

### 第三者評価結果

事業所名：介護支援ステーション アイネットやまと

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

##### 1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【1】 I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント> 法人の理念・基本方針はホームページや法人のパンフレットなどに掲載されています。基本方針に基づいて職員倫理行動綱領を定め、「職員ハンドブック」に記載し、入社時に職員へ渡して周知を図っています。職員研修として毎年4月に「法人の理念」などの研修を継続的に実施しています。	

##### 2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【2】 I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 毎月法人の管理者会議で理事長から福祉の動向についての説明があり、書面でも配布されています。また収益の状況、利用者推移を議題とし、経営改善の話し合いをしています。管理者が「試算表」で毎月事業活動収入や人件費などを分析してコメントを記載し、毎月法人へ報告しています。「アイネット業務改善計画」で地域の事業所や地域ニーズなどの分析を行っています。	
【3】 I-2(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<コメント> 毎月介護部会で部会の各事業所の管理者と担当執行役員が参加し、経営課題について話し合っています。訪問介護事業所と居宅介護事業所の職員体制など運営状況や収益等で経営課題を明確にし、「アイネット業務改善計画」を管理者が作成し、法人へ提出しています。職員へは回覧と管理者からの説明で周知しています。	

##### 3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【4】 I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c
<コメント> 管理者会議などで法人の中・長期のビジョンの説明はされていますが、中・長期計画は現在法人で作成中のため、書面での確認はできません。	
【5】 I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<コメント> 毎年事業所の重点目標や重点課題、ユニークな取組、研修計画、会議開催予定など具体的な内容になっています。目標としては「地域包括ケアシステム」の一役を担いながら、困難ケースにも積極的に介入し、多職種と連携しながら地域課題に対応することを掲げ、感染症や災害時の対応力を高める課題も載せています。活動日数や利用者の数値目標が記載され、評価が行えるようになっています。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。		
【6】 I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		b
<コメント> アイネット会議で居宅介護支援事業所と訪問介護事業所の職員との意見交換を行いながら、事業計画・事業報告書を策定しています。半年後に中間報告書で進捗状況の中間評価と、年度末の事業報告書で年間の評価を行っています。事業計画や事業報告書はパソコン内の共有ホルダーから職員はも閲覧が可能になっていますが、職員の理解は十分ではありません。		
【7】 I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
<コメント> 利用者や家族へは契約時に管理者から課題や目標など簡単に説明しますが、分かりやすく説明資料を作成する迄には至っていません。事業計画のダイジェスト版を法人に提出していますので、今後分かりやすく変更し、利用者や家族向けの資料作成を検討しています。		

#### 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
【8】 I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		a
<コメント> PDCAサイクルに基づいて事業計画を策定し、事業の実施、そして半年ごとに評価・見直しを行い、事業報告書を策定しています。事業所研修計画を作成し、毎月ヘルパー研修を実施してスキル向上を図っています。今年度はコロナ禍のため資料の配布のみになっています。3年ごとに第三者評価を受審し、サービスの質の向上に取り組んでいます。		
【9】 I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		a
<コメント> 事業計画は半年ごとに見直しを行っています。事業報告書には課題に対して取り組んだ内容を記載し、次年度に繋げられるようにしています。職員へはパソコン内の共有ホルダーで内容を共有しています。また、「アイネット業務改善計画」を作成し、職員会議で課題の見直しなどを話し合っています。ケアマネジャーやサービス提供責任者が毎月モニタリングを行い、利用者満足度の評価をしています。		

## II 組織の運営管理

### 1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
【10】 II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		a
<コメント> 管理者の役割と不在時の代理職務権限については、法人の規定集の中の「職務権限」に明示されています。事業所の管理者業務としては、事業計画を作成し、「認知症カフェ」「ここサポ」「大和ケアマネジャー連絡会」など地域活動に積極的に参加しています。防災計画に災害時の管理者・職員の役割分担が明示されています。		
【11】 II-1-(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。		a
<コメント> 管理者は4月に法令遵守の研修にネットに参加し、十分理解しています。毎年県主催の集団講習会に参加し、「運営状況点検書」で人員基準、運営基準、介護保険の算定などについて遵守しているかを点検して書類を提出しています。また、最新の情報を理解し、内容を職員へ周知しています。毎年職員と登録ヘルパーへ「倫理行動マニュアル」「訪問介護員の心得」についての研修を実施しています。		

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
【12】 Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 管理者は毎年職員の意見を聞いて事業計画を作成し、定期的にサービスの質の評価・分析を行っています。事業所の研修で管理者が講師になり、指導することもあります。職員会議では、収支や利用者状況について説明や指導をしています。管理者もケアマネジャー業務を行い、時にスーパーバイザーとして業務の質の向上や職員の育成を行っています。	
【13】 Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 管理者は毎月法人の介護部門の会議に参加し、「人・もの・かね」といった経営資源について分析し、経営改善を図っています。毎月試算表を作成し、人件費、事業活動収支などについての管理者コメントを載せ、経営の改善に取り組んでいます。「アイネット業務改善計画」は、収支が良くない状態なので、人員配置や業務内容などを見直す具体的な改善内容になっています。	

## 2 福祉人材の確保・育成

(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
【14】 Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	
<コメント> 常勤職員は法人人事部が採用し、パート職員は事業所で募集・採用しています。法令の職員配置基準を満たしているかの人事基準があります。事業所で職員配置を希望する場合は職種や時間数などの「伺い書」を法人に提出し、人材確保を行っています。管理者は定期的に職員の育成のための個人面接を行い、評価を行っています。		
【15】 Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	
<コメント> 法人の理念や基本方針に基づいた「期待する人材像」の13項目が「職員ハンドブック」に明示されています。採用、配置、異動、昇進・昇給などは法人の就業規則に定められ、職員がいつでも確認できるように規定集が整備されています。法人でキャリアパスについて定められています。人事評価制度については、今年度プロジェクトを立ち上げ、法人で作成中です。		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
【16】 Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	
<コメント> 毎年10、11月頃に職員の意向調査を法人人事部で実施しています。職場の満足度、異動、退職などの意向をネット上に記載して伝えています。面接を希望する場合は法人グループ長や管理者が行っています。毎月管理者と事務員が就業状況、有給の取得などを確認しています。ヘルパーの希望により、ダブルワークの時間管理もしています。法人内に「心のサポート相談室」が設置され、悩みや困りごとなど、職員は誰でも相談できる体制が整っています。		
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
【17】 Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	
<コメント> 「法人が期待する人材像」の13項目を「職員ハンドブック」の中に明示しています。管理者は個別面談で、意向の確認はしていますが、一人ひとりの目標設定はされていません。今年度法人でプロジェクトを立ち上げ、人事評価制度を作成中です。そのため職員の育成に向けた目標設定や目標達成度の確認を行うなどの目標管理は現在行われていません。		

<p>【18】 Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。</p>	a
---	---

<コメント>

法人では研修委員会主導で年間研修計画を作成し、階層別研修や専門技能基礎研修などに職員が参加しています。外部研修としては、アイネットが役員になっている「大和ケアマネジャー連絡協議会」の研修、事例検討会に参加しています。事業所では、毎月ヘルパー研修で「認知症の理解」「傾聴」「感染症」などの研修を計画し、実施しています。

<p>【19】 Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	a
---	---

<コメント>

研修は年度初めに計画され、各職員が参加しています。職員が希望する研修は外部研修でも勤務時間として参加できるように勤務調整しています。サービス提供責任者は、訪問時ヘルパーに同行し、指導するなどOJTを行っています。4月には「サービス提供の基本姿勢」についての研修を実施し、質の高いサービスを提供できるようヘルパーを育成しています。

(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

<p>【20】 Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。</p>	
---	--

<コメント>

非該当

### 3 運営の透明性の確保

<p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p> <p>【21】 Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。</p>	<p>第三者評価結果</p> <p>a</p>
--	-------------------------

<コメント>

法人のホームページに理念、基本方針、事業計画、事業予算書、法人決算書・報告書、事業所案内などを掲載し、情報公開しています。ホームページは随時更新し、最新の情報をアップしています。定期的に法人の機関紙を利用者、地域ネットワーク、民生委員などに広く発信しています。3年ごとに第三者評価を受審し、結果を公表しています。

<p>【22】 Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p>	a
--	---

<コメント>

法人の規定集に職務権限規程、事務決済規定などが整備され、職員はいつでも閲覧できるようになっています。毎月1回、法人の事務連絡会が開催され、管理者と事務員が参加しています。労務経理に関する伝達レクチャー会議で、現在はズーム開催になっています。内容は職員会議などで職員へ伝達しています。法人では外部監査、事業所では内部監査を定期的に受けています。

### 4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> <p>【23】 Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。</p>	<p>第三者評価結果</p> <p>a</p>
--	-------------------------

<コメント>

市が発効している冊子「事業所一覧表」や「行政サービスについて」などから地域情報を把握し、ケアマネ業務に活用しています。福田北地区の医療、介護、福祉の事業所などで構成された認知症カフェ「福きたカフェ」のサポーターをし、地域の他事業所と交流しています。また、地域ケアシステムの「ねっとわーく福田協議体」に役員として参加し、関係機関と連携をとっています。

<p>【24】 Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	
--	--

<コメント>

非該当

(2) 関係機関との連携が確保されている。	
Ⅱ-4-(2)-① 【25】 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<コメント> 地域包括支援センターが定期的開催している地域ケア会議に参加し、対象利用者の生活課題解決に向けて、情報共有しながら取り組んでいます。認知症の集い「福きたカフェ」には運営スタッフとして参加しています。地域包括支援センターや他事業所と連携をとりながら活動を継続しています。「大和ケアマネジャー連絡協議会」では、役員として、地域課題に取り組んでいます。	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
Ⅱ-4-(3)-① 【26】 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<コメント> 介護保険地域支援事業に位置する「ねっとわーく福田北協議体」に参加し、地区社協、民生委員、自治会、郵便局、病院、デイサービス事業所などと共に「ここサポ相談」を実施しています。また、「大和ケアマネジャー連絡協議会」や「認知症カフェ」などへの参加を通じて、多様なサービス提供機関と情報共有しながら福祉ニーズや生活課題を把握し、社会資源開発に力を入れています。	
Ⅱ-4-(3)-② 【27】 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<コメント> 「ねっとわーく福田北」の活動拠点である「ここサポ」で地域住民を対象に多様な地域団体と連携し、相談を受けています。地域住民とは顔の見える関係を作り、地域の福祉ニーズなどの把握に努めています。また「認知症カフェ」にも参加し、認知症の当事者とその家族との触れ合いを通して、生活課題の把握を行っています。「大和ケアマネジャー連絡協議会」には役員として参加し、地域の生活課題の解決に向けて取り組んでいます。	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### 1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1)-① 【28】 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> 法人の理念や基本方針で人権の尊重について明示され、「職員ハンドブック」にも記載されています。職員へは新人研修で周知しています。毎年4月の研修では、法人の理念や基本方針、倫理行動綱領などの内容で実施し、職員の理解を深めています。接遇や支援の仕方などについて法人が作成したDVDを見て、実践に活かしています。		
Ⅲ-1-(1)-② 【29】 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	
<コメント> 毎年4月にプライバシー保護などの内容で、職員研修を実施しています。法人の「職員倫理行動マニュアル」には、着脱時、トイレ介助時のプライバシーの保護や秘密保持などについて具体的に明示してあります。職員へは新人研修で説明し理解を図っています。「介護サービス従事者の心得」にもプライバシー保護について具体的に記載され、ヘルパーは研修などで理解し、業務に携わっています。		
(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。		
Ⅲ-1-(2)-① 【30】 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。	a	
<コメント> ケアマネジャー業務は公平中立を義務付けられており、利用者がサービスを選択する際は「サービス事業所一覧」や事業所別のパンフレット・案内などを提示し、利用者に決定してもらっています。毎月のモニタリングでサービスに関しての意向を確認し、適宜見直しを行っています。事業所見学なども利用者の希望があれば、同席しています。		

<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用契約時に「みんな笑顔で介護保険資料」などを利用し、介護保険制度についての説明をしています。重要事項説明書で、事業概要、職員体制、担当の介護支援専門員、サービス内容などの説明をして同意を得ています。意思決定困難な利用者の場合は、必ずキーパーソンの同席の下で説明しています。訪問介護事業所の契約時は家族に同席してもらっています。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; サービス事業所の変更時は、利用者家族の承諾のもと、基本情報や医療情報などの情報提供を行い、スムーズに移行できるように対応しています。施設入所を希望している利用者には見学時に同席したり、入所に際しては直近のケアプランや基本情報などの情報提供をし、その後も相談が出来ることを伝えています。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【33】 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 毎月のモニタリングでサービスに関する満足度を把握しています。また訪問介護事業所など各事業所からの報告書からも満足度が把握できます。介護保険被保険者証の新規・更新・区分変更時などには、家族の意向を聞き、反映したケアプランを作成しています。担当者会議では利用者や家族の意向を基に各サービス提供事業所からの意見を聞き、提供するサービスの見直しなどを行っています。</p>	
<p>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人では「苦情解決に関する規則」が整備され、「苦情対応マニュアル」「苦情報告マニュアル」の手順に沿って対応しています。内容などは「苦情解決記録用紙」に記録しています。苦情解決への手順は、利用者への周知、申出人の範囲、苦情の受付、報告・確認、苦情解決へ向けての話し合いとなっています。年2回、苦情受付担当者と第三者委員が参加する研修を実施しています。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 重要事項説明書に相談・苦情対応担当者と第三者委員の氏名と連絡を記載して、利用契約時に利用者・家族に説明しています。事業所内にも掲示し、周知しています。事業所内に相談室を整備して相談に対応し、相談内容によっては別棟の部屋で相談を受けています。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 利用者が意見を述べるツールの一つとして、事業所の玄関に意見箱が設置されています。地域包括支援センターなどと連携し、利用者からの相談や要望には予約を取り、直接会って聞き取りを行っています。苦情、相談や意見を受けた際の記録は、利用者の支援経過に記録しています。その受付の方法や報告の手順、対応策の検討等については「苦情解決に関する規則」に明文化されており、1年に1回見直しを行っています。</p>	

(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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>危機管理委員会が設置されており、責任者が明確にされています。また、「事故発生予防マニュアル」や入職時に配布される「職員ハンドブック」に緊急時対応のフローチャートや利用者の観察ポイントが明記されています。「運営規程」「重要事項説明書」にも事故発生時の対応について明記されています。しかし、事例を収集し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が不十分です。今後の取組が期待されます。</p>	
【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症マニュアル」には抵抗力の低下により罹りやすい感染症を中心に記述されています。感染症予防策として事業所入口に手指消毒液が置かれており、職員の体調確認表は出勤時に記載する決まりとなっています。また利用者の病院受診に付き添う際や、体調不良の利用者を訪問する際は、N95マスクを着用し、感染予防に努めています。年に1回、職員研修と「感染症マニュアル」の見直しを行っています。</p>	
【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行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>震度5以上の地震や大規模災害が発生した際は、事業所・職員・利用者へ安否確認メールが発信される仕組みとなっています。毎年4月に非常災害計画を更新しており、地域包括支援センター等と連携を取っています。BCPIは作成中です。今年度も隣接している事業所と合同で、避難訓練を実施しました。事業所には防災マップが貼付されており、非常食、災害ラジオや蓄電池が整備されています。</p>	

## 2 福祉サービスの質の確保

(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。	第三者評価結果
【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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法は「重要事項説明書」「運営規程」「個人情報保護規定」に明記されています。「重要事項説明書」には利用者の尊重や秘密保持が、「運営規程」には権利擁護が明記されています。これらは、職員がいつでも閲覧できるように事業所入口に設置されています。変更があった場合は研修時に職員に周知されています。</p>	
【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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>集団指導講習会資料や運営状況点検書を参考にし、1年に1回行っています。月1回の定期訪問や定期的なモニタリング時に、利用者や利用者家族の意見や要望を聞き取り、プランに反映しています。利用者や利用者家族の意見等は支援経過に記録しています。多職種とサービス担当者会議を開催し、利用者の状態に応じて見直しを行っています。</p>	
(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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当ケアマネジャーが新規、更新、変更時に随時アセスメントを行い、利用者、利用者家族の意向を確認しています。利用者、利用者家族や多職種と担当者会議を開催し、利用者一人ひとりのニーズや目標をケアプランに明示しています。ケアプランの実施状況の把握は、月1回のモニタリング時に行っています。支援困難ケースへの対応については、地域包括支援センターや地域ケア会議等で相談、検討されています。</p>	

<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 月1回のモニタリング時に利用者、利用者家族の意向を確認して同意を得ています。担当者会議では各専門職で検討と見直し の話し合いが行なわれ、後日、議事録とケアプランが関係各所へ配布されています。利用者が転倒した場合や訪問時に気づい た早急に解決が必要となる課題等の計画変更が必要となった場合は、「運営の手引き」を参考に対応しています。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 事業所で様式が統一された「アセスメントシート 基本情報」を作成し、利用者の状態等を把握しています。モニタリングや 支援経過記録はどの職員も確認することができ、職員間での情報の共有化が図られています。法人内でクラウド化された共有 ファイルや共通の記録ソフトにより、情報共有の仕組みが整備されています。法人内外での多職種の情報共有がなされていま す。記録要領の作成や職員の指導等については確認できませんでした。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 「個人情報保護規定」に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定や、漏えい、滅失、毀損防止などの安全 管理のための措置について明記されています。記録の管理については年に1回職員研修が実施され、「サービス従業者の心 得」に明記されています。個人情報の取り扱いについては、契約時に利用者、利用者家族へ説明し、読み合わせを行っていま す。</p>	