

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (訪問介護)

### 1 評価機関

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 名 称    | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所   |
| 所 在 地  | 千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7         |
| 評価実施期間 | 平成 30年 5月 1日～平成 30年 8月 28日 |

### 2 受審事業者情報

#### (1) 基本情報

|               |                                                           |       |              |
|---------------|-----------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 名 称<br>(フリガナ) | 生活クラブ風の村介護ステーションなりた<br>生活クラブカゼノムラカイゴステーションナリタ             |       |              |
| 所 在 地         | 〒286-0841<br>成田市大竹字内沼370                                  |       |              |
| 交通手段          | JR成田線 下総松崎駅 徒歩5分                                          |       |              |
| 電 話           | 0476-28-5544                                              | FAX   | 0476-20-6665 |
| ホームページ        | <a href="http://kazenomura.jp/">http://kazenomura.jp/</a> |       |              |
| 経 営 法 人       | 社会福祉法人生活クラブ                                               |       |              |
| 開設年月日         | 2004/4/1                                                  |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1271600320                                                | 指定年月日 | 2004/4/1     |
| 併設しているサービス    | 居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護                              |       |              |

#### (2) サービス内容

|      |                                                      |
|------|------------------------------------------------------|
| 対象地域 | 成田市、印旛郡栄町、印旛郡酒々井町、富里市、                               |
| 利用日  | 平日(月曜日から金曜日)                                         |
| 利用時間 | 基本提供時間、午前8時から午後6時迄、*時間外も相談に応じます。電話により、24時間常時連絡が可能な体制 |
| 休 日  | なし                                                   |

#### (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 |
|---------------|---------|---------|---------|-----|
|               | 7       | 34      | 41      |     |
| 職種別従業者数       | 訪問介護員   | 事務員     | その他の従業者 |     |
|               | 39      | 2       | 2       |     |
| 訪問介護員が有している資格 | 介護福祉士   | 訪問介護員1級 | 訪問介護員2級 |     |
|               | 24      |         | 6       |     |
|               | 訪問介護員3級 | 初任者研修   |         |     |
|               |         | 11      |         |     |
|               |         |         |         |     |

(4) サービス利用のための情報

|          |                              |    |
|----------|------------------------------|----|
| 利用申込方法   | 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等を通して申込み |    |
| 申請窓口開設時間 | 9時から17時まで                    |    |
| 申請時注意事項  | 特に無し                         |    |
| 苦情対応     | 窓口設置                         | あり |
|          | 第三者委員の設置                     | あり |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

|             |                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス方針      | 安心して自宅で過ごせる事が一番。利用者さん一人一人の尊厳を尊重し、本人の選択やペースを尊重し気持ちに寄り添ったケアを心がけています。又、足が不自由になってもずっと自宅に住み続けられるように、階段昇降機や福祉有償サービスを行い、利用者さんの利便性を図り馴染みのヘルパーと一緒に外出できるサービスが提供できます。ヘルパーは、毎月事業所内研修に参加しています。又、外部研修に参加し、常に新しい情報を取り入れ一人一人の生活を支援しています。 |
| 特徴          | 介護保険や障がいサービス、福祉有償サービス、階段昇降機を使用し、外出がしにくかった方も馴染みのヘルパーと一緒に外出が出来ます。又、自宅で介護を受けたい方には安心して利用できるサービスを提供しています。困難と決めつけず、どのようなケースでも解決できるように、支援ネットワークをつくり、連携をしています。                                                                   |
| 利用（希望）者へのPR | 利用者さんの思いを聞き、目標が実現できるように話し合い、サービスをしています。                                                                                                                                                                                  |

## 福祉サービス第三者評価総合コメント

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に力を入れて取り組んでいること                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 福祉拠点として機能や専門性を地域に還元している<br>事業所はエリアの介護ステーションとして、訪問介護のほかにデイサービスや定期巡回型サービス及び居宅介護支援などの事業を展開している。車両による有償の移動サービスも実施しており、通院や買い物などに利用され利用者のニーズも高い。また、階段昇降機を使うことで、エレベーターのない高層階の集合住宅などの利用者も移動が可能であり、在宅での継続した生活を支援している。地域向けには「サロン」を毎月開催しており、介護予防に関するさまざまな情報を提供したり、体操、おやつ作りなどで過ごしてもらい孤立防止にもつなげている。介護ステーションは福祉拠点として機能や専門性を地域に還元している。 |
| 研修体制を整備し職員の質の向上に取り組んでいる<br>事業所では年間計画のもと法人全体で必須としているICF(国際生活機能分類)研修や認知症研修、食支援研修、権利擁護研修などを事業所内研修として実施している。また、「10の基本ケア研修」を「介護技術研修」と絡めて行うなどケアの質向上に結び付けている。研修は月2回実施し、講師は職員が分担して行っており、職員の資質の向上にもつながっている。法人の研修体制も充実しており、年次別や階層別の研修に該当者を派遣している。そのほか、外部研修も受講が可能であり、職員に学びの場を提供している。                                               |
| 感染症対策への意識づけや研修をとおして、感染症発生の防止に取り組んでいる<br>衛生委員会を設置しており、手洗いの重要性や車内の除菌などについて確認しながら、日ごろから感染症対策に対する意識づけを図っている。訪問介護員はマスク、エプロン、三角巾、タオル、靴下を利用者ごとに新しい物に交換してケアに当たっており、訪問時と退室時には手指消毒を徹底して行っている。ノロウイルスの流行期前には消毒液の作り方や消毒方法などについて実践して、ノロウイルス対応に必要な備品を携帯して利用者宅を訪問している。定例会ではまな板や包丁の消毒方法なども確認しており、感染症発生の防止に事業所全体で取り組んでいる。                 |
| さらに取り組みが望まれるところ                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 利用者の満足度を把握し、さらなるサービスの質の向上を図ることを期待したい<br>利用者の要望等は訪問介護員やサービス提供責任者が聞き取り、迅速に対応している。利用者の満足度についてはサービス提供責任者が訪問介護計画のモニタリングをもとに3か月ごと把握に努めているが、不満は言いづらいという面もあると思われる。過去には事業所独自でアンケートを実施しており、今後もアンケート内容を工夫しながら定期的に行い、利用者・家族の声を吸い上げ質の向上につなげることを期待したい。                                                                                |
| 家族への情報提供については継続した取り組みが期待される<br>法人全体でICT(情報通信技術)を活用した業務の効率化や、情報共有を進めている。職員はスマートフォンを利用してケア内容や利用者の様子を入力し、情報を共有している。家族には状況に変化等があった場合は電話などで伝えているが、日常的に実施しているケア内容等はスマートフォンなどで共有するようになっている。家族からの要望があれば連絡ノートの活用や、必要な情報を印刷して渡すなど、個別の状況に応じて対応している。今後も利用者・家族の意向を把握し適切に情報が提供できるよう、継続した取り組みが期待される。                                   |
| 人材確保の継続した取り組みを期待したい<br>事業所の課題のひとつに人材確保が挙げられている。法人全体としても取り組んでいるが訪問介護員の確保が喫緊の課題となっている。事業所では「仲間を増やそう」をスローガンに掲げ、口コミで職員を募ったりチラシの配布、地元高校や地域で介護職員初任者研修を実施している。また、ハローワークと連携し就職面談会も企画するなど手を尽くし取り組んでいる。事業所としてケア時間の確保や安定した利用者サービスにつなげるため、継続した取り組みが期待される。                                                                           |

### (評価を受けて、受審事業者の取組み)

事業計画に沿って、事業所職員がアイデアを出し合い行動していくことが事業を行っていくうえで大きな力になります。今後も、職員が同じ目標を持ち、事業を安定させ、研修と事故防止策、利用者の声を聴く力、つなぐ力を発揮し地域で在宅生活が継続できる仕組みづくりを実践していきたい。又、ICTを使用し情報がタイムリーに確認できる方法以外にも工夫することや、利用者から気軽に要望が言えるような取り組みをしていきたい。人材確保や働きやすい職場を継続して職場全体で作って行きたい。

福祉サービス第三者評価項目（訪問介護）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                                     | 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                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  | 2 計画の策定                                       | 事業計画と重要課題の明確化                                         | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。                                              | 4     | 0 |
|                                         |                  |                                               |                                                       | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。                           | 3     | 0 |
|                                         |                  | 3 管理者の責任とリーダーシップ                              | 管理者のリーダーシップ                                           | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。                                        | 5     | 0 |
|                                         |                  | 4 人材の確保・養成                                    | 人事管理体制の整備                                             | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。                                                      | 3     | 0 |
|                                         |                  |                                               |                                                       | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                              | 4     | 0 |
|                                         |                  |                                               | 職員の就業への配慮                                             | 9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 4     | 0 |
|                                         |                  |                                               | 職員の質の向上への体制整備                                         | 10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                 | 5     | 0 |
| II                                      | 1 利用者本位の福祉サービス   | 利用者尊重の明示                                      | 11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 6                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。                          | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  | 利用者満足の向上                                      | 13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。                      | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。                                | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         | 2 サービスの質の確保      | サービスの質の向上への取り組み                               | 15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。             | 2                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 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 入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。                           | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 22 移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。                       | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 23 家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。                            | 4                                                                             | 0     |   |
|                                         |                  |                                               | 24 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     |   |
| 25 サービス提供が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。 |                  |                                               | 5                                                     | 0                                                                             |       |   |
| 26 安定的で継続的なサービスを提供している。                 |                  |                                               | 5                                                     | 0                                                                             |       |   |
| 6 安全管理                                  | 利用者の安全確保         | 27 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                                                                             |       |   |
|                                         |                  | 28 事故や非常災害発生時など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                                                                             |       |   |
| 計                                       |                  |                                               |                                                       | 108                                                                           | 0     |   |

## 項目別評価コメント

標準項目  整備や実行が記録等で確認できる。  確認できない。

| 評価項目                                                                                                                                                                                                                                                                               | 標準項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>理念や基本方針が明文化されている。                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                 |
| <p>(評価コメント) 法人の理念が明文化されホームページやパンフレットに掲載している。基本方針については事業計画書に明記している。理念には「一人ひとりの個性と尊厳を尊重し、基本を大切に質の高いケアを目指す」、「誰もがありのままにその人らしく地域で暮らすことができるようコミュニティづくりに貢献します」などと謳い、法人の使命や目指す方向を明確にしている。</p>                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2<br>理念や基本方針が職員に周知・理解されている。                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                                                  |
| <p>(評価コメント) 理念を事務室に掲示するとともに、理念が掲載された「行動基準小冊子」を全職員に配布している。職員が参加する定例会(事業所会議)では小冊子の内容を読み上げるなど、理念の実現を目指す行動基準を確認している。また、訪問介護におけるサービス内容について話し合っており、直近の会議では事業所として、できることやできないことなどを再確認し共有を図っている。</p>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3<br>理念や基本方針が利用者等に周知されている。                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                                                                                                   |
| <p>(評価コメント) 重要事項説明書には理念が掲載されており、契約時には読み上げている。利用者・家族によっては文言の言い換えをするなど、分かりやすく説明することに心掛けている。広報紙も毎月発行し、さまざまな情報提供や地域向けの「サロン」の案内などを行っている。また、実施した訪問介護員のサービス内容は、利用者・家族もインターネットで閲覧が可能な仕組みを作っている。なお、サービス内容について、利用者・家族から要望があれば文書でも提供できる体制があり、血圧測定記録などを紙媒体で渡している利用者もいる。</p>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 4<br>事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業計画は中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。</li> <li>■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。</li> </ul>                                                                                                                 |
| <p>(評価コメント) 法人の中期計画が策定されており、年度の事業計画に展開している。事業計画書には全エリア及び訪問介護などの分野別、事業所の所在エリアの方針が明記されている。事業所の計画は昨年度の振り返りをもとに課題と方針を明示しており、「人材確保及びICFの視点」や「認知症ケアを意識したケアの統一」、「ITによる業務支援システムを使用した情報共有」を重点方針としている。</p>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5<br>施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                  |
| <p>(評価コメント) 事業計画の策定にあたり、法人幹部出席のもと、前年度の振り返りや今年度の方針について職場討議をしている。エリア別経営会議や所長会議には所長が参画し課題等を話し合い、内容は定例会で職員に周知を図っている。事業計画については毎月の定例会で前月を振り返り、当月予定を立てて取り組んでいる。内容は月ごと文書化し分かりやすくしており、計画・実践・評価のサイクルを廻していることが確認できた。</p>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6<br>理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul> |
| <p>(評価コメント) 事業所の課題は毎月の事業所会議で話し合い、訪問介護サービスの質の向上を目指しており、所長は率先して取り組みを推進している。とくに、人材確保では事業所目標として「仲間を増やそう」を掲げ、口コミで職員を募ったり地元高校や地域で介護職員初任者研修を開講している。また、行政からの委託で地域で認知症サポーター養成講座を実施し、認知症への理解を深めてもらっている。所長は職員との個別面談のほか会議や研修等では声をかけたり話を聞くなどコミュニケーションを大切にしている。訪問時の職員意見からも職場の風通しがよいことがうかがえた。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7<br>施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 倫理規程があり、職員に配布されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                                                                   |
| <p>(評価コメント) 法人の倫理綱領や職員として守るべきことが網羅された「行動基準小冊子」を職員に配布している。事業所内研修では年間計画のもと「接遇・倫理・個人情報」についてや、質の高い自立支援を行う「10の基本ケア」などについて周知・徹底を図っている。また、定例会ではサービス提供責任者が中心となり「ケアワーカーとしての心構え」を読み合わせるなど初心に帰っている。利用者・家族アンケートでも、「職員は丁寧に接してくれていますか」の設問に対し回答者の97%が「はい」と答えており、一人ひとりを尊重したケアに取り組んでいることがうかがえる。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人事方針が明文化されている。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 評価が公平に行われるように工夫している。</li> </ul>                                                                                                          |
| (評価コメント) 法人の人事方針が策定されており、職員の等級ごとの役割りなども明文化されている。人事考課では常勤職員に年2回、非常勤職員には年1回の個人面談を実施している。評価項目は社会人としての基礎や業務遂行などであり、評価結果はフィードバックしているが、とくに上司が課題について継続してサポートすることを大切にしている。また、法人として考課者研修もおこなっており評価の公平性を担保している。                                                                                                                   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                |
| (評価コメント) 管理者は出勤簿を確認し、職員の就業状況を把握している。事業所では訪問介護員の確保を課題としており、現在知人への口コミや介護職員初任者研修を行うなど人材確保に努めている。また、毎月の職場づくりミーティング(衛生委員会)では労働災害防止や長時間労働などの話し合いをしたり、職員アンケートで悩みの把握に努めるなど、働きやすい職場環境の整備に取り組み、離職防止にもつなげている。そのほか、メンタルヘルス対策としてストレスチェックも実施しており、産業医との面談も可能となっている。法人は共済会を組織したり、親睦のためのクラブを設置するなど福利厚生に取り組んでいる。                          |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。</li> <li>■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。</li> <li>■ 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。</li> <li>■ 個別育成目標を明確にしている。</li> <li>■ OJTの仕組みを明確にしている。</li> </ul>                                                                                                                      |
| (評価コメント) 全職員対象のキャリアエントリー制度があり、1年後、3年後の目標を掲げてもらっている。職員一人ひとりとの育成面談では現状の課題や期待することなどを明確にし、育成を図っている。研修については法人の新人研修や年次別の研修などとともに、事業所においても年間計画のもとICF(国際生活機能分類)研修や認知症研修、権利擁護研修、介護技術研修などを行っている。研修受講後は報告書を提出してもらい、所長がコメントを添えフィードバックしている。また、新人職員には利用者の手順書をよく読んでもらうとともに、サービス提供責任者が同行しOJTを実施するなど人材育成に取り組んでいる。                        |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 憲法、社会福祉法、介護保険法等など法の基本理念の研修をしている。</li> <li>■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。</li> </ul> |
| (評価コメント) 法人の入職時研修では福祉事業と権利擁護などのカリキュラムがあり周知を図っている、事業所でも権利擁護研修を必須の研修とし毎年実施したり、他エリアと共同で「虐待防止委員会」を設置し定期的に話し合っている。また、不適切ケア防止のため自己点検を行うなど言動を振り返っている。日常のケアでは「10の基本ケア」をもとに利用者の意向を尊重したサービスに心掛け、入浴や排泄介助などではプライバシーや羞恥心に配慮したケアに努めている。虐待の恐れがある利用者がある場合は、対応する手順書があり体制が整えられている。家族アンケートでは回答者の90%がプライバシーを守ってくれていると答えるなど、人権に配慮した支援がうかがえる。 |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 個人情報の利用目的を明示している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                            |
| (評価コメント) 法人の個人情報保護方針はホームページに掲載され、適用範囲や利用目的及び開示・提供などについて明示している。職員とは入職時に守秘義務契約を取り交わし、事業所研修では個人情報保護に関する研修を行い理解を深めている。利用者・家族には契約時に個人情報の利用について説明し、使用目的や条件などの「個人情報使用同意書」をもらっている。また、実習生にはオリエンテーションで守秘義務などについて説明している。                                                                                                           |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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。                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。</li> <li>■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                                                                |
| (評価コメント) 利用者・家族の要望などは訪問介護員が聞き取ったり、サービス提供責任者が訪問した際に聞き取り、迅速に対応している。サービスに対する利用者の満足度は、サービス提供責任者が訪問介護計画のモニタリングを3か月ごとにおこなっており、そのなかで満足度を確認し記録している。過去には郵送で利用者アンケートを実施し満足度を調査したこともある。今後も定期的なアンケートの実施など利用者の満足度を把握する取り組みに期待したい。                                                                                                    |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                               |
| (評価コメント) 苦情解決の体制が整備されており、事業所や法人の相談・苦情の窓口及び第三者委員、自治体の窓口などを重要事項説明書をもとに、契約時に説明している。電話や訪問時に苦情を受け付けた場合は記録に残し手順書に沿って解決を図り、結果を申出人に説明している。苦情・事故などはリスクマネジメント会議で話し合うほか、定例会で職員間で共有を図っている。                                                                                                                                          |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) 毎月行われる定例会でサービス内容について検討している。会議ではケアの統一や提供しているサービスの課題や改善点などを話し合っている。定例会では「ケアワーカーの心がまえ」として服装、時間厳守、挨拶などの基本姿勢についても確認している。また、法人で作成した「10の基本ケア」にそって毎月研修を実施しており、温かい食事をする、おでかけを楽しむ、やりたいことを実現できる手助けなどの項目にそって具体的な支援について学んでいる。研修後は報告書を作成し、所長がコメントを記載してフィードバックしており、事業所全体としての介護方法やサービスの質の向上に活かしている。                                                                                  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> <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行っている。</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) 法人が作成した業務の基本マニュアルがあり、職員は貸与されているスマートフォンで必要に応じて確認している。利用者個別のケア手順を作成し、職員はスマートフォンで確認しながら、ケアに入っている。個別の手順書にはケア内容だけでなく、訪問時の声かけの仕方、調理器具の使用法や移動時の介助方法など、利用者の状況に応じて詳細に記載されている。駐車スペースについても手順書に記載があり、スムーズに業務に入れるように工夫している。個別の手順書は利用者の状態の変化に応じてサービス提供責任者が中心となって随時見直ししており、変更内容はスマートフォンを通して職員が共有できるようになっている。業務の基本マニュアルについては、担当職員が内容の有効性をチェックして必要があれば法人に意見を伝え、マニュアルの見直しに反映させる仕組みがある。 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 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) サービス利用開始に当たっては、サービス提供責任者が利用者宅を訪問して、契約書、重要事項説明書を読み上げながら説明している。サービス内容や料金については分かりやすく言い換えたり、具体的な内容を伝え、理解できているかを確認しながら時間をかけて説明している。キャンセル料については、体調不良などでも当日キャンセルの場合は料金が発生することを伝えている。利用開始後もサービス内容や請求書などについて、その都度分かりやすく説明して、利用者が理解できるように努めている。視覚に障害がある場合は月間の予定表を大きく印刷して渡すなど、利用者の状況に応じて対応している。                                                                                 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。                      | <ul style="list-style-type: none"> <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) 訪問介護計画はケアマネジャーのケアプランに即して、サービス提供責任者が利用契約時にアセスメントを行い作成している。利用者の心身の状況や利用者・家族の意向、現在の生活の様子などを把握し、ニーズや課題を明確にして個別の支援計画を策定している。利用者の生活習慣を大切にしながら自立に向けた支援となるよう取り組んでおり、利用者の新たなニーズや課題については、毎月開かれる定例会で検討して支援計画に反映させている。利用者・家族等には支援計画の内容を読み上げながら説明し、同意を得ている。                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。                 | <ul style="list-style-type: none"> <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) 3か月に1度サービス提供責任者がモニタリングを実施して、サービス内容、利用者の状態や変化、満足度などを評価している。計画の見直しは特に変化がなければ1年ごとに見直しをしており、急変した場合はその都度担当者会議を開催して計画を見直している。サービス提供責任者は定期的に利用者宅を訪問して、サービス利用についての状況や要望などを聞き取り、計画に反映させている。職員はスマートフォン上で支援計画を見ることが可能であり、変更の場合もスマートフォンで確認しており、同じ事業所内のケアマネジャーともスマートフォンで共有を図っている。他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーや在宅サービス事業所、訪問看護事業所とは連絡ノートを活用して情報を共有している。                                      |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者一人ひとりに関する情報を記録する仕組みがある。</li> <li>■ サービス提供責任者及び担当訪問介護員が情報共有している。</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、具体的な内容の工夫が見られる。</li> </ul>                                                                |
| (評価コメント) 職員は全員がスマートフォンを所持しており、ケア内容や利用者の様子などを入力している。記録された内容は他の訪問介護員やケアマネジャーとも、スマートフォン上でリアルタイムに共有できるようになっている。利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅に整備している緊急対応マニュアルに沿って対応している。家族には状況に変化等があった場合は電話かメールで伝えているが、日常的に実施しているケア内容や利用者の様子は、スマートフォンやパソコンで共有できるようになっている。家族からの要望があれば連絡ノートの活用や、必要な情報を印刷して渡すなど個別の状況に応じて対応している。今後も利用者・家族のニーズを把握し適切に情報が伝達できるよう、継続した取り組みが期待される。                                 |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 入浴、清拭及び整容、排せつ、食事介助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                             |
| (評価コメント) 必要に応じてスマートフォンでマニュアルを確認しながら、ケアを行っている。契約時や初回訪問時にはサービス提供責任者が入浴、排泄、食事などの介助に必要な情報を得るため、利用者宅の風呂場や居室の様子などを確認しながら、注意事項や要望などを聞き取っている。また、同性介助についても希望を確認している。訪問介護員はスマートフォンで個別の手順書を確認してケアに入っており、利用者の意向や状態の変化に応じて定例会などで検討して、手順書を見直している。支援計画に基づいた支援の実践はスマートフォンに入力しており、他の訪問介護員やケアマネジャーともリアルタイムで共有している。                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 移乗・移動介助及び通院・外出介助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                          |
| (評価コメント) 基本的なマニュアルの他に利用者個別の移乗・移動、及び通院や買い物などの外出手順書を整備している。手順書は利用者の状況に応じてサービス内容を見直しており、階段昇降の場合では利用者の状態や体調に応じて、体幹を支える介助から階段昇降機の使用に変更するなど、適切に対応している。介護保険の適用外となる墓参りや法事などの外出では、独自サービスとして有償の移動サービスを紹介している。有償サービスは訪問介護員の資格を持った職員が運転、移動介助を行っており、利用者のニーズに応じたサービスを提供している。                                                                   |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生活援助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> </ul>                                                                                                      |
| (評価コメント) 個別の手順書があり、利用者の要望に沿いながら生活習慣を大切に自立に向けた支援を実践している。掃除では訪問介護員が風呂場やトイレなどを行っている間に、利用者は洗面所周りや雑巾をゆすぐなど負担のない家事に参加してもらうように工夫している。調理では一緒に献立を考えたり、できる作業に参加することで、利用者の意欲を引き出しながら自立に向けた支援を実践している。生活援助についても定期的にモニタリングを実施して、利用者の状況に応じてサービス内容を見直している。                                                                                       |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 「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。</li> </ul>                                                                                                                                        |
| (評価コメント) 認知症の利用者への支援については法人全体での研修のほかに、事業所内でも「10の基本ケア」にそった認知症ケアについて学んでいる。研修では言葉かけや対応の方法、室内環境など具体的な支援のあり方について学びながら、サービスの質の確保に取り組んでいる。認知症ケアでは利用者の話しを傾聴して信頼関係を作ることを大切にしている。利用者が不穏な様子の時は、入浴の介助で訪問した場合でも無理強いせず、落ち着くまで利用者話しをするなど、利用者寄り添った支援の実践に努めている。                                                                                   |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | サービス提供が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問介護職員に対して、利用者や家族への接遇・マナーの向上を図る取り組みを実施している。</li> <li>■ 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認し、変化のある場合の対応体制を整え、必要に応じて関係機関と連絡をとるなどの対応をしている。</li> <li>■ 利用者から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている。</li> <li>■ 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。</li> <li>■ 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。</li> </ul> |
| (評価コメント) 定例会では「訪問介護員としての心がまえ」を読み合わせ、訪問時の服装、時間厳守、挨拶などの基本的な接遇・マナーについて確認している。利用者宅には、家族やケアマネジャー、主治医などの緊急時の連絡先や連絡方法を記載した緊急対応マニュアルを整備しており、変化がある場合はマニュアルに即して適切な対応に努めている。鍵や金銭の扱いについては契約時に事業所の基本的な方針を説明している。利用者からの要望などは訪問介護員や定期的に訪問しているサービス提供責任者が聞き取り、ケース会議で話し合い利用者の意向に即して対応している。                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 安定的で継続的なサービスを提供している。                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問介護員のコーディネーターは利用者の特性やサービス内容など配慮している。</li> <li>■ 訪問介護職員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している。</li> <li>■ 訪問介護職員が変更になる場合は、決められたルールに従って利用者に事前に連絡している。</li> <li>■ 訪問介護職員が替わるときには、前任者が同行するなど引き継ぎをしている。</li> <li>■ 訪問介護職員の変更後、利用者負担がないか確認している。</li> </ul>                                         |
| (評価コメント) 利用者宅にはサービス提供責任者を含め3～4人の訪問介護員がチームとなり訪問しており、訪問前にスマートフォンでシフトを確認してケアに入っている。サービス提供責任者は利用者や訪問介護員との相性や、同性介助の希望などを配慮してコーディネートしている。初回訪問時は必ずサービス提供責任者が同行しており、サービス開始後も利用者からサービス内容や満足度などを聞き取っている。利用者には訪問日時と担当する訪問介護員が記載された月間スケジュール表を渡しているが、交替になる場合は事前に電話で利用者に連絡している。訪問介護員が交替になった場合はサービス提供責任者が、利用者へ交替後の感想などを聞き取り、継続したサービスの提供につなげている。 |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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) 感染症のマニュアルが整備されており、毎年ノロウイルス流行期前には研修を実施している。研修では座学だけではなく、消毒液の作り方や消毒方法などの実践をとおして対応方法を確認している。定例会ではまな板や包丁の消毒方法を確認しており、食中毒の発生の予防にも努めている。訪問介護員はエプロン、三角巾、ハンドタオル、マスク、靴下を利用者宅ごとに新しいものに交換している。また、訪問時と退室時には消毒液で手指消毒を行うなど、日常的に感染症対策に努めている。職員は毎年インフルエンザの予防接種や健康診断を受け、健康管理に留意しながら利用者のケアに当たっている。                                        |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 事故や非常災害発生時など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、非常災害時の対応手順等に関するマニュアル等整備している。</li> <li>■ 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討をしている。</li> <li>■ 事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応に関する研修を実施している。</li> </ul>                                                                                                                          |
| (評価コメント) 事故や災害発生時の対応マニュアルが整備されており、職員はスマートフォンで内容を確認できるようになっている。事故報告、ヒヤリハット報告は関わった職員が、状況、要因などを記載し、サービス提供責任者が利用者宅を訪問して、状況の確認後に対応策を記載している。定例会ではヒヤリハットや事故報告についての対応策を検証し、再発防止に努めている。事業所では災害訓練やAEDの研修を実施しており、利用者の安全確保に向けた対策を実行している。訪問に際しては車での移動が中心となっているため、安全運転の研修やカーブミラーが見え難い箇所など、移動時に注意が必要な道路のヒヤリマップを作成して事業所内に掲示するなど、安全対策に取り組んでいる。    |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |