

事業者名 住所	名称：佐久市社会福祉協議会 住所：佐久市下越16番地5
事業所名 住所 サービスの種類	名称：佐久市あいとびあ臼田デイサービスセンター 住所：佐久市下越16番地5 認知症対応型通所介護
開催日時	令和8年3月17日(火) 13時30分～15時 (令和7年度 第2回)
開催場所	あいとびあ臼田 多目的2
出席者	利用者家族 氏名：○○○○ (出席・欠席) 地域代表(区長) 氏名：○○○○ (出席・欠席) 民生児童委員 氏名：○○○○ (出席・欠席) 市職員 氏名：○○○○ (出席・欠席) 包括職員 氏名：○○○○ (出席・欠席) 事業所職員 在宅サービス係長(日向) 管理者(篠原) 生活相談員(碓氷)
会議内要	1 活動状況報告 2 意見交換(質疑応答、要望等) 3 避難訓練 4 評価表記載
報告事項	・活動状況の報告・・・令和7年10月～現在までの活動報告及び 令和8年4月からの活動予定を説明 ・ヒヤリ・ハット(34件) 事故(0件) 感染症・食中毒(0)の報告
質問・意見	①事業所のしつらえ、環境 ②事業所と地域との関わり ③地域に出向いて暮らしを支える取り組み ④運営推進会議を活かした取り組み ⑤事業所の防災対策、感染予防食中毒予防対策 ⑥ヒヤリ・ハット事故の再発予防対策 【質問】 Q 災害が起き、避難の際に高齢者の身体状況がわからないけれど避難協力ができるのか。 A 移動方法は様々ですが、災害が起きた時のために日頃から避難訓練を実施し職員が指示をだし、連携が図れるようにすることが大切です。 Q ヒヤリハットの分析はしているのか。統計をとることでどの時間帯や場所に危険が潜んでいるか把握ができると思います。 A 分析や統計はとっていません。情報の共有は職員間で行っています。今後、分析をし、危険度の解明に繋げていきます。 【意見】 ・避難訓練を実施する旨は家族に事前に知らせておいてください。 ・認知症サポーター養成講座は職員全員が受講した方が良い。受講したらステップアップ講座を受けてみて下さい。
評価・要望	* (別紙) 認知症対応型通所介護サービス評価表を参照
その他	* 避難訓練へ運営推進委員の皆様も参加して下さいました。