

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会
ほつぷ

平成31年 1月17日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

	〒	251-0024
	所在地	神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7
	評価機関名	株式会社フィールズ
	認証評価機関番号	認証第6号
	電話番号	0466-29-2-9430
	代表者氏名	関野 保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等
	①	山口 圭子	神機構-316
	②	立川 功	神機構-550
	③	佐藤 章	神機構-911
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	通所介護		
評価事業所名称	ほっぷ		
評価事業所連絡先	〒	252-0243	
	所在地	相模原市中央区陽光台7-10-14	
	TEL	042-777-7327	
評価事業所代表者	海老沢 祐次		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 9 月	
利用者調査報告日	2018	年 10 月 29 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 8 月 5 日	
自己評価報告日	2018	年 10 月 16 日	
訪問調査日	2018	年 11 月 9 日	
評価合議日	2018	年 11 月 9 日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。		

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)利用者さん・ご家族は大切な「お客様」として、信頼される支援に努めます。 2)笑顔を大切にした職場づくりをめざし、誰にでも礼儀正しく接します。 3)私たちは、お客様（利用者さん・ご家族）のために働きます。 4)社会のニーズとは何かを常に考えて仕事をします。</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>利用者さん・ご家族は大切な「お客様」として、信頼される支援に努める。 人格主義に基づく経営に努める。（誠意・謙虚・誠実・勇気・正義・忍耐・勤勉・節制・黄金律） 笑顔を大切にした職場づくりをめざす。 誰にでも礼儀正しく接し、お客様（利用者さん・ご家族）のために働きます。 社会のニーズとは何かを常に考えて仕事をする。ホスピタリティー（お互いを思いやり、手厚くもてなすこと）とコーテシー（礼儀正しい）を持ち合わせた人になることをめざす。</p> <p>(2)職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>日常日課での介助や支援を通じて、利用者さんが世の中とのつながりを実感し、役割を果たし生き生きとした日常につなげ、多くの仲間をつくり明るく楽しい生活場面を提供する。 事業所運営を通じて、身体に障がいのある方への地域生活支援の可能性を広げる。</p>

調査対象	全利用者
調査方法	事業者より利用者にアンケートを配ってもらお、回収は無味名で返信封筒にて直接に評価機関に送付してもらった。

利用者総数 37

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	37	0	37
共通評価項目による調査の有効回答者数	19	0	19
利用者総数に対する回答者割合(%)	51.4	0.0	51.4

利用者調査全体のコメント

利用者の事業者に対する評価は回答者の63%が満足している。詳細では「大変満足」は37%と「満足」26%です。

自由記述では、「名前がなかなか覚えられないので、職員の方及び利用者の方たちに名札を付けてもらえたらと思います。」「よりよいサービスの実施を目指して、このような調査が行われていることに信頼性を感じました。」といった意見もありました。

「昼食をもう少し(内容)を考えて下さい。(弁当屋さんへ)」などの食事に対する意見が複数ありました

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	16	1	1	1
概ね「はい」と答えています。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	12	3	2	2
概ね「はい」と答えています。「時々味が濃い。」といった意見もありました。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	18	0	0	1
概ね「はい」と答えています。				
4. 利用中の楽しみな行事や活動があるか	10	6	1	2
10名が「はい」と答えています。				
5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか	10	8	0	1
10名が「はい」と答えています。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	17	0	1	1
概ね「はい」と答えています。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	17	0	2	0
概ね「はい」と答えています。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	12	1	0	6
12名が「はい」と答えています。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	10	1	0	8
「問題は全くない様子です。」と言った意見もありました。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	1	0	7
概ね「はい」と答えています。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	12	0	0	7
概ね「はい」と答えています。				
12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	11	1	1	6
概ね「はい」と答えています。				
13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	10	1	1	7
概ね「はい」と答えています。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	1	0	8
概ね「はい」と答えています。				
15. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	9	2	0	8
概ね「はい」と答えています。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(○●)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	○ あり ● なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○ 非該当
	カテゴリー1の講評	
	法人の理念を事業所に掲示し、職員には新人研修で周知しています 法人の理念を事業所入口と事務所に掲示しています。職員には4月に新人研修が1週間あり、その中で法人パンフレットを用いて、理念や倫理についての説明があります。5月にはエリア新人交換会があり、理念に関する理解が深まるように取り組んでいます。非常勤職員はエリア毎に非常勤職員研修を実施し、エリアマネジャーが理念の説明を行っています。毎月グループワークで、倫理行動綱領の読み合わせを行い、基本的理念や基本的支援姿勢を職員へ周知しています。家族や利用者に理解が深まる取り組みは積極的にはしていません。	
	管理者は本部の常務理事が兼務し、職員を指導しています 管理者は本部の常務理事が兼務しているため、本部全体の状況も把握出来ています。週1日事業所に勤務し職員の相談受け、業務の方向を示すなどリーダーシップを発揮しています。所長や管理職の役割は事業計画に明示してあります。管理者、所長、相談員などで事業所の行事や活動内容など大切な案件は決定し、職員会議で職員全員に周知しています。月1回開催される所長会議に、理事長、常務理事、事務局長などが参加し、決定した重要な案件を理事長から報告を受けています。	
	エリアマネジャー調整会議で人事などの重要な案件が決定されます 毎月エリアマネジャーとサブエリアマネジャーでエリアマネジャー会議を開催し、各エリアの情報交換を行っています。毎週常務理事、エリアマネジャー、サブエリアマネジャーで職員の意識調査の結果を検討したり、新規事業所の話し合いや採用の判断を行うなど重要な案件の検討、決定を行っています。職員会議で管理者から人事に関する通知など決定した内容を職員へ伝えています。重要な案件は事業所で検討したことをエリアマネジャーが統括し、法人幹部で決定するという系統になっています。	

2			カテゴリ-2	
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行				
			サブカテゴリ-1(2-1)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/6	
評価項目1			評点(○○○○○●)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している				
評価	標準項目			
○ あり ● なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		○ 非該当	
● あり ○ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		○ 非該当	
			サブカテゴリ-2(2-2)	
実践的な計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/5	
評価項目1			評点(○○○)	
事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○ 非該当	
評価項目2			評点(○○)	
着実な計画の実行に取り組んでいる				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		○ 非該当	

カテゴリ2の講評

年1回職員の意向調査を実施し、異動や退職の希望を聞いています

年1回秋に常勤職員、非常勤職員に対して意向調査を実施しています。勤務の異動希望や退職の意向を調べています。意向の結果はエリアマネージャーが確認して、退職希望者には面談で理由を聞いて、引き留める等の説得もしています。異動希望者にも面談して、受け入れることがあります。意向調査の他にも年2回管理者が職員の個別面談を行い、職員の意向や勤務状況などを聞いています。

地域福祉の情報は本部で収集し、メールで配信しています

常勤職員は2人のみなので業務に追われて、地域の連絡会などの会合には参加する余裕がないので、地域の情報は十分には収集出来ていません。制度改正や自己負担額の変更や加算についてなどの情報は本部の事務局から連絡があります。地域福祉の情報も本部で収集した内容をメールなどで各事業所に配信しています。

本部で5か年計画を策定し、それを基に事業所で年度計画を策定しています

本部で5か年計画(マスタープラン)を策定していますので、それを基に事業所で年度事業計画を策定しています。今年度の重点課題は本部で策定したものから選んで事業所の課題にしています。事業所のユニークな独創的取組は事業所独自の具体的な取り組みを載せています。毎月の収入、支出、人件費などを載せた試算表は事務職員が作成し、所長が確認し本部の事務局から理事長に提出しています。

カテゴリ3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリ1(3-1)

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

2/2

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当

サブカテゴリ2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

サブカテゴリ3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ3の講評		
街づくり協議会の「買い物お助け隊」に車を貸し出し地域貢献をしています 毎年10月に同敷地内に併設している事業所と合同で「ほっぱれ祭り」を開催し地域住民にビラを配ったり、町内会の回覧で回してもらったり呼びかけています。模擬店で焼き鳥や秋刀魚を販売し、地域のボランティアによるウクレレやハンドベルなどの楽器の演奏などがあり、町内会長や地域住民を含めて200人位の参加があり、職員、利用者、地域住民との交流が出来ました。地区社協の街づくり協議会の「買い物お助け隊」に事業所の車を出して、スーパーマーケットなどに高齢者の買い物支援を行っています。		
苦情解決制度を担当者の写真入りで掲示し、利用者に周知しています 苦情解決責任者と苦情解決委員の名前と連絡先を本人の写真入りで事業所玄関に掲示しています。苦情があった場合には、クレーム(苦情)報告書に苦情内容、対応、再発防止に向けた取り組みなどを記載し、本部に報告しています。所長、エリアマネジャー、常務理事で対応を検討し、対応方法を本部から指示があり、主に所長が対応しています。クレーム対応マニュアルが整備され、対応の5原則が定められていますので、マニュアルに沿って対応を行っています。		
虐待研修に参加し意識を高め防止に取り組んでいます 毎年本部で人権に関する研修があり、参加しています。事業所でも「職員の接し方」のビデオ鑑賞し、年上である利用者に礼儀正しく接しているかや不適切な行動が無いかなどの振り返りを行っています。職員会議や日々の打合せで職員同士の言動について話し合う機会があります。虐待が疑われたケースがあった場合は市に通報し、市の職員やケアマネジャーと連携しながら対応を行っています。		
カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(〇〇〇〇●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
法人のリスクマネジメント委員会の規定に沿って対策を行っています リスク対策に優先順位をつけていませんが、法人のリスクマネジメント委員会の規定に沿って行っています。防災訓練は法人による訓練が年1回で、事業所独自で年3回実施しています。利用者と一緒に駐車場迄避難誘導訓練を行っています。感染症については看護師が感染症マニュアルを作成し、防止に努めています。不審者侵入に備え、セキュリティーシステムを導入しています。車両事故が多いので、安全運転のための標語を掲示し注意喚起を行っています。事業所は市よりの依頼で福祉災害拠点になっています。		
パスワードにより職員に関する情報などはアクセス制限しています パソコンの情報はクラウドで管理され、クラウドへのアクセスはパスワード制限しています。本部から所長にメールで送られてくる職員に関する情報などは、アクセス制限をしています。個人情報に係る書類はファイリングをし、鍵のかかる場所に保管しています。フロッピーディスクは使用していません。USBなど個人情報に関するものは、事業所より持ち出し禁止にしています。事故防止のために、ヒヤリハットを積極的に出し、ヒヤリハットシートに内容、問題点、どうなったか、改善点などを記載し、内容の要因分析を行っています。		
カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○ 非該当

評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○ 非該当

サブカテゴリ2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	3/3
----------------	------------------------------	------------

評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

非常勤職員の採用は事業所で求人・面接をしています

常勤す職員の採用と異動は本部が行っていますが、非常勤職員の求人は事業所で行っています。面談は所長とエリアマネージャーが行い、常務理事が決定しています。職員の育成計画はチャレンジシートで行っています。はじめに本人が能力、成績、行動などの自己評価を行い、達成目標を立てます。それを基に所長と個別面談を行い、目標を達成させるためのアドバイスをもらっています。個別面談はチャレンジシート作成後と半年後、年度末などに行い、達成状況や問題点などの確認を行っています。

本部の研修と外部研修参加により育成を行っています

本部では階層別研修と共通研修があり、その他外部研修や他施設との合同研修も実施しています。チャレンジシートに希望する研修を記載し、研修後の振り返りをお願いします。行っています。研修後の報告書を作成し、研修内容を発表するまでには至っていません。有給休暇の希望を聞いて、シフト作成をしています。親睦会は年間3回実施し、毎回2回に分かれて行っていますが職員の参加は多く、コミュニケーションを取る機会になっています。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

[課題・目標]

サービスの質の向上を図る。

[取り組み]

- ・インフォームドコンセントやアカウントビリティの徹底により利用者を主としたサービスの提供を行いました。
- ・通所介護計画書に基づき、利用者が望むサービスが提供できるように努めました。
- ・ボランティアの協力を得ながら、前年度は実施していなかったプログラム(ウクレレ演奏など)を実施し、利用者が楽しめるプログラムを増やしました。
- ・外部との連携を図ることで、多様なニーズに応えられるように努めました。(特別利用など)
- ・食事アンケートを実施し、利用者の希望に添えるようなメニューを提供し、食事形態にも可能な限り対応しました。

[取り組みの結果]

それぞれの利用者が思い思いの活動に参加されのんびりと過ごされていました。そういった空気を気に入って利用されている方が多くいます。定期的なボランティアによる演奏会は利用者からも評判が良く楽しみにされている方が多かったです。担当ケアマネジャーとの連携により、通常の利用日でないにも利用される利用者が何人かいました。本人、家族、ケアマネジャーに喜ばれました。

[振り返り・今後の方向性]

上記の取り組みを実施しましたが、まだ達成途中であり、今後も引き続き実施していく必要がある内容である為、次年度の目標にも同様

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

より利用者に満足してもらえるように上記の目標を設定し、いろいろな取り組みを行いました。取り組みの結果利用者が望む過ごし方が出来、そういった空気が気に入った利用者が多くなりました。またボランティアによる演奏会は利用者からも評判が良かったです。ケアマネジャーとの連携により通常の利用でない日にも利用する利用者が何人かいました。検証の結果、まだ目標達成途中なので、引き続き次年度の計画にも同様の設定を行いました。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【課題・目標】
 地域との共生を目指します。

【取り組み】

- ・地域のボランティアに定期的にウクレレやハーモニカ演奏に参加してもらった
- ・近隣高校福祉委員会と福祉交流を実施しました。
- ・地域向けのイベント「ほっばれ祭り」を実施しました。
- ・近隣中学の職場体験を受け入れました。

【取り組みの結果】
 ボランティアの定着と近隣の高校や中学との交流が促進できました。

【振り返り・今後の検証】
 まだ目標達成途中なので、今後も引き続き実施していく必要があるため、次年度の目標にも設定しました。

目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

利用者が地域の中で安心して生活していくためには地域との連携は不可欠なため上記の目標設定を行いました。取り組みの結果ボランティアの定着や近隣高校や中学との交流が促進できました。まだ目標達成には至っていませんので、次年度も引き続き目標設定を行っていきます。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
	● あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○ 非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	事業所紹介のリーフレットや「ほっぷ新聞」などは簡潔で分かり易くなっています 提供する情報の表記や内容について分かり易い工夫をしています。事業所で作成しているリーフレットや「ほっぷ新聞」は、文字が大きく、カラー写真を多く取り入れて簡潔で見やすく分かり易くなっています。A4のリーフレットは、利用者負担やサービスの内容などを表記しています。「ほっぷ新聞」は、毎月発行し、利用者の日中活動の麻雀・おやつ作り・カード遊びなどの様子やインフルエンザ予防接種のお知らせ、コラム欄で職員からのコメントなどを掲載しています。法人が作成のホームページや冊子に於いても事業所を紹介しています。		
	事業所の情報を関係機関や家族などへ提供しています 関係機関や家族などへの情報発信は、随時に行っています。居宅介護支援事業所へは、毎月の実績と共に、利用者の状況や空き情報などを内容とする報告書を送付し、密接な関係を築いています。さらに今後とも関係機関や利用希望者等へ事業所ほっぷの存在・特徴等を周知していくことを課題として取り組んでいます。また関係機関などに事業所紹介のリーフレット等を置いてもらえるように検討しています。家族とは、連絡帳や電話で事業所での様子について、知らせています。また家庭での利用者の様子などの情報を適宜に受けています。		
	見学者に施設や活動内容などを丁寧に説明しています 電話での問い合わせにも丁寧に対応し、日中活動の内容などを丁寧に説明し、イメージしていただける様に努めています。また事業所では、利用希望者等の方は、実際に事業所を見学していただくことを大切にしています。したがって見学を勧め、日程などを利用希望者等の都合に合わせて対応しています。見学では、広々とした施設や設備と併せて、利用者の日中活動の様子、職員の関わりなどを見学していただくようにしています。見学では、希望があれば、事業所の送迎車で送迎を実施するなど、見学をしやすい環境を整えています。		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 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		評点(000)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
	● あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○ 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>サービス開始にあたり資料を読み合わせするなど丁寧に説明しています</p> <p>サービス開始にあたり行うサービス内容等の利用者・家族への説明については、生活相談員などによって、各種資料を提示し、読み合わせなどを行い、利用者などが理解しやすいように丁寧に行っています。事業所の重要事項説明書や運営規定、日中活動プログラム、送迎、食事、入浴、利用者負担、留意事項などについて詳しく説明し、利用者等の納得のもとに同意を得ています。また両者押印の重要事項説明書等を利用者・家族に交付しています。更に利用者負担などについて、通所介護費及び入浴等加算などについて別紙で表記し、同意を得ています。</p> <p>利用開始時は、不安が生じないように支援をしています</p> <p>利用開始時は、利用者の環境変化による不安が生じないように支援を行っています。職員は、利用者の性格や意向などを予め把握・共有しています。利用者が慣れるまでは、声掛けや見守りなどを行い、安心できるようにフォローしています。皆さんを紹介するなど早く顔なじみとなってもらえるように心がけています。食事や日中活動などでは、相性が合いそうな方と一緒にテーブル席に着いてもらうようにしています。またトイレや浴室、静養室の設備などを安心して使用できるように丁寧に案内・紹介しています。</p> <p>利用者の生活リズムに合わせた支援をしています</p> <p>食事や排泄、着衣などの日常生活活動について、サービス利用前の生活リズムをふまえた支援を心がけています。特に送迎では、利用者が朝の準備に時間がかかるので遅めに迎えに来てほしいなどといった希望にも対応しています。利用者が送迎者に乗車している時間を極力少なくし、負担感をなくすようにしています。事業所に居る時間についても、昼食が終わってから帰宅することにも応じています。家で昼寝の習慣の方は、事業所でも利用者の様子や希望で静養室などで昼寝・仮眠ができるように支援しています。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○ 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(0●)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○ 非該当
○ あり ● なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

評価項目4 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		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリ3の講評

通所介護計画の作成に関わる手順書の整備が期待されます
 通所介護計画は、居宅介護計画などと整合性をもって作成しています。通所介護計画作成にあたり、利用者・家族と面談し、利用者の健康状況や意向などを聞き取り、計画に反映しています。通所介護計画は、デイサービスの個別援助内容や留意事項を具体化した内容となっています。居宅介護計画の作成会議には、当事業所職員の生活相談員などが参加し、居宅介護計画の詳細及び利用者・家族の意向や課題などを共有しています。しかし通所介護計画は、居宅介護計画と整合性をもって作成していますが、通所介護計画作成に関わる手順書の整備が期待されます。

通所介護計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ています
 通所介護計画について、介護サービス提供開始日前に利用者・家族へ内容などを丁寧に説明し、同意を受けています。また当該通所計画書を利用者・家族へ交付しています。介護サービスを提供した際は、提供日や具体的サービス内容、利用者の心身の状況、その他について活動日誌などに記録しています。また月毎に計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、居宅介護支援事務所へ通知し、連携をとっています。利用者・家族へは、利用状況報告などを送付して月の活動について知らせています。

利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有しています
 連絡帳や日々の打ち合わせ、職員会議等で利用者の状況について職員間で共有し、適切な支援につなげています。また軽易の内容は、口頭で職員間で連絡を交わしています。これらの事は、必要によって活動日誌や会議録、また個人記録などに記録しています。活動日誌には、食事や入浴、排せつなどにおいて変化があれば、状況と対応などを特記事項として記録しています。利用者サービス計画の変更が必要な変化があった場合は、当事業所職員の生活相談員などと居宅介護支援事業所と連携して速やかに適切な対応を行っています。

サブカテゴリ5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ5の講評		
利用契約時に「個人情報の提供について」を説明し同意を得ています 個人情報の提供する範囲、提供先、提供機関などが明示された「個人情報の提供について」の説明と同意をサービス利用契約時に行っています。文書の封入物や活動中の所有物は個別のロッカーに入れて保管しています。排泄介助や入浴介助時は同性介助を行っています。入浴介助は前を覆ったり、着脱時も露出を少なくするなど羞恥心に配慮しています。		
人前では利用者や家族についての話はしないように配慮しています 人前では利用者の個人的なことや家族の話はしないようにしています。必要があれば個別に個室などで話すようにしています。利用者の今までの生活歴などを配慮して個別の対応を行っています。また職員は利用者が人生の先輩として尊敬して接するように心がけています。トイレ誘導なども声掛けをして本人の意思を確認して行い、拒否する場合は無理強いしないで利用者の意思を尊重しています。		
サブカテゴリ6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(○●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○●)

評価	標準項目	
○ あり ● なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

各種マニュアルは整備されていますが、職員が日常的に活用するまでに至っていません

防災マニュアルや感染症マニュアル、クレーム時対応マニュアル、介護支援マニュアルなどの各種マニュアルは整備され、日々の打ち合わせや職員会議などで定期的な見直しは行われてます。標準化が出来ない個別対応が多い為、職員が支援マニュアルなど日常的に活用はしていません。個別対応であっても、基本的な手順は標準化が望めますので、職員が日常的にマニュアルを活用することが期待されます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		38 / 38	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者の特性に合わせてコミュニケーションを交わしています 利用者の特性に応じてコミュニケーションの取り方を工夫しています。難聴の方や失語症の方、認知症の方などの利用者には、言葉による会話以外にボードを使い、筆談などで行っています。声の大きさや話す速さなども利用者のペースに合わせて、ゆっくりと丁寧に話すようにしています。また車いすの方やテーブル席に座っている方などと職員が会話するときは、立ったままではなく、姿勢を低くして利用者の目線と同じ高さに近づけるようにしています。利用者の意思疎通や理解力などについて、職員は、通所介護計画などによって把握しています。</p> <p>利用者が好みの活動に参加できるように支援しています 利用者が好みの活動や創作活動に参加し、楽しく気分よく過ごせるように支援しています。事業所としてユニークで独創的な取り組みがあります。日中活動の中で、料理を作るプログラムがあります。季節にあった料理づくりに参加してもらい、季節を感じてもらっています。また菜園「ほっぷガーデン」で野菜・植物を育てる空間があります。また麻雀やカードゲームなども行われています。これらのプログラムなどに参加・不参加は、もちろん自由です。ソファやテーブル席で一人でくつろぎながら、テレビを見る方もいます。</p> <p>家族や関係機関と連携して利用者支援を行っています 家族とは、日々の送迎時に伝言や連絡ノート或いは、電話などで情報交換を行っています。家族から聞いた家での直近の様子や体調などは、その日の事業所での利用者支援に際し注意をもって支援しています。事業所の行事や日中活動の様子を「ほっぷ新聞」などで家族に伝え、事業所の活動の理解を図っています。利用者の担当ケアマネジャーとは、密接に情報交換を行っています。毎月、事業所での利用者へのサービスの実施状況等について情報提供しています。また事業所を紹介するチラシや毎月の「ほっぷ新聞」なども提供しています。</p>			
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		○ 非該当

評価項目2の講評

利用者の嗜好に合わせて食事提供をしています

事業所の事業計画の重点事業に今年度も「食の重要性に焦点を当て、利用者が望む形態の食事を提供すること」を掲げ、取り組んでいます。昨年度、食事のアンケートを実施し、利用者の希望に添えるメニューが提供できるように努めています。また食事形態に関しても、各利用者に可能な限り対応できるように努めています。利用者アンケートでは、①食事の味(味付け・塩味・甘味など)、②食事の量・品数、③おかずの種類について、嗜好や希望を収集しています。また利用者の状態に応じて食事を美味しく味わっていただける様に介助しています。

菜園でとれた野菜を皆で食しています

事業所の菜園「ほっぷ菜園」と称し、利用者の助言・協力のもとで野菜・植物を育て、季節感を感じてもらえる空間があります。収穫した野菜(西瓜やナスなど)を利用して食事やおやつに供しています。、利用者の皆さんが育てる段階から参加し、採取し、調理し、皆で楽しみながら、収穫したことなどを話題にしながら食しています。季節折々にとれる草花は、リビングなどに飾り、いろどりを添えています。リビングに置いてある大きな観葉植物と併せて、「ほっぷ菜園」でとれた草花が利用者の癒し効果などをもたらしています。

おやつを月2回、利用者が参加して手作りしています

食事やおやつは、利用者の皆さんがたいへん楽しみにしていますので、事業所としても工夫をしています。行事食は、夏祭りに行く「流しそうめん」やクリスマスの特別食などがあり、季節にちなんだ食事を提供しています。普段のおやつは、市販の和菓子など利用者の好みものを選んでいきます。特に月、2回のおやつは、市販のものではなく、事業所で、おやつを手作りしています。「よもぎ白玉」や「水まんじゅう」、「三色蒸しパン」、「どら焼き」などを利用者が参加して、出来ばえを話題にしながら、一層美味しく食してもらっています。

3 評価項目3

【入浴介助体制のある事業者のみ】

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○ 非該当

評価項目3の講評

利用者の入浴に際し看護職による健康チェックを行っています

利用者の入浴に際し、看護職によって、健康状態のチェックを行い、入浴の可否判断を慎重に行っています。健康状態を「バイタルチェック表」に記録しています。入浴は同性介助を行い、利用者の全身を健康チェックが出来る機会となっています。入浴担当職員が皮膚状態や体調に異常が感じられた時は、看護職によって状態観察をして必要な対応を行っています。看護職は、体温や血圧・脈拍などの基本チェックの他に、服薬管理(朝、利用者から薬を預り、昼食時に配薬・確認)や日常生活の看護的指導・相談・経過観察、急変時の対応などを行っています。

入浴マニュアルにもとづいて安全・快適な介助を行っています

事業所独自に入浴介助マニュアルを作成し、利用者の状態に応じた入浴方法・手順や、入浴介助を安全に行うための留意事項などを定めています。各利用者に、同性介助によって、個浴による個別対応を行っています。また入浴用いすや浴槽の手すり、入浴台などの入浴補助具を備えて安全・快適に入浴できるように取り組んでいます。器械浴槽は、浴槽脇に備わっているバスボードに座り、そのまま浴槽へスライドして入浴できる機能となっています。利用者の身体的負担の軽減と安全をサポートしています。併せて介助職員の負担軽減にもなっています。

浴室などが大変に広く、清潔であります

浴室や脱衣室は、広く清潔で快適な状態です。毎朝夕の清掃・消毒を行い清潔に努めています。個浴の浴槽が、大変に広い浴室の各四隅に置かれてあります。四つの浴槽のうち一つは、大きめの浴槽で器械浴が出来る備えとなっています。脱衣室も広く清潔です。冷暖房設備が備わっていて、快適であります。利用者の着衣などを収納できるように仕切られた棚が備えてあります。また着脱室の隣にトイレがあって機能的なつくりになっています。また浴室に通じる廊下の幅も大変に広く、段差のない造りになっています。

4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目4の講評

トイレへの声掛けなどを利用者一人ひとりに応じた対応をしています

事業者所独自の排泄マニュアルに基づいて、職員は、利用者が快適で清潔に排泄が出来る様に介助を行っています。職員は、利用者の排泄パターンなどを共有し、誘導や声掛けを適時に行っています。利用者の排泄については、尿便の有無や特記事項などを活動日誌などに記録しています。失禁などの失敗があった時は、言葉かけなどに十分に注意して、自尊心を傷つけない様に心がけています。排泄介助を同性によって行っています。異性による介助に羞恥心などを感じる利用者にとっては、精神的負担の軽減につながっていると考えられます。

トイレは、利用者にとって利用しやすい備えとなっています

車いすでも使用しやすい形態のトイレが1階フロアに四つ設置されています。うち一つは、左麻痺の利用者が利用しやすいように手すりなどを考慮した造りのトイレと、逆に二つ目は、右麻痺の利用者が使いやすいトイレ、三つめは、通常の車いすトイレがあります。またリビングから少し離れて、入浴室の近くにも車いす対応のトイレがあります。利用者がトイレを使用する回数が多く、使用時間も比較的長いですが、1階フロアに四つのトイレがあるので、急いで使用することが生じても、どれかが開いていて余裕をもって使用できる環境にあります。

トイレは、衛生面を考慮して清潔を心がけています

トイレは、担当職員等によって毎朝夕の清掃・消毒を行っています。利用者が常に清潔で衛生的なトイレで快適に利用できるように心がけています。トイレは、常に清潔で衛生的な状態になっています。利用者が利用した後にその都度、介助職員が便座をクリーナーによる拭き掃除や便座周りに汚れがあれば清掃をして清潔な環境を保っています。臭気にも気を付けて換気や消臭剤を使用するなどを行っています。便器に流せない汚れ物などは、感染症予防を考慮して適切に処理しています。

5 評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の主治医や常用薬等について把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 健康に関する利用者からの相談に応じている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当

評価項目5の講評

利用者の主治医や常用薬などを把握しています

利用開始時に利用者の主治医や常用薬などの情報を把握しています。利用者のお薬手帳の内容の、①処方医、②薬局名、③薬剤師名、④薬の名前・薬の写真・用法効能・注意事項などをコピーして、ケースファイルに綴っています。緊急時が発生した時のために「緊急時対応表」として、①利用者の基本基礎情報、②医療情報(内服薬・かかりつけ医療機関などを記録して備えています。主治医や常用薬が変更になった時は、利用者・家族に連絡をお願いしてあります。これら常用薬などについて、常に直近の状況を把握しています。

看護職員によって専門的な支援が来ています

看護職員によって、利用者の状況に応じた健康管理などの適切な支援が行われています。また利用者は、2か月に1度、訪問医による診療や相談を受けています。朝、利用者が来た時から、顔色や言動などから健康に異常がないか気を付けています。日中は、利用者からいろいろと相談を受けています。便秘の相談や食べ物がまずく感じて食欲がない、などの相談や会話が交わされています。事業所利用開始時から、利用者の健康状況等を把握していますので、貧血など突然の体調変化にも速やかに対応できるよう体制を整えています。

利用者の服薬に誤りがないように取り組んでいます

利用者の薬については、事業所の看護職員が管理しています。毎朝、利用者から薬を看護師が預かっています。その際に事業所が把握している本人の常用薬であるか確認しています。薬を薬ボックスの中の利用者ごとのスペースに区別して、配薬で間違わないように管理しています。昼食時に利用者が服用する時は、薬を手渡しし、また服用したことの確認を行っています。朝、利用者が家を出るときに薬を忘れないように、迎えの担当職員が声掛けし、事業所での服用を確実にできるように取り組んでいます。

6 評価項目6

利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている	○ 非該当

評価項目6の講評

安全運転の標語を掲示し注意喚起しています

運転職員のための部屋へ、出入りする毎に見える位置に、安全運転のための「標語」を掲示しています。①毎週、金曜日は、事故が無いよう慎重に、②車間距離を十分に、一時停止を確実に、③駐車場内は、慎重に、などの標語で注意喚起を図っています。併設の事業所と合同で、法人の「安全運転管理委員会」が作成の資料にもとづいて、安全運転講習会を実施し、意識向上を図っています。また事業所独自の「送迎マニュアル」を作成し、安心・安全な送迎が行われるように取り組んでいます。

送迎時に利用者の乗車時間が少ない仕組みになっています

送迎車4台(うちリフト付きが3台)を有し、普段は、リフト付き車3台が稼働しています。1台に平均3~4名の利用者が乗車しています。したがって、時間的に乗車時間が長くないようになっています。送迎車は、方面別に3台とも朝1回の迎え、夕1回の送りのいずれも1回だけ行っています。また3台で送迎していますの渋滞などが無ければほぼ約束の時間に利用者の家に到着できています。送りについても、ほぼ同時に3台が順次出発する方法で行っています。従って利用者が帰りに車に乗るまで多くの時間を待つことはありません。

安全運転管理者を定めるなど安全・安心の送迎に取り組んでいます

安全運転管理者は、運転担当職員の取りまとめや役を担っています。更に運転事故発症時の対応及び事後の対応などを行っています。事故が生じた場合の報告書について、当人と安全管理者が一緒に作成することになっています。また安全運転管理者によって、当人に対する運転指導を行っています。送迎中に大きな渋滞や事故、利用者の急変のどのアクシデントが発生した場合に備えて「緊急連絡先簿」を送迎車に載せています。携帯電話などで事業所や関係機関などへ連絡し、指示を受けることとなっています。

7 評価項目7 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			評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 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		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 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、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている		○ 非該当
● あり ○ なし	5. 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている		○ 非該当
評価項目7の講評			
<p>機能訓練が必要な利用者プログラムにもづいて実施しています</p> <p>機能訓練が必要な利用者に対して個別に機能訓練計画書を作成し、訓練を実施しています。併設事業所の機能訓練指導員の指導に基づいて計画書の作成及び訓練実施を行っています。訓練は、併設事業所と共有の2階フロアの機能訓練室において実施しています。機能訓練指導員から指導を受けた職員によって利用者ごとのプログラムにもとづいて、約30間ほどの訓練を行っています。平行棒歩行やマッサージ、両肩の上下・回転運動、ひざの屈伸運動、腿裏を伸ばす運動、ホットバックを使った運動などについて、利用者に応じたプログラムで実施しています。</p> <p>日常生活を機能訓練として生かすようにしています</p> <p>待つでも、時間がかかってでも利用者が出来ることは、自分でやっていただくことを大切にしています。日常生活のトイレや風呂などのいろいろな場面で、利用者が持っている能力の維持向上のために過剰介護をなくし、できることはやらせてあげようとしています。一日に何回も行くトイレでの立ち上がり・腰を下ろす行動や車いすから便座へ、またはその逆の移乗、及び食事で自分で食べるために手を動かすこと、入浴で自身で洗うことやシャワーチェアから浴槽へ、またはその逆の移乗などにおいて「できること」を引き出すように支援しています。</p> <p>趣味活動などに機能訓練の要素を取り入れています</p> <p>日中活動のレクリエーションや趣味活動などに機能訓練の要素を取り入れて、心身機能の維持向上につなげています。主な活動は、麻雀やカードゲームが出来る設備があります。相手の手を読む必要があり、脳トレにもなっています。またおやつを月に2回、利用者が参加して、楽しみながら「よもぎ白玉」や「水まんじゅう」などを手作りし、皆で美味しく食しています。事業所の利用者が参加して菜園で野菜や草花を育てています。菜園活動では、利用者が体を動かして運動ともなり、また外気浴によって気分的にリフレッシュなど効果をもたらしています。</p>			
8 評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている			評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 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		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食堂やトイレなどの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		○ 非該当

評価項目8の講評

さまざまな日常活動・行事のプログラムがあります

体操やカードあそび、麻雀、菜園作業、その他創作活動などの日常活動以外に、様々な年間を通して行事があります。日常活動や行事は、いずれも利用者の特性に合わせて自由選択で、参加・不参加は、自由です。参加しない利用者には、職員が話し相手になるなど個別に対応しています。年間行事は、①夏祭りの流しそうめん・カラオケ、②入浴剤まつり、③事業所まつり、④クリスマス会などを開催しています。外出行事として、初詣やこいのぼり見学などがあります。外出行事は、季節を感じ、また地域社会の営みを感じとっていただける機会ともなっています。

利用者が休息できるように、また穏やかに過ごせるように工夫しています

利用者が体調不良や疲れた時の休息場所として、ベットのある静養室があります。またリビングにもリハビリ台(表面がクッションになっている)で横になって休めます。更にリビングにソファが6つ配置してあります。ゆったりとくつろげることが出来ます。テーブル席の各利用者が使用する席は、穏やかに過ごしていただける様に利用者同士の相性や趣味などを考えて、座っていただいています。職員は、利用者が事業所に到達した時から異常がないか気かけ、利用者を確認したり、必要により休息などを促したり、適切な対応を心がけています。

利用者が快適に過ごせるように心がけています

利用者が時間を多く過ごすリビングなどは、自然の採光があって大変に明るいです。リビングのテーブルやソファなどの配置は、空間が広く、動線もゆとりがあります。リビングやトイレ、浴室などは、担当職員によって清掃を行われ、清潔で快適に利用できるように努めています。キッチン、オープンキッチンの造りで、食事やおやつ、お茶などを用意する様子や匂い、音などを利用者は、目にし、感じ、或いは、聞き取ることが出来ます。キッチンなどは、常に清潔を心がけ、感染症予防に努めています。

9 評価項目9

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている	○ 非該当

評価項目9の講評

日常の様子などを家族等に知らせています

家族へ、利用者の事業所での利用実績と併せて、月の活動について報告をしています。また事業所において、利用者の体調に関して不具合が感じられるときは、家族に電話で状況を知らせ、適切な対応をとっています。また送迎時に、家族への連絡事項を伝えています。また毎月発行の「ほっぷ新聞」を発行して、家族や関係機関に配布しています。カラー写真を多く取り入れて、日中活動の様子を視覚的にわかりやすく伝えています。お知らせ欄では、利用者家族へインフルエンザの予防接種が始まったことを知らせる記事など、健康への働きかけを行っています。

事業所での利用者の様子を家族が見学することを歓迎しています

日頃から家族へは、事業所での利用者の様子を知らせていますが、家族が事業所での利用者の様子やサービス提供の様子を直接、見ていただけることも歓迎しています。事業所での職員による利用者の介助提供の場面を見ていただくことは、自宅での利用者介助の参考になると考えています。家族がどのような場面が見たいか希望があれば、予め時間などの予定を知らせています。また事業所では、季節ごとに行事を実施しています。7月の夏祭りの流しそうめん・カラオケ、10月の事業所まつりなどに家族が参加していただけることを歓迎しています。

10 評価項目10

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○ 非該当

評価項目10の講評

地域との交流を積極的に行っています

自治会に加入しています。回覧や広報などから地域の情報を得ています。内容によって利用者や家族に情報提供しています。地域の公園清掃に参加しています。職員と一緒に利用者が参加してくれる方もいます。自治会のお祭りに事業所として、焼きそば・焼き鳥の屋台を出店しています。定番のメニューであるので、大変に盛況を得ることが出来ました。地域との関係は、今年度重点事業に「地域との共生」を掲げています。今年度も地域と積極的に交流を図り、一層の関係構築を目指しています。

ボランティアの受け入れを積極的に行っています

定期的なボランティアによるウクレレやハーモニカの演奏会があります。利用者の評判も良く、楽しみにしています。毎週火曜日、麻雀のボランティアが来所して、参加していただいています。事業所と併設事業所が共同(ほっぷ・パステルパレット)開催の「ほっぱれ祭り」に地域の「光が丘サポーター隊」にボランティア参加いただいています。家族や地域の皆様、関係機関などへも周知し、多くの方の参加をいただいて、事業所の周知・理解を図っています。また近隣中学校の生徒を職場体験として毎年受け入れています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-3	重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している
タイトル①	重要な案件の決定についての指示系統が確立されています	
内容①	重要な案件の決定は事業所の職員会議で話し合った内容を管理者からエリアマネジャーに上げ、エリアマネジャーから法人幹部に上げて本部の理事長を含めた幹部で決定しています。またエリアごとに、毎週常務理事、エリアマネジャー、サブエリアマネジャーで職員の意識調査の結果を検討したり、新規事業所の話し合いや採用の検討、決定を行っています。事業所の管理者を本部の常任理事が兼務していますので、本部の情報が把握しやすく、事業所の方向性を示すなどリーダーシップを発揮しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル②	街づくり協議会の「買い物お出掛隊」に車を貸し出すなど地域貢献を行っています	
内容②	毎年10月に同敷地内に併設している事業所と合同で「ほっばれ祭り」を開催し地域住民にピラを配ったり、町内会の回覧で回してもらうなどで、地域住民に呼びかけを行っています。地域住民に呼びかけを行っています。地域のボランティアにはウクレレの演奏をしてもらっています。町内会長や地域住民を含めて200人位の参加があり、職員、利用者、地域住民との交流が出来ます。また街づくり協議会の「買い物お出掛隊」に事業所の車を貸出して、スーパーマーケットなどに高齢者の買い物支援を行い地域貢献を行っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-7	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
タイトル③	機能訓練が必要な利用者に個別のプログラムにもとづいて実施しています	
内容③	機能訓練が必要な利用者に対して個別にプログラムを作成し、訓練実施に力を入れています。併設の機能訓練指導員の指導のもとでプログラムを作成しています。訓練は、併設事業所と共有の2階フロアの機能訓練室において行っています。機能訓練指導員の指導を受けた職員によって、利用者ごとのプログラムにもとづいて一人約30分間、行っています。平行棒歩行やマッサージ、両肩の上下・回転運動、ひざの屈伸運動、腿裏を伸ばす運動などを行っています。また日常活動の体操やボードゲーム、カードゲームなどを機能訓練の視点をもって行っています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所全体が広くゆったりとした居心地の良い環境になっています
	内容	利用者が時間を多く過ごすリビングなどは、自然の採光があって大変に明るく、ゆったりと過ごせる広さになっています。テーブルやソファなどの配置は、空間が広く、動線もゆとりがあります。トイレにはライトセンサーが設置され、浴室からも入れるようになっている所もあります。浴室は機械浴の他に個浴が3か所あり、十分な広さがあります。担当職員により毎日共用部分の清掃、消毒を行っていますので、清潔で快適な環境になっています。
2	タイトル	ボランティアの受け入れを積極的に行っています
	内容	定期的なボランティアによるウクレレやハーモニカの演奏会があります。利用者の評判も良く、楽しみにしています。毎週金曜日、麻雀にボランティアの参加があります。事業所と併設事業所が共同(ほっぷ・パステルパレット)開催の「ほっぷ祭」に地域の「光が丘サポーター隊」に参加いただいています。家族や地域の皆さま、関係機関などに周知し、大勢の参加をいただいています。また近隣中学校の職場体験を受け入れています。近隣の高等学校福祉委員会との福祉交流会を実施しました。
3	タイトル	安全運転のための標語を掲示し、注意喚起しています
	内容	送迎車4台を有し、普段は、リフト付き車3台が稼働しています。事業所独自に送迎マニュアルを作成し、安心安全な運転・送迎が行われるように取り組んでいます。併設の事業所と合同で安全運転講習会を実施し、意識向上を図っています。運転職員の部屋の入口の出入りする毎に、見える位置に、安全運転のための「標語」を掲示しています。「①毎週金曜日は、事故が多い傾向にあるので慎重に」「②車間距離を十分に・一時停止は確実に」「③駐車場では、慎重に」の標語を掲示し、注意喚起を図っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	地域の会合などに参加され、地域とのネットワークを構築し、ニーズ把握をしていくことが期待されます
	内容	地域の高齢者の買い物に事業所の車を定期的に提供するなど地域貢献はしていますが、地域の事業者連絡会や関係機関の会合などには参加出来ていません。職員の勤務状況に余裕がないとのことでしたが、今後は地域の会合や研修会などに参加して、他事業所や関係機関とのネットワークを構築し、地域のニーズなど情報収集することが期待されます。
2	タイトル	研修報告書を作成し、研修内容を職員間で共有することが期待されます
	内容	研修は本部の階層別、共通研修や外部研修に参加していますが、研修報告書を作成していません。今後は研修参加後に研修内容、感想などを記録した研修報告書を作成して、資料などと一緒に回覧したり、会議などで発表するなど、研修に参加しなかった職員にも研修内容を共有することが期待されます。
3	タイトル	通所支援計画の作成に関わる手順書の整備が期待されます
	内容	通所介護計画は、居宅介護計画などと整合性をもって作成されています。通所介護計画作成にあたり、利用者・家族と面談し、利用者の健康状況や意向などを聞き取り、計画に反映しています。通所介護計画は、デイサービスの個別援助内容や留意事項を具体化した内容となっています。なお通所介護計画は、居宅介護計画と整合性をもって作成していますが、通所介護計画作成に関わる手順書が作成されていません。今後は誰でも同じ基準で作成できるような手順書の作成が期待されます。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323