

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 7 月 30 日

平成 25 年 2 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 リエゾン萌木の村 認知症対応型通所介護につきましては、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>リエゾン萌木の村認知症対応型通所介護は医療法人啓信会の傘下であり、開設8年目を迎えます。法人理念の「この町でいつまでも暮らせるあんしんを・・・」を踏まえ、事業所理念「いつまでもわが人生の主役なり」とし、運営方針の『利用者主体・自己選択・自己決定』を可能とするサービス提供を目指し取り組んでいます。同一敷地内には1階に認知症対応型デイサービスセンター、併設の小規模多機能ホーム、2階には介護予防デイサービスセンター、別棟にグループホームがあり、複合型施設になっています。今回の評価対象の認知症対応型デイサービスセンターの特徴は、定員24名を2グループに分け、室内に可動式の間仕切りを設け小規模による関係作りを大切に、認知症ケアの環境整備にも配慮がなされています。同じく、介護予防デイサービスセンターは午前・午後にグループを分け理学療法士の資格を持つ管理者を中心に加齢に伴う心身機能低下や廃用性症候群に対する個別ケアに特色を持たせた機能維持回復の為の事業展開をしています。</p> <p>I、理念の実践（通番1・2） 法人理念・事業所運営方針並びにサービスの特色は事業所内に掲示し、広報誌に載せ、外部に発信しています。認知症の程度に拘らない利用を受け入れ、理念や運営方針に則り、利用者本位・自己選択・自己決定を大切に、少人数の外出や個々の身体能力に応じた、楽しみながら取り組める課題設定に努め、自宅の延長の様な少人数の取り組みが、「萌木の村なら落ち着く」「独居者に利用を進めたい」「生活に張り、リズムが出来た」との評価になっています。</p> <p>II、人材の確保・育成（通番8・9） 採用基準が設けられ、有資格者の優先、採用に当たっては、人柄や、やる気のある人材を重視しています。採用後は実務経験による資格取得期間が来れば、受験が出来る環境を全職員に提供しています。資格取得の取り組みについて、法人内に養成校が設けられ、資格取得の支援として受検料の補助制度も設けられています。</p>
-----------------------------	---

	<p>また、人材育成には「キャリアパス制度」を採りいれています。今後は「プリセプター制度」を導入する方向で人材育成に努めています。</p> <p>Ⅲ、利用者の家族等との情報交換（通番２５） 家族会が年間３回設けられ、内容は①日常の利用者の様子をプロジェクターで紹介②認知症に係る学びの機会の提供③ストレス発散が目的の懇談会と、充実した内容構成で取り組まれています。更に利用者の声がかきかけとなり、毎月届けられている「便り」等、これら一連の取り組みは、今回第三者評価を行うに当たり実施した「利用者・家族アンケート」の回収率も良く自由記述欄の記載内容からも確認できました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>Ⅰ、事業計画の中・長期計画の作成と課題の設定（通番３・４） リエゾン萌木の村としての事業計画について、経営方針・運営方針のもとに単年度の計画は立てられていますが、中・長期をスパンとする計画が立てられていません。また、各業務レベルの課題を把握する組織的な取り組みがなされておらず、達成度・期間などが明確化されていないため達成状況の把握に繋がりに難しくなっています。</p> <p>Ⅱ、地域との交流（通番１４・２８） 地域への情報公開として広報誌・パンフレットを役所・医院・系列の介護事業所や関係団体等に配布し、事業所見学・体験入所等も受け入れています。一方、認知症専門事業所として有する機能を地域の老人会や自治会を通し提供する等、地域に還元する取り組みが望まれます。また、災害時の地域住民との連携については地域の環境状況から難しさはありますが、今後の課題と考えられます。</p> <p>Ⅲ、個別状況に応じた計画策定（通番１７） 通所介護計画は居宅介護計画との整合性があり問題抽出されていますが、解決策に乏しさがみられます。目標は長期・短期で立案されていますが期間の設定がありません。 計画の実施に当たっては「毎日のケアチェック表」・「週間毎のケア情報表」を作成し、介護が適切に日々実施出来たかのチェックを行っている事は評価出来ますが、再アセスメントが出来ていません。今後は、これらの記録を有効に活かし、アセスメントへの追加や、個別性の高いサービス内容への反映を期待します。</p> <p>Ⅳ、プライバシーなどの保護（通番３１） 記憶障害が進行しても、感情やプライドは残されていますので、特に入浴や排せつ、着脱など利用者の羞恥心への対応は重要です。トイレのドア代わりにカーテンについて、改善を望みます。</p>

具体的なアドバイス

I、単年度事業計画・中・長期事業計画の策定

経営方針・運営方針のもとに単年度の事業計画の方針は立てられています。内容が抽象的なので、その方針に沿って何をやるか、どのようなことをするか等日々の業務活動の中から具体的な課題を策定し、一年間で達成できる具体策を立案し、その過程をスタッフ会議で定期的に検討され、目標・具体策には必要に応じて期日を設定し、達成度がわかるように数値化してみるなどの検討を提案します。

又、中・長期に及ぶ計画は介護保険の改定に伴う変更に関連する専門的な支援策や、複合型事業所としての利用者の重度化や認知症対策など、把握されている諸課題の計画化を望みます。

II、地域との交流

地域の老人会・自治会に向け、認知症や介護技術の勉強会・介護教室への講師派遣等、事業所を地域に開放して行き、利用者と小中学生との触れ合い、老人会会員とのふれあいの場として提供されてはいかがでしょうか。

地域自治会との関係作りへの取り組みと共に、消防署等に働きかけ、複合施設全体の災害時における地域との連携等を検討されることを提案します。

III、個別状況に応じた計画策定

目標の期間設定は評価時に必要になります。達成出来なかった場合に、解決策に不十分さがないか、心身の変化等、急変以外は目標設定期日にあわせての評価が必要です。「ケアチェック表」・「週間毎のケア情報表」等の介護記録は、介護行為を具体的に書き、実施者（本人・家族・介護士・看護師・相談員）等を明記することで責任の所在を明確にすることができます。

介護支援記録はモニタリングの根拠になり、定期的、必要に応じた見直しのアセスメントにつながります。再アセスメントをして状況変化に伴うニーズに即した計画の策定に繋がることを提案します。

※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	2672800238
事業所名	リエゾン萌木の村 認知症対応型通所介護事業所
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	平成25年6月27日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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、基本理念はパンフレットやチラシに掲載し、事務所に「わが人生の主役なり」と墨字で大きく掲示され、朝礼時に唱和をして職員全員に浸透するように取り組んでいます。職員は利用者本位のサービスを心掛け、理念に添ったケアが出来るようにミーティングで振り返っています。家族会の時に理念や運営方針の学習会を行い周知を図っている事が記録から確認出来ました。 2、組織体制は現場のミーティングを起点に、「管理者会議」「センター長会議」等の上部組織へと、議論を経て、理事会へとつながる意思決定体制が構築されています。職員は発言しやすく出された意見が反映される仕組みがあるのを、それぞれの記録から読み取れ、風通しの良い組織と評価が出来ます。			
(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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3、経営方針・運営方針の基に、リエゾン萌木の村全体の組織として単年度の事業計画が作成されていますが、長期的な視野で課題を明確化・具体化して行く、中・長期的な計画策定が見られません。 4、業務レベルの課題は、利用者・家族のアンケート調査・満足度調査結果なども踏まえ、スタッフ会議で意見を交わしていますが、課題の把握・分析を踏まえた組織的な取り組みに弱さが見られます。各職員は自己評価、行動評価を「自己目標管理シート」でチェックし上司との面談確認をしていますが、組織として課題の達成度・期間などが明確化されていず、達成状況の把握に繋がりにくい現状です。			
(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	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	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、いつでもスタッフ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、城陽市の集団指導や法人の関係部署から現場に伝達され、資料や報告書など適宜職員に提供すると共に、「法令遵守管理規定」の基に、研修等を通して、理解を促し法令遵守の周知に努めています。関係法令はコピーし、閲覧出来る様にしていますが、資料の保管状況や閲覧し易い整理は十分とはいえず、一覧表のリスタップ等、見易さへの工夫は見られませんでした。 6、センター長並びに管理者は職務権限一覧や役割基準のもとに、日々の業務の場や、会議でリーダーシップを発揮し、年2回の責任者・管理者と職員との面接で、人事考課を含む業務における意見を交換し、職員の人材育成や「仕事のやりがい」の支援に努めています。管理者の行動が職員からの信頼を得ているかは、具体的に信頼の有無が把握出来る方法が探られていませんでした。 7、管理者が、事業の執行状況については報告書・管理日誌などで随時状況を把握し具体的な指示が行われています。また、報告・連絡・相談その後の指示、確認の仕組みは運営規定に明記しアクシデントレポート、管理日誌、ケアチェック表で確認が出来ました。			

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、採用基準が設けられており、人柄・やる気のある人材の確保が重視されています。資格取得研修を奨励し、報奨や手当制度を設けています。常勤比率、有資格者を一定確保し体制面で加算がされています。 9、人材育成は法人・外部研修も含め階層別、専門課程別の体系立った研修計画が立案されています。シフト調整し受講に努め、個人の研修履歴も残されています。スーパービジョンはセンター長がスーパーバイザーとして職員から信頼されている事を職員ヒヤリングで確認しました。 10、実習生の受け入れについてはマニュアルが設けられ、担当者、内容や方法、利用者への配慮事項、実習担当者への研修等の明文化がされ、現場では全職員が指導者としての役割が遂行出来る様、内部研修で技術向上に努めています。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		11、休日は4週8休制度にて年次有給休暇が保障されており、事前に休暇の希望を出しシフト面の調整により、職員にとって休暇が取りやすく、消化率を上げています。時間外労働はほとんどなく、会議や実質的な時間外の労働は補償されています。育児休暇・介護休暇については法人内では実績はあるが、当事業所ではまだ取得者は見られません。介助負担軽減面では浴室の機械浴の導入やシャワーキャリー、リクライニング車椅子やシルバーカーなどを備える等職員の労働環境に配慮されています。 12、休憩場所は十分な広さが確保され労働環境面の保障があり、職員のストレス対応についてはセンター長がスーパーバイザーとして対応する仕組みはありますが、外部カウンセラー等については制度として採りいれられていません。福利厚生面では親睦会・食事会・助成制度があり、多数の参加や利用があります。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		13、事業所の概要や運営理念をパンフレットや広報紙に掲載し、市役所・医院・系列の介護事業所や関係団体、社会福祉協議会等に配布し、事業所のPRに努め、法人のホームページに認知症対応型通所介護・予防通所介護事業所の情報を掲載しています。利用者が地域の行事や活動に参加する際は、職員が同行し地域の人々との良好な関係が持てるよう、支援しています。 14、地域貢献面では「福祉ふれあいまつり」、「きず川健康祭り」、在宅介護支援センター主催の介護教室に認知症講習のサポートリーダーとして講師を派遣しています。更に介護予防啓発相談会を包括支援センターと共に実施したり、事業所の設備を地域高齢者対象の「高齢者涼やかスポット」に提供していますが、事業所が有する機能は地域に還元出来ていませんでした。今後は地域の老人会・自治会に向け認知症や介護技術の勉強会の開催を計画されています。		

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.法人事業全体が一見して解るパンフレット並びに、当該事業所単独の理念・特色・1日の流れ、利用料等が表示されたパンフレット、事業の選択の参考情報として提供しています。問い合わせや見学は随時受け入れ相談内容は「聞き取り表」に記録され、見学の送迎を行ったり体験も実施しているのを記録で確認出来ました。		
		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.契約時には重要事項説明書・通所介護契約書に基づき利用料金等も含め相談担当者が説明をし、判断能力に支障のある利用者は、代行者が署名し契約を結んでいます。成年後見制度の活用を担当介護支援専門員と連携し取り組む体制があります。		
(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。	B	B
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	B
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	定期的又は必要に応じて、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.アセスメントは事業所独自の様式を設けていますが、内容的には身体状況、日常動作面が中心となっています。利用後の面接や観察等から得た情報は「ケア情報表」に記載されていますが、アセスメントは初回以降の再アセスメントとしては、確認出来ませんでした。 18.通所介護計画は、居宅サービスに添って作成され、利用者・家族の意向を踏まえた個別援助計画になっていますが、再アセスメントが出来ていません。 19.個別援助計画の策定に当たっては居宅のケアマネージャー、介護職員、相談員、医師、看護師、機能訓練指導員が構成メンバーとされています。 20.毎月のモニタリングを集約し、3ヶ月毎ケアカンファレンスを設け、「ケア情報表」を確認し個別援助計画の見直しがなされていますが、再アセスメントは確認できませんでした。		
(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.利用に際し主治医や緊急時搬送先の把握。認知症専門医や緊急時対応の医療機関、在宅支援関係事業所、包括支援センター、福祉用具事業者等の協働体制を確保しています。行政による地域ケア会議にも参加し、地域の関係機関や専門職種との交流をする等、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、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	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	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22.業務マニュアルは整備されいつでも閲覧できるようにし、年1回の点検・確認・改定が行われています。マニュアルの研修はスタッフ会議で行い、朝礼時にも手順の確認をしています。特に看護・介護マニュアルは職員採用時全員に配布されています。 23.「支援経過記録」「ケア情報表」を設けることでサービスの実施が出来たかどうかの把握に活かしています。ただサービスを実施した結果の利用者の変化や満足度に対し記録に残せるような書式の工夫を望みます。記録の管理は、事務所で保管をして保存・持ち出し・廃棄に関する規定は運営規定の中で定められています。 24.特に朝礼時に個々の利用者の現状をチームメンバーで共有し、職員連絡ノートや「ケア情報表」に記録・確認印にて情報の共有を図っています。ケアカンファレンスは必要時に行い、ヒヤリハットは当日に会議をして職員皆で検討をして記録に残しています。 25.利用毎の連絡帳、月単位に発行されている「便り」、更に年3回の家族会、家族懇談会(個人)を年1回行う等で家族との情報交換が図られています。		
(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、スタッフ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、効率のかつ安全なサービスの提供を行っています。	B	B
(評価機関コメント)		26.疾患別感染予防マニュアルが設けられ、感染症の流行に合わせ最新情報は、研修・伝達・注意喚起・声かけ等で徹底を図っています。 27.施設内清掃は毎日職員により行われています。浴槽のお湯は循環式で毎日2回塩素濃度検査を行い、風呂場の抗菌マット対応やトイレは消臭剤による臭気対策の管理がされています。しかし、厨房内が一部物置になっていたり、トイレ内の汚物入れと清掃道具が雑然と同一場所で管理されていたり、食卓用テーブルの角が鋭角になっているのが気がかりです。		
(7)危機管理				

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)		28、事故や緊急時、災害発生時におけるマニュアルは整備され内部研修もしています。防災訓練は年2回(1回は消防署の立会い)実施されていますが、事業所周辺は工場等に囲まれ、地域住民との災害時連携は今後の課題になっています。 29、事故・ヒヤリハット報告書を作成し、再発防止のためにスタッフ会議や朝礼時に検討を行うと共に、回覧で全職員に周知し、原因・解決策・歯止めの確認をして再発防止に繋げています。		

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

IV利用者保護の観点

(1)利用者保護						
人権等の尊重	30	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	31	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	B		
利用者の決定方法	32	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)		30、法人理念の「自分の人生の主役でいられる」を踏まえ、事業所の運営規定にも人格の尊重を謳い、「利用者主体・利用者本位」、「自己選択・自己決定」を挙げ、事業計画に盛り込んでいます。関連の内部研修、勉強会、自己チェック表点検等で周知に努め、身体拘束ゼロ、虐待防止の実践にも繋いでいます。 31、個人情報・プライバシー保護についてはマニュアルに基づき、新人研修・施設内の必須研修として職員の意識強化を図っています。しかし、トイレが男女対面になっていたり、カーテンでの仕切りになっています。プライバシーと羞恥心についても配慮する為にも改善が必要です。 32、入所選考は施設長・管理者・看護師・介護士・相談責任者を構成メンバーとして、利用基準のもとに利用の可否を決めています。				
(2)意見・要望・苦情への対応						
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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)		33、利用者・家族には連絡ノートにて常に意見要望等を聞いたり、年3回の家族会・年2回の満足度調査・年1回の家族懇談会・意見箱を設置して利用者・家族の意向を収集する機会を持ち、サービス改善に反映させています。得られた意見等はスタッフ会議にてまとめ、職員間で共有しています。利用者個々の面談は常にケアの中で行い相談面接は利用者からの希望により、その都度行っています。 34、苦情マニュアルがあり、苦情受付書(報告書)が義務付けられ、その日のうちにスタッフミーティングにて検討し意向に沿うように迅速に対応しています。要望等の回答は玄関の掲示板に掲示しています。 35、苦情等の窓口は契約書等に記載され、施設内にも掲示をし、契約時に説明しています。法人や事業所以外への相談窓口は第三者として、民生委員を起用し重要事項説明書に記載し周知されています。市民オンブズマンや介護相談員の受け入れは何時でも可能にしていますが、実績はありません。				
(3)質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)		36、利用者満足度調査を年2回、利用者要望記録を設け、加えてこれらを担当する「生活相談員の担当者」を配置し、取組体制を構築していますが、改善すべき事項の改善計画には至っていませんでした。 37、分析・検討は、スタッフ検討会議で全職員が参加して行っていますが、改善対比表等の作成がなく、改善に取り組む流れが構築されていませんでした。 38、第三者評価受診は平成22年3月に初回を受け、今回は「サービス評価委員会」が設けられており、年に一度は自己評価を行っています。課題を明確にし、次につなげる仕組みを構築され、次年度の事業計画の取組みが望まれます。				