

〔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： 株式会社シンクアクト (認証番号: 23地福第61-1号)
訪問調査 実施日： 平成26年1月22日(水)

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) パスピ・98	種別: 施設入所支援 生活介護 (基準の種類) 障害者福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 松原 加江	定員(利用人数): 80名
所在地:〒 470-2212 愛知県知多郡阿久比町卯坂秋葉山37-5	TEL 0569-48-9098

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・福祉サービス第三者評価やISOなど外部評価を積極的に受審し、施設の現状を客観的な視点から把握し、今後の活動に活用している。第三者評価の際には職員ひとりひとりが自己評価を行うことで、自分の考えや提供するサービスを振り返る機会を与えている。その結果を利用者にとっては「安心して生活できる環境の提供を」、また職員に対しては「やりがいのある仕事に取り組める環境づくり」に役立っている点は評価できる。</li><li>・ISO9001品質マネジメント基準の実践により、「運営の手引き」の整備が非常に詳細に策定されており、業務に困ったときや悩んだ時には、確認すべきものがあることは、職員にとっても業務における不安を減少させ安心して業務に取り組むことができるなどその意義は大きい。またこの手引きが職員教育や業務の見直しに活用している点はとても評価できる。</li><li>・帰省、レクリエーション活動、内職、外出など利用者の希望を聞いて、希望に沿った活動ができるよう利用者の主体性を尊重した支援を職員が実践している。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・上下2冊からなる「運営の手引き」は業務マニュアル的側面にも活用できる反面、各規程の改訂時期にバラつきがあることから定期的な改訂時期を定めるなどの取り組みに期待したい。</li><li>・職員調査から、業務やサービスレベルの質の向上を目指す施設管理職レベルに、対応に苦慮している現場スタッフが一部いるため、職員への声かけなどコミュニケーション頻度を増やすことなどの工夫で、職員全体の意識をたかめることに期待したい。</li></ul>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>ご利用者様への事前聞き取り調査、職員へのアンケート、当日の訪問調査の結果を受けて、今後は改善を求められる点については検討、改善し、ご利用者様、ご家族様、職員のすべての人にとって充実した日々が送られるよう、より良い施設サービスの提供を目指していきます。</p>
--

⑤評価項目(細目)の第三者評価結果(別添)

# 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

法人理念に始まり基本理念、品質方針へと具体的行動基準が分かりやすく示されている。特に品質基準ISO9001も取得していることから、法人・施設運営の質を高める視点が品質方針の具体的行動として表現されている。そしてそれら取組みの職員への周知に関しては、事務室や各ステーションへの掲示、理念カードの携帯など周知に向けた工夫がなされている。利用者への周知についても、朝礼時に唱和を行うこと、さらには作業場等への掲示もされており、掲示の記載についても「ふりがな」を振るなど利用者にも理解を深めてもらおうという意識の高さが確認できた。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

3か年中長期経営計画が策定され、年度毎の具体的計画も単年度事業計画に明確に策定されている。計画内容については、数値目標までの定量的なものではないものの、品質マネジメント計画により具体的定性的な内容になっている。職員も具体的な計画はイメージしやすいとの評価も得ている。また事業計画の策定については、計画に対する中間評価や計画期間終了時点での評価を行うとともに、職員の計画づくりへの関与については、衛生委員会などを通じて意見を述べる機会もあり、多くの職員が参加できる仕組みが構築されている。そして職員への周知については毎年度初めに内部研修を実施、利用者・家族へは保護者説明会や朝礼を通して説明を行っている。ただパート職員への周知が遅れ気味になることがあるようなので、今後の課題として全職員への周知のタイミングや方法を検討することが望まれる。

### 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

施設長、サービス管理責任者を中心に管理者が果たすべき役割や責任感についての意識は高く、その行うべき具体的事項についても組織職務規程に明記されている。各フロアの管理はフロアマネージャーが、現場における業務の効率化や改善に取り組んでいる。また改善事項が発生した際には衛生委員会や班長会などで報告される仕組みがあり、施設全体での情報共有の体制も整っている。このような積極的かつ前向きな現場管理の取り組みを行っているが、施設長とのヒアリングからは、「現状に満足することなく各管理者がさらに管理能力を磨いていく取り組みを実施したい」との意向も確認でき、今後の管理者のリーダーシップには期待が持てる。

### 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

当施設は、定期的な外部チェックによって現状把握を行っている。年に一度の監事監査を始め、ISO審査、福祉サービス第三者評価、加えて毎月一回、税理士による経営診断、経営相談によって経営環境を客観視できる仕組みを整えている。施設の主体的な取り組みとして、人件費率や利用率など数字的な視点からも経営要因を分析し、その内容を班長会で周知することも行われている。外部からの情報収集も積極的であり、地域の複数の関係機関の会議への出席などを通じて経営を取り巻く状況を確認している。

#### 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

人事の管理体制については組織職務規程によって規定されている。将来的な人材の育成については、キャリアパス制度の導入も活用し、新入職員、中堅職員、管理職など階層別研修計画が考えられ、職員の力量、能力を考慮したカリキュラムを作成し、制度の変更や個人の成長に応じた見直しも行われている。次の取り組み目標としては、「個別の教育カリキュラムの作成が課題である」と自覚しており、今後の取り組みに期待したい。人材育成の中でも、特に力を入れているのが「新人職員研修」である。入職間もない人材を教育面でサポートしている。離職率が高いといわれる福祉業界の中で、このような取り組みを率先して取り組んでいることは注目したい。また職員の仕事への評価も人事考課が機能している。成績評価基準も策定され、職員には「人事考課の目的」を伝えることで、職員の評価への理解を得やすくしている。現在新たな評価基準の作成を法人全体で取り組んでいることも評価できる。

## 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

緊急時に対する訓練として「人形を使用した救急救命」の訓練など工夫が見られる。この訓練の特徴は職員への事前周知はなく、抜き打ちで実施されている。この訓練による効果は、緊急時の職員の行動力・対応力がアップするなど、相当の効果・成果があると施設側も評価している。日々の安全対策としては、事前の安全管理としてのヒヤリハットの活用も確認できた。緊急災害時における管理体制についても各種防災訓練や報告体制の手引きが規定され、万が一の緊急時への備えを行っている。

## 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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	障 28	① ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

地域との連携や地域への貢献を積極的に広げていくための取り組みは、ボランティアの受け入れや地域住民との関わり、近隣の福祉施設への行事参加などの実績を確認できた。特にボランティアの受け入れにおいても積極的であり、「年間400人以上の受け入れ」実績もあり、ボランティア人数に加え、利用者へのサービスの質の向上につながる受け入れを目指している。地域の福祉系大学である日本福祉大学のボランティアサークルとの連携強化も行っている。施設側からの地域への働きかけとしては、まだ実績は多くないが施設独自のサービスとして「相談事業」を実施しや、施設長が阿久比町への行政協力にも積極的に関与している。そしてそれら事業の中から地域の福祉ニーズを把握しており、今後の地域への積極的な取り組み事例としても注目したい。

## 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者支援の基本方針が明確にされ、中でも運営マニュアルにあたる「運営の手引き」に「利用者への接し方」を明示するなど、その周知や実際の取組に向けて、3か月に一回の研修などを通じ職員間で確認している。利用者の満足向上に向けては、トイレや入浴時のプライバシーへの配慮を現場で実践、また利用者や家族に対する面談や第三者評価の利用者満足度調査など複数の満足度調査を行い、利用者・家族の意向を汲み取るようにしている。調査結果に対するフィードバックや利用者からの苦情については、受付から報告への流れが「苦情解決規程」に記載され、その内容に対応した適切なフィードバックが行われている。

### 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

サービスの質の向上に対する取り組みに関しては、PDCA(計画、実践、モニタリング、改善)サイクルを意識することにより、現状に満足するという意識ではなく、いかにサービスの質を上げ利用者の満足をより高められるかを意識している。そのサービスの質の現状を把握する一つ的手段として利用者満足度調査を実施し、利用者の意見を汲み上げる活動も行っている。また平成20年度より福祉サービス第三者評価を受審(24年度を除く)しており、その中で自己評価を職員が実施することで、自分のサービスを見直すキッカケになっている。第三者評価の結果を受けて、次年度の事業計画(品質目標)には、その改善項目を計画立案に反映させ、またその内容を研修等を通じて職員への周知を図っている。

### 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	事業所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

施設からの情報発信の取り組みは、機関誌、ホームページ、パンフレットの作成を行っている。その中でより多くの人が施設に興味をもってもらえるように写真を多く掲載するなどの工夫をしている。他にも「地域バザー」など施設が行う外部活動時にもパンフレットの配布を行い、施設での取り組み状況を発信するようにしている。今後の課題としては、細かな情報発信としてホームページの更新回数や機関誌の発行回数などを増やすなど、常に新しい情報を提供していくという意識で情報提供に取り組まれることに期待したい。

### 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

アセスメントから個別支援計画、支援会議開催に至るまで手順が定められている。支援計画の見直しに当たっては利用者ニーズを第一に考え、施設長、サービス管理責任者、看護師、支援員、栄養士が連携して、支援内容について協議し、その内容を保護者へ確認するという体制もしっかりと確立している。そして決定した支援内容については、班長会議、班会などを通じて関係する職員に周知されている。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
	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	Ⓐ ・ b ・ c
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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c
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

利用者を尊重したサービス提供については、作業場における対応、食事への配慮など、職員の利用者に対する支援行動から利用者ひとりひとりの特徴を理解した上での対応を職員が実践している。利用者が求めていることは何かを職員ひとりひとりが意識し、利用者の一人一人の考えていることや特徴を把握したケアを実践していることは、声かけなど利用者との個別コミュニケーション方法の違いを通じて確認することができた。今後の課題としては、各職員が利用者の主体性を引き出すコミュニケーション力を磨いていくこと挙げている。項目74の薬の管理については、過去に投薬ミスがあり、投薬の管理体制などについて現在、チェック機能の充実を図るなどの体制強化に取り組んでいる。