

障害福祉施設 評価結果表

(よりよいサービスの質の向上を目指して)

第三者評価は、現時点でのサービスの提供過程の中で、改善点があるのかどうか積極的に見出し、質の向上へむけてステップアップしていくためのきっかけです。
評価結果のみにこだわることなく、
評価内容を第三者評価の本来の目的である
サービスの質の向上・利用者様への情報提供として活用して
いただける事を期待します。

評価記入日	<u>平成 24年 1月 15日</u>	
施設名	<u>わくわくワーク大塚</u>	
評価機関名	<u>株式会社 中部評価センター</u>	
評価者氏名	加藤 守倫	
評価者氏名	<u>今村 雄一</u>	
連絡先電話番号	FAX番号	
<u>052-623-7401</u>	<u>052-623-7400</u>	

〔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12月12日(月)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くすの木福祉事業会 (施設名)わくわくワーク大塚	種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)壁谷 孝重	定員(利用人数):40名
在 地:〒443-0013 愛知県蒲郡市大塚町後広畑25番地の2	TEL 0533-59-7728

③総評

◇特に評価の高い点

利用者の働く場としての環境がしっかりと整えられていた。各作業場では、材料や製品だけでなく使用する道具に至るまで、しっかりと整理整頓がされていたり、従来の作業に拘ることなく利用者の工賃アップのため、しいたけの栽培・販売など、新たな事業にも積極的に挑戦している。今後も食品の製造など、さらに力を入れていくとのことであり、今後の展開を期待したい。

また、作業面にばかりに特化するのではなく、生活介護事業として最重度の利用者に対しては運動の機会を設けるなど、作業以外の活動も積極的に取り入れ実践されている。

福祉ニーズの把握については、自立支援協議会に参加し、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地域の福祉ニーズを積極的に把握し、日中一時支援サービスを提供している。

また、蒲郡市と法人間で福祉避難所として契約しており、施設の機能を地域に還元する取り組みがなされている。

◇改善を求められる点

管理者、サービス管理責任者との話の中にもあったように、業務内容等について文書化されず曖昧になっている箇所がみられた。勤続年数が長い職員が多いため、ある程度は現状のシステムで対応可能ではあるが、様々な問題が発生することが予想される。管理者をはじめそれぞれの役職に応じた役割分担やそれに応じた責任については、口頭にて周知しているとのことだが、今後必要最低限の項目については文書化し、職員全員の意識統一を図ることが期待される。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

自己評価より高く評価していただいた項目が多くあり、常日頃行っている支援について自信を持つことができました。

その上で、指摘された改善点、特に多様化するサービスの文書化については、着実にすすめていかなければならないと感じました。

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

		自己評価	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	a (a) ・ 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 (a) ・ 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 (a) ・ 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 a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

理念や基本方針については、事業計画に明記されており明文化されている。
職員への周知については、非常勤職員を含む全職員へ事業計画を配布し周知されている。利用者等への周知についても同様に事業計画を配布しているものの、利用者への周知についてはさらなる取り組みが求められる。

I-2 計画の策定

		自己評価	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 (a) ・ 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 a ・ (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	a (a) ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	b a ・ (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	b a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

中・長期計画として、「わくわくワーク大塚将来事業計画」が策定されていた。収支状況は別紙にて確認することができた。
事業計画については、全職員が集まり議論の末、作成されている。地域移行の項目など一部、中・長期計画との整合性がとれていない部分がみられたため、改善が求められる。また、事業計画の利用者等への周知についても、理念や基本方針と同様にさらなる取り組みが求められる。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		自己評価	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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	a ・ ② ・ c

評価機関のコメント

最終的な責任は管理者が持つということを伝えたくて、現場のことはサービス管理責任者に任せているなど、職員が安心して働く環境と業務上の区分けができています。しかし、文書化されていないために曖昧な部分もみうけられる。今後は必要最低限の項目については、文書化して責任の所在や役割を明確にしていくことが求められる。質の向上では、福祉サービスについての自己評価を行っているが、課題の抽出・共有にとどまっているため、さらに改善できるよう取り組むことが求められる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		自己評価	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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	c	a ・ b ・ ③

評価機関のコメント

事業をとりまく情報について、行政説明が実施される研修会にはできる限り職員を参加させ、研修内容については職員会議等にて周知されている。研修以外にも、様々な媒体を活用して情報収集に努めている。経営状況についてもしっかりと把握されており、課題認識も十分されている。現在、外部監査を実施していないとのことであるが、今後は現状把握している経営状況の課題を改善すべく、外部監査等の導入を検討している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		自己評価	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	a ・ ② ・ 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	a	a ・ ② ・ 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 (a) ・ 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 a ・ (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 a ・ (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 a ・ (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	b a ・ (b) ・ 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	b (a) ・ b ・ c

評価機関のコメント

人事考課について、人事考課表を基に実施されているが、職員の能力やモチベーションアップの向上という観点や透明性の確保という面において、結果を職員へフィードバックするなどさらなる活用が期待される。

職員の就業状況の意向については、利用者のケース記録システムの改善を行うなど積極的に取り組まれている。サービス管理責任者などが職員からの相談を幅広く受けており、その都度、話を聴き解決していることから、職員の離職率が低く、安定した雇用関係が構築されている。

職員の研修については、サービス管理責任者の資格取得など計画的に研修を実施されているほか、一部の職員から積極的に研修等参加の申し出(他施設の見学等を含む)があり、要望に応じて実現されている。施設主体ではなく、本人主体で研修の計画が立案されている面がうかがえた。実習生の受け入れについては、社会福祉士などプログラムを作成して受け入れを行っていることが確認できた。

II-3 安全管理

		自己評価	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 (a) ・ 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 (a) ・ 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 a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

災害時の対応として、利用者一人ひとりに緊急個人カードが作成され、災害時の連絡先等について普段より保護者と連携が図られている。また、3日分の食料の備蓄があり、蒲郡市と契約を交わし福祉避難所としての機能も兼ね備えており十分な取組がなされている。

利用者の安全確保については、非常勤職員を含め全員が記入・閲覧できる申し送りノートを活用して、その都度、対応可能となっている。

II-4 地域との交流と連携

		自己評価	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	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	b a ・ (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 (a) ・ 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 a ・ (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	a ・ ⑥ ・ 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	④ ・ 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	b	a ・ ⑥ ・ 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	a	④ ・ b ・ c

評価機関のコメント

地域との交流について、施設外では近隣の児童館へ清掃奉仕やバザーに出向き、施設内では福祉祭りや盆踊りを開催したり、様々な場面でボランティアを受け入れており、施設内外で地域との関わりが確認できた。今後は、さらに施設のインフラを地域へ開放していきたいという思いがうかがえた。また、福祉避難所としての機能を有し、さらに地域防災を取りかかりとして地域住民への福祉理解を深めていく方向性も確認できた。

関係機関との連携については、自立支援協議会をはじめとし、あらゆる関係機関と連携が図られている。地域住民からの福祉ニーズについて、風評のみでダイレクトな調査は行われておらず、この点についてはさらなる取り組みが求められる。

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

	自己評価	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 ④ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a a ・ ⑥ ・ 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 ④ ・ 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 a ・ ⑥ ・ 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 a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

虐待防止についての研修を実施し、プライバシー保護に関する文書を職員、保護者に配布するなど、利用者尊重に関する取り組みを確認をした。

利用者満足の向上を意図した取り組みについては、嗜好調査や個別支援計画の中間評価の際に聞き取りを実施している。しかし、このプロセスを各支援員に委ねることで、保護者が意見を表明しづらい面もあり、時には出された要望に対して担任支援員の判断に時間を要してしまう場合も考えられる。苦情に留まらず、要望、相談等について、組織として調査、分析とそれに基づいた改善を行う仕組みを整えることが望ましい。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		自己評価	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 a ・ ⑥ ・ 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	c a ・ ⑥ ・ 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 a ・ ⑥ ・ 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 a ・ ⑥ ・ 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	a ① ・ 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 ① ・ 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	a ① ・ b ・ c

評価機関のコメント

サービスに関する標準的な実施方法について、施設の運営方針に合わせ、最低限確認しておかなければならないことや留意する点等を中心に文書化されていることを確認した。
利用者個人の記録については、施設独自のシステムを開発するなど企業努力がうかがえる。また、非常勤職員に至るまで必要な情報を共有をするため、報告書や朝礼議事録を適切に活用している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		自己評価	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 a ・ ⑥ ・ 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	a ① ・ 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 ① ・ b ・ c

評価機関のコメント

施設についての情報をホームページ、パンフレット等を通し、利用希望者に対して広く公開されている。他施設への移行について、継続性に配慮するため、サービス管理責任者を窓口としている。入所施設に移行した利用者に対して、利用者本人が慣れるまでの間、元の環境で過ごしていただくなど、利用者に配慮した取り組みを実施していることを確認した。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		自己評価	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 a ・ ⑥ ・ 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	a ① ・ 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	a ① ・ 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 ① ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメント及び支援計画の作成、モニタリング、評価、変更等が適切に実施され、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た。この評価・見直しの前には面談を実施して、利用者と保護者の意見・要望を聴取していた。地域生活への移行については、法人全体で積極的な取り組みがなされ、バックアップ施設となっているだけでなく、地域移行を見している。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

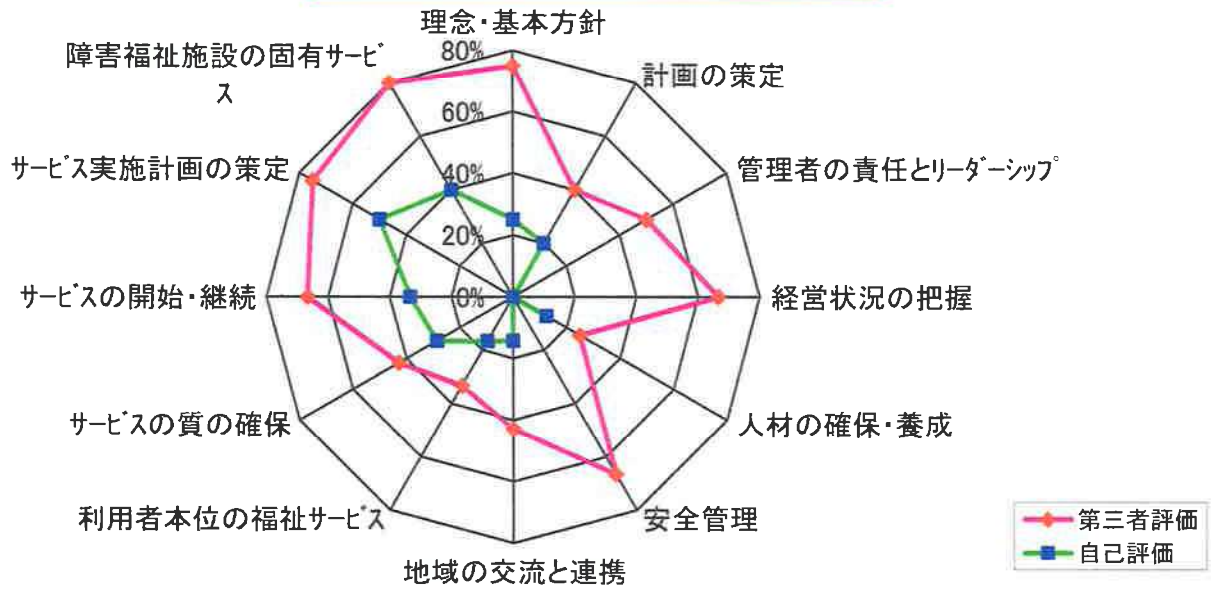
		自己評価	第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 55	b ① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	b ① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	a ① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	b a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	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	a ① ・ 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	a ① ・ 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 a ・ ⑥ ・ 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	非該当
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	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当

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	a	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	b	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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	a	Ⓐ ・ 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	a	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	a	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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		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		非該当
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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

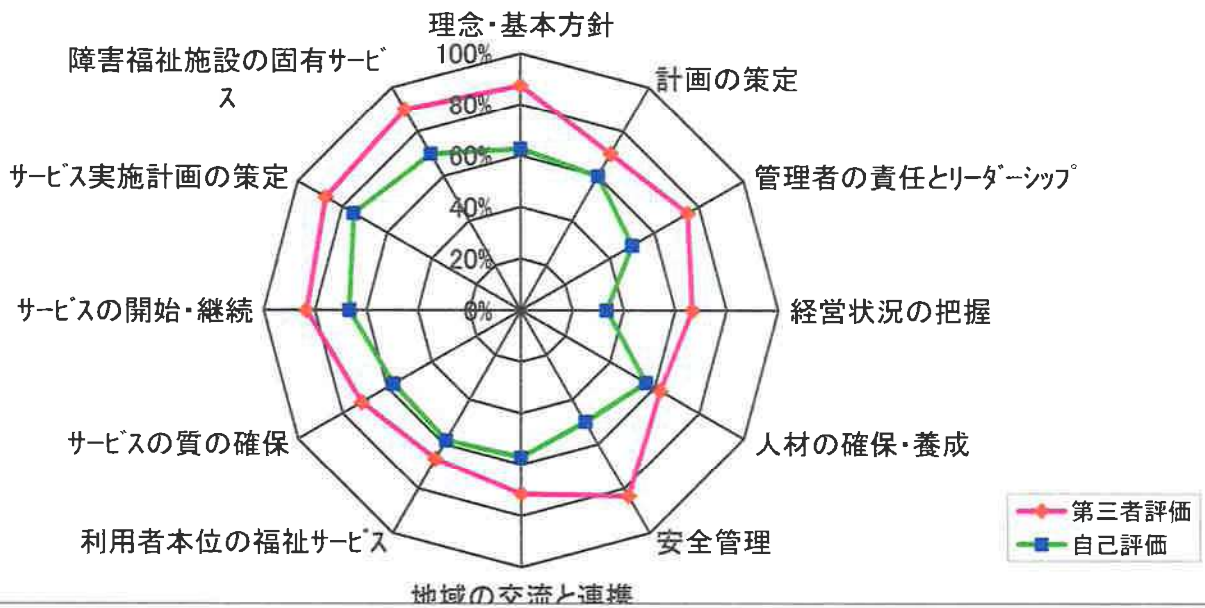
評価機関のコメント

食事支援においては、糖尿傾向の方への対応、給食会議や嗜好調査などを実施していることを確認した。
 健康管理については、看護師を中心に日々の管理を適切に行なっているだけでなく、てんかん発作のある方に対して緊急時の通院対応方法等が個別に作成され、保護者と協力して迅速に必要な医療が受けられる体制となっている。
 嗜好品対応については、本人の希望を配慮し、ルールに沿ってタバコを吸える環境を整えている。

評価項目数に対してa(出来ている)項目数の割合



評価項目数に対してb(ある程度出来ている)項目数の割合



評価項目数	第三者評価							自己評価							
	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	結果数 a	結果数 b	結果数 c	a%	b%	c%	a+0.5b/項目数	
理念・基本方針	4	3	1	0	75%	25%	0%	88%	1	3	0	25%	75%	0%	63%
計画の策定	5	2	3	0	40%	60%	0%	70%	1	4	0	20%	80%	0%	60%
管理者の責任とリーダーシップ	4	2	2	0	50%	50%	0%	75%	0	4	0	0%	100%	0%	50%
経営状況の把握	3	2	0	1	67%	0%	33%	67%	0	2	1	0%	67%	33%	33%
人材の確保・養成	8	2	6	0	25%	75%	0%	63%	1	7	0	13%	88%	0%	56%
安全管理	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	0	3	0	0%	100%	0%	50%
地域の交流と連携	7	3	4	0	43%	57%	0%	71%	1	6	0	14%	86%	0%	57%
利用者本位の福祉サービス	6	2	4	0	33%	67%	0%	67%	1	5	0	17%	83%	0%	58%
サービスの質の確保	7	3	4	0	43%	57%	0%	71%	2	4	1	29%	57%	14%	57%
サービスの開始・継続	3	2	1	0	67%	33%	0%	83%	1	2	0	33%	67%	0%	67%
サービス実施計画の策定	4	3	1	0	75%	25%	0%	88%	2	2	0	50%	50%	0%	75%
障害福祉施設の固有サービス	20	16	4	0	80%	20%	0%	90%	8	12	0	40%	60%	0%	70%
合計	74	42	31	1	57%	42%	1%	78%	18	54	2	24%	73%	3%	61%