

様式 7

アドバイス・レポート

令和 7 年 1 月 2 0 日

令和 5 年 1 1 月 2 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ワンデイハウス 2 ゆりかごにつきましては、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 (※)	(通番 17～20) 個別状況に応じた計画策定 通所介護計画書の策定や支援記録等は、介護ソフトそよかぜを活用して記録をするとともにタブレット端末から操作可能となっています。アセスメントは所定の様式を用いて行い、本人と家族の希望に沿って、通所介護計画書を策定しています。多職種連携等については、ケアマネジャーと連携をする中でサービス担当者会議に参加して、他事業所（看護、医師）からの情報を入手しています。モニタリングについては、毎月モニタリングチェックを実施するとともに3か月ごとにモニタリングシートにより評価見直しをしてケアマネジャーへフィードバックしています。また、計画に変更があった場合等は情報共有ノート等により情報共有を行っています。 (通番 39) 意見・要望・苦情の受付 ご意見 BOX を準備して、利用者の意向を聞き出す工夫をしています。家族からの意向は、連絡帳や直接聞き取るなどしています。利用者の個別面談については、計画書の説明の際に実施しています。日頃から複数の職員が関わることで相談しやすい関係を作っています。意思を表明しにくい利用者については意向を聞く工夫をし、会議においても職員間で共有しています。利用者の意向・要望・苦情については職員会議にて共有するとともに改善に努めています。 (通番 42) 利用者満足度の向上の取組み 食事やレクリエーション等の活動について年 1 回満足度アンケートを実施しています。アンケート集計結果を分析し、職員会議にて話し合い取り組みを検討、改善を行っています。日常的にバイキングによる食事提供や檜ぶろによる入浴など利用者の満足度を高めようとする取組は高く評価できます。
-----------------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	（通番 3）事業計画等の策定 全国的な動向や地域のニーズ把握等については、事業者連絡会に参加しており、ワムネット等でも情報は確認しています。また、ミーティングの時に月の目標は立てていますが、単年度の事業計画や中・長期計画的なものは明文化されていませんでした。進むべき道筋として事業所理念に基づく中長期的ビジョンの策定を検討されてはいかがでしょうか。また、その策定にあたっては、職員参画のもと策定されることが望まれます。 （通番 11）実習の受け入れ 高校生の職場体験の受け入れや介護技術の体験や認知症の学習を予定していましたが、コロナの影響もあり延期となっています。また、これまでに実習の受け入れとしての実績はなく、実習の受け入れマニュアルや受け入れる体制が整備されていませんでした。人材確保・育成の観点からも整備されてはいかがでしょうか。 （通番 26）サービス提供に係る記録と情報の保護 介護ソフトそよかぜを活用してタブレットからも入力できるようにしています。記録の記載内容は、個別支援計画の短期目標や長期目標等項目にそった記録をしています。しかし、個人情報保護の記録の保管に関する事項の明文化や個人情報開示規程は確認できませんでした。事業所におけるリスク管理の観点からも整備することが望まれます。
具体的なアドバイス	運営母体である「株式会社ゆりかご」は、2007 年に開設し、その後、訪問介護事業、通所介護事業、居宅介護支援事業所と高齢者分野を中心に幅広く事業展開をしています。その拠点の一つであるワンデイハウス 2 ゆりかご（定員 30 名）は、2014 年 5 月に開設されました。久世橋東詰バス停前に立地し、南区、伏見区、下京区を中心に受け入れを行ってます。ワンデイハウスという名称は、一つの屋根で一日中楽しく過ごしてほしいという願いを込めてつけられました。 主な特徴としては、タイムスケジュールは決まってなく、利用者様ご自身が好きなことをして過ごすプログラムになっています。例えば、本格バイキングをはじめカラオケルームや麻雀ルーム、喫茶店、露天風呂などが設置されており、「楽しさ」が詰まったレジャーランドのような空間になっています。管理者が率先して話しやすい雰囲気を作るなど、働きやすい環境づくりにも努めており、当日の第三者評価においても職員同士のチームワークの良さが見受けられました。この取り組む姿勢が施設全体を明るい雰

	困気にし、若いスタッフがイキイキと働ける環境を生み、施設のサービス向上へ繋がっていると感じました。また、目配り、気配り、思いやりをモットーに職員は、利用者の言葉やちょっとした行動から、何を望んでおられるのかを常に考え、支援をすることに努めています。 地域との関係は、コロナ前までは、グループ内の地域密着型デイサービスにおいて、地域貢献活動していましたが、移転後は、地域清掃は行っていますが、事業所の特性を活かした活動は行えていないとのことでした。 災害時の連携体制等含め検討されてはいかがでしょうか。。 今後ますます、これまでの取り組みでの経験を活かし、地域の高齢者福祉のパイオニアとしての事業展開・発展が期待されます。
--	--

※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	2670500798
事業所名	ワンデイハウス 2 ゆりかご
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和6年3月8日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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。	B	B
		(評価機関コメント) 1) 法人の理念は、フロア内に掲示するとともに、毎朝、職員で確認をしている。会議（社員ミーティング）は適宜開催している。家族には契約の際に伝えている。ゆりかご通信を2カ月に1回程度発行している。新しくパンフレットは作成中である。 2) 社員ミーティング（毎月）、役員会議（毎月）を開催している。現場で起こりうることは現場で決定して報告することが多い。経営分析としては後からついてくると考えており、あまり細かくは周知していないが、税理等の経営のプロからのアドバイスを受けてる。しかし、組織図的な役職・役割・権限が明文化されたものはない。				
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント) 3) 全国的な動向等の情報収集は、事業者連絡会に参加しており、ワムネット等でも情報は確認している。ミーティング時に月間目標を立てているが、単年度の事業計画や中・長期計画的なものはない。 4) 課題解決のための仕組みについては、マンツーマンでの指導の中で行っている。共有ノートにて毎月の目標に対して周知して取り組んでいる。しかし、組織全体のレベルアップに向けた目標設定（虐待防止・感染・災害等のBCPや、人材確保等）については設定（明文化）されていなかった。				

(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組みを行っている。	B	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。	B	B
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)		5) 法令遵守に関する研修会に管理者が参加して職員への周知を行っている。しかし、介護以外の法律（道路交通法、労働基準法、食品衛生法等）はリスト化されていなかった。 6) 所長、施設長が経営に参画している。職員への面談はペーパーヒヤリングにて言いにくいことも出してもらいやすい工夫を行い、聞き取りをしている。部下が上司を評価する仕組みとしてもペーパーヒヤリングを活用して取り組んでいる。しかし、役職や権限を明確にした文章は確認できなかった。 7) 管理者は携帯電話を所持し、いつでも連絡が取れる状態にある。非常時の体制については、所長または施設長が必ず現場にいるように勤務を組んでいる。		

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。	B	B
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	A
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。	B	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		8) 給与規定及び人事考課の仕組み（目標稼働率に対する評価）を整備している。一般職員についてもヒヤリングの際に目標を決めて、足りないことを確認して取り組み、振り返りを行っている。将来の姿を描く仕組みとして、未資格、未経験の方でも研修等を通して成長につなげている。しかし、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明記したものはない。また、階層別に求められる能力に合わせた研修の仕組みがない。 9) 必要な人員配置以上の職員を配置している。（通常で8～9名配置している。内看護師2～3名）サービス管理責任者やケアマネジャー等受験資格がある職員については積極的に受験してもらっている。幅広い能力の職員を採用している。ホームページもインパクトがあり、印象に残るものになっている。Instagramを活用している。 10) 内部研修は施設長が実施している。外部研修は実践者研修等に参加してもらっている。採用後の資格取得支援を実施している。OJTの仕組みがある。個別の目標管理として中間でも確認し最後に振り返りもしている。しかし、年間の研修計画の文書化、階層別研修については定められていない。 11) 実習の受け入れマニュアルはない。今までに実習の受け入れとしての実績はない。※高校生の職場体験のやり取りはあり、介護技術の体験や認知症の学習を予定していたが、コロナの影響があり中止している。		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		12) 有給や残業のデータ把握は事務部門で管理している。職員の悩みを聞くような工夫としてはペーパーヒヤリングとは別に、業務中にも話し掛けやすい雰囲気作りや場所にいるようにしている。育休の実績あり。時短制度を設けたりして復帰しやすい環境も整えている。労働環境の整備としては、若い職員の声も拾ってICT（記録のタブレット化等）の導入を図っている。 13) 悩みをサポートする仕組みとして、施設長・所長が相談を受けているが、産業医等が聞き取る仕組みはない。職員の要望等に関してはペーパーヒヤリングにて聞き取る仕組みがある。職員の休憩場所は2階にソファを置いた休憩スペースを確保している。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記している。福利厚生制度としては、共済会への加入や互助会的な活動はない。		

(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。	B	B
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。	C	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		14) 町内会に加入しており、回覧板も回ってくる関係がある。オープン当初は石原保育所との交流があった。地域行事の情報発信として掲示板を活用している。議員さんの集まりに参加して情報提供を行っている。事業所連絡会に参加している。しかし、地域との関わりの考え方について明文化はされていない。 15) レクリエーション（大道芸、ヨガ等）のボランティアにて利用者との交流の機会がある。しかし、ボランティア受け入れマニュアルの整備及び学校関係の職場体験についての明文化はされていない。 16) 地域密着型デイでは活動していたが、移転後は、事業所の特性を活かした活動は行えていない。地域貢献としては地域清掃を行っている。		

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) 料金などは新しいパンフレットに記載している。適宜見直しをしている。見学等については、専用の書式があり、個別の見学の記録を確認した。体験利用はほぼ毎日受けている。				
(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。	B	A	
(評価機関コメント)		18) 重要事項説明書に基づいて説明をし、同意を得て契約を行っている。介護保険外サービスとして食事・喫茶など、サービス提供の実施外の交通費、キャンセル料がある。成年後見人との契約がある。				
(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)		(19) 介護ソフトをよかぜを活用してアセスメントを行っている。入力等はタブレット端末から操作可能となっている。再アセスメントは3か月ごと、入院時、区分変更時に実施している。 (20) プラン内容は看護師・介護職員等複数の職員で協議し決定している。利用者への希望の聞き取りは契約前に行っている。 (21) サービス担当者会議に参加し、専門職の意見を得ている。医師等の意見はケアマネから通じて聴取し計画の作成には反映している。 (22) モニタリングは毎月実施し、ケアマネジャーへフィードバックしている。モニタリングの結果に応じ計画を変更している。計画変更の周知は職員情報共有ノートに記載している。専門職（看護師）からの意見を取り入れている。医師の意見などはケアマネから情報収集をしている。				
(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。	B	B	
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。	B	A	
(評価機関コメント)		(23) 入退院時にはケアマネジャーとの連携で把握している。南区認知症サポート会で共通の課題は認知症の方の徘徊についての課題と捜索協力をおこなった。地域包括との連携として年1回の面談や随時面談を実施している。しかし、近隣の事業所の情報のリスト化はしていない。 (24) 地域の施設・在宅サービスの移行時の対応について明文化したものはないが、サービス担当者会議時に引継ぎをしている。相談窓口は重要事項説明書及びホームページに記載している。				

(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) 業務マニュアルは見やすいものになっている。業務マニュアルの見直しは毎年1回以上している。 (26) 介護ソフトをよかぜを活用してタブレットから入力している。個別援助計画の項目にそった記録をしている。しかし、個人情報保護の記録の保管に関する事項は明文化していない。また、個人情報開示規程はない。 (27) 職員共有ノート、職員ミーティング、朝礼で共有している。また、タブレットを使用し、利用者の記録などについて情報共有を行っている。 (28) 家族との情報交換は連絡帳を活用している。また、サービス利用時の様子は、送迎時・サービス担当者会議で意見交換をしている。行事・レクリエーションの時は写真を渡している。コロナ時は利用者宅への説明を電話にてすみやかに行った。		

(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	B
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) 感染症対策マニュアルを整備している。マニュアルの更新は1年に1回行っている。感染研修はオンラインで参加している。コロナ発生時、迅速な対応で感染予防を行った。感染症対策については個別の入浴対応などの体制を取っている。感染症対策のシミュレーションは実施したが、BCPは作成中である。 (30) 清潔、整理整頓がされている。清掃は職員が毎日、浴室は職員による毎日及び業者による清掃がある。臭気対策として換気を常時おこなっている。		

(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	A
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。	C	C

		(評価機関コメント) (31) 事故発生マニュアルを整備している。不審者がいる場合、通報できる防犯設備を設置している。マニュアルの変更時は職員ミーティングで周知している。消防訓練を定期的実施するとともに、AEDの訓練を行っている。事故発生時に連絡・報告経路はマニュアルで明確化されている。 (32) 事故報告・ヒヤリハットの書式を整備し、原因の分析と再発防止対策を立案している。ヒヤリハットは積極的に出している。リスクマネジメントを社員会議で全職員参加し、再発防止対策を周知している。同会議でマニュアルの見直しをしている。報告は家族・ケアマネジャーにしている。 (33) 非常災害マニュアルを整備している。マニュアルに関する周知は職員ミーティングで実施している。火災想定避難訓練を年2回実施している。職員の安否確認はLINEを使用している。消防計画に指揮命令系統は記載されている。 (34) 感染症対策のシミュレーションは実施したが、BCPは作成中である。
--	--	---

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	B	
	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)	35) 利用者の人権については運営規程に明記されている。認知症の方についても本人の意思を尊重した関わりを大切にしている。(施設ではお粥を提供されていたが、本人の意向があり、ケアマネを通じて確認を取りご飯の提供をしている) 利用者アンケートとして私書箱を準備している。自身で出せない方については職員で聞き取りを行っている。基本的人権の研修については会社として実施している。 36) 「虐待の防止のための指針」が整備し、研修は大学の講師の方に来てもらったり施設長が行っている。虐待防止の担当者を定め、発生又は再発のための話し合いの場を持っている。虐待防止法についての研修を実施し周知を行っている。 身体拘束禁止をマニュアルに規定している。不適切ケアが生じた場合の対応としてライブカメラの設置をしている。 37) プライバシー保護の配慮については、入浴介助場面において同性介助を基本とし、利用者本人にも確認を取っている。プライバシー保護についての勉強会や研修を実施している。しかし、プライバシーの保護についてのマニュアルなど明文化したものは確認出来なかった。 38) 定員に関して受け入れが難しいケースについてはお断りしているが、それ以外では認知症症状が強く出ている方や胃瘻の方も受け入れを行っている。医療機器が揃っていない等の支援困難ケース等についてはケアマネジャーと相談しながら行っている。				
	(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)	39) ご意見BOXを設置し、利用者の意向を聞き出す工夫をしている。家族からの意向も連絡帳や直接聞き取るなどしている。日頃から複数の職員が関わることで相談しやすい関係を作っている。意思を表明しにくい利用者については意向を聞く工夫をし、会議においても共有している。利用者の意向・要望・苦情については職員会議にて共有している。利用者の個別面談については、計画書の説明の際に実施している。 40) 苦情処理対応マニュアルを整備し、起こったことは記録に残し施設長か所長に報告されるなどの解決の仕組みがある。意見・要望・苦情についての公開はケアマネには公開しているが外部への公開は出来ていない。 41) 第三者を相談窓口として設置しており、契約書、重要事項説明書に記載している。相談窓口の連絡先等については事務所入り口に設置している。苦情の対応についてはその日の内に解決できるように対応している。必要な時には顧問弁護士にも入ってもらっている。しかし、利用者の相談の機会としては、外部の人材は受け入れていない。				

(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てている	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	B	B
(評価機関コメント)	42) 食事やレクリエーション等の活動について年1回満足度アンケートを実施している。アンケート結果を分析し、職員会議にて話し合い取り組みを検討、改善を行っている。分析・検討結果に基づいて検討する仕組みもある。 43) サービスの質の向上に関しては職員会議（毎月）にて検討している。参加出来なかった職員に関しては職員共有ノートで周知している。サービス改善としてはパートからの声も反映して取り組みにつなげている。近郊のデイサービスを見学に行くなどして他事業所の取り組み等の情報収集を行っている。 44) 評価を行う担当者としては、施設長、所長、生活相談員が担っている。第三者評価は今回初受診である。自主点検以外の自己評価は実施できていない。			