

〔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27年2月19日(木)

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 一色	種別：(施設種別)共同生活援助 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(統括責任者)山口 礼	定員(利用人数)：19名
所在地：〒445－0031 愛知県西尾市家武町深篠96番地	
TEL：0563－52－2565	

③総評

◇特に評価の高い点

◆創業者の思い

平成6年にグループホームの開設を実現し、制度が成熟していない時期に業界の先駆けとして尽力された創業者をもつ法人としての自負がうかがわれた。その創業者としての思いが現在のホームの在り方にも脈々と受け継がれている。制度が変わり、マニュアル化、経費削減等を余儀なくされることがあったとしても、やはり原点としての「ノーマライゼーション」、「互いに助け合えるシステム」は変わらないことが印象づけられた。

◆新たな取り組み

管理者が代わり、新たに中長期事業計画が作成されていた。計画自体は具現化しておらず、さらなる熟成が求められるが、統括責任者をトップとするリーダーや職員の思いが皆同じ方向を向き、熱い思いが感じられた。統括責任者がさらなるリーダーシップを発揮し、次年度開設を計画しているグループホームを手始めとして、いくつかの実践を重ねることでグループホームのレジェンド的な存在になることを期待したい。実際、そのポテンシャルを発揮できる土壌であることは言うまでもない。

◇改善を求められる点

◆職員の職場環境の改善

様々な理由や原因があつてのことと推察できるが、利用者アンケートで「職員に余裕がない」と多くの利用者が答えている。言うまでもなく、支援の場の主役は利用者である。たとえ地域生活の場であるグループホームであっても、世話人や関係する職員に余裕がなく、利用者への相談援助が十分に行われていないのであれば、その声は真摯に受け止めて何らかの改善は必要であろう。介護職員不足は慢性的な問題であり、根本的な解決は非常に困難だと思われるが、法人全体の課題としても出ていることなので、今後の抜本的な対策に期待したい。

◆キャリアパスの策定

メリット、デメリットがあるとは思われるが、人事考課制度の導入を検討されたい。組織も大きいことから、今後はさらに納得性のある人事管理が求められる。それには、法人の求める人材像を人事考課制度に落とし込み、自分に求められる役割を明確にするキャリアパスとの連動が必要になる。導入は簡単ではないが、一考に値すると思われる。これによって、職員の帰属意識が高まり、安定的な雇用が確保され、「人材」を「人財」にできる可能性が上がると思われる。福祉は「人なり」。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価では、利用者ヒアリングで浮彫になった課題、“職員に余裕がない”ことへの対応を早急にする必要があるということが分かりました。自分たちには“一人ひとりの求める暮らしを支えます”という基本方針と、(節度をもって一緒に楽しむ)というモットー、がありながら、日々の関わりの中で利用者さんの思いを置き去りにしていたのではないか？ということに気づかされました。職員が常に気持ちに余裕をもって仕事をする為には何が必要かを皆で考えつつ職場環境の整備を行っていきます。貴重なご意見を有難うございました。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人理念は明文化されており、パンフレット、ホームページ等によって気軽に見ることができ、職員や利用者、家族だけでなく、地域の方々にも周知されている。法人の理念を基にした「ホームのモットー」、「ホーム基本方針」を定め、パート職員を含めた全職員に配布して周知している。これを「マインドマップ」として図式化し、利用者及び家族へも分かりやすく説明している。

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

評価機関のコメント

中・長期計画は策定されているが、実行性については管理者の思いの域にあり、事業所全体の計画としてはまとめきれていない。ただし、「利用者の高齢化対策」等の課題は明確になっており、組織全体での職員間の共有化もなされ、事業計画に落とし込みもそれほど困難ではないと思われる。

利用者・家族へも自治会・保護者会等で今後の方針を伝えており、事業所の計画を周知する機会を作っている。今後は、課題の明文化、進捗状況の的確な把握を行っていくことで、より精度の高い事業計画になっていくことを期待したい。

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	a ・ ㉡ ・ c

評価機関のコメント

事業所独自に組織図を作成し、職員各自の役割をわかりやすく示す工夫をしている。また、事業所の課題も明確に把握しており、管理者としての責任感と意欲は感じられる。ただし、役割と責任は一体的であるため、まずは、管理者、リーダー等の明確な役割と責任を示すことで、組織としてのコンプライアンス意識の向上にもつなげてもらいたい。

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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

総合支援法に変わるなど、事業経営を取り巻く環境は大きく変わっていく中で、様々なところから有効な情報を得て、的確な判断に基づく事業所運営が果たされている。また、第三者評価の継続受審、税理士事務所と契約して外部監査を実施していることから、事業の透明性を図る、説明責任を果たすなどの積極的な取り組みが見られる。今後必要とされる事業運営の「見える化」から「見せる化」を目指す姿勢がうかがえる。

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 ・ ㉡ ・ c

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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

過去に人事考課制度があったが、長くは続かず今は行っていない。人事考課制度を職員理解の下で、職員の能力開発（成長の機会）にとらえれば、キャリアパス制度と相まって、法人の求める人材を明らかにするために、組織にとって大いに寄与するものと思われる。

利用者アンケートでは、大半の利用者が職員に余裕がないと答えている。このことを真摯に受け止め、「目指すべきホーム像」のために何をすべきかをロジカルに考える必要がある。研修実施後に研修レポートの提出を求めているが、教育効果を検証するための取り組みが不十分である。人材を人財に変えていくためにも、早急に取り組むべき課題とすることを望みたい。

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	㉔ ・ b ・ c	

評価機関のコメント

利用者の安心・安全な生活を支えるためのマニュアルや、緊急時の連絡先、職員連絡網の整備はできている。あとは、定期的なマニュアルの見直しや状況変化等による不定期な見直しをシステム化し、担当者だけではなく、管理者、リーダーの積極的な関わりを期待したい。また、今後予想される南海トラフ大地震に備えたBCP（事業継続計画）の作成に取り組むことで、より安心・安全なホームとしての確立を期待したい。

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	㊦ ・ 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	㊦ ・ b ・ 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	㊦ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

利用者の地域における安心・安全な生活を支えるためのマニュアルや考え方が事業計画において明示されている。その実践として、地域まつりへの参加など、日常的に地域の方々とのふれあいができる機会が設けられている。 西尾市の自立支援協議会の委員として参加し、積極的に地域関係機関との連携を図ると共に、その中心的役割を担っている。中長期事業計画にも地域ニーズから生まれた事業が網羅されており、来年度には新たなグループホームが開設予定となっている。			
--	--	--	--

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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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

権利擁護の研修会に参加し、組織で利用者尊重や基本的人権の配慮について勉強し、更に弁護士から虐待防止への理解を深める教育を受ける機会を設けるなど、利用者尊重への積極的な取り組みが見られる。身体拘束においては利用者の特性に配慮し、適切に対応している。利用者満足の上昇の取り組みとして、利用者の希望を実現することに積極的に取り組んでいる。更に満足度調査を行い、調査結果を事業所運営に活かしている。利用者からの相談や意見をホームだけで完結させず、日中支援者との連携を図って利用者の意見や要望を活かす仕組みがある。利用者からの意見には、迅速を期す必要があるものもある。そのためにも、対応の手順、対応策の作成の手順、それらを含めた一連の規程の作成が望まれる。			
--	--	--	--

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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	⑥ ・ b ・ 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	⑥ ・ b ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

第三者評価係を設置して自己評価を行ったが、評価結果を分析、検討することが実行されておらず、改善実施計画の策定への取り組みが課題である。

マニュアルの見直しは随時行っており、改訂日は明確にされていた。ホームごとに記録手段の違いがあり、情報共有かつ簡素化のためにも文書・記録類の様式統一が望まれる。職員間の情報共有として、毎月1回のホーム支援者会議、その後のミニ会議を行うなど、問題解決、利用者ニーズ、状況確認等、必要な情報共有を図る仕組みはある。しかし、必要な情報が支援の現場に届いていないケースもあり、的確に届くような仕組み作りが課題である。

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	⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

ホームの見学会を随時実施しており、体験利用ができていないものの、多くの利用希望が出ている。このことから、情報提供は十分と言える。しかし、重要事項説明書等の書類には、理解力が乏しかったり判断能力に欠ける利用者への配慮がなかった。代理人である家族への説明だけで良しとせず、可能な限り利用者に対しても同意を取る工夫を期待したい。

利用者を地域移行の研修やセミナーに参加させ、利用者・家族に対しては地域生活へのアンケートを行っている。サービスの継続に関する手順を定め、引継ぎに必要となる項目を網羅した記録様式等を定めておく必要がある。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントシート、サービス実施計画の見直しは定期的実施されており、関係職員との話し合いが十分にされ情報共有ができています。

サービス提供記録に「支援計画に関する支援」との項目があり、サービス実施計画とリンクさせている。支援計画に取り上げたサービスが日常的に実施できているかのチェックもでき、日々の充実したサービス提供の証となっている。

地域移行希望者への対応では、地域移行への研修等に参加させたり、アンケートを取るなどの体制を整えている段階である。利用者の希望に沿える仕組み作りを期待する。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

コミュニケーションにおいて、文字だけでなく写真、筆談を行うなどの留意事項を各個人のフェースシートに記載し、会議で共通理解を深めている。介助方法の変更等、支援上で必要が生じた場合には、利用者を交えて話し合いを行い改善を図っている。

食事については個別に支援体制ができており、選択メニューを実施したり、休日には利用者の食べたい物を聞いて要望に応えるなど、利用者の意思による選択肢が多く設けられていた。嗜好、満足度調査を行っており、食事の充実への取り組みがなされていた。

入浴、排泄、健康管理では、利用者一人ひとりへの配慮は十分にされていた。自治会で行事を計画し、立案し、実施することができており、ボランティアを巻き込んだ行事も行われていた。

ストレングスに着目し、利用者の社会生活を高める仕組みを構築し、それが利用者の自己実現へ繋がることを期待したい。