

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4370400600		
法人名	医療法人社団 聖和会		
事業所名	グループホーム グリーンライフ ヴィラ荒尾		
所在地	〒864-0012 熊本県荒尾市本井手1480-26		
自己評価作成日	平成22年3月7日	評価結果市町村報告日	平成22年4月4日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成22年3月9日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

住宅地に近いこともあり、地域とのかかわりを大事にしています。また、柔軟なケア、目配り、気配り、気づきを発揮できるよう心がけています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

日々の予定は、その日の状態や状況を優先し入居者がゆっくりとした自分のペースで暮らせるように支援を行っている。入居者の出来ることや興味の有ることを引き出し、毎日の暮らしがリハビリとなる暮らし向きである。ホームの中では、職員の仕事を一緒に手伝ったり、入居者が役割を担う場を作るなどの支援を行っている。食事のメニューは毎日入居者と共に考え、毎日買い物に出かけ季節感のある食材や馴染みの関係作りにも配慮している。地域の方々に認知症や認知症ケアについての啓発として老人会などの集会に出かけていき講師役を引き受けている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎事業年度初めに職員で理念を決めて、毎月の会議ごとに確かめあっている。	毎事業年度初めに職員で話し合って理念を決めているだけでなく、毎月毎にその月の目標を決めている。	理念は、職員、入居者、家族と地域それぞれが共有することで、認知症やケアの啓発に繋がることを期待します。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	利用者の地元の催しなどなるべく出向くようにしている。また、利用者家族には馴染みの人には訪ねていただくよう話している。	老人会や地域の集会に行き認知症や介護について啓発している。体育祭や文化祭などの行事に入居者と共に出向いている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近所の老人会の集まりで認知症についての勉強会をおこなったり、運営推進会議のメンバーや利用者家族には近隣住民に回し読みしていただくよう話し、資料など配布している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議ではホームでの様子や取り組みなど必ず報告し、意見が出ればできる限りサービス向上に活かすようにしている。	定期的な会議を開いている。認知症の理解や応援者になってもらえるように、会議資料にも工夫している。委員のきづきや意見は、真摯に受け止め質の向上に努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	電話や文書のやりとりだけでなく、直接出向き相談したり意見交換をしている。	運営推進会議の委員としてホームを訪れてもらっている。普段も市役所に出かけ担当者に話をしたり相談をしたりして協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	日中は玄関は開けており、なるべく向精神薬を使わないようにしている。また利用者家族にはリスクを説明した上で身体拘束しない旨を伝えている。	身体拘束をしないケアを家族にも伝えており職員も心がけている。玄関は、チャイムがなるようにしてあり、日中は施錠していない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待についての資料など活用し、防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	支援事業や後見制度についての資料など活用し、理解を深めるようにしている。また行政関係者とも話し合っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時だけでなく、家族会や面会時、その他随時不安や疑問点を尋ね、理解や納得を図っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族会や面会時など随時、意見や要望を聞きだすようにし、運営に活かすようにしている。	遠方にいる家族を除いて毎月1回以上ホームを訪問されており、その時は、管理者が応対し要望や意見を聞き出し運営に反映させるように努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	会議の場だけでなくことあるごとに意見や提案をなるべく聞き出すようにしている。	管理者が普段から職員とコミュニケーションをとるように努め、そのときに意見を聞き出すようにしている。	毎月の会議で話し合った内容や、職員からどのような意見がでたのかなどをこまめに記録をとり、振り返りの管理をすることが期待されます。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている			
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修の参加をできる限り奨励し、職場ではOJTを心がけている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	県やブロックの勉強会にはなるべく参加するようにし、サービスの質に活かすようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居時より早く環境に馴染め、安心できるよう働きかけ、関係づくりにつとめている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス導入前より家族のとの関係づくりにつとめている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居時点でできることの支援を話し合い、インフォーマルなサービスを含めた検討をしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活での役割を導き出すよう支援し、職員と入居者の協働場面を多くするようにしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族に協力を仰げる範囲でさんかしていただくようにし、家族と本人との関係を継続するようにしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	知り合いや近所の人に声をかけていただくよう話し、行き来できるようであれば関係が継続できるよう支援している。	入居者のなじみの人へホームに来てもらえるように働きかけている。普段から散歩やドライブなどを行い支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々人の性格を把握した上で、利用者同士が関わりあい、支えあえるよう関係づくりに努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も本人、家族に近況を尋ねたり、相談に乗るようにしている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	希望、意向など把握し、家族と相談しながらできる範囲で支援するようにしている。	入居者自身からの把握だけでなく、家族からも情報収集をしている。日々の暮らしや関わりを通じて、一人ひとりの思いややりたいことを把握をしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	必ず自宅に訪問してこれまでの生活環境や他サービス機関の状況を把握し、アセスメントするようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	積極的に関わることや、また観察することで一人ひとりの状態を把握するようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族面会時などなるべく意見を聞いたり、相談したりしながら取り入れるよう心がけている。	暫定的にプランを作り、職員会議で話し合っている。家族にも相談しプランを見せて、意見を取り入れてから本プランを完成させている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録だけでなく申し送りやその都度情報を共有するようにし、ケアに活かしたり、プランで改善したりしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している			
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力病院だけでなく、利用者、家族と相談した上で他の医療機関へかけられるよう支援している。	本人のかかりつけ医の元へ通院できる事を最大限支援している。そのためにも適切な医療を受けられるように家族に協力をお願いし、病院で待ち合わせて一緒に医師の話を聞くこともしている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	必要であれば訪問看護を利用したり、利用している医療機関の看護師に看護面の相談をしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は必ず定期的に面会に行くようにし、早期退院に向けての働きかけを医師や看護師にしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期について家族会だけでなく面会時に随時話し合い、支援している。	終末期や重度化については、家族の思いや要望を常々聴きながら、ホームとしての支援のあり方についても面会時等に話をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている			
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回消防訓練を行い、1回は地元の消防団に参加していただき訓練している。	年に2回、昼夜を想定した消防訓練を行っている。地域の方や、地元の消防団の協力を得た訓練も行われている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの人格を尊重し、その人に合った対応をしている。	トイレ誘導の時には、その人しか聞こえないように配慮するなどのプライバシーを損ねないケアを心がけている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常生活の会話の中で働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりの心身の状態や生活リズムに配慮しながら支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	衣類だけでなく美容液など着慣れた好みのものを使用できるよう支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	なるべく一緒に準備、食事、片づけを行い、楽しめるようにしている。	入居者と一緒にメニューを考え、食材を買いに行っている。出来る方には食事の準備を手伝ってもらい、同じテーブルを囲み食事の時間を楽しくしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	その人に合った量、内容に配慮している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアを支援し、必要であれば歯科受診をするようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	本人の状態に応じて自立に向けた支援を心がけている。	日中はトイレ誘導を心がけており、一人ひとりの状態に応じて自立に向けた支援に努めている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	和食を基本になるべく消化のいい食べ物の工夫をし、毎日乳酸飲料を飲むようにしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	本人の心身の状態に配慮しながら支援している。	入居者の希望に応じて入浴を行っている。声かけなどを工夫して入居者が入りたくなるような環境作りに努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの体調、状態に合わせて支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	本人の症状にあわせて、受診時に医師や看護師に薬の相談をしている。また、薬の変更時は薬について調べるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの役割を導くよう支援し、時々外出などして気分転換できるようにしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その人の体調、心身の状態に応じて、また家族の協力を得ながら外出するようにしている。	日々の暮らしの一環として、体調に気をつけて普段から散歩やドライブに出かけて、気晴らしをしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	管理できる人は所持して使えるようにしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話を取り次いだり、本人の希望があれば電話したりしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	生活感や季節感を採り入れるようにし、空調にも気を使い気持ちよく過ごせるよう配慮している。	居間は洋室だけでなく、和室もあり入居者は好みの環境で生活が出来ている。共有空間には入居者が少人数や一人でも快適に過ごせるようにのれんや衝立を設ける等の工夫が見られる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間に椅子を多用し、いつでも座って過ごせるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時になるべく使い慣れたなじみの物を持って来るようしている。	本人が落ちついた生活が出来るように家族の写真を貼ったり、仏壇を持ってきてもらったりしている。また、ベッドを外に出し畳敷きにするなど入居者の希望にそった支援をしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	自立支援を心がけた環境整備を心がけ、自立した生活が送れるようにしている。		

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	理念が地域の方々へまでは浸透していないので、認知症やケアの啓発にまでは繋がっていない。	地域の方々への働きかけを行い、認知症やケアの啓発に繋げる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見学会の開催</li> <li>・地域の集まりで勉強会を行う</li> <li>・中学校との交流</li> </ul>	6ヶ月
2					12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。