

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 31 年 2 月 12 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 30 年 7 月 19 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（城陽市立東部デイサービスセンター）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

特によかった点とその理由

城陽市の北部に位置する地に、武田病院グループに属する社会福祉法人青谷福祉会「城陽市立東部デイサービス」があります。京都と奈良を結ぶ旧街道に面した静かな住宅地です。平成 13 年 12 月に通所介護事業所・介護予防通所介護事業所と認知症対応型通所介護事業所を併設して開設されました。

パンフレットの表紙に「思いやりの心で“手のぬくもりのある”介護の提供を目指します」と事業所の「思い」を表明されています。また、武田病院の理念と基本方針・環境方針などと共に ISO 14001 自己宣言書も公表されています。グループ全体の柱として「思いやりの心」を表し、日々医療・介護事業に努めておられています。

（1）質の高い人材の確保と充実

平成 30 年度の事業計画に「職員一人ひとりが利用者および家族に対して質の高いケアを提供し、常に改善意識を持ってチームケアに取り組むこと」を最重要課題として挙げておられます。課題達成には、働きやすい職場の確立が重要であり、中期計画（5 年）では、新卒学生の積極的な採用・離職率の低下・有給休暇率のアップ・外国人の介護士育成を、長期計画（10 年）ではきょうと福祉人材育成認証制度上位認証の取得・地域ニーズに即した新規事業の展開を明確に示しておられます。

具体的には「京都府福祉職場組織活性化プログラム」を活用して、職員対象のアンケートを実施して、職員の意識調査を行って業務改革につなげています。京都府内の平均値より高い数値が出ている結果から、働きやすい職場づくりが実践出来ていると考えられます。

組織体制も施設長・所属長を中心に円滑な業務遂行と共に、資格取得に対する支援を行っています。現在、介護福祉士の有資格者は全体で 8 割を超えています。看護師・理学療法士・作業療法士を積極的に配置して、利用者の

	身体機能維持・向上を図っておられます。音楽療法も取り入れたリハビリテーションの充実が事業所のサービス提供の要の一つになっています。利用者・地域住民から好評を得ているのもうなずけます。 中重度ケア体制に基づき、要介護３以上の方の利用も積極的に受け入れて指定基準より２名の職員を多く配置しています。在宅での生活に支障がある利用者が、住み慣れた自宅での生活を確保されていることになります。 （２） 業務レベルにおける課題の設定 法人グループの理念・運営方針に基づき、事業所の事業計画・課題を策定しておられます。事業計画・課題を確実に遂行するために「方針展開表」を活用して、毎月ＱＭＳ委員会（品質マネジメントシステム）で協議し、半期で評価・見直しをする仕組みが出来上がっています。生活相談員・介護職員・栄養科等の職員が参加して、情報・意見交換を行って、その結果を各フロア会議や運営会議などに報告し、全職員の共有化を図っています。さらに、職員対象のアンケートや身体拘束に関するアンケート・虐待の芽チェックシート・ほっと報告書などから、サービスの質の向上を目的として、意見などの集計→分析→課題の抽出→事業計画につなげられるように、本部のシステム担当が行っています。 また、「教育訓練計画書」を作成し、新人から現任・役職者対象の研修と共に職種別の研修も組み立てて、自己目標→自己評価→上司の評価の流れで業務レベルの課題の設定が明確になっています。 色々な視点から、事業計画・課題の達成に向けて努めておられます。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	特に改善事項としては、取り上げる項目はありませんでした。 一つ取り上げるとすれば、地域との交流・貢献をされています。地域住民がボランティアなどで、事業所に来所されたりして利用者と楽しみの時間を持っておられます。そこで、事業所から地域に出かけられて情報を提供する機会を持たれたら如何でしょうか？

具体的なアドバイス	例えば、地域のスーパーなどに、月１度程度でもよいのですが出かけて介護保険制度や介護方法などの「相談コーナー」を設けられる事を期待します。一般の地域住民は「どこで相談してもらえるの?」「どうしたら支援を受けられるの?」など迷っておられる方が多いです。なかなか事業所を訪ねる事が出来ないのが現実なので、事業所から飛び出して貰えたらと考えています。 ※ 利用者の方達が、それぞれの場所で、思い思いの事をされながら、穏やかな表情で過ごされている姿を拝見しました。 職員の方は、記録などパソコン入力となり、不得手な方もおられるでしょうが、時間短縮につながるように頑張ってくださいと思います。 時間に余裕ができれば、利用者さんに寄り添う機会が増えてくるでしょう。職員は、笑顔で利用者に接しておられました。なお一層働きやすい職場環境を皆さまで作って下さる事を願っております。
------------------	--

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2 6 7 2 8 0 0 1 6 2
事業所名	城陽市立東部デイサービスセンター
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)	(介護予防) 認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	平成30年12月14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. ホームページやパンフレットで、武田病院グループの経営理念・基本方針・環境方針など詳しく明文化し周知を図っている。また、「思いやりの心」を主軸とした経営理念や基本方針などを記載した折り畳みのカードを整備している。事業計画にもグループの「思い」を盛り込んで理念などに即したサービスの提供を実践できるように努めている。さらに、年度初めの運営会議や各フロア会議でも周知させている。利用者には、広報誌で、家族などには家族懇談会などで説明し理解を得ている。 2. 組織図・指示命令系統・事務分掌を明文化し、職位・職務・職責の明確化を図っている。 事業計画書に職員関連の項目を定め、運営会議などの諸会議と研修委員会などの諸委員会を示している。理事会・評議員委員会から管理者・職員を含む各会議・各委員会まで双方向で、情報・意見などを共有しており、組織としての透明性を確保している。			
(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。		A	A
	(評価機関コメント)		3. 社会福祉法人 青谷福祉会として、単年度の事業計画を策定すると共に、中期計画（5年）・長期計画（10年）を組み入れている。グループ全体の目標を明確にし、さらに、各事業所別にも、単年度・中期・長期計画を立案している。内容には、理念や基本方針・重点項目を入れて理解しやすい文面になっている。計画の立案は、各フロア会議で検討し、その結果を運営会議に挙げて決定している 4. 事業計画を確実に遂行できるように、方針展開表を用いて毎月QMS委員会（品質マネジメントシステム）を開催して実践状況を確認している。委員会には、相談員や介護職など多職種の職員が参加している。会議の内容は議事録により、各フロア会議や運営会議で報告すると共に閲覧によって全職員に周知させるように努めている。			
(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。		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. 行政主催の集団指導に参加したり、武田病院グループ主催の医療介護合同研修会に出席して法改正などの情報を得ている。また、事務担当者会議（顧問税理士参加）や管理者会議を定期的に開催して、グループ全体で情報・意見交換の機会を設けている。コンプライアンス（法令遵守）管理規定を整備しており全職員が法令遵守に努めている。 6. 職務分掌規程に、運営管理者の職位・職責を明記して職員に表明している。「京都府福祉職場組織活性化プログラム」を活用して、職員のアンケートを実施して職員の満足度を分析している。京都府の平均値より高い数値が出ている。各種会議や委員会などにも出席し、職員の意見などを聞き取り運営会議に反映させている。日常的にも職員とのコミュニケーションを図り話しやすい雰囲気づくりに配慮して業務の円滑化に努めている。 7. 1フロアで 利用者が過ごしている様子が一望できるようになっており、管理者は日常的に利用者や職員の様子やサービスの提供状況を把握する事が出来ている。有事には、速やかに管理者等に連絡・報告する仕組みが出来ている。不在の場合には、携帯電話で連絡をとり適切な指示を出している。また、利用者の体調の急変時には「看護業務手順書」、送迎時のトラブルなどに関しては「送迎業務手順書」に即して対応している。
--	--	------------	--

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。		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. 採用に関しては、無資格者であっても業務に対する熱意があれば、採用後に実務経験と研修により、必要な知識と技能を学ぶ機会を設けて資格取得の支援を行っている。介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の取得対象者には、業務内に模擬試験を実施するなどの支援をしている。資格取得に際して、褒章や資格手当を付与し「やる気」を喚起しており、介護福祉士の有資格者の率は高くなっている。中重度加算を算定して基準より2名の職員を増員配置している。 9. 研修委員会が中心となって、年度ごとに「研修計画書」を作成し、内部研修・外部研修の予定をたて、積極的に受講の機会を図っている。受講費用は法人が援助している。外部研修の参加者は、内部研修で伝達研修を行っている。日常業務の中でも「気づき」を高める目的で「ほっと報告書」を記載することになっている。職種別にも、ステップアップシートを活用して技術力の向上を目指している。 10. 実習生受け入れのマニュアルを作成している。小学生・中学生の職場体験などや、大学生の教育実習を毎年受け入れている。プリセプター制度により、一定の基準を満たした職員が指導に当たっている。指導者としての研修も行っている。			
(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、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. QMS委員会で、有給・超過勤務の状況を把握・確認している。有給休暇の取得と共に超過勤務にならないように配慮している。育児休業・介護休業は法令に従って定めている。現在、育児休業を取得している職員があるが、介護休業を取得している対象者はいない。職員の腰痛対策として、特殊浴槽やリフト浴槽の入れ替えをして負担の軽減に配慮している。 12. 関連する医療機関に「メンタルヘルスサポート」を設置して、職員が相談できる体制が整備されている。メンタルヘルスチェックは、年1回実施している。「ハラスメントの防止に関する規程」を作成して、法人本部に窓口を設置している。職員が、休憩時間をゆっくり過ごせるように休憩室を設けている。相談室も自由に使用できるようにしている。懇親会や歓送迎会を持ち、職員間の交流を図っている。			
(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. ホームページやパンフレット・機関紙（東部だより）などを活用して情報を提供している。情報の公表も毎年更新してホームページで開示している。年2回運営推進会議を開催し地域の状況を把握する立場の方たちとの情報・意見交換を行っている。今年初めて「RUN2018」（認知症啓発イベント）に参加したり、地区の秋祭りの「子どもみこし」が立ち寄って交流したりなど地域との関りを大切にしている。また、ボランティアの方が日本舞踊や古典芸能などを披露して楽しいひと時を共有している。近在の幼稚園の園児との交流もある。 14. 事業所の文化祭で「介護相談」の機会を設けている。城陽市の「介護認定委員」を引き受けて協力している。定期的に、地域ケア会議に出席して情報交換を行っている。AEDを設置して「城陽市AEDマップ」に掲載し協力している。
--	--	------------	---

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

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. ホームページやパンフレット・機関紙で詳しく事業所の情報を提供している。その他、介護サービス事業所情報や重要事項説明書からも情報を得る事ができる。見学希望者や問い合わせには丁寧に対応している。パンフレットには、写真を活用して、事業所内の設備や利用者の様子を掲載している。		

(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. 契約書・重要事項説明書に基づき詳しく説明している。内容を理解し納得を得た上で同意の署名・捺印をもらっている。判断能力が低下している利用者には、家族などに説明し署名代行人として署名してもらっている。独居の場合は後見人制度の活用をしている。		

(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. 初回面接時や体験利用時などに、本人や家族などから生活歴や心身状況・サービスに対する要望などを聞き取りアセスメントを行っている。心身の状況に変化があった時や通所介護計画書更新時には手順書に基づき再アセスメントを行っている。 18. 個別援助計画の策定やサービスの提供内容の決定には、アセスメントからの情報を基に利用者一人ひとりの状況を勘案して作成している。さらに、本人や家族などの希望も反映させている。サービス担当者会議には、本人あるいは家族などが参加している。個別援助計画書は本人・家族などに説明し同意の署名・捺印を得ている。 19. 個別援助計画等の策定に当たり、在宅の担当介護支援専門員からの情報を得たり、必要に応じて医療関係者などからの情報を得ている。 20. 介護保険認定の更新時や心身状況の変化があった場合には、サービス担当者会議を開催し関係専門職との情報・意見交換を行い、個別援助計画等の見直しを行っている。通所介護計画の作成時には、事業所の多職種と協働で作成している。		

(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. 居宅の担当介護支援専門員を通して医療関係者や関連介護事業所からの情報を得ている。入院時には、情報提供をしており、退院時にはカンファレンスに参加して、退院後の在宅生活が円滑に行えるように情報を得て適切な支援に繋げている。		

(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、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)		22. サービス提供に係る業務マニュアル（手順書は）、職種ごとに作成している。通所介護計画手順書も整備している。職員には、入職時に渡し、各フロアでも職員がいつでも確認できるように設置している。法人内グループで共有し、見直しが必要な場合にはQMS委員会で検討している。また、定期的な見直しも出来ている。 23. 日々のサービス提供状況などの記録は、管理システム「ちょうじゅ」を活用して記録を入力している。利用日のバイタル（健康状態）・サービス提供状況（体操、ゲーム、音楽療法、趣味活動の様子など）をくわしく記録している。記録書類などは「介護記録等に関する情報の取り扱い規則」に即して対応している。持ち出しは施設長の管理になっている。記録類は5年を経過した時点で専門業者に託して廃棄処分している。 24. 毎日の朝礼で申し送りを行い、その記録は申し送り専用のファイルに記録している。時間差で出勤してきた職員は、ファイルを確認し情報の共有化を図っている。フロア会議でケアカンファレンスを実施している。内容は、議事録で共有している。 25. サービスの提供状況などについて家族などとの情報交換は、利用日の送迎時や連絡帳・サービス担当者会議などで行っている。また、援助計画作成時（機能訓練など）・計画の更新時・評価時など訪問の機会を利用して、情報の交換を行っている。		

(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、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. 感染症の対策・予防に関するマニュアルを作成し、定期的に職員対象に研修を行っている。最新情報は行政からの通達やワムネットから収集している。新しい情報を得てマニュアルを更新している。手袋やマスクなど感染症予防キットの整備をしている。 27. 事業所内の書類や備品などの整理・整頓は出来ている。清掃に関しては、清掃専門業者に委託している。定期的に清掃状況を外部監査で確認・評価して衛生管理に努めている。		

(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)		28. 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルを整備している。送迎時の安全運転の確保のため、法人でテストを行い安全運転の認定を受けた職員が送迎を行っている。AEDを設置し、消防署員の指導で普通救命講習会を毎年行っている。事故や緊急時の責任者や指揮命令系統を明確にしている。職員の目に付く場所に事故例の写真をはって、事故に対する認識を周知させている。 29. 事故報告は、コールバック連絡書記載要領書を用いて詳細に事故内容を記載し、再発防止に繋げている。事故内容に応じて行政に報告している。 30. 防災訓練は、消防訓練計画書に基づき消防署の指導の下で実施している。有事には、安全対策委員会で検討し全職員に通知する仕組みがある。近隣の住民には、防災訓練のピラを配ったりポスティングして案内している。台風等の発生時には、気象警報対応マニュアルに基づき速やかに対応している。		

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	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)	31. 32. 法人として、「思いやりの心」の理念のもと、利用者の尊厳を保持し、いつまでもその人らしく生活できるよう“手のぬくもりのある介護”を提供する。と表明している通り、一人ひとりの利用者に利用者本位のサービスが提供できるように努めている。身体拘束や高齢者虐待・プライバシーに関する研修を定期的実施して周知させている。介護業務の手順書には、羞恥心への配慮について記載している。利用者の希望に応じて同性介護を行っている。 33. 利用定員を超えない範囲ですべての希望者を受け入れている。				
	(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. 35. 利用者の意向は、送迎時・電話・連絡帳・アンケート・意見箱・家族懇親会などなどいろいろな方法で受け取る機会を設けている。居宅の担当介護支援専門員からの情報やサービス担当者会議においても聞き取る機会になっている。全職員が利用者とのコミュニケーションを図り何でも気軽に話せる雰囲気づくりを心掛けている。聞き取った意向は、コールバック連絡書作成手順書を作成し手順書に基づき改善に向けて対応している。意見や苦情に関しては、苦情処理要綱に基づき迅速に対処している。 36. 重要事項説明書に「苦情受付について」の項目を設けており、苦情受付担当者・解決責任者を定めて、第三者委員も設置して公平・公正な解決につなげるようにしている。また、公的機関も紹介している。市より派遣されている介護相談員の来所もある。				
	(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. 利用者満足度調査と嗜好調査を定期的実施して、利用者の思いを収集している。業務委員会で取りまとめ、その情報を機関紙で利用者に報告している。 38. サービスの質の向上に向けて「業務改善報告書」を用いて全職員が要望を提出する体制を設けている。その内容を業務改善委員会で検討し、各フロアー会議や運営委員会で報告して全職員に周知させている。年2回武田グループによる「マネジメントレビュー」が実施される仕組みがある。グループ全体の取り組みの状況などを集計し分析・改善・課題の抽出などを行い次年度の事業計画に反映させている。全体の取り組みを見る事で当該事業所との比較ができ改善にもつなぐ機会になっている。 39. 法人本部のシステム担当者による、年2回の内部監査を実施し評価を受けて、サービスの質の向上につなげている。結果を内部監査報告書にまとめられ、改善事項があれば次回の監査までに改善する体制がある。また、「品質マネジメントシステム ISO 14001」の認証を受けている。第三者評価を定期的に受診し、業務の見直しに反映させている。				