

令和元年度 施設サービス評価（自己評価） ～短期入所・日中一時支援～

	大項目	中項目	小項目	着眼点	評価 割合	令和元年度意見集約	改善案 割愛		
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 されている。	①理念や基本 方針が明文化 されている。	1.理念や基本方針が文書（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）に記載されている。	A チェック率 100% (16/16)	・法人の事業計画、組織概要及びHP等へ経営理念が記載されている。 ・事業計画やパンフレットに記載されている。			
				2.理念は、利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた援助を行うという障害者福祉の基本的な考え方を踏まえている。					
		(2) 理念や基本 方針が周知 されている。	①理念や基本 方針が職員や 利用者に周知 されている。	1.理念や基本方針を会議などにおいて説明している。			A チェック率 100% (32/32)	・年度初めの係会議、全体会議及び新任、異動者の研修の際に説明をしている。 ・職員会議時に読み合わせを行い、周知する取り組みを行っている。 ・理念や基本方針に特化して周知状況の確認を行なうことはないが、随時、事業の目標達成率等を分析しながら、不足している部分に関しては必要な対応を行っている。 結果として、基本方針の内容については事業にもリンクしており、周知状況の確認、取り組みを行っていると言える。 ・施設のHP上で運営目標として公表している。 事業計画では数値目標を設定している。 ・事業自己評価という形で年に1度評価を行い、書面で法人本部へも報告する流れになっている。 ・職員会議等に議題に掛ける等の取り組みをおこなっている。 ・経営上、施設の問題を積極的に利用者へ向け発信することないが、各項目について分析を行い、必要な物に対しては対策を検討、実施している。	
				2.理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。					
				3.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。					
	2 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。	①中・長期計 画が策定され ている。	1.理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	A チェック率 100% (40/40)	・施設のHP上で運営目標として公表している。 ・事業計画では数値目標を設定している。 ・法人の第二期地域福祉推進計画が中長期計画にあたり、左記に該当する内容が記載されている（平成30年度～平成34年度） ・第二期地域福祉推進計画、基本目標の4、「県民の福祉ニーズに即したサービスを提供し、県民が安心して暮らせる地域づくりを推進します」が該当する。 ・法人担当部署が各担当部署との確認により、半年毎に進行管理をし、見直しが必要となった際は法人の事業計画に反映することとしている。 ・数値目標を設定している。			
				2.中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。					
				3.中・長期計画に基づく取組を行っている。					
				4.中・長期計画は、必要に応じて見直しを行っている。					
				5.事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することにより実施状況の評価を行えるかどうかについて、配慮がなされている。					
	(2) 計画が適切 に策定され ている。	①計画の策定 が組織的に 行われている。	1.年度終了時とはもとより、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。	A チェック率 100% (32/32)	・四半期毎に定められた様式・手順で進捗状況の把握と評価を行っている。 ・四半期毎に事業評価として手順に基づき把握、評価を行っている。 ・評価結果を、次年度計画作成の際の数値目標等に反映させている。 ・結果やその他施設整備等の各要因に臨機応変に対応しながら、見直しを行っている。 ・係会議や職員会議等で説明している。 ・全体会議の中で説明している。 ・職員会議等で説明している。				
			2.評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。						
			②計画が職員 や利用者に 周知されて いる。			1.各計画を会議などにおいて説明している。			
						2.各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。			
			II 組織の運 営管理			1 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。	①事業経営を とりまく環 境的に把握 されている。	1.利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。
2.把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。									
②経営状況を 分析して改善 すべき課題を 発見する取 組みを行っ ている。	1.定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。								
	2.改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。								
	3.経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。								
2 安全管理	(1) 利用者の安 全を確保す るための取 組みが行わ れている。	①緊急時（事 故、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。		1.管理者は、利用者の安全確保の取組についてリーダーシップを発揮している。	A チェック率 100% (104/104)	・障害特性に応じた対応について、適宜助言を受けている。 ・リスク管理委員会が設置されている。 ・短期入所・日中一時支援マニュアルが整備されている。 ・重要事項説明書等の締結時に説明しており、周知もされている。 ・契約時に、ご家族に生活状況確認表を記入頂き、細かな聞き取りもしている。 ・十分とは言えないが実施はされている。今後、リスク種別毎の研修の充実を図りたい。 ・救急救命に関する研修等に、毎回職員数名で参加している。 ・医療機関の協力を頂いている。 ・毎年4月の他、採用及び異動が発生した際に随時確認並びに周知をしている。 ・法人全体で統一した仕組みが整備され、運用もされている。 ・発生の都度分析し、対応策を講じている。 ・リスク管理委員会を開催している。			
				2.利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。					
				3.安全確保に関する検討を行う利用者や担当職員等が参加した検討会を、定期的開催している。					
				4.障害の種類やリスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制やマニュアルが整備され、職員および利用者・家族等に周知している。					
				5.利用者一人ひとりに健康上の留意点などを確認できる書面が作成されており、緊急時の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。					
		②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。	1.利用者の安全を脅かすヒヤリハット事例の収集の仕組みを整備している。						
			2.収集した事例について、発生要因を分析し、未然防止策を検討している。						
			3.事故がおきたら、その事故を元に再発防止マニュアルを改善する会議を開いている。						
			4.万一、事故がおきた時の対処法のマニュアルが整備されている。						
			5.事故処理の記録・保存を行っている。						

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。	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 り組みを行 っている。	1.理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 2.利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、サービスの実施方法等に反映されている。 3.利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 4.身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。 5.組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組みが明示されている。	A チェック率 100% (120/120)	・短期入所・日中一時支援マニュアルに明示されている。  ・毎月全体会議の中で、倫理綱領に基づく具体的な行動計画の読み合わせを行っており、虐待防止研修の中でも触れている。 ・職員会議等で、虐待防止研修に参加した職員による伝達研修が実施されている。 ・年2回の虐待防止研修やセルフチェック等で周知徹底を図っている。 ・具体的な行動計画が定められている。 ・自主点検やケース会議を行いながら、可能な範囲で仕切りの設置等、必要な対応をしている。 ・予算の兼ね合いもあるが、必要な物については新たに設置若しくは工夫し対策を講じることが出来る体制にある。									
			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。	1.プライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等に組織として具体的に取組んでいる。 2.利用者のプライバシー保護のため、建物・設備その他の環境について必要な改善は、速やかになされている。 3.利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 4.利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等が利用者に周知されている。 5.規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。				・マニュアルを設置している他、研修等においても周知を図っている。 ・保護事業における接客マニュアルの他、短期入所マニュアルの中に左記に係る記載がある。 ・年に2回、虐待防止セルフチェック及び、虐待防止研修を行っており、接し方等を点検しサービスに反映している。 ・障害者虐待防止法についての掲示をしている。 ・セルフチェックを実施している。 ・就業規則第72条、懲戒に基づき処分される。							
			③接し方につ いて、指針ま たはマニュアル が整備され ている。	1.接し方（年齢や状況に応じた呼称・言葉遣い、禁句を含む）について、指針・マニュアル等を整備している。 2.接し方を点検・改善するための検討会議や勉強会・研修などが定期的に行われ、サービスに反映されている。					・「なんでも相談」については周知のための掲示を継続している。 ・相談室等専用のスペースはないが、個別対応可能な場所に移動する等の配慮をしている。 ・その部室空きスペースを利用する等プライバシーに配慮した形での対応に努めている。 ・重要事項説明書に、苦情解決の申立て先を記載し、契約時に配布・説明をしている。 ・事例はないが、必要な場合フィードバックする体制である。						
			④虐待等の 人権侵害の防 止策、及び万 一に備えた対 応が定められ ている。	1.拘束・暴言・暴力・無視・放置等、虐待の具体例を挙げた上で禁止し、文書で職員や利用者・家族に周知している。 2.虐待が行われていないかの確認が随時なされている。 3.万一、虐待が行われた際の処方が規程されている。						・年に1度、自己評価を行い、結果を基に第三者評価委員会を開催している。 ・施設サービス第三者評価に基づく自己評価を実施し、外部評価委員会を開催している。  ・自己評価の取りまとめ時点で改善が必要な事項や、外部評価委員会内で指摘のあったものについては各種会議で改善策等を検討し、報告書としてまとめている。					
			(2) 利用者が意 見等を述べ やすい体制 が確保され ている。	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。 1.利用者が意見や希望を言えるよう職員を教育している。 2.利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 3.利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 4.相談したり意見を述べたりしやすいようなスペースを設けるなどの配慮をしている。							A チェック率 100% (104/104)				
			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。	1.苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。 2.苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 3.苦情の検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 4.苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決方法、結果等を公表している。									A チェック率 100% (64/64)	・個人ごとのケースファイルを整備している。 ・係会議や引継ぎ等で周知を図っている。 ・送迎実績について記録の書き方を係内で統一し、実施している。	
		③利用者・家 族からの意見 等に対して迅 速に対応して いる。	1.意見や提案を受けた際の記録の方法や幹部職員及び役員への報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 2.マニュアルには、利用者やその家族の希望や意見についても記録し、必ず幹部職員に報告する手順が文書で規定されている。 3.対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者やその家族には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 4.対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 5.苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	A チェック率 100% (64/64)											
		2 サービスの 質の確保	(1) 質の向上に 向けた取り 組みが組織 的に行われ ている。				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。 1.定められた評価基準に基づいて、年に1回以上、自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 2.評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 3.評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。 ②評価の結果 に基づき、組 織として取 組むべき課 題を明確に し、改善策 を実施して いる。 1.職員の参画により評価結果の分析を行っている。 2.分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。 3.職員間で課題の共有化が図られている。 4.評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 5.改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	A チェック率 100% (72/72)							・法人のHPと各施設毎のHPが開設されている。 ・市町村社協や、近隣相談支援事業所等にパンフレットを設置している。  ・要望を受け、日程調整の上極力対応しているが、繁忙期等は日程調整が難しい場合もある。  ・説明後、必ず契約書・重要事項説明書・同意書に記名・押印頂いている。  ・ルビをふる等の配慮をしている。
		(2) サービス実 施の記録が 適切に行わ れている。	①利用者に関 するサービス 実施の記録 が適切に行 われ ②利用者に関 する記録の 管理体制が 確立して いる。 1.記録管理の責任者が設置されている。 2.利用者の記録の保管・保存、廃棄に関する規程等を定めている。 3.利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 4.記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 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。 1.組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 2.パソコンのネットワークシステムを利用して、施設内で情報を共有する仕組みを作っている。				A チェック率 100% (72/72)								
		3 サービスの 開始・継続	(1) サービス提 供の開始が 適切に行わ れている。							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。 1.インターネット上に、組織を紹介したホームページを作成し公開している。 2.理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。 3.組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等により、誰にでもわかるような内容にしている。 4.見学等の希望に対応している。 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。 1.サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。 2.説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば、地域福祉権利擁護事業の活用）を行っている。 3.サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。 4.利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。 5.重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。					

IV 福祉サービスの 内容	1 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	①コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	1.意思伝達に制限のある人の場合、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。 2.意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む。)	A チェック率 100% (48/48)	<ul style="list-style-type: none"> <li>検討を基に、絵カードやゼスチャー等での意思伝達を試みる等、試行錯誤で支援をしている。</li> <li>筆談やジェスチャーの中から意向をくみ取り、ケース会議の中で支援方法の共有をしている。</li> </ul>				
			②利用者の主体的な活動を尊重している。	1.利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。 2.利用者一人ひとりの個性を尊重し、個別的な要求に適切にこたえている。						
			③利用者の自力で行う行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	1.利用者が自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。 2.自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならぬ場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者(及び必要に応じて家族等)と十分な話し合いが行われている。						
		(2) 環境の整備	①利用者が快適に過ごすためのハード面の整備がなされている。	1.部屋は清潔が保たれ、利用者がくつろげる作りになっている。 2.利用者の嗜好や希望を満たす私物の所有を認め、それを保管するスペースを確保している。			A チェック率 100% (16/16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自主性を重んじ過干渉にならないように確認している。</li> <li>契約時に、ご家族に生活状況確認表を記入頂き、併せて聴き取りも行うことであらかじめ判断基準を明確にしている。</li> <li>利用ごとに清掃している。</li> <li>利用の都度、必ず個別の居室を確保している。</li> </ul>		
			②入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	1.安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルが用意されている。 2.男女別々に入浴できるようになっている。 3.入浴介助の際、同性介助が守られている。					A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前に情報を収集し、個人に応じた食事を提供している。</li> <li>声がかけて出て頂いている。</li> <li>給食委員会が設置され、随時話し合いがされている。</li> </ul>
			③浴室・脱衣場等の環境は適切である。	1.浴室・脱衣場の設備や入浴器具等の設置等については、検討会議を持っている。 2.脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。 3.浴室や脱衣場は、入浴の際に裸体を他人(介助者は除く)に見せないよう、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫が行われている。						
	(2) 入浴	①入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	1.設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。	A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期入所・日中一時支援マニュアルに明示されている。</li> <li>短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されており、赴任時に事業計画と共に配布している。</li> <li>利用の都度、個別の対応を取っている。</li> <li>シャワー室が整備されているため、そちらでの対応が可能である。</li> </ul>					
		②トイレは、清潔で快適である。	1.身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。 2.プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。 3.換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 4.清掃は、毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 5.採光・照明等は適切である。 6.暖房設備がある。			A チェック率 100% (56/56)	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期入所・日中一時支援マニュアルに明示されている。</li> <li>短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されており、赴任時に事業計画と共に配布している。</li> <li>施設の構造上、男女共同のトイレも存在するが、男女別のトイレの案内掲示等を行い、お客様が分かり易いように配慮をしている。</li> <li>福祉用具関係の業者に相談し、福祉施設用の消臭用品を使用する等対策を実施している。</li> <li>入所時清掃と退所後清掃で内容に違いはあるが、毎日清掃は行っている。</li> <li>マニュアルに則り実施している。</li> <li>各居室や職員室等にはボイラーによる暖房設備やエアコンが設置してある。</li> </ul>			
	(3) 排泄	①衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	1.利用者が着替えを希望した場合、特別な場合(強いこだわり等)を除き、その意思を尊重している。 2.介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。 3.汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が用意されている。	A チェック率 100% (24/24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>考えられるリスクを考慮して上で可能なケースについては対応する。</li> <li>基本としてご持参いただいたものにて着替え対応している。</li> </ul>					
		(4) 衣服	①健康管理は適切である。			1.利用者の健康上の留意点などを確認できる書面が整備されている。 2.体調不良時等、家族との連絡調整が適切に行われている。	A チェック率 100% (80/80)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活状況確認表において確認出来る体制となっている。</li> <li>必要に応じ電話にて連絡調整を行っている。</li> <li>緊急的な退所も含めて連絡調整を行っている。</li> <li>黒川病院が協力医療機関となっている。</li> <li>医療実施者との密なコンタクトは、現実として難しいため、毎年3月から4月の依頼時にその年の事務担当者の方へ当施設の概要を丁寧に説明し協力を依頼している。</li> <li>利用の都度、薬に関する情報提供を受けている。</li> <li>契約時及び変更時に確認をしている。</li> <li>誤与薬防止マニュアルにおいて、管理方法が明示されている。</li> <li>誤与薬防止マニュアルが整備されている。</li> <li>短期入所、日中一時支援マニュアルに記載されている。</li> <li>生活状況報告書に随時記録している。</li> <li>薬受渡確認票に記録している。</li> </ul>		
	(5) 健康管理		②必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	1.健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。 2.緊急時の医療機関への運搬の手順などを職員全員が把握するよう、マニュアルに記載している。 3.地域内に協力的な医療機関(診療所又は病院、概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院)を確保している。 4.確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	A チェック率 100% (8/8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>個々人の要望に応じた対応となっている。</li> <li>支援者により提供する支援に好みは出やすいが、利用者主体の視点で柔軟に対応できている。</li> </ul>				
		(6) 余暇	③内服薬・外用薬等の扱いは、確実に行われている。	1.担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、利用者および必要に応じて家族等に確認し、適切な情報を得ている。 2.一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理(保管から服用・使用確認に至るまで)について、マニュアルが用意されている。 3.薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。 4.内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。						
(6) 余暇	①余暇は、利用者の希望に沿って支援している。		1.各個人の状況等を考慮し、余暇の過ごし方を強制していない。	A チェック率 100% (8/8)						

外部評価委員コメント

1-1 利用状況について

第3四半期利用状況報告について、短期入所の利用も増えてきている。日中一時支援事業において、他のサービス利用が難しい方や、拘り・多動傾向のある方の受け入れとあったが、そういった点にこそ公的施設の必要性があると感じる。今後も少ないニーズにも対応していただきたい。

1-2 利用状況について

目標値について、できれば達成したい目標なのか、それとも成し遂げたい目標値なのか。

1-3 利用状況について

短期入所・日中一時の受け入れにあたり、例えばどこからが2対1等の区分けとするのが難しいと思うが、受け入れを増やす為には、マンツーマン支援でなくても良いのではないか。

是正・改善計画等

1-1 利用状況について

引き続き努めていきます。

1-2 利用状況について

短期入所については県の指定管理を受けていることもあり、成し遂げたい達成値であります。日中一時については、自主事業であり、ショートステイに繋げる役割を担っているものの、短期入所に比べ目標達成の力具合は落ちます。但し、今年度についても5件ほどの新規の契約があり、必要性を感じています。

1-3 利用状況について

おっしゃる通りで、ケースバイケースで職員の把握体制を変えるには基準が曖昧であり、公平性の面からも基本的にはマンツーマン支援であります。