

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (通所介護)

1 評価機関

| | |
|--------|-------------------------------|
| 名 称 | 株式会社 福祉規格総合研究所 |
| 所 在 地 | 東京都千代田区神田須田町1-9 相鉄神田須田町ビル203号 |
| 評価実施期間 | 平成26年 7月22日～平成26年12月4日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|---------------|---|-------|--------------|
| 名 称 (フリガナ) | 特別養護老人ホーム 慈祐苑 「通所介護（予防を含む）」 トクベツヨウゴロウジンホーム シユウエン | | |
| 所 在 地 | 〒273-0114 千葉県鎌ヶ谷市道野辺214-4 | | |
| 交通手段 | 東武野田線馬込沢駅西口下車 新京成バス「慈祐苑行」乗車 「慈祐苑」下車徒歩0分 | | |
| 電 話 | 047-446-3300 | F A X | 047-446-3302 |
| ホームページ | http://care-net.biz/12/keibikai/ | | |
| 経 営 法 人 | 社会福祉法人 慶美会 | | |
| 開設年月日 | 1981年7月30日 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1272900075 | 指定年月日 | 2000年4月1日 |
| 併設しているサービス | 介護老人福祉施設・短期入所生活介護（予防を含む） 居宅介護支援事業所 | | |

(2) サービス内容

| | | | |
|---------|--------------------------------|------------|------|
| 対象地域 | 市川市・鎌ヶ谷市・船橋市・柏市・白井市 | | |
| 定 員 | 35人 | | |
| 協力提携病院 | 東邦鎌ヶ谷病院・初富保健病院・道野辺診療所 | | |
| 送迎体制 | 特殊車両3台、ワンボックス2台で送迎 | | |
| 敷地面積 | 5,172.13㎡ | 建物面積(延床面積) | 156㎡ |
| 利 用 日 | 月～土曜日、祝日 | | |
| 利用時間 | 9時30分～16時45分 | | |
| 休 日 | 日曜日、12月30日から1月3日 | | |
| 健康管理 | 看護職員による健康管理 | | |
| 利用料金 | 介護報酬の告示上の1割の額、食事実費（昼食）570円 | | |
| 食事等の工夫 | 選択食の導入（主食のみ） | | |
| 入浴施設・体制 | 一般浴・特殊浴槽 | | |
| 機能訓練 | 看護職員、理学療法士による訓練 | | |
| 地域との交流 | 保育園児との交流、地域の行事参加、ボランティア団体による慰問 | | |

(3) 職員（スタッフ）体制

| 職 員 | 常勤職員 | 非常勤、その他 | 合 計 | 備 考 |
|------------------|---------|---------|---------|-----|
| | 6 | 13 | 19 | |
| 職種別従業者数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | |
| | 3 | 3 | 11 | |
| | 機能訓練指導員 | 事務員 | その他従業者 | |
| | 2 | 0 | 0 | |
| 介護職員が 有している資格 | 介護福祉士 | 訪問介護員1級 | 訪問介護員2級 | |
| | 3 | 0 | 1 | |
| | 訪問介護員3級 | 介護支援専門員 | | |
| | 0 | 0 | | |

(4) サービス利用のための情報

| | | | |
|----------|-----------------------|---|--|
| 利用申込方法 | 居宅介護支援事業所からの依頼 | | |
| 申請窓口開設時間 | 8時30分～17時30分 | | |
| 申請時注意事項 | 介護保険証及び介護認定を受けているのか確認 | | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | 社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係 (特別養護老人ホーム 清山荘内) | |
| | 第三者委員の設置 | あり | |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|-------------|---|
| サービス方針 | 『すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を』が私たち社会福祉法人慶美会の基本理念です。この理念に沿い、ご本人・ご家族の意向を踏まえ、よりよいサービスを提供いたします。 |
| 特 徴 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 明るく開放感あるフロアーから天気の良い日は世界遺産の富士山や東京スカイツリーが一望できます。また、お風呂は吹き抜けになっており明るくゆったりとくつろいでいただける空間となっております。 ・ 昼食は選択制となっておりますご利用日の朝にお伺いし提供致します。また、午後からは機能訓練体操を行った後、選択制のレクリエーションで楽しみながら体を動かしていただいております。 |
| 利用（希望）者へのPR | 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが隣接しており、他職種と連携を行い質の高いサービス提供ができます。また、定期的に研修会を実施し、接遇面の向上を図り、より質の高いサービスの提供を目指しております。 |

福祉サービス第三者評価総合コメント

| |
|--|
| 特に力を入れて取り組んでいること |
| 多数のプログラムを用意し、利用者が自ら選択して楽しく参加できるよう配慮している |
| デイサービスで過ごす時間が楽しく快適に送れるよう、利用者の意向や身体状況を考慮したレクリエーションを計画・実施している。特に午後の活動は、少人数で行うプログラムを30種類以上用意し、カラオケ、ボードゲーム、物作り、散歩など利用者が自由に選択して活動している。カラオケは毎回人気が高く好評を得ている。午前中の活動中にはカラオケ機器を使いフロアにBGMや季節の映像を流している。お花見会、納涼祭、敬老会、お楽しみ会などの行事には家族や友人も一緒に参加できる。お花見会では、お茶菓子などの買い物も一緒に楽しむ機会となっている。ボランティアの慰問や保育園児との交流会、実習生、中学生の職場体験を受け入れており、地域との交流が盛んである。園芸活動では、昨年収穫した植物の種をまき栽培している。継続性があるため、愛着を持って育てる利用者が多い。 |
| 今回のアンケートでは、清潔や職員の丁寧な対応などに利用者の満足度が高い |
| 今回の利用者アンケートでは約7割の利用者・家族の方から回答をいただいた。「職員は清潔や安心・安全に配慮してくれるか」、「日頃からからだの調子を聞いてくれるか」、「職員は丁寧に接してくれているか」などの設問では多くの方が高い満足感を示されていた。自由意見欄でも、職員の対応に感謝の声が複数聞かれた。 |
| 昼食は2種類の献立から選択し、行事の際にも趣向を凝らした食事を提供している |
| 初回面接において利用者一人ひとりの希望や好み、禁忌内容を把握している。食事形態は、常食、刻み食、超刻み食、ペースト食、流動食があり、食料を用いて間違いがないように配膳を行っている。体調や食事の際の嚥下・咀嚼状況に応じて食事形態を変更するなど対応している。カロリーや塩分を表示した献立表を半月ごとに配付し、当日朝に2種類の献立から選択していただく。どちらも食べられない場合は代替の食事で対応している。行事の際には、事業所独自でお楽しみ食(弁当)、バイキング形式の食事、おやつを選択などを計画・実施している。利用者アンケートでは、「おいしい」、「食事を楽しみにしている」、「常時選択ができ、メニューも豊富」などの声が出ている。 |
| 機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練の充実に力を入れている |
| 機能訓練として、平行棒での歩行訓練を行うほか、マシーントレーニング、可動域訓練、柔軟体操なども行っている。また、機能訓練指導員(看護職員)と介護職員の連携により、機能訓練の要素を取り入れた個別対応のプログラムを用いて食事、入浴、排泄などの生活リハビリにつなげている。嚥下体操、リハビリ体操のほか、選択レクリエーション、脳活性プログラムを取り入れ毎日実施している。プログラムは飽きないよう内容をアレンジするなど、利用者の意思を尊重しながらその日の体調や状況に合わせた内容のものを勧めている。 |
| チームワークが良く働きやすい職場であることがうかがわれる |
| 個人ごとに毎月の服務管理表、有休管理表を提出してもらい服務状況の管理を行っている。半年ごとにDO-CAPシートを活用し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取するとともに日頃から非常勤を含む全職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。有給休暇は、パースデー休暇を設けているほか、夏季期間に計画的に取得している。今回の職員自己評価から、チームワークが良く働きやすい職場であることがうかがわれる。 |

| |
|--|
| さらに取り組みが望まれるところ |
| 利用者アンケートの結果をお知らせし、利用者からの信頼をより高めていく |
| 今回の利用者アンケートでは、調査結果を知りたいとの声が複数寄せられていた。法人として利用者満足度の向上を理念として掲げており、調査結果を開示して、寄せられた意見・要望を改善につなげていく姿勢を示していくことが、利用者からの信頼をより高めていくものと思われる。 |
| 非常勤職員に対する教育体制の構築に取り組んでいるところである |
| 今回の職員自己評価では、新人職員に対する教育体制、OJTの仕組みの確立などが要改善点として挙げられていた。現在、法人として非常勤職員用のDO-CAPシートや期待される水準の作成に取り組んでおり、これらを活用して職員の資質向上と働きがいの向上により一層取り組んでいくことが期待される。 |
| 地震や火災など災害時の対応をさらに徹底していく |
| 年3回施設全体で防災訓練を実施し、利用者も参加するなど緊急災害時における危機管理を啓発している。今回の職員自己評価では、非常勤職員にも緊急時の対応を周知したい、との声も聞かれ、様々な災害シナリオにおける職員の対応方法について、繰り返し全職員に対して周知を徹底していくことが期待される。 |

| |
|--|
| (評価を受けて、受審事業者の取り組み) |
| 今後の改善策として、評価の掲示について調査結果を精査し、お客様のプライバシーが守られる形で掲示し、ご意見・ご要望の改善を行います。またOJTの仕組みの改善として、現在、法人デイサービスで職員の水準チェック項目の見直しを行っており、今後、活用することで職員の資質向上と働きがいの向上に繋がるように取り組んでいます。 災害時の対応につきましては、年3回、施設内合同で防災訓練を行っておりますので、非常勤職員の方でまだ参加されていない方を中心に訓練参加ができるように勤務体制を調整いたします。 |

| 福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果 | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|---|---|---|-------|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | 標準項目 | | |
| | | | | ■実施数 | □未実施数 | |
| I | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針 | 理念・基本方針の確立 | 1 理念や基本方針が明文化されている。 | 3 | 0 |
| | | | 理念・基本方針の周知 | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | 3 | 0 |
| | | | | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 3 | 0 |
| | | 2 計画の策定 | 事業計画と重要課題の明確化 | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | 4 | 0 |
| | | | | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | 3 | 0 |
| | | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者のリーダーシップ | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | 5 | 0 |
| | | 4 人材の確保・養成 | 人事管理体制の整備 | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3 | 0 |
| | | | | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 4 | 0 |
| | | | 職員の就業への配慮 | 9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 4 | 0 |
| | | | 職員の質の向上への体制整備 | 10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。 | 5 | 0 |
| II | 1 利用者本位の福祉サービス | 利用者尊重の明示 | 11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 6 | 0 | |
| | | | 12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | 4 | 0 | |
| | | 利用者満足の向上 | 13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | | | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 4 | 0 | |
| | 2 サービスの質の確保 | サービスの質の向上への取り組み | 15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。 | 2 | 0 | |
| | | サービスの標準化 | 16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | 4 | 0 | |
| | 3 サービスの利用開始 | サービスの利用開始 | 17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | 3 | 0 | |
| | 4 個別支援計画の策定 | 個別支援計画の策定・見直し | 18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | 4 | 0 | |
| | | | 19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | 5 | 0 | |
| | | | 20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 4 | 0 | |
| | | | 21 食事の質の向上に取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | 5 実施サービスの質 | 項目別実施サービスの質 | 22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | | | 23 健康管理を適切に行っている。 | 4 | 0 | |
| | | | 24 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | 4 | 0 | |
| 25 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。 | | | 4 | 0 | | |
| 26 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | | | 3 | 0 | | |
| 27 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | | | 3 | 0 | | |
| 28 利用者家族との交流・連携を図っている。 | | | 3 | 0 | | |
| 6 安全管理 | 利用者の安全確保 | 29 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 4 | 0 | | |
| | | 30 事故などの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。 | 3 | 0 | | |
| | | 31 緊急時（非常災害発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 5 | 0 | | |
| 計 | | | | 118 | 0 | |

項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 □ 確認できない。

| 評価項目 | 標準項目 |
|---|--|
| 1 理念や基本方針が明文化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 |
| (評価コメント)「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」である法人の基本理念を明文化し、その理念のもと福祉サービスを提供する仕組みを構築している。対外的には、法人のホームページや、事業所のパンフレットなどで広く明示している。フロア内などにも掲示している。また、基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目(法人の使命、目指す方向、人権擁護、自立支援の精神)の実行方法(行動指針)を定めている。行動指針は基本理念とともにホームページでの明示およびフロア内に掲示をしている。 | |
| 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 |
| (評価コメント)法人の基本理念および実行方法(行動指針)は、事業所内の掲示や毎朝の朝礼での唱和などにより職員への周知を深めている。また、基本理念および実行方法を記したシールを作成して職員に配布している。普段目につきやすい場所や使用するノートなどに各人の判断で貼る事ができる。また、管理者から職員に対して基本理念や事業計画の内容を説明したことで、理念を意識して業務につくことができた。事業計画の進捗状況は、スタッフ会議などで定期的に確認し、続く計画策定の検討を行っている。 | |
| 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 |
| (評価コメント)基本理念などは、フロア内の掲示やパンフレット・ホームページ・封筒などに明記して利用者や広く一般の方に伝えている。また利用開始時には、パンフレットや重要事項説明書などを用いて、理念・方針について説明を行っている。利用開始後は、連絡ノートを活用し、基本理念を踏まえた連絡事項の確認や相談支援を展開している。特別養護老人ホーム慈祐苑では、広報紙「各駅停車」を発行し、日々の様子を紹介している。 | |
| 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 事業計画には、中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている |
| (評価コメント)法人理念を基に中期計画を作成している。理念やビジョンの実現に向けた中長期計画は、各年度で作成している単年度事業計画書に盛り込み、事業所内に掲示をして周知を図っている。計画は法人・事業所だけの課題にとどまらず、法人全体の強み・弱み・課題等に加えて、経営環境(利用者や行政の動向)を明確化し、福祉業界だけにとれられない内容となっている。また、計画は半期ごとに評価を実施して、確実な事業計画の推進・達成に向けて取り組んでいる。 | |
| 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 |
| (評価コメント)課題の明確化、計画の策定期間や手順については、事業計画書作成手順を策定している。全職員から意見を抽出し、それを基に事業計画策定会議を全員参加のもと開催している。計画書は、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっており、利用者への影響、職員への業務負担、必要経費などが検討される。結果を評価し、改善し、次につなげるというサイクルとなるよう工夫された形式となっている。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 6 | 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 |
| (評価コメント) 継続して第三者評価に取り組み、全利用者・家族にアンケートを実施して意向を汲みながら質の改善に取り組んでいる。毎月1回、全職員が参加する定例会議を開催し、理念・方針の実現についてや、サービスの質の向上などの話し合いを行う。現に抱える処遇困難ケースや、過去に取り扱ったケース、利用者からの苦情を取り上げ、業務の改善に取り組んでいる。そのなかで事業所内研修会、介護技術の向上やサービスの質の向上に努めている。入浴、食事、排泄、環境など業務ごとに委員を定め、担当業務の質の向上に取り組んでいる。また、年度末には非常勤職員に対してアンケートを行い、これに基づいた面談を契約更新の面談とは別に実施している。 | | |
| 7 | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。 |
| (評価コメント) 法人として倫理規程を策定している。全職員に文書で配付し、周知の徹底を図るとともに法人主催の労務管理研修会などで、法令遵守にかかわる事項について繰り返し説明をしている。また、法人の中期計画において「倫理(個人の尊厳)」、「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。また、個人の尊厳にかかわる改善提案について意見交換を行い、職員の倫理意識を高めている。 | | |
| 8 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価が公平に行われるように工夫している。 |
| (評価コメント) 事業所の人事制度に関する方針は、人事考課制度による個人面談などを通じて、事業所の期待水準とともに明示している。事業所独自の新規採用は実施せず、法人全体で経営理念にかなう人材の確保・育成に努めている。人事制度では、常勤職員・地域限定職員は個人別での自己評価・課題分析・目標を作成し自己啓発ができる仕組みとなっている。また、「新人教育シート」、「常勤職員の期待される水準」などを作成し、より具体的な技術習得に向けた取り組みや定期的な評価と個人面接を行っている。現在、非常勤職員に対する期待される水準や自己評価シートの作成に法人全体で取り組んでいる。 | | |
| 9 | 事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる | <ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 |
| (評価コメント) 個人ごとに毎月のサービス管理表、有休管理表を提出してもらいサービス状況の管理を行っている。人事考課制度により自己評価・上司評価・本部評価の3段階評価を実施している。半年ごとにDO-CAPシートを活用し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取するとともに日頃から非常勤を含む全職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。一般事業主行動計画に従い、より働きやすい環境への取り組みを行っている。有給休暇は、バースデー休暇を設けているほか、夏季期間に計画的に取得しており、6割程度取得できている。福利厚生としてサークル活動支援金制度などもあり、職員は積極的に活用している。 | | |
| 10 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■個別育成目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。 |
| (評価コメント) 中期計画のなかでキャリアパスを明示し、資格・能力に沿った職務・業務への就業を明示することを掲げている。常勤職員の法人内での定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力するとともに、地域限定職員の採用により安定した雇用に努めている。職員の役割と権限は、役割等級として明示している。事業所内外の研修は、年間計画表にまとめて計画的に実施している。月1回の事業所内研修会、年4回の法人内通所介護研修会を開催し、介護技術の向上を図っている。法人内で行われる研修は、初任者・現任・管理者・受験対策など対象者が明確となっている。また、新人職員には、チェックシートを活用しながらOJTを通じて育成を図っている。職員の個別育成は、人事考課制度の目標設置や上司との面接により行っている。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 11 | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■ 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。 |
| (評価コメント)法人の中期計画において「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。気持ちよく利用いただけるよう、職員の接遇研修を行うとともに、普段の接し方を全職員で検討し、注意できる体制を作っている。プログラムの選択制を取り入れて、利用者個々の意志を確認して希望の活動に参加いただいている。入浴介助時に身体の状態を観察するなどして、虐待を早期発見した際には、担当の介護支援専門員、地域包括支援センター、上司に報告することとしている。プライバシーへの配慮として、トイレや入浴の際にはカーテンで視界をさえぎるなど、利用者の羞恥心に十分配慮している。トイレの誘導では、声掛けの声の大きさにも配慮している。利用開始の契約時に利用者の意向を確認し、希望があれば同性介助にも可能な限り対応している。 | | |
| 12 | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。 |
| (評価コメント)法人のホームページにおいて、プライバシーポリシーを開示している。法人として個人情報保護に関する規程を策定し、個人情報の利用目的や保護に対する取り組みを明確にして事業所内に掲示している。利用者および家族には、契約締結時に個人情報同意書を説明の上、同意をいただいている。また、法人と職員との間で誓約書を取り交わし、守秘義務や個人情報の取り扱いに関する理解と周知に努めている。実習生やボランティアに対しても、事前のオリエンテーションで留意事項を伝えている。契約書において、サービス提供記録の開示について明記している。利用者および家族から申し出があった場合には、所定の手続きを行い、サービス実施記録の閲覧や複写物の交付を受けることができる。 | | |
| 13 | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■ 利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。 |
| (評価コメント)昨年度より継続して第三者評価に取り組んでいる。利用者調査や職員自己評価などの結果を検証・評価し、要望を取り入れた計画につなげている。利用者や家族の意見が反映できるよう、日々の連絡帳の記述を参考にしたり、送迎時のコミュニケーションを大事にしながら個人的な相談も随時受け付けている。法人として「お客様サービス係」を設けており、利用契約書に相談受付の電話番号・受付時間を明記している。 | | |
| 14 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある | <ul style="list-style-type: none"> ■ 重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■ 相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■ 苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。 |
| (評価コメント)利用契約書と重要事項説明書において苦情受付担当者とサービス相談窓口を明記するとともに事業内にも掲示している。利用開始時に利用者および家族に説明している。苦情解決実施要綱を定めており、苦情受付票・ご意見受付票に記録を残すとともに、申し出・ご意見・相談に対する対応結果を相手方に説明している。 | | |
| 15 | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■ 事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| (評価コメント)入浴、排泄、食事、環境などそれぞれの業務ごとに担当の委員を決めている。職員は担当となった業務について中心となって業務改善に取り組んでいる。また、日々のミーティングや月1回のスタッフミーティングで話し合い、現状の問題点や今後の課題など意見を出し合い、改善点を確認している。年間行事予定表を作成し、予定に沿ってサービスの提供を行うなかで、サービスの質や介護方法を検討し、よりよいサービス提供を目指している。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| 16 | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。 |
| (評価コメント)入浴, 食事, 排泄, 送迎など各業務ごとにマニュアルを作成している。マニュアル類は各委員が責任を持って変更・改善を行っている。新人職員に対しては、「新人職員の期待される水準」シートを活用するとともに、OJTとして常勤職員が一緒に業務に5回程度付き、育成を図っている。全部の業務内容を把握するまでの期間として1年間を見ている。 | | |
| 17 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。 |
| (評価コメント)利用開始前に生活相談員が利用者宅を訪問し、契約書、契約書別紙、重要事項説明書、センター利用案内に基づき詳細に説明を行っている。あわせて利用料金やサービス内容についても説明し、同意のうえ署名・捺印を得ている。サービス内容については、事業所パンフレットのほか写真などを用いてわかりやすく説明している。また、介護保険法の改正によりサービス内容などに変更が生じた場合は、案内状を作成して説明を行い、利用者・家族の同意を得ている。 | | |
| 18 | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。 |
| (評価コメント)利用者のサービス利用目的と心身の状況などは、担当介護支援専門員から事前に把握している。また、事前に利用者宅を訪問する際は、安全に送迎ができるよう住環境などの情報も収集している。介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画に基づいて、通所介護計画や個別機能訓練計画を作成している。計画書において利用者の意向や課題に沿った長期・短期目標を設定している。計画の策定と評価は、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員(看護職員)、理学療法士などの関係職員で行い、生活相談員より利用者・家族に説明のうえ、署名・捺印を得ている。 | | |
| 19 | 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。 |
| (評価コメント)通所介護計画や個別機能訓練計画などは作成時に期間を設定し、次の見直し時期を明確にしている。また、利用者の心身状況やサービス内容などに変化が生じた際には、随時見直しを行っている。居宅サービス計画や通所介護計画の変更が必要と判断した場合には、介護支援専門員に連絡してサービス担当者会議などで利用者の状況について話し合い、利用者・家族とも意見交換を行っている。月1回居宅介護支援事業所に利用実績を報告する際は、利用者一人ひとりの利用状況もあわせて報告している。 | | |
| 20 | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに関する情報を記録するしくみがある。 ■計画内容や個人の記録を、支援するすべての職員が共有し、活用している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。 |
| (評価コメント)利用者ごとに個別ファイルを作成している。法人全体でパソコンの介護ソフトを導入し、利用ごとの健康、身体状況、食事、排泄、入浴、活動など1日の様子を詳細に記録している。このほか、利用者・家族、保険、医療、契約などに関する書類も保管している。利用者の状況に変化があった場合には、毎朝のミーティングや申し送り一覧で関係職員に周知し、援助内容の見直しや変更につなげている。パソコンのネットワークを活用し、事業所だけでなく法人全体で適宜情報が共有できるようになっている。 | | |

| | | |
|--|--|--|
| 21 | 食事の質の向上に取り組んでいる | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。 ■利用者の状態に応じた食事提供をしている。 ■栄養状態を把握し計画を立て実施している。 ■食事を楽しむ工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント)初回面接において利用者一人ひとりの希望や好み、禁忌内容を把握している。食事形態は常食、刻み食、超刻み食、ペースト食、流動食があり、食札を用いて間違いがないように配膳を行っている。また、体調の変化や食事の際の嚥下・咀嚼状況に応じて食事形態を変更するなど対応している。ご飯・汁物は事業所内の調理場で盛り付けし、そのほかは併設の特別養護老人ホームの調理室で調理したものを運び適温で提供している。食事は2種類の献立から選択していただくが、どちらも食べられない場合は代替の食事に対応している。カロリーや塩分を表示した献立表を半月ごとに配付し、当日朝の送迎時に希望を確認している。あわせて選択の状況により管理栄養士が利用者の嗜好を把握し、全職員に周知している。行事の際は、事業所独自でお楽しみ食(弁当)、バイキング形式の食事、おやつを選択などを計画・実施している。パタカラ体操(嚥下体操)を食前に行い、だ液の分泌量を増やして誤嚥の予防や食欲増進につなげている。利用者の状況に応じて食事席を変更するなど配慮している。</p> | | |
| 22 | 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■入浴、清拭及び整容、排せつ介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。 |
| <p>(評価コメント)入浴・清拭及び整容・排泄の介助については「入浴介助・排泄介助」マニュアルを作成し、全職員に配付するとともに事業所内でも閲覧できるようにしている。利用者ごとに入浴カードを作成し、入浴パターン、介助内容を明確にしている。利用者の状況変化にあわせてマニュアルを含めた対応策の検討を随時行っている。入浴・排泄の各委員会があり、委員会を中心に話し合った内容は全職員に周知を徹底している。利用者一人ひとりのサービス計画を立てる際には、連絡帳、担当者会議などの情報を基に、利用者・家族の意見や状態を考慮した主体的な計画になるよう努めている。入浴の回数は制限を設けず、入浴希望者の意向に沿うよう対応している。トイレや浴室に利用者の作品を飾ったり脱衣室にBGMを流すなど、生活感や季節感を感じていただけるよう工夫している。</p> | | |
| 23 | 健康管理を適切に行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の健康管理について記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■利用者ごとに体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題があると判断した場合、サービス内容の変更をしている。 ■健康状態に問題があると判断した場合、家族・主治医等との連絡をしている。また、緊急連絡先一覧表を整備している。 ■口腔機能向上のためのサービス計画・実施・確認・評価が実施されている。 |
| <p>(評価コメント)健康管理に関するマニュアルは、看護職員が中心となって定期的に見直しを行っている。利用者が来所されてすぐに、看護職員が血圧・脈拍・体温・顔色などの健康チェックを行い、送迎時に把握した利用者の体調に関する情報とあわせて、状況により入浴、食事の内容を変更している。また、パソコンに利用状況や健康状態を入力し、職員間で情報を共有している。利用者の状況に応じて、マニュアルに定められた体調変化時及び緊急時の対応を看護職員と生活相談員が連携をとりながら行っている。家族、主治医、介護支援専門員とも速やかに連携を取り対応している。口腔機能向上のため、食前に嚥下体操をし、食後は希望者を対象に歯磨きや入れ歯の手入れを行っている。</p> | | |
| 24 | 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■機能訓練が必要な利用者に対して一人ひとりに対して、機能訓練計画を作成し、評価・見直しをしている。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことができる視点を入れている。 ■機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている。 ■レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練が行える工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント)機能訓練が必要な利用者には個別機能訓練計画を作成し、3ヶ月ごとに評価・見直しを行っている。平行棒での歩行訓練を行うほか、マシントレーニング、可動域訓練、柔軟体操なども行っている。また、機能訓練指導員(看護職員)と介護職員の連携により、機能訓練の要素を取り入れた個別対応のプログラムを用いて食事、入浴、排泄などの生活リハビリにつなげている。嚥下体操、リハビリ体操のほか、選択レクリエーション、脳活性プログラムを取り入れ毎日実施している。プログラムは飽きないような内容をアレンジするなど、利用者の意思を尊重しながらその日の体調や状況に合わせた内容のものを勧めている。</p> | | |

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| 25 | 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■さまざまな内容のプログラムを用意し、個別対応している。 ■活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている。 ■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。 ■食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している。 |
| <p>(評価コメント) デイサービスで過ごす時間が楽しく快適に送れるよう、利用者の意向や身体状況を考慮したレクリエーションを計画・実施している。午前中は余暇活動専門の介護職員を配置し、脳活性プログラムを中心に行っている。午後は少人数活動に重点を置き、カラオケ、ボードゲーム、物作り、散歩など30種類以上のプログラムから利用者が自由に選択して活動している。塗り絵などの作品は、フロアに飾って利用者が満足感や達成感を味わえるよう配慮している。利用者一人ひとりに誕生日のお祝いを行っており、今年度は手作りの体操棒をプレゼントしている。年間行事の主なものとして、お花見会、納涼祭、敬老会、お楽しみ会などがあり、家族や友人も一緒参加している。外出を伴うお花見会は、利用者の楽しみとなって生活を活性化させている。今年度のお花見会ではお茶菓子などの買い物も一緒に楽しんだ。また、演芸、歌、落語など月1回慰問のグループが来所するほか、年数回保育園児との交流会も行っている。実習生や中学生の職場体験も受け入れている。ベランダは園芸が出来るよう環境が整備されており、昨年収穫したチューリップの球根などを植えて育てている。今年度は静養のためのベッドを増やし、必要な場合はソファ、ベッド、マッサージチェアなどで適宜休息が取れるよう配慮している。共用スペースが汚れた場合は、随時清掃が行えるよう清掃用具を配置し、安全・快適に過ごせるよう留意している。</p> | | |
| 26 | 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント) 送迎に関するマニュアルを整備し、全職員に配付するとともに事業所内でも閲覧できるようにしている。送迎係は利用者・家族や送迎に関わる全職員の情報を集め、利用者の身体の変化や送迎時間の変更、送迎方法の見直しをその都度行っている。車両事故、ヒヤリハットなどがあった場合には報告書を作成し、事例の検討を行っている。さらに法人全体で情報を共有して再発防止に務めている。今年度「交通事故ゼロ委員会」を発足し、交通事故の発生時刻や状況の分析を行っている。また、「安全運転5カ条」を定め、毎朝唱和して注意喚起を行っている。独居、高齢世帯、重度の方は滞在時間を長くするなど、利用者の状況に合わせた滞在時間に対応できるよう送迎ルート工夫している。また、利用者の急な都合や急変時にも対応し、安全な送迎を実施している。送迎は2名体制で5台の送迎車両で一斉に行い、到着時や帰宅時の待ち時間が短くなるよう配慮している。</p> | | |
| 27 | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。 |
| <p>(評価コメント) 認知症ケアに関するマニュアルを整備し、現場の状況に合わせて見直しを行っている。ケアの質の向上を図るため、年間研修計画を立てている。法人内に介護教育指導室を設置し、マニュアルに基づき研修を開催している。また、法人内の認知症対応型サービスを提供している事業所同士の合同研修、事業所内の定期的な勉強会では、認知症への理解を深めたり介護について勉強している。研修は最新の情報を取り入れた内容となるよう検討を重ねて開催している。利用者一人ひとりが「そのひとらしく」生活できるよう、個別サービス計画に反映させている。</p> | | |
| 28 | 利用者家族との交流・連携を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族等に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族等の参加が確認できる意見交換会、懇談会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族等への行事案内又は利用者等の家族の参加が確認できる行事を実施している。 |
| <p>(評価コメント) 利用開始時に利用者全員に連絡帳を配付している。自宅での様子やデイサービスでの利用状況をパソコンから印刷し、意見交換できる仕組みとなっている。また、体調の変化やトラブルなどの状況報告は、生活相談員より電話連絡にて家族や介護支援専門員と連携を取りながら対応している。今年度はおやつの際にも交替でミーティングを行っており、帰宅の際には家族に利用者の状況をリアルタイムで報告できるようになるなど、家族との情報共有を図っている。行事の1ヶ月前には案内文を渡し、家族や友人の参加を呼びかけている。行事実施後は職員にアンケートを取り、集計結果を全職員に配付して次の計画につなげている。</p> | | |
| 29 | 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 ■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。 |
| <p>(評価コメント) 感染症に関するマニュアルを整備し、全職員に配布するとともに事業所内でも閲覧できるようにしている。全職員が出席する職員会議の場を活用し、看護職員が中心となってインフルエンザ、ノロウイルス、疥癬などに関する研修を行っている。万が一感染症・食中毒が発生した場合には、ヒヤリハット報告書を作成し、二次被害の防止策や利用者への対応策を検討している。報告書への記載内容は1週間連続して申し送りの際に口頭で職員に伝えるとともに、全職員が記録に目を通すなど周知を徹底している。職員は清潔保持に努め、出勤時には「職員健康チェック表」にその日の健康状況を記入し、うがい、手洗いを徹底している。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| 30 | 事故などの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。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■ 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■ 事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。 |
| <p>(評価コメント) 事故対応対策に関するマニュアルを整備し、全職員に配布するとともに事業所内でも閲覧できるようにしている。事故や事故に至りそうな事例が発生した場合には、事故報告書・ヒヤリハット報告書で状況などを報告している。事故が発生した場合には、緊急会議を開催して検証・対策を講じ、全職員に研修を行い再発防止に努めている。また、介護ソフトの導入により、当事業所の事故だけでなく法人全体で情報の共有が適宜できるようになっている。当事業所はワンフロアで一日のサービスを提供している。フロアはバリアフリー構造となっており、安全性を確保している。フロアではレクリエーション活動、機能訓練などを行い、食事も含めて過ごしている。トイレや浴室もフロアに隣接しており、利用者の移動の負担も少ない。今年度テーブルの配置を変更したことにより利用者の動線が改善され、活動がスムーズに行えるようになっている。</p> | | |
| 31 | 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■ 非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■ 非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■ 自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■ 主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。 |
| <p>(評価コメント) 法人の防災対策委員会が中心となり「地震対応参集マニュアル」を作成し、カードにして全職員に配付している。また、非常災害時の危機管理に関するマニュアルを整備している。年3回施設全体で防災訓練を実施し、利用者も参加するなど緊急災害時における危機管理を啓発している。自宅の被災や道路の寸断などにより帰宅が困難な場合は、静養のためのベッドなどを利用し、一時避難所としても機能している。緊急災害時は各係りの連携体制が整っており、家族、主治医、介護支援専門員と速やかに連携できるよう、連絡先を一覧表にして整備している。</p> | | |