

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果
(特定施設入居者生活介護)

1 評価機関

名 称	株式会社アミュレット
所 在 地	東京都中央区銀座6-13-9 ZIRAC GINZA8階
評価実施期間	2024年 9 月 1日～ 2025年 3 月 31日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	有料老人ホーム うらら新浦安 ユウリョウロウジンホーム ウララシンウラヤス		
所 在 地	〒279-0014 千葉県浦安市明海2-12-1		
交通手段	JR京葉線「新浦安」徒歩19分 東京ベイシティバス「夢海の街」バス停下車 徒歩4分		
電 話	047-380-6800	F A X	047-380-6807
ホームページ	http://www.starts.co.jp/s-careservice		
経 営 法 人	スタートケアサービス株式会社		
開設年月日	平成30年3月1日		
介護保険事業所番号	1273201358	指定年月日	平成30年3月1日
併設しているサービス	グループホームきらら新浦安 デイサービスきらら新浦安 ケアステーションきらら新浦安 新浦安きらら保育園		

(2) サービス内容

対象地域	なし				
定 員 数	90名		定員備考		
居 室 数	1人部屋	2人部屋	3人部屋	4人部屋	その他
	84	4	0	0	
設 備 等	【居室】ウォシュレット・暖房便座付トイレ、車椅子対応洗面台、介護用ベッド(4モーター式・寝具付)、ナースコール2箇所、照明、ワードローブ、カーテン、スプリンクラー 【共用部】ロビー、相談室、食堂、リビング、浴室(各階設置)、車椅子用トイレ、エレベーター(ストレッチャー搬送対応)、火災報知器、スプリンクラー、下駄箱				
協力提携病院	南行徳駅前クリニック(往診)・さくらライフ市川クリニック(往診)・ドクターランド幕張(往診) 行徳総合病院・葛西昌医会病院 西葛西歯科室(訪問歯科)・スマイル歯科(訪問歯科)				
敷地面積	6,088.46㎡	建物面積(延床面積)		6,242.29㎡	
健康管理	年1回の健康診断実施の他、8時～20時看護師による健康観察を実施				
食 事	朝食：7:30～9:30				
	昼食：11:30～13:30				
	夕食：17:30～19:00				
	食事代：朝食500円 昼食900円 夕食933円 備考：				

嗜好品等	毎週日曜昼食はセレクト/アラカルトメニューに変更可能（特別メニュー日以外）
入浴回数・時間	週3回 9:00～19:30
入浴施設・体制	個浴6ヶ所 機械浴2ヶ所 入居者1名に対し介護職員1～2名が介助実施
機能訓練	月～金曜 集団体操と個別リハビリ1回実施
家族の宿泊	あり（3,000円/1泊）
地域との交流	あり
家族会等	年1回実施

(3) 職員（スタッフ）体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	30	27	57	
職種別従業者数	施設長	生活相談員	看護職員	介護職員
	1	1	8	39
	機能訓練指導員	計画作成担当者	栄養士	調理師
	1	2	0	0
	事務員	その他従業者		
	3	1		
機能訓練指導員の 有する資格	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	あん摩マッサージ師
	1			

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	電話、来所にて受付		
申請窓口開設時間	9:00～18:00		
申請時注意事項	原則65歳以上の方で8:00～20:00の間の医療ケアで生活が続けられる方		
入所相談	あり		
苦情対応	窓口設置	あり	
	第三者委員の設置	なし	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	利用者の自己決定による意志を尊重し、利用者個々人に合った支援とプライバシーが守られた、尊厳ある生活の場として、またユニット毎に共同生活を営む家庭的な雰囲気のある運営を行います。
--------	--

<p>特 徴</p>	<p>ご入居者様の、歴史（History）、あなたらしさ（Humanity）、想い（heartful）の3つのHによるパーソナルサポートを実施しています。ホームに入居したからといって、今まで出来たこと、やりたいこと、挑戦してみなかったこと、行きたかったところ、食べたかったもの…全てを諦めないで頂きたい。ご入居者様の心の声にお応えし、心が満たされた生活のお手伝いをさせていただきます。</p>
<p>利用（希望）者へのPR</p>	<ul style="list-style-type: none"> *安心の医療サポート体制 <ul style="list-style-type: none"> • 様々な科目の医療機関と連携 • 看護ロングサポート体制 • 病院送迎サービス *充実のユニットケア/パーソナル担当制 <ul style="list-style-type: none"> • 2：1の充実した職員配置体制 *思いを叶えるプランの作成 <ul style="list-style-type: none"> • パーソナルシートにより、歴史、あなたらしさ、想いを知り、パーソナルプランとして形作り、想いの実現の為の計画を実行 *ご入居者本位の食の提供 <ul style="list-style-type: none"> • 食べたいものを選べる満足 • 四季を感じるイベント食の充実 • 食堂での交流 *多世代間交流 <ul style="list-style-type: none"> • 併設のきらきら保育園との交流

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること

地域と良好な関係を構築して、交流を段階的に進めて、利用者と地域の方との交流をさらに推し進めていきたいと考えています

令和6年度においては5年ぶりに秋祭りを開催して、400名近くの来場者をお呼びすることができ、地域との交流につなげることができました。当日はキッチンカーや大学のブラスバンドの演奏など多くの方に協力を頂き盛大に実施することができました。また秋祭り以外においても近隣の小学校とも連携を図り、授業の一環で生徒たちを受け入れたり、今後は市内の高校とも連携し、授業の一環で高校生によるスポーツレクの実施を予定しています。地域と良好な関係を構築して、交流を段階的に進めて、利用者と地域の方との交流をさらに推し進めていきたいと考えています。

施設内でのレク活動の充実化や保育園児等の子ども達との交流などを通して利用者の楽しみを広げていけるように努めています

利用者のこれまでの生活習慣や趣味活動などについては利用開始前に実施している事前面談時に確認しています。利用者の要望などを踏まえて楽しみや生活の幅を広げていくために、散歩や手工芸、映画鑑賞、歌声喫茶などのレクリエーション活動を展開しています。特に音楽療法士を常勤で配置している強みを生かして歌声喫茶を充実させています。利用者からも好評で満足度も向上しています。さらに、系列の保育園が隣接していることで保育園児との交流も図れることも強みとしており、子ども達との世代間交流を通して利用者の楽しみを広げています。

ケアプラン作成にあたっての担当者会議を一人一人丁寧に実施して、質の高いケアプランを作成しケアの質を高めて行けるように努めています

利用者のケアプラン作成にあたっては、「フェイスシート」を活用して利用者の健康状態や身体状況等、利用者一人ひとりに対して現状や課題等を抽出しています。アセスメントの結果を踏まえ、担当者会議を開き、利用者本人、介護職員、看護師、生活相談員、機能訓練指導員、ケアマネジャーの意見を総合的に踏まえてケアプランを作成していく仕組みとしています。担当者会議については利用者一人一人丁寧に時間をかけて実施しています。担当者会議が充実しているため、ケアプランにもしっかりと課題等が反映されているため内容も分かりやすく目標達成に向けたプロセスも明確に定まっています。

さらに取り組みが望まれるところ

災害発生時において職員の参集をどのようにしていくか、併設の事業所とも連携して具体的な対策を講じていく事が望まれます

災害に備えてた取り組みでは、今年度は5月に水害想定、9月に火災を想定した避難訓練を実施しています。災害時の備蓄品についても3日分の食料や水等を確保しており適切に保管し保管期限なども定期的に確認しています。事業継続計画(BCP)も自然災害時と感染症発生時に分けて作成し、5月の内部研修時に職員に周知しています。今後に向けては、事業継続計画(BCP)については職員に繰り返し説明して理解を深めるとともに、災害発生時において職員の参集をどのように進めていくか、併設の事業所などとも連携して、より具体的な対策を講じていけるとよいと思います。

外部の苦情相談窓口について、定期的に周知を図ることで、家族の理解がより深まることを期待します

重要事項説明書内に施設内外の苦情・相談窓口を明記しています。家族には契約時に内外の苦情窓口について説明しています。今年度、第三者評価実施時に行った、家族向けのアンケートの「外部の苦情窓口相談できることを伝えられているか」の質問では、「どちらともいえない」や「いいえ」に回答した割合が高い結果となっています。再度外部の苦情窓口についてお伝えできるとよいと思います。例えば施設の広報誌や家族向けのおたよりなどへの掲載も効果的だと思います。今後の取り組みを期待します。

食事委員会の実施記録について所定のファイルに綴じ、委員会の内容を振り返る際などに効果的に活用できるようになることを期待します

食の楽しみに向けて、栄養バランスを考慮したおいしい食事の提供に努めています。厨房の委託業者も変更して、厨房ともコミュニケーションを取りながら食事の充実を目指しています。毎月イベント食を開くなど食事の楽しみも増え少しずつ成果も出ており、利用者の食事への満足度も上がっています。厨房業者とは食事委員会を開き、施設側の要望などを業者に伝えて食の充実に向けて取り組んでいますが、食事委員会の実施記録が所定ファイルに綴じられていないケースもあるため、今後委員会の内容について記録化して、振り返る際などに効果的に活用できるようになることを期待します。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

引き続き地域との良好な関係を構築できるよう様々な企画に挑戦し、0歳から100歳まで住み慣れた地域で過ごせるよう地域社会の一員となれる施設運営を目指します。

福祉サービス第三者評価項目（特定施設入居者生活介護）の評価結果

大項目	中項目	小項目	項目	標準項目	
				■実施数	□未実施数
I 福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	理念・基本方針の確立	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	0
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3	0
	2 計画の策定	中・長期的なビジョンの明確化	4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	3	1
			5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	3	0
			6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	3	0
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	7 理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	3	0
			8 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	3	0
	4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
			10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4	0
		職員の就業への配慮	11 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	3	0
			12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3	0
		職員の質の向上への体制整備	13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	4	0
			14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	3	0
	15 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	5	0		
II 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	利用者尊重の明示	16 施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0
			17 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0
			18 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0
		利用者意見の表明	19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	2
			20 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	2	0
	2 サービスの質の確保	サービスの標準化	21 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0
			22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。	2	0
	3 サービスの開始・継続	サービス提供の適切な開始	23 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0
			24 一人ひとりのニーズを把握して個別の特定施設サービス計画を策定している。	4	0
	4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	25 特定施設サービス計画計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に実施している。	3	0
			26 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	3	0
			27 利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。	5	0
			28 身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。	5	0
			29 栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。	4	1
			30 入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	4	0
			31 排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	4	0
	32 利用者の健康を維持するための支援を行っている。	6	0		
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	33 利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。	4	0
			34 利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	3	1
35 認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。			3	0	
36 ターミナルケアのための取り組みを行っている。			6	0	
37 感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。			3	0	
6 安全管理	利用者の安全確保	38 事故などの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。	3	0	
		39 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	6	0	
		40 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	4	0	
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係				
計				148	5

項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 □ 確認できない。

評価項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
<p>(評価コメント)</p> <p>会社としての企業理念を明示しているほか、「共伸～個々が未来をデザインする～」を施設スローガンに掲げています。令和6年度のスローガン策定にあたっては全職員が前向きに取り組むことができるようにとの思いを込めて作成しています。また、業績目標のほかサービスの質向上に向けた取り組み、人材・育成面における目標についても事業計画書内に明示して全体で共有化が図れるように努めています。</p>	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>企業理念及び運営理念は事務所内に掲示しています。施設スローガンについては事業計画書内に明示し施設内のフロア会議等で共有しています。入社時には本部でウォームアップ研修があり、企業理念や運営理念の説明があるほか、施設内においても各フロア会議を毎月開き企業理念や運営理念のほか施設スローガンについて共有化を図り確実な実践に向け協議を進めています。</p>	
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者本人や家族に対しては施設見学时や利用契約時等において企業理念や運営理念、施設スローガンについて説明しています。施設のパンフレットの中でも法人の考えや施設での生活の様子、入居後のサポート体制などをわかりやすく記載しており、見学时や契約時の際に担当の職員からも改めて説明を行うようにしています。</p>	
4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■ 事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 □ 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画については社会福祉事業や地域の動向などを踏まえて作成しています。事業計画内では①業績、②サービスの質、③人材・育成面に分類して会社の中長期計画を踏まえてより具体的な方針を落とし込んでいます。各目標については上期と下期で振り返る仕組みを設けており、目標の達成状況を確認しながら、必要に応じて修正を加えて実現性の高い計画になるように努めています。</p>	
5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。
<p>(評価コメント)</p> <p>年間事業計画書には①業績として、「入居ラップ87名以上、入居率97%・在所率95%以上を維持する」、②サービスの質として、「地域に選ばれる施設を目指す」、③人材・育成面では「未来の自分に自信が持てる施設を目指す」事を掲げています。これらの目標については前年度の反省点を踏まえて作成しており、重要課題を明確にしたうえで今季の目標として反映させています。</p>	
6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設内の重要案件の検討は、運営層で構成されるリーダー会議を通して検討しています。事業計画等の作成にあたってはリーダー会議の中で方向性を決め、各フロア会議で職員の意見を収集し、運営会議で決定する流れとしています。施設方針や事業計画については全職員間で共有できる体制としています。</p>	

7	理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設長、各専門職員、介護リーダーが日常的に連携し施設全体のリーダーシップを取っています。特に職員の接遇面、施設内の美化についてはトップダウンで全体に周知し、施設のスローガンである「共伸～ここが未来をデザインする～」につなげていけるように努めています。サービスの質の向上に向けては日々のレクリエーションの充実、職員育成に向けてはリーダー職のマネジメント力の向上を具体的な目標に掲げて取り組んでいます。</p>		
8	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事、労務、財務等の面から経営や業務の効率化と改善に向けて日々分析を行っています。また施設内では衛生管理委員会を設けており、職員の労働環境に問題が発生していないか、職員のメンタルヘルスの必要性や労働災害案件の発生が無いかなどを施設長を交えて定期的に確認しています。基本方針の実現に向けて職員の働きやすい環境づくりに向けて精力的に取り組んでいます。</p>		
9	施設的全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
<p>(評価コメント)</p> <p>守るべき法・規範・倫理に関しては、現場内で主任等が中心となり伝えていきます。さらに、倫理綱領、規程集を所定のファイルに綴じ、変更が出た際には職員に周知しています。また、入社時には新人向けのウォームアップ研修があり正社員は本社で、非常勤は事業所で研修担当者であるクオリティーマスターが中心となりポケットマナーブック、コンプライアンスカードの配布、ビジネスマナーや個人情報保護等について説明しています。</p>		
10	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の採用は新卒者の採用のほか、求人誌や新聞広告、インターネット求人の活用、既存職員による職員の紹介制度など多様な取り組みを通じて人材確保に努め、職員には将来の希望や現状などを確認しステップアップを目指す環境を築くほか、職員の力量や希望に応じて他事業所への異動も柔軟に実施しています。職員評価については業務と個人目標に対する本人の自己評価、リーダー・施設長による評価、業績評価の結果等、多様な要素が賞与に反映される査定制度を導入しています。</p>		
11	事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。 ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>人事、労務、財務等の面から経営や業務の効率化と改善に向けて日々分析を行っています。また施設内では衛生管理委員会を設けており、職員の労働環境に問題が発生していないか、職員のメンタルヘルスの必要性や労働災害案件の発生が無いかなどを施設長を交えて定期的に確認しています。職員との面談は随時実施し、現場職員の意見はフロアリーダーから幹部職員へ必要に応じて報告を上げています。</p>		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。
<p>(評価コメント)</p> <p>働きやすい職場環境に向けては、職員間の親睦を深めることを目的とした会社主催の各種の親睦会に職員が交代で参加できる機会を設けています。施設でも定期面談や親睦会を実施し職員のモチベーションを高めたり、施設長も直接職員と会話する時間を設けるなど相談しやすい環境づくりに努めています。また必要に応じて産業医に相談できる体制も築いています。産休や育児休暇制度の活用も奨励して取得しやすい環境を築くほか、独自のアニバーサリー休暇制度も設けています。</p>		

13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画についてはキャリアパスに示し職員の将来ビジョンを示しています。各職種別や役割別の能力基準等については「賞与査定シート」に示しており、賞与支給前に本人評価、一次、二次評価を行う仕組みとしています。キャリアパスと連動した人材育成計画とまでは至っていない状況もあり、今後は職員一人ひとりの意向や経験等も踏まえた個人別の育成計画への発展を期待します。研修は法人内でも職責や職歴に応じた研修が体系化され学べる環境を整えています。</p>		
14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 ■事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>人材育成に向けた方針は年間事業計画書内に明記しています。令和6年度は「未来の自分に自信が持てる施設を目指す」事を目標に掲げて、健康管理室、介護室、健康管理室ごとに各目標を立てています。研修はリーダーがクオリティマスター(研修担当専門職員)の役割を受けて、毎月全体会議後の施設内勉強会で講師役となり毎月のテーマに沿って実施しています。今年度も災害時の対策、事故予防、感染症防止、虐待・身体拘束廃止等のテーマに基づき毎月実施しています。全体会議に参加できない職員へは個別に対応しています。</p>		
15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れ易い職場づくりをしている。 ■研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■評価が公平に出来るように工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員からの意見や提案については各フロアごとで実施しているフロア会議の中で確認するほか、日々の業務の中でも積極的に意見や提案を収集するようにしています。職員からの提案を受けて休暇希望を出しやすいうようにカレンダー方式を取り入れたり、利用者の活動の様子を記録する記録様式の変更など職員からの意見や提案に基づき変更しています。研修についてもクオリティマスターによる研修制度が定着しており、研修を通して必要な知識やスキルを高めることができている。</p>		
16	施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■憲法、社会福祉法、介護保険法等法の基本的な考え方を研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>法令に基づく基本的な研修については、研修員会及び研修担当職員であるクオリティマスターが中心となり定期的の実施しています。虐待防止に向けた取り組みでは、法人全体で虐待防止に向けて意識高く取り組んでおり、事業所内でも年に2回の研修を定例化しています。研修を通して職員の意識を高めて不適切ケアを防止するとともに、日々の申し送りや定例の会議を通して施設長及びリーダー職員が中心に全職員に対して注意を呼び掛けている。</p>		
17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し実行している。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
<p>(評価コメント)</p> <p>個人情報保護の基本方針や個人情報の利用目的、開示・訂正・利用停止・消去等の権利については、「個人情報の取り扱いについて」に明示しており、これを契約時に利用者・家族に交付して説明し、同意の署名・押印を受領しています。新人職員には入社時に守秘義務に関する誓約書の提出を求めるとともに、本部でのウォームアップ研修で理解を促し、ボランティアや実習生からも誓約書を取得しています。</p>		
18	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者からの意見や要望については日常会話から収集しています。また定期的に担当者会議を開き、日ごろの意見や要望等を確認するとともにプランの作成時及び更新時に行うアセスメントを通して意向や要望等を確認しています。さらに定期的の実施している第三者評価の利用者調査の意見も確認し、利用者の意向や要望に沿ったサービスが提供できるように取り組んでいます。</p>		

19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 □介護相談員又はオンブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。 □第三者委員が設置されている。
<p>(評価コメント)</p> <p>重要事項説明書内に施設内外の苦情・相談窓口を明記しています。家族には契約時に内外の苦情窓口について説明しています。また施設内に意見箱を設置し利用者が意見や用や要望を気軽に表出できる環境としています。苦情発生においては、「クレーム報告書」を作成後、本部に報告する仕組みとしています。再発防止策についても当事者に丁寧に説明しています。現在第三者委員については現状未設置となっています。</p>		
20	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者一人一人のケースについては各フロア会議の中で協議しています。またケアプラン作成の際にはケアマネジャーが主導となり担当者会議を開催しケアプランに掲げる支援目標について協議を進めています。さらにサービスの質を高めるために衛生管理、生活安全、研修、感染症対策、褥瘡、看取り、環境・接遇、食事、入浴、排せつ委員会があり各委員会のを定期的に開きサービスの質向上に向けて協議を進めています。</p>		
21	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的に変更している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
<p>(評価コメント)</p> <p>介護、服薬管理、緊急対応、苦情対応、虐待防止、介護事故等のマニュアルを整備し、「マニュアル関係ファイル」に綴じて職員がいつでも確認できる状態にしています。最新のマニュアルについても指定ファイルに綴じ感染対応マニュアルは随時更新するほか事業継続計画も今年度から整備しています。</p>		
22	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している。 ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>問い合わせや見学の対応方法についてはパンフレットやホームページに明記しています。昨年度来のコロナ禍の影響のため見学者の人数や見学時間等、感染状況に応じて制限を設けていますが、極力見学の要望に合わせて対応しています。見学の際には施設内の設備や居室、浴室、ダイニングの様子のほか、系列の保育園児との交流など施設の特徴や強みについても丁寧に説明しています。</p>		
23	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設利用にあたっての基本的なルール等については見学時に説明しています。重要事項等の説明は契約時に「契約書」、「重要事項説明書」に沿って説明しています。利用者負担金に関しても、「重要事項説明書の別紙」を用い、介護保険利用者負担分や加算内容等を丁寧に説明し、説明後は同意の記名、押印を受領しています。また契約時には「個人情報に関する同意書」についても交わし、説明後記名押印の上、同意を受領しています。</p>		
24	一人ひとりのニーズを把握して個別の特定施設サービス計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者等及びその家族の意向、利用者等の心身状況、入所前の生活状況等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
<p>(評価コメント)</p> <p>アセスメントで抽出した結果に基づき、担当者会議を開き、利用者本人、家族、ケアマネジャー、看護師、介護職員、機能訓練指導員の意見を確認し、多職種連携で利用者一人ひとりのケアプランを作成しています。ケアプラン作成後は利用者、家族の同意を受領しています。ケアプラン作成後は、ケアマネジャーが毎月利用者一人一人のモニタリングを行い、支援目標に対する達成状況などを確認しています。</p>		

25	<p>特定施設サービス計画計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。
<p>(評価コメント)</p> <p>ケアプランには短期、長期の支援目標を掲げ、短期目標の期間ごとに見直しを行う仕組みとしています。ケアプランの見直しに際しては再アセスメントを実施したうえで利用者の現状や課題等を確認し、担当者会議で専門職等多角的な意見を取り入れケアプランを見直しています。利用者の体調に変化が生じた際には都度担当者会議を開き、ケアプランの見直しを行い利用者の現状に即した支援が提供できるように取り組んでいます。</p>		
26	<p>利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■計画の内容や個人の記録を支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者一人ひとりのケアプランは「ケアプランファイル」に挟み、携わる職員がいつでも確認できる状態にし支援目標に基づいた支援の提供に努めています。また、ICTを導入してケアプランの内容を専用ソフトに落とし込み、現場内で私用しているタブレット端末からも共有を可能としています。さらに職員は常時インカムを設置して、処置等の対応が必要な際にはインカムを通して担当者と呼ぶことができます。利用者情報は朝礼で申し送りをを行い、申し送りに参加した職員が各フロアに戻り各職員へ周知しています。利用者情報は朝礼で申し送りをを行い、申し送りに参加した職員が各フロアに戻り各職員へ周知しています。</p>		
27	<p>利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の利用前生活習慣、慣習、趣味、生きがい、役割等についての意向を把握し支援している。 ■複数のクラブ活動、レクリエーション活動等を実施している。 ■利用者ごとに、その希望する自立支援計画に基づいて支援している。 ■外出又は外泊の支援を実施している。 ■毎日、起床時及び就寝時に着替えの支援を行うことが記載された文書等がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者のこれまでの生活習慣や趣味活動などについては利用開始前に実施している事前面談時に確認しています。利用者の楽しみや生活の幅を広げていくために現在、散歩や手工芸、映画鑑賞、歌声喫茶などのレクリエーション活動を展開しています。また系列の保育園が隣接していることで保育園児との交流も数多く実施でき、子ども達との世代間交流は当施設の強みの一つになっています。</p>		
28	<p>身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する事業所の理念、方針を明文化している。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアル等がある。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する研修を実施している。 ■身体的拘束等を行う場合の同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族等の署名若しくは記名捺印がある。 ■身体的拘束等の理由及び実施経過の記録がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>身体拘束排除に向けて、「身体拘束等適正化のための指針」を作成しています。不適切ケアの排除に向けては、施設内勉強会の中で、身体拘束、虐待防止についての研修を定例化し職員の意識を高めています。さらに、身体拘束廃止、虐待防止研修も施設内で行い、各指針の確認、不適切ケアに該当する内容などを確認しています。</p>		
29	<p>栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている。 ■利用者の希望・要望を聞き個別対応している。 ■食事の開始時間、メニュー、場所が選択できる。 □利用者の栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)と計画があり、実施・確認・評価している。 ■嚥下能力が低下した利用者に対して、各部門の職員が連携して、経口での食事摂取が継続出来るよう支援している。
<p>(評価コメント)</p> <p>自宅にいるような気軽さ、外食に行くような喜び、四季を感じさせる食の楽しみの提供に向け、栄養バランスを考慮したおいしい食事を提供しています。食事形態については刻みやミキサー食など一人一人の状態に合わせて対応しています。アレルギーにも対応して入り禁忌食なども厨房と共有しています。事の時間の選択や四季を感じるイベント食、選択食やアラカルトメニューなども取り入れ食の楽しみにつなげています。</p>		
30	<p>入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が希望する入浴方法(個浴、一般浴、特殊浴、リフト浴等)を把握し、出来るだけ自立性の高い入浴形態を導入している。 ■利用者の状態に応じた安全な入浴方法等についての記載があるマニュアル等がある。 ■入浴介助時の利用者のプライバシーの保護について配慮している。 ■入浴が楽しめる工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>入浴については、檜を採用した個浴のほか、横になったまま、肩までお湯につかることができる機械浴も導入し利用者の状態に合わせて安全に入浴できる体制を整えています。介護業務マニュアルに入浴の手順も明記し利用者の状態に応じて入浴できる体制を整えています。入浴時間は概ね9:00～20:00の間で選べるようにしているほか、準天然「光明石」温泉を導入し入浴を楽しめる環境としています。</p>		

31	排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の意向や状態に応じて排泄計画・目標を個別に立て、自然な排泄を促す支援をしている。 ■排泄チェック表等の記録があり、計画・目標の見直しをしている。 ■マニュアルを整備し、排泄介助方法や利用者のプライバシーを配慮している。 ■トイレ(ポータブルを含む)は衛生面や臭気に配慮し、清潔にしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>排泄の介助については利用者の自立を極力促し、定時の声かけや誘導によりトイレで排泄できるように支援しています。特に配慮や介助が必要となるケースにおいてはケアプランの支援目標に組み込み職員全体で共有を図り統一した対応が図れるように取り組んでいます。排泄介助については介護業務マニュアルの中で手順を示すほか、トイレ内の掃除も定期的にも実施し衛生面に配慮しています。</p>		
32	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、褥そう予防、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア等のマニュアルを整備している。 ■服薬管理体制を強化し適切に行われている。 ■利用者ごとの体位変換の実施記録がある。 ■利用者の状態に応じた口腔ケアを実施している。 ■利用者の体調変化を発見した際の対応方法が明示され、看護師や医療機関と速やかに連携が取れる体制がある。 ■重度化や終末期に対応するための準備が行われている。
<p>(評価コメント)</p> <p>体調変化時に迅速に対応できるように、体調変化時の対応等については介護業務マニュアルに示し手順を統一化しています。利用者が服用している定期薬については薬局が利用者一人一人の服用薬をセットし、食事の際にセットした薬を利用者が食事を取るメインダイニングに運び食事の終了と同時に職員が個別に配薬し誤薬が無いように細心の注意を払っています。利用者の体調に変化が生じた際の対応方法については所定の様式に記録化し全体で共有できる体制としています。</p>		
33	利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者ごとの機能訓練計画と目標がある。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことのできる視点を入れている。 ■利用者ごとの機能訓練の実施記録があり、計画の評価・見直しをしている。 ■機能訓練指導員と多職種の連携が取れている。
<p>(評価コメント)</p> <p>必要なケースにおいては「個別機能訓練計画書」を策定し、身体状況等に応じた機能維持・回復訓練に向けたメニューについて適切に立案しています。「個別機能訓練計画書」は、精神機能、身体機能、基本動作等を示し、定期的な評価、見直しを通じて定期的に「個別機能訓練計画書」の変更を行い、機能訓練を行っています。担当者会議において相談員やケアマネジャー、看護師、栄養士等の多職種の意見も取り入れ計画書を作成しています。</p>		
34	利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族の参加できる懇談会、家族会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。 ■利用者の家族が宿泊できる設備がある。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設で開催する行事についても随時お知らせを作成し施設内での掲示や家族への郵送などを通じて参加を呼び掛けています。家族参加の行事については、感染症拡大防止に努めながら開催を再開させています。</p>		
35	認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■認知症の利用者等への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等を整備している。 ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■人権を尊重し「その人らしく」生活できるようにアセスメントや個別サービス計画に工夫が見られる。
<p>(評価コメント)</p> <p>認知症の利用者への対応及び認知症ケアの質の向上に向け「認知症ケアマニュアル」を整備しています。認知症ケアに関する研修として、認知症の特徴や対応方法等の基本については入社時のウォームアップ研修で説明しています。施設内においては認知症ケア委員会を立ち上げており、リーダーと介護職員が中心となり、認知症ケアについて定期的に検討しています。</p>		
36	ターミナルケアのための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ターミナルケアの対応についてマニュアル等を整備している。 ■ターミナルケアに関する職員への研修を実施している。 ■ターミナルケアの実施に関する医師の意見書がある。 ■ターミナルケアの実施に関する同意書を整備している。 ■精神的ケアの対応についての記載があるマニュアル等がある。 ■利用者及び家族等の近親者に対しての精神的ケアに関する職員への研修を実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>ターミナルケアの対応については「看取りマニュアル」を整備しています。ターミナルケアに関する研修についても施設内で実施し職員の心構えや意識を高めています。ターミナルケアについては今年度数件実施しており、実施しにあたっては家族の同意書、医師の意見書を整備しています。ターミナルケア終了後においては関わった職員へのヒヤリングを通じて課題等を収集し次回の取り組みにつなげています。</p>		

37	感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。
<p>(評価コメント)</p> <p>感染症対策では、感染症予防マニュアルを整備しているほか、感染症発生時に対しての事業継続計画(BCP)も作成しています。手洗い、うがいの徹底、冬場においては加湿の徹底など感染症まん延防止に努めています。施設内においても感染症予防研修を取り入れて、職員一人一人の意識を高めています。新型コロナウイルス5類移行後も基本的対策を継続してまん延防止に努めています。</p>		
38	事故などの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。	<ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
<p>(評価コメント)</p> <p>事故予防に向けては「ヒヤリハット報告書」を活用して危険事例を積極的に上げ事故予防につなげていく仕組みを築いています。事故発生時については「事故報告書」において事故の発生状況、原因のほか再発防止に向けた取り組みを記載しています。さらに事故報告書裏面の「事故再発防止検討報告書」に再発防止に向けた取り組みを記載しフロア会議で内容の振り返りを図っています。</p>		
39	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■非常災害時のための備蓄がある。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
<p>(評価コメント)</p> <p>災害に備えてた取り組みでは、今年度は5月に水害想定、9月に火災を想定した避難訓練を実施しています。地震や火災、風水害発生時のフローについても作成し、事務所内への掲示し周知を図っています。災害時の備蓄品についても3日分の食料や水等を確保しており適切に保管し保管期限なども定期的に確認しています。事業継続計画(BCP)も自然災害時と感染症発生時に分けて作成し、5月の内部研修時に職員に周知しています。</p>		
40	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■地域との交流行事、定期的な散歩・外出等が計画され、利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 ■ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 ■実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示し、体制を整備している。 ■地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。
<p>(評価コメント)</p> <p>10月のハロウィンのイベント時には地域の方にも参加を呼びかけ多くの方と交流できるように取り組んでいます。また、日常的に隣接の保育園児と交流を図ったり、併設のデイサービスやグループホームの利用者と交流する機会もあります。ボランティアについても受け入れを増やし今後のレクリエーションの充実を検討しています。</p>		