

アドバイス・レポート

2010 年 11 月 24 日

2010 年 9 月 3 日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた 財団法人京都地域医療学際研究所 介護老人保健施設「がくさい」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 3）事業計画等の策定 単年度及び中長期計画が策定され、職員会議を通じての説明、ホームページを通じての公開が実施されており、単年度計画の進捗状況を主任以上の職員が出席する拡大運営会議で毎月確認していました。「がくさい」目標シートを全職員一人一人が記載し、ユニット目標と個人目標を定め、個人に合わせた役割立てが行われていました。目標の実施状況の確認や見直しは今後の実施予定ではありますが、すばらしい取り組みですのでぜひ毎年継続し、人材育成とサービス内容の向上に結び付けて頂きたいです。 （通番 9）継続的な研修・OJTの実施 職員研修計画を作成し、定期的に計画に沿って内部研修を実施するとともに、職場が参加費・交通費を負担して、外部研修への参加も積極的に行っていました。プリセプター制度（ある一定の期間、先輩介護職員が新人介護職員をマンツーマンで実践指導する方法）による新人職員へのスーパーバイズ実施や、毎月のリーダー研修実施など、体系的に職員を育成する取り組みを行っていました。 （通番 14）地域への貢献 広報誌・介護予防チラシ・行事案内等の配布やホームページの活用を通じて情報提供を行っており、ホームページの中では、第三者評価や情報の公表の結果も周知していました。地域で開催された講習会に併設事業所の職員を講師として派遣したり、地域の小学校のあいさつ運動に職員が月 2 回参加したりし、地域への人的貢献も行われていました。また、隣接する保育園の園児が月 2 回来所してお遊戯を披露したり、地域の今宮神社祭りの時に御神輿が施設内に入ってきてくれたり、施設主催のがくさい祭りには地域住民も含めて 850 名もの来場者があるなど、入居者と地域住民との交流の場を設定していました。 （通番 31）プライバシー等の保護 職員研修会で「人権研修」を開催し、研修会での意見をもとに施設独自の『人権宣言』を作成し、全てのサービスステーションに掲示していました。浴室にのれんだけでなくカーテンも取り付け、出来るだけ他の利用者に見えないように配慮するなどの改善を行うなど、常にプライバシー保護を意識した介護サービスの提供が実施されていました。
-------------------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	（通番２２）業務マニュアルの作成 マニュアルの作成や見直し、マニュアルに基づいたサービス実践、ヒヤリハットの集計や分析は行われていました。しかし、実際のヒヤリハット事例に基づいた事故防止マニュアルの改定や、顧客満足度調査に基づいたサービスの見直しは行われていませんでした。 （通番２３）サービス提供に係る記録と情報の保護 記録はパソコンシステムで行われ、利用者一人ひとりの記録を全体で共有できるようになっていました。また、個人情報保護法や適切な記録の取り方についての研修会も実施されていましたが、利用者の記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定は未整備でした。 （通番３４）意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情については、報告書の作成・回覧などで職員へ周知するよう心がけていますが、全職員への周知までは行えておらず、苦情内容の公開もなされていませんでした。 （通番３６）利用者満足度の向上の取組み 利用者満足度調査を実施するための準備はされていましたが、訪問調査の時点では実施されておらず、満足度の分析や検討会議も実施されていませんでした。
具体的なアドバイス	『その人らしく暮らすために私たちは「そっと寄りそって」いきます』と宣言し、老人保健施設では数少ない８人～１２人のユニットケアを実践し、ユニットごとに利用者の好きなこと（足湯の実施・演歌ＤＶＤを見る・塗り絵やパズルの実施等）に取組み、利用者一人ひとりを大切にケアされている姿勢に感心いたしました。京都府医師会の関係機関である法人であるため、医療・リハビリ・介護を統合した、高齢者ケアの実践研究の場として、高いケアを実施して行きたいという姿勢が、組織全体から感じられました。関連施設であるがくさい病院をはじめとする学際研究所と連携し、感染症等の医療の必要性が高い利用者も個室を利用してケアする取組みが確認されました。 また、リハビリ室には高齢者用のリハビリマシンなども完備し、リハビリスタッフ５名体制で、老人保健施設入所者への手厚い機能訓練はもちろんのこと、介護予防推進センターを中心として、地域高齢者へのリハビリ提供もなされていました。 がくさい病院や京都府医師会との連携の要となる施設長（医学博士）を中心に、事務長・部長が現場をとりまとめ、主任やリーダーをはじめとする現場職員が一丸となって、より良いサービスを提供しようとする意欲が感じられました。 具体的なアドバイスは下記の通りです。 各職種の業務はきちんと分担されており、それぞれの役割をきちんと果たしていましたが、しかし、相談員や介護支援専門員が作成しているケースファイル内の書式をユニットリーダー職員が説明できない場面が見られ、分業制や役割分担の弊害が感じられました。また、現場主導で緊急的に介護提供内容の変更を柔軟に行っていましたが、その内容伝達が介護支援専門員まで十分届いておらず、ケアプランの変更まで出来ていないことが確認されました。今後は、お互いの業務内容や使用書類の内容を理解し合うとともに、介護内容等に変更があった場合の連絡を密にする工夫に取り組まれては如何でしょうか。

- ・ 入退所の相談や調整等には相談員がきちんと関わっていましたが、入所されている利用者の相談に対しては、相談員が時間を十分に取れず、ユニット職員が相談に対応しているように感じられました。ユニット職員の情報を元に、相談員やケアマネジャーが入所者とのコミュニケーションを図る時間を確保する工夫が必要と感じました。
- ・ 今年度から始められている「がくさい」目標シートは、各職員が記載する個人目標とユニット目標を連動させて、人材育成とサービス内容向上を同時に行う取組みとなっており、すばらしいと感じました。今後はこの取組みを毎年継続され、個人ごとの目標に沿った研修計画や育成方法を体系的に定められては如何でしょうか。
- ・ マニュアルの作成やマニュアルに基づいた実践・マニュアルの見直しは実施されていました。今後は、現場で起こったヒヤリハット事例を基に事故防止マニュアルを改訂したり、顧客満足度調査を実施し、その内容を基にサービス内容を見直しする取組みをされては如何でしょうか。
- ・ 利用者の記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定が未整備でした。規定の整備及び職員への周知が必要と思われます。
- ・ 苦情・要望の全職員への周知や公開が実施されていませんでした。今後は、全職員まで周知できるように、苦情・要望などの内容やその改善策・対応策を、ユニット会議や係会議などで定期的に周知するなどの工夫をされては如何でしょうか。また、毎年の苦情・要望内容やその改善策・対応策の一部を、個人情報保護に配慮しながら簡潔にまとめ、利用者や家族に配布する広報誌などに掲載されては如何でしょうか。
- ・ 相談・苦情窓口を設置し、重要事項説明書にもきちんと記載され、仕組みとしてはきちんと周知されていました。ただ、利用者アンケートの中で、契約書、重要事項説明書に記載されている内容や苦情窓口の電話番号や担当者についての説明をきちんと受けていないと感じている回答が散見されました。料金やサービス内容・苦情担当窓内などを明示されたパンフレットを作成し、強調して説明するなどし、利用者・家族の記憶に残るような工夫をされては如何でしょうか。
- ・ 利用者満足度調査は訪問調査の時点では実施されていませんでした。できるだけ早い時期に調査を実施し、満足度の分析や調査回答に対しての検討会議を行うことが望まれます。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2650180025
事業所名	介護老人保健施設「がくさい」
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護
訪問調査実施日	2010年9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. 理念や基本方針を明確に定め、玄関及び各階のサービスステーションに掲示するとともに、毎朝の朝礼でも唱和し、全職員への周知に努めている。平成22年度の事業計画を明確に定め、同じ内容の説明会を2日間開催して全職員への周知に努めている。 2. 組織図や職務分掌が作成され、職員への配布及び説明をきちんとされている。毎年、職員の意見が直接反映されるように、職員ヒアリングを実施している。各課や各ユニットの責任者に権限を委譲している。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 単年度及び中長期計画が策定され、職員会議を通じての説明、ホームページを通じての公開が実施されている。単年度計画の進捗状況を、主任以上の職員が出席する拡大運営会議で、毎月確認している。 4. 「がくさい」目標シートを全職員一人一人が記載し、ユニット目標と個人目標を定め、個人に合わせた役割立てを実行しているが、目標の実施状況の確認や見直しは行えておらず、今年度からの実施予定となっている。			
(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	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、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. 法令遵守のために、法令リストを作成し、各職種に関係する法令リストを配布するとともに、いつでもパソコンから閲覧できるようにしている。勉強会は各職場で自由に行われているが、研修会は管理職主導により内容に応じた外部講師を招いて開催し、職員に必要な法令や知識を周知している。 6. 組織図や職務分掌も明確になっており、毎年職員のヒアリングを実施し、全職員の意見を聞く仕組みがつくられている。経営責任者が自らの責任や役割について職員に表明することはされていない。 7. 施設長・事務長・生活支援部長などの管理職が、施設の状況をパソコンシステムで常に確認できるようになっており、携帯電話で緊急時の対応に備えている。			

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。		B	B
	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. 中長期計画の中で、施設で求める人材(材)像を明文化している。常勤採用を基本とし、時間に配慮が必要な人員は非常勤で採用するなど、職員の採用方針を確立している。職員の資格取得のための講座を開催するなどの支援を行っている。 9. 職員研修計画を作成し、計画に沿って内部研修を実施するとともに、職場が参加費・交通費を負担して、外部研修への参加も積極的に行っている。プリセプター制度による新人職員へのスーパーバイズ実施や、毎月のリーダー研修実施など、体系的に職員を育成する取り組みを行っている。「がくさい」目標シートを各職員に記載させているが、個人ごとの目標に沿った研修計画や育成方法は体系的に定められていない。 10. 実習受入れを積極的に行っている。受入れ窓口も明確に定められており、実習生に対する心得(マニュアル)も作成されている。				
(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、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. 就業規則などの説明は年度初めの職員会議で実施し、改正や改定があった場合はそのつど説明されている。毎年、各職員にヒアリングを実施し労働時間帯の変更などに応じて、非常勤から常勤に採用されるなど、職員の希望に沿った雇用形態の変更も柔軟に行われている。休憩場所は、スタッフルームだけでなく、多目的室や屋上なども開放し、職員が自由に休める環境を整備している。介護負担の軽減につながる機器の購入を推奨するため、今年度は100万円の予算を職員に与えている。 12. 職員がリラックスできるように、アロマテラピーを受けたり、テニスサークルに加入するなど、職員からの希望に沿った福利厚生事業を実施している。職員のメンタルケアのためのカウンセラーや産業医などの確保は、現在検討中の段階であり、まだ確保できていない。				
(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. 広報誌・介護予防チラシ・行事案内の関係機関への配布やホームページの活用を通じて、地域への情報提供を行っている。ホームページの中で、第三者評価や情報の公表を周知している。 14. 地域での講習会などに、併設事業所の職員を講師として派遣している。地域の小学校のあいさつ運動に、職員が月2回参加している。隣接する保育園の園児が月2回来所し、お遊戯などを披露する場を設定している。地域の今宮神宮祭りの時は、施設内に御神輿を招き入れ入所者にも地域の祭りの雰囲気味わっていただくなど、地元住民との交流が根付いている。施設主催のがくさい祭りには、地域住民や家族など850名の参加があった。				

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
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. パンフレットやホームページを通じて、事業所で実施しているサービスをわかりやすく説明している。			
(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. 事業所の情報をパンフレットやホームページで分かりやすく提供している。特に、ホームページの「がくさいボックス」の中で、各事業所の取り組みや最近の行事などの写真を掲載し、外部の人がわかりやすいように情報発信している。見学や問い合わせにも個々に対応している。重要事項説明書を用いて、内容や料金の説明をきちんと行い同意を得ている。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族や成年後見人と契約締結している。			
(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。		B	B
	(評価機関コメント)		17. 所定の様式を用いてアセスメントを行い、利用者や家族から、利用者が望む生活上の希望や要望を聞き取り、記録されている。3ヶ月ごとにモニタリングとカンファレンスを行い、必要に応じてケアプランの変更を行っている。 18. アセスメントに基づきケアプランを作成し、利用者及び家族から同意を得た上でサービス提供を行っている。初回アセスメントやサービス担当者会議には、できる限り利用者や家族の参加を求め、希望や意思が尊重できるように配慮している。 19. 定期的カンファレンスは勿論のこと、緊急を要する場合には臨時カンファレンスも開催し介護支援専門員、看護師、介護職員、栄養士を中心とする他職種での話し合いを行っている。また、毎月のユニット会議においても、利用者の支援方法を検討している。 20. 個別援助計画の定期的な見直しは行われているが、緊急で変更が必要な場合には、サービス提供内容の変更のみを行っており、計画書の変更まで間に合っていない状況が見られた。また、現場が緊急でサービス内容を変更したことが介護支援専門員まで伝達されていない事例があったことが、ヒアリングより聞き取れた。			
(4)関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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. 面接時に、担当ケアマネジャーや相談員を通じて主治医の意見を聞いている。短期入所の利用者で虐待の疑われる事例等は、地域包括支援センターに相談している。入院・退院の時には相談員や看護師が面会して状況確認を行っている。			

(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、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。	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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A	
(評価機関コメント)		22. マニュアルの作成はできており、マニュアルに基づいた実践は行っている。マニュアルの見直し基準があり、見直しをした年月が記載されていた。見直しは行われていたが、ヒヤリハット事例からの事故防止や顧客満足度調査に基づいたサービスの見直しという観点からの見直しにはなっていなかった。 23. 記録はパソコンシステムで行われ、利用者一人ひとりの記録があり、全体で共有できるようになっている。個人情報保護法や適切な記録のとり方についての研修会を実施している。利用者の記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定が未整備である。 24. 毎日の申し送りや、ユニットごとの情報共有ノート、パソコン記録の閲覧で職員間の情報共有が適切に行われている。 25. カンファレンスや面会時に、サービス提供時の状況を家族に伝える機会を設けている。			
(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、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。	B	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. 感染症対策マニュアルを作成し、実践している。毎年の定期的な研修会と共に、感染症対策委員会が中心となり、ガウンテクニック等の勉強会を複数回開催している。協力医療機関医師の指示を受け、感染症既往歴のある利用者を受け入れている。利用者、家族にも現状を説明した上で、職員間で対策方法を統一している。感染症である利用者については、二次感染を防ぐために、家族の同意を得た上で、2階の個室で個別ケアを行っている。 27. 事業所内の衛生管理については、委託している清掃業者と事務職員で、ほぼ毎日の清掃を実施している。シーツなどのリネン交換を週1回（汚れた時は随時）実施している。換気をこまめに行い、臭気対策を行っている。			
(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. 事故や緊急時等のマニュアルを整備し、職員に周知し、定期的な研修会を実施している。事故や緊急時等における責任者は常に携帯で連絡がとれる体制にあり、指揮命令系統も明らかになっている。自然災害発生時の対策として地域での防災会議には参加したが、地域との連携を意識したマニュアルは作成されていない。 29. 事故が発生した場合には、適切に対応した上で、本人及び家族や関係者に説明している。事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、申し送り時に緊急会議を実施して対策方法を検討している。事故発生した場合は、翌日の朝礼において危険予測等についての説明をし、注意喚起を行っている。			

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
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。	B	B	
	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	A	
	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. 職員研修会で「人権研修」を開催し、研修会での意見をもとに『人権宣言』を作成し、全てのサービスステーションに掲示している。浴室にのれんだけでなく、カーテンも取り付け、出来るだけ他の利用者に見えないように配慮するなどの改善が行われているが、定期的に日常業務を振り返り、検討や対応するための仕組みはなかった。 31. 身体拘束禁止を明示し、高齢者虐待防止法について勉強会や研修を実施し、防止策を職員に周知徹底している。 32. 入所相談時に医療機関での対応が適する場合は、関連施設のがくさい病院や地域の医療機関を紹介している。他職種が出席する入所判定会議で入所者を決定している。				
	(2)意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	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。	B	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。	B	B	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	33. 意見箱がきちんと設置されている。月2回訪問の介護相談員からの情報を記録して職員に周知するとともに、関係する内容を担当ユニットに伝達して課題の検討を行っている。年3回実施の家族会に介護相談員が参加している。 34. 利用者・家族との面談や、年3回の家族会から出た意見や要望を記録して、職員間で共有し、個別に対応している。苦情については報告書を作成し、回覧などで職員に周知するよう心がけているが、全職員への周知まではされておらず、公開もされていない。 35. 事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置し、重要事項説明書に記載し、契約時に周知している。				
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	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。	C	C	
	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。	B	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	36. 今年度利用者満足度調査を実施するための準備がされているが、調査時点では実施されておらず、満足度の分析や、検討会議も実施されていない。 37. リーダーが中心となっているサービス向上委員会を毎月1回開催し、そこで出た課題を月1回の部門代表者会議や週1回開催の運営会議で検討している。他事業所の取組みの情報や他施設の見学については、職員によってバラツキがあり、リーダ職員の中で不十分との返答も聞かれた。 38. 個人別やユニット別に目標設定を行い、自己評価や目標に対しての振り返りを行っている。サービス向上委員会での課題やユニット別の課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させている。				