

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日：平成23年1月17日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人相和福祉会 (施設名) ひらめき2%	種別:(施設種別)生活介護、自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 加藤 守倫	定員(利用人数):30名
所在地:〒470-2212 愛知県知多郡阿久比町大字卯坂字秋葉山37-5	TEL:0569-48-9902

③総評

◇特に評価の高い点

ISO9001の認証を取得しており、エンパワメントの理念を容れた利用者本位の支援を実現する仕組みを構築している。

自立支援法の精神に沿って、利用者の経済的な自立の一助にと、自主製品の新規開発や販路拡大にも積極的に取り組んでいる。知名度が上がってきた「うどん」は設備の整った食品工場然とした環境下で製造されていたが、新商品の「かりんとう」は、狭いキッチンで作られていた。売り上げを伸ばすことで存在価値が認められ、広い作業場が確保されることを期待したい。

管理者は事業計画の中で、「良質な福祉サービス実現の検証のために、(中略)第三者評価を受審する」との強い決意を表明しており、昨年に引き続き2年連続の受審となった。前回の受審で検出された課題を重く受け止め、今年度の事業計画(品質目標)に地域交流関連施策4点を盛り込み、隣接の入所施設に頼らない事業所独自の取り組みを強化した。特に弱かった「地域貢献(機能の地域還元)」では、地域住民や保護者を対象とした研修会を開催するなど、新たな取り組みに積極性を見せている。

地域の福祉ニーズを積極的に事業展開して、サービスを提供しようとの思いが強く感じられる。福祉ニーズの把握は、行政、業界団体、圏域の自立支援協議会、エリアの養護学校等、関係機関と密に情報交換することから得られている。これに加えて、地域の農・商・工が連携した会議へも顔を出し、異業種との交流機会を作り、事業所運営に必要な情報を取り込んでいる。これらの取り組みから、新たなサービス(児童デイサービス事業)が検討され、近々の事業開始の予定へとつながった。

◇改善を求められる点

昨年の受審で⑥判定であった項目の多くを事業計画(品質目標)に取り上げ、重点的に取り組んだ。その一つに実習生の受入れがあり、隣接の入所施設に頼らない事業所単独での受け入れの可能性を模索したが、現時点では実績につながっていない。さらなる取り組みの継続をお願いしたい。

教育・研修は法人の計画に従って実施されており、実施後には報告書(レポート)も提出されていた。管理者による評価(感想)も記載されていたが、教育効果を検証して次回の計画に反映させる取り組みには進んでいなかった。

利用者の服薬管理に関し、誤薬事故は起きていないが、職員間の情報伝達の問題が報告されている。改善のために管理システムの変更が予定されており、その後の推移を注視したい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

継続して受審することで1年間実施してきたサービス等の評価、見直しの機会となっている。昨年度指摘いただいた点を重点項目として改善してきた。その点を評価いただけることは職員の励みとなっている。

また、昨年度は受審を意識して準備等を進めてきたが、今年度は特別な準備等をする事無く受審をするに至った。これは第三者評価の各評価項目をサービスの基本的指針として当たり前を意識し、求められているものを可能なものから実施するようになってきた成果と考える。

今後も継続していくことでよいサービスを実現していきたい。

⑤ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。	障 1	Ⓐ ・ 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。	障 2	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や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。	障 3	Ⓐ ・ 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。	障 4	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人全体でISO9001の認証取得・継続に取り組み、「品質方針」、「品質目標」を定めて、エンパワメントの理念に則った利用者本位の支援を目指している。

全ての職員が、「基本理念」を記載したカードを携行しており、職員への周知の取り組みは十分である。知的な障害を持つ利用者のために、基本理念や品質方針には振り仮名をつけて対処し、少しでも理解が深まるように配慮している。保護者懇親会においても関連資料を配布するなど、可能な限りの取り組みが見られる。

I-2 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。	障 5	Ⓐ ・ 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。	障 6	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 7	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

法人の中・長期計画とは別に、その原案ともいべき事業所の中・長期計画が管理者によって策定されていた。法人の計画には、児童部門の拡充や、(旧法)通所授産施設の定員増員等が盛り込まれており、当該事業所についても定員増が課題としてあがっている。単年度の事業計画は、「品質マネジメント計画書」によって詳細に示されており、施策ごとにスケジュールや責任者(担当者)が明記してあった。

職員全てが品質目標に関与する、とのISOの取り決めもあり、品質マネジメント計画も詳細に作成されていることから、職員への周知は十分である。保護者懇親会や連絡帳等によって利用者等への周知を図っているが、十分な効果は確認できない。

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。	障 10	Ⓐ ・ 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。	障 11	Ⓐ ・ b ・ c
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。	障 12	Ⓐ ・ 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。	障 13	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者は、ISOの取り組みにおいても内部監査委員長の要職にあり、関連法令だけでなく、法人が構築したシステムそのものの番人である。全職員が規程集を持っており、職務規程や職能要件書、力量基準書によって、管理者はじめ役職者等の責任と権限の所在が明確となっている。

管理者は事業計画の中で、「良質な福祉サービス実現の検証のために、(中略)第三者評価を受審する」との強い決意を表明しており、昨年に引き続き2年連続の受審となった。

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。	障 14	Ⓐ ・ b ・ 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。	障 15	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

地域圏域の「自立支援協議会」への参加にとどまらず、地域の農・商・工が連携した会議にも参加し、異業種との交流機会を作り、事業所運営に必要な情報を取り込んでいる。利用者の経済的自立を支援するために、自社商品の開発に重点を置いており、施設・設備等の新設や改修計画も進んでいる。

ISO9001認証継続の審査を受け、また公認会計士からは人件費に関連する指標を示されたり、不足人員対策等への助言もある。事業の透明性は極めて高い。

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。	障 17	Ⓐ ・ 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。	障 18	Ⓐ ・ b ・ c

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。	障 19	㉠ ・ 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。	障 20	㉠ ・ b ・ c
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。	障 21	㉠ ・ 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。	障 22	㉠ ・ 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。	障 23	a ・ ㉠ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 実習生の受け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。	障 24	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

キャリアパスの制度が導入されており、成績考課をも含んだ人事考課の制度も有効に運用されている。年間2回の個別面談を行い、職員の意見や要望を取り入れた運営を目指している。障害者施設に限らず、老人介護施設等も含めた福祉施設全般に言えることではあるが、一般職員が必要な有給休暇を自由に取得することは、かなり難しい状況である。しかし、当該事業所においては、職員平均の有給休暇消化率が30%を超えており、年間10日間のリフレッシュ休暇の制度もある。計画に沿って実施された研修の記録(報告書)に評価が記入してあるが、次回へ反映させる取り組みにはなっていなかった。今年度、品質目標に取り上げて臨んだ「実習生の受入れ」であるが、実績を挙げるに至っていない。

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。	障 25	㉠ ・ 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。	障 26	㉠ ・ b ・ 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。	障 27	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

月曜から金曜日まで非常勤の看護師が勤務し、利用者の健康管理や軽微な事故、疾病に対処できる体制を取っている。職員全員が救急救命の研修を受けており、利用者の安全・安心の環境を提供するためのマニュアル類も備え付けている。避難訓練のマニュアルでは、昼間用と夜間用とに別記されており、対応のこまやかさも見て取れる。起きてしまった事故等に対しては、「是正措置」が講じられて再発防止が図られ、事故のリスクが予期される場合には、「予防措置」を講じて事故の未然防止につなげている。

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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	㉠ ・ b ・ 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。	障 30	㉠ ・ b ・ c

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。	障 31	① ・ 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。	障 32	① ・ b ・ c
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。	障 33	① ・ 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。	障 34	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

前回の第三者評価で検出された課題を重く受け止め、今年度の事業計画(品質目標)に地域交流関連施策4点を盛り込んでいる。隣接の入所施設に頼らない事業所独自の取り組みを強化した。
 事業所主催のイベント(納涼まつり)への地域住民の参加促進を打ち出し、特に弱かった「地域貢献(機能の地域還元)」では、地域住民や保護者を対象とした研修会を開催するなど、新たな取り組みに積極的である。
 行政、圏域の自立支援協議会、エリアの養護学校等、関係機関と密に情報交換することで地域の福祉ニーズを把握している。これを受けて、新たなサービス(児童デイサービス事業)の開始を予定している。

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。	障 35	① ・ 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。	障 36	① ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	① ・ b ・ c
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。	障 38	① ・ 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。	障 39	① ・ b ・ 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。	障 40	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ISO9001自体が「利用者満足」の追求の取り組みであり、認証取得～認証継続を通して利用者本位の仕組みを構築し、その実践として日常の支援を行っている。
 利用者が自由に意見を出せるよう、相談の受付を担当職員(担任)に限定せず、利用者が相談員を選択できるような仕組みとしている。自治会から要望が出て、「トイレのカーテン」や「複数の新聞の事業所費用負担購読」が実現した。
 苦情に関しては、1件毎に「苦情解決結果報告書」を作成して対処しており、申し立て者に対してのフィードバックも適切に実施されたことが確認できた。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。	障 41	㉠ ・ 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。	障 42	㉠ ・ b ・ c
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。	障 43	㉠ ・ 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。	障 44	㉠ ・ b ・ c
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。	障 45	㉠ ・ 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。	障 46	㉠ ・ 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。	障 47	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

内部監査制度が有効に機能しており、事業所のサービスは定期的に評価されている。加えて、第三者評価の受審によってもサービスの質の向上を検証しようとしており、課題の抽出も適切である。

サービス提供に必要な手順や基準については、ISOの仕組みとしてマニュアル化されており、見直しの仕組みもある。その方法は品質マネジメントシステムで構築されており、評価・見直しの仕組みも組み込んである。

サービス実施の記録はパソコンで作成され、職員の情報共有につなげている。記録の作成及びその管理は、ともに「文書・記録規定」の定めに従って運用されており適切であった。

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。	障 48	㉠ ・ 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。	障 49	㉠ ・ b ・ c
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	施設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。	障 50	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページやパンフレットで事業内容を伝えている。パンフレットは町役場にも配布しており、バザー開催時には自主製品販売コーナーでも配布している。見学希望にも柔軟に対応し、体験利用も可能である。

重要事項説明書は分かりやすく概要をまとめ、さらに振り仮名をつけて読みやすい配慮をしている。

家庭や他施設への移行後も、必要と思われる支援を継続することとしており、利用者からの相談方法や受付窓口(担当者)が明記された文書を手渡している。

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。	障 51	㉠ ・ b ・ c
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。	障 52	㉠ ・ 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。	障 53	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画書の作成の都度アセスメントを実施して、利用者の最新の状態や意向が計画に反映されるように配慮している。6ヶ月毎に計画の評価・見直しを行い、1年毎に計画を作り替え(変更)している。事業によっては、あるいは条件や状態が変わった場合など、3ヶ月を単位として見直しを行うこともある。この評価・見直しの前には、必ず三者面談を実施して、利用者と保護者の意見・要望を聴取している。

地域移行は、法人が運営する入所施設、ケアホーム、グループホーム等への移行が主であり、今年度は2名が入所施設に移った。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-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。	障 55	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、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。	障 62	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	非該当
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

自治会の意見集約や保護者のアンケート調査を実施し、利用者主体の支援を実践している。エンパワメントの理念に沿って、おやつ作りの調理実習、洗濯や整理、買物や交通機関の利用訓練等、利用者毎に必要な訓練を用意している。

毎年実施される嗜好調査の結果は、昼食の献立に反映されており、利用者からも評価が高い。失禁時対応としてシャワー設備が有効に使用されている。入所施設ではないために入浴設備はないが、必要な場合は隣接の入所施設の設備を借りている。

誤薬事故は起きていないが、職員間に薬の情報が円滑に伝達されなかった例があったことから、管理の仕組みの変更を予定している。職員配置の問題もあって、利用者の思いに沿った外出支援はできていない。