様式７

介護サービス第三者評価事業

アドバイス・レポート

令和８年４月１４日

令和８年１月９日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（　特別養護老人ホームももやま　）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（※）	1）地域との連携と交流 地域との連携や交流に積極的に取り組んでいる状況が確認できました。ボランティア登録者は６０名おられ、施設内外の活動に継続的に参加されています。また、地域行事への参加や地域住民が施設のクラブ活動に参加する機会が設けられ、相互交流が図られています。さらに、地域包括支援センターを通じて行事予定が配布されるなど、地域との情報共有体制も整備されています。これらの取組により、施設と地域が一体となった運営体制が構築されていると評価できます。 2）労働環境への配慮 職員が働きやすい労働環境の整備に配慮した取り組みが行われています。個々の職員の状況に応じた対応がなされており、自己申告シートを活用した職員面談を実施することで、職員の意向や課題を把握する仕組みが整えられています。また、職員が相談しやすい環境づくりに努められており、ユニットリーダーが日常的に声をかけ、話しやすい関係性の構築が図られています。 さらに、産前産後休業および育児休業の取得についても配慮がなされ、職員が安心して継続就労できる体制が整備されています。 3）感染症の対策及び予防 感染症予防および発生時対応マニュアル、ならびにＢＣＰ（事業継続計画）に基づく感染症対応マニュアルを整備し、多職種が連携して継続的に取り組まれていました。協力医療機関の看護師や地域連携室職員による施設見学を通じ、アルコールやマスクの使用・管理方法について専門的助言を受け、その内容を具体的な改善に反映されています。外部の視点を積極的に取り入れ、実効性の高い感染症対策の強化に努められている点が高く評価されます。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1）利用者・家族の希望尊重 サービス担当者会議への利用者・家族の参加は現状では限定的で、入所時に打診しても希望される家族が少ない状況とのことでした。個別事情により参加が難しい場合もありますが、直接意向を伺う機会を増やすことで、小さな意見や新たな気づきにつながる可能性があります。参加しやすい環境づくりに向けた工夫をされてはいかがでしょうか。

様式７

特に改善が望まれる点とその理由（※）	**2) 施設環境や設備等の改善** 施設内の清掃は、外部の清掃業者に委託され清潔に保たれていましたが、一方で、見学の際に備品が雑然と置かれている箇所があり、整理整頓の徹底が求められます。定期的な点検や収納方法の工夫により、安全性や作業効率の向上が望まれます。建物の老朽化においても修繕計画を策定されてはいかがでしょうか。 **3) 利用者満足度の向上の取り組み** 満足度調査や苦情対応については、寄せられた意見を基に改善が図られているものの、その結果が利用者・家族へ十分に共有されていない点が見受けられました。また、前年度との比較や数値的な整理も限定的でした。「声を聴いた」「改善した」「その結果どう変わったか」という一連のプロセスを分かりやすく示す工夫をされてはいかがでしょうか。
具体的なアドバイス	**1) 利用者・家族の希望尊重** サービス担当者会議への参加促進に向け、いくつかの工夫が考えられます。契約時や重要事項説明書において、本人・家族の会議参加を推奨する旨を明記し、その意義を丁寧に伝えることが有効です。また、開催日時を固定せず、定期的に見直すことで家族が参加しやすい日程を検討することも望まれます。さらに、ＩＣＴを活用し、オンライン参加の環境を整えることで、遠方や多忙な家族の参加促進が期待できると思われます。 **2) 環境や設備等の改善** 施設内の収納スペースには一定の制約がある状況が見受けられますが、物品の配置や整理整頓を工夫することで、利用者および職員がより快適に過ごせる環境づくりにつながるものと考えられます。日常的な整理整頓を意識した取組を継続することにより、施設内の安全性の向上や、業務の効率化も期待できると思われます。 また、建物の老朽化については、現状を踏まえた計画的な修繕を進めることが重要です。中・長期的な視点で修繕計画を策定し、その内容や進捗を職員へ周知することで、施設全体で共通認識を持った対応が可能となります。これにより、利用者が安心して生活できる環境の維持とともに、職員が安全かつ安心して就労できる職場環境の確保につながると思われます。 **3) 利用者満足度の向上の取組み** 満足度調査や苦情対応については、「寄せられた声」「対応・改善内容」「その後の変化」を整理した簡易報告書を作成し、掲示や家族への配布により共有することが有効と考えられます。数値化が難しい場合でも、具体的な事例やエピソードを示すことで、取組内容が分かりやすく伝わり、利用者・家族の理解促進や満足度向上につながるものと思われます。

※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	2670900444
事業所名	特別養護老人ホーム　ももやま
受診メインサービス（1種類のみ）	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス（複数記入可）	通所介護・訪問介護・居宅介護支援 短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和8年1月27日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)理念はパンフレットへの記載や施設内掲示により明示されています。年度末の全体会議や研修において施設長が運営方針や目指すケアを説明し、周知されています。さらにケアプラン送付時やホームページを通じて、家族にも継続的に共有されています。 2)理事会は年３回開催されています。各部門会議から経営会議へ意見が上がる体制を整え、理事会内容は施設長会議を通じて各施設に共有されています。今後の組織の強化に向けた、将来像検討委員会では施設長を中心にプロジェクトを立ち上げ、若手職員も参画されています。		
	(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。	A	A
		（評価機関コメント）		3)中・長期計画を策定し、これに基づき単年度計画を作成されています。法改正や施設長会議等で内容を共有し、進捗状況は各部会議で検討されています。四半期ごとに評価・分析を行い、改善に反映されています。一方、事業計画は備え置かれているものの、家族や利用者への説明機会は設けられていませんでした。家族への理解をより一層深める工夫をされてはいかがでしょうか 4)「ももやま」全体および各事業所で事業報告を作成し、年度の成果や課題を把握した上で次年度の目標を立案されています。課題や目標は具体的・数値的に設定し、四半期ごとに分析シートで進捗状況を管理されています。中間振り返りにより年度途中で見直しを行い、各会議で共有するとともに、財務担当理事が毎月収支状況について助言されています。		
	(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。	A	A
		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）	5)管理者は雇用管理責任者講習や京都市老人福祉施設協議会の研修を受講されています。法令は一覧化し、法人ネットワークフォルダで最新情報を全職員が閲覧できる体制になっています。年１回１０月に法令遵守研修を実施し、録画配信により全職員が受講できるようにされています。 6)法人ホームページに理事長メッセージを掲載し、新規・中途採用職員は理事長理念の研修を受講されています。運営方針は各部会議で決定され、施設長や管理者も参加されています。施設長は年間を通じて個別面談を実施し、全職員対象の自己申告書面談も行われています。 7)施設長・管理者は携帯電話を所持し、コミュニケーションツールで常に連絡が取れる体制を整えられています。マネージャー、サブマネージャー、居宅介護支援専門員にも携帯電話を支給してされています。管理者は介護記録ソフトで実施状況を確認し、事故等の緊急事態はマニュアルに従い、直ちに事業所に連絡し、役職者が指示・対応する体制が構築されています。

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	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。	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）		8)キャリアマップや役職者ハンドブックに職種ごとの目標基準や職責を明記しています。役職者は年１回自己評価を提出し上司が確認されています。昇格規定は明確化され、人事検討会議で統一評価を行い、管理職昇格は複数名の評価表作成や推薦状、作文、法人内の他施設の施設長の面接を経て決定されています。 9)宿直の看護師を配置し、社会福祉士・正看護師・柔道整復師・介護支援専門員も適正に配置されています。研修委員会で介護福祉士や介護支援専門員の資格取得支援を行い、実務者研修は他法人と合同で実施されています。高校生・外国人・シニア層の採用にも取り組み、法人でリクルートチームを組織し、人事部長を中心に若手職員も採用活動に参加しています。 10)キャリアパスに応じた法人研修計画に基づき職員は研修を受講されています。３年目以上にはリーダー研修を年３回、マネージャー以上には評価者研修を実施されています。外部研修は掲示板で周知し、必要な研修は業務として受講、費用は施設が負担されています。年度末に研修計画を評価・見直し、資格取得支援や法人全体の事例検討会・福祉用具勉強会も行われています。 11)毎月、学校や専門機関からの実習を受け入れられており、施設サービスと在宅サービスの両面から多様な実習プログラムを実施されています。実習指導者は研修を積極的に受講し、後継者育成にも努められています。社会福祉士３名、介護福祉士４名の指導者が在宅や特養、地域イベントも含めた実習を提供されています。		
	(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）		12)法人事務局では、超過勤務や年次有給休暇の残日数を適切に管理されています。マネジャーやサブマネジャーも残日数を確認されています。育児・介護休業など相談しやすい体制を整え、短時間正職員制度により子育て・介護との両立を支援されています。現場には安全面を配慮したベットセンサーを導入されています。 13)ハラスメントの窓口を掲示し、法人事務局担当者（男性１名女性１名の２名）が対応されています。産業医の相談、外部の相談機関を掲示されています。 職員は自己申告書を提出し、それに基づいた職員面談が行われています。福利厚生は「けんこう会」が組織され、懇親会・旅行など実施されています。ハラスメントは就業規則に明記し、カスタマーハラスメントは重要事項説明書に明記されています。		

(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）		14) インスタグラムやホームページを活用して情報発信を行われています。児童館と共同で地域行事や祭りに参加し、住民の参加を奨励するなど地域交流の拠点として活動されています。施設行事カレンダーの配布や、移動販売・書道教室・塗り絵教室の案内も行い、玄関掲示や地域包括支援センターの職員を通じて地域住民と積極的に交流されています。 15) ボランティアの会則や受け入れマニュアルを整備し、約６０名のボランティアを積極的に受け入れ、年１回、感謝の集いを開催し、食事交流会を実施されています。 また、チャレンジ体験や小学校の授業の一環として小学生の受け入れも行い、学校教育への協力にも取り組んでおられます。 16) 地域ケア会議やすこやか学級等の地域活動に場所を提供するとともに、社会福祉協議会のイベントにも協力し、地域貢献に努められています。地域サロン・集いの開催など、交流活動に協力されています。今後は地域住民への昼食提供も検討されています。		

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、ホームページ、ＳＮＳなど複数の媒体を活用し、事業所の情報発信に取り組まれています。見学希望にも柔軟に対応され、入所前にはショートステイでの体験利用も行われており、利用者が安心して選択できる環境が整っています		

(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) サービス開始時には、契約書や重要事項説明書を用いて内容や料金について丁寧に説明し家族や後見人の理解と同意を得られています。成年後見人制度については同一施設内の地域包括支援センターと連携しながら適切に対応されています。		

(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。	B	B
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) プランの更新時・状態変化時には必要なアセスメントを実施されており、利用者のニーズが計画書に反映されています。 20) サービス担当者会議前には利用者・家族の要望の聴き取りをされていましたが、サービス担当者会議への家族の参加がされていませんでしたので、オンライン等の活用をされてはいかがでしょうか。 21) サービス担当者会議には多職種が出席されており、必要な情報を共有されています。 22) ３カ月ごとに計画を振り返りながらモニタリングを実施し、カンファレンスに臨まれており、計画書をユニットのスタッフルームに置き、職員が常に内容を確認できる体制を整えられています。		

(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。	B	A
	（評価機関コメント）		23)協力医療機関と共同会議を実施し、配置医師と２４時間連絡可能な体制を整えられています。地域包括支援センターとも常時連携されています。 24)退所業務マニュアルに基づき、長期入院時の引継ぎや物品管理を明確にされています。医療機関や他施設と常時連携し、治療継続や転所時も円滑なサービス移行を実現されています。		

(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	B
	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)業務マニュアルは年１回更新されていますが、実効性を検証する仕組みは確認できませんでした。現場に即した改善に向け協議は行われていますが、分析結果を反映した見直しをされてはいかがでしょうか。 26)個人情報に係る基本方針、基本規定は策定されています。個人情報の取り扱いについて、職員に対し周知するとともに研修を行い遵守に努めておられましたが、持ち出しに関する規定が確認できませんでした。 27)利用者情報はパスワード管理のもとネットワークで共有され、全部署が閲覧可能となっています。連絡ノートやカンファレンス記録の回覧により、職員間の情報共有体制が整備されています。 28)面会制限を設けず、日常的な面会や意向確認が可能な体制を整えられています。３カ月に１回写真・手紙の送付により、家族への情報提供をされています。		

(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	B
	（評価機関コメント）		29)多職種や他施設と連携し、月１回の感染対策・衛生委員会を開催されています。 感染症発生時はＢＣＰ（事業継続計画）やマニュアルに基づき対応し、個室利用で二次感染防止に努めるほか、定期研修や医療機関の指導により予防体制を強化されています。 30)倉庫不足など構造的課題はあるものの、利用者の安全と職員の利便性を考慮し、廊下への物品配置については改善が望まれます。		

(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。	A	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。	B	A
	（評価機関コメント）		31)月１回の事故・苦情対策委員会でマニュアル見直しや事故傾向の分析を行い、対策を検討・共有されています。転倒や誤嚥、夜間搬送などのマニュアルを整備し、年２回の緊急時対応・事故防止研修を義務化して実施されています。 32)事故・ヒヤリハットに関するマニュアルを年１回見直し、月１回の事故対策委員会やユニット内で事例を共有・検討して即時対応されています。リーダー以上による運営会議でも情報共有を徹底し、細かな事案も積極的に報告・検討されています。 33)年２回の消防署立ち合いによる総合防火訓練を実施されています。防災計画は毎年見直し、地域の訓練にも参加して連携体制を強化されています。食事委託会社との月例会議で備蓄管理も徹底されています。 34)自然災害・感染症に備えたＢＣＰは法人で作成され、二次災害への対応も含まれています。研修や災害想定シミュレーション訓練を通じて、職員の理解促進が図られています。		

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）		35)事業計画に権利擁護を明記し、全職員が虐待の芽チェックリストに取り組み、分析・注意喚起されています。接遇改善や倫理研修、傾聴ボランティアの活用など、利用者の意思決定支援と権利擁護に積極的に取り組まれています。 36)身体拘束廃止・虐待防止委員会を３カ月ごとに開催し、ベットセンサーの適正使用確認など基本方針を検討されています。年２回の研修で知識向上に努め、不適切ケア発生時はヒアリングと再発防止会議を実施し、行政・利用者・家族への報告・説明もされています。 37)プライバシー保護のため年１回研修を実施されています。多床室の音や照明などハード面の課題はあるものの、言葉かけや羞恥心への配慮、居室入室時の声掛け、遮光カーテン設置、面会用別室や交流スペース活用など接遇面での工夫をされています。 38)入所判定委員会では、第三者委員や居宅介護支援専門員、施設の多職種が合議で入所者を選定されており、事前に医師の診断書確認も行われています。医療的理由で受け入れ困難な場合は介護支援専門員と連携し、他事業所への紹介が行われていました。		
	(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。	B	B
		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	A
		第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口に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。	A	A
		（評価機関コメント）		39)玄関や各フロアの意見箱、サービス計画書を活用し意向把握が行われています。寄せられた意見や苦情は運営会議で共有され、改善に努められていました。個別面接の随時の実施はされていましたが、定期的な実施は確認できませんでした。 40)事故・苦情対策委員会を月１回開催し、事故、苦情に関する情報共有と改善が行われています。具体的な内容については部署内で記録を回覧されています。匿名化したうえで、苦情内容を法人全体としてホームページ等で公表されています。 41)第三者委員を２名依頼し、連絡先を重要事項説明書に明記されています。連絡先はより周知を図るため、館内の目立つ場所への掲示を検討されてはいかがでしょうか。		
	(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	B	B
		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)年１回、利用者・家族を対象にアンケートを実施し、集計結果を施設運営会議およびユニット会議で周知分析されています。サービス向上に活用されていましたが、具体的な改善の評価比較には至っていませんでした。改善結果を利用者、家族へ送付されることが望まれます。 43)施設内外で定期的に会議や部会を開催し、専門職間や他事業所との情報共有を通じてサービスの質向上に取り組まれています。 44)年１回以上の自己評価は実施されていませんでしたが、３年に１回の法人内部監査により、他施設職員の視点を取り入れた評価と講評が行われ、業務改善に活かされています。今後は種別会議で基準を整備し、年１回の相互評価を検討すると、継続的な質の向上が期待できると思われます。		