

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 8 月 2 4 日

令和 2 年 1 月 1 4 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みわの里につきましては、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(※)	(通番 9 継続的な研修・OJTの実施) 管理運営会議で検討し、キャリアパスに対応した新採研修や中堅研修などの階層別研修、外部研修、法人内研修、事業所内研修（非正規職員を含む）を体系化して実施しています。また、外部研修の情報を職員に周知し、外部研修も活用しながら、人材育成に努めています。職員一人ひとりの研修計画も作成されています。プリセプター制度に基づき、新人育成等のOJTを行うとともに個人目標面談を年2回実施し気づきを得られるようにしています。 (通番 13・14 地域との交流) 花壇の整備をするボランティアの受け入れや文化祭、夏祭り等のイベントのほか保育園、小学校、中学校が施設に出入りし、一緒に運動会を行うなど、交流の機会を確保しています。また、サロン、会議等で地域交流ホールの貸出を行っています。 ホームページは適宜更新されており、事業所独自にSNSで月1～2回情報発信しています。年4回1,800部発行する広報誌「季の音」を三和町内に全戸配布しています。 利用者には、散髪や服販売の日や、行事計画等の施設内の情報を提供しています。立地的に厳しい状況にある中、継続的に地域との交流を図っていることは高く評価できます。 (通番 25 利用者の家族等との情報交換) 家族との面会（年2回）の機会や年1回開催される家族会により、利用者家族との情報共有を行っています。また、広報誌と合わせて年賀状や残暑見舞いで生活の様子をお便りにして情報発信を行っています。看取りの方に関しては看取り介護報告書を送っています。
-------------------------	---

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番 2 2 業務マニュアルの作成) 施設サービスの標準的な実施方法を定めた介護業務基本マニュアルを作成して、内容は写真を多用した実用的なものとなっています。しかし、定期的なマニュアルの見直しができていませんでした。 (通番 2 3 サービス提供に係る記録と情報の保護) 日々の記録や職員が重点的に取り組む事項は、ＰＣソフト（ほのぼの）により記録されています。介護・看護業務における記録マニュアルも整備されており、記録の書き方に係る研修も行っています。また、個人情報保護規程及び開示請求に関する仕組みを整備するとともに個人情報保護の研修も毎年行っています。しかし、記録に関する文書保存について規程はありますが持ち出しの規程はありませんでした。 (通番 3 9 評価の実施と課題の明確化) 第三者評価は 3 年に 1 回受診しています。毎年、自主点検や事業計画の進捗状況に係る評価は実施しており、課題を次年度の事業計画に反映させていますが、定められた評価基準に基づく評価の実施は確認できませんでした。
具体的なアドバイス	特別養護老人ホームみわの里は、福知山市三和町の自然豊かな地域にあり、平成 1 7 年に開設された特別養護老人ホーム（定員 5 0 名）でショートステイ、デイサービスセンター、グループホームを併設しています。法人理念「思いをかたち」のもと施設運営の六方針を掲げ、利用者一人ひとりの「思い」をかたちにするためによりよいサービスの提供に努めておられました。また、訪問日において施設長のリーダーシップのもと、職員のチームワークの良さが伺えました。 事業所の入り口を入るとエントランスと地域交流ホールがあり、長い廊下が続き、開放的な空間となっています。また、広い敷地内にはゲートボールなどが楽しめる広場があります。居室は、全室個室となっており、各部屋は洗面所付きの洋間で1ユニットには3つのトイレが設置されています。 支援においては、介護予防に努めるとともに持てる力を発揮した生きがいある生活を支援することを掲げて、個浴の推奨や食事もキッチンを利用した家庭的雰囲気の中で季節感のある食事の提供等に努めておられました。また、移動図書館や移動購買など生活を豊かにするための取組も行われていました。 職員の人材育成にあたっては、キャリアパスの仕組みが構築され、研修体系やキャリアパス制度、プリセプター制度や現場での気づきを促す O J T の仕組みの構築、資格取得支援や産休・育休取得支援などにも力を入れていました。 事故の再発防止についても、危険予知の研修を位置付けるとともに、ヒヤリハットが年間400件以上あり出しやすい風土や仕組みを構築して組織的に分析・検討を行い、迅速に対応されており、高く評価できます。 利用者や家族の声にも真摯に耳を傾けるために年1回サービス利用者満足度調査を行うとともに年2回家族面接（年2回）や懇談会（年1回）を開催しています。また毎月送付広報誌と

	合わせて年賀状や残暑見舞いで生活の様子をお便りにして情報発信を行っています。。看取りの方に関しては看取り介護報告書を送っています。こうした利用者の日常の様子を伝える等の継続的な取り組みは、家族との信頼関係の構築につながっています。 個別援助計画の策定については、ケアマネジメントマニュアルを作成し、写真を活用をしてわかりやすくする工夫とともに23項目の独自に作成したアセスメントシートを活用して個別援助計画の策定がおこなわれていました。 地域との交流については、交流がしやすい立地の中でみわ里カフェやみわの里文化祭などの行事を通じての交流、陶芸ボランティアや日常的に中庭の花壇の整備にボランティアを受け入れる等積極的に交流を図っています。また、法人として地域貢献活動委員会を組織して認知症サポーター養成講座や認知症カフェなど積極的に地域に出向いています。 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。 具体的なアドバイスは下記のとおりです。 ・事業計画について職員の参画の中で策定をし、PDCAサイクルに基づく実行がなされていました。評価するにあたってより具体的な内容、数値化して示すなどをされると到達度等がより明確になると思われます。 ・業務マニュアルは整備されており、見直し基準を定めて見直しがされていましたが、各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる「見直しチェック一覧表」等を作成し表紙に貼るなどして、見直し時期が分かりやすい工夫をされてはいかがでしょうか。
--	---

※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	2671900252
事業所名	特別養護老人ホームみわの里
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（予防含む）、通所介護（予防含む）、 認知症対応型共同生活介護（予防含む）、認知症対応型通 所介護（予防含む）、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和2年3月17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)経営理念が明文化されており、ホームページ及びパンフレットに記載するとともに事業所内に掲示している。名札の裏に携行、玄関・ユニットなど、職員や利用者が目につくところに掲げるなどして浸透を図っている。職員には採用時や事業計画等に記載し事業所会議にて周知し配布している。広報誌「季の音」に理念を記載して周知している。また、家族へは入所時及び年1回の家族会で説明し、欠席者へは郵送している。 2)「組織図」「会議・委員会一覧」において、組織構成が明示されている。「業務処理の決済手順」に、各々の役割・権限が明記されている。理事会・評議員会、月1～2回の幹部会議、管理運営会議、年1回程度の職員全員が集まる運営会議を開催し、各階層ごとの意見を反映するとともに各ユニットの職員の声を拾い上げている。			
(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)		3)5年間計画を策定するとともにそれをふまえた単年度事業計画を策定し、運営会議で全職員に周知している。計画は、ユニットごとに課題、目標を設定したものとなっている。単年度事業計画は4半期ごとに評価を行っている。 4)各部門ごとに、現状把握、課題設定がなされている。4半期ごとに評価を行っている。また、当事者意識を持ってもらうために、一般職員にも評価者となってもらっている。			
(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。	A	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。	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)情報収集は、シミズグループが3月に1度開催する「事務担当者責任会議」、集団指導、京都府老人福祉施設協議会、ワムネット等で積極的に行い、各職員がいつでも見られるようにしている。総合施設長が「施設長研修」を受講している。身体拘束、虐待防止の全員研修を実施している。個人情報保護、成年後見制度の研修も実施している。福祉関係以外の法律改正等を総務課が把握している。しかし、法令等のリストなど明文化したものは確認できなかった。 6)「業務処理の決裁基準」で、管理者の権限を明確化している。運営方針を決定する際には、管理運営会議等に参加し、経営責任者が意見を述べている。非常勤も含めた全職員を対象にした「職員アンケート」で全員が考えている施設課題の改善案を出す仕組みや、経営責任者等の評価を把握し、必要に応じて個別面談をする仕組みがある。「職員アンケート」の裏面項目は、「経営層しか見ない」ことを周知し、職員が自由な意見を出しやすい工夫をしている。 7)日常時は管理者3人が同時に不在になることを避け、3人とも不在の際に緊急事態が起こった際には、すぐに誰かが駆けつけるようにしている。法人全体の緊急連絡網と各事業所の緊急連絡網が整備され、それに基づき連絡ができる仕組みがある。看護師はオンコール対応としている。日常の支援記録、ヒヤリハット報告等は総合施設長が全てを読んでいる。介護ソフト「ほのぼの」を使い情報共有を図っている。			

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)		8) 事業計画等で適正な人員配置を定め、人材の育成、配置を強化する旨定めている。資格取得にあたっては合格後の受験料の一部補助、手当支給等の支援をしている。 9) 管理運営会議で検討し、キャリアパスに対応した新採研修や中堅研修などの階層別研修、外部研修、法人内研修、事業所内研修（非正規職員を含む）を体系化して実施している。外部研修の情報を職員に周知し、外部研修も活用しながら、人材育成に努めている。職員一人ひとりの研修計画が作成されている。プリセプター制度に基づき、新人育成等のOJTを行っている。個人目標面談を年2回実施し気づきを得られるようにしている。 10) 実習生の受け入れマニュアルを整備し受け入れを行っている。実習担当者は、実習指導者講習を受講している。地元中学生の体験学習、保育園、小学校、中学校との交流は随時行われている。			
(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)		11) 有給休暇の取得率や超過勤務の状況は、事務局において把握している。「有給休暇取得票」に基づき、取得状況を把握し、給与明細で残日数等を示し、計画的に有給休暇を取得できるよう図っている。時間外勤務や休暇取得状況を分析し安全衛生委員会毎月報告している。時間外勤務時間数が月20時間を超えた職員には、その理由・課題と改善策を書面で提出してもらうようにしている。育児休暇等の取得実績もある。職員の負担等の軽減についてスライディングボードを活用している他、Nスキャンという見守り支援システムの導入を計画している。 12) 外部講師を招き、メンタルヘルスの研修を実施している。年1回ストレスチェックを全職員に実施し、必要に応じ産業医への相談を実施している。目標設定等の職員面談や職員アンケートを実施し、意向や要望を吸い上げている。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入している。休憩するスペースや「家族室」で休憩がとれるようにしている。宿直室は十分な広さが確保されている。就業規則やハラスメント規程に基づき、相談する仕組みがある。			
(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) ホームページは適宜更新されている。事業所独自にSNSで月1～2回情報発信している。年4回1,800部発行する広報誌「季の音」を三和町内に全戸配布している。パンフレットは市役所等に配架している。認知症カフェをする際、地元自治会に案内をしている。利用者には、散髪や服販売の日や、行事計画等の施設内の情報を提供している。文化祭、夏祭り等のイベントのほか保育園、小学校、中学校が施設に出入りし、一緒に運動会を行うなど、交流の機会を確保している。 14) 地域貢献委員会を設置して認知症カフェ、サポーター養成講座、介護相談、出前講座を実施している。委員としても派遣している。サロン、会議等で地域交流ホルの貸出を行っている。			

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) ホームページやパンフレット作成し必要な情報を周知している。事業所内にも配架している。情報の公表制度の公表は事業所内の掲示とネットで周知している。見学者に対しては、見学対応用に「入所までの流れ」「入所指針」「料金表」一式をセットを用意をしている。見学希望者には、必ず職員を配置して適宜対応をしている。利用相談受付表に記録をしている。			
(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) 重要事項説明書によりサービス内容を説明している。個人情報同意書、料金表など一式を用意し、わかりやすく説明して合わせて同意を得ている。成年後見制度を利用している実績もある。権利擁護にかかる資料を玄関に配架している。			
(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) 特養・ケアマネジメントマニュアルに基づく独自に作成したアセスメントシートによりアセスメントを行っている。3か月に1回のモニタリング時に再アセスメントを行っている。 18) 利用者や家族の状況や希望など、聞き取った内容に基づき個別援助計画を策定している。入所面接時に聞き取りを行っている。サービス担当者会議には、高齢や遠方のため参加できない方もあり、むずかしい場合は聞き取りを行い希望等を反映している。 19) サービス担当者会議は6か月に1回開催している。医師から聞き取った専門的知見を看護師が記録に残し、計画の作成時に反映している。その際にはケアマネ、管理栄養士、看護師、介護職員等専門職の意見を取り入れている。看取り時には毎月行っている。 20) 3か月ごとにモニタリングを行い、必要な見直しを行っており、区分変更時、更新時には再アセスメントを実施している。評価基準・計画変更基準については、特養・ケアマネジメントマニュアルで定めている。			
(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) 嘱託医と看護師が常に連携し、必要に応じサマリーの入手及び退院前カンファレンスに参加している。福知山市が発行している手引き「みんなではぐくむ介護保険」で関係団体の連絡先を把握している。虐待ケースを通じての連携や市連協（月1回）を通じた関係機関同士の協力体制がある。			
(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。		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	B
	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) 施設サービスの標準的な実施方法を定めた介護業務基本マニュアルを作成している。写真を多用した実用的なものとなっている。しかし、定期的なマニュアルの見直しができていない。 23) 日々の記録や職員が重点的に取り組む事項は、PCソフト（ほのぼの）により記録されている。介護・看護業務における記録マニュアルが整備されている。記録の書き方に係る研修も行っている。個人情報保護規程及び開示請求に関する仕組みがある。個人情報保護の研修も毎年行っている。しかし、記録に関する文書保存規程はあるが持ち出しの規程はない。 24) PCソフト（ほのぼの）を活用して、職員間での情報共有がされている。朝礼、夕礼時、PCを見ながら申し送りを行っている。ケースに関してはユニット会議で利用者支援についての意見集約を行っている。現場においてIPADも導入している。 25) 家族との面会（年2回）の機会や年1回開催される家族会により、利用者家族との情報共有を行っている。広報誌と合わせて年賀状や残暑見舞いで生活の様子をお便りにして情報発信を行っている。看取りの方に関しては看取り介護報告書を送っている。			

(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) 法人内の感染防止委員会を設置し「感染予防マニュアル」及び感染症別のマニュアルを作成するとともに定期的に見直しを行っている。研職員全員研修を実施している。職員掲示版に最新の情報を提供している。 27) 清掃担当する職員を配置し、施設内の衛生管理を行っている。また、細かいところはユニット内職員が行いチェックリストをつけている。臭気対策、感染防止のため換気を定期的に行っている。施設見学において、備品は整理整頓され、安全に保管されていることを確認した。			

(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)		28) 事故防止、緊急時対応マニュアルを整備するとともに、指揮命令系統が明示されたフローチャートにより職員に周知を図っている。緊急時対応研修を行い、マニュアルの内容確認も行っている。危険予知訓練（年2回）を行っている。 29) ヒヤリハット報告が年間400件以上あり出しやすい風土や仕組みを構築している。毎月の管理運営会議の中で対策を検討し、共有を図っている。発生した事故内容は、速やかに行政に提出している。 30) 防災マニュアル及び消防計画を策定している。年2回防災訓練（総合、夜間想定）を実施している。防災の日に自治会の訓練。備蓄を100名分3色3日分常備している。福祉避難所の指定を受けている。			

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	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) 人権等の尊重は理念に明記されており新人研修等で説明をしている。事業計画にも明記して周知している。身体拘束廃止や不適切ケアについて意識を向ける取り組みを行っている。人権や虐待防止に関する研修は外部講師を招いて行っている。虐待チェックリストを行ったことがある。 32) 不適切ケアの振り返りにおいて、プライバシー保護に関する話し合いを行っている。入浴介助マニュアル等にも明記してプライバシー保護に取組んでいる。 33) 毎月、入所指針に基づき、入所の必要性を評価する基準に基づき入所判定会議を開催して、公平・公正に利用者を決定している。				
(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)	34) 年1回開催する家族会やモニタリング時などを通じて、利用者の意向や意見等を吸い上げている。また、満足度調査（年1回）を行っている。まとめた結果は家族会で報告をしている。意見箱の設置も整備している。 35) 苦情解決に関する規程を整備している。苦情解決委員会を整備して外部委員を交えて定期的（3月）に開催している。意見をはじめ、利用者等からの要望や苦情があった場合は、規程に基づき受付から解決まで迅速に実施している。受け付けた記録は苦情記録票に記録している。個人情報に配慮した改善状況の公開については広報誌にて添付して配布している。 36) 行政機関等の窓口は、重要事項説明書に記載して周知している。また、第三者委員を配置し、玄関に連絡先を明示している。介護相談員を受入れ、利用者等からの意見を組み取っている。				

(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。	A	B
(評価機関コメント)		37) 毎年、利用者へのアンケート等を実施し家族会で報告、広報誌に添付して配布している。 38) 市連協の繋がりの中で他施設の取り組みについて情報収集し、自施設の取り組みの参考にしている。 39) 第三者評価は3年に1回受診している。毎年、自主点検や事業計画の進捗状況に係る評価は実施しており、課題を次年度の事業計画に反映させているが、定められた評価基準に基づく評価の実施は確認できなかった。		