

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (通所介護)

1 評価機関

| | |
|--------|-------------------------------|
| 名 称 | 株式会社 福祉規格総合研究所 |
| 所 在 地 | 東京都千代田区神田須田町1-9 神田須田町プレイス203号 |
| 評価実施期間 | 令和5年9月15日～令和6年1月26日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|---------------|---|-------|--------------|
| 名 称 (フリガナ) | サンクレール谷津デイサービスセンター サンクレールヤツデイサービスセンター | | |
| 所 在 地 | 〒275-0026 千葉県習志野市谷津4丁目6番地10号 | | |
| 交通手段 | 京成線「谷津駅」より徒歩3分 | | |
| 電 話 | 047-411-5888 | FAX | 047-453-3337 |
| ホームページ | http://www.care-net.biz/12/keibikai/ | | |
| 経 営 法 人 | 社会福祉法人 慶美会 | | |
| 開設年月日 | 2018年4月1日 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1292100193 | 指定年月日 | 2018年4月1日 |
| 併設しているサービス | 介護老人福祉施設 短期入所生活介護（予防・総合事業を含む） 居宅介護支援事業所 | | |

(2) サービス内容

| | | | |
|---------|--|------------|----------|
| 対象地域 | 習志野市 | | |
| 定 員 | 認知症対応型通所介護（予防含む）24名 | | |
| 協力提携病院 | 大久保クリニック | | |
| 送迎体制 | リフト車3台 その他車両1台 | | |
| 敷地面積 | 6036.55㎡ | 建物面積(延床面積) | 8766.31㎡ |
| 利 用 日 | 月曜日～土曜日 | | |
| 利用時間 | 9時15分～16時30分 | | |
| 休 日 | 日曜、年末年始（12/30～1/3） | | |
| 健康管理 | 看護職員によるバイタルチェック（血圧・脈拍・体温・問診等） | | |
| 利用料金 | 介護保険料1割負担・2割負担・3割負担と食材費750円 | | |
| 食事等の工夫 | 行事食、嚥下・咀嚼機能に合わせた食事形態 | | |
| 入浴施設・体制 | 個別浴槽3台、機械（リフト）浴槽1台完備。 シャワーチェア3台。胃ろう、バルーン留置カテーテル、人工肛門の方等入浴にも対応 | | |
| 機能訓練 | 嚥下体操・リハビリ体操・機能訓練指導員による個別リハビリ | | |
| 地域との交流 | 商店街への散策・買い物等 | | |

(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 |
|--------------|---------|---------|---------|-----|
| | | 6 | 6 | 12 |
| 職種別従業者数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | |
| | 3 | 1 | 7 | |
| | 機能訓練指導員 | 事務員 | その他従業者 | |
| | 0 | 0 | 1 | |
| 介護職員が有している資格 | 介護福祉士 | 訪問介護員1級 | 訪問介護員2級 | |
| | 7 | 0 | 0 | |
| | 訪問介護員3級 | 介護支援専門員 | | |
| | 0 | 0 | | |

(4) サービス利用のための情報

| | | |
|----------|--------------------------------------|----|
| 利用申込方法 | 随時電話連絡、または見学案内等、来所時受付にて対応。 | |
| 申請窓口開設時間 | 8時30分～17時30分 | |
| 申請時注意事項 | お住まいの住所が送迎エリア内かどうか、また、習志野市在住であるかの確認。 | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | 有り |
| | 第三者委員の設置 | 有り |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|-------------|--|
| サービス方針 | 『すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を』を基本理念として掲げ、生活環境や介護状況に応じて、皆様が住み慣れた街で安心・安全に生活ができる支援を法人職員一同心がけております。 |
| 特 徴 | <ul style="list-style-type: none"> ・吹き抜けの天井で開放感のあるフロアでお過ごしいただけます。 ・個別浴槽にてプライバシーへの配慮をし落ち着いた空間での入浴が可能です。 ・機能訓練指導員によるリハビリや全体や個別でのアクティビティーを揃え、個々の能力に合わせた機能訓練を実施しています。 ・栄養バランスのとれたお食事をご用意し、体調や趣向に合わせて代替え等を行う事で大変好評いただいております。 |
| 利用（希望）者へのPR | <p>ご利用者個人を理解し、現在の認知症状を把握しその症状に合わせた個別ケアやプログラムを構成し、実践しています。ご本人の性格や職業等から紐解き、現在の症状(BPSD)を理解し、作業療法や回想法を用いることで、安心してまた利用したいと思える空間を提供しております。また、機能訓練も含めたアクティビティーを週替わりで提供しております。羞恥心へ配慮した個別浴槽を導入し、プライベート空間を作る事で落ち着いた入浴環境を提供しております。</p> <p>安心してご利用頂けるよう、お客様やご家族、地域の方の声を大切にし、職員一丸となって一生懸命対応させていただきます。是非一度ご見学に来ていただければと思います。</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 |
| 業務自己チェックリストの活用で風通しの良い職場環境を整えている |
| 業務の分析を行い、具体的な作業レベルまで落とし込んだチェックリストを作成している。このチェックリストを活用し、職員一人ひとりがスキルや業務の習熟度を確認できるようにしている。職員同士が確認することでお互い助け合い、小さな変化や問題でも把握し共有化できる風通しの良い職場環境を整えている。 |
| 利用者一人ひとりに合わせた認知症進行予防対策を提供している |
| 利用者の認知症症状について、一人ひとりの性格や生活歴などから症状を理解し個別ケアやプログラムを構成している。利用者の脳の活性化につながる学習や趣味的な活動、運動プログラム、対人交流などを日々の活動に組み込んでいる。午前中は塗り絵・計算・漢字など、それぞれ好きな脳トレーニングに取り組み、午後は機能訓練や全体で行うレクリエーション、ゲームなどで体を動かしている。少人数のグループ活動に装飾の制作やタブレット端末を利用した回想法などを取り入れて、利用者一人ひとりの状況に合わせて、認知症の進行予防ができるよう取り組んでいる。職員は定期的に認知症症状の評価を行い、勉強会を開いて認知症対応への理解を深めている。 |
| きめ細かい連絡や報告で利用者家族や介護支援専門員との信頼関係を築いている |
| 利用者家族とは送迎時のコミュニケーションや連絡帳の記録を通じて意見交換や情報共有に努めている。通所中の利用者の変化は速やかに電話連絡で報告し、困り事などの相談には生活相談員が応じている。また、利用者の状況については担当の介護支援専門員とも共有し、サービス担当者会議や毎月の利用状況報告等を通じて意思疎通を図り、連携して利用者・家族の支援に当たっている。 |
| さらに取り組みが望まれるところ |
| 事業所の強みをアピールし、稼働率の向上に繋げる |
| 丁寧なサービス提供で利用者の信頼を得て、新規利用者も増えている。職員同士の協力体制やマインドの高さなどが功を奏しているところだが、今後もこの強みを活かし、関係各署へのアピールを行い、引き続き目標とする稼働率向上に繋げてほしい。 |
| 地域連携の取り組みを再開させていくことに期待する |
| 近隣には商店街があり、これまで地域資源の活用やリハビリの一環として商店街へ赴き散歩を兼ねた歩行訓練などを実施していたが、現在は中断している。感染症予防対策は法人や事業所全体での判断となるが、これまで地域とのつながりを重視しており、このたび運営推進会議を対面で開催をすることからも、地域連携の取り組みを再開させていくことに期待する。 |

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

これからも認知症対応型通所介護の強みを発信していけるよう、認知症ケアについての学びを深めて様々な周辺症状に適切に対応できるよう取り組んで参ります。世の中の新型コロナ感染状況次第ではありますが、徐々に地域資源の再活用を目指し、地域に根差した事業所として活動していく所存です。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | 標準項目 | | |
|--------------------------------------|------------------|---|---|---|-------|---|
| | | | | ■実施数 | □未実施数 | |
| I | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針 | 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。 | 3 | 0 | |
| | | 2 計画の策定 | 事業計画と重要課題の明確化 | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | 4 | 0 |
| | | | | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | 3 | 0 |
| | | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者のリーダーシップ | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | 5 | 0 |
| | | 4 人材の確保・養成 | 人事管理体制の整備 | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3 | 0 |
| | | | | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 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 | |
| | | 利用者満足度の向上 | 13 利用者満足度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 | 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 個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の見直しを実施している。 | 5 | 0 | |
| | | | 20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 4 | 0 | |
| | | | 21 食事の質の向上に取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | 5 実施サービスの質 | 項目別実施サービスの質 | 22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | | | 23 健康管理を適切に行っている。 | 4 | 0 | |
| | | | 24 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | 4 | 0 | |
| 25 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。 | | | 4 | 0 | | |
| 26 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | | | 3 | 0 | | |
| 27 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | | | 3 | 0 | | |
| 28 利用者家族との交流・連携を図っている。 | | | 3 | 0 | | |
| 6 安全管理 | 利用者の安全確保 | 29 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 4 | 0 | | |
| | | 30 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | 3 | 0 | | |
| | | 31 緊急時（非常災害発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 5 | 0 | | |
| 計 | | | | 118 | 0 | |

項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 ■ 確認できない。

| 評価項目 | 標準項目 |
|--|--|
| 1 理念や基本方針が明文化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」という基本理念の下に福祉サービスを提供できる体制を整えている。基本理念は明文化の上、施設内の掲示・ホームページ・慶美会ニュース・パンフレットに掲載して、広く関係機関や地域、利用者・家族にも理解を求めている。職員には中期計画や単年度事業計画に基本(経営)理念を掲載し定例会議などで公の施設としての社会的使命を説明するとともに、事業の方向性や考え方を共有している。また、基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目(法人の使命・目指す方向・人権擁護・自立支援の精神)の実行方法(行動指針)を定めている。行動指針は基本理念とともにホームページへの掲載と事業所内の掲示を継続して行っている。</p> | |
| 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、基本理念および実行方法(行動指針)などは、事業所内の掲示などで日常的に周知している。スタッフが集まる定例会議や申し送り等を通して基本理念の浸透を図り、その他企画立案や研修報告等の情報共有の場での共有化に努めている。事業所では昼礼で基本理念や行動指針を唱和したり、社内報や職員会議録への掲載、新規採用職員へのオリエンテーション等の資料等、様々な媒体や機会を活用して周知に努めている。</p> | |
| 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解しやすい資料を作成し、分かりやすい説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、基本理念等をフロア内に掲示したり、パンフレット・ホームページ・事業所で使用する封筒などに明記して利用者および家族、広く一般の方へ伝えるようにしている。利用開始時にパンフレットや契約書・重要事項説明書などを用いて、理念・方針について理解してもらえるよう丁寧に説明をしている。利用開始後は、基本理念を踏まえた連絡事項の確認や相談支援を展開し、様々な機会や媒体を活用して、理念や基本方針の周知に努めている。事業所では、理念や基本方針について利用者に十分な納得を得られた上で利用のための手続きを実行するようにしている。</p> | |
| 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 事業計画には、中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■ 理念・基本方針により重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、法人理念を基に作成した中期計画の実現に向けて単年度事業計画を作成しており、前年度事業計画の評価・分析を行い、事業環境を予測した上で、今年度の重点目標を明記している。事業計画は半期ごとに評価を実施して、確実な推進・達成に向けて取り組んでいる。事業計画の作成にあたっては作成手順を策定し、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっており、利用者への影響や職員への業務負担、必要経費などが検討されている。計画書に重点目標を設定した後、半年後に評価を実施している。計画の進捗状況は理事長、施設長、課長の管理職と各部署の担当者にて構成されるスタッフ会議や法人内の横断的な会議(部門別会議)にて確認している。</p> | |
| 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では経営推進会議、法人内部門会議、定例会議、ミーティングなどにおいて前年度事業計画評価および事業収支を介護スタッフを含め理事長、管理者、幹部職員と一緒に検討を行い、全職員参加型での計画を作成する仕組みを整えている。目的別・階層別の定期的な会議・委員会等にて、現場職員の意見を吸い上げながら状況や課題を把握している。事業計画は各係担当者として施設長が最終調整を経て完成させている。施設サービス課会議やスタッフ会議等で随時進捗を確認し、評価(定期評価は半期ごと)を実施している。法人内の他施設の事業計画書も法人内のネットワークで共有できるようになっている。事業所では月1回の職員会議で進捗状況を確認し、年に1回全職員での評価・課題の分析を行い、新たな計画を作成している。</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では各管理者が理念・方針や事業計画をベースにして指導力を発揮することで、職員が「お客様満足度」「サービスの質」の向上のための具体的な行動をとることができる体制となっている。日常の中で各職員や利用者およびその家族等と気軽に話し合える関係を構築することで、幅広く意見を吸い上げるよう努めている。集められた意見等はサービス向上のために活用し、具体的な方針を立てるなど収集した情報をタイムリーに必要な方針を発信する環境を整えている。</p> <p>事業所では職員会議の機会を利用して、理念・方針の実現やサービスの質の向上等の話し合いを行っている。会議では処遇困難ケースや過去の事例研究、苦情等について分析や検証を通し、業務の改善に繋げるようにしている。また事業所内での研修も開催し、介護技術の向上やサービスの質の向上に努めている。</p> | | |
| 7 | 施設的全職員が守るべき倫理を明文化している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)の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)</p> <p>法人では、倫理規程を作成し、全職員に配布・説明とともに事業所内で閲覧が可能のようにしている。個人の尊厳に関わる改善提案などについて意見交換を行ない、現場職員の倫理意識を高揚している。法人主催の労務研修等で法令遵守に関わる事項について繰り返し説明をして周知・徹底を図っている。個人の尊厳に関わる改善提案等についての意見を交換し、現場職員の倫理意識の高揚に繋げている。また法人の中期計画において「倫理(個人の尊厳)」「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心がけている。</p> | | |
| 8 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にいき、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価が公平に行われるように工夫している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、人事考課制度の導入と適正な運用を心がけ、年2回の面談などを通じて、事業所の期待水準を明示している。面談では「業務管理・評価シート」を活用し、お互いに話し合いながら評価している。シートは、常勤職員・地域限定職員は個人別での自己評価・課題分析・目標を作成し自己啓発ができる仕組みとなっている。また「新人教育シート」、「役割等級基準」、「常勤職員の期待すべき水準」などを作成し、役割、評価基準を明記し一定基準で評価できる仕組みの下、公平性に努めている。</p> | | |
| 9 | 事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。 ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。 ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では勤怠管理システムを導入し、1ヶ月毎にデータで現状を把握し検証している。検証したデータは衛生委員会やスタッフ会議で共有・検討をして、時間外勤務の削減や有給休暇取得等の課題解決に繋げている。定期会議等で人員体制および人材育成状況を確認・把握し、その現状を管理者と法人で毎月共有し、対策を検討している。また、常勤は年2回の人事考課面接、非常勤は雇用契約の更新時の面接、さらに必要時には個別面談を行うなど、職員が相談や意見を言いやすい環境を整えている。法人内サークルへの援助や、ストレスチェックを行うなど福利厚生の事業を実施している。</p> <p>事業所では法人の方針に則り、職員全員の勤怠状況を把握し、積極的に休暇制度を利用したり有給休暇を取得するように促す一方、休暇取得をしやすい職場環境を整えている。</p> | | |
| 10 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■個別育成目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、常勤職員の法人内異動で将来を担う人材の育成に注力するとともに、地域限定契約職員の採用により安定した雇用に努めている。「職務分掌」「役割等級基準」や「人事考課表」に期待能力基準を明示するとともに、そこから発展させた「常勤職員の期待すべき水準」を作成し、経験年数や個別能力に応じ目標を定め、日々の業務の中で育成に繋げている。事業所内外の研修は、年間計画票にまとめて計画的に実施している。研修内容は回覧等により職員間に周知している、法人内で行われる研修は、初任者・現任者・管理者・受験対策など対象者が明確となっている。また、水準シート(新人・常勤)を作成しており、自己点検を行ったうえで面接を実施して、取り組みや課題を双方で話し合いながら育成に関する計画を作成している。</p> <p>事業所では、法人研修の他事業所内研修や上司との面接を通し、継続的な介護技術の向上に努めている。</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| 11 | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、法人倫理規定に基づき、法人内の施設と連携をして年間研修計画を作成している。年2回の虐待防止に関する研修の他、各施設内研修では権利擁護や尊厳の保持、法に関する内容を盛り込んでいる。定期的開催されている「高齢者虐待防止・身体拘束適正化委員会」の取り組みでは毎年不適切ケアに関するアンケートを実施し、定期的振り返りを行う機会を設けている。また、委員会内でプライバシーや羞恥心に配慮した支援について検討がなされ、権利擁護に関する取り組みが行われている。多様化するニーズへの対応を心がけ、利用時に快適に過ごしてもらえるように職員の接遇研修を実施するとともに普段の接し方を全職員が相互に確認できる仕組みを整えている。</p> <p>事業所では利用者にデイサービスセンターでは気持ちよく過ごしてもらえることを大事に、接遇研修とともに普段から利用者への接し方について話し合ったり注意をするなど心掛けている。声掛けの仕方や飲み物の提供方法等、利用者の意思や選択を尊重するように、家族との連携にも力を入れている。虐待が疑われる場合には上長への速やかな報告、担当の介護支援専門員や地域包括支援センターへの報告等の手順や体制を整えている。</p> | | |
| 12 | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人ではプライバシーポリシーを策定し、ホームページで公表している。法人の個人情報保護に関する規定を策定し、個人情報の利用目的や保護に対する取り組みを明確にしている。利用者および家族には契約締結時に守秘義務に関わる説明や個人情報の利用に関する同意書の取り交わしを行い、サービス利用に対する信頼を維持している。また、職員に対しては採用時に誓約書を取り交わして守秘義務や個人情報の取り扱いに関する理解と周知に努めている。実習生やボランティアに対しても事前のオリエンテーションで留意事項を伝えている。</p> <p>事業所では送迎時に個人情報記載書類を持ち出さずに事務所と連絡を取るようになるなど、個人情報の安全管理に努めている。</p> | | |
| 13 | 利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足度を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、各事業所が福祉サービスの第三者評価を利用した利用者調査や職員自己評価などの結果を基に、問題点は幹部職員や現場職員と情報共有して迅速に改善できるようにしている。希望・要望もすぐにできることは迅速に対応し、費用や時間を要する内容は事業計画や中期計画、施設サービス計画に繋げている。</p> <p>事業所では、普段より送迎時に利用状況を直接家族に伝えることを重視し、家族や利用者との信頼関係を築き、気軽に話ができるように努め、出された苦情や相談は内容を記録し、問題点について改善に繋げている。</p> | | |
| 14 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、苦情や意見を受け付ける仕組みについて契約時に契約書・重要事項説明書において説明し、担当窓口や連絡先を案内している。「苦情解決に関する規程」およびマニュアルを作成し、対応の手順等を明確にしている。苦情があった場合には、苦情解決事業実施要綱に基づき対応している。</p> <p>事業所では苦情等の対応は法人の規定に沿って実施する。苦情受付票やご意見受付票に記録を残すとともに、申し出やご意見、相談に対する対応結果は相手方へ説明を行うようにしている。</p> | | |
| 15 | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では、各種会議・委員会を開催し、サービス内容、サービスの質向上、介護方法について検討している。ユニット会議・ユニットリーダー会議・給食会議や委員会で話し合われた内容は、施設全体を把握する施設サービス課会議・スタッフ会議で適宜検討している。常勤職員は食事・排泄・入浴・余暇・安全衛生管理などの委員会やグループに所属し、意見交換や情報共有をしている。</p> <p>事業所では年間予定表を作成し、予定に沿ってサービス提供を行うことでサービスの質を高められるように検討している。ケアプランに沿ったサービスの提供を基本に身体状況の変化や体調の変化に合わせた方法で随時更新していけるよう日々のミーティングを利用して意見交換の場を設けている。月に1回のスタッフ会議では、行事企画等のサービス内容の検討も含め、利用者に向けたサービス提供となるように努めている。</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| 16 | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人では業務の標準化や統一したケアを行うため、マニュアルに加えて「24時間シート」を作成している。24時間シートは利用者個々に作成して援助内容を明確にし、カンファレンスやサービス担当者会議でサービス内容を検討する際も活用している。多職種が出席するサービス担当者会議は、事前に情報を収集し現場職員の意見を反映するようにしている。マニュアルの見直しは、定期的開催する委員会・グループ会議で必要時に検討している。</p> <p>事業所では、各職種ごと、担当業務ごとに自己チェック表を作成し、徹底した業務の振り返りを行っている。業務マニュアルやタイムテーブルの見直しはスタッフ会議で必要に応じて改善するようにしている。</p> | | |
| 17 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>利用希望の見学は随時受け付け、必要であれば送迎を行い対応している。見学時にはパンフレットを提供してサービス内容や利用料金について説明している。契約時には生活相談員が利用者宅を訪問し、契約書・契約書別紙・重要事項説明書に基づき、改めてサービス内容や利用料金について説明の上、同意を得ている。説明には案内文を用いて、通所中の一日の流れや持ち物などを具体的に伝えている。介護保険法の一部改正などによりサービス内容に変更が生じた場合は、案内文を作成して利用者・家族に説明し同意を得ている。</p> | | |
| 18 | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>利用前の面談や介護支援専門員による申し込み資料により、利用者・家族の生活背景や意向などを確認している。アセスメントの書式は地域生活連携シート(千葉県版)を使用し、医療機関や他事業所との連携にも活用している。介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づき、サービス利用目的や心身状況などを把握し援助内容を決定している。生活相談員が利用者の意向や課題に沿って長期・中期目標を設定して暫定的に通所介護計画を作成し、初回利用時に各専門職による個別援助内容の検討を行っている。計画は生活相談員が利用者や家族に提示し説明の上で同意を得ている。</p> | | |
| 19 | 個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の見直しを実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>通所介護計画や個別機能訓練計画は、作成時に評価期間を設けて次の見直し時期を明確にしている。要介護認定の更新前にはモニタリング会議を開き、目標の達成度やサービス内容について検討している。また、利用者の心身の状況に変化が生じた際は、担当の介護支援専門員と相談の上、随時サービス内容を見直している。サービス担当者会議には生活相談員・看護職員・介護職員が出席し、利用者・家族や関係者間で意見交換を行い、居宅サービス計画や通所介護計画の策定に繋げる連携の仕組みができています。毎月、居宅介護支援事業所に利用実績を報告する際は、通所時のバイタルサインや食事摂取量等の状況を報告し、情報を共有している。</p> | | |
| 20 | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに関する情報を記録するしくみがある。 ■計画内容や個人の記録を、支援するすべての職員が共有し、活用している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>ケース記録や看護記録に自宅での生活の様子や、センター利用時の健康・食事・入浴・排泄・活動の状況や申し送り事項などを記録している。家族からの連絡事項や利用者の状況変化について、1日3回行う申し送りで伝達して記録するとともに、パソコンの介護ソフトに入力して掲示し、職員間で情報を共有している。毎月のスタッフ会議では、ヒヤリハット事例の検討やサービス内容の評価を行い、業務手順の変更点などを話し合っている。介護ソフトは法人全体で情報共有することができ、法人内の別のサービスを利用する際にも活用している。</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| 21 | 食事の質の向上に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。 ■利用者の状態に応じた食事提供をしている。 ■栄養状態を把握し計画を立て実施している。 ■食事を楽しむ工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>利用前の面談で食事の嗜好や禁忌内容を把握している。食事形態は粥・一口大・刻み・ペースト食などがあり、嗜好や禁食に応じて代替食を提供している。併設の特別養護老人ホームで調理し、事業所でトミ付けや一口大カットなどの盛り付けをして、一人ひとりネームプレートを用意して間違いのない配膳をしている。利用者の体の働きに合わせた食器や自助具の使用を試み、良ければ自宅で使えるように提案している。調理担当者が食事時に喫食状況を確認するほか、体重測定や食事・水分の摂取量をチェックして、利用者の嗜好や栄養状態を把握している。納涼祭等の行事では季節感に富んだ行事食を提供している。毎月、献立表を配布し、食事を楽しみ、食への関心を引き出す働きかけをしている。</p> | | |
| 22 | 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■入浴、清拭及び整容、排せつ介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>入浴・排泄介助のマニュアルを作成し事務所に設置している。毎月のスタッフ会議では利用者の意向や身体状況に合わせて入浴や排泄の援助が行えるように、介助方法の見直しや改善策を講じ通所介護計画に反映させている。通所介護計画は利用者の意向を基に家族との連絡内容やサービス担当者会議等の情報を考慮して多職種が協議して策定している。入浴は一般浴・リフト浴(座位浴)があり、全て個室でゆっくり入浴ができ、同性介助の希望や医療依存度の高い利用者にも対応している。入浴への拒否がある場合は声かけのタイミングなどを工夫し清拭等への変更を含めて対処している。入浴剤や季節に応じたゆず湯などの変わり湯を提供し、着脱室には2か月ごとに季節の絵を飾り、昔の歌を流してリラックスできる入浴機会を提供している。排泄の支援は排泄チェック表を基に排泄のタイミングを把握し、一人ひとりに合わせて介助している。トイレや浴室は衛生面に配慮し、気持ちよく使用できるよう環境を整えている。</p> | | |
| 23 | 健康管理を適切に行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の健康管理について記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■利用者ごとに体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題があると判断した場合、サービス内容の変更をしている。 ■健康状態に問題があると判断した場合、家族・主治医等との連絡をしている。また、緊急連絡先一覧表を整備している。 ■口腔機能向上のためのサービス計画・実施・確認・評価が実施されている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>健康管理に関するマニュアルは看護職員が中心となり見直しに取り組んでいる。利用者の来所時に看護職員が体温・血圧・脈拍・顔色などを確認して健康状態を把握し、必要に応じて入浴方法や食事の内容などを変更している。利用者の様子によってベッドや畳での静養を勧めたり、生活相談員や看護職員が家族・介護支援専門員・主治医などと速やかに連絡を取って体調に合わせたケアをしている。送迎時に家族より得た情報やサービス利用中の体調変化などは介護ソフトに入力し、業務日誌・看護日誌として情報を一元化して共有している。口腔ケアについて個別の通所介護計画に記載し、食前の嚥下体操や食後のうがい・歯磨き・入れ歯洗浄の働きかけにより口腔内の清潔保持や肺炎の予防に努めている。</p> | | |
| 24 | 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■機能訓練が必要な利用者に対して一人ひとりに対して、機能訓練計画を作成し、評価・見直しをしている。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことができる視点を入れている。 ■機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている。 ■レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練が行える工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>個別機能訓練計画を作成し、3ヶ月ごとに評価・見直しを行っている。機能訓練指導員と介護職員が連携し歩行訓練や全身体操などを実施している。食食用トレイの準備やコップ洗いなど利用者が自身のできることに合わせて自発的なサポート活動に取り組むことも進めている。認知症進行予防として嚥下体操、上肢・下肢の運動、脳トレーニング、ゲーム、タブレット端末を利用した回想法などのプログラムを毎日のレクリエーションに取り入れている。利用者の体調や気分に合わせて訓練内容や回数を調整し、楽しみながら参加できるように配慮している。</p> | | |
| 25 | 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■さまざまな内容のプログラムを用意し、個別対応している。 ■活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている。 ■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。 ■食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>午前中は塗り絵・計算・漢字の問題や書き取りなど脳の活性化につながるプログラムを用意し、利用者が思い思いに取り組んでいる。午後は機能訓練指導員と介護職員で検討した機能訓練体操を行った後に、全体でのレクリエーションとして体を動かすプログラムを週替わりで用意するとともに、毎月の行事や運動会、ゲームなどで体を動かす機会を提供している。編み物・カラオケ・トリム活動(誰でも取り組むことができる脳トレーニングや運動)などを7～8人のグループに分かれて実施し、カレンダーや行事の装飾なども製作している。ベッド・畳などくつろげるスペースがあり、入浴・昼食・活動の後などに適宜休息を取ることができる。フロアの換気やテーブルの消毒をこまめに行い、浴室・トイレの清掃は専門のクリーンスタッフが毎日行っている。床が濡れたり汚れたりした際に、すぐに掃除ができるように清掃用具を設置している。</p> | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 26 | 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人の通所部門共通の送迎マニュアルを作成し、基本的な介助方法や送迎時の注意点などを明記している。送迎係を設置し、希望する送迎時間への対応や利用者の心身の状況・生活環境に合わせた滞在時間の調整などを行っている。送迎車両間で連絡を取り合い、利用者を待たせることなく送迎できるよう工夫している。安心・安全な送迎を行うため送迎係の職員を中心に、手すりひも・車内物品の整理整頓や車内の消毒を行っている。車両事故・ヒヤリハット事例は報告書を作成してその日のうちに対策を講じ、法人全体で情報を共有している。法人の交通事故ゼロ委員会では交通事故の発生時刻や状況分析を行い再発防止に努めている。新人職員に対し運転練習を行って運転技術の向上を図り、リスクの軽減に努めている。また、毎朝「安全運転5ヶ条」を唱和し注意を促している。</p> | | |
| 27 | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人に介護教育指導室を設置し、法人内の認知症対応型サービスを提供している事業所とオンラインでの合同研修や事業所内勉強会を開催している。認知症対応マニュアルを作成し事務所で閲覧できるようにしている。スタッフ会議では個々の利用者の事例を検討し、個別の対応方法を通所介護計画に記載している。利用者の言動の些細な変化を見逃さずに速やかに職員間で共有している。定期的に認知症症状を評価し、寄り添いを中心とした声かけにより一人ひとりが「その人らしく」生活できるような介護方法を検討している。認知症対応型サービスへの理解を深めてもらうため、地域住民・民生委員・家族などを対象に、年2回運営推進会議を開催してサービス内容や事業所の取り組みなどを伝えている。</p> | | |
| 28 | 利用者家族との交流・連携を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族等に対する定期的及び随時の状況報告書の提出又は連絡を行っている。 ■利用者の家族等の参加が確認できる意見交換会、懇談会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族等への行事案内又は利用者等の家族の参加が確認できる行事を実施している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>連絡帳を通じて家族と事業所との間で利用者の情報を共有している。家族からは利用者の自宅での状況を知らせてもらい、事業所では通所中の様子や3か月ごとに行う身体測定の結果などを記載して伝えている。送迎時は家族と直接コミュニケーションを図る機会として、意見や要望の把握や互いの情報共有に努めている。薬を忘れた場合や体調の変化、他者とのトラブルなどがあつた場合は、家族等と電話で連絡を取り対応している。困り事などの相談には生活相談員が電話で回答し、介護支援専門員と連携しながら利用者の在宅生活の支援に努めている。運営推進会議を開催し、家族等参加者から要望や助言等を聴く機会を持っている。</p> | | |
| 29 | 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の収集を実施している。 ■介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>行政の感染症対策マニュアルに基づき感染症対応の周知を図っている。法人の通所部門では感染症対応のフローチャートを提示し、消毒液の作り方・嘔吐物処理の方法について対応手順を統一している。事業所では感染性胃腸炎などに迅速に対応できるよう、吐瀉物処理セットを事業所と送迎車両に常備している。また、全職員が出席する職員会議においてインフルエンザ・ノロウイルスについての研修を実施するほか、夏季の食中毒や冬季の乾燥による感染症の蔓延に注意を喚起し、衛生管理や予防対策への取り組みを指示している。感染症および食中毒の事例が発生した場合にはヒヤリ・ハット報告書に記載し、二次被害の防止策や症状への対策を検討している。職員は毎年健康診断やインフルエンザの予防接種を行い、出勤時に「健康チェックシート」にその日の健康状態を記入して業務に就いている。検温・うがい・手洗い・手指の消毒・マスクの着用など感染予防に努め、利用者にも送迎車への乗車前やセンター到着時、食前に検温や手指消毒などを行っている。</p> | | |
| 30 | 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>事故・再発防止マニュアルを整備し、事業所で閲覧することができる。事故報告はヒヤリハット・事故・車両の3分野に分類し、事例が発生した場合は、事故の経過・分析・解決策を報告書に明記して、その日のうちに原因の究明と再発防止策を講じている。申し送りの際に職員へ周知を図り、職員会議でも毎月報告している。ヒヤリハット事例は定期的に集計と分析を行い、事故の予測や予防策の立案に繋げている。パソコンの共有フォルダを活用して事業所の事故だけでなく法人全体で情報を共有し、他事業所の事故事例も研修に取り入れて事例検討を行い、事故防止へ継続した取り組みを進めている。</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| 31 | 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>緊急時・防災マニュアルを作成して災害時に備えている。また「地震対応参集マニュアル」を法人の防災対策委員会が中心となり作成し、カードにして全職員に配付している。事業所では年3回併設施設と合同で通報・初期消火・避難誘導などの防災訓練を実施し、各係との連携体制を整えている。緊急災害が発生した場合には、家族・介護支援専門員・主治医と速やかに連携できるよう連絡先や近隣病院の一覧を作成している。非常時には一人ひとり送迎することとし、停電時にエレベータが使用できない住居を想定した送迎方法なども検討している。気象・交通・災害の状況によって無理に帰宅せず事業所に待機する場合もあるため、一時避難所として4台のベッドを確保し非常用の食糧を備えている。</p> | | |