

アドバイス・レポート

令和7年12月5日

令和7年4月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（佐濃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 (※)	<p>【概要】 「佐濃デイサービスセンター」は、平成12年4月に公設民営（久美浜町から社会福祉法人北丹後福祉会が受託）により、運営を開始しました。平成18年9月には、京丹後市から指定管理を受け、令和2年に、京丹後市と建物の売買契約を交わし、現在に至っています。定員は50名となっており、床面積771m²と広くゆったりとした事業所です。事業所は介護予防の視点に立ち、利用者の在宅生活の継続支援に、職員全員が、誠心誠意取り組んでいます。</p> <p>1. 利用者目線にたったぬくもりのある介護サービスを心がけています ○利用者一人ひとりを理解し、丁寧な態度と心のこもった声掛けで接する接遇（おもてなし）の精神が、職員全員の身についています。 ○利用者一人おひとりに合わせた個別援助計画を策定し、それぞれの状況に応じたきめ細やかなサービスを提供しています。 ○フロアには、職員の趣味や好きなものなどプライベートな情報も公表し、利用者に安心を与えるとともに親しみやすい工夫がなされています。</p> <p>2. 委員会活動が充実しています ○同一法人の4事業所を横断的につなぐ形で、研修委員会や感染対策委員、事故防止委員会等の各種委員会が設置され、事業所間の活発な情報共有ができます。 ○委員会が中心となって、体系的な研修が行われており、サービスの質の向上にもつながっています。</p> <p>3. 人材育成に取り組み、キャリアパスが明確に定められています ○法人独自の「棚卸しシート」を用いて、自己評価を毎年行っています。自身の現状を把握とともに、課題と目標を明確にしています。 ○希望した際には、外部の研修に参加できたり、資格取得の支援がある等、成長できる環境が整備されています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. プライバシーに対する配慮が必要です トイレには、男女ともに扉がなく、特に男性トイレは、廊下から中が見える状態です。安全面への配慮は必要ですが、プライバシー保護や羞恥心への対応も望されます。</p> <p>2. 情報の公表が必要です アンケートを行ったり、利用者の意向の確認は、定期的に行っているにも関わらず、その公表ができていません。利用者の意向にそって改善に努めていても、公表しないと伝わらないため、今後は個人情報に配慮しつつ、公表されることを期待します。</p> <p>3. 職員の負担軽減対策が不十分です 利用者の送迎や対応で、予定よりも時間を要することもありますが、その際のスタッフの人的支援や超過勤務等、職員の労働状況について、確認が出来る体制の構築が望されます。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. プライバシーへの配慮について トイレには、男女ともに扉がありません。特に男性トイレは廊下から中が見える状態で、プライバシーや羞恥心に配慮できているとは言えません。大きな改修工事は難しいでしょうが、例えば、パーティションや植物で目線を遮る等の工夫を、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 情報の公表について アンケートを行ったり、利用者の意向の確認は、定期的に行っており、利用者の意向に沿ったサービスを提供しようとする姿勢はあります。しかし、実際にどのような意見があり、どのように改善したかは不明です。具体的な取り組みを公表することで、利用者の満足度や安心感につながると考えられます。また、事業所の透明性や信頼性の向上にも繋がります。まずは、どのような意見があったかを公表することから初めてみてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 職員の負担軽減対策について 天候や交通事情により送迎が予定通りにいかないことがあるかと思いますが、その際にサポート体制が十分とは言えません。その日の状況に応じて送迎計画を見直すことが望まれます。やむを得ず予定時刻を過ぎる場合には、超過勤務扱いを適切に行い、職員の精神的な焦りや不安感に配慮することが望まれます。日常的に時間が遅れる場合には、職員の勤務時間をずらす等もご検討ください。</p>
-----------	--

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672400054
事業所名	社会福祉法人 北丹後福祉会 佐濃ディサービスセンター
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)	
訪問調査実施日	令和7年10月16日
評価機関名	きょうと介護保険にかかる会

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. 法人理念及び運営方針は明文化され、施設内に掲示しています。理念は、毎朝、職員全員が唱和し、年度初めには、事業計画とともに理念の浸透を図っています。利用者や家族に対しては、ホームページの掲載のほか、フェイスブック等のSNSを活用して、理念の周知を図っています。 2. 法人では、理事会、役員会等の運営に関する会議が、定期的に開催されています。事業所の管理者は、理事を兼務しており、法人の意思決定のプロセスがスムーズにできています。		

(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ます。	A	A
(評価機関コメント)		3. 法人は、中長期計画を定め、それをもとに、事業種別ごとの単年度計画を定めています。事業所では、利用者ニーズや諸課題を明確にし、単年度計画に沿って事業を実施しています。職員は、部署ごとに課題を明確にしています。利用者、家族に対しては、ホームページで、事業計画を開示しています。 4. 業務レベルごとに目標を設定し、実施計画を策定し、取り組んでいます。掲げた計画は、半期に一度振り返り、年間を通して達成できるよう努めています。管理者は、目標の達成度を評価し、次年度の計画に反映させています。		

(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組みを行っている。	A	A
		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。		
		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。		

	(評価機関コメント)	<p>5. 職員は、自主点検表を中心に、遵守すべき法令等について学び、適正な事業運営に向けて取り組んでいます。事業に関する法令はリスト化されていないものの、法人の総務課から、最新の法令の情報を、社内報(ガーベラ通信)にて周知する仕組みがあります。法令遵守についての研修会を、毎年法人内で行っています。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は、職務分掌規程やキャリアパス規程で明確に定めています。管理者は、法人の理事でもあり、事業所の運営方針の決定に際して、法人の意思を表明しています。管理者は、職員面談を通じて、職員の意見を聞き出しています。上司を評価する仕組みはありませんが、職員とのコミュニケーションを通じて、自らを振り返るよう努めています。</p> <p>7. 管理者は、事業所に常駐して、常時、事業の実施状況を把握しており、業務日誌等によっても、チェックしています。管理者が事業所を離れる時は、電波状況が悪いため業務無線や携帯電話で連絡が取れる体制があります。また、業務時間外に事故等の緊急事態が発生した際にも、直ちに連絡が取れるように、緊急連絡網があり、適切に指示できる体制が整備されています。</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

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）、待遇（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。	B	A
(評価機関コメント)	<p>8. 法人の行動指針に「期待する職員像」が定義され、事業計画においても、人事に関する基準が明文化されています。管理者は、法人の人事に関する基準に基づき、毎年職員面談を行い、キャリアパスによる評価を行っています。</p> <p>9. 法人本部が採用活動を行い、各事業所の人員の確保に努めています。求人方法は、ハローワークを始め、就職フェアへの参加や学校訪問などを積極的に行っていいます。法人の魅力発信の方法として、フェイスブック等のSNSも積極的に活用しています。</p> <p>10. 職員に対する研修の実施計画及び方法が、法人を中心とした体系的に策定されています。研修計画策定は、スキルアップ推進チーム(SUPT)が行い、各部門から職員が参画しています。法人は、職員のスキルアップのための資格取得支援の取り組みを行うとともに、外部研修の情報は、法人本部で入手し、職員に回覧し、積極的に受講できるようにしています。</p> <p>11. 実習受入れマニュアルを作成しており、マニュアルに基づき実習生や体験學習の受け入れを行っています。実習指導者は、必要な研修を受講しており、今年は近隣の高校生の福祉体験學習を受け入れています。</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)					
12. 法人の総務課で有給休暇取得率や時間外労働時間を管理しており、管理者とも共有しています。有休取得率は80%を超えており、所定時間を超えての業務は、ほとんどありません。年に一度は、職員と面談を行うことで職員の悩み等を聞き取るとともに、ワークライフバランスへの配慮もしています。入浴介助時のスライディングボードの活用やリフト付きの送迎車の確保により、職員の負担軽減に努めています。 13. 法人には産業医が置かれており、京都府民間社会福祉施設職員共済会の相談窓口もある等、メンタルヘルスを維持する仕組みがあります。リラックスできる休憩室が確保されており、職員は、交代で利用しています。ハラスマント規定は、就業規則に記載され、職員には「ガーベラ通信」で周知を図っています。					
(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)					
14. 地域との関わり方については、法人理念や運営方針で明示され、事業計画の中でも記載されています。事業所情報は、ホームページの他、有線放送での情報発信、フェイスブックやインスタグラム等のSNSも活用し、地域に向け発信しています。また、出前サロン、介護教室、カフェ等、様々な地域交流を通じて、地域ニーズも汲み取っています。 15. 地域の音楽クラブの方を、毎月、ボランティアとして受け入れています。ボランティア受け入れマニュアルが整備されており、マニュアルに基づきボランティアの方への支援をしています。また、学校からの体験学習も受け入れており、受け入れための基本姿勢も明確にしています。 16. 廉價職員が毎日配食サービスを行い、独居世帯の支援と見守りの活動を行っています。年に1回「心も体も元気アップ塾」を開催し、地域の高齢者を対象に、身体機能低下防止のための運動教室を開いています。また、コロナ禍で開催を延期していた「ゆうゆう介護元気塾」も再開するように、準備を進めています。					

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	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. 事業所概要は、ホームページで公開するとともに、事業所玄関にパンフレットを設置し、情報提供をしています。内容は、適宜、見直しを行っています。利用者の問い合わせや見学等の希望がある場合は、個別の状況に応じて対応しています。								

(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. サービスの開始にあたっては、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用いて説明し、適切に契約を交わしています。本人の判断力が低下している場合は、家族に同席してもらったり、補助人、保佐人、後見人等と契約を結ぶ仕組みを紹介したりしています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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)		19. 所定のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況等を把握し、記録しています。定期的な見直しや状態変化があった際には、適宜、実情に合わせたアセスメントを行い、記録を残しています。 20. アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画等に、目標を設定しています。担当者会議には、可能な限り家族にも出席を依頼し、利用者本人および家族の希望を聞き取っています。内容の決定に際しては、署名にて同意を得ています。 21. 個別援助計画等の策定にあたり、専門家等への意見照会又は意見交換を適切に行っています。退院前カンファレンスには、必ず出席し、実情に合わせた援助計画を策定しています。 22. モニタリングは、3か月毎に評価を行い、計画通りにサービスが行われているかを確認しています。計画を変更する基準を定めて見直しを行い、必要な場合には、専門家等への意見照会も行っています。		

(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. 医師をはじめ関係機関とは、緊密な連携が図られており、利用者の退院後や新規の利用にあたっては、スムーズな連携が行えています。地域包括支援センターには、毎月の報告をしたり、社会福祉協議会と連携して、福祉用具の研修会を行う等、関係機関とは有機的な連携が図っています。 24. 他事業所の利用や施設入所、入院等によりサービスの変更が必要になった際には、利用者本人や家族の意向、利用中に得た情報を共有する等、迅速な連携が行えています。サービス終了後の利用者や家族からの相談窓口を定め、適切に他機関への紹介を行っています。		

(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)		<p>25. 実用的な業務マニュアルを事務所に配備し、いつでも確認できる環境を整えています。業務マニュアルには、利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護や権利擁護にかかる姿勢が明示されています。ヒヤリハットの事例から課題分析をし、再発防止案を反映したマニュアルに更新しています。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録についての書面が整備され、個別援助計画等に基づきサービスが実施され、適切に記録されています。利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が定められています。新入職員には、個人情報保護についての説明を行うだけではなく、「ガーベラ通信」にて、定期的に周知しています。</p> <p>27. 個別援助計画等の内容や利用者の状況等に関する情報は、朝礼、終礼の際に職員間で共有しています。定期的にケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約を行う仕組みがあります。欠席した職員には、議事録を迅速に回覧することで課題等を共有し、チームで取り組みを行っています。</p> <p>28. 送迎時に家族と話すように心掛け、情報交換を行っています。家族と会えない場合には、ノートやメモ、電話などで、状況を交換し共有できるように工夫しています。</p>		
(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)		<p>29. 感染症対策について、対応マニュアルも策定し、責任と役割を明確にした管理体制が整備されています。感染症対策の研修会を開催し、知識・技術とともに、実務レベルでの質の向上を図っています。送迎時には、体温確認や症状の聞き取りを行い、蔓延防止に努めています。</p> <p>30. 清掃は、職員が担当し、事業所内の書類・介護材料・備品等は、整理・整頓され、安全に保管されています。トイレや浴室等の水回りも毎日清掃し、換気扇や空気清浄機を活用して、消臭に努めています。専門業者に依頼し、定期的な害虫駆除も行っています。</p>		

(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。	B	B
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. 緊急時、事故発生時マニュアルを策定し、事故や緊急時における責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。毎年、マニュアルに基づいた訓練も、行っています。法人には上級救命講習を受講した職員も、在籍しています。</p> <p>32. 事故が発生した場合には、利用者本人、家族、関係機関等に迅速に報告しています。事故報告書は速やかに共有し、原因を分析するとともに、再発防止に努めています。対応や経過等は、適切に記録し、保管しています。</p> <p>33. 災害発生時の対応マニュアルを策定し、責任者や指揮命令系統を明らかにしています。毎年2回、避難訓練を行う等、実践的な訓練を行っています。隣接する障害者施設と連携する体制は、整備されていますが、合同の訓練等は行えていません。防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施しています。</p> <p>34. 自然災害、感染症まん延等、事業継続に不測の事態が生じた場合に備えて、実際に合わせたBCPを作成しています。BCPは、事業所運営を維持する視点だけでなく、サービス利用者に必要な介護サービスを継続して提供するという視点で作成し、事業を維持・継続するための体制を整えています。また、計画に沿った訓練も行っています。</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	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、常に問題意識をもつてサービスの提供を行っている。	B	B
	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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行っています。認知能力に合わせて、わかりやすい表現や絵図等で工夫しながら、利用者の意思決定を支援しています。終礼時に、一日の振り返りを行っています。3か月に1回、虐待防止対策検討委員会を開催し、代表職員が出席後、職員全員に協議内容を周知しています。</p> <p>36. 虐待防止マニュアルを策定し、研修も実施しています。虐待防止の担当者を定め、3か月に1回、委員会を開催しています。職員全員が利用者の人権尊重について学ぶ機会があり、不適切なケアが行われていないか、アンケートも実施しています。また、日々の業務の中で気になることがあれば、その場で伝えられる関係性が構築されています。</p> <p>37. プライバシー保護についてのマニュアルを策定し、職員に周知しています。入浴時に、利用者が個浴を希望される場合は、対応しています。男性トイレは、廊下から見えるため、工夫が必要です。</p> <p>38. 医療処置が多いことや介護負担の大きさを理由に、利用申し込みを断ることはありません。定員がいっぱい利用が困難な場合にも、ケアマネジャーと相談しながら、利用できるように、日程調整しています。</p>			

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	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てている。	B	B
第三者への相談機会の確保	41	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	A
(評価機関コメント)		39. 利用者が家族と同居の場合は、送迎時に心身状況を確認しています。遠方の場合は、電話で確認しています。業務の中で利用者とのかかわりを大切にし、利用者の思いをくみ取るようにしています。 40. 「苦情処理対応マニュアル」を策定し、職員に周知しています。実際の苦情があった際には、マニュアルに基づき迅速に対応しています。しかし、苦情等の公開には至っていません。 41. 契約時に、公的機関の相談窓口の案内をしています。第三者の相談連絡先を、玄関に掲示していますが、重要事項説明書にも記載をお願いします。苦情受付簿を作成し、時系列での対応記録を残しています。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	B	B
質の向上に対する検討体制	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	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	B
(評価機関コメント)		42. デイサービス利用時に、個別に、レクリエーションについて、何に興味関心があるか聞き取りを行っています。また、適宜要望を確認する意向調査を行っています。しかし、満足度に対するアンケートの実施は、出来ていません。 43. 担当職員が「スキルアップ推進チーム」に、3か月に1回参加し、参加後は、他の職員に資料を回覧しています。地域の高齢者会議に参加し、他の事業所情報を収集するとともに、ホームページやSNS等でも他事業所の情報を確認し、自事業所の取り組みに活かしています。 44. 事業所の目標については、半期に一度振り返り、年度末に評価し、次年度の事業計画に反映しています。しかし、定められた基準に基づく定期的な事業所の自己評価が、実施できていません。3年に1回、第三者評価を受診し、サービスの質の向上に努めています。		