

〔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:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成24年10月27日(土)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くるみ会 (施設名)共同生活事業所 西尾	種別:(施設種別)共同生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(統括責任者)山口 昌司	定員(利用人数):15名
所在地:〒445-0031 愛知県西尾市家武町深篠96	TEL: 0563-52-2565

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆理念に則った事業所(ホーム)運営 ホームでの暮らしの支援を、単に日中支援活動の附属的要素と考えず、法人の理念の根底に流れる“ノーマライゼーション”の実現に向けての取り組みの一環としてとらえている。第1号のホーム建設から既に16年を経ており、利用者の高齢化は否めないが、「障害者自立支援法」の目指す“自主・自立”と、法人の唱える理念の実現に向けて、統括責任者を中心に真正面からの取り組みを展開している。</p> <p>◆地域交流・連携 「平成24年度事業計画」において、地域と連携して町内イベントへの積極的な参加を表明している。町内清掃、お祭り、防災訓練、地域ごとの季節行事等に参加し、さらにボランティアの受け入れや回覧板によって地域情報を収集し、その情報を利用者の余暇活動の支援に役立てている。地域交流も、“ノーマライゼーション”の実現に向けての取り組みである。</p> <p>◆利用者の高齢化対策 利用者の高齢化は法人全体の大きな課題であり、利用者・保護者からも、「親亡き後」の福祉ニーズとして高い関心事となっている。対策の1番手として、「身体介護力の向上」に取り組み、必要人材を養成すべくヘルパー資格取得のための研修参加を推奨している。さらに、「高齢者用ホーム」の建設が計画段階にある。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の必要性 先行きの不透明感が強いことを理由として、事業所独自の中期計画(3年間)には会議体中心の計画が作成されている。しかし、福祉ニーズの収集・分析によって、具体的に「ホーム増設」や「職員の介護力向上」が方針として打ち出されているのも事実である。利用者の今の暮らしだけでなく、将来に亘っての充実した生活を担保すべき要素を取り込んだ中・長期的計画の策定が待たれる。盛り込むべき要素を例示すれば、「ホームでの生活」、「建物、設備」、「職員育成」、「地域交流」、「安全・防災」等であろうか。</p> <p>◆P-D-C-Aサイクルの確立 事業計画に基づいた活動の多くは、その実行・実施が残された記録類から確認できたが、終了後に評価・見直しに至っていない例が散見された。本評価制度の評価基準中に、「体制が確立し」や「体制を整備し」等の記述のある項目はもとより、日常的なサービス提供についても評価・見直しの実施が求められる。サービスの質の向上や円滑な事業所運営を可能なものとするためにも、P-D-C-Aの意識の定着に期待したい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人事業所は最初の事業所設立から既に16年以上が経過し、今回初めて第三者評価を受審しました。直接担当者は初めての事ばかりで、正直戸惑ったと思いますが、今回の受審で“如何に事業所内での整備が大切か”“他者からどのように見えるのか”を意識し考え、よく頑張ってくれたと思います。

今後、時代の流れ・制度の変更なども注視しつつ「法人理念」と「事業所の基本方針」に沿った更なる内容の充実と整備に向けて改善していきます。その為に評価結果から改善ポイント等が示されたものと考えています。

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

		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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

法人としての確固たる理念を有しており、伝統に裏打ちされた確かな支援の礎となっている。さらに、理念を事業所独自の方針に展開し、事業所運営の方向性を示している。
世話人個々には、年齢、性別、過去の経験、意識レベル等々、大きな格差がみられるが、定期的に行われる各種会議(支援者会議、サビ管調整会議等)の中で周知を図っている。利用者に関しては、利用者個々の理解力や判断能力の差に配慮した方法での伝達は行われておらず、十分な周知には至っていない。文字サイズを大きくしたり、漢字にルビを振る等の改善策が試行中であり、その効果に期待したい。

I-2 計画の策定

		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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

先行きの不透明感が強いことを理由として、事業所独自の中期計画(3年間)には会議体中心の計画が作成されている。単年度の事業計画は詳細な内容を含んでいるが、中・長期計画の内容が希薄なことから連動性はない。事業計画については、年度終了時の事業報告書において活動・取り組みの成果が判定できるような数値目標を設定するなど、職員のモチベーション維持にも留意されることが望ましい。
事業計画の策定は、統轄責任者(管理者)とサービス管理責任者とで大まかなフレームを定め、各担当者(係=委員会)が年間計画を作成している。利用者、家族への周知に関しては、周知方法に工夫を凝らしており、その効果が期待され

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		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 ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ 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 ・ c

評価機関のコメント

「役割基準書」別表4に「役職者として求められる要素」が記載されており、統括責任者(管理者)の責務は職員に伝わっている。今年度に法制化される「障害者虐待防止法」への周知・理解のための取り組みは十分であるが、今後重要となることが予測されている「介護保険法」への取り組みは遅れている。
サービスの質の向上には積極的な姿勢で取り組んでおり、第三者評価受審に関しては法人全体の牽引者でもある。中堅、若手職員に、「介護保険」に関連する資格取得を推進したり、ケアホーム・グループホームの効率的な運営を図るための組み替えを考察したりと、業務改善にも力を注いでいる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

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

評価機関のコメント

経営に関する情報は、県や市からの連絡文書の他、所属している障害者施設の団体を経由して収集している。課題は法人の「経営会議」に挙げて検討しており、「体験型ホームの建設」や「高齢化対策」が当面の緊急課題となっている。
税理士や公認会計士による外部監査は実施されていないが、第三者評価を今後も継続して受審することによって改善点を摘出し、提供しているサービスの透明性を担保しようとしている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		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	a ・ Ⓑ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	非該当

評価機関のコメント

<p>「高齢化対策」を大きな課題としてとらえており、身体介護に必要な知識と技術習得に向けて取り組みが始まっている。しかし、将来に亘っての必要人材や資格に関して文書化されたものはない。また、人事考課の制度導入は検討が中断されており、実施の目途は立っていない。</p> <p>有給休暇の取得に関しては職種や職員ごとに偏りがみられ、休憩時間の確保と共に今後の課題となっている。</p> <p>「平成24年度共同生活事業所西尾・事業計画」に基本的な研修姿勢が明示されている。しかし、職員個々への落とし込みが無く、教育・研修実施後に、「出張報告書」の提出を求めているが、教育効果を検証するための仕組みはない。</p>	
---	--

II-3 安全管理

			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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

<p>利用者の安全を確保するためのマニュアルや、緊急時の職員連絡網が整備されている。年間計画に従って、毎月防災訓練を実施しており、開催ごとに条件設定を変えて対応力を養っている。利用者の身体能力や障害特性に配慮し、市が定めた指定避難所とは別の避難場所を取り決めている。</p> <p>誤薬事故があったため、「投薬管理手順書」を改訂して再発の防止に努めている。</p>	
--	--

II-4 地域との交流と連携

			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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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 ・ 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 ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の理念の根底に流れるのは“ノーマライゼーション”であり、その具現のために地域との交流・連携を大きなテーマとして考えている。地域行事に積極的に参加するにとどまらず、回覧板やボランティアの受け入れ等、様々な方法で地域情報を得ており、その情報を有効に使うって利用者の余暇活動の支援に役立っている。
夜間に世話人が不在となるホームでは、非常時や緊急時の連絡体制には万全を期している。
法人が運営する施設の利用者・保護者からの近未来的な福祉ニーズの把握はできているが、地域全般にわたっての潜在的ニーズをつかみきいていない。ニーズ分析から、「体験型ホーム」、「高齢者ホーム」等が検討されている。

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

			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 ・ 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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	㉠ ・ b ・ 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 ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

弁護士による虐待防止の教育や、入浴、食事等で手順の中に尊厳やプライバシーを守る姿勢等について触れるようにしている。手順は見直しもかけている。
利用者の希望を実現するために、遅番と外出する取り組みがあったが今は遅番がいないので実施していない。ひまわり会(自治会)の活動があり、アンケート実施や要望の把握に役立っている。
苦情と要望の違い、組織として解決に取り組むレベルの基準等が未整備であることから、順次整理して管理体制の充実を図られることを望みたい。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

			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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

第三者評価受審までに至る準備活動は、統括責任者を中心として計画的に行われてきた。今回の第三者評価受審で得た気づきを、職員全体の改善活動として役立ててもらいたい。サービスの標準的な手順は、個別に援助するうえでの一定水準を保つのに役立つので、必要と思われる分野については整備されることが望ましい。

個別支援計画の実施状況を確認できるサービス提供の記録を整えれば、日中の支援を含めたP-D-C-Aのサイクルを円滑に回すことが可能となる。さらに、記録は世話人部屋から原則出ないということなので、職員の方から積極的に確認に行くことによって、モニタリングに役立てることも可能となろう。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

字や写真だけでは伝えきれないということで、動画での情報提供を行っている。理解力や判断能力に個人差がある利用者にとっては、理解しやすい取り組みである。

文書に関してひらがなのルビがふってあったり、個別支援計画書がA3の大ききで作成されているなど、見やすくすることにも配慮されている。

ホームから出た時の想定に基づき、引継ぎできるように担当者や仕事内容を考えている。死亡された場合の対応も含んで、対応手順を考えていた。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		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	a ・ (b) ・ 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) ・ 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 ・ (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	a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

アセスメントは、サービス計画作成の一連の流れに沿って行われている。年2回の見直し、作成を行い、書式についても見直しをかけている。しかし、サービス提供後の評価について、達成・未達成を判断するのは何をもってするのか、明確になっていないケースもあった。利用者・保護者をも含め、一緒に考えられたい。

地域移行連絡会議を行い、移行の担当係も設けているが、利用者を取り巻く環境が大きく影響しており、実際に移行した実績はない。年間計画で啓発や情報収集・提供などについての進捗も報告されており、積極的な活動になっている。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		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	a ・ (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	a ・ (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) ・ 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	(a) ・ b ・ 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 ・ (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) ・ 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	(a) ・ b ・ 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	(a) ・ b ・ c
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	(a) ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ (b) ・ c

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 ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
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	㉑ ・ b ・ c
	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

視覚化、選択など、言語以外のコミュニケーションを行っている。利用者の要望や現在の支援状況の問題点から、入浴時の椅子、マットの改善など行っている。食事、入浴、排泄等は自立がほとんどだが、トラブルを想定した手順の作成も検討の余地がある。

健診や予防接種などは計画的に実施しており、通院担当職員を置いている。薬管理については、以前誤薬事故があったことから二重チェックをする再発防止策がとられているが、それらを文書化したり、以前の処方で使い残した今使っていない薬についても、その管理方法を明確にすることが必要であろう。