

評価対象毎のコメント

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

運営理念・基本方針を掲げ、毎月の職員会や研修において常に振り返る機会を設けている。長期計画および収支計画は策定されているが、さらに具体的事業内容を明示し、実施状況の評価が可能なように数値目標を設定した年度事業計画の策定が望まれる。長期計画の実施状況については、毎月利用者数のチェックを行っているが、他の項目の実施状況について年度途中における評価は行っていない。評価の実施と併せて、結果に基づく計画の見直しも今後の課題である。

管理者はスタッフの経験や技術レベルを把握した上で、提供しているサービスの質の現状を評価・分析し、職員会議等において具体的な改善課題を提示している。また、運営理念・基本方針の実現に向けて人事・財務面等の分析を行い、経営や業務の効率化と改善のために取り組んでいる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

管理者は利用者数の推移や利用率の分析に加えて試算表によるコスト分析を行っており、改善すべき課題について職員会議等で周知している。関連する事業所間での全体会議において、利用者のニーズやデータを把握しているが、地域全体の需要動向や潜在的利用者に関するデータ収集は未実施である。

利用者の安全確保のためにマニュアルを作成し全職員に配布するとともに、事故や急変、感染症などについて職員会議で検討している。関連法人の看護師が中心になって、緊急時の対応や感染症について随時指導を受けられる体制となっている。ひやり・はっと報告書を作成しており、個別の事例について原因分析を行い、対策を検討及び実施して報告しているが、内容について多くの職員が参加して発生要因分析や未然防止策を検討する機会はない。要因分析や未然防止策の検討など、話し合いの機会を設けて安全管理意識をさらに高めることが期待される。

防災訓練を実施してことに加えて災害時の対応マニュアルも整備しているが、在宅訪問途中または訪問中の非常事態については想定していない。様々な状況を想定した上で、リスクの種類別に必要な対策を講じることが望まれる。

地域との関わり方については理念および方針の中にも明記されており、法人が開催する敬老会等に、老人会の方々を招待するなどして交流している。また、コーラスなどのボランティアや幼稚園の子どもたちの来訪があり、職員は公民館の清掃活動などに参加して、社会貢献と地域との交流に努めている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

運営理念・基本方針に利用者尊重の姿勢を明記し、各種マニュアルにはサービス提供に関する基本姿勢が記載されている。身体拘束廃止や虐待防止に関する勉強会および研修を実施しており、利用者尊重の姿勢や基本的な人権への配慮について職員の意識向上を図っている。

利用者個別の要望については訪問介護計画にも反映しているが、利用者満足度に関する調査担当者や部署、および調査で把握した結果を分析・検討するために利用者も参画する検討会議等は設置されていない。受け付けた相談や苦情については、対応策の検討および解決方法、申出者への報告などを記録として保管しているが、苦情内容や解決方法について、当事者に配慮した上で結果等を公表する仕組みは今後の課題である。

アセスメントについては、事業所で定めた様式に基づいて、利用者の身体状況や生活状況を把握して記録している。また、聴取した内容に加えて、関係する多職種からの意見や情報を含めて分析した上で個別の具体的なニーズを導き出し、三か月に一回、アセスメントの見直しも行っている。

定期的に利用者の状態や意向を把握・分析してサービス実施計画を見直すほか、状態変化があった場合は随時見直しが行われており、定期的な評価記録と併せて介護支援専門員にも提出し、利用者およびご家族に説明され同意が得られている。

福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式2)

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1- (1) 理念、基本方針が確立されている。		
	I-1- (1) -① 理念が明文化されている。	(a)・b・c
	I-1- (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
評価概要 ①事業所が提供するサービス内容や特性を踏まえ、目指す方向性を盛り込んだ理念を明文化して事業所内に掲示している。 ②運営理念・基本方針として一つにまとめており、サービスの質の評価や介護技術の向上、利用者に対する姿勢などを明文化している。		
I-1- (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	I-1- (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-1- (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a)・b・c
評価概要 ①毎月の職員会や研修の場において運営理念・基本方針を説明し、常に振り返る機会を設けている。また、職員のネームの裏にも理念を記載して意識付けを行っている。 ②利用者の目に付きやすい場所に運営理念・基本方針を掲示するとともに、利用契約時に文書で配布して十分に説明している。		

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2- (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2- (1) -① 中・長期計画が策定されている。	a・(b)・c
	I-2- (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・b・(c)
評価概要 ①長期計画および収支計画を策定しているが、理念等の実現に向けて課題や問題点を解決し目標を達成するための具体的な計画は策定されていない。 ②長期計画および収支計画が策定されているが、それらを踏まえた年度事業計画は策定されていない。理念等の実現に向けた具体的な事業内容を明示するとともに、実施状況の評価が可能なように数値目標を設定した年度事業計画を策定することが望まれる。		
I-2- (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2- (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a・(b)・c
	I-2- (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-2- (2) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・(b)・c
評価概要 ①年度事業計画の策定は今後の課題であるが、長期計画については現場職員の意見を集約して検討の上で策定している。実施状況の把握と評価については、利用者数のチェックを毎月行っているが、他の項目の実施状況については年度途中における評価は行っていない。したがって、評価の結果に基づく計画の見直しも未実施である。 ②長期計画を職員に配布し、職員会や研修の場において説明している。毎月利用者状況をチェックするなど、継続的な取り組みを行っている。 ③利用者および行事に参加されたご家族に対しては長期計画について説明しているが、その他のご家族に対する説明や理解を促す取り組みは十分とは言えない。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、自らの役割と責任について職員会議等で表明し、有事においても自衛消防組織隊長として位置付けている。</p> <p>②管理者は、県老人福祉施設協議会等を通して法令に関する情報を収集して関連法規集を整備するとともに、集団指導への参加により常に新しい動きを把握している。法改正時には通知等を職員に回覧して、最新の内容を周知している。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①管理者は、スタッフの経験や技術レベルを把握した上で、提供しているサービスの質の現状を評価・分析し、職員会議等において具体的な改善課題を提示している。</p> <p>②管理者は、運営理念および基本方針の実現に向けて、人事面、財務面等の分析を行い、経営や業務の効率化および改善のための取り組みを行っている。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a・Ⓑ・c
	II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①関連する施設や病院、居宅介護サービス事業所との全体職員会議や申し送り等で、利用者のニーズやデータを把握している。しかし、事業所が立地する地域全体の需要動向や潜在的利用者に関するデータ収集は未実施である。</p> <p>②利用者数の推移や利用率の分析に加えて、毎月の試算表作成によりコスト分析を行っており、改善すべき課題については職員会議等で周知している。</p> <p>③公認会計士による監査が行われており、経営および経理面において助言指導を受けている。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
	Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・(b)・c
	Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>①正社員および非正社員の比率等については中長期計画に盛り込まれているが、サービスの質を確保するために必要な有資格者等の配置計画は策定されていない。</p> <p>②客観的な基準に基づく人事考課については、社会保険労務士からの助言を受けながら実施へ向けて準備中である。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a・(b)・c
	Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①時間外労働は申請方式で、データを管理する体制が整っており、有給休暇の消化率も把握されているが、職員が相談できるカウンセラーや専門家の配置は今後の課題である。</p> <p>②関連の病院で職員の健康診断および予防接種を実施しており、費用の半額を法人が負担している。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a・(b)・c
	Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・b・(c)
	Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>①運営理念や運営処遇方針の中に、職員に求める介護技術や接遇などの基本的姿勢を明示している。しかし、必要とされる専門技術や専門資格は明示されていない。</p> <p>②職員の技術レベルに合わせて研修を受講させているが、一人ひとりについて個別の教育・研修計画は今のところ策定されていない。</p> <p>③個別の職員についての計画は策定されていないが、研修終了後にはレポートを提出するとともに職員会議で学んだ内容を発表している。しかし、研修後の業務による研修成果の評価・分析および次の計画への反映等は今後の課題である。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>①本年度内に実習生受入を開始できるように、規定づくりや人員体制について準備中である。</p>		

Ⅱ－3 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ－3－（１） 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
Ⅱ－3－（１）－①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ－3－（１）－②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a・Ⓑ・c
Ⅱ－3－（１）－③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者の安全確保のためにマニュアルを作成し全職員に配布するとともに、交通事故やサービス提供時の事故、利用者の急変や感染症などについて職員会議で検討している。関連法人の看護師が中心になって、緊急時の対応や感染症について随時指導を受けられる体制となっている。</p> <p>②併設の有料老人ホームと合同で防災訓練を実施しており、職員間の連絡体制も整備している。災害時の対応マニュアルも整備しているが、在宅訪問途中または訪問中の非常事態については想定していない。今後、様々な状況を想定した上で、リスクの種類別に必要な対策を講じることが望まれる。</p> <p>③ ひやり・はっと報告書を作成しており、個別の事例について原因分析を行い、対策を検討及び実施してミーティングの中で報告している。しかし、報告書に記された内容について、多くの職員が参加しての発生要因分析や未然防止策を検討する機会はない。要因分析や未然防止策の検討など、話し合いの機会を設けることで、安全管理意識をさらに高めることが期待される。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・Ⓑ・c
	Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①法人が開催する敬老会等に、地区老人会の方々を招待するなどして交流している。また、コーラスなどのボランティアや幼稚園の子どもたちの来訪があり、職員は公民館の清掃活動などに参加している。</p> <p>②お花見会や敬老会の際、来訪された地域の方々に理念や方針、活動内容を記したパンフレットを差し上げている。認知症サポーター研修を実施しているが、地域の方々の参加は今度の課題である。</p> <p>③ボランティア活動について申し出があった場合は、電話や面接により事前打ち合わせを行っている。しかし、ボランティアの受入について、登録手続きや事前説明の項目等が記載されたマニュアルは作成していない。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①地域の公共機関や消防、警察、医療および介護関係事業所など、利用者の状況に対応できる社会資源をリスト化し、スタッフ室に掲示するなどして職員間で共有している。</p> <p>②担当ケアマネジャーとの連携を密に取っており、定期的な情報提供に加えて、利用者の体調不良時などの対応も、ご家族への連絡を含めて適切に行われている。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①関連事業所と連携して情報を入手するとともに、理事会で取り上げられた地域の意見やニーズを把握している。また、法人のお花見会や敬老会などで民生委員と話し、具体的なニーズの把握に努めている。</p> <p>②関連事業所や民生委員から地域の情報を受けて対応するなど、具体的な活動を行っている。しかし、把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動は、中・長期計画や事業計画に明示されていない。</p>		

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。		
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①運営理念・基本方針に利用者尊重の姿勢を明記し、各種マニュアルにはサービス提供に関する基本姿勢を記載している。身体拘束廃止や虐待防止に関する勉強会および研修を実施し、利用者尊重の姿勢や基本的人権への配慮について職員の意識向上を図っている。</p> <p>②利用者のプライバシー保護について、各種マニュアルに記載している。さらにプライバシー保護に関する研修を実施して、基本的な姿勢や知識を理解させるとともに、ケアの現場においても十分な配慮が行われている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者満足に関する調査としてサービス提供責任者が個別訪問を実施しており、利用者の相談や意見、要望を聞く機会としている。併設する施設の生活相談員からも意見聴取を行いながら、毎月行われるカンファレンスで、内容を検討して対応策を実行している。個別の要望については、訪問介護計画にも反映しているが、利用者満足度に関する調査担当者や部署、および調査で把握した結果を分析・検討するために利用者も参画する検討会議等は設置されていない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	Ⓐ・b・c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a・Ⓑ・c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①相談・苦情窓口を重要事項説明書に記し説明するとともに、施設内に掲示し相談室も設けている。さらに、個別訪問時に要望や意向確認するなどして、利用者が意見を述べる機会を設けている。</p> <p>②苦情解決に関する担当者および公的機関、第三者委員を明確にしており、受付方法等については契約締結の際に説明している。受けた提案や苦情については、対応策の検討および解決方法、申出者への報告などを記録として保管している。苦情内容や解決方法について、当事者に配慮した上で結果等を公表する仕組みは今後の課題である。</p> <p>③苦情相談に関する対応手順を定めたマニュアルが整備され、手順に沿った対応が行われ記録も整備されている。苦情を受けて職員会議で解決策を話し合い、ケア内容や業務内容の見直しは行っているが、マニュアルの定期的な見直しは行っていない。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・(b)・c
	Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>①今回、サービスの質に関する自己評価および第三者評価をはじめて実施している。今後、自己評価および第三者評価を定期的に実施するとともに、評価結果の分析、内容の検討を組織的に行う仕組みを定着させていきたい。</p> <p>②職員の参画による評価および結果の分析、改善策の検討、実行の仕組みは今のところ整備されていない。今回の第三者評価受審を機に、質の向上に向けた取り組みに期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	(a)・b・c
	Ⅲ-2-(2)-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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>①サービスの実施方法に関する標準的なマニュアルが整備されており、ケアの手順や注意点、プライバシー保護に関する事項等が記載されている。サービスの標準的な実施方法について、新入職員には個別に教育し、同行訪問を行うなどしてサービス提供方法の統一に努めている。</p> <p>②必要に応じて、標準的な実施方法について見直しのカンファレンスを行い、実際のサービス提供場面で新たな方法が実施されている。見直しの日時や変更箇所は記録に残している。しかし、定期的な検証、見直しの時期などは定められていない。標準的な実施方法が定期的に検証され、検討内容およびマニュアルの改訂記録が整備されることで、質に関する検討が組織として継続的に行われることを期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	(a)・b・c
	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。	a・(b)・c
	Ⅲ-2-(3)-③ 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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①サービス実施状況の記録については、事業所で定められた方法で統一して行われ、記録の方法についての勉強会を行うなど、指導がなされている。</p> <p>②運営規程に記録の保管期間を記し、開示に関しては「情報開示申請書」を作成しているが、記録管理に関する責任者や管理規程は作成されていない。記録物についての適切な取り扱い方法を定め、職員の理解を深めるよう取り組むことが望まれる。</p> <p>③利用者の状況等に関する情報は、日々の申し送りのほか、申し送りノートに記載して確認印を押すとともに、いつでも再確認のための閲覧ができるようしている。カンファレンスで話し合われた内容や部門間で共有すべき情報については、他の専門職へ伝達し、その内容を記録に残している。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a・ (b) ・c
	Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	(a) ・b・c
<p>①「利用者へのお知らせ」には、サービス内容の説明や活動状況について記されており、併設された施設の利用者やボランティアに來られた地域住民の方々に配布している。しかし、多数の人へ公開する機会は今のところ設けられていない。事業所の内容をさらにわかりやすく紹介した資料を、より多くの人が手にすることができる公共施設に置くなどして、情報提供の機会を設けることが望まれる。</p> <p>②サービス開始前に、重要事項説明書を基に利用料金やサービス内容について利用者およびご家族に説明を行い、併せて利用契約書についても説明して同意を得ている。一端書類を持ち帰っていただき、分かりにくい箇所があれば気軽に尋ねてもらい、繰り返し説明するように配慮している。</p>		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・ (b) ・c
<p>①事業所を変更される場合などの契約終了時には、ケアマネージャーへ状況報告を行っているが、引き継ぎや申し送りの手順、引き継ぎ文書の内容などは定めていない。サービス終了後の相談方法について、受け付ける窓口や担当者の説明は行っているが、文書での配布はない。サービスが切れ目なく提供できるように手順や引き継ぎ文書を定めるなど、サービスの継続性に配慮した対応が望まれる。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a) ・b・c
<p>①事業所で定めたアセスメント様式に基づいて、利用者の身体状況や生活状況を把握して記録している。聴取した内容に加えて、関係する多職種からの意見や情報を含めて分析した上で、個別の具体的なニーズを導き出している。さらに、三か月に一回、アセスメントの見直しも行っている。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	(a) ・b・c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a) ・b・c
<p>①計画策定の責任者を定め、利用者個別のニーズに沿って、関係職員と協議してサービス実施計画を策定している。計画は利用者およびご家族等へ説明の上で同意を得ている。なお、サービス実施状況については、計画に基づいたケアチェック表に適切に記録されている。</p> <p>②定期的に利用者の状態や意向を把握・分析してサービス実施計画を見直すほか、状態変化があった場合は随時見直しが行われている。変更された計画の内容は職員間の申し送り簿で引継ぐとともに、定期的な評価記録と併せて介護支援専門員にも提出し、利用者およびご家族に説明され同意が得られている。</p>		