

様式 7

アドバイス・レポート

令和6年2月9日

令和5年11月14日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ケアセンター回生 様につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由(※)	<p>1. ストレス管理 メンタルヘルスの相談窓口は、産業医が担当していました。福利厚生として、新型コロナウイルス感染症対策により社内旅行・懇親会は実施していませんが、職員給食に法人が費用負担をしていました。職員がゆったりとくつろげる広さの休憩室が3ヶ所ありました。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し ケアプラン作成マニュアル、介護支援専門員の業務マニュアルに見直し時期、手順を定めていました。各専門職（介護職・看護職・主治医・リハビリ職・管理栄養士）のそれぞれが意見を書き込む「利用者情報シート」を活用し、施設サービス計画書の更新を行っていました。</p> <p>3. 利用者の権利擁護 接遇虐待委員会が中心となり、不適切ケア・虐待防止・身体拘束禁止等の利用者の権利擁護についてのマニュアル等を整備し、研修も行っていました。また、全職員を対象に虐待防止自己チェックを実施し、結果を集約して必要に応じて、職員に接遇虐待委員がヒアリングしていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 質の高い人材の確保 有資格者の採用に積極的に取り組んでいました。無資格者を採用した場合は、資格取得を奨励していましたが、法人として人材確保の具体的な方針の定めはなく、人材確保を目的とした具体的な情報発信の仕組みがありませんでした。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者の記録は、個別に必要な内容が記載されていました。個別援助計画に基づくサービス内容の記載もしていました。記録の保管・保存・廃棄に関する規程はありましたが、持ち出しに関する規程がありませんでした。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 利用者や家族からの苦情等については、苦情マニュアルにより毎月クレーム会議を開催し、対応や対策を考え、サービスの質の向上に役立てていましたが、苦情等は公開していませんでした。</p>

	<p>4. 第三者への相談機会の確保 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口と連絡先を記載し、玄関に掲示していました。第三者による相談窓口の設置はなく、利用者への相談のための外部人材の受け入れもありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 質の高い人材の確保 休暇の申請が容易にできるほか、職員が困ったときに相談しやすい職場の雰囲気や職員間のコミュニケーションが円滑で働きやすい職場であることを職員ヒアリングでも聞き取りました。介護福祉士養成校からの卒業生の採用活動や職員の紹介の取り組みにより差し迫った人材確保が必要という状況ではないようでしたが、今後の事業運営においても人材確保は不可欠な課題として認識されており、若い職員を中心とした人材確保プロジェクトチームの設置やホームページにタイムリーな採用情報を掲載したり、SNSの積極的な活用についても検討中とのことでした。就職フェアへの参加なども含め多様なツールを駆使したより積極的な人材確保に取り組まれることをご期待いたします。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護 記録や情報の管理体制を整えることは、個人情報保護において重要です。サービス担当者会議や受診等で必要な個人情報を事業所外に持ち出すことがあるかと思われます。いつ、だれが持ち出して、いつ返却したのか確認ができるような仕組みを検討したうえで個人情報の持ち出しの規程を整備されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況を、個人情報保護に配慮しながら施設内での掲示や、ホームページ等で公開されることで、利用者や家族の更なる安心と信頼が深まるのではないのでしょうか。また、苦情が少ないということでしたが、意見・要望・苦情は、利用者や家族の訴えから収集するだけでなく、利用者の日常の会話や行動等から、職員が気付くことで利用者の代弁者としてクレーム報告書を作成するように取り組まれてはいかがでしょうか。苦情がサービス改善の機会になるという認識をさらに向上させていかれることも大切です。</p> <p>4. 第三者への相談機会の確保 事業所関係者以外の第三者の相談窓口や外部の相談員を設置してはいかがでしょうか。例えば福祉の専門職（社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、精神保健福祉士）、医療関係者、民生児童委員や町内会長等に第三者や外部の相談員として委嘱するという方法もあります。また、施設に第三者の相談窓口を設置していることを、玄関口にポスター等で分かりやすい掲示を行い、また、重要事項説明書やホームページに掲載して、周知されことで利用者や家族の更なる安心につながるのではないのでしょうか。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2653180014
事業所名	ケアセンター回生
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	(介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 通所リハビリテーション 居宅介護支援・訪問看護
訪問調査実施日	令和5年12月6日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

I 介護サービスの基本方針と組織

(1) 組織の理念・運営方針

理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
(評価機関コメント)		1. 玄関やスタッフルームに理念や運営方針を掲示し、朝礼で唱和していました。理事長が、年初めに理念や年間取り組み目標を職員に説明をしました。また、年4回発行の機関紙「ぶらっとKaisei」に理念を掲載し、利用者や家族への周知と理解に努めていました。 2. 法人の幹部会議、事業所の運営・主任・療養棟会議や各種委員会を開催し、職員の意見を反映した意思決定の仕組みがありました。「施設運営基準」に各職種の業務と権限を規定していました。		

(2) 計画の策定

事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	B
業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
(評価機関コメント)		3. 単年度の「回生会（法人）目標」として「感染防止」「SDGs地球温暖化防止」の取り組みを定めていました。また、2020～2023年間の中期目標も設定し、取り組み課題（利用者や家族・地域・各事業）や運営方針を策定して取り組んでいました。以前は家族会で利用者や家族に事業計画や事業方針について説明していましたが、新型コロナウイルスの流行以降は利用者や家族に説明・周知をする取り組みはありませんでした。 4. 療養棟（施設全体）の目標（コンプライアンスの遵守・満足度の高いサービス提供・SDGsの取り組み等）を設定し、年2回の評価をしていました。		

(3) 管理者等の責任とリーダーシップ

法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	B
管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	A	A
管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A

		(評価機関コメント)			<p>5. 運営管理者は、労働関係法令の研修に参加し、法令改正は必要に応じて各種会議で職員に伝達していました。また、法人のネットワーク上のグループウェアから、法令の改正について閲覧できるようにしていましたが、職員が事業を実施するうえで把握すべき法令をリスト化するなどしたものがなく、すぐに調べられる体制が整っていませんでした。</p> <p>6. 運営管理者は各種会議に参加し、職員の意見を聞いて事業運営に反映していました。年2回看護師長による人事考課面接を行い、職員の意見や要望を聞いて運営管理者に報告していました。また、組織活性化プログラムの上司アンケートを実施し、結果について評価・見直しをしていました。</p> <p>7. 運営管理者は、事業所を離れるときは携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制をとっていました。運営管理者は通常事業所内で勤務し、随時報告・連絡・相談を受けるほか、業務日誌で把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急時にはすぐに報告を受け指示を行う体制がありました。</p>
--	--	------------	--	--	--

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	B
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
実習の受け入れ	11	実習の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 中長期計画の中で法人の期待する職員像を明記していました。人事考課表を用いて、職員を公正に評価する仕組みがありました。キャリアパスを整備し、職員が将来目指す目標となるものが明確になっていました。</p> <p>9. 有資格者の採用に積極的に取り組んでいました。無資格者を採用した場合は、資格取得を奨励していましたが、法人として人材確保の具体的な方針の定めはなく、人材確保を目的とした具体的な情報発信の仕組みがありませんでした。</p> <p>10. 経験年数や役職に応じた研修体制を整備し、職員個々の研修計画に沿って研修を実施していました。職員の希望や受講指示により外部研修に参加し、事業所が費用負担をしていました。資格取得支援として介護福祉士・介護支援専門員の資格取得講習会の受講に費用補助をしていました。また、職員の「気づき」について、ショートミーティングで検討していました。「目標管理シート」に個人の年間目標を明記し、研修の受講に繋げていました。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れの基本姿勢や手順を明記していました。看護・介護・リハビリテーション・管理栄養士の実習を受け入れており、それぞれにプログラムを用意して受け入れていました。介護福祉士実習指導者の研修も受講していました。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
ストレス管理	13	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>12. 有給休暇は申請すれば取得が可能であり、希望どおり取得できていることをヒアリングで聞き取りました。年2回の職員面談で職員の就業状況や意向を聞き取り、幹部会議で分析・検討していました。育児・介護休業の規程を整備し、子育てをする職員の希望により勤務時間を短縮するなど配慮をしていました。職員の負担軽減として、リフト浴・機械浴・センサーマット・スライディングボードを使用していました。</p> <p>13. メンタルヘルスの相談窓口は、産業医が担当していました。福利厚生として、新型コロナウイルス感染症対策により社内旅行・懇親会は実施していませんが、職員給食に法人が費用負担をしていました。職員がゆったりとくつろげる広さの休憩室が3ヶ所ありました。</p>		

(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	A	A
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>14. 中長期計画に、地域社会の交流について取り組みを明示していました。ホームページや機関紙に、理念や事業所情報、地域向けの情報を掲載していました。また、向日市虐待防止ネットワークに参画し、法人の地域包括支援センターと連携して地域のニーズの把握に取り組んでいました。</p> <p>15. 「ボランティア受け入れ規程」に受け入れに関する基本姿勢と受け入れの手順を明記していました。沖縄舞踊のボランティアを受け入れていました。中学生の職場体験やチャレンジ体験の実習受け入れ規程を整備していました。</p> <p>16. 地域のリハビリ教室に理学療法士を派遣していました。「回生健康まつり」を開催し、地域住民の参加やチャリティーバザー、健康相談を実施していました。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

Ⅲ 適切な介護サービスの実施

(1) 情報提供

事業所情報等の提供	17	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
(評価機関コメント)		17.パンフレットやホームページで事業所の情報提供を行っていました。ホームページでは施設案内の動画もアップしていました。利用者や他事業所からの問い合わせや見学については、所定の相談・見学受付シートに記載し共有していました。		

(2) 利用契約

内容・料金の明示と説明	18	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
(評価機関コメント)		18.最新の料金表や重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金等を説明し、書面で同意を得ていました。成年後見制度の案内も玄関に掲示しており、必要時には制度の説明や紹介をしていました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
利用者・家族の希望尊重	20	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門職種を含めた意見集約	21	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・リハビリ職（OT/PT/ST等）・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	22	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>19. アセスメントは、所定のアセスメント様式を使用し3か月に1回実施していました。主治医やリハビリ職等専門職との連携も行っていました。</p> <p>20. 施設サービス計画書は利用者、家族の希望を尊重し作成していました。サービス担当者会議には、本人や家族が参加しており、書面で同意を得ていました。</p> <p>21. サービス担当者会議記録の要点欄に各専門職の意見を事前に集め、施設サービス計画書に反映していました。</p> <p>22. ケアプラン作成マニュアル、介護支援専門員の業務マニュアルに見直し時期、手順を定めていました。所定のアセスメントの他に各専門職（介護職、看護職、主治医、リハビリ職、管理栄養士）がそれぞれが意見を書き込む「利用者情報シート」を活用し、施設サービス計画書の更新を行っていました。</p>		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. 診療情報提供書や診断書等で主治医と連携をとっていました。向日市地域包括支援センター運営協議会と連携し、地域課題の把握や解決に向けての取り組みを行っていました。 24. 在宅復帰時には、退所時のサービス担当者会議で、本人・家族の意向を確認し、専門職と協議を行っていました。家族に生活相談員の連絡先を伝え、終了後も必要な相談を受ける体制をとっていました。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	B
職員間の情報共有	27	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。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		25. 各業務マニュアルを作成し、毎年内容の見直しを行っていました。業務にかかわる内容を委員会で検討し、業務マニュアル見直し時に反映する仕組みがありました。 26. 所定の記録用紙に利用者個別に必要な記録を記載していました。記録の保管・保存・廃棄に関する規程はありましたが、持ち出しに関する規程がありませんでした。 27. 午後から、毎日ショートカンファレンスを実施し、情報共有を行っていました。職員連絡ノートを活用する仕組みがありました。 28. 新型コロナウイルス感染症対策で面会が制限される中、定期的に電話や手紙で家族の様子を伝えていました。機関紙「のほほん」の送付や、リハビリ時の動画や写真を家族が閲覧できる取り組みも行っていました。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	30	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		29. 感染予防マニュアルを作成し、最新情報を入手して更新していました。感染症予防に関する研修も行っていました。 30. 施設内の介護用品・備品等は、整理・整頓され、清掃もできていました。また、トイレ内の臭気及び抗菌対策等を換気や空気清浄機を使用して衛生的に管理していました。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	32	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	33	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	C

		(評価機関コメント)	<p>31. 介護安全委員会が中心となり、事故や緊急時のマニュアルを整備し、年に1回研修も行っていました。また、定期的に車いすやベッドの点検を行い、事故に繋がらないように危機管理をしていました。緊急時連絡網を整備し、責任者や指揮命令系統を明らかにしてました。</p> <p>32. 事故報告書に上がる事故は、軽いものであっても家族に報告し、また、毎月行う介護安全委員会で、発生した事故に対して原因分析を行い検証の上、再発防止や安全の向上のために役立てていました。</p> <p>33. 災害発生時の対応マニュアルを整備し、年2回の防災訓練を実施してました。災害発生時に地域との連携を意識したマニュアルがなく、訓練も実施してませんでした。</p> <p>34. 自然災害時における業務継続計画（BCP）の作成進捗度は70%でしたが、令和5年度内に完成させる予定でした。</p>
--	--	------------	---

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

IV利用者保護の観点

(1)利用者保護						
		人権等の尊重	35	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		プライバシー等の保護	37	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		利用者の決定方法	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>35. 事業所の理念は「利用者本位の医療と介護」で、食事は利用者が選べる選択食があり、また、レクリエーションやイベントの参加についても、利用者の意向を確認し、参加も自由でした。利用者の人権や自尊心を尊重したサービス提供を行えるように、平日は毎日、午後にケアカンファレンスを行い、ケア内容の検討を行っていました。</p> <p>36. 接遇虐待委員会が中心となり、不適切ケア・虐待防止・身体拘束禁止等の利用者の権利擁護についてのマニュアル等を整備し、研修も行ってました。また、全職員を対象に虐待防止自己チェックを実施し、結果を集約して必要に応じて、職員に接遇虐待委員がヒアリングしていました。</p> <p>37. プライバシー保護に関する規程を接遇虐待マニュアルに明記してました。プライバシー保護に関する研修を定期的実施し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供に努めてました。</p> <p>38. 入所判定会議（医師・看護師・相談員・介護支援専門員参加）を月1回行い、入所の可否を判定してました。受け入れができない場合は、家族や介護支援専門員等に理由の説明を行い、受け入れ可能な施設を紹介してました。また、大きな声が出る場合やインシュリン注射が必要な支援困難ケース等は、医師・看護師や専門職と連携し支援してました。</p>		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	39	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備され、利用者等に周知されている。	A	A
		意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立てている。	A	B
		第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>39. 玄関に意見箱の設置や家族から洗濯物の受け渡し時等に、意見・要望・苦情等を収集してました。利用者の担当職員や介護支援専門員は、月1回以上利用者の意向を収集することで自由に意見を言える環境作りに努めてました。</p> <p>40. 利用者や家族からの苦情等については、苦情マニュアルにより毎月クレーム会議を開催し、対応や対策を考え、サービスの質の向上に役立ててましたが、苦情等は公開してませんでした。</p> <p>41. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口と連絡先を記載し、玄関に掲示してました。第三者による相談窓口の設置はなく、利用者への相談のための外部人材の受け入れもありませんでした。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている	A	A
質の向上に対する検討体制	43	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	44	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている	A	C
(評価機関コメント)		42. 利用者満足度調査を行い、サービスの質向上委員会（副理事長・看護部長・看護師長・在宅部課長が参加）で分析・検討の上結果をグラフにして、玄関での掲示やホームページで掲載していました。また、満足度調査によりサービスの改善を行い、サービスの質の向上に役立っていました。 43. サービスの質の向上に係る検討会として、療養棟会議・サービスの質向上委員会を開催していました。そこで決定した事項等は、毎回看護師長より、全職員へ伝達していました。また、京都府介護老人保健施設協会のブロック交流会や介護支援専門員会に参加し、意見交換や情報収集を行い、自施設の質の向上に役立っていました。 44. サービスの質の向上のための、評価基準に基づいた自己評価を行っていませんでした。また、コロナ禍の影響もあり、第三者評価を3年に1回受診できていませんでした。		