

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

2019 年 12 月 11 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

2019 年 7 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【久美浜デイサービスセンター】様につきましては、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. 利用者にとって居心地の良い環境です 事業所は平成 19 年 2 月に開所され、すでに 10 年以上経過している施設です。 ○ 玄関をはいると館内は天井が高く開放的で、木のぬくもりや香りを感じられる施設で、全体的にどの場所も整理整頓が行きとどいています。入口すぐの事務室は、必要な書類はキャビネット等に整理され、見た目も気持ちの良い空間となっています。 ○ 施設の周辺には畑があり、利用者は各々の経験を活かし、四季折々の農作物、大根、ジャガイモ、そら豆等を育て、昼食時の食材にしています。また柿をむき、吊るし柿としておやつに食しています。利用者の残存機能の活用と生きがいがいづくりに取り組まれています。 ○ 風呂は湧出する温泉があり、入浴することで心身ともリラックスでき、体が温まることで健康増進にもつながります。温泉を楽しみにしている利用者も多くいと伺いました。入浴時のバスタオルやフェイスタオルは備え付けてあり、だれもが利用しやすい環境となっています。 2. 感染予防の対応が徹底しています ○ 最新情報の「衛生管理・感染症予防マニュアル」が整備され、感染症の対策や発症時のシミュレーション研修を感染症が流行する前に行っています。 ○ 利用者や家族にインフルエンザワクチン接種の声掛けを行い、実施状況の把握も行っています。職員も全員がインフルエンザの予防接種を受けています。 ○ 職員は、出勤時私服からユニフォームに着替え靴下まではき替えてい
-----------------------------	--

	ます。職員のユニフォームは自宅に持ち帰ることなくすべて職場で洗濯しています。感染症予防の対応が徹底しています。感染を「持ち込まない、持ち出さない、広めない」が徹底され、ここ数年は感染症の罹患はありません。 3. 人材の確保と人材の育成に優れています ○ 法人全体で約 10 名が入職され、2 名が久美浜デイに配属されています。人員の不足は、職員の労働環境の悪化に繋がり、利用者へのサービスの質の低下につながります。久美浜デイサービスセンターでは適切な人員配置により、安心して職員が働くことができ、利用者に質の高いサービスの提供ができています。 ○ 事業所の基本計画に「法人の事業計画に基づき、研修等に積極的に参加し、階層別に必要な知識や技術を身につけ、職員同士が切磋琢磨できるような職場にします」とあります。この計画にしたがい、階層別人材育成や職責に応じた知識や技能を身に付ける研修を実施しています。また、外部研修は本人の希望する研修に参加できていることを、今回の第三者評価時の職員ヒアリングでも確認しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. 利用者の意見・要望は迅速に対応していますが、内容の公開までは至っていません ○ 利用者の意向に対応した事例として、①ウォシュレット便座に変更②BSの番組が見たい利用者の要望に対してBS対応テレビの設置等、利用者の要望に応じた事例がたくさんありました。このような利用者の要望に応えた事例の公開をご検討ください。また、今回苦情の事例はありませんでしたが、利用者や家族等が苦情を伝えやすい環境かどうかも含めてご検討して下さい。 2. 利用者満足度アンケートの実施について ○ 第三者評価のアンケートによると多くの利用者や家族は、デイサービスの利用に満足されているようです。利用者満足度の調査はされていませんが、項目を定め、積極的に利用者から意向を聞くための取組みが必要です。 3. 職員全員で課題等を協議する場が必要です ○ 朝礼・終礼では、日々の活動の報告・連絡や事業所内の研修報告等が効率よくコンパクトに行われています。また、業務担当職員間で業務内容の点検も行われています。しかし、業務上重要な課題や問題点については、

	職員全員が意見を出し合い協議する場が必要です。
具体的なアドバイス	1. 利用者の意向（意見・要望・苦情）に対する改善内容の公開について 利用者の意向を確認し、対応して終了ではなく、その内容について、事業所の「掲示板」や「広報紙」「ホームページ」等で利用者・家族等に公開することが必要と考えます。しかし、内容によっては個人が特定されたり、不利益を蒙ることが予想されたりする場合は、個人情報やプライバシー保護の観点から十分配慮し、公開を検討していただきたいと思います。 公開することで、事業所の透明性を示すことができ、サービスの質の向上に努力している姿勢を示すことができるのではないのでしょうか。また、より信頼性が高まるのではないのでしょうか。今後の公開に期待いたします。 2. 利用者満足度アンケート調査の実施について 「利用者アンケート」実施後、結果を報告して終わりということではなく、利用者ニーズの傾向の把握、改善に向けた課題などを明らかにする目的で実施されてはいかがでしょうか。貴事業所の基本計画「常に利用者の視点を念頭におき、明るく笑顔で満足していただけるサービスの向上に努めます」の実現につながると思います。そのためには「サービス向上委員会」（仮称）などの内部組織を立ちあげ、検討・協議する機関として位置付け機能化させていくことを望みます。 アンケートの形式ですが、利用者・家族等に負担をかけずに有益な生の声を得るための方法を考えて下さい。また、利用者・家族等が答えやすい質問項目を作成して下さい。 是非とも、アンケート調査を実施されることを望みます。 3. 職員全員で課題等を協議する場について 毎日の朝礼・終礼での話し合いにより日々の業務は円滑に運営されていますが、業務上重要な課題や問題点については、日々の話し合いだけで終わるのではなく、計画策定や目標設定に繋がるものとして全職員が認識し、意見を出し合い協議する場を設ける必要があります。

※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	2 6 7 2 4 0 0 0 2 1
事業所名	社会福祉法人 北丹後福祉会 久美浜デイサービスセンター
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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	2019年10月29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 法人理念や行動指針を明確にし、理念は玄関や事務所内に掲示しています。パンフレット、ホームページ等にも理念を記載しています。職員は朝礼で理念の唱和を行い、意識して業務を行っています。また、年度当初には施設長が年度計画の説明時に理念と事業の関連を伝え、理念に基づいたサービスの提供に繋がっています。 ② 法人の理事会は定期的開催され、施設長が事業計画、事業報告等を説明しています。組織図、業務分担表、業務分掌表が職員に配布されています。運営規程で各職務に応じた権限を規定しています。年1回職員ヒアリングを行い、職員の意向を確認し反映する仕組みがあります。		
(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質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 法人は中・長期目標を定め、事業所の単年度計画や達成目標を定めています。半期に一度振り返りを行い、状況に応じて計画の見直しをしています。計画策定時には多角的な視点から課題を設定し、職員は意識して目標達成に取り組んでいます。 ④ 事業所の「基本計画」に基づき、達成目標を設定し取り組んでいます。半期に一度管理者や職員で「基本計画」の振り返りを行い、内容を朝礼で伝達しています。年度末には最終評価を行い理事会で報告し、次年度の計画策定に活かしています。		

(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)		⑤ 施設長は、京都府集団指導等に参加し必要な最新の法令を収集しています。報酬改定資料等は、誰もが調べられるよう書棚に保管しています。法令等重要な情報は朝礼・終礼で周知し、詳細はPCでも確認することができます。職員向け法人情報誌「ガーベラ通信」にも記載し周知しています。 ⑥ 組織図・職務分掌表で責任と役割を明確にしています。朝礼・終礼は施設長・管理者が出席し意見を述べています。管理者等を評価する仕組みはありませんが、年1回職員に個別面接を行い意見を聞く機会を作るなど、意見の言いやすい環境づくりに努めています。そのことが今回の第三者評価のヒアリングでも確認できました。 ⑦ 管理者は現場を直接管理し、施設長は2か所のデイサービスを兼務していますが、随時実施状況を把握しており、具体的な指示が行えています。事業所を離れる際は、携帯電話で連絡が取れるようにしています。緊急連絡網を作成し、業務時間外でも連絡が取れるようにしています。		

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	A	
	(評価機関コメント)		⑧ 地域での人材確保に努力されています。企業合同説明会には、経験年数の浅い職員も参加し、同世代へのアピールを行うことで人材確保に貢献しています。採用後の各種資格取得については、法人内で介護福祉士の試験対策講座を月に1回開催し、研修費や受験費用等の補助があり、資格取得後は資格手当があります。研修参加時は勤務調整を行い、職員の資格取得を支援しています。 ⑨ 階層別人材育成計画、年間研修計画があり、職員の職責に応じた知識や技能を身に付けることができるようにしています。また、外部研修は本人の希望する研修に参加できています。朝礼・終礼を利用して職員間で意見交換し学びを深めています。新人職員には1年間トレーナー制度を導入しています。 ⑩ 実習生の受け入れマニュアルは整備され、基本姿勢も明文化されています。事業所では、地域の中学生の福祉体験学習や高校、専門学校の実習生を受け入れています。			

(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)		⑪ 有給休暇は時間単位で取得でき、子供が6歳までは看護休暇があります。時間外労働はほとんどありません。育児・介護休業の実績があります。有給休暇消化率は、70～80%で管理者と総務で管理しています。職員の動作負担軽減のため、移動支援補助具のスライディングボードやグローブ等を活用しています。 ⑫ 職員にはメンタルヘルスケアの相談窓口「共済会のカウンセリングサービス」の情報を事務所に掲示し、法人情報誌「ガーベラ通信」でも周知しています。共済会や親睦会の福利厚生があります。就業規則にハラスメント規定が明記され研修も行われています。職員の休憩室があり、休憩時間が守られています。			
(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)		⑬ 法人のホームページは、事業所情報が詳しく分かりやすく掲載されています。フェイスブックやInstagramでも情報を発信しています。久美浜地域住民を対象に「ゆうゆう介護塾」を開催し、薬の知識と情報、パッキングの実演等を行い50名程の参加がありました。また、法人の佐濃デイサービスと合同で「来て見てデイ」を年2回開催し、デイサービスで人気のレクリエーションの実施や福祉車両の体験等で、地域との関わりを密にしています。ボランティアによる行事の支援もあります。 ⑭ 地域貢献として、出前サロン、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ等を行っています。地域ケア会議にも参加しています。送迎車に青色回転灯を装備するなど、地域住民の健康と安全を守るために貢献しています。			

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 事業所情報は、パンフレットやホームページに記載しています。利用者（希望者）には、サービス内容やデイサービスの様子を詳しく説明しています。問い合わせや見学には随時対応し、見学記録簿も確認できました。				
(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 重要事項説明書やパンフレットでサービス内容・料金等を説明後、同意を得ています。施設玄関カウンターに運営規定等のファイルを設置し、必要時は説明しています。成年後見制度等への対応もしています。				

(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)		⑰ 利用者の生活状況や心身状況を確認し、利用者・家族から興味・希望を聞き取りアセスメントを行い記録しています。個別機能訓練計画書や口腔機能改善管理計画書は、3ヶ月毎に自宅訪問し再アセスメントしています。主治医、専門家との連携は、ケアマネジャーを通じ情報共有しアセスメントを行っています。 ⑱ 居宅サービス計画を基に、利用者・家族の希望を尊重して通所介護計画書を作成し、同意を得ています。利用者一人ひとりに対する個別援助計画に具体的な目標が設定されています。カンファレンスには、本人や家族の参加があります。 ⑲ 個別援助計画の策定にあたり、利用者のリハビリの様子を見学したり、理学療法士等専門家の意見を参考にしています。サービス担当者会議や退院時カンファレンスに生活相談員は必ず出席し、多職種の意見を聞き、計画に反映しています。 ⑳ 個別機能訓練については3か月毎の自宅訪問で現状確認を行い、必要時は計画を見直しています。通所介護計画書も、3か月毎に見直しています。退院時や介護状態に変化がみられる場合は、ケアマネジャーと相談し計画を見直しています。			
(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、病院ほか関係機関とは、連携体制が確保されています。特に京丹後市立久美浜病院とは常に連絡を取れる関係に有り、地域連携室を通して情報の共有に努めています。利用者の退院前にはカンファレンスに参加し、医師との連携を図っています。			

(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)		② 業務マニュアルは法人総務課で作成され、毎年見直しを実施し、見直し期日の記載も確認できました。マニュアルの変更箇所は職員に周知しています。事故やヒヤリハットの分析を行い、結果を職員に伝え、事故防止につなげています。 ③ 利用者一人ひとりの状況やサービス内容は、整理され記録されています。記録の管理の重要性は、個人情報保護の研修を通して徹底しています。机上に個人ファイルを置くことも禁止し、閲覧後は速やかにロッカーに片付けています。育児休業中の職員に対しても、法人情報誌「ガーベラ通信」を郵送し周知しています。記録保管、保存、廃棄は、規定通り行っています。 ④ 朝礼や終礼時に、利用者の情報を共有し記録しています。利用者送迎後、家族からの利用者情報や送迎中の利用者の様子を、申し送り簿に記載し、情報共有しています。新規利用者情報、カンファレンス情報は、朝礼時に出勤者全員に伝達しています。不在者には資料を回覧し、確認印で伝達の有無を確認をしています。 ⑤ 利用者家族には、送迎時に利用者の自宅での様子を伺うとともに、帰宅時にはサービス提供時の状況を伝えています。不在時には、後刻、電話で報告し、希望者には、連絡ノートでも情報交換をしています。		
(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	A
(評価機関コメント)		② 最新情報に基づく「衛生管理・感染症予防マニュアル」が整備され、感染症の対策や発症時のシミュレーション研修を、感染症が流行する前に行っています。感染症に罹患している利用者の受け入れは、原則個室対応とし、家族の状況等勘案し個別対応しています。利用者・家族にインフルエンザワクチン接種の確認を行っています。職員には、インフルエンザ予防接種の補助金があり、全員予防接種を受けています。また、職員は出勤時ユニフォームに着替え、靴下もはき替えています。職員のユニフォームは自宅に持ち帰ることなくすべて職場で洗濯する等、感染症予防の対応が徹底しています。 ③ 事業所内の物品の整理整頓は担当者を中心に行われ、清掃は担当職員を配置しています。水回りの清掃は特に念入りに行っています。害虫駆除は毎月専門業者に委託しています。また、空気清浄機を設置するなど臭気対策にも配慮しています。		

(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。	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)		㊸ 緊急時対応マニュアルは職員に周知され、指揮命令系統も明らかなです。全職員が上級救命講習や普通救命講習を受講しています。窒息時を想定したシミュレーション訓練もしています。「救マーク認定事業所」として認定を受けています。 ㊹ 事故発生時には、マニュアルに基づき適切に対処されています。事故やヒヤリハットは、速やかに報告・分析・検討を行い、再発防止やサービスの質の向上に取り組んでいます。 ㊺ 非常災害対策マニュアルが作成され、職員に周知しています。避難訓練は年2回実施しています。訓練前にはマニュアルの確認やシミュレーションを行っています。自然災害発生時に備え、備蓄があります。災害発生時の応援協定を京丹後市と結んでいます。			

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)	③① 法人理念に「個人の尊厳を重んじ、利用者の立場に立ったより質の高いサービスを提供し地域社会での生活を支援します」と明示し、職員は理念を意識したサービスの提供を行っています。毎年虐待防止研修には職員全員が参加しています。朝礼時に尊厳の保持や虐待防止について、施設長から職員に対して周知しています。 ③② プライバシーの保護や羞恥心については、朝礼時や全体研修で職員に周知しています。排泄時や入浴時には、カーテン・衝立を活用し、利用者が希望時は同性介助をしています。利用者や家族と話し合いをする際は、プライバシーに配慮して相談室で行っています。 ③③ 利用申し込みを断ったことはありません。定員に達していてすぐに利用できない場合は、その旨を説明し、適時、利用可能日の情報を提供しています。				

(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てている。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		③④ 利用者の意向は、送迎時やサービス提供時、モニタリング時に確認し、その内容を申し送り職員に伝達しています。玄関に投書箱を設置し、記入用紙と筆記用具を準備しています。利用者の要望、相談、苦情の記録と対策は、業務日誌に記録されています。利用者の意向を確認するための定期的な利用者相談は、行ってはいませんでした。 ③⑤ 利用者の意向（意見・要望・苦情）には、苦情処理対応マニュアルに基づき迅速に対応しています。また、相談・苦情受付書に記録し職員に周知し再発防止に努めています。苦情等の受付や改善状況については、今後公表する予定にしています。 ③⑥ 重要事項説明書等に公的機関の苦情窓口を紹介しています。京丹後市では介護相談員や市民オンブズマン等の配置はありませんが、第三者を受け入れる姿勢はあります。		

(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	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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		③⑦ 利用者送迎時や相談苦情受付簿等により、利用者の思いを聞きとっていますが、利用者満足度に関するアンケート調査は実施していません。サービスの質向上のためにも利用者満足度調査の実施を望みます。 ③⑧ サービスの質の向上について、各種委員会で検討し実施しています。京丹後市福祉サービス事業者協議会主催の高齢者部会に相談員が出席し、情報交換をしています。会議は必要に応じ行っていますが、デイサービス職員の全員会議は朝礼・終礼が中心で、別途、職員全員で協議する機会が必要です。 ③⑨ 事業所内に業務担当を設け、年1回業務ごとの話し合いをしています。検討結果は各委員会の次年度の目標計画に反映させています。年度終了後に、理事会において目標に対する評価結果を報告しています。第三者評価を3年毎に受診されています。		