**令和６年度**

**指定短期入所事業所　指導事前提出資料**

運営指導日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  事　業　所　名 |  |  |
|  | 運営指導会場名住所 | ※上記の事業所外で運営指導を受ける場合に記載 |  |
|  | 運営指導担当者名 |  | 連絡先電話番号 |  |  |

　添付書類

　　事前提出資料には、次の書類を添付して**１部提出**してください。（ホッチキス止め等をしないこと）

　　　①　運営規程

　　　②　重要事項説明書

 ③　契約書様式

 ④ 直近月の「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」

 ⑤　事業所の平面図

　　　⑥　組織図(法人内の兼務関係が確認できるもの)

　　　⑦　従業者が兼務する事業所の勤務実績表（別紙様式①）

 １　開設者・事業所の概要

 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　 　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開設者の概要 | 法人等の名称 | 　　 |
| 法人等の種別 | 　　 |
| 主たる事務所の所在地 |  〒 － |
| 代表者名 | 　　 |
| 代表者の住所 | 　　 |
| 事業所の概要 | 名称 | 　　 |
| 所在地 | 　　 |
| 指定年月日 | 　　 |
| 事業所種別 | 併設型　　・　　空床型　・　単独型 |
| 利用定員数 | 併設型　　　名、空床型　　　　名、単独型　　　　名　（空床型の場合は、本体入所施設の定員数を記載） |
| 本体施設種別 | 　　 |
| 管理者の氏名 | 　　 |
| 　主たる対象者 |  特定無し 特定有り （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力医療機関 | 　　 |
| １室の最大定員 | 　　 |
| 入所者１人当たりの最小床面積 | 　　 |
| 他に実施している指定障害福祉サービス | 　　 |

※　「法人等の種別」欄には、社会福祉法人、株式会社などと記載してください。

※　「事業所種別」欄は、該当するものに〇を付してください。

※　「本体施設種別」欄には、障害者支援施設、特別養護老人ホームなどと記載してください。

２　利用者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  判定なし |  非該当 |  区分１ |  区分２ |  区分３ |  区分４ |  区分５ |  区分６ |  合　　計 |  |
| 前年度 |  ４ |  |  人 |  人 |  人 |  人 |  人 |  人 |  人 |  人 |
|  ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １１ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現年度 |  ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １１ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ※　各月初日現在の該当する障害支援区分別の人数を記載してください。

（例：ある月において２人の利用者が３０日利用し、他の２人が２８日利用した場合、延べ人数は２×３０＋２×２８＝１１６人となる。

ただし、退所日は含まない。）

３　従業者の状況

 (1) 従業者の勤務状況等（直近月：令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 氏　　名 | 年齢 | 資　　格 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 | 兼務先事業所・施設名及びその職種 | 備　　　考 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 ※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、生活支援員（看護職員）の順に記載してください。

 ２　「常勤・非常勤の別」は、同一法人の他事業所・施設と兼務している場合は兼務先事業所等における勤務時間も含めて常勤・非常勤の別を判断し　　 てください。

　　　　３　「専従・兼任の別」は、当該事業所にのみ従事する場合は「専従」、当該事業所のほか同一法人の他事業所・施設（又は当該事業所が実施する他の障害福祉サービス）に従事する場合は「兼務」としてください。

４　足りない場合は、複写して記載してください。

 (2) 従業者の勤務実績（直近月：令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 |  1 |  2 |  3 |  4 |  5 |  6 |  7 |  8 |  9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 合計勤務時間数 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １週間に当該事業所における常勤職員が勤務すべき時間（①） |  時　間 |  |
| 　　 生活支援員（看護職員）の　　 常勤換算数 |  （生活支援員（看護職員）の合計勤務時間数　　　　時間） ÷４（４週間／１週間） ÷（常勤職員勤務時間数(①))　＝　　　．　　人 |

　※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、生活支援員（看護職員）の順に記載してください。（当該月の勤務実績表等既存資料の活用可）

　　　　また、一従業者が複数の職種を兼務する場合は、各々の職種ごとに記載してください。（同一人が複数の職種を兼務する場合はそれぞれに計上）

　　２　当該月の１日から２８日までの４週間について、１日の勤務時間数を記載してください。

 ３　「生活支援員（看護職員）の合計勤務時間数」は、本表の生活支援員（看護職員）の「合計勤務時間数」の合計を記載してください。

 また、管理者が当該業務を兼務した場合は、サービス提供を行った時間数も含めてください。

 ４　足りない場合は、複写して記載してください。

４　介護給付費の請求状況

 (1) 基本報酬の区分及び加算の適用（前年度以降）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （前年度） | （現年度） |  |

　 ※　前年度以降算定した加算を対象者の人数に関わらず、全て記載してください。

 (2) 減算請求（前年度以降）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  減算の有無 |  減　算　理　由 |  該当する減算理由 |  |
|  有　・　無 |  ①　利用定員の超過 |  |
|  ②　大規模減算（単独型で20床以上の場合） |  |
| ③　身体拘束廃止未実施減算（記録未作成、指針未整備、研修未実施、委員会未開催） |  |
|  ④　生活支援員（看護職員）の員数が基準に満たない |  |

 ※　減算が有る場合は、「該当する減算理由」に○を記してください。

５　苦情処理、事故発生時の対応等

 (1)　苦情処理の状況（前年度以降）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付年月日 | 苦情の内容 | 苦情に対する具体的対応 |
| 年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |

 (2) 緊急時・事故発生時の対応状況（前年度以降）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事故発生年月日 | 事故等の内容 | 事故発生等に対する具体的対応 | 報告等の状況※済は☑を入れる |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |

６　障害者虐待防止に対する取り組み状況

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）虐待防止委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知しているか。（※身体拘束適正化検討委員会と一体的に設置・運営して可。） | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日※ 役割分担表及び組織図を添付すること。 |  |
| （２）虐待防止措置を適切に実施するための担当者を配置しているか。 | 〇　担当者　職名：　　　　　　　氏名： |  |
| （３）従業者に対して定期的（年1回以上）な研修を実施しているか。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日研修場所　：（　事業所内　・　事業所外　）研修内容　： |  |
| （４）虐待防止に必要な次の措置について、あらかじめ運営規程に定めているか。ア 虐待の防止に関する担当者の選定 イ 成年後見制度の利用支援ウ 苦情解決体制の整備エ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など） オ 虐待防止委員会の設置等に関すること | 　〇　運営規程の条項：　第　　　条 |  |

　**（注）（１）から（３）について、１項目でも「いいえ」があれば、令和６年度から「虐待防止措置未実施減算」の対象となる。**

７　身体拘束等の禁止に対する取り組み状況

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）身体拘束適正化検討委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知しているか。（※虐待防止委員会と一体的に設置・運営して可。） | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日 |  |
| （２）身体拘束等の適正化のための指針（以下の項目を規定）を整備しているか。　　ア　事業所における身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方　　イ　身体拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項　　ウ　身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針エ　事業所内で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針オ　身体拘束等発生時の対応に関する基本方針カ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針キ　その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | 〇　指針制定日：　　　年　　月※ 指針を添付すること。 |  |
| （３）従業者に対して定期的（年1回以上）な研修を実施しているか。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日研修場所　：（　事業所内　・　事業所外　）研修内容　：  |  |
| （４）緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合、以下の項目について記録が行われているか。　　・　利用者のその態様及び時間* その際の利用者の心身の状況

　　・ 緊急やむを得ない理由（切迫性、非代替性、一時性の三つの要件全てを満たし組織としてそれらの要件の確認等の手続きを行った旨を記録） | 〇　身体拘束等を行った日：　　　年　　月　　日※ 記録は５年間保存すること。 |  |

**（注1）（４）については、身体拘束等が行われていない場合には記載不要。**

**（注2）（１）から（４）について、１項目でも「いいえ」があれば、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となる。**

８　感染症や災害が発生した場合における業務継続計画（BCP）の策定等

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| 1. 業務継続計画を策定しているか。
	1. 感染症に係る業務継続計画（以下の項目等を記載）

・平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備　　　　　　　　　　蓄品の確保等）・初動対応・感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）* 1. 災害に係る業務継続計画（実態に応じて以下の項目等を記載）

・平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）・緊急時の対応（業務継続計発動基準、対応体制等）・他施設及び地域との連携（※感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定して可。） | 〇　業務継続計画策定日：　　　年　　月※ 業務継続計画を添付すること。 |  |
| （２）従業者に対して業務継続計画を周知し、定期的（年1回以上）な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しているか。※ 障害者支援施設及び障害児入所施設は、「年２回以上」の実施。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日〇　訓練実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| （３）業務継続計画の定期的な見直しを実施しているか。※研修及び訓練での課題等も踏まえて、見直しを実施。 | 〇　業務継続計画策の見直し項目： |  |

**（注1）業務継続計画を策定していない場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない場合には令和６年度から「業務継続計画未策定減算」の対象となる。**

※　令和７年３月31日までの間、「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び「非常災害に関する具体的計画」の策定を行っている場合には、減算を適用しない。ただし、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、自立生活援助、就労定着支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援については、「非常災害に関する具体的計画」の策定が求められていないこと等を踏まえ、令和７年３月31日までの間、減算を適用しない。

９　感染症の予防及びまん延防止のための措置

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| 1. 感染対策委員会を定期的に開催しているか。

（Ａ）概ね６か月に１回以上《訪問系サービス、就労定着支援、自立生活支援、地域移行支援、地域定着支援》（Ｂ）概ね３か月に１回以上《（Ａ）以外のサービス等》 | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日年　　月　　日年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| 1. 感染対策担当者を配置しているか。
 | 〇　担当者　職名：　　　　　　　氏名： |  |
| （３） 従業者に対して定期的な研修及び訓練を実施しているか。（Ａ）年に１回以上《訪問系サービス、就労定着支援、自立生活支援、地域移行支援、地域定着支援》（Ｂ）年に２回以上《（Ａ）以外のサービス等》（※感染症の業務継続計画に係る研修及び訓練と一体的な実施も可。） | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日〇　訓練実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| （４）感染対策の指針（以下の項目を規定）を整備しているか。〇 平常時の対策　・事業所内の衛生管理（環境の整備等）・支援にかかる感染対策（手洗い等の標準的な予防策）〇 発生時の対応　　　・発生状況の把握　　　・感染の拡大防止　　　・医療機関や保健所、県・市町等関係機関との連携報告 | 〇　指針制定日：　　　年　　月※ 指針を添付すること。 |  |

１０　非常災害対策

（1）防災設備等の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（2）各種防災訓練、防災教育の実施状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前届出 | 消防署の立会 | 記録 |
| 避難訓練（火災） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（風水害） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（地震） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（原子力） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 通報訓練 | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 消火訓練 | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 防災教育 | 回 | 月 | - | - | 有・無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・設備 | 消防法令による設備義務の有・無 | 整備状況 |
| 防火設備 | 避難階段 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 避難口（非常口） | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 居室・廊下・階段等の内装材料 | - | 有・無 |
| 防火戸・防火シャッター | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 消防用設備 | 屋内消火栓設備 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 屋外消火栓設備 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| スプリンクラー設備 | 有・無 | 有・無 |
| 自動火災報知設備 | 有・無 | 有・無 |
| 非常通報装置 | - | 有・無 |
| 漏電火災警報器 | 有・無 | 有・無 |
| 非常警報設備 | 有・無 | 有・無 |
| 避難器具（すべり台・救助袋） | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 誘導灯及び誘導標識 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 防火用水 | 有・無 | 有・無 |
| 非常電源設備 | 有・無 | 有・無 |
| 消火器具 | 有・無 | 有・無 |
| カーテン・布製ブラインド等の防炎性能 | 有・無 | 有・無 |

※総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従ってそれぞれ記入すること。

（3）防災計画及び避難確保計画の策定

 浸水想定区域　・　土砂災害警戒区域　・　区域外　（〇で囲む）

|  |  |
| --- | --- |
| 防災計画に定めるべき項目 | 避難確保計画に定めるべき項目（浸水想定区域・土砂災害警戒区域のみ） |
| 立地条件 | 有・無 | 計画の目的 | 有・無 |
| 情報の入手方法 | 有・無 | 計画の適用範囲 | 有・無 |
| 連絡先及び通信手段の確認 | 有・無 | 防災体制 | 有・無 |
| 避難を開始する時期、判断基準 | 有・無 | 情報収集及び伝達 | 有・無 |
| 避難場所 | 有・無 | 避難の誘導 | 有・無 |
| 避難経路 | 有・無 | 避難確保を図るための施設の整備 | 有・無 |
| 避難方法 | 有・無 | 防災教育及び訓練の実施 | 有・無 |
| 人員体制、指揮系統 | 有・無 | 自衛水防組織の業務（設置する場合に限る） | 有・無 |
| 関係機関との連携体制 | 有・無 |

（4）物資資機材の状況

※非常災害に備えた物資（食料、飲料水及び生活物資）及び、資機材（情報機器、照明、暖房資材、作業資材、移送用具、避難用具等）を物資の種類ごとに備蓄数量を記載すること。　なお、別途一覧表（様式任意）があれば、その提出で可とします。

（5）地域、他施設との連携

※地域や他施設との連携をしている場合、記載してください。（例）自治体の防災組織への参加、同種施設との被災時の利用者受け入れの取り決め等

(6)防災設備の保守点検の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業者委託による点検 | 有(年　　回)・無 | 実施者 |  |
| 自主点検 | 点検事項 |  |

(7)消防計画および防災管理者の届出状況

|  |  |
| --- | --- |
| 消防計画の消防署への届出(直近) | 年　　　　月　　　　日 |
| 防火管理者職氏名(資格取得年月日) | 職種：氏名：　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

(8)消防署の立入検査の状況(前年度)

|  |  |
| --- | --- |
| 実施年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 指摘事項 |  |
| 上記に対する改善措置 |  |

１１　**障害福祉サービス等情報公表**

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）毎年度、障害福祉サービス等情報公表システムの更新（報告）を行っているか。 | 〇　報告月：　　　年　　月 |  |
| （２）基本情報に変更がある場合は、その都度報告しているか。* + 変更がない場合は記載不要。
 | 〇　報告月：　　　年　　月 |  |

　**（注）障害福祉サービス等情報公表システム上、未報告となっている場合に令和６年度から「情報公表未報告減算」の対象となる。**

１２　業務管理体制

業務管理体制の届出状況　※当てはまる項目にチェック（☑）してください。

□届出をしている　（　　　　年　　月届出、法令遵守責任者名　　　　　　　　　）　　□届出をしていない

１３　職場におけるハラスメント（パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等）防止

※はい・いいえのどちらかを〇で囲むこと。

|  |  |
| --- | --- |
| （１）ハラスメント防止方針を明確化し、従業者に周知・啓発しているか。　　※【パワーハラスメント防止のための方針の明確化については、中小企業は令和４年４月１日から義務化】 | はい ・ いいえ |
| （２）相談に対応する担当者を定め（相談窓口の設置）、従業者に周知したか。 | はい ・ いいえ |