

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 2 9 年 1 月 2 0 日

平成 2 8 年 1 1 月 2 2 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 城南ホーム」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 (※)	1. 組織の理念、運営方針が事業計画に具体化され、業務部署ごとに個別目標も設け、全職員で積極的に取り組んでいます ○ 法人理念『仏法僧』すなわち『明るく正しく仲良く』を態度・表情・言葉で表し、心と心・人と人が優しく結びつく温かなケアを目指し、事業計画に具体化し、全職員に法人理念の浸透を図り、サービスを提供しています。 ○ 事業計画を基に、部署毎に計画を作成し、個別の目標も設定し全職員で取り組まれています。フロアー会議や業務別のミーティングで取り組み状況を確認しながら、毎月の部署会議で協議・検討を行っています。各部署長は、達成状況の報告を3か月毎に行い、施設全体でその情報共有が図られています。 ○ サービスの質の向上に係る業務改善については、毎月専門委員会へ各部門の代表者が参加し比較検討を行い、利用者の生活の向上は、QOL会議とショート会議を毎月開催し討議しています。法人内他施設との合同連絡会議を行い、他の事業所との比較検討でサービスの平準化を図り、サービスの質向上に努めるよう協議しています。 ○ サービスの質の向上のため、法人内内部監査(年1回)を実施しています。法人内の業務適正化委員及び業務監査員が評価を行い、改善の努力をしています。年度末に評価による課題抽出がなされ、次年度の事業計画策定に生かされています。 2. 利用者に満足が得られるサービス提供に向け、モニタリングを丁寧に行い、取り組んでいます ○ 個別援助計画は、アセスメントを十分に行ったうえで、利用者や家族の希望を尊重し、専門家の意見や施設内カンファレンスも開催し、利用者の目線に立って策定しています。
-----------------------------	---

	○ 3ヶ月毎の担当者会議前に事前モニタリングを実施し、必ず各専門職の意見書き込みがなされています。また、毎月フローア会議・特養会議等で心身の状況変化について検討し、変更が必要な利用者は適宜計画を見直し、点検とラウンドチェックがよくできています。 ○ 専従の機能訓練士が、本人のニーズや状況に合わせたADLの低下防止の訓練を行っています。毎月利用者の希望等を聞く「お話会」と隔月に食事の希望を聞く「給食会議」を設け、個別の利用者の満足が得られる取り組みが行われています。また、利用者の普通の生活が尊重され、自ら1階に新聞を読みに行ったり、毎月の吹き矢イベントを地域の方と楽しんだり、自動販売機でコーヒーを飲んだり等、自由に楽しげにされています。職員は、利用者の動きにそっと目配り心配りしながら、安心安全な支援を常に心がけられています。 3. 職員の知識・技術の向上が図られています ○ 新人研修、フォローアップ研修、現任研修等各段階に応じた研修体制が整っています。また、エルダー研修を通じて指導力のスキル向上と指導者自らの気づきの大切さを学ぶ機会としています。キャリアアップ研修を実施し、法人内で日常から学ぶことを意識する環境ができています。また、全職員対象の年間研修計画に基づく内部研修と職員が希望する分野の外部研修にも積極的に参加しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<u>さらに改善が望まれる点について</u> 1. 「看取り」について ○ 入所者が重度化していくことは避けられません。この流れから「看取り」の要望が高まることと思われます。施設では本人のニーズや状況に合わせたサービスの提供が行われていますが、「その人らしい生活」の延長線に看取りの実施が必要となってくるのではないのでしょうか。 2. ホームページの充実について ○ ホームページは今や大切な情報提供源であり、年々活用度が増加しています。法人のホームページはわかりやすく様々な情報が提供され、充実しています。しかし、各事業所の具体的な情報はあまり多くありません。それぞれの事業所の取り組み等が分かるようにされるとよいかと思います。

具体的なアドバイス	1. 理念に基づく「看取り」について ○ 法人理念に基づき、高齢者の尊厳保持について研修を重ね、利用者ひとり一人を大切に、良く取り組んでおられる事業所です。ターミナルケアの研修も開催し、利用者の「そのひとらしい生活」の最後を貴施設で過ごしていただくためのご努力をされている姿勢を感じます。利用者・家族が安心できるように、職員の精神的負担や人員体制など、「看取り」に関わる諸課題を検討・克服し、是非実施に向かわれますように期待しております。 2. ホームページの充実について ○ 事業所としてのホームページの充実を、すでに考えていただいております。それぞれの事業所の特徴がよくわかる具体的な最新の状況や行事情報等（例えば日常生活、吹き矢の定例会、乳幼児の集う会合、昼食サービス等）を発信することで、地域住民のみならず、貴施設に関心のある方へのメッセージになります。早期充実を願っております。
-----------	--

※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	2670900261
	事業所名	社会福祉法人清和園 特別養護老人ホーム 城南ホーム
	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
	訪問調査実施日	平成28年12月8日
	評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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 創立以来長年にわたり倫理規範として定着している組織の理念は、施設内各所に掲示され、毎年年度初めに全体会議で理念及び方針についての内容確認及び深める取り組みを職員に行い、浸透を図っています。利用者や家族には、契約時にパンフレットを通して説明しています。また、ホームページにて広く開示しています。 ② 法人の組織図、職務分担表にて、役割分担は明確で、事業毎・案件別の意思決定方法が定められています。年3回の定例理事会に加え、随時理事会を開催しています。各種会議は定期的に行われ、組織の運営が適切で体系的に行われ、職員の意見が反映されています。		
(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 法人の「事業計画基本方針」に基づき、中長期計画・単年度計画を策定し、目標を明確にしています。計画策定においては、利用者ニーズ・運営の現状・職場の意向等、多角的な視点を反映させています。 ④ 事業計画を基に、部署計画を作成しています。フロアー会議や業務別のミーティングで取り組み状況を確認しながら、毎月の部署会議で協議・検討を行っています。各部署長は、達成状況を部署会議で3か月毎に報告し、施設全体で情報共有が図られています。		

(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
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 年度当初に開催する全体会議の中で、職業倫理と法令遵守に関する研修を行い、全職員の意識向上に努めています。施設長(運営管理者)は、必要な関係法令の研修に参加し、各フロアに法令集が設置されており、職員がいつでも確認できるようにしています。 ⑥ 施設長は年度初めに「城南ホーム全体方針」を表明し、事業運営をリードしています。施設長は毎月の各部署会議に参加し、年2回個別のヒアリングの実施で、職員の意向を把握し、自らを評価する仕組みとしています。 ⑦ 施設長は直接業務を管理し、常に日報や会議録で事業の実施状況を把握しています。緊急時は直ぐに施設長まで連絡が取れる体制が整っており、緊急連絡網も整備され、不在の場合は携帯電話で連絡が取れます。職員連絡網を備えるとともに、SNS活用にて迅速に情報共有が図られています。		

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

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 法人内部での人事異動で、人員の効果的な配置を心がけています。有資格者の人員確保に努め、介護福祉士手当の増額を実施しています。介護職員実務者研修の受講補助制度があり、介護福祉士や介護支援専門員の学習会を法人内で実施しています。 ⑨ 新人研修、フォローアップ研修、現任研修等各段階に応じた研修体制が整っています。また、エルダー研修を通じて指導力のスキル向上と指導者自らの気づきの大切さを学ぶ機会としています。キャリアアップ研修を実施し法人内で日常から学ぶことを意識する環境ができています。また、全職員対象の年間研修計画に基づく内部研修と、職員が希望する分野の外部研修にも積極的に参加できています。 ⑩ 実習受け入れに対する基本姿勢は、実習受け入れマニュアルに明文化されています。介護福祉実習・社会福祉実習・介護支援専門員の研修生等の受け入れを行っています。実習生受入前に事前オリエンテーションを行うとともに、実習中においても気になることがあれば時間を取り、注意事項の説明や学びの状況の確認を実施しています。実習受入担当者は、介護福祉士実習指導者講習会の修了者を配置しています。		

(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、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 職員の労働環境は、毎月給与計算の際に有給休暇取得状況や超過勤務の状況等を確認し、シフト調整も有給休暇を割り当て、高い取得率が確保されています。毎週水曜日はノー残業日とし、育児休業・介護休業は就業規則に定められ実績もあります。腰痛ベルトの無償提供やスライディングボードの活用等で、職員の介護負担軽減に配慮がなされています。 ⑫ メンタルヘルス、セクハラ、パワハラの相談窓口を法人事務局に設置し、産業医等に直接職員が相談できる仕組みがあります。管理者は、年2回の個別ヒアリングを通し、業務上の悩み等の把握をする機会を設けています。また毎年異動希望調査が実施され、郵送又は口頭で直接、法人事務局長に希望を伝えることができる仕組みとなっています。各階には休憩や休息がとれる休憩室があります。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		⑬ 事業所の情報は、パンフレット・季刊誌(在宅サービス向け)・ホームページを通して地域に開示しています。2ヶ月に1回イベントの開催情報を地域に発行し、利用者が地域と関わりを多く持てるよう、夏祭り・秋祭り・「健康吹き矢教室」等を開催しています。またそのことで、地域の方々に施設をよく知っていただく機会としています。地域の幼稚園や保育園の園児との交流行事も行っています。 ⑭ 地域の民生委員や女性会の協力を得て、「介護予防教室」や「バザー」を、施設を開放して開催しています。「健康吹き矢教室」は毎月開催し、また、施設を地域住民の交流スペースとして提供しています。地域のイベントに職員を派遣し、介護相談を受けています。		

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 事業所情報は、パンフレットやホームページで提供しています。施設見学・体験等も個別対応出来る体制が取られ、ほぼ毎月サービス内容の説明や見学等、対応されています。フロアーには重要事項説明書の冊子等を設置し、施設内行事の様子等を掲示板等で見られるようにしています。		

(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 サービス開始に際し、担当者が契約書と重要事項説明書を提示し、サービス内容や料金説明等を行っています。三評利用者アンケートからも丁寧に分かり易く説明されていることが伺えました。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、代理人にその説明を行い、また成年後見制度の活用もしています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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 アセスメントは専用ソフトを活用し、利用者の心身状況や生活状況を詳細に記録しています。施設内カンファレンスにて、専門家からの意見も照合し、ニーズや課題等の把握に努めています。また、3ヶ月毎の担当者会議前に事前モニタリングを実施し、アセスメントの確認を行っています。変更が必要な利用者は適宜見直しを行っています。 ⑱ 個別援助計画策定の際は、利用者の意向を十分に聞き取るようにしています。サービス担当者会議には、家族と本人に参加要請し、希望・要望を家族に口頭及び書面で確認しています。 ⑲ 個別援助計画の策定にあたり、医師・介護士・看護師・栄養士・リハビリ担当者からの意見を聞き、反映させています。専従の機能訓練士が常駐しており、本人のニーズや状況に合わせたADLの低下防止の訓練が行われ、その視点が計画の随所に見られました。 ⑳ 3か月毎に個別援助計画の見直しが行われ、状態の変化時等にも見直されています。モニタリングは、サービス提供が計画通りに出来ているかを部署毎に確認し、必ず各専門職の意見が書き込まれています。		

(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 利用者の体調管理については、協力病院との間で、通院・入退院の連携が円滑に行われています。退院時カンファレンスに複数で出席し、連携が取れています。また、相談員、施設ケアマネが主となり、他の各関係機関と連携を深めています。長期療養が必要な利用者に対しては、医療機関の相談員と連携して、療養型医療施設への申請が行われています。		

(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、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。	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	A
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)		② 各種業務マニュアルは、フローチャートも利用し分かり易く、実務書として整備されています。感染症のマニュアルは詳細でファイル1冊にまとめ、リスクマネジメント（誤嚥予防や接遇面）等、介護の専門マニュアルとして職員に周知され、実務に活用されています。マニュアルは、事務所内に設置、必要が生じた際にいつでも確認できる状態で、毎年、また随時にも見直しています。改善部分は必ず職員に周知を図っています。 ③ 利用者に関する記録は、書面での記録と、専用ソフトにてデータ管理され、情報の共有が図られています。記録の保管・個人情報の保護に関しては、「規定マニュアル」に定められ、入職時に誓約書を取り交わすなど、管理体制が徹底されています。 ④ 利用者の状況等に関する情報は、専用ソフトの活用及び紙媒体の資料を活用して、就業前後のミーティングに情報の共有を行い、申し送り事項は再度確認できるようにしています。また、毎月のフロアー会議・特養会議等でケアカンファレンスを開催し、参加できなかった職員は、その会議録や業務日誌で確認するとともに、事前に意見交換と集約が行える体制があります。 ⑤ 家族との情報交換は、各種行事（夏祭り、敬老会、日帰り旅行等）の際や、カンファレンス参加時に情報交換の機会を設けています。3か月に1度は現状報告を行っています。緊急時は電話連絡で伝えています。		

(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、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 毎月「感染症対策委員会」を開催し、発症予防・発症後対策に伴うマニュアルも作成し、職員に周知を図っています。今年度は「嘔吐処理研修」を職員に行い、感染症流行時期には臨機応変に感染症対策を行えています。感染症である利用者については、医師の指示に基づき、的確に対応できています。 ②7 施設内は整理整頓され、居室内清掃は職員で行い、フロアー・トイレは毎日外部委託され、業務チェック表で確認しています。必要箇所にプラズマクラスターイオン空気清浄器を設置し、フロアーはオゾン脱臭装置にて臭気対策をしています。		

(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)		㊸ 事故や緊急時を想定した対応マニュアルは職員に周知され、抜粋した内容をフロアーに設置、都度更新しています。緊急時の職員連絡網を事務所内に設置しています。利用者の急変時に対応できるよう、消防署員指導のもと、救急救命研修を毎年実施しています。 ㊹ 事故発生時は、マニュアルに基づき適切に対応をし、家族に連絡しています。事故報告書を作成し、必要時は行政機関に報告書を提出しています。原因究明、対策検討のため、毎月1回、事故発生防止委員会を開催し、再発防止に努めるとともに適宜研修を実施しています。ヒヤリハット報告は、毎日の申し送りの際に報告し内容をデータ管理し、フロアー会議で分析し、さらに部署会議で検討し、事故防止に繋がられています。 ㊺ 災害対策マニュアルは職員に周知され、命令系統も明確で、事務所内に設置しています。施設避難訓練は年間2回（夜間想定も含む）、消防署立会い指導のもと実施しています。大規模災害発生時における地域協定書の取り交わしと、福祉避難所として登録されています。		

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

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)		㊻ 年間研修計画で「法人理念の浸透」「高齢者の尊厳・人権」「高齢者虐待防止法」等の研修を年度当初に行い、職員は高齢者の尊厳保持を心得た実践ができるようにしています。利用者本位のサービス提供を実現するため、毎月利用者の外出先希望等を聞く「お話会」と隔月に食事の希望を聞く「給食会議」を設け、個別の利用者の思いを大切にに取り組んでいます。また、「ターミナルケア」の研修を開催しています。身体拘束委員会では、虐待防止・身体拘束廃止の徹底に向けた討議を、毎月開催しています。 ㊼ プライバシー保護について年度当初に人権研修で周知し、新人や実習生に対して研修や指導を行い、意識付けを実施しています。カーテンの仕切りや個室対応の部屋、同性介助等、具体的な方策が講じられています。 ㊽ 入所者の決定は毎月の入所検討委員会にて第三者委員の方も参加し公平公正に検討されています。どのような心身状態の利用者であっても、入居の申し込みを断ったケースはありません。		

(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 利用者の意向は、「お話会」「給食会議」にて広く聞いています。個別の相談は、生活相談員・ケアマネジャー等が生活の場に入り、直接意見聴取しています。利用者家族には毎年満足度調査をしています。また、各階に意見箱を設置しています。 ③⑤ 「苦情解決委員会」を毎月開催し、苦情等の把握と対策等について検討しています。利用者の意向については、マニュアルに基づき、迅速に対応しています。苦情等は発生から解決まで当事者に伝えながら納得がいく解決に向け、取り組んでいます。改善状況等は、個人情報保護に配慮し施設内に掲示しています。 ③⑥ 苦情受付の窓口について施設内に掲示しています。第三者委員の氏名、連絡先等の記載もされています。また重要事項説明の際に事業所の苦情窓口及び公的機関への窓口相談が出来ることを説明しています。傾聴ボランティアを導入し、利用者の思いを確認、代弁してもらええる場として活用されています。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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	A
(評価機関コメント)		③⑦ 特養・ショート家族には、年1回満足度調査を実施し、結果を集計し掲示しています。必要に応じて家族等との面談や電話対応等で利用者の意向を把握し、サービスの向上に努めています。 ③⑧ サービスの質の向上に係る業務改善については、毎月、専門委員会へ各部門の代表者が参加し、比較検討を行っています。利用者の生活の向上は、QOL会議とショート会議を毎月開催し討議しています。法人内他施設との合同連絡会議を行いサービスの平準化を図り、他の事業所との比較検討でサービスの質向上に努めるよう協議しています。 ③⑨ サービスの質の向上のため、法人内内部監査(年1回)を実施しています。法人内の業務適正化委員及び業務監査員が評価を行い、改善の努力をしています。事業計画の見直しは、部署会議で毎月検討し、各部署長が3か月毎に行う部署会議で討議されています。年末に評価による課題抽出がなされ、次年度の事業計画策定に生かしています。		