

OZデイかつやま

生活介護（ご家族からの評価）

|            |                                                                                   | はい | いいえ | どちらともいえない | ご意見 | ご意見を踏まえた対応                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----------|-----|--------------------------------------------------------|
| 環境・体制整備    | 利用者の活動等のスペースが十分に確保されているか                                                          | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 職員の配置数や専門性は適切であるか                                                                 | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 事業所の設備等は、スロープや手すりの設置などバリアフリー化の配慮が適切になされているか                                       | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
| 適切な支援の提供   | 利用者の状態や保護者のニーズ等に基づいた個別支援計画が作成されているか                                               | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 個別支援計画には、利用者の状態に基づいた必要な支援が提示され、具体的な支援内容が設定されているか                                  | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 個別支援計画に沿った支援が行われているか                                                              | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 活動内容が固定化しないように工夫しているか                                                             | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 地域の住民との交流や、障害の有無に関わらず、様々な方達と活動する機会があるか                                            | 1  | 0   | 1         |     | コロナ渦のため地域交流の場を持っていないが、収束すればみやこ町の情報を収集し活動の機会を計画したい。     |
| 保護者への説明責任等 | 運営規程、利用者負担等について丁寧な説明がなされたか                                                        | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 作成された「個別支援計画」を示しながら支援内容の説明がなされたか                                                  | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 日頃から利用者の状況を保護者と伝え合い、利用者の心身の状況や今後の課題について共通理解ができているか                                | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 保護者に対して面談や、介護等に関する助言等の支援が行われているか                                                  | 1  | 0   | 1         |     | 初回利用時は面談と介護方法の助言を聞いているがコロナ収束すれば定期的に面談を行いご家族の意向を聞いていきたい |
|            | 父母の会の活動の支援や、保護者会等の開催等により保護者同士の連携が支援されているか                                         | 0  | 1   | 1         |     | 今後イベントの後等に保護者同士が会話できる場を設けたい                            |
|            | 利用者や保護者からの相談や申入れについて、対応の体制が整備されているとともに、利用者や保護者に周知・説明され、相談や申入れをした際に迅速かつ適切に対応されているか | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 利用者や保護者との意思の疎通や情報伝達のための配慮がなされているか                                                 | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 定期的に会報やホームページ等で、活動概要や行事予定、連絡体制等の情報や業務に関する自己評価の結果を利用者や保護者に対して発信されているか              | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 個人情報の取扱いに十分注意されているか                                                               | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
| 非常時等の対応    | 緊急時対応マニュアル、防犯マニュアル、感染症対応マニュアル等を策定し、保護者に周知・説明されているか。また、発生を想定した訓練が実施されているか          | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 非常災害の発生に備え、定期的に避難、救出、その他必要な訓練が行われているか                                             | 1  | 0   | 1         |     | 毎月1回避難訓練を行っている。実施日は連絡帳でお知らせしていきたい                      |
| 満足度        | 利用者は通所を楽しみにしているか                                                                  | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |
|            | 事業所の支援に満足しているか                                                                    | 2  | 0   | 0         |     |                                                        |