

# 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    | ユニトレンド株式会社             |
| 所 在 地  | 千葉県柏市中央2-9-16          |
| 評価実施期間 | 平成26年12月15日～平成27年3月31日 |

## 2 受審事業者情報

### (1) 基本情報

|            |                                                        |       |              |
|------------|--------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 名 称        | 市川市中山デイサービスセンター                                        |       |              |
| (フリガナ)     | イチカワシ ナカヤマ デイサービスセンター                                  |       |              |
| 所 在 地      | 〒272-0813<br>千葉県市川市中山1-2-1                             |       |              |
| 交 通 手 段    | JR総武線 下総中山駅より徒歩約20分<br>京成中山駅より徒歩約10分                   |       |              |
| 電 話        | 047-335-7361                                           | F A X | 047-335-7362 |
| ホームページ     | <a href="http://www.asahiso.com/">www.asahiso.com/</a> |       |              |
| 経 営 法 人    | 社会福祉法人 市川朝日会                                           |       |              |
| 開設年月日      | 平成8年6月1日                                               |       |              |
| 介護保険事業所番号  | 1270800285                                             | 指定年月日 | 平成26年4月1日    |
| 併設しているサービス | なし                                                     |       |              |

### (2) サービス内容

|         |                                                                       |            |                            |
|---------|-----------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| 対象地域    | 市川市、船橋市（本中山・東中山地区）                                                    |            |                            |
| 定 員     | 18名                                                                   |            |                            |
| 協力提携病院  | なし                                                                    |            |                            |
| 送迎体制    | 送迎車両3台（リフト付き車両1台）                                                     |            |                            |
| 敷地面積    | m <sup>2</sup>                                                        | 建物面積(延床面積) | 65.45m <sup>2</sup> （デイ部分） |
| 利 用 日   | 月曜日～金曜日                                                               |            |                            |
| 利用時間    | 9時15分～16時30分                                                          |            |                            |
| 休 日     | 土・日・祝日及び12月30日～1月3日                                                   |            |                            |
| 健康管理    | 健康診断書の提出、来所時バイタル測定（検温・血圧・脈拍・問診等）                                      |            |                            |
| 利用料金    | 介護保険を利用した自己負担分（1割）食事代550円                                             |            |                            |
| 食事等の工夫  | 季節行事を取り入れ旬の食材を豊富に用いることで、食事を楽しんで頂けるようにしています。身体状況に合わせミキサー食、刻み食対応可。      |            |                            |
| 入浴施設・体制 | ・共同浴槽による一般浴、リフト浴<br>・ご利用者の身体状況に合わせて対応いたします<br>・介護予防（要支援）の方でもご利用いただけます |            |                            |
| 機能訓練    | 歩行訓練・転倒予防体操・機能訓練士による機能訓練及びマッサージ                                       |            |                            |
| 地域との交流  | 地域の幼児・児童との交流、ボランティアによる習字の会・かっぱれ等                                      |            |                            |

## (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 |
|------------------|---------|---------|---------|-----|
|                  | 3名      | 6名      | 9名      |     |
| 職種別従業者数          | 生活相談員   | 看護職員    | 介護職員    |     |
|                  | 1名      | 1名      | 5名      |     |
|                  | 機能訓練指導員 | 事務員     | その他従業者  |     |
|                  | 1名      | 0名      | 1名      |     |
| 介護職員が<br>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 |     |
|                  | 2名      | 0名      | 5名      |     |
|                  | 訪問介護員3級 | 介護支援専門員 |         |     |
|                  | 0名      | 0名      |         |     |

## (4) サービス利用のための情報

|          |                            |   |
|----------|----------------------------|---|
| 利用申込方法   | 居宅介護事業所を通しての受け入れ           |   |
| 申請窓口開設時間 | 営業日の8時30分から17時30分          |   |
| 申請時注意事項  | 利用希望日の空状況、送迎エリアの確認、医療情報の提出 |   |
| 苦情対応     | 窓口設置                       | 有 |
|          | 第三者委員の設置                   | 有 |

## 3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス方針          | 利用者が可能な限り自宅で自立した生活を送ることが出来るよう、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練、レクリエーション、送迎サービスなどを日帰りで提供します。                                                                                                                                                                                                                                  |
| 特 徴             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設18年目の公設営民の施設です</li> <li>・季節感を大切にしてお食事はとても美味しいと好評です（きざみ食・トロミ食・ミキサー食にも対応いたします）</li> <li>・入浴は一般浴の他、座ったまま入浴できるリフト浴がありますので、身体状態にあわせ楽しんで頂けます</li> <li>・機能訓練指導員（看護職員）による機能訓練のほかに柔道整体士によるマッサージも行っています</li> </ul>                                                                           |
| 利用（希望）者<br>へのPR | <p>定員が18名の少規模型デイサービスです。</p> <p>ご利用者様お一人お一人とじっくり関われる人員体制が整っておりますので、ニーズに合わせたきめ細かいサービスを行うことが出来ます。 季節行事（初詣、梅・桜・薔薇・菖蒲等の花見、納涼祭、運動会、敬老会、クリスマス会、忘年会）やショッピングセンターでのお買い物、ボランティアの方々による習字の会や音楽会・踊りの見学等ご利用者様に喜んで頂けるプログラムを沢山用意しています。</p> <p>家庭的な雰囲気の中で一日を楽しく過ごして頂ける、ご利用者様と職員の笑い声があふれる、明るく元気なデイサービスです。</p> <p>是非一度見学にいらしてください。お待ちしております。</p> |

## 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                                                                                                                                                                                                                                           |
| 利用者への密な声掛けによる、質の高いサービスを提供している                                                                                                                                                                                                                              |
| 年度末に利用者へのアンケートを実施して利用者・家族の意見を聴取することで、利用者満足度を把握して問題点の改善を行っている。その一方で、日頃の送迎時には、家族との会話や表情・皮膚状態などを留意チェックし虐待やネグレクトなどの早期発見を心掛けている。このように密な声掛けをすることにより家族とのコミュニケーションを大切にした些細なことでも相談できる関係が構築されて、利用者へ質の高いサービスを提供できている。一例に外出時に屋外でおやつを食べショッピングセンターでソフトクリームや餃子・ラーメンなどがある。 |
| 職員の意向を汲みあげた働きやすい職場づくりに努めている                                                                                                                                                                                                                                |
| 事業所は「官設民営」のため市川市の指定管理を受けていて職員が気持ち良く協力し合うチームワークを大切にしている。年間事業計画など重要な課題や方針は、幹部職員が一方的に決めず全ての職員が関わり話し合っ決定している。提供サービスも常に職員同士が意見を交換して、全職員が自由な発想で創意工夫できる雰囲気づくりを心掛けてている。さらに、報告・連絡・相談を実践することで人間関係の良い働きやすい職場作りを常に目指している。そのことが“離職率”の低さに現れていると事業所は自負している。               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |
| さらに取り組みが望まれるところ                                                                                                                                                                                                                                            |
| 入浴時の利用者満足度のさらなる向上を期待する                                                                                                                                                                                                                                     |
| 入浴・排泄介助の質確保は、年度初めにマニュアル見直しを行い職員に周知し必要時に改善追加していることから、今回利用者調査での少数ではあるものの入浴時にかかわるコメントへの対応策を協議して、利用者満足度のさらなる向上を期待する。                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

| 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<br>理念・基本方針の周知                        | 1 理念や基本方針が明文化されている。                                                           | 3                                | 0                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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。                                                       | 2                                | 1                      |     |
|                          |                  | 2 計画の策定         | 事業計画と重要課題の明確化<br>計画の適正な策定                       | 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 | 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<br><br>職員の就業への配慮<br><br>職員の質の向上への体制整備 | 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・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                             | 3                                | 1                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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。                                 | 3                                | 2                      |     |
| Ⅱ                        | 適切な福祉サービスの実施     | 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   |
|                          |                  |                 |                                                 |                                                                               | 利用者意見の表明                         | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 4   |
|                          |                  | 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<br>サービスの標準化                     | 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                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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                      |     |
|                          |                  | 5 実施サービスの質      | 項目別実施サービスの質                                     | 21 食事の質の向上に取り組んでいる。                                                           | 4                                | 0                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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。                                                             | 3                                | 1                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 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。                                   | 3                                | 1                      |     |
|                          |                  |                 |                                                 | 25 施設で楽しく快適な自立生活が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               |                                                 |                                                                               |                                  |                        | 112 |

## 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。                                 | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>                                                                           |
| (評価コメント) 理念・基本方針は明文化されている。事業所のパンフレットにも記載し、法人の使命や目指す方向や考え方を明確にしている。また、法人のホームページでは、法人が実施する福祉サービスの内容が明示されている。                                                                                                                                |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                         | 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。                            | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>                                                                                                            |
| (評価コメント) 理念・基本方針は事業所内の目のつきやすいところに掲示すると共に、毎日使用する日誌にも貼り付けられ職員は常に目につくことができる。他にも、施設内研修での実行確認や共有化のための日々の朝礼での唱和や夕礼での事例検討時などに、職員が原点を見直せるように読返しすることで周知の徹底に努めている。                                                                                  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                         | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。                             | <p>■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。</p> <p>□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。</p> <p>■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。</p>                                                                                                            |
| (評価コメント) 利用契約時に生活相談員より利用者及びそのご家族に理念・基本方針を配布し、分かりやすく説明している。また、連絡事項の確認や相談支援として活用している連絡ノートにも記載しているので、利用者及びそのご家族が再認識するための一助にもなっている。ただ、当事業所には家族会はなく、合同での説明や話し合いは行われていない。センターの催事などでご家族の参加を得られている場を利用し、時間を割き周知を図るなど工夫されたい。                       |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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。                    | <p>■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。</p> <p>■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</p> <p>■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</p> <p>■現状の反省から重要課題が明確にされている</p>                                                                                                             |
| (評価コメント) 事業計画は、中・長期的視点を踏まえた法人の事業計画書と年度を単位とした事業所の計画書がある。利用者アンケートや職員の意見を取り上げ、全職員が参加する話し合いを通じて課題を明確にしたうえで作成されている。なお、市川市の指定管理を受けているのため、事業所の計画書は法人の事業計画書と一緒に市川市にも提出されている。                                                                      |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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。 | <p>■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。</p> <p>■年度終了時はもとより、年度途中にあつても、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。</p> <p>■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。</p>                                                                            |
| (評価コメント) 年間事業計画等の重要な課題や方針は、チームワークを大切にするという観点から幹部職員が一方的に決定することなく、全ての職員が関わり話し合い決定している。また日々の運営の中でサービス提供の前・後にミーティングが行われ、その際に現場の状況や事業計画の実施状況等を確認している。その確認内容は職員連絡帳に記載され全ての職員に周知されるようになっている。                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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。              | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> |
| (評価コメント) 運営方針は、利用者アンケートや職員アンケート(職員の自己評価:H26年度に書式を見直した)等の意見を基に話し合いで決めている。提供するサービスは常に職員同士が意見交換し、全職員が自由な発想で創意工夫できる雰囲気づくりを心掛けている。職員の資質向上のために内部・外部研修への積極的な参加を働きかけている。また、報告・連絡・相談を実践して人間関係が良く、働きやすい職場づくりを常に目指している。それが離職率の低さとして現れていると事業所は自負している。 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                         | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。                            | <p>■倫理規程があり、職員に配布されている。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>                                                                                                                             |
| (評価コメント) 年度初めに法令遵守及び理念・基本方針・心得などの研修を行なっている。倫理規定は新従業者研修時に配布・説明され、事業所の目につきやすい場所に掲示して、ミーティング時にも直ぐに再確認・再認識できるよう取り組んでいる。なお、倫理規定は常に職員の名札の中に携帯するなど、周知の徹底が図られている。                                                                                 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                                | <input type="checkbox"/> 人事方針が明文化されている。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) 人事方針は明文化されていないが、職務権限規定を作成し職員の役割と権限とを文章化して明確にしている。事業所では、年度終了時に管理者と職員が面接を行い、目標の達成度や評価について互いに話し合うと共に、次年度の個人目標を設定している。                                                                                                                                                        |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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。 | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) 有給休暇や時間外労働は、有給データ表や勤怠表にて管理している。必要が生じた場合には、職員と面談を行い課題改善に取り組んでいる。なお、幹部職員は常日頃より職員とのコミュニケーションを密に図り、相談や要求の聴き取りに鋭意努力している。なお、福利厚生面では職員は例えば「腰痛」などが生じた場合は系列病院で無料で受診でき、新年会・忘年会・慰労会が行われる場合は事業所から費用の半分が助成される制度がある。                                                                    |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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。                                    | <input checked="" type="checkbox"/> キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。<br><input type="checkbox"/> 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。<br><input type="checkbox"/> 個別育成目標を明確にしている。<br><input checked="" type="checkbox"/> OJTの仕組みを明確にしている。                                                                                                                                                                        |
| (評価コメント) 採用時の新人職員研修は事業所で行い、さらに法人としての研修会も行われる。日々の現場では、管理者及び先輩職員によりOJTによる指導を行っている。なお、キャリアアップ、キャリアパスについては研修計画を作成している。また、職員の教育・育成に関しては、年度ごとに研修計画を立て常に職員のスキルアップに取り組んでいる。さらに必要に応じて最新の資料や情報を用いるように努めている。なお、今後は個別の育成目標を設定した研修を計画していきたいと考えている。                                              |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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。                            | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 日常の支援では、個人の意思を尊重している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) 法令遵守の研修を必ず年一回行うと共に、常に利用者の人権に配慮したサービスを行うことを念頭に置いている。送迎時のご家族との会話や表情・皮膚状態などに留意チェックして、虐待やネグレクトの早期発見を心掛けている。そしてケアマネージャーとは毎月の実績報告時に本人やご家族の状態を併せ報告して常に密な連絡を取っている。職員同士が朝会や月例会などで注意をしかったり、年度末に職員アンケートを実施することで、自分の態度や行動の自己評価を行う結果になっている。                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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。                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の利用目的を明示している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) ホームページ・パンフレットにしっかりと記載されている。個人情報保護、利用目的、記録の開示に関してはデイルーム内とテラスに印刷物を貼って徹底を図っている。なお、契約時に個人情報保護、利用目的、記録開示について重要事項説明書にて説明している。職員には入職時に誓約書を交わし、研修も毎年実施してセルフチェックを行うことで職員の自覚をより深めている。また、ボランティア・実習生にマニュアルを通じ周知を図り誓約書を交わしている。「個人情報」に関わる書類等は施錠の出来る場所に保管しているが、破棄する場合はシュレッダーにて裁断後破棄している。 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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。                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。<br><input checked="" type="checkbox"/> 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) 事業所は年度末に利用者へのアンケートを実施し、満足度を把握している。アンケートの集計結果や利用者・ご家族の意見や要望から問題点を抽出し、改善・問題点の解消に努めている。これら一連の流れは、要望や苦情の言いやすい環境づくりに繋がっている。さらに、年末の忘年会でも簡単な聞き取りを行っている。また、職員は送迎時に家族とのコミュニケーションを大切にして、些細なことで相談して頂ける関係の構築に努力している。なお、施設内には相談室があり相談内容を記録・保管している。                                     |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 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) 契約時に重要事項を説明し、相談先・苦情受付窓口・担当者等の説明をしている。事業所内にも文書を掲示し、かつ電話付近にはフローチャートを用意している。また、年一回程度「社内研修」を実施し、日頃から利用者・ご家族との良好な関係を作ることで意見を伺えるように心掛けている。なお苦情には、申し出人に対し誠意をもって対応し、速やかに説明してご理解を得るよう努めている。また、苦情内容は苦情受付書に記入した上で法人に報告・周知している。                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>                                                                                                                      |
| (評価コメント) 事業所は3ヶ月毎に全利用者の援助計画を見直すための、サービス内容検討会を行っている。月例会においても意見を出し合いサービスの質向上を目指している。急変や居宅サービス計画書変更の方には随時見直し変更を行っている。担当ケアマネや主治医、当施設の看護師などの意見を取り入れながら、利用者の気持ちに沿う最良のサービスが行えるよう努めている。                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>■業務の基本や手順が明確になっている。</li> <li>■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。</li> <li>■マニュアル見直しを定期的に実施している。</li> <li>■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。</li> </ul>                                                                                  |
| (評価コメント) 業務マニュアルは入職時に渡され、新任者マニュアルと共に活用している。マニュアルは随時見直されているが、毎年4月には研修を兼ねて必ずマニュアルの見直し検討会を行っている。なお、職員の希望により見直しが求められる事柄(例えば食事介助等)に関しては、追加更新を行うようにしている。その際には職員全員の参加確認印をとっている。                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>                                                                                                     |
| (評価コメント) 契約時に説明漏れのないように、チェック用紙を用いながら一つひとつ訪問目的・説明内容をゆっくり分かりやすく説明している。また、重要事項説明書の中には利用金額(基本料金、各種加算料金、食事代等)が記載され、介護保険利用による1割負担額も理解されるように説明している。全て同意を得た上で同意の署名・捺印を受けている。なお、第三者評価のアンケートで「サービス内容や利用方法の説明は十分有りましたか?」の設問に、利用者の82%が「はい」と非常に高い肯定的回答であった。                                                                                               |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。</li> </ul>                                          |
| (評価コメント) 「通所介護計画書」は、ケアマネジャーからのケアプランに沿って利用者・ご家族の要望や課題、心身状態等を踏まえた計画書を作成している。さらに通所介護計画書に基づき「個別援助計画書」を、一人ひとりの生活環境・健康状態・サービスに関する項目等を細かく多職種が検討し作成している。また、通所介護計画書の作成時には利用者(署名困難の方はご家族)から必ず同意の署名をもらい、コピーを渡すようにしている。なお、第三者評価のアンケートで「計画書を作る時に、あなたやご家族の要望を聞いてくれましたか?」の設問に、利用者の75%が「はい」と高い肯定的回答であった。                                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。</li> <li>■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。</li> <li>■急変など緊急見直し時の手順を明示している。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) デイサービスで提供するサービスの「個別援助計画書」は、3ヶ月ごとに見直している。また、居宅サービス計画書の変更に繋がるとような変化はケアマネジャーに報告している。サービス担当者会議の開催時には出来る限り参加し、家族・ケアマネジャー・他事業者の意見等を伺い、良好な関係を構築させて密接な連携が可能になるように努めている。なお、ケアマネジャーには月末の実績報告を行う際に、特に変化がみられない利用者もサービス利用時の様子などを報告して、情報の共有につなげている。                                                                                               |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。</li> </ul>                                                            |
| (評価コメント) 利用者のバイタルや様子は「バイタル表」・「実行表」に細かく記載されている。時間列に沿い実行チェックを行い職員が常に確認できる状態にある。職員日誌には全職員に伝えたい用件等が記載され、情報の共有が図られている。小規模型デイサービスのため利用者数・職員数共に少なく、非常勤職員も8時間勤務体制であり、比較的スムーズに情報共有は出来ている。事業所は記録や記入は出来るだけチェック等による簡素化を図り、職員は利用者に関わる時間が多くなるよう工夫されている。なお、利用者の小さな変化も全て「個人サマリー」に記録することで、迅速に改善・変更への対応が出来ている。                                                 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 食事の質の向上に取り組んでいる                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。</li> <li>■利用者の状態に応じた食事提供をしている。</li> <li>■栄養状態を把握し計画を立て実施している。</li> <li>■食事を楽しむ工夫をしている。</li> </ul>                                                                                                        |
| (評価コメント) 利用開始時に禁食や好き嫌い、食事形態や摂取量など聞き取り、ご希望を表にして日々の食事に配慮している。朝の迎時に本人やご家族に体調確認を行い食事形態の変更で対応している。毎月の体重測定値を参考に介護・看護職員が栄養状態を把握し、改善が必要な場合には本人・ご家族の承諾を得た上で変更している。外出時は屋外でおやつを食ベショッピングセンターでソフトクリームやラーメン、納涼祭ではたこ焼き、忘年会ではお汁粉を利用者の皆さまに楽しんでもらい、季節メニューも冬至・七草・節分・ひな祭り・・・と味だけでなく目でも楽しめる献立となっている。なお、第三者評価のアンケートで「食事は美味しいですか?」の設問に、利用者の93%が「はい」と非常に高い肯定的回答であった。 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                         | 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。                     | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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) 年度初めにマニュアルの見直しを行い職員に周知、必要時に改善追加して。通所介護計画書作成時に、利用者の意思を確認し主体的に行えるよう計画している。入浴や排泄は本人の希望を踏まえた上で、看護・介護職員が利用者の心身状態の変化にあわせて安全・健康面に配慮して、状態にあうサービスが行えるようにしている。なお、第三者評価のアンケートで「入浴について、あなたの希望を聞いてくれますか？」の設問に、利用者の54%が「はい」、18%が「非該当」、14%が「どちらともいえない」、7%が「いいえ」、7%が「無回答」の回答であった。 |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                         | 健康管理を適切に行っている。                           | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>□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) 利用者の健康管理マニュアルを作成して見直しを随時している。利用時の健康状態等は「バイタル表」・「実行表」に記入し、問題があった利用者には、本人の意向を伺いながら看護・介護職員が相談の上サービス内容を変更している。特に急を要する時は、家族またはケアマネージャーに連絡し対応を相談している。契約時に、緊急連絡先を伺い一覧化し送迎車の中にも常備している。口腔機能向上は加算を取らずに、「朝のうがい、昼の歯磨き」の実施確認のみ行っている。                                           |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 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。 | <p>■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。</p> <p>□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。</p> <p>■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。</p> <p>■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) 介護予防利用者に運動器機能向上計画書を作成し毎月モニタリング・評価を行い、3ヶ月ごとにケアマネージャーに評価実績を提出している。通所介護の利用者は通所介護計画書及び実行表に本人の希望に応じたプログラム記入している。個別機能訓練は、機能訓練士を中心に介護職員が個々に合わせ実施し、空き時間に計算・ドリル・ぬりえ等興味のあることを行うことも機能訓練の一環と考え、レクリエーションは月単位で工作手芸(手指訓練)ゲーム(上肢・下肢訓練)をバランスよく組み合わせている。                            |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 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。        | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。</p> <p>■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) ぬりえ・計算・数読・パズルなど自主选择して楽しんでいる。ソファが4箇所設置されており本も多種揃っていて、くつろぎながら読書を楽しむ利用者も多数いる。全体体操は5～8分程度に一回水分補給し、レクリエーションは20～30分で休憩を挟んでいる。定員18名に対し5～6人の職員が居るので細部まで目が届いている。食事・おやつの前後にテーブルを拭き、トイレにはモップを常備してこまめにチェックしている。専門業者による館内清掃を年3回実施し、窓拭きやワックスかけ等も定期的に行っている。                      |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                         | 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。                 | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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) 送迎マニュアルに基づき安全面に配慮しながら、配車表・運行表を使用し利用者の身体状況(車酔い、腰痛等)を考慮した乗車配分をしている。自宅へ到着前に電話連絡を行い、到着後は利用者各自の希望に合わせ、塗り絵や計算・ドリル・新聞・テレビ・・・思い思いに楽しんでいる。中にはおしぼりや洗濯物たたみの手伝いをする利用者もいて、役割を持つ喜びに繋がると考えている。                                                                                   |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 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。            | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■「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) 認知症対応研修、マニュアル検討会等を行っている。本年度は社内研修として実施、昨年度は回想法を事前学習し利用者忘年会で実際に取り入れた。利用者の生活歴や家族構成等を記入することで、心を開いてコミュニケーションが出来るよう心がけている。なお、利用者の中の10%～15%の方が初期の認知症と思われる、と事業所は捉えている。                                                                                                    |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                         | 利用者家族との交流・連携を図っている。                      | <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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) 連絡帳の記入のみでなく、朝の迎時は利用者の心身状態の確認を、夕の送時には一日の報告をご家族とするよう心がけている。密に声かけをする事でよい関係性の構築に努めている。納涼祭・敬老会・クリスマス会には家族の参加を予定表や招待状で呼びかけている。                                                                                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。</li> </ul>                                                                |
| (評価コメント) 年一回マニュアル検討会を行い感染症研修は年一回程度実施している。本年は保健所主催の研修会に参加し、月例会で報告され職員全体で情報を共有した。ノロに関する吐しゃ物処理実習や疥癬の対応、インフルエンザ、食中毒など、時期に合わせ行っている。感染症および食中毒の事例は、現在までデイサービスでの発生事例はない。ヒヤリハット事例は法人全体で共有している。職員に対しても出勤前の体温確認や出勤後・外出後の手洗い・うがいを実施、本人・ご家族に発症が確認された場合の出勤停止などにより感染の持ち込み・拡大を防ぐ体制である。 |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul>                                                                                                           |
| (評価コメント) 事故防止マニュアルの見直しを随時行い、事故発生時はヒヤリハットを作成して職員全員に周知、再発防止策を早急に取り組むよう努めている。4年前にAEDを設置し、今年度は吸引機を設置すると共に、食事介助マニュアルの追加を兼ねて、看護職員を講師として事業所内研修を実施した。また、職員は救命講習を受講している。                                                                                                        |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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"> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> <li>■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。</li> </ul> |
| (評価コメント) 非常災害時マニュアル、火災避難時フローチャートなど整備している。さらに年2回の防災訓練を行い、訓練後の反省会にて手順の再確認など研修を行っている。緊急連絡先一覧表、法人の緊急連絡網など張り出している。東日本大震災後、家族の緊急連絡先の再確認および携帯電話の番号確認を行った。                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |