

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：デイサービスいわせ長寿苑	種別：通所介護	
代表者氏名：菅原 治	定員（利用人数）：	20 名
所在地：福島県須賀川市矢沢字明池 158 番		
TEL：0248-65-2448	ホームページ：http://www.iwase.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 20 年 10 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人いわせ長寿会		
職員数	常勤職員： 6 名	非常勤職員 1 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	介護福祉士	3 名
	看護師	2 名
施設・設備 の概要	（居室数）静養室 1 室	（設備等）ベッド 5 台・
		トイレ 2 ヶ所・一般浴・リフト浴

② 理念・基本方針

<p><運営理念> 共に生き分かち合える毎日</p> <p><基本方針></p> <p>すこやかな暮らしのために・・・利用者 1 人ひとりの生活を重視し、自宅と変わらぬ生活で介護を行います。</p> <p>安心と笑顔のために・・・ご家族や地域の様々な皆様との交流の充実と実現を行ないます。</p>
--

③ 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 日の過ごし方を選択枠の中から選んで 1 日の過ごし方をご自分で決めて頂きます。 ・ 入浴が完全個室で温泉なので、全員 1 番風呂状態での入浴が可能で毎月変わり風呂として檜や炭、レモンやリンゴ等楽しみながらの入浴が出来ます。 ・ 昼食は皆さんでご飯・味噌汁・おかず・お茶等役割分担で出来る事を行って頂きます ・ 飲み物も 10 種類の中から好きなものが選んで頂けます。
--

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 6 日（契約日） ～ 平成 30 年 5 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0 回（平成 年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 職員一人ひとりの育成に向けた取組について

目標管理制度により一人ひとりが自ら事業計画の中から選択した目標について、年3回上司による職員面談を行い進行管理しながら達成できるよう助言を行っている。この制度は職員の目標達成を評価することで意欲や向上心を育むことを主眼に置いているが、期末にその努力や結果を評価し、本人に説明したうえで賞与にも反映している。

2. 感染症予防への取組について

安全衛生・感染症対策委員会を設け、法人としての感染症対策マニュアル、感染症発生時の対応フローを作成し、職員への周知も内部研修を通じて図っている。特に研修は感染症、食中毒等テーマごと同じ研修を3回行い、交代制勤務でも参加できる仕組みが採られている。通所介護で発症リスクが入所者より高いが、今年度流行したインフルエンザの罹患者も出ていない。

3. 生活支援について

事業所で過ごす1日の生活の流れが目安としてあるが、60項目の中から利用者が選択し、活動している。その項目の中に「何もしない」があり、何もしないことも大切ですと自己選択を尊重し、ゆったり過ごす時間を大切にしている。

また、「過剰な介護にならない」をモットーに自立した生活を支援し、利用者の生活に合わせ洗濯たたみや花壇の手入れ等その日の気持ちで利用者が選び活動している。さらに、午後はおやつ作りや外出行事を設け、利用者が選んで活動し、楽しみのある工夫されたものになっている。

◇改善を求められる点

1. 権利擁護への取組について

法人としてマニュアルを作成し、高齢者虐待防止、身体拘束廃止、コンプライアンスについて施設内研修を行い、通所介護職員もそれらに参加している。

しかし自己評価や職員ヒアリングからは具体的な権利侵害防止策等への取組について確認できなかったため、通所介護として家族の状況を把握し、虐待の疑いを発見した際の対応方法も含めたマニュアルを作成し、事業所内はもちろん家族による虐待の防止に努めることが望まれる。

2. 福祉サービスの標準的な実施方法について

法人としてキャリア段階に基づき介護方法・手順を独自に作っている。しかし、24時間シートによるサービスの統一している特養とは違い、通所介護においてはサービス

内容や方法を標準化したマニュアル等は策定されていない。今後、職員誰もが同じサービスを提供できるよう適切な介護技術や方法を盛り込んだ手順書などの作成が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

私共の事業所は、平成 20 年に開設以来今日まで質・量ともに充実した介護サービスを利用者・家族・地域住民に提供できるよう自己評価を実施しながら事業所運営に取り組んできました。

特に、当法人の運営理念は、「共に生き、わかちあえる毎日」であります。この理念を支えるのが 4 つの柱である「利用者」「家族」「地域」「職員」であり、これらが一体となって、家庭的な雰囲気の中で生活が送られるよう開放的な運営を目指してきました。

この度の第三者評価の受審によって、これまでの事業所運営を振り返る良い機会となりました。「高い評価をうけた点」「改善を求められた点」と第三者からの初めての評価結果を真摯に受け止め、評価を得た点は職員の自信と励みとなり、また、改善点は今後の課題取り組みを目指す職員の意識付けとなりました。

これを機会に、評価細目を常に意識しながら、これからも利用者・家族・地域の信頼に応えられる事業所として役職員一同努力していきたいと思っております。

⑧ 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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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、基本方針を確立・周知している。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は法人共通の内容で明文化され、毎日、朝礼時に唱和するほか、外来者や家族向けにも事業所の各階の廊下に大きく見やすい内容で掲示して浸透を図っている。また、パンフレットやホームページに掲載し、広く周知に努めている。さらに、利用者や家族に対しても利用開始の際説明している。</p> <p>なお、デイサービスの基本方針については、特養と同じ内容になっているので、法人の理念を基に通所介護の特徴を活かした内容も加えることが望まれる。</p>		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理事長は、随時、社会福祉事業全体の動向や経営を取り巻く環境の情報を把握するとともに、厚生労働省の情報配信サービスに登録し、最新情報を把握して、経営方針を示している。また、施設長も市の福祉担当課へ定期的に訪問し、情報交換を行い各種福祉計画の策定動向などの把握に努めている。</p> <p>また、毎月の運営会議で、稼働率、収支状況、実利用者数などの分析結果が示され、経営を取り巻く環境や経営課題の把握を行っている。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月の運営会議で把握した課題を踏まえ、予算検討委員会・3カ年計画策定委員会等で具体的な課題分析を行い、事業所の経営課題を明確にしている。経営課題として、キャリアマップ（職業能力評価シート）の見直し、人材確保、公益事業の推進の3点を示し、職員会議</p>		

で説明し職員に周知している。経営課題に対する具体的な取組みは、管理者を中心に進めている。人材確保対策として新たに介護職員育成奨学金制度（介護専門学校の授業料援助）を創設し、計画的な外国人の介護職確保に着手している。デイサービスの利用者確保は、居宅介護支援事業所と連携を深め紹介を得るようにしている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画は、現在3ヶ年計画策定委員会で検討中である。課題や対策案の抽出まで作業は進んでいるが、中・長期事業計画及び中・長期収支計画の策定までには至っていない。</p> <p>今後は中・長期の視点に立って経営の安定と運営を進めるうえでも、中・長期計画の策定が望まれる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、3ヶ年計画策定委員会で検討した課題を反映し、実行可能な計画になっている。また、事業計画の各項目に数値目標を掲げ、実施結果の評価が可能なものになっている。</p> <p>しかし、事業計画は「3ヶ年計画策定委員会法人課題及び検討事項」を踏まえ策定しているものの、中・長期計画の策定がされていないので、中・長期計画を踏まえた計画とはなっておらず、策定が望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、理事長が方針を示し、各部門で当該年度の事業計画の振り返りを行い次年度の計画を話し合い、作成した事業計画（案）を予算検討委員会で検討して原案を作成している。それを運営会議で協議のうえ理事会で決定している。また、事業計画の説明会を開催し職員に周知している。</p> <p>しかし、実施状況を評価・見直しするプロセスは、各部門に任せているが進行管理がされておらず不明確になっており、組織的な評価や見直しの取組みが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>これまで、玄関ホールの棚に事業計画等のファイルを置き閲覧可能にしているが、特に利用者や保護者への周知はしていない。</p> <p>そのため理解しやすい簡単な資料等を作成するなどの工夫を行い、利用者の共用スペースに掲示したり広報誌と一緒に配布するなど利用者や家族へ周知を図る取組が望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの向上については、基本的に各委員会でPDCAサイクルに基づく取組を行っている。また、各ユニットのアンケート集計と職員の自己評価で実施できていない項目については、業務改善委員会で検討している。さらに理事長や施設長などの管理職で構成するCS・ES向上委員会（CSは顧客満足、ESは従業員満足）は、新たな視点から福祉サービスについて新規の事業を検討し推進している。</p> <p>しかし、自己評価結果の分析や改善への取組がまだ希薄と認識しており、業務改善委員会等を中心にサービスの質の向上に取組むことが望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>各委員会において上半期と下半期の2回評価を行い、取組むべき課題を明確にして次年度の計画を決めている。各委員会の評価結果や課題については、職員全員に資料を配布して共有化を図っている。また、改善に向けた取組については、主任会議、部課長会議、運営会議と段階を踏んで検討している。</p> <p>なお、今回第三者評価は初めての受審であり、明らかになった課題に対し、職員参加による改善策を検討する場を設けるとともにPDCAサイクルに沿ってサービスの質の向上に取り組むことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>理事長は、年頭訓示で翌年度の事業方針や重点事業などの表明を行い、経営者としての役割や責任に触れ、法人の方針を示している。それを受け、管理者は年度当初の広報誌「長寿だより四季」を通じて、「地域社会に貢献する法人組織」を進めるうえでの役割と責任を表明している。</p> <p>しかし、管理者の専決事項等は法人定款施行規則で規定してあるが、職員への周知も図られていない。管理者のみならず職員毎の役割と事務分担など明らかにしたものを配布するなど周知が望まれる。</p>		

11	II-1-(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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>コンプライアンス規程や法人行動指針を策定している。法人行動指針は、職員が参加して策定したものであり、今年度の見直しに当たっても職員の意見を反映しながら改訂を行っている。また、コンプライアンス規程や法人行動指針は各ユニットの壁面に掲示し、職員がいつでも確認できるようにしている。さらに、デイサービス部門では送迎の際の交通ルールの徹底も行っており、免許証の確認も行っている。</p> <p>なお、環境配慮等の幅広い分野の遵守すべき法令の把握が十分でないとしていることから遵守すべき法令等をリスト化することなどが望まれる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上については、各委員会を中心に行われ、管理者は全ての委員会に参加し、職員の意見を聴きながら具体的な取組の実施を進めている。また、管理者は、積極的に現場に出向き職員や利用者の声を聴き、課題の把握に努めるほか、職員が直接意見を出せる環境も整えている。</p> <p>なお、福祉サービスの質の向上については、今後、自己評価や第三者評価結果等から明らかになった課題について改善に向け指導力を発揮することに期待したい。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>毎月、開催される運営会議で、収支状況、稼働率による経営分析や課題の明確化を図っている。管理者は、運営会議の分析や職員の意見を踏まえ、経営改善に向けた具体的な取組の進行管理を行っている。課題であった介護記録作業事務の軽減を図るために、タブレット端末の導入を行い、残業の縮減や職員の負担軽減に取り組んでいる。</p> <p>今後、デイサービスの収入増に向け加算要件を満たすなどの条件整備に取り組むことにも期待したい。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画を確立し、取組を実施している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>毎年、人材確保のために年間計画を立て、高校・専門学校・大学等の訪問、各種求人イベントへの参加、折り込み広告・フリーペーパーやネットによる求人広告、介護職員初任者研修の開講など、様々な求人活動を行っている。人材育成については、目標管理制度やキャリア段位制度を活用し、知識ばかりでなくケア技術面にも配慮した育成を職員一人ひとり進め</p>		

<p>ている。</p> <p>しかし、必要な福祉人材や人員体制、福祉人材の確保や育成に関する基本方針がないため、福祉人材に関する基本方針を含めた研修計画の策定が望まれる。</p>		
15	<p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。</p>	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人が定めている人事考課規程に基づき、第一次、第二次による2段階の評価を実施し、管理者が総合的に判断して最終評価している。年1回、理事長が人事考課制度について職員へ説明を行い、評価方法等について周知を図っている。また、目標管理制度を実施し面接を行い進捗状況や成果を確認し、さらにキャリア段位制度を導入して総合的な人事評価を実施している。</p> <p>しかし、人事評価制度の職員への周知が十分でないため職員へ周知するとともに、現在、見直し中であるキャリアマップの中で、経験や能力に応じた待遇なども明確にして周知するなど、職員の自主的なキャリアアップへの取り組みにつながることを望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。</p>		
16	<p>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、職員アンケートを実施し、無記名回答として意見や要望、苦情等を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、ストレスチェックを実施し、希望者には法人が契約した心療内科専門医院に、職員及び家族が診察や相談ができるようにしている。デイサービス部門の勤務時間は、8時30分～17時30分までとなっており、法人内の子育て中の職員を配置するなど就労の継続に配慮している。さらに、親睦会への補助、本人及び子どものインフルエンザ予防接種への補助、傷病・病気休暇時の所得の全額補償制度など独自の福利厚生制度も設けている。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。</p>		
17	<p>Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>目標管理制度を設け、職員が事業計画の中から自ら選択した目標について年3回面接を行い、進行管理しながら達成できるよう助言している。この目標管理制度は、目標達成への姿勢や成果を評価することで職員の意欲や向上心を育むことを主眼とし行っているが、期末の面接では、達成に向けた成果を評価し、本人に説明のうえ賞与に反映している。</p>		
18	<p>Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。</p>	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>毎年、研修計画を策定し、計画的に内部研修を実施している。外部研修については、開催情報を職員全員に開示して、受講希望者を派遣し、職員会議で伝達研修を行い、共有、周知図っている。</p> <p>なお、職員の教育、研修に関する基本方針や中・長期の人材育成計画が策定されていないため、研修の参加が職員個人の意思や希望に偏る傾向が強いため、計画的な人材育成の観点から指名研修と選択研修を効果的に実施することが望まれる。</p>		

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>外部研修の情報を提供し参加を推奨するとともに公的資格取得支援制度を設け、費用の補助や受験に際し特別休暇付与、資格取得祝い金の支給など職員の資格取得を支援している。また自主的な自己啓発研修に参加する場合も、研修費用の助成や勤務調整など職員の参加しやすい環境づくりを行っている。さらに、研修内容ごとに研修参加点数制度を設け、目標達成者には人事評価に加えるなど、組織的に研修への積極的な参加を促している。</p> <p>なお、研修参加が職員個人の希望に偏る傾向が見られるので、選択研修のほか派遣（指名）研修を効果的に行なうことが望まれる。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>毎年、近隣の複数の高校から職場体験を受け入れている。事業所には、実習指導者の有資格職員が4名おり受け入れ体制は整っているが、公共交通機関等の数が少なく専門職養成機関からの実習の申し込みがない。</p> <p>なお、実習生等の受入れに関する基本方針、マニュアル、プログラム等が未整備であるため、これらの整備が望まれる。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>ホームページにより、理念や基本方針、サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算などを公開している。また、事業所の玄関ホールにまとめた冊子を置き、誰でも閲覧できるようにしている。さらに、事業所のサービス内容や行事を掲載した広報誌を行政区に配布し、住民に回覧している。</p> <p>なお、苦情に関する項目及び件数は開示しているが、改善状況までは公表していないので開示方法等検討し開示することが望まれる。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>公印取扱規程や経理規程により、事務経理や契約に関する手続きが明確にされており、職員はこれらに基づき適正に執行している。また、事務分掌や定款施行細則により、決裁区分や所掌事務が定められている。契約手続きは、一般競争入札を原則として合理的理由がある場合に限り、例外的に指名競争入札や随意契約を認めている。</p> <p>なお、経理については、法人の母体である会計事務所から指導や助言を得るほか、税理士資格を持つ監事等の監査を受けている。今後、透明性の確保の観点から、外部の専門家によ</p>		

る指導等が望まれる。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>地元幼稚園、小学校、中学校による訪問が、それぞれ年1回あり、各ユニットでの交流を行っている。また、定期的に地元の芸能ボランティア団体や行事の協力ボランティアを受け入れるほか、デイサービス部門には毎週傾聴ボランティアが来訪し利用者と顔なじみの関係が築かれている。</p> <p>なお、利用者が利用できる地域の社会資源の情報収集、提供は十分でないので、在宅生活を続けるうえで必要な地域資源を利用者や家族に周知していくことが望まれる。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>施設内の掲示板やホームページ、地域にも配布している広報誌などに広くボランティアを呼びかけ地元の芸能ボランティア団体、婦人団体を受け入れている。受け入れに際しては、事前にオリエンテーションを行い、個人情報保護の遵守などに関する誓約書の提出、ボランティア保険の加入の確認なども行っている。</p> <p>なお、ボランティア受け入れ体制は一応確立しているもののマニュアル等が未整備であるため、これらの整備が望まれる。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携を適切に行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>行政サービスや地域の団体、地域の行事などの情報を収集し、職員会議で説明し情報の共有化を図っている。これまでは、民生委員との定期的な連絡会議の開催が実現できなかったが、市社会福祉協議会に働きかけ、民生委員の方部会に参加できるようになった。</p> <p>なお、地域の関係機関と協働した取組や収集した社会資源のリスト作成ができていないため、作成が望まれる。また、利用者や在宅高齢者の徘徊等に対応するためにも徘徊ネットワークなどとの連携、協力も望まれる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>「いわせ長寿苑の廊下を地域につなぐ」をモットーに事業所を地域住民の写真などの展示ギャラリーとして、一般に開放するほか、フリーマーケットの開催時に「ふくしのこと相談カフェ」や介護教室等、地域住民の介護に対する理解を深める独自の事業を開催しており、チラシを公民館や医療機関、商店など様々な場所に掲示し広く住民の参加を呼びかけている。</p>		

<p>また、災害時は、福祉避難所として避難者の受け入れを予定、備蓄など準備をしている。さらに、地域の夏祭りに出向き、模擬高齢者体験のブースを開設したり、老人クラブなどへの出前講座を実施するなど事業所の専門機能を地域に還元する取組にも努めている。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っている。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>公益的事業としては、平成28年度のモデル事業として、行政などから特別な要請があった高齢者に対し、実費で高齢者世帯等への「おかず」の配送を実施した。</p> <p>なお、これまでは民生委員との会議開催が実施できず地域の福祉ニーズ把握が十分に行われなかったことや公益事業は「おかず」配送の期間や範囲が限定的なものであったことから、今後は、地域の福祉ニーズに添った単身高齢者の生活支援などの公益的な事業や活動の継続的な展開が望まれる。</p>		

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。</p>		
28	<p>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>法人の運営理念を毎日ミーティングで唱和して、意識づけをしている。また、年間研修計画を策定しその中で内部研修として高齢者虐待防止・身体拘束廃止を年6回、倫理法令遵守研修を年3回実施するなど利用者を尊重した福祉サービスの提供の意識を高めている。</p> <p>なお、通所介護事業としてサービス実施場面で利用者を尊重した対応となっているか、チェックや職員の振り返りの実施など確認する取り組みが望まれる。</p>		
29	<p>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供を行っている。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>法人として虐待防止、権利擁護規程のマニュアルは作成されており、CS・ES向上委員会で利用者からの苦情や相談なども吸い上げ、利用者の権利擁護に取り組んでいる。また、プライバシー面で特に配慮が必要な入浴及び排泄については、プライバシーや羞恥心に配慮されたサービスが提供されていることが訪問調査の聞き取りで確認できた。</p> <p>なお、プライバシー保護・権利擁護について対応マニュアルが作成されていないので、分かり易い内容で作成し通所事業所の職員間で理解を深めることが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）を適切に行っている。</p>		
30	<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>法人としてホームページが作成され、通所事業所としてもアップしている。見学者に対して</p>		

<p>は何時でも、どの職員でも対応でき詳しく説明している。</p> <p>また、見学や利用希望者には、利用にあたっての利用料金や利用時間、準備品、一日の流れが記載された「ご利用の手引き」を配布し説明している。</p> <p>なお、法人全体のパンフレットはあるが通所事業所としての独自のパンフレットは作成されていないので、利用者視点に立った通所独自の方針や内容等を紹介した分かり易いパンフレットの作成が望まれる。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>通所介護料契約書及び重要事項説明書が項目を設け適切に作成されている。</p> <p>また、利用者家族アンケートなどから「事業所の理念や基本方針」、「具体的なサービスの内容や利用方法」について説明がされている旨の回答がほとんどであり利用者家族の理解が図られている。</p> <p>なお、利用者への説明や周知については、本人が理解できる分かり易い言葉やイラストを用いたものを掲示する等情報提供の工夫が望まれる。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>施設・事業所の変更及び家庭への移行にあたり、通所事業所利用中の生活が継続するよう相談員・看護師等が、利用者の状態を口頭及び書面で伝えているが、引継ぎ文書は定めていない。</p> <p>今後は、利用者の生活の継続が図られる定型の引き継ぎ文書を作成し、移行後も利用者が生活に不自由をきたさない様にされることが望まれる。また、通所サービス終了後も当事業所の相談員を始め、地域包括支援センター等の相談機関などを記載した書面を渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、利用者満足度アンケート調査を実施し、結果を集計し利用者へ報告する他、改善策を講じ対応している。また、事業所の職員が送迎時に、家族から利用者の家庭での様子・状態に加えて、事業所への意見等も聞き取り改善に努めている。</p> <p>さらに、傾聴ボランティアとして地区の婦人会の方が交代で週1回の訪問があり、婦人会と職員との話し合いも持つなど利用者満足の上昇に努めている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として苦情解決に関する規程、対応手順、解決対応フローチャートが作成され、第三者委員会も設置されている。通所介護利用契約書、重要事項説明書に苦情受付窓口や責任者を記</p>		

載し利用者家族に周知している。また、苦情内容及び解決結果は文書で家族に送り、施設内にも掲示している。さらに、改善策を検討し改善に努めている。

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>事務所から死角になる玄関わきに意見箱を置き、気兼ねなく意見を出せるようにしている。また、気兼ねなく相談できる環境を整えた通所介護専用の相談室があり、相談員2名が配置されて、意見を出しやすい環境となっている。</p> <p>なお、今後は利用者家族に相談や意見を述べる方法を、解り易く説明した文書を作成するなどより機能する取組に期待したい。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>意見箱を設置し利用者満足度アンケート調査を行い利用者の意見を把握する機会を持ち、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。また、相談受付の書式も備えている。苦情や意見に対してはCS・ES委員会で組織的に取り組んでいる。</p> <p>しかし、利用者からの相談や意見への対応マニュアルは作成されていないため、対応が担当者の判断に任されているなど、組織的かつ迅速な対応の面で不十分であり、マニュアルの作成が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組を行っている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制を構築している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人全体として、ヒヤリハットと事故の分類を明確にし、事故防止委員会を中心に、ヒヤリハットと事故を分析し改善策を協議し、再発防止に努めている。また、事故については是正処理を行い、3ヵ月後に評価し改善に取り組んでいることが会議録及び報告書から確認出来た。さらに、事故部防止についての施設内研修を年3回実施し事故件数は減少している。</p> <p>しかし、マニュアルは作成されていないため、通所介護事業所として送迎面も含めた独自のマニュアルの作成が望まれる。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として安全衛生・感染対策委員会を設け、感染症対策マニュアル及び感染症発生時の対応フローも作成されている。</p> <p>また、マニュアルは感染疾病ごとに対応項目を設けて作成しており、施設内研修についても「食中毒発生及び蔓延防止」、「職場の安全衛生教育」、「感染症予防対策」の研修を同じテーマで3回実施し全職員が参加、学習出来るようにしている。この様な取組から、今年度福島県で蔓延したインフルエンザの罹患者は出ていない。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織	a・㊦・c

	的に行っている。	
<p><コメント></p> <p>法人施設が福祉避難所になっているため、BCP 計画（災害時事業継続計画）を作成するなど災害体制が整っている。備蓄倉庫を置き管理も適切に行っている。また、災害時に家族が利用者の迎えに来ることに決め周知している。すべての職員に災害時の対応を周知している。</p> <p>なお、災害時の地域との協力体制が構築されていないので、消防署立会訓練時に参加、協力を得るなど地域との連携作りが望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化し福祉サービスを提供している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人としての福祉サービス提供のためのキャリア段位制度に基づく介護方法・手順を独自に作成し、サービスの標準化を図っている。</p> <p>しかし、通所介護事業所としての介護マニュアルは作成されていないので、職員誰もが同じ水準のサービスを提供できるよう適切な介護技術を盛り込んだ通所介護にふさわしいマニュアルの整備が望まれる。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>業務改善委員会が中心となり、介護方法も多職種連携で見直している。また、個別通所介護計画書を基にサービスを実施するとともに定期的及び状態に応じて通所介護計画書を見直し、それに沿ってサービスの提供にあたっている。</p> <p>なお、通所介護マニュアルは作成していないのでマニュアルを作成し、内容を定期的に検証し、新たな知識・技術などの導入を踏まえ見直しするなどサービス向上に活かしていくことが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画を策定している。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員がアセスメントを行い、個別通所サービス実施計画書を作成している。</p> <p>なお、事業所では中重度加算(要介護3以上が30%以上)、認知症加算(Ⅲ以上が日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態20%以上)を算定していることから、アセスメント項目の内容を加算の根拠となるよう付加することが望まれる。</p> <p>また、管理責任者がアセスメントや計画書の内容を掌握し、助言、指導を行う役割を果たしていくことに期待したい。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行う	a・㊦・c

	ている。	
<p><コメント></p> <p>利用者ごとのサービス利用中の記録は丁寧に行うとともに日常業務の中で利用者、家族から様々なことを聞き取り、サービスに活かしている。</p> <p>なお、福祉サービス実施計画の見直しはサービス担当者会議で行っているが仕組みや手順などを文書化していないので、文書化することが望まれる。また、サービス実施計画に変更があった場合は回覧だけでなく職員会議で内容を共有することも望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。</p>		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有化している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者ごとに、利用中の経過記録は丁寧に記載され、記録の内容も職員間で差異が生じていない。記録はパソコンのネットワークシステムにより事業所内で情報を共有する仕組みが整っている。</p> <p>なお、利用者個々の計画と記録の連動性を持たせるため、記録を利用者の通所介護計画書の視点から行うことが望まれる。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書の中で個人情報使用について説明し同意を得ている。委員会活動を通して規程や記録管理の重要性、大切さについて職員全体で共有している。また、利用者の個人情報は副主任以上がパソコンで確認できる仕組みを取っている。パソコン、サーバー等もダブルチェックで管理されている。定められた期間が過ぎた文書の廃棄も適切に行われている。また、個人情報の取り扱いについて契約時に家族に説明している。</p> <p>なお、現在行っている記録管理体制を、文書管理規程として作成することが望まれる。</p>		

第三者評価結果（高齢者福祉サービス版）

※すべての評価細目（20項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	◎・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所で過ごす1日の流れが目安としてあるが、60項目の活動の中から利用者が選択し、取り組んでいる。選択項目の中に「何もしない」があり、何もしないことも大切ですと自己選択を尊重し、ゆったり過ごす時間も大切にしている。</p> <p>また、過剰な介護にならないをモットーに自立した生活を支援し、利用者の生活に即した洗濯物への関わりや、花壇の手入れ等その日の気持ちで利用者が選んで行っている。</p> <p>さらに、午後には隔週でおやつ作りや外出行事を設け、利用者が選んで活動し、楽しみのある工夫されたものとなっている。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<コメント>※訪問介護のみ		
A③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・b・c
<コメント>※養護・軽費のみ		
A④	A-1-(1)-④ 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>コミュニケーションの方法は利用者一人ひとりに応じ、単語で確認、物を提示し選択、表情を読み取ると様々な方法で行っている。コミュニケーションの取り方の情報は、送迎時に家族との会話から得ている。</p> <p>しかし、職員間で話し合い対応を実践しているが、話し合いの記録は残していない。今後は定期的に話し合う機会を設け、検討し見直し内容を記録しよりよいサービスの実践に取り組むことが望まれる。</p>		
		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		

A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組を徹底している。	a・b・◎
<p><コメント></p> <p>法人としてマニュアルを作成し、施設内研修で高齢者虐待防止、身体拘束廃止、倫理・法令遵守を実施している。</p> <p>しかし、自己評価や職員ヒアリングからは具体的な権利侵害防止対策への取組について確認出来なかったため今後は通所事業所として家族の状況も把握し虐待の疑いを発見した際の対応方法も含めたマニュアルの作成が望まれる。また、職員の気になる言動への注意喚起、権利擁護への意識を高める取組が望まれる。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>中重度及び認知症の利用者が大多数を占めているため、個々の特性を考慮し、事業所内を3カ月に1回模様替えを行い居場所作りに努めている。</p> <p>また、浴室やトイレも解り易い表示をして利用者が困らない様に配慮し、清掃も行き届き室温も適温に保たれ快適性への配慮がなされている。</p> <p>休息はベッド・畳に分けているが、今後はベッドを増やすなど和式の休息環境を工夫し、よりよい休息環境を作ることが望まれる。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>送迎時に家族から健康状態を聞き取り、看護師が健康チェックを適切に行い入浴の安全を確認している。</p> <p>利用者から午前・午後の入浴時間の希望を聞き拒否のないよう誘導している。温泉浴であり、豊富な湯量から何時でも一番風呂の満足感が得られている。入浴はマンツーマンで行い時間がかかっても、自立を損なわないよう配慮し介助にあたっている。また、入浴の状況を必要に応じ介護支援専門員へ報告している。</p> <p>今後は在宅時の入浴を安全に行なえるよう家族へ入浴助言や情報提供をされることを希望する。</p>		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・◎・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに合わせた排泄支援が行われている。自発的にトイレに行かない利用者</p>		

には声掛け誘導している。排泄時腹圧がかかるよう足の位置や手すりの使用で、スムーズな排泄を促している。

また、排泄時の羞恥心にも配慮している。加えて排泄物の観察も行い健康状態を確認し、必要に応じ家族・介護支援専門員へ報告している。

なお、トイレの蓋が取り付けしていない状況であったが、感染症予防対策等の衛生面を考慮し可能であれば蓋の取り付けを希望する。

A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㊟・b・c
----	-------------------------------------	-------

<コメント>

事業所の方針として、家庭でしていること出来ていることは見守りし、時間がかかっても自分でしてもらう支援を実践している。事業所内も自宅に近い環境にして、段差ホールを作ったり、掴まる場所を増やす目的で物を配置するなど出来るだけ自分で歩けるよう配慮している。

また、集団体操の他に、実際に厨房に食事やおやつを取りに行く、畳からの立ち座り、車への乗降を考慮した踏み台昇降等を機能訓練の一環として取り入れており、利用者の心身の状況に合わせた支援をしている。

	第三者評価結果
--	---------

A-3-(2) 食生活

A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㊟・b・c
----	---------------------------------	-------

<コメント>

事業所の方針として「上げ膳据え膳ではなく出来ることを皆でやって食事をとる。」としてごはん・味噌汁は通所事業所の部屋で利用者が主になって調理し、厨房で作った副食も盛り付けは利用者が行い、日常生活動作の維持向上に努めている。訪問時も食事時には食材・調理の話題が出るなど食事を楽しんでいる様子が見られた。

また、法人として栄養管理委員会を毎月開催、年2回嗜好調査を実施し利用者の意向を取り入れるなど美味しく食べられるよう工夫している。

A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・㊟・c
----	---	-------

<コメント>

利用者の心身の状況に応じて食事の提供がなされている。利用者ごとの疾患の状態に合わせて、家族・介護支援専門員との連携を図り塩分・水分等の制限を確認し食事を提供している。

また、摂取方法も自宅と同じようにし過度な介護にならないよう対応している。法人として食事介助マニュアルも作成している。

なお、食事時の事故に対応する取組として、在宅時も念頭に置きながら通所介護事業所としてのマニュアル作成し、家族への助言なども含めた取組が望まれる。

A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・㊟・c
----	---------------------------------	-------

<コメント>

食前に日課として口腔ケア体操を実施、食後の口腔ケアも実践している。職員も口腔ケア研修に取り組んでいる。家族・介護支援専門員への状況報告もしている。

今後は、医療との連携も視野に入れ、口腔ケア及び口腔内チェック、義歯への援助、咀嚼嚥下機能のチェックまで広範囲な点検支援を充実させることも期待したい。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人として褥瘡対策委員会を置き褥瘡予防マニュアルも作成している。通所介護事業所としても法人に準じて対応し、職員も周知している。</p> <p>現在、褥瘡のある利用者は1人である。利用者のケアについては、自宅で行っている処置と同じ方法で看護師が処置して、家族及び介護支援専門員に報告し連携を図っている。</p> <p>今後は、褥瘡予防について職員が連携し、利用者・家族に新しい知識・情報提供を行い褥瘡ゼロに取り組むことが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・㊦
<p><コメント></p> <p>現在、喀痰吸引・経管栄養の利用者はいないが、介護職員が研修に行く予定で計画を立てている。</p> <p>今後、介護職員が順次喀痰吸引研修に参加し資格を取るなど受け入れ態勢の環境整備が望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>個々の利用者に機能訓練計画を立ててはいないが、通所介護事業所として全体の活動の中で集団体操を実施している。また、過剰介護にならないよう見守りを基本とすることで、日常生活動作に機能訓練的意味合いを持たせている。</p> <p>今後は、利用者の必要性に応じ機能訓練・介護予防の観点から個別機能訓練計画書を作成し取り組むことが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>認知症加算を算定しており、介護職員も認知症介護実践者研修終了者の有資格者を配置し支援にあたっている。利用者の訴えに合わせ、居場所作りで畳や仕切りで他人から見えない環境にすることで落ち着いた行動が出来る。BPSD(認知症の行動と心理症状)への対応も無理なく行っている。</p> <p>また、送迎時に家族から健康状態等を聞き取っている。担当者会議で情報を共有し、よりよいケアを実践できるように連携を深めている。</p> <p>なお、記録の面が不十分と考えているので、適切に記録し、それをアセスメント、サービス実施状況の評価等に活かし、より内容を深めた支援にあたることに期待したい。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者の急変時の対応について法人として研修を行い、全職員が周知している。職員は日々の業務の関わりから、利用者の変化に気づき対応している。また、送迎時に家族から健康状態を聞き取りしている。</p> <p>なお、健康チェックも実施しているが、サービス終了時は体調不良の利用者だけのチェックになっているので全員のチェックが望まれる。さらに通所介護の特性を踏まえた緊急時対応マニュアルの作成も望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・b・c
<コメント>※通所 該当なし		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A19	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・㊦・c
<コメント>		

家族との連携は送迎時に行い、健康状態や家庭での出来事、事業所への要望等を聞き取っている。また、連絡帳で健康状態を含め通所時の状況を報告している。介護支援専門員へも必要に応じ電話やFAXで連絡・報告している。

なお、家族・介護支援専門員及び地域包括支援センターとの連携は十分でないので必要があるときには、時間を取って話し合うことが望まれる。また、必要に応じ、在宅時の介護について家族に対し助言等を行う機会を持つ等在宅支援にも期待したい。

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
<コメント>※訪問介護のみ		