

アドバイス・レポート

R 7 年 2 月 2 3 日

令和 7 年 1 月 2 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（日本のちの花協会）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>通番1. 理念の周知と実践 3つの理念「認知症があっても、最期までさびしくない環境を保つ」「自分の子供世代や、新人スタッフの視点で、ケアを工夫する」「自分自身、利用者、職員、他全ての関係者との調和を図る」を掲げています。創業者の精神を引き継ぎながら時代に沿った検討を重ね、工夫されたことが伺われます。創業者発案の「いのちの花語録」（カード）の中から全職員の投票で選んだ31のカードをケアの基本方針（8項目）ケアマネジメント方針（11項目）につなげています。「利用者の尊厳を守ること」だけでなく「職員の尊厳も守る」ことで未来につなげています。またBCP(事業持続化計画)の視点も全職員に周知し、実践しています。理念に基づいたケアを提供し、職員は看取り後の振り返りレポートを提出するなど、全員で利用者に寄り添い職務を共有する姿勢が見受けられました。</p> <p>通番8. 総合的な人事管理 職員採用時、面接希望者に仕事に対する価値観を聞き取っています。次世代に引き継ぐことを最優先にし、名前が覚えやすいよう顔写真入りの出勤表を手作りするなどの工夫をされています。人事評価を先輩の基準だけで評価するのではなく、定期面接で精神的ケアもする等、職員間の調和と信頼関係を重要視しています。職員が段階的に成長できるようにキャリアパス制度を導入しています。</p> <p>通番14. 環境の整備、地域への発信 施設内にリビングルームを設け、利用者がいつでも気軽に利用できる環境にしています。「リビングルームに行けば、同じ空間に誰かが居ることで生きる強さにつながる」をモットーとしています。活動は書道・ヨガ・麻雀等、多岐にわたり、利用者同士の交流、自身の意欲の向上につなげています。これらをホームページ、パンフレット、SNSなどで地域に発信し、認知症、いのちについての理解を深めることに努めています。なお、ここで作成したパンフレットが</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>通番25. 業務マニュアルの作成 「ケアマネジメントの方針」・「ケアマネルーチン業務手順」に沿ってサービスを提供し、必要に応じて更新しています。今後は更新の記録を残していくことを望みます。</p> <p>通番41. 第三者への相談機会の確保 第三者委員は福祉サービスの苦情解決制度において、客観的な第三者の視点を取り入れるとともに、利用者、家族の声を聴き取る役割を期待されています。公的機関および第三者を相談窓口として設置されてはいかがでしょうか。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2070600028
事業所名	日本いのちの花協会
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	なし
訪問調査実施日	令和7年1月23日
評価機関名	特定非営利活動法人 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思決定を行い、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. 3つの理念「認知症があっても、最期までさびしくない環境を保つ」「自分の子供世代や、新人スタッフの視点で、ケアを工夫する」「自分自身、利用者、職員、他全ての関係者との調和を図る」を掲げ、利用者の環境の設定に配慮している。職員の育成で職員に周知している。理念の変更は、職員会議において職員総意で変更している。また、ケアの方針は理念に基づき8項目で構成している。サービスは理念とケア方針に基づき提供している。 2. 運営方針は、職員のほぼ全員が参画する各種委員会で構成する責任者会議で協議決定している。		
(3) 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把握と目標の設定	4		各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 中長期計画(2024-2028)と短期事業計画(2024)を策定している。5月に6部署それぞれが前年度を振り返り、事業計画に沿っていたか確認している。各部署のミーティングで責任者それぞれが問題点と課題を検討し、その内容を各事業所の職員がコミュニケーションツールで共有している。 4. 各部署毎に目標を設定し達成度を確認している。ケアに係る課題を整理し、各部署の職員に確実に伝え、目標達成につなげている。効率化により空いた時間を新たな業務に充てたり、他社の介護サービスを導入したりすることができている。		
(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	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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. 各種の新聞やコミュニケーションツール等で遵守する法令などの情報を伝えている。また、直ぐに対処できるように介護記録システムの掲示板を活用している。職員が幅広い視点から物事を捉えることができるように、職員休憩場所に一般新聞を常備している。</p> <p>6. 組織図、重要事項説明書等に管理者の役割や責任を明示している。</p> <p>7. 管理者は責任者会議や部署別会議等に参画し、業務の実施状況や課題などを把握し、その場で具体的な指示を出している。居宅介護支援事業所の利用者30人は法人が運営しているサービス高齢者住宅の利用者であるため、職員は利用者の健康状態や生活状況を把握している。</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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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)		<p>8. 職員採用時面接で希望者にアンケートを実施、仕事に対する価値観を計っている。キャリアパス制度を導入し職員が段階的に成長し、それに伴う評価を実施している。全職員共通のチェック&キャリアパスシートを就業期間ごとに細かく設定している。1年目までは4回、それ以降は5年毎にサブチーフ、責任者、エルダーの段階で行っている。また、就業規則に各種制度を福利厚生を含んだ就業規則を明示している。働きやすい職場の構築を図っている。</p> <p>9. 10. 法人理念と運営方針を明確にし、職員を採用している。自己啓発のための研修費用を法人が負担（就業規則に明示）し、職員の学習意欲とサービスの向上につなげている。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを策定し、受け入れの目的、基本姿勢などを明確にしている。現在のところ実習生受け入れの依頼がない。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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>12. 年1回は管理者が職員と人事考課面接を行い、課題を共有している。職員が情報を共有し、利用者を支援すると同時に、職員自身が疲弊しないようお互いを補足している。四季の木々や花々を施設周辺に植え、利用者と共に癒される空間にしている。</p> <p>13. コミュニケーションツールで利用者の情報を共有し、統一した支援を行っている。事業所内に複数休憩場所を設け、ゆっくりとくつろげるようにソファを設置している。また、福祉、介護など専門以外の図書、一般新聞を数種類常備している。</p>		

(3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	A
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>14. 「日本のいのちの花協会」と「北白川の花の家」でSNSで事業所情報を発信している。また、数種類の小冊子を発行し、施設玄関にも常備して気軽に手に取ることができるようにしている。左京区事業所連絡会にも参加している。この活動が認められ、2025年1月に京都市の「未来づくり貢献賞」を受賞している。</p> <p>15. 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、受入れを可能にしていたが、コロナ禍で困難となっている。利用者が参加するイベントは施設内の人材、備品等で補っている。状態によっては利用者が家族と一緒に外出したり、時には外泊を伴うこともある。</p> <p>16. 京都市のNP0フェスタでブースを設けている。施設内で市民を対象とした車いす体験会、アロママッサージ体験会などを開催している。「さいしょとさいごのごはん展」(保育園とのアートコラボ)・隣接する交流スペース「ストーム」での各種の展示・第3土曜日の花カレーの販売等で地域との交流を深めている。「認知症アドベンチャーすごろく」を作成し、市民が認知症についてゲームで学べるようにしている。他府県の複数の市がこれらをらの取組を参考にリーフレットを作成するなど先駆者としての役割を果たしている。</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	17	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)		17. パンフレット、ホームページ、SNSで事業所の情報を発信し、利用者・利用希望者が求める情報を提供している。相談事例を利用相談表に記録し、今後の高齢者の状況・ニーズの把握に役立っている。希望者に1週間のお試し利用をしてもらうこともある。		

(2) 利用契約

内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 重要事項説明書と契約書で提供サービス等を説明している。利用者、家族等の他、成年後見人等と契約(現在、4名の利用者が制度を利用)を締結している。開始後の利用者の状況によって、成年後見人制度や日常生活自立支援事業の活用を勧めている。□		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職(OT/PT/ST等)・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	22	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>19. 20. 介護ソフト・ビジネス版SNSを使い、広い視点で多角的なアセスメントを実施している。また、利用者の家族等(2人まで)から利用者の状態と家族等の希望を聴き取っている。毎月19日にご家族等に計画書を送付している。返答がない場合は個別に電話連絡等で確認している。ビジネス版SNSで家族等に参加を依頼する場合がある。</p> <p>21. 専門家等の意見を電話等で聴取し、サービス担当者会議への参加やオンライン参加を依頼している。</p> <p>22. ビジネス版SNSで職員が利用者の情報を共有している。毎月、モニタリングを実施し、サービスの提供が援助計画に基づいて行われているか確認している。利用者の心身の状態や生活状況の変化等について他職種から情報を得ている。支援計画の変更は把握した情報をもとに行なっている。また、支援は全て利用者および家族等の意向を確認し同意を得て行っている。</p>		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. 往診の内科医・精神科医・歯科医や看護師・薬剤師・福祉用具事業関係者・施設スタッフ等とカンファレンスを行い、多職種協働で利用者の心身の状態と生活状況を把握し、健康管理をしている。地域の事業所連絡会に参加し、ビジネス版SNSを用いて、地域社会における利用者の療養生活等の重要な情報を事業所内で共有している。 24. 看取りケアの専門施設であるため、他サービスへの移行はほぼないが、地域から利用者を引き継ぐ際は他事業所と連携している。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 「ケアマネジメントの方針」・「ケアマネージャー業務手順」に沿ってサービスを提供しているか、30項目を確認している。また、年1回の入職のタイミングで改訂している。管理者が法人の内部監査で確認し、担当者と対策を講じる仕組みがある。 26. 個人情報の情報開示に関しては重要事項説明書に明記し、チェックシートで管理している。利用者退所の際は5年経過後にクラウド上の個人情報を消去し、契約書や重要事項説明書などの書類を外部の業者に融解処理を委託している。 27. 利用者に関する記録や情報のペーパーレス化が進んでおり、確認はケアカルテで行うことができる。他職種と利用者の情報等をリアルタイムにビジネス版SNSで共有している。事故やトラブル等(事故・行方不明・苦情)の発生時に報告書を作成し、原因と予防策を多職種で検討し、ケアプランの追加修正することを文章化している。 28. 利用者の各家族等とは利用者の日々の様子をビジネス版SNSの「ご様子記録」で情報交換している。月に一度は家族に手紙を出しており、ケアカルテを本人・家族等に常に開示している。家族等との面会を毎年、4～10月に定期的に行い、14～15家族が面会で情報を共有している。来所が困難な場合はオンラインで対応している。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29. 厚生省のHPで最新情報を確認し、感染症マニュアルを作成している。職員全てが常に確認できるようにビジネス版SNSの掲示板に掲げている。感染症に関する研修を行い、職員からのアンケートと研修報告書を確認している。アルバイトを含めた全ての職員が出勤時に健康管理チェックを行っている。 30. 事業所内は整理整頓されている。清掃は、事務職員が（1階事務所・サロン・ホール・相談室）、アシスタントスタッフやケアスタッフが（トイレや居室内）行っている。清掃がきちんと行われたかどうか、当番制で「チェック表」を確認している。		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>31. 「事故・苦情・災害 発生時対応マニュアル」を作成し、実施訓練を実施している。指示命令系統をフローチャートで明示し、迅速に対応が出来るようにしている。毎年、スタッフ研修で「防災研究会」と「事故研究会」を行っている。</p> <p>32. 担当で作成の事故発生報告書を全部署の職員が共有し、事故およびヒヤリハット事例の原因と再発防止策を多業種で検討している。結果をマニュアルの更新に繋げている。</p> <p>33. 災害時発生対応マニュアルに基づいて、地震発生時の実施訓練を行っている。火事発生時の訓練は、1階部分のみで行った。新人用訓練は、消防署の立ち合いの下で行っている。避難経路や防火扉の確認等を「防災研究会」で職員の情報交換や研修を行っている。防災体制を利用者家族等に周知している。オリジナルの「家族説明会用マニュアル感染症バージョン」を作成している。</p> <p>34. 敷地内に設けた井戸（水）を地域住民も利用できるようにしている。また、BCPにおいて災害と感染症を意識したマニュアルを策定している。災害時に全職員の出勤は困難であることを鑑み、利用者の協力を得ることで少数のスタッフで対応できるようにしている。協力の可能な利用者が職員とカセットコンロで鍋物を用意し、介助が必要な利用者が独りで食べることができる食形態を用意している。施設の4階に2週間分の備蓄を用意し、定期的にローリングストックを実施している。</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	35	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		
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35. 法人の「理念(3項目)」「ケアマネジメントの方針(11項目)」「いのちの花の会カード(3項目)」「いのちの花実践の基本(30項目)」および運営規程を整備している。運営規定に利用者の尊厳を明記し、利用者本位のサービス、利用者の尊厳の保持に配慮したサービスを提供している。</p> <p>36. 年1回、5月に新人に対して高齢者虐待に関する研修を行っている。また、職員研修「マナーとコミュニケーション研究会」で周知徹底している。「ケアの基本方針(8項目)」及び「いのちの花実践の基本(30項目)」等が職員の行動指針となっている。</p> <p>37. 地域事業所連絡会の研修テーマに「個人情報とプライバシー保護のちがいを提案し、研修内容を全職員が周知している。</p> <p>38. 定員オーバーで受け入れ困難な場合は問い合わせ時に伝えている。困難ケースについては、全職種および家族等、外部関係者と連携し、個別臨時プランを作成している。利用者や家族等が看取りを病院で望むケースは、法人の入居基準「当ホームで最期の看取りを希望する人に限る」に合致しない為、受け入れていない。居宅介護支援事業所もこれに準じている。</p>				
(2) 意見・要望・苦情への対応						
意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	A		
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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	B		

(評価機関コメント)	<p>39. 重要事項説明書に苦情や相談を訴える窓口を記載している。施設の利用者一人一人の満足度や要望は毎日接している施設スタッフが日常的に代弁し共有している。「ボランティア報告書」により外部の意見も取り入れている。</p> <p>40. 苦情等の対応と経過記録は「苦情対応マニュアル」と「トラブル発生報告書」に基づいて行っている。ケアカルテへの記録とビジネス版SNSで職員全員が周知し、サービス向上に役立っている。1年おきに苦情分析ミーティングで内容を検討し、改善に役立っている。</p> <p>41. 重要事項説明書の「苦情・事故等に関する体制」に法人窓口を明記しているが、相談窓口として公的機関および第三者を設置していない。</p>				
(3) 質の向上に係る取組					
利用者満足度の向上の取組み	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="453 405 496 456">42</td> <td data-bbox="496 405 1107 456">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</td> <td data-bbox="1107 405 1197 456">A</td> <td data-bbox="1197 405 1289 456">A</td> </tr> </table>	42	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	A	A
42	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	A	A		
質の向上に対する検討体制	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="453 456 496 508">43</td> <td data-bbox="496 456 1107 508">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。</td> <td data-bbox="1107 456 1197 508">A</td> <td data-bbox="1197 456 1289 508">A</td> </tr> </table>	43	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
43	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	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="453 508 496 560">44</td> <td data-bbox="496 508 1107 560">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</td> <td data-bbox="1107 508 1197 560">A</td> <td data-bbox="1197 508 1289 560">A</td> </tr> </table>	44	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
44	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)	<p>42. 「利用者アンケート」で利用者・家族等から聴取した内容をケアカルテに記載し、提供サービスの改善に役立っている。</p> <p>43. 施設のチーム会議、部署別会議による責任者会議等でサービスの質の向上について検討している。また、職員一人一人にサービスマネジメントを行う役割を与え、「ケアチェック表」で評価し、法人運営を担う職員を育成している。地域の事業所連絡会で法人外の事業所の情報を取り入れている。</p> <p>44. 法人内の内部監査で事業の評価を受けている。他に各部署で自主点検表を活用して評価を行っている。全ての職員がビジネス版SNSで法人内の様々な課題を共有し、次期目標の見直しを図っている。3年に1回、第三者評価を受診し、サービスの改善に役立って、次期の事業計画に反映させている。</p>				