

アドバイス・レポート

平成27年1月15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7月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 伊勢田明星園小規模特別養護老人ホーム 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>●事業方針に“自由気ままに、よろこびあえる住まいづくり”を掲げ、25年度の“チャレンジ”に続き、26年度は“地域に根を張る”をスローガンに、施設の居住性を最重視した取り組みを行っています。施設に隣接する神社の参道を借景にした施設東側の長い廊下は、参道の樹木の息遣いやガラス張り窓からの陽ざしが利用者等を和ませる空間となっています。全室個室の居室は、車椅子が容易に入力できるトイレ、ミニキッチン、ドアノブのない居室扉等の設えが利用者の自立を支えています。出来る限り口から食べて頂くようにと、ソフト食の開発も行っています。</p> <p>● 質の高い人材確保 通番 8 人材確保戦略を重点課題に挙げています。利用者本位に徹したケアの提供には人財確保と育成が必須であるとの考えで、開設後に生じた離職率の高さを評価・分析した結果、職員の採用方法に見直しをかけています。採用希望者に対して、先に園長が面接を行い、次いでユニットで現任者と一しょに仕事を行う中で仕事仲間への連帯意識や尊敬の念等を育てます。その後に採用手続きに入ります。利用者や先輩職員との「お見合い」を経験し、不安なく確信を持って仕事に臨める様にしています。採用後は「新規採用者育成計画」に基づいた研修を履修します。</p> <p>●地域への情報公開 通番13 地域への貢献 通番14 法人グループ総合情報誌「一年のあゆみ」は、124頁を割いて、法人30年の歩み、事業報告・決算報告、グループの活動報告、事故・ヒヤリハット報告・第三者評価結果等の情報が記載されています。「一年のあゆみ」を全利用者・家族、職員、地域に配布し、法人の情報を公開しています。施設開所(25年3月)から一貫して地域とのふれあいを大切にしています。隣接の神社の秋祭りにブースを出店、地域の防災訓練に参加、地域ボランティアによる大正琴やフラダンス、小地域ケア会議の会場提供、町内会入会・地蔵盆への関与、「明星園とともに地域を良くする会」の講演活動等々、法人の設立精神「地域に開かれた 地域に根差した 地域住民に支えられた施設づくり」が現場で活かされています。</p> <p>●利用者ひとり一人に応じた個別援助計画の策定 通番17 通番18 通番19 省令に基づいて、ケアマネジメントの一連の流れを遵守しています。「24時間シート」を使って、看護・栄養・介護の専門職がアセスメントを実施しています。また、利用者の主治医やケアマネ等の専門家等の意見照会や担当者会議の定例化により、個別の援助計画を策定し、3か月毎に見直しを行っています。計画策定やサービス内容の決定、3か月毎の見直しにおいては、利用者や家族等の意向を尊重しています。医務室で週1～2回、医師・看護師が本人・家族と面談し、ひとり一人の医療ニーズに対応しています。</p> <p>● 意見・要望・苦情への対応 通番 34 利用者満足度の向上の取り組み 通番 37 運営推進会議で、本人・家族が自由に意見・要望・苦情等を述べています。会議録で確認できました。利用者満足度調査の項目は、運営推進会議の出席者の意向を反映させています。調査結果はユニット職員で評価・分析し、サービス改善に役立てています。また、玄関前に掲示し、全家族に郵送し、運営推進会議で公開しています。苦情を申し出た利用者・家族には、回答をフィードバックしています。利用者・家族等の意見や要望をサービスの向上に取り入れた事例がありました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>▲ 実習生の受け入れ 通番 10 実習指導者の要件を満たす社会福祉士は配置されています。しかし、開業年数が実習受け入れの基準を満たしていない理由から、受け入れに対する基本姿勢の明文化や実習生受け入れマニュアル等を整備するまでには至っていません。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>▲ 実習生の受け入れ 通番10</b> 法人内の資格養成のための実習生や、地域の中学校が実施するチャレンジ体験学習の受け入れは行っていますので、実習の受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れについての窓口・事前説明・オリエンテーションの実施方法等が記載されたマニュアルの整備が望まれます。</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	2691200139
事業所名	伊勢田明星園 小規模特別養護老人ホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護 (介護予防)
訪問調査実施日	平成26年12月3日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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. 法人の設立精神（理念）に基づき、事業所のスローガンを「自由気ままに喜びあえる住まいづくり」とし、パンフレットやホームページに掲載しています。また、今年10月、法人グループ発行の「1年の歩み」の巻頭に大きく掲載しています。理念・事業方針・スローガン・3つのケア方針等が職員の行動規範となる様、年度初めに職種別代表者会議・ユニット会議で職員に周知しています。利用者・家族等には入所にあたり重要事項・契約内容に加えて事業所の掲げる理念や方針等を説明しています。 2. 職務基準書に各役職のアウトライン、役割一覧表に職員の役割分担を明記しています。職種別代表者会議（上部会議）とユニット及び主任・リーダー会議（下部会議）を定期に開催し、職員の意向を吸い上げています。事業所職員の意向が法人の管理職会議や経営執行機関にまで上がり、組織としての透明性が確保されています。			
<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	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. 法人の中・長期計画（27年度・28年度2か年計画）を踏まえ、事業所の単年度計画を策定しています。事業所の単年度計画の素案を現場の会議に提示し、策定に現場職員の意見を反映させています。27年度事業の中に小規模多機能居宅介護の開所が計画されています。 4. 事業計画に基づいて、職員それぞれが課題（目標）を定め、達成状況を半年ごとにチェックしています。職員ひとり一人の目標と達成度が一覧表で確認できます。また、中間報告（案）を会議等で提示し、必要に応じて修正しています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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. 管理者は「全国社会福祉施設経営協議会」等の会合やセミナーに出席し、常に最新情報の入手に努めています。関係法令の遵守については、相談室の書棚に遵守すべき法令集を整備し、職員会議等で事例を基に話し合っています。年1回、法人が法令遵守関連のチェックリストを基に事業所を巡回しています。また、行政による実施指導を受けています。</p> <p>6. 「職務基準書」や「重要事項説明書」に管理者の役割と責任を明示し、管理者の評価は人事考課制度で行っています。「職務基準書」や「重要事項説明書」に管理者の役割を明示し、職員・利用者・家族等に周知しています。管理者は、職員ひとり一人の課題（目標）の管理に関わる中で職員のモチベーション向上に努めています。</p> <p>7. 管理者は常に業務日誌等で業務状況を把握し、緊急連絡網によって、非常時いつでも連絡が取れ、職員の報告にすぐ対応・指示できる体制となっています。緊急時の対応がスムーズに行われていることが、事故報告書や業務日誌で確認できました。</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。	C	B
(評価機関コメント)		<p>8. 人事管理に関する方針に法人の求める職員像を明確にしています。管理者は一定の人事権を持ち、採用にはユニットリーダーの意向も反映させています。常勤職員の採用には、レポートの提出と理事長面接を行っています。資格取得支援制度に基づいて、介護福祉士や社会福祉士、介護支援専門員等の資格取得を支援する通信教育や模試等が実施されています。</p> <p>9. 事業計画の中に「段階別職員研修計画」を盛り込んでいます。外部研修の情報を回覧等で周知し、参加者には業務扱い・費用負担等で支援しています。内部研修を行うとともに、職員が業務を通じて日常的に学ぶスーパービジョンがプリセプター（ユニットリーダー）によって行われています。他に、定期開催のケース検討会、ミニカンファレンス、サービス担当者会議等で症例を通して学習しています。</p> <p>10. 実習生受け入れの条件（基準年数）を満たしていない為、受け入れしていません。実習指導者の要件を満たした職員（社会福祉士）を配置し、受け入れには積極的な姿勢を持たれています。マニュアルを作成する等、受け入れ体制の整備が望まれます。</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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>11. 目標を立て職員の有給消化を奨励しています。育児休業・介護休業の実績はないが就業規則に定めています。介護機器を取り入れ、業務の負担の軽減に努めています。また、きょうと福祉人材認証制度を受け、労働環境の整備に努めています。年2回、腰痛健診を実施する等、安全委員会が中心となって「腰痛撲滅」に取り組んでいます。清潔で広い和室の休憩室・宿直室で、職員は足を延ばしゆったりとくつろぐことが出来ます。ハラスメントに関する規定を定め、対応は担当者が行っています。</p> <p>12. 事業所の医師・看護師に健康について相談ができる体制となっています。インフルエンザ予防接種の補助が受けられます。福利厚生制度（共済会に加盟）の活用で専門家によるメンタルヘルスのサービスを受けることができます。</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. 地域への情報公開はフェイスブック、ホームページ、法人情報誌「1年の歩み」で行っています。玄関に設置したラックに「情報の公表」他、事業所内外の情報誌を置いています。市・包括支援センター・民生児童委員・町内会会長・学区福祉委員会・特養サービス向上提言委員・利用者・家族等をメンバーとする「運営推進会議」に事業所の情報を開示し、評価を受けています。</p> <p>14. ボランティアホールを地域に開放し、ボランティアによる大正琴やフラダンスが披露されています。小地域ケア会議に会場を提供し、スポーツ少年団の会合・福祉委員の研修などを支援し、福祉委員主催の研修の講師、近くの神社の祭りにブースを出店する等、事業所が有する機能を地域に還元しています。地域包括センター開催の「地域包括ケア会議」や事業所開催の「運営推進会議」等で地域の介護・医療・福祉のニーズの把握に努めています。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. 法人グループの総合情報誌「1年の歩み」や重要事項説明書、事業所パンフレット等は、利用者・家族や地域の人がいつでも閲覧でき、又、持ち帰ることが出来ます。利用希望者の見学や問い合わせには随時対応しています。受付日報に記録されています			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. 介護サービス開始時サービス内容・料金等を重要事項説明書や契約書、パンフレット、「ご利用案内」等に明記しています。入所時に保険外サービス料金（利用者負担金）についても合わせて説明し同意を得ています。利用者の権利擁護の為の成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を推奨しています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 省令に則し、利用者ひとり一人のニーズ（心身の状況や生活状況）を踏まえたアセスメントを実施しています。「24時間シート」を使って、看護職員・管理栄養士・介護職員等が専門の立場から課題を明らかにしています。アセスメントは3か月毎に見直しています。記録で確認できました。</p> <p>18. 事業種別の省令に則し、サービス事業所や他の機関、専門家の照会とサービス担当者会議の開催により、施設介護計画の策定と見直しを行っています。利用者・家族の希望を施設介護計画に反映していますが、意向を言語で伝えられないケースの対応方法が明記されていると良いでしょう。</p> <p>19. 施設介護計画の作成にあたり、介護支援専門員が看護・栄養・介護職員から多くの情報（意見や要望）を聞き取っています。医師のコメントを支援経過記録や栄養マネジメント等に記載しています。サービス担当者会議には利用者・家族等も参加されています。</p> <p>20. 施設介護計画は3ヶ月に一回、見直し、利用者の状況変化を反映しています。</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. 週2日、施設の医務室に来訪の医師や主治医、地域の専門医等と連携し、利用者の医療ニーズに応えています。利用者の入退院時は医療機関に向く等、帰園後の支援がスムーズに行く様に病院関係者との情報共有に努めています。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 「職務基準書」に基づき、業務の内容に合った実用的な業務マニュアルを整備しています。てんかん発作のマニュアル等、咄嗟の時の対応に役立つマニュアルを作成しています。ケースが遭遇した事故等については、モニタリングや再アセスメントで検証し、施設介護計画に反映しています。 23. サービス実施記録はケア記録一覧・介護記録に記載しています。利用者の記録・情報等は「文章管理規定」「個人情報保護規定」に基づいて管理しています。記録専用ソフトを活用していますが、パソコンの取り扱い者を限定することで情報流出を防いでいます。職員に守秘義務の誓約書を交わし、研修を年一回以上実施しています。 24. 「業務日誌」や「情報交換ノート」で、引継ぎ事項や利用者の変化・支援のあり方等を職員間で共有しています。月2回開催の運営推進会議やモニタリング等の情報を共有しています。職員の閲覧印で確認できました。 25. 平均して1日に10名～15名の家族等の面会があり、日常的に自然な形で家族と情報交換・情報共有しています。面会時や運営推進会議で、3か月毎のモニタリング結果を反映した施設介護計画の家族への説明と同意がスムーズに行えています。		
(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	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. 感染症対策・予防マニュアルに基づいて、感染症対策委員会が感染症対策の研修会を行っています。流行の兆しがある感染症を想定した具体的な指導も行っています。職員は各ユニットに用意されたノロ対策キットの所在と使用法を周知していました。マニュアルの更新記録が確認できませんでした。 27. 事業所の清掃は職員が行っています。書類・物品についても整理整頓が行き届いています。換気扇以外にイオン脱臭装置をトイレの天井に取り付け、消臭に効果をあげています。園内やトイレ等に臭気を感じませんでした。		
(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. 事故防止・緊急時対応マニュアルに基づいて、事故対応の職員研修を実施しています。緊急時に備えた連絡網(フローチャート)で、指揮命令系統を明確にしています。</p> <p>29. 「事故防止・感染対策委員会」が、ヒヤリハット事例(6か月60件)や事故報告書を基に、事故等を数量的に評価・分析し、再発防止に役立てています。議事録で確認しました。運営推進会議に事故・ヒヤリハット事例を報告しています。利用者に不利益のあった事故を施設介護計画に上げ、チームでリスクの軽減に努めています。</p> <p>30. 消防計画の中に災害発生時の対応も定めています。火災時の避難訓練は年4回(夜間想定2回)実施しています。年1回は消防署員による指導・訓練を受けています。備蓄は施設内に整備していないが、近くのコンビニエンスストアとの連携を考えているとのことでした。近くの小学校で行われた合同訓練に参加しています。運営推進会議で水害対策(二次避難所)について話し合っています。</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

#### 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. 事業所のスローガン「自由気ままな住まいづくり」や「ケア方針の三原則」に、高齢者の尊厳・主体性の尊重・自立支援を明示しています。職員の人権意識の向上を図るため、法人が法律家による人権学習会や高齢者虐待防止に関する学習会を開催しています。「標準ケアマニュアルチェックシート」を使って身体拘束禁止に取り組んでいます。</p> <p>32. 全室個室の居室入口に名札を貼らず、ドア脇に備え付けた飾り棚に小物を置き、本人が自宅を判別出来る様に工夫しています。事業所の造りがプライバシー保護を重視した構造となっています。又、理念・方針、接遇等の研修介護マニュアル等で、利用者のプライバシー保護に関する内容を周知しています。</p> <p>33. 利用者の受入については、判定基準「入退所基準」に基づき公平・公正に行っています。</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てている。	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. 市職員・包括支援センター・町内会長・サービス向上提言委員会(地域の第三者)・利用者・家族等をメンバーとする運営推進会議に、利用者満足度調査の結果やヒヤリハット事例・事故のデータ等を公表しています。利用者満足度調査の結果と苦情相談受け付け用紙で受け付けた利用者の苦情や意見は、評価・検討の上、利用者にフィードバックしています。また、施設介護計画作成時のアセスメントで、定期的に利用者・家族と面談し意向を聴取しています。</p> <p>35. 法人グループの年誌「1年のあゆみ」に利用者の苦情に関する要点と対応を公表しています。利用者の意見が採用された2~3の事例を利用者本人から伺うことができました。</p> <p>36. 相談・苦情への相談窓口の対応は、重要事項説明書に記載し、利用開始時に説明しています。「運営推進会議」のメンバーである地域のサービス向上提言委員会が苦情窓口(第三者委員)の役割を担っています。今年1月より、質の向上に向けて、利用者の声を事業所に届けてくれる介護相談員2名を受け入れています。</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てている。	A	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	A

		(評価機関コメント)	<p>37. 満足度調査・嗜好調査を実施しています。アンケート項目は運営推進会議の意見を参考に作成しています。調査結果は玄関掲示板に開示し、利用者家族に郵送しています。又、運営推進会議や法人の総合情報誌「1年の歩み」等で公表しています。</p> <p>38. 法人グループの事業所リーダーで構成する「職場別代表者会議」で得た情報を各自が事業所の「サービス向上委員会」に持ち帰り、事業所の質の向上に役立てています。又、年2回開催の「小地域ケア会議」に参加し、周辺の他事業所の取り組みを参考にしています。</p> <p>39. 第三者評価受審は今回が初めてです。事業所独自で自己評価を行い、評価結果を次期事業計画に反映しています。法人の総合情報誌「1年のあゆみ」に、当事業所以外の複数の事業所が過去に受診した第三者評価と外部評価の結果を公開しています。事業所は、中長期計画の中に、今後、継続して第三者評価を受診することを明記しています。</p>
--	--	------------	--