

アドバイス・レポート

令和 2 年 8 月 2 8 日

令和元年 1 1 月 1 3 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木津芳梅園につきましては、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>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>(通番 8) 質の高い人材確保 採用活動チームをたちあげ就職フェアなどで人材確保等を計画的に進める仕組みがあります。また、ホームページに動画を掲載したり、フェイスブックを頻繁に更新し、広報に努めています。 採用後の資格取得については、費用負担や勤務上の配慮、昇給の実施など資格取得を支援しています。 人材育成については、キャリアパスの育成計画に基づき、研修や O J T も行っています。</p> <p>(通番 1 1) 労働環境への配慮 有給休暇の取得状況は総務部において把握しています。タッチオンタイム、スマートフォンを活用した管理システムを活用してデータ管理をしており、本人も把握できるようになっています。育休、産休、介護休暇等パート職員含め多数の職員が取得しています。また、職員の負担軽減に繋がるような取り組みとしてリフトやスタディングマシンなどの福祉機器のほか業務の効率化のための I C T の活用、インカムを導入しています。</p> <p>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成 「介護全般にかかるマニュアル」、「フロア業務マニュアル」を整備するとともに、「委員会構成表」にてマニュアルの見直し基準が定められています。また、見直しにあたっては事故防止委員会等からマニュアル委員会へ具体的な見直し案が提案され、反映できる仕組みになっています。</p> <p>(通番 2 4) 職員間の情報共有 利用者の情報共有において、1 日 3 回の申し送りだけでなく、フロアごとに申し送りノートが整備されており、また SNS (ラインワークスアプリ) を活用してタイムリーな情報共有を図っています。また、利用者の支援についてのカンファレンスを毎月開催し職員間の意見集約を行っていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 中長期事業計画、単年度計画を策定しています。テーマ(抱え上げない介護、プライバシー保護)を設定し、福祉用具の導入やプライバシー保護を考えるなど課題に取り組んでいます。課題は明確にしていますが実行するための数値化や体制は不十分と認識していました。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況については、家族交流会等で伝える機会を設けておられていましたが公開する仕組みを確認することが出来ませんでした。</p> <p>(通番39) 評価の実施と課題の明確化 サービス評価向上委員会にて評価結果の分析・検討を行い、課題等を拠点連絡会議にて共有した上で次年度計画に反映する仕組みがあります。また、第三者評価は定期的に受診しています。しかし、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホーム木津芳梅園は、「小規模ながらアットホームな理想郷をつくりたい」という創立者の意思を受け継いで昭和62年に開設された従来型の特別養護老人ホーム(定員50名、短期入所者4名)です。同一敷地内にはデイさーいうセンターも併設しています。</p> <p>木津川市郊外の自然豊かな地域にあり、開設以来、人に優しい組織風土を育てながら地域における役割を果たしてきました。また、職員参画のもと策定された法人理念「地域に想いを寄せて、ご利用者様と職員にとってすこやかな場所を目指す」は、実践の具体化のための指標として全職員に浸透され、当日の訪問調査においてもあいさつが徹底されており雰囲気の良いさが伺えました。</p> <p>法人においてキャリアパス制度を整備し、研修体系の確立、現場での気づきを促すOJTの仕組みの構築、資格取得の支援が行われていました。</p> <p>支援にあたっては、利用者にとっての生活の場である事を意識し「もう一つの我が家」として家庭的な雰囲気の中で安心、快適に過ごしていただける温かなホームを目指しています。</p> <p>また、「抱えない介護」について取り組んでおり、床壮行式リフトやスタンディングマシーンを導入しています。また、情報の共有についてはSNS(ラインワークス)やインカム、タブレットを活用した情報共有を行っています。</p> <p>利用者の支援とあわせ、職員の働きやすい環境を目指し、ワーク・ライフ・バランス推進宣言・認証企業を取得し、ストレス対策や産休・育休取得支援等にも力を入れています。</p> <p>地域との交流については、玄関入り口に掲示板があり、地域の情報などが掲示され、相互の交流となっています。また、小学校や保育園との交流や地域ボランティアの訪問が日常的にあり、地域と良い関係を築いています。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。</p> <p>上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記のとおりです。</p>

	<ul style="list-style-type: none">・個別援助計画については、丁寧にアセスメントを実施し、必要に応じて専門職に意見を照会するなど、専門的知見を取り入れています。作成や変更にあたっての基準や手順書は整備されていませんでした。いつ、どのようなときに計画を変更するのかをあらかじめ決めておくことで、ケースによるバラツキを防止するとともに、常に実態に即したプランに沿って支援ができることとなります。より質の高い支援を実施するためにも、あらかじめ、個別援助計画の作成や変更に係る、基準や手順書を定めておかれることをお勧めします。・各種業務マニュアルが整備されており、委員会構成表において見直し基準を定めて年1回（年度末）の見直しを実施されていましたが、見直しを行った日付は各マニュアルのページを開かないと確認できない状態でした。目次を作成する等各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる工夫をされては如何でしょうか。・施設の周りには新興住宅地が広がり、新しく移り住んだ地域住民との交流も増えてきているようですので、突然起こりうる災害に備えて地域との連携を意識したマニュアルの作成を検討されては如何でしょうか。・利用者等からの要望や苦情があった場合は、受付から解決まで、迅速に対応し、家族交流会等での報告や記録にも残しておられますが、個人情報に配慮した改善状況の公開については、確認することができませんでした。どのような苦情を受け、どのように対応したかを公表することは、利用者、家族にとっては意見を言いやすくなるとともに、施設運営に対する信頼感、安心感を高めることにも繋がります。そのためにも、改善情報を公開されることが望まれます。
--	--

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400022
事業所名	特別養護老人ホーム 木津芳梅園
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)	短期入所生活介護、通所介護
訪問調査実施日	2020年3月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 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)職員参画のもと策定された法人理念は、ホームページ、広報誌に記載され、施設内にも掲示している。職員には、入職時に説明している。家族には契約時、家族会総会等での説明、また、理念を記載した広報誌を毎月発行して理念の周知を図っている。 2)組織図、各委員会図、業務分掌表が整備されている。マネージャー会議、拠点連絡会議、事務所会議、各委員会等の階層別の会議を定期的開催し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。		
		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。	B	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)		3)中長期事業計画、単年度計画を策定している。テーマ(抱え上げない介護、プライバシー保護)を設定し福祉用具の導入、プライバシー保護を考えるなど課題に取り組んでいる。課題は明確にあげているが実行するための数値化や体制は不十分と認識している。 4)年間活動計画に伴い、年度初めに(7月～人事評価に合わせて)部署単位、チーム、個人目標を立て面談を行い、課題等を設定している。月1回のチーム会議等でチーム目標等の進捗状況を確認するとともに、各フロアに掲示して周知している。		
(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り組みを行っている。	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)集団指導や京都南労働基準協会に加盟し定期的な会議に参加するなど情報集をしている。WAMNETの閲覧を定期的に行っている。身体拘束や人権にかかる研修に参加するとともに事業所内研修も行っている。服務規程について新人研修で読み合わせをしている。しかし、関係法令のリスト化はされていない。 6)就業規則に職位・職責、理事長専決事項が記載されている。別表に階層ごとのキャリアアップのしくみが明文化されている。拠点会議、イベント等に理事長が参加している。職員の意見を聞く機会として年に1回、管理者による面談を行っている。(非常勤は主任クラスが面談(目標シートを基に)を行っている。しかし、上司に対する意見要望を聞き取るしくみはない) 7)施設長や課長、主任、日勤リーダーは携帯を所持し、出張時や夜間でも通じるようになっており、必要な指示が出せる体制になっている。非常時には、事故発生予防マニュアルの連絡体制「フローチャート」に沿って、報告し、指示を仰ぐ体制になっている。メールを活用した一斉メールの仕組みがある。日常時は、業務日誌や議事録、会議録等によって随時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。	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)		8)採用活動チームをたちあげ就職フェアなどで人材確保等を計画的に進める仕組みがある。採用後の資格取得として費用負担や勤務上の配慮、昇給の実施など資格取得を支援している。非常勤職員から正規職員への登用の仕組みがある。キャリアパスの育成計画に基づき、研修も行っている。ホームページに動画を掲載したりフェイスブックを頻りに更新し、広報に努めている。 9)法人のキャリアパス制度をもとに階層別研修プログラムのほか、事業所ごとの研修、外部研修の参加の3本立てで、職員のスキルアップを図っている。新人職員には指導職員がついて教えるOJTの仕組みがある。チーム目標をもとに職員が講師となって勉強をしあう機会がある。 10)「実習受け入れマニュアル」を整備している。介護福祉士の受け入れを行っている。実習指導者研修を受講しており、学校等と連携しながら人材育成に努めている。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		11)有給休暇の取得状況は総務部において把握している。タッチオンタイム、スマートフォンを活用した管理システムを活用してデータ管理をしており、本人も把握できるようになっている。育休、産休、介護休暇等パート職員含め多数の職員が取得している。職員の負担軽減に繋がるような取り組みとしてリフトやスタディングマシンなどの福祉機器のほか業務の効率化のためのICTの活用、インカムを導入している。 12)ストレスチェックを実施し、専門職につなげる仕組みがある。共済会に加入するとともに、親睦会など福利厚生制度を整備している。年2回の職員面談で要望、不満を汲み取り、対応、解決に繋げている。就業規則にハラスメントに関する規程が明記され、相談窓口も明示されている。休憩室、宿直室は整備されているが十分でないと感じている。		
(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)ホームページ、SNSを活用して活動内容を発信している。広報誌を年4回発行して関係機関や各自治体を通じて全戸配布を行っている。小学校、保育園との交流や日常的にボランティアの受入(傾聴、朗読、喫茶など)を行っている。地域のお祭りにも参加している。地域の情報を玄関入り口に掲示している。 14)地域ケア会議、認知症サポーター養成講座に参加し栄養相談や栄養講座を行っている。地域の方のサロン活動への送迎援助を行っている。		

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
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)ホームページやSNSでの発信やパンフレットでの情報提供を行っている。パンフレットは写真を多用することで、誰にでもわかりやすく、見やすい内容になっている。施設見学は随時対応している。		
(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)		16)重要事項説明書に細かく記載して、説明し、同意を得ている。成年後見制度等の活用については、法人内の地域包括支援センターと連携して適切に情報を提供している。後見人との契約締結の事例がある。		
(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	B
		(評価機関コメント)		17)独自のアセスメント様式(フェースシート)を用いて入所時に利用者の生活状況等を把握し記録している。主治医からの診療情報はじめ専門職と連携してアセスメントを行っている。再アセスメントも実施している。 18)利用者・家族の希望は入所契約時にケアマネジャーも同席のもと確認を行い、個別援助計画者に反映している。また、年2回の家族交流会においても定期的に意向の確認をしている。本人には担当職員が聞き取りを行いサービス担当者会議等に反映している。 19)個別援助計画の策定にあたり、主治医・看護師・介護士・管理栄養士・理学療法士等の意見を計画に反映している。 20)利用者の状態に合わせて半年～1年に1回のモニタリングを行い個別援助計画の見直しを行っている。しかし、個別援助計画を変更する基準が明確に定められていない。		
(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)利用者がかかっている主治医や入院時の医療機関との連携を図っており、サマリーの提供を受けたり、退院前カンファレンスには介護支援専門員、生活相談員、看護師、管理栄養士等が参加し情報共有に努めている。また、虐待案件や対応困難ケースにおいては、地域包括支援センターや行政機関等と連携を密に図っている。行政発行の「いきいき介護保険」を整備していつでも閲覧できるようになっている。		

(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。	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)「介護全般にかかるマニュアル」、「フロア業務マニュアル」を整備するとともに、「委員会構成表」にてマニュアルの見直し基準が定められている。また、見直しにあたっては事故防止委員会等からマニュアル委員会へ具体的な見直し案が提案され、反映できる仕組みになっている。 23)利用者の状況は介護記録システム(ブルーオーシャン)にて記録し、各職員に割り当てられたパスワードにて情報管理をしている。また、記録の保管、保存、持ち出し、破棄、情報開示に関しては「保存文書管理マニュアル」、「保存文書分類表」及び「個人情報管理規程」にて規定されている。 24)利用者の情報は1日3回の申し送りだけでなく、フロアごとの申し送りノートやSNS(ラインワークスアプリ)、タブレットを活用して情報共有を図っている。利用者の支援についてのカンファレンスを毎月開催し職員間の意見集約を行っている。 25)家族との情報交換は、年2回の家族交流会や家族会による清掃ボランティア及び家族会総会の際に行っている。また、家族会等に参加出来なかった家族には、手紙を郵送し利用者の日常の様子を伝えている。木津芳梅園だより(年4回)を家族に送付している。		
(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	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)		26)「感染予防対策マニュアル」を整備し、感染予防備品をフロア毎に準備している。嘔吐時の実践的な訓練等を実施するとともに感染予防委員会メンバーが外部研修に参加し、伝達研修を行うことで感染症に関する知識の向上を図っている。 27)施設内の清掃に関しては、清掃担当職員を置いて主に行っている。介護職員も業務の中で清掃を行い、トイレなど点検表によるチェックも行っている。臭気対策においては、各所に空気清浄機を設置するだけでなく、歯科衛生士による口腔ケアにも取り組んでいる。		
(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		28)「事故発生防止マニュアル」を整備している。事故防止・身体拘束ゼロ実施委員会が中心となり、危険予測研修(年1回)を実施している。委員会で実施する研修とは別に、新人研修や職員からの発案による勉強会も開催し知識の向上に努めている。 29)毎月開催する事故防止・身体拘束ゼロ実施委員会にて発生した事故・ヒヤリハットの集計を半期ごとに行い、事故防止策を検討した上で職員に周知を図っている。発生した事故に対して、状況や対応した方法を家族等に説明している。 30)防災委員会を設置して夜間想定消化訓練や消防署をとの合同訓練を実施している。また、民生委員や利用者も参加する形で、災害時の要避難者受入を想定した福祉避難所開設・運営訓練を実施している。「災害マニュアル」「消防計画」「BCP」「災害時事業継続計画」を整備している。しかし、地域との連携を意識したマニュアルにはなっていない。		

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
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)人権等の尊重について理念、運営方針に記載されている。また、身体拘束廃止に関する指針を設けており、身体拘束防止についての研修を年2回実施している。不適切ケアについては、「虐待の芽チェックリスト」を活用して職員の気付きの機会を持っている。</p> <p>32)プライバシーについては業務マニュアルに明記されている。人権・プライバシー保護等の研修を年1回実施されている。また、居室内の間仕切りをカーテンから壁への改修工事を実施し、プライバシー保護に取り組んでいる。</p> <p>33)利用申込については、京都府の「入所順位の判定基準」を用いて入所判定委員会を開催し、入所者を決定している。医療的ケアが必要な場合など利用申込を受け入れが難しい時には、他の介護保険施設等を提案している。</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。	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	B
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)家族に対して満足度アンケート調査を実施したり、家族交流会の前に面談の機会を設け、意見や要望等を聞き取っている。利用者の要望については、居室ごとに担当の職員を決めて、利用者からの要望等を聞き取り、対応をしている。</p> <p>35)「相談・苦情対応マニュアル」及び「利用者の意見・要望等の相談解決実施要項」を整備して、利用者の意見・要望に対する対応方法が定めている。利用者からの意見・要望等についての改善状況については、家族交流会等で伝える機会を設けているが公開する仕組みはない。</p> <p>36)傾聴ボランティアや第三者委員(地元の住職)の定期的な訪問があり、利用者の相談の機会を持っている。重要事項説明書に第三者又は公的機関等の相談窓口の電話番号等が明記されていたが、利用者の目のつきやすい方法で周知されていることが確認できなかった。</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。	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)利用者の満足度については、居室ごとの担当職員が利用者からの要望等を聞き取る仕組みはありましたが、利用者に対する満足度調査は行われていなかった。</p> <p>38)各部門の職員(施設長・管理者・リーダー・介護支援専門員・相談員・包括・訪問介護)が参加する「サービス評価向上委員会」を設置し、年4回会議の場を設けサービス改善に努めている。利用者からの意見をサービス評価向上委員会が集約し、外部の清掃の方とも連携し改善に努めておられた事例を確認した。外部研修や山城南部ブロック事例発表会で各施設の取り組みなど情報を収集している。(ICTの導入など)</p> <p>39)サービス評価向上委員会にて評価結果の分析・検討を行い、課題等を拠点連絡会議にて共有した上で次年度計画に反映する仕組みがある。第三者評価は定期的に受診している。しかし、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていない。</p>		