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成27年3月11日
評価機関名	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。	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)		<p>(1) 組織の理念や運営方針は各部署に掲示し、唱和や会議を通して周知しています。ISO9001の認証を受けており、その取り組みを通して理念や運営方針の明確化を図っています。家族や利用者に対しては、ホームページ・パンフレット・広報誌を通して伝えるとともに、家族や地域に向けて「みんなでいこカフェ」（後述）という参加型の研修やイベントを交えた取り組みの中でも伝える機会を設けています。</p> <p>(2) 組織としての意志決定方法は、ISOの品質マニュアルにより明確に定められ運用されています。各種会議・委員会を系統的に実施し、全常勤職員が参画する体制をとることで意見が反映できる機会を設けています。ISOの「業務計画書」において、権限や役割を明確に規定していることが確認できました。</p>			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>(3) 年度単位で「アクションプラン」という事業計画を立てるとともに、ISOの年度目標も併せて策定しています。これらの計画は、利用者満足度調査の現状分析を通して明確化した課題を踏まえ、策定されています。計画の策定においては、ユニット会議や各種会議で職員の意向を吸い上げて反映するよう取り組んでいます。しかし、中・長期的な視野に立った計画を確認できませんでした。</p> <p>(4) ISOの年度計画書において各業務レベルの課題設定が具体的になされています。これらの課題設定について、「事業所分析シート」「No.1シート（相互評価）」などのツールを活用し達成状況を確認するとともに、各部門ごとに毎月進捗状況の確認を行っています。状況に応じて、見直しを行っていることも確認できました。</p>			
(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。	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) 運営管理者は、法令遵守に関する外部・内部の研修に参加しています。法人内で運用されている「イントラネット」において、遵守すべき法令等は全職員が確認できる体制を整備しています。遵守すべき法令については、各種会議や委員会、朝礼等で必ず伝えるとともに、伝達研修（人権・虐待防止・身体拘束など）を実施することで取り組みを深めています。</p> <p>(6) 経営責任者・運営管理者の役割・責任は「ISO品質マニュアル」を通して職員に表明しています。運営方針は運営管理者がISO運営会議、リーダー係長会議に参画し、決定されています。自己申告書による職員面談を定期的に行い、職員の意見を聴く機会としています。また、職員アンケートや「職員やりがいアンケート」を実施し、職員が上司を評価する取り組みを行っています。それらの取り組みが、管理者自身が職員から信頼されているかどうか、把握・評価・見直しをするための方法として機能しています。</p> <p>(7) 運営管理者は業務用携帯を所持し、いつでも連絡がとれる体制をとっています。事業の実施状況は日々のラウンドや業務日誌等で確認し、状況把握を行っています。事故発生時にすぐ対応できるよう緊急連絡網を整備しており、事故報告書からも実際に報告・指示を仰ぎ対応していることが確認できました。</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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>(8) 職員の採用にあたっては、面接評価表の基準に基づき可否を決める等、必要な人材についての方針が明確にされています。また、人員体制についても定数表等により適正に管理されています。採用にあたっては、有資格者・実務経験者を優先して採用する方針で人員確保に努めています。資格取得を支援する仕組みとして、受験者用の研修や費用負担をする等を実施し、バックアップする体制をとっています。評価項目にはありませんが、清掃業務において障害者雇用を自法人ですすめるなどの取り組みもなされています。</p> <p>(9) 「キャリアパス制度」として「力量評価」を実施することで、研修を体系的に実施しています。希望する外部研修にも参加しやすいよう勤務調整や研修費の負担を行うなどの配慮もなされています。気付きを促す仕組みとしてプリセプター制度（先輩職員がマンツーマンで指導や相談役を行う制度）の導入や研修の報告会、勉強会などが行われています。</p> <p>(10) 実習の受け入れについてのマニュアルが整備され、介護・看護に関する実習生だけでなく小中学生、公務員の新規採用職員研修などの受け入れも積極的に行っています。また、喀痰吸引に関する実習の受け入れも行っています。しかし、実習指導者への研修が実施されておらず、今後の取り組みが望まれます。</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) 職員の労働環境水準に配慮する取り組みとして、10日間のリフレッシュ休暇を取得できるよう制度の充実を図っています。また、就業状況を把握するため勤怠管理をするシステムの導入も行っています。育児休業・介護休暇についても、取得が可能なように規程等も整備され運用されています。職員の負担軽減のため、福祉機器（電動ベッド・リフト浴・スライディングボードなど）も活用されていることが確認できました。</p> <p>(12) カウンセリング等を利用できるEAP相談室を設ける等、相談体制を整備しています。福利厚生制度（リロクラブなど）も充実しており、全社的に取り組みを進めています。休憩スペースも十分に設けられ、職員がリラックスして休憩・仮眠ができるものと見受けられました。</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) ホームページや広報誌を通して、地域に向けて情報発信を行っています。事業所独自の広報誌も作成しており、地域に向けて発信するとともに地域との様々なつながりや交流を図っています。特に「みんなでいこカフェ」という地域に向けて参加してもらえるイベントや研修会の企画・運営を行い、地域に向けての情報開示が積極的に行われています。また、情報の公表制度についても、地域に向けて公表されています。地域の行事等への参加も行われていることが確認できました。</p> <p>(14) 前述の「みんなでいこカフェ」という地域との交流イベントの開催が、地域への機能還元において大きな役割を果たしています。様々な研修や交流企画を通して、地域の住民に役立つ情報を提供したり、相談事業としての機能も果たしています。年間450名以上の参加者があり、積極的に地域とのかかわりが見てとれました。</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
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)		<p>(15) パンフレットやホームページで事業所の情報提供を行い、問い合わせや見学にも適宜対応していることが確認できました。問い合わせの段階で、介護保険の利用希望者を地域包括支援センターにつなげるなど、自施設の利用に関わらず支援を行っています。自法人以外の施設も掲載された乙訓地区の介護施設マップを作成し、特別養護老人ホームの特機者に対しても広く支援を行っていることも確認できました。</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) 料金やサービスの内容については、見学時や問い合わせ時のみならず、入所時に重要事項説明書・パンフレット、入所契約書を通じて説明を行っています。現在3名の利用者が成年後見制度を利用しており、入居後も後見制度の利用が必要な場合には、支援を行い権利擁護団体へつなぐ等の支援も行っていきます。		
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。	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) センター方式に基づく独自のアセスメントシートを活用し、生活歴や既往歴等必要な情報を細かく情報収集しアセスメントを行っていることが確認できました。「24時間シート」の活用により、利用者のニーズや課題抽出を行い、更新時はもちろん、必要に応じてアセスメントの見直しを行っていることも確認できました。 (18) 個別援助計画の策定にあたっては、具体的な目標設定がなされていることがケースから確認できました。例えば、外出希望の多い利用者については、家族の協力も得るような形での援助計画を策定している等個別のニーズを踏まえたものとなっています。サービス担当者会議には9割以上の家族が参加し、利用者や家族の意向を反映するよう努めています。 (19) モニタリングは毎月実施し、個別援助計画の見直しにいかすよう取り組んでいます。ケースからも多面的に状態変化を把握していることが見てとれました。また、モニタリング表には、介護職・理学療法士・管理栄養士・看護師が必ずそれぞれからの視点でコメントを記載し、多職種の視点を踏まえた計画の策定を行っています。 (20) 毎月実施されるモニタリング表をもとに毎月モニタリング会議を開催しています。モニタリング会議の内容によって、計画の見直しの必要性についても検討し、定期的な見直しのみならず必要に応じて見直しを行っています。		
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) 入所に際しては、医師・役場・社会福祉協議会とも連携し判定を行っています。虐待事例については地域包括支援センターとの連携も図っています。特に、入所前からかかりつけ医と薬剤情報の共有を図る取り組みを行っていることが、診療情報提供書や医療情報提供表などから確認できました。		
(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。	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)		(22) サービス提供を行う上での業務マニュアルの整備は行われており、活用されています。問題等が発生した際は適宜見直しを行っていますが、見直しの基準が定められておらず、年1回の見直しが行われていませんでした。 (23) 利用者の記録に関しては、経過記録にモニタリング会議やカンファレンスの履歴等も記載されており、時系列的に確認できる記録となっています。また、特に経過記録にケアプランの採番を記入する等、ケアプランと記録がリンクする工夫がなされており、ケアプランを意識した記録となっています。これらの記録の保管・持ち出し・廃棄に関する規程も定められており、個人情報保護に関する研修も行われています。 (24) 利用者の情報共有に関しては、各フロアに記録用紙を置き、個別の支援内容を記録する形式をとっています。経過記録をまとめる際にも活用され、利用者情報の共有を図るツールとなっています。また、申し送りノートによって利用者の情報が共有されていることが確認できました。 (25) 「生活の様子」という個別の連絡誌を作成し、配布することで家族との情報交換を行っています。また、サービス担当者会議や年2回開催される家族交流会を設け、情報交換だけでなく意見交換や要望の聞き取りを行う取り組みがなされています。		
(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	B
(評価機関コメント)		(26) 感染症予防に関するマニュアルが整備され、予防・対策・対応までの流れが丁寧に整理されています。研修会も定期的実施され、感染症対策の充実が図られています。GGセットというノロウイルス対策用の処理を行う物品も各フロアに置かれ、運用方法もマニュアル化されていました。 (27) リビングと廊下は外部委託業者に清掃を委託しており、その点検表も確認できました。臭気対策もなされており、脱臭器なども適切に活用されています。全体的に整理・整頓もされていましたが、ごみ箱のごみが捨てられていない部分が見受けられたため、今後の環境整備の体制を検討されることが望まれます。		

(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	B
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) 事故や緊急時のマニュアル等は整備されています。また、新入職員に対してこれらに関する研修を実施していることは確認できましたが、全職員に向けての研修や訓練がなされていませんでしたので、今後の取り組みが望まれます。</p> <p>(29) 「気づいて良かったシート（ヒヤリハット報告書）」「不適合サービス報告書」「事故報告書」という3種類の報告書を活用し、事故の再発防止のための取り組みが行われています。事故の内容については分析・検討し、マニュアルの見直し・再発防止策の立案に活用されていることが、記録から見てとれました。</p> <p>(30) 災害発生時の対応マニュアルが整備され、備蓄などの災害対応もなされています。地域の福祉避難所として協定を結んでおり、地域の防災訓練にも参加しています。施設ということもあり、夜間想定訓練も年間2回実施し、災害に対する意識付けを図る取り組みがなされていることが確認できました。</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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>(31) 理念において「顧客第一」を謳い、利用者の思いを最優先に考えたサービス提供を行う体制をとっています。職員向けのアンケート（やりがいアンケート）を実施・検討することで、日常業務を振り返り、人権に配慮したサービスを行っているかを確認する機会としています。人権や虐待防止に関する研修も行っていることが確認できました。</p> <p>(32) 全室個室対応となっており、入浴も個別に入れるよう配慮するなど、プライバシーの保護に努めている様子が見てとれました。年2回実施している職員の「力量評価」においても、各介助場面でのプライバシーへの配慮を行っているかチェックする機会を設けています。</p> <p>(33) 利用者の申し込みを断ることはないが、現状として介護老人福祉施設（特養）の待機待ちが数多くいる状況では「利用の見直し」を予測し伝えることができず、申し込み者に説明しづらいという点から「B」とされていますが、その旨を説明しています。また、他事業所や他の機関を利用する方が利用者にとって望ましいと判断した場合は助言し、とりつなぐなどの対応をしています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>(34) 3ヶ月毎に行うサービス担当者会議において、利用者や家族からの意見や要望を把握するよう努めています。また意見箱の設置や顧客満足度調査を実施するなど、広く意見・要望・苦情を収集する仕組みを整備しています。入所時には苦情相談の窓口をお知らせするとともに、相談しやすいよう施設側から声かけをするなどの取り組みも行っています。</p> <p>(35) 利用者の意向に対する対応方法はマニュアルに定められ、意見・要望・苦情等は「言ってもらってあげがとうシート」に記録し、改善策を検討しています。検討された内容については、広報誌や家族交流会の折りに、個人情報に配慮し伝えていることが確認できました。</p> <p>(36) 重要事項説明書に公的機関や第三者機関の苦情窓口を記載し、お知らせしています。また週1回の傾聴ボランティアを受け入れ、相談を聴き取る仕組みとして機能させています。事業所評価においても利用者インタビューを取り入れ、相談や苦情を聴取する機会としています。</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	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) 年2回「利用者満足度調査」を実施し、その結果をマネジメントレビュー会議で分析・検討しています。これらの取り組みはISOを活用し行われていることが確認できました。</p> <p>(38) 質の向上に関する検討を行うため「品質向上委員会」を毎月1回開催しています。この委員会は必要な職種だけでなく、外部の委託業者も交えて意見交換が行われています。この委員会で検討された内容については、ユニット会議でも伝達・検討されています。他事業所の取り組みについては、地域の相談員部会への参加によって情報収集しています。</p> <p>(39) 年2回、ISOに基づいたPDCAサイクルで、サービスの実施・確認・改善に取り組んでいます。課題を踏まえ事業計画を策定し、年度目標実行計画書で毎月評価を行っています。第三者評価の前回受診が平成22年となっており、今後の取り組みが望まれます。</p>		