

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	シニアーズハウス久我山		
定員・室数	8 人 ・ 8 室		
有料老人ホームの類型・表示事項			
類 型	住宅型		
サ 付 登 録 の 有 無	無		
居 住 の 権 利 形 態	利用権方式		
利 用 料 の 支 払 方 式	月払い方式		
入 居 時 の 要 件	専用型（要介護のみ）		
介 護 保 険 の 利 用	居宅サービス利用可		
居 室 区 分	定員 1 人		
介護に関わる職員体制	3：1以上		
1 事業主体			
名 称	法 人 等 の 種 別 営利法人		
	フリカ`ナ 名 称	ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲシャ シニアーズサｰﾎﾟｰﾄ 株式会社シニアーズサポート	
主たる事務所の所在地		〒 168-0082	東京都杉並区久我山5-15-16
連 絡 先	電 話 番 号	03-3334-6358	
	ファックス番号	03-3333-3004	
ホ ー ム ペ ー ジ		なし	
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 村上太郎
設 立 年 月 日	平成18年6月19日		
主 な 事 業 等	住宅型有料老人ホーム・訪問介護		
事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス			
介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称 所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護		1	ネオケアパートナー 杉並区久我山5-30-4-202
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所介護		なし	
通所リハビリテーション		なし	
短期入所生活介護		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時訪問介護・看護		なし	
夜間対応型訪問介護		なし	
地域密着型通所介護		なし	
認知症対応型通所介護		なし	
小規模多機能型居宅介護		なし	
認知症対応型共同生活介護		なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）		なし	
居宅介護支援		なし	
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問入浴介護		なし	
介護予防訪問看護		なし	
介護予防訪問リハビリテーション		なし	
介護予防居宅療養管理指導		なし	
介護予防通所リハビリテーション		なし	
介護予防短期入所生活介護		なし	
介護予防短期入所療養介護		なし	
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	
介護予防福祉用具貸与		なし	
介護予防特定福祉用具販売		なし	
＜地域密着型介護予防サービス＞			
介護予防認知症対応型通所介護		なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	
介護予防支援		なし	

<介護保険施設>																	
介護老人福祉施設			なし														
介護老人保健施設			なし														
介護療養型医療施設			なし														
介護医療院			なし														
2 事業所概要																	
名 称		フリカ`ナ		シニアズ`ハウスカ`ヤマ													
		名 称		シニアーズハウス久我山													
所 在 地		〒 168-0082			東京都杉並区久我山5-15-16												
連 絡 先		電 話 番 号			03-3334-6358												
		ファックス番号			03-3333-3004												
ホ ー ム ペ ー ジなし																	
介護保険事業所番号																	
管 理 者 職 氏 名		役職名		ホーム長		氏名		村上千恵									
事 業 開 始 年 月 日		平 成 18 年 6 月 19 日															
届 出 年 月 日		平 成 25 年 3 月 14 日															
届出上の開設年月日		平 成 25 年 3 月 28 日															
特定施設入居者生活介護		新規指定年月日（初回）															
		指定の有効期間 まで															
介護予防 特定施設入居者生活介護		新規指定年月日（初回）															
		指定の有効期間 まで															
事 業 所 へ の ア ク セ ス		京王井の頭線富士見が丘駅徒歩7分															
施設・設備等の状況																	
敷 地		権利形態		－		抵当権		なし									
		面 積		198 m ²													
建 物		権利形態		賃貸借		抵当権		なし									
		延床面積		190.07 m ²		うち有料老人ホーム分		190.07 m ²									
		竣工日		昭 和 40 年 5 月 31 日													
		階 数		地上		2 階		地下		0 階							
				うち有料老人ホーム分		地上		2 階		地下		0 階					
		構造		その他		建築物用途区分		戸建住宅									
		併設施設等		なし ()													
賃貸借契約の概要		建物		契約期間		平成21年8月15日 ～ 令和11年8月14日											
				自動更新		あり											
居 室		階	定員	室数	面積												
		1階	1人	3	9.72 m ²		～		14.5 m ²								
		2階	1人	5	8.8 m ²		～		12.6 m ²								
					m ²		～		m ²								
					m ²		～		m ²								
					m ²		～		m ²								
一 時 介 護 室		階	定員	室数	面積												
					m ²		～		m ²								
					m ²		～		m ²								
居 室 内 の 設 備 等		便 所		なし													
		洗 面		なし													
		浴 室		なし													
		冷暖房設備		全室あり													
		電話回線		なし		()											
		テレビアンテナ端子		なし		()											
共 同 便 所		3 箇所		(男女共用)													
共 同 浴 室		個浴：		0		大浴槽：		1		機械浴：		0					
		併設施設との共用		なし		()											
食 堂		兼用		あり		(リビング)											
		併設施設との共用		なし		()											
その他の共用施設		なし ()															
エ レ ベ ー タ ー		なし 基															
消 防 設 備		自動火災報知設備：		あり		火災通報装置：		あり		スプリンクラー：		あり					
緊 急 呼 出 装 置		居室：		あり		便所：		なし		浴室：		あり		脱衣室：		なし	

3 従業者に関する事項										
職種別の従業者の人数及びその勤務形態										
① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況 等		
		専従	非専従	専従	非専従					
管理者（施設長）			1			1人	0.1	介護職員		
生活相談員						0人				
看護職員：直接雇用						0人				
看護職員：派遣						0人				
介護職員：直接雇用			2		6	8人	4.2	介護職員・ホーム長		
介護職員：派遣						0人				
機能訓練指導員						0人				
計画作成担当者						0人				
栄養士						0人				
調理員			1		1	2人	0.2	介護職員		
事務員						0人				
その他従業者						0人				
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40 時間				
③－1 介護職員の資格										
資格	延べ 人数	常勤		非常勤						
		専従	非専従	専従	非専従					
介護福祉士			1		2					
実務者研修										
介護職員初任者研修			2		4					
介護支援専門員										
たん吸引等研修（不特定）										
たん吸引等研修（特定）										
資格なし					1					
③－2 機能訓練指導員の資格										
資格	延べ 人数	常勤		非常勤						
		専従	非専従	専従	非専従					
理学療法士		0	0	0	0					
作業療法士		0	0	0	0					
言語聴覚士		0	0	0	0					
看護師又は准看護師		0	0	0	0					
柔道整復師		0	0	0	0					
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0					
はり師又はきゅう師		0	0	0	0					
③－3 管理者（施設長）の資格				介護福祉士						

④ 夜勤・宿直体制															
配置職員数が最も少ない時間帯				19 時 0 分～ 7 時 0 分											
上記時間帯の職員配置数				介護職員 1 人以上				看護職員 0 人以上							
⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等															
職種		実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況						
			専従	非専従	専従	非専従									
							0人								
							0人								
							0人								
							0人								
							0人								
⑤－1 介護職員の資格															
資格		延べ人数	常勤		非常勤										
			専従	非専従	専従	非専従									
⑤－2 機能訓練指導員の資格															
資格		延べ人数	常勤		非常勤										
			専従	非専従	専従	非専従									
⑤－3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 人															
従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）															
勤続年数		職種	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者				
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤			
					6										
				2											
			0	0	2	6	0	0	0	0	0	0			

4 サービスの内容				
提供するサービス				
食事の提供サービス		あり（直営）		
食事介助サービス		なし		
入浴介助サービス		なし		
排せつ介助サービス		あり		
口腔衛生管理サービス		あり		
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス		あり		
相談対応サービス		あり		
健康管理サービス（定期的な健康診断実施）		あり		
服薬管理サービス		あり		
金銭管理サービス		なし		
定期的な安否確認の方法	夜間2時間おきに巡視。センサーにて対応。			
施設で対応できる医療的ケアの内容	ホームには看護職員が配置されていないため、対応不可。			
医療機関との連携・協力				
協力医療機関(1)	名称	加藤訪問クリニック		
	所在地	東京都杉並区高井戸東3-26-12		
	急変時の相談対応	あり	事業者の求めに応じた診療あり	
	協力の内容	内科 医師の往診・・・月2回 24時間緊急連絡可（医療費は自己負担）		
協力医療機関(2)	名称			
	所在地			
	急変時の相談対応		事業者の求めに応じた診療	
	協力の内容			
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	あり		
	名称	加藤訪問クリニック		
	所在地	東京都杉並区高井戸東3-26-12		
協力歯科医療機関	名称	アベニュー歯科クリニック		
	所在地	東京都練馬区東大泉6-47-12		
	協力の内容	歯科・定期健診		

介護保険加算サービス等		
個別機能訓練加算		
夜間看護体制加算		
看取り介護加算		
協力医療機関連携加算		
認知症専門ケア加算		
サービス提供体制強化加算		
介護職員等処遇改善加算		
入居継続支援加算		
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）		
生活機能向上連携加算		
若年性認知症入居者受入加算		
ＡＤＬ維持等加算		
科学的介護推進体制加算		
高齢者施設等感染対策向上加算		
生産性向上推進体制加算		
口腔・栄養スクリーニング加算		
退院・退所時連携加算		
退去時情報提供加算		
人員配置が手厚い介護サービスの実施		
短期利用特定施設入居者生活介護の算定		
利用者の個別的な選択によるサービス提供		あり
運営懇談会の開催		なし（年回予定）
<div>入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置</div>		定期的にご家族へ連絡
自費によるショートステイ事業		なし
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	65歳以上
	要介護度	要介護
	医療的ケア	常時必要としない方
	認知症	相談に応じます。
	その他	慢性的な暴力行為及び奇声の方は不可
身元引受人等の条件、義務等	入居利用契約書第25条第2項に定めるところによる。	
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	なし
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	入居者が認知症状、せん妄状態等によりベッドや車椅子等から落下等の危険性がある場合、又は他の入居者に著しい迷惑行為や危険が及んだ場合について、身体拘束の三要件に照らし、施設職員・主治医等関係者によるカンファレンスにおいて、緊急やむを得ない場合と判断された場合、本人及び身元引受人に説明した上で、実施する。実施中は記録を作成し、観察・モニタリングを行い早期の解除に努める。	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	（年2回）
	定期的な研修の実施	（年2回）
	担当者の役職名	ホーム長
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	（年2回）
	定期的な研修の実施	（年2回）
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	なし
	身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	なし
	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	入居者が認知症状、せん妄状態等によりベッドや車椅子等から落下等の危険性がある場合、又は他の入居者に著しい迷惑行為や危険が及んだ場合について、身体拘束の三要件に照らし、施設職員・主治医等関係者によるカンファレンスにおいて、緊急やむを得ない場合と判断された場合、本人及び身元引受人に説明した上で、実施する。実施中は記録を作成し、観察・モニタリングを行い早期の解除に努める。
業務継続計画の策定状況等	職員に対する周知の実施	あり
	定期的な研修の実施	（年2回）
	定期的な訓練の実施	（年1回）
	定期的な業務継続計画の見直し	あり
事業者からの契約解除	入居利用契約書第21条及び第22条に定めるところによる。	

要介護時における居室の住み替えに関する事項												
一時介護室への移動			なし									
	判断基準・手続											
	利用料金の変更											
	前払金の調整											
	従前居室との仕様の変更											
その他の居室への移動			なし									
	判断基準・手続											
	利用料金の変更											
	前払金の調整											
	従前居室との仕様の変更											
提携ホーム等への転居			なし									
	判断基準・手続											
	利用料金の変更											
	前払金の調整											
	従前居室との仕様の変更											
苦情対応窓口												
窓口の名称 1			株式会社シニアーズサポート									
	電話番号		03-5346-9106									
	対応時間		9:00 ～ 18:00 (平日)									
窓口の名称 2			杉並区保健福祉部介護保険課									
	電話番号		03-3312-2111 (内線1337)									
	対応時間		9:00 ～ 17:00 (平日)									
窓口の名称 3			東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課									
	電話番号		03-5320-4537									
	対応時間		9:00 ～ 17:00 (平日)									
賠償責任保険の加入			あり 保険の名称： 東京日動火災 超ビジネス保険									
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等												
アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組					なし							
東京都福祉サービス第三者評価の実施				あり	結果の公表	とうきょう福祉ナビゲーション						
その他機関による第三者評価の実施				なし	結果の公表							
5 入居者												
介護度別・年齢別入居者数			平均年齢：		95.0 歳		入居者数合計：			6 人		
年齢 \ 介護度		自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5			
6 5 歳未満												
6 5 歳以上 7 5 歳未満												
7 5 歳以上 8 5 歳未満												
8 5 歳以上					1			5				
合計		0	0	0	1	0	0	5	0			
入居継続期間別入居者数												
入居期間		6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計				
入居者数		2		2	2			6				
男女別入居者数			男性：		0 人		女性：		6 人			
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）					75 % （定員に対する入居者数）							
直近 1 年間に退去した者の人数と理由												
理由			人数		理由			人数				
自宅・家族同居					その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居							
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居					医療機関への入院							
介護老人保健施設へ転居					死亡							
介護療養型医療施設へ転居					その他							
他の有料老人ホームへ転居					退去者数合計						0	

6 利用料金									
入居準備費用			なし円						
明内細訳									
支払日・支払方法									
解約時の返還									
敷金			なし						
金額			円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。						
家賃及びサービスの対価									
プランの名称			前払金	月額利用料	(内訳)				
					家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
				185,000円	70,000	50,000		45,000	20,000
				0円					
				0円					
				0円					
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出							
		----- (月額単価の説明)							
		----- (想定居住期間の説明)							
	家賃	近傍同種の家賃と同等の額を設定							
	管理費	施設維持管理費・修繕費・管理事務費・24時間職員常駐の人件費に充当							
	介護費用	なし <div>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</div>							
	食費	朝食 350 円・昼食 450 円・夕食 500 円 間食 200 円 1日当たり 1,500 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて)							
	光熱水費	ホーム全体の光熱水費に充当							
短期利用		1日当たり 円			利用料の算出方法				
前払金の取扱い									
支払日・支払方法									
償却開始日									
返還対象とし ない額									
	位置づけ								
契約終了時の返還金の算定方式									
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月				起算日：入居した日				
返還期限		契約終了日から 日以内							
保全措置		保全先：							
その他留意事項									
月額利用料の取扱い									
支払日・支払方法		当月分を前月25日までに支払う。(銀行振込の場合、振込手数料は入居者負担)							
その他留意事項		なし							

(30日換算・自己負担 1 割の場合)

単位：円

介護度	介護報酬	自己負担額
要支援 1		
要支援 2		
要介護 1		
要介護 2		
要介護 3		
要介護 4		
要介護 5		

加算の種類	算定	備考
個別機能訓練加算	なし	
夜間看護体制加算	なし	要介護のみ
看取り介護加算	なし	対象者のみ
協力医療機関連携加算	なし	対象者のみ
認知症専門ケア加算	なし	
サービス提供体制強化加算	なし	
入居継続支援加算	なし	
生活機能向上連携加算	なし	
若年性認知症入居者受入加算	なし	対象者のみ
ADL維持等加算	なし	
科学的介護推進体制加算	なし	
高齢者施設等感染対策向上加算	なし	
生産性向上推進体制加算	なし	
口腔・栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ
退院・退所時連携加算	なし	対象者のみ
退去時情報提供加算	なし	対象者のみ
介護職員等処遇改善加算	なし	

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）

料金改定の手続

個別に話し合いをした上で行う。

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称

名称なし

単位：円

入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	185,000

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	公開していない
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	なし

添付書類： 介護サービス等の一覧表
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

署名

説明年月日

年 月 日

説明者職・氏名

職

署名

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分 サービス	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	追加料金が発生しない （前払金又は月額利用 料に含む）サービスに ○	その都度徴収する サービス（料金を表示）	追加料金が発生しない もの	その都度徴収するサービ ス（料金を表示）
			特定施設入居者生活 介護のサービスに■ 前払金又は月額利用 料に含むサービスに○	住宅型有料老人ホームに おいて外部の居宅サービ ス利用を原則とするサー ビスに▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○		○	
巡回 夜間	○		○	
食事介助				▲
排泄介助				▲
おむつ交換				▲
おむつ代				▲実費
入浴（一般浴）介助				▲
清拭				▲
特浴介助				▲
身辺介助				▲
・体位交換				▲
・居室からの移動				▲
・衣類の着脱				▲
・身だしなみ介助				▲
口腔衛生管理				▲
機能訓練				▲
通院介助 （協力医療機関）				▲交通費実費
通院介助 （上記以外）	○		○	
緊急時対応	○		○	
オンコール対応				
<生活サービス>			○	
居室清掃			○	
リネン交換			○	クリーニング利用実費
日常の洗濯			○	
居室配膳・下膳				実費
嗜好に応じた特別食				実費
おやつ				実費
理美容			○	実費を別途徴収
買物代行（通常の利用区域）			○	実費を別途徴収
買物代行（上記以外の区域）			○	実費を別途徴収
役所手続き代行				
金銭管理サービス				

区 分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない (前払金又は月額利用 料に含む)サービスに ○	その都度徴収する サービス(料金を表示)	追加料金が発生しない もの	その都度徴収するサービ ス(料金を表示)
			特定施設入居者生活 介護のサービスに■ 前払金又は月額利用 料に含むサービスに○	住宅型有料老人ホームに おいて外部の居宅サービ ス利用を原則とするサー ビスに▲
<健康管理サービス>	年2回実費		年2回実費	
定期健康診断	○		○	
健康相談	○		○	
生活指導・栄養指導	○		○	
服薬支援	○		○	
生活リズムの記録(排便・睡眠 等)		医療費実費		医療費実費
医師の訪問診療		医療費実費		医療費実費
医師の往診				
<入退院時、入院中のサー ビス>	○		○	
移送サービス	○		○	
入退院時の同行(協力医療 機関)	○		○	
入退院時の同行(上記以外)	○		○	
入院中の洗濯物交換・買物	○		○	
入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>				

施設名:シニアーズハウス久我山

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目		該当に○			備考
安定的・継続的な居住の確保のための項目					
1	有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合	・	不適合	
2	借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合	・	不適合 ・ 非該当	
緊急時の安全確保のための項目					
3	有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	適合	・	○ 不適合	建物の構造上、不可能
4	耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	適合	・	○ 不適合	建物の構造上、不可能
5	各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	適合	・	○ 不適合	定員8名の少人数であるため、入居者が移動する場合に必ず職員が同行する。夜間は居室にセンサーが設置してある。
6	【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	適合	・	○ 不適合 ・ 非該当	
7	消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合	・	不適合	
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目					
8	各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	・	不適合	
9	各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	適合	・	○ 不適合	建物の構造上、不可能
10	すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	・	不適合	
11	入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	・	不適合	
12	緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	・	不適合	
入居者の財産を保全するための項目					
13	前払金について、規定された保全措置を講じているか。	適合	・	○ 不適合 ・ 非該当	保全先:
14	前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	適合	・	○ 不適合 ・ 非該当	初期償却率: %
15	入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	適合	・	○ 不適合 ・ 非該当	

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。