

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : デイサービスセンターはるみ
(地域密着型通所介護)

評価実施期間 2021年4月21日 ~ 2022年1月31日

実地(訪問)調査日 2021年10月20日

評価決定委員会開催日 2021年12月27日

2022年2月21日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第11-1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------|--------------|
| 名称：デイサービスセンターはるみ | 種別：地域密着型通所介護 | | |
| 代表者氏名：寺本 淳 | 定員（利用人数）： | 15 | 名 |
| 所在地：〒679-2123 兵庫県姫路市豊富町豊富2602番地 | | | |
| TEL：079-264-1118 | ホームページ：https://bestcare-h.jp/ | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日：2017年4月25日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）：株式会社ベスト・ケアー | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 3 | 名 |
| | | | 非常勤職員： 5 名 |
| 専門職員 | 施設長 | 1 | 名 |
| ※（ ）はうち非常勤職員を明示 | 生活相談員 | 1 | 名 |
| | 理学療法士 | 1名（1） | |
| 施設・設備の概要 | デイルーム | 1 | 休憩室 1 |
| | トイレ（車椅子介助可能） | 2 | 浴室（個浴、機械浴） 1 |
| | 事務所 | 1 | 倉庫 2 |
| | 静安室 | 1 | |

③理念・基本方針

1. 障害児、児、高齢者が、住み慣れた地域で、心身共に安心して自分らしく、自立した基本的日常生活を送ることが出来るよう、個人のニーズに応じた最善の支援をさせていただきます。
2. 支援に関わる人材の知識、技術の習得意欲を喚起し、専門職としての質向上に努め、適切な安定した支援が継続できるよう努めさせていただきます。
3. 関係機関、団体や学校、行政、主治医、保護者と連携して共生社会の実現に向けた後方支援をさせていただきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

風光明媚な豊富の立地を活かした古民家改修型のデイサービスになります。利用者様であられる高齢者の皆様が生まれ育った昭和の時代を感じて頂きながら幸せな時間を過ごして頂ければと職員一同考えております。取り組みといたしましては理学療法士によるリハビリや機能訓練、集団体操や歩行訓練、入浴、カラオケやレクリエーション活動を通して、利用者様が住み慣れた地域で、心身共に安心して自分らしく、自立した基本的日常生活を送ることが出来るよう、個人のニーズに応じた最善の支援をさせていただきたいと考えています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和3年4月21日（契約日）～ 令和4年1月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 初回（平成 年度） |

⑥総評

| |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 法人全体で利用者を尊重する考え方が確立され、利用者のニーズに応じた最善の支援に向けた取り組みが行われています。</p> <p>法人全体で毎月定期的開催される職員研修のなかで、全職員を対象とした権利擁護に関するセルフチェックが行われ、職員が共通の考え方をもちながら支援できるよう利用者を尊重する考え方が確立されています。また、古民家を改修した事業所の設備や利用者個々の活動スペースにも、折り紙や塗り絵、畑仕事などができるよう利用者一人ひとりに対する、環境づくりや利用者のニーズに応じた最善の支援に向けた取り組みが随所に行われています。</p> <p>○ 利用者の状態把握のための、さまざまなアセスメントツールが用いられ、利用者の状態に合わせた支援内容の検討が図られています。</p> <p>通所介護計画の作成には、介護支援専門員からの情報提供以外に事業所独自で実施する、アセスメントシートやFIM評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）や食事アセスメント、長谷川式認知症スケールなどを用いて、多面的な情報収集を行っています。具体的な支援内容の検討がおこなわれ、利用者の状態に応じた具体的な支援が介護計画に反映されています。</p> |
| <p>◇改善を求められる点</p> <p>○ 福祉サービスの実施計画の手順をさらに具体的なものにしていくことが望まれます。</p> <p>通所介護計画の策定手順や支援の評価を行うための、多様なアセスメントツールの活用が行われていますが、日々の支援の進捗状況の確認を行うための記録のあり方や計画を変更した場合の職員への周知方法も踏まえた手順を明確にしていくことが望まれます。</p> |

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|--|
| <p>事業所として取り組んでいるサービスについて評価して、数値化していただいたことで、これからの運営にいかせればと考えます。</p> |
|--|

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | a |
| <コメント> ○ 理念や基本方針に利用者を尊重する考え方が示されているとともに、年に1回法人全体で倫理綱領に基づいた研修が実施されています。また、毎月実施される研修では権利擁護に関するセルフチェックが行われ、職員が共通の考え方をもちながら支援できるよう工夫されています。 | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b |
| <コメント> ○ 利用者のプライバシー保護の規定が示され、研修計画に基づいて、プライバシー保護に関する研修が年1回実施されています。また、古民家を改修した造りの中に、ベッド間のパーテーションや脱衣場のカーテンの設置などプライバシーに配慮した工夫がうかがえます。 ○ 今後は、プライバシー保護に関する不適切な事案が発生した場合の対応方法を明確にすることが望まれます。 | | |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | b |
| <コメント> ○ 利用希望者に対しては、事業所内の見学やお便りなどの紹介を通して丁寧な説明が行われていることがうかがえました。 ○ 今後は、現在作成中の事業所のパンフレットとともに公共施設等の多くの人が入手できる場所に設置されることが望まれます。 | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | b |
| <コメント> ○ 利用開始やサービス内容の変更の際は、重要事項説明書や契約書のほか、通所介護計画書を用いて丁寧な説明が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者や家族がさらに理解しやすいパンフレットの作成とともに、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化が望まれます。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者は、有料老人ホームの利用者に限定されており、ケアマネジャーと連携しながら、通所介護計画書や手紙、思い出の写真を添えて利用者や家族への報告や情報提供が行われています。 ○ きめ細やかな、報告は行われている事はうかがえましたが、標準的な引継ぎ文章の定型化には至っていません。今後は、サービス終了後の相談窓口も含めた、手順と引継ぎ文章を明確にしておくことが望まれます。 | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に2回利用者へのアンケートが実施され、利用者満足度の上昇に向けた取り組みが行われています。また、半年に1回実施される、運営推進会議の中で利用者アンケートの結果が報告されています。 ○ 今後は、利用者アンケートの実施と共に、アンケート結果について利用者とともに話し合う機会をつくり、運営推進会議への報告につなげていくことが望まれます。 | | |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が活動する共用スペースに、苦情受付体制が示されたファイルが設置され、利用者がいつでも手に取って見られるものとなっています。また、年に2回利用者へのアンケートが実施され、利用者の意見などを述べやすくするための工夫が行われています。 | | |
| 35 | Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談窓口の設置のほか、利用者が活動する共用スペースに文書化されたファイルの閲覧できるように設置したり、利用開始前には重要事項説明書での説明を行い、利用者や家族が意見を述べやすくするための工夫が行われています。 | | |
| 36 | Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | a |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの意見や相談内容について、毎月行われる法人全体の職員研修の中で情報共有が図られています。また、年に1回の職員研修の中でマニュアルの確認とともに必要に応じてマニュアルの見直しが行われています。 | | |

| | | |
|---|--|---|
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| 37 | Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | a |
| <コメント> ○ 毎月実施される、職員との個別面談のなかで、利用者の危険を脅かす事例について意見交換が行われています。また、法人全体の職員研修でも、安全管理に向けた事例検討が行われ、安心で安全なサービスの提供に努められています。 | | |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a |
| <コメント> ○ 感染症ならびに食中毒発生時の対応マニュアルや蔓延防止マニュアルが整備され、年間を通じて行われる職員研修の中で、うがい、手洗いの方法はもとより、空気清浄機の設置をはじめとする利用者の安全確保のための環境整備が行われています。 | | |
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。 | a |
| <コメント> ○ 防災及び非常災害時対応マニュアルが整備されています。また、災害時の避難確保計画が策定され、災害時における利用者の安全確保のための取り組みが組織的に行われています。 | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | b |
| <コメント> ○ 法人全体で策定される「社内マニュアル」が整備され、年間を通じて行われる職員研修のなかで、職員に対してマニュアルの確認や説明、指導が行われています。 ○ 今後は、標準的な実施方法（マニュアル）に、利用者の尊重やプライバシー保護などに関わる姿勢を明示していくことが望まれます。 | | |
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | b |
| <コメント> ○ 毎年4月の職員研修のなかで年間を通じた研修計画が示され、マニュアルに基づいた研修が実施されています。研修を通じたマニュアルの確認や説明、指導とともにマニュアルの改訂が図られています。 ○ 今後は、通所介護計画の内容の変更に伴う、標準的な実施方法（マニュアル）への反映が期待されます。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | b |
| <コメント> ○ 生活相談員を中心に介護支援専門員や機能訓練指導員に意見を求め、サービス担当者会議が開催され、利用者一人ひとりに合わせた通所介護計画を作成されています。 ○ 今後は、通所介護計画に基づいた、支援の状況を日々確認できる仕組みの構築が望まれます。 | | |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | b |
| <コメント> ○ 通所介護計画の見直しを行う時期や検討会議の開催、利用者の意向把握と同意を得るための手順が示され、FIM評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）や食事アセスメントなどを用いて、評価・見直しが行われています。 ○ 通所介護計画書を緊急で変更されていることがうかがえましたが、関係職員への周知を行う手順が明確ではありません。今後は、現在の取り組みを整理し、既存の手順に職員への周知を踏まえた明文化が望まれます。 | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | b |
| <コメント> ○ 通所介護計画書に基づいたサービス提供記録やFIM評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）などを用いて、職員間の情報共有が進められています。 ○ 今後は、現在進められているパソコンによるクラウドシステムによる情報共有の仕組みの整備が期待されます。 | | |
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | b |
| <コメント> ○ 個人情報保護マニュアルが定められ、利用開始時に、個人情報の取り扱いについて、利用者や家族への説明が行われています。また、研修を通じた記録の管理体制を周知する取り組みが行われています。 ○ 今後は、個人情報の不適正利用や漏えいに関する対策と対応方法の規定の追加が望まれます。 | | |

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------|--|---------|
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| A① | A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | a |
| A② | A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | a |

特記事項

- アセスメントシートや「興味関心シート」を用いて、利用者のできること、できないこと、興味のあることやしてみたいことなどの情報収集が行われ、利用者個々に応じた、計算ドリルや折り紙、畑仕事などが行われています。また、一日の初めには、利用者朝礼の中で利用者自らその日の過ごし方を表明する機会が設けられています。
- 事業所で利用者が過ごすためのスペースが確保され、利用者に応じて会話できる方同士を近づけたり、利用者同士の関係性を考慮した配置の工夫が行われています。

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|---------------------------------------|---------|
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A③ | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | b |

特記事項

- 身体拘束排除宣言（指針）や虐待防止マニュアルが整備され、その内容を利用者がいつでも閲覧できる共用スペースに設置されています。また、毎月全職員を対象に、権利擁護・虐待・倫理に関するセルフチェックが実施されています。
- 今後は、権利侵害の防止に向けた具体的な事例や内容を利用者に周知する取り組みが期待されます。

A-2 環境の整備

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------|---|---------|
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| A④ | A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | a |

特記事項

- 古民家を改修した、木々のぬくもりが感じられる環境のなか、縁側にあるソファやマッサージチェアの設置ほか、利用者が休息することができる、ベッドが設置され利用者の快適性に配慮した取り組みが行われています。

A-3 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------|--------------------------------------|---------|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑤ | A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| A⑥ | A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| A⑦ | A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |

特記事項

- 一般浴槽や機械浴槽が設置され、利用者の心身状況に合わせた入浴形態が選べる体制となっています。また、古民家改修ならではの、浴室や脱衣所の環境においても、天井から吊るされたカーテンや一人ひとりの入浴を大切にした支援が行われています。
- トイレの間口が広々としており、車椅子の利用者でもトイレで排泄が出来るよう、利用者の心身状況に合わせた排泄支援が行われています。また、年間を通じた職員研修の中で、安易なおむつなどの使用に至らないよう、できる限りトイレでの排泄に向けた支援が行われています。
- 事業所内での移動支援は、利用者の身体状況に伴う、移動手段を歩行や車椅子、杖歩行で移動しやすいよう導線の確保や手すりの設置、段差のないフラットな環境づくりが行われています。
- 利用される方は、有料老人ホームの利用者に限定されており、入浴や排泄、移動に関する支援に関する内容をケアマネジャーや有料老人ホームの職員と情報共有が行われています。

| | | 第三者評価結果 |
|-------------|---|---------|
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑧ | A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | b |
| A⑨ | A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| A⑩ | A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b |

特記事項

- 利用者が活動する共用空間に加熱器が設置され、湯煎調理された食事を利用者の目の前で盛り付けるなど、配膳される様子がわかるように工夫が行われています。
- 食事の見た目や栄養価は、業者から届けられるメニューにより、バランスのとれたものとなっており、利用者の心身状況に合わせて、一口大や刻み食など、食事アセスメントやFIM評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）を通じて、嚥下困難な利用者が経口から食事が摂れるよう、利用者にあった食事提供が行われています。
- 今後は、行事食の提供のほか、利用者の持てる力を活かしながら日常的な調理の是非についても検討されるとともに、利用者の状況に応じた専門職による定期的な口腔状態の把握、咀嚼嚥下機能の状態などを定期的に把握する取り組みが望まれます。

| | | |
|---------|-----------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(3) | 褥瘡発生予防・ケア | |
| A⑪ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a |

特記事項

○ 褥瘡対策のための指針と社内マニュアルが整備されるとともに、年間を通じた研修が実施され、褥瘡の予防と訪問看護事業所との連携を通じた、医療行為の処置を除く、体位交換の方法や褥瘡ケアに関する最新の情報収集が行われています。

| | | |
|---------|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(4) | 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | |
| A⑫ | A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | 非 |

特記事項

| | | |
|---------|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(5) | 機能訓練、介護予防 | |
| A⑬ | A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | a |

特記事項

○ 理学療法士の助言のもと、朝の体操や歩行訓練、トイレでの立位保持など日常的な機能訓練を通じて、要介護状態の悪化を防止されています。また、FIM評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）や長谷川式認知症スケールを用いて、認知症の早期発見に努められています。

| | | 第三者評価結果 |
|---------------|--------------------------------|---------|
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑭ | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | b |

特記事項

- 利用者一人ひとりの思いや意向を把握するために、「興味関心シート」を用いて、利用者に対する支援内容の検討が行われています。また、定期的に長谷川式認知症スケールを用いて、認知症の進行状況を把握する取り組みが行われています。
- 今後は、BPSD（行動心理症状）の発生要因や医療関係者からの助言を踏まえた、支援の分析を踏まえ、さらに専門性の高い認知症の方へのケアが期待されます。

| | | 第三者評価結果 |
|----------------|---|---------|
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑮ | A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | a |

特記事項

- 緊急時対応マニュアルが整備され、利用者一人ひとりに緊急時の連絡カードが備え付けられ、連絡先や連絡手段、医師や看護師への連絡手順などが示されています。また、健康管理表や有料老人ホームとの引継ぎノートのやり取りを通して、体調の変化に伴う対応がスムーズに行えるよう取り組みが進められています。

A-4 家族等との連携

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------|------------------------------------|---------|
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| A⑯ | A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | b |

特記事項

- 利用者と家族との連携については、契約時にキーパーソン以外の関係者の連絡先や利用者との関係性を把握するための面談を通じて、利用者への支援が適切かつ利用者の家族にわかるよう、随時電話やメールでの連絡が行われています。
- 今後は、家族との連携について記録を通して、情報共有を図る取り組みが望まれます。

A-5 サービスの適切な実施

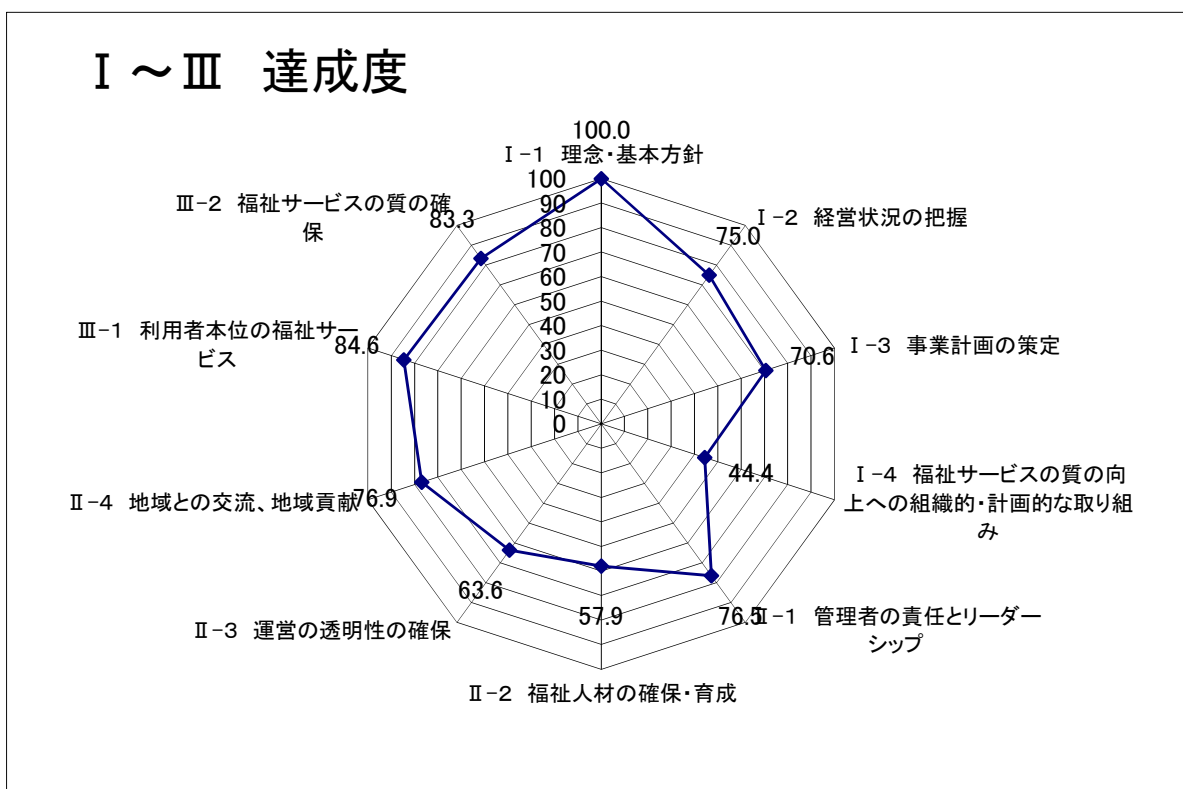
| | | 第三者評価結果 |
|----|---------------------------------------|---------|
| A⑰ | A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | b |

特記事項

- F I M評価表（利用者の日常生活動作の介護量を測定する評価表）やアセスメントシートを用いて、コミュニケーションや食事、入浴、排泄などのサービスの実施方法が具体的に通所介護計画書に示されています。
- 今後は、普段当たり前に行われている、身だしなみや清潔保持、心理面に着目したサービスの実施方法を明示していくことが望まれます。

I～III 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-------------------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| I-1 理念・基本方針 | 6 | 6 | 100.0 |
| I-2 経営状況の把握 | 8 | 6 | 75.0 |
| I-3 事業計画の策定 | 17 | 12 | 70.6 |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み | 9 | 4 | 44.4 |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ | 17 | 13 | 76.5 |
| II-2 福祉人材の確保・育成 | 38 | 22 | 57.9 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 7 | 63.6 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 20 | 76.9 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 65 | 55 | 84.6 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 30 | 25 | 83.3 |
| 合計 | 227 | 170 | 74.9 |



A 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | 21 | 18 | 85.7 |
| A-2 環境の整備 | 4 | 4 | 100.0 |
| A-3 生活支援 | 75 | 69 | 92.0 |
| A-4 家族等との連携 | 7 | 6 | 85.7 |
| A-5 その他 | 7 | 5 | 71.4 |
| 合計 | 114 | 102 | 89.5 |

| | | | |
|-----------|-----|-----|------|
| 合計(I～Ⅲ+A) | 341 | 274 | 80.4 |
|-----------|-----|-----|------|

