

事業所名称(事業所番号): アンタレスデイサービスセンター (2570300661)TEL0749-68-4115
 提供サービス名: 通所介護

評価年月日: 令和3年3月31日

評価結果整理表(通所系サービス)

○共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織			
1 理念・基本方針			
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			着眼点でのチェック数
①	a	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	6 項目/6項目
総合評価・判断した理由等			
青祥会のパンフレットやホームページ及び重要事項説明書に記載し、事務所前に法人の理念・基本方針を掲示している。また、年度初めに運営方針を確認し、朝礼時には理念と基本方針の唱和を行っており、従事する職員全て位に職員必携を配布し、周知徹底をしている。			
2 経営状況の把握			
(1) 経営環境の変化等適切に対応している。			
①	a	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	4 項目/4項目
②	a	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等			
年度ごとの運営方針に基づき、サービス提供地域の動向や利用者ニーズを踏まえ、事業計画を策定している。サービスの利用動向の管理や目標の中間評価など、組織的に取り組んでいる。また、定期的に予算とサービスの利用率や実績の動向の分析を行い、部署ごとに運営状況を毎月数値レベルで報告・分析を行い、課題の整理を業務改善会議等で検討している。			
3 事業計画の策定			
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
①	a	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	4 項目/4項目
②	a	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	4 項目/4項目
(2) 事業計画が適切に策定されている。			
①	a	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直し組織的に行われ、職員が理解している。	5 項目/5項目
②	c	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	0 項目/4項目

総合評価・判断した理由等

法人の理念や基本方針の実現に向けた長期ビジョン・中期ビジョンを策定している。また、長期ビジョンの趣旨に従い、中期的視点において実現可能な具体策を実施するための中期経営計画を策定している。また、事業計画については、課題を整理、協議し策定している。

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

①	a	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	4 項目/4項目
②	a	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	5 項目/5項目

総合評価・判断した理由等

施設のサービス向上委員会で、自己評価の中間評価や分析を行い、それぞれの課題や改善点を共有し、サービスの質の向上に取り組んでいる。

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。

①	a	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	4 項目/4項目
②	b	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	3 項目/4項目

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

①	a	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	5 項目/5項目
②	a	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	4 項目/4項目

総合評価・判断した理由等

管理者は責任の所在と役割分担について、組織図や事務分掌で明らかにしている。また、法令遵守の意識強化を働きかけ、理念や基本方針の確認、職員倫理と法令遵守の必要性についての研修会を実施している。

2 福祉人材の確保・育成

(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

①	a	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	4 項目/4項目
②	a	総合的な人事管理が行われている。	6 項目/6項目

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

①	b	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	7 項目/8項目
---	---	------------------------------------	----------

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

①	b	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	3 項目/5項目
②	b	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	4 項目/5項目
③	a	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	5 項目/5項目

(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

①	b	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	4 項目/5項目
---	---	---	----------

総合評価・判断した理由等

年間研修で研修内容を計画し、取り組んでいる。また法人内研修や外部の研修への積極的に参加ができるように取り組んでいる。

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

①	a	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	5 項目/5項目
②	a	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	6 項目/6項目

総合評価・判断した理由等

ホームページ等にて情報公開をしている。第三者委員会を設置し、苦情・相談の対応、公開をしている。

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。

①	b	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	4 項目/5項目
②	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	5 項目/5項目

(2) 関係機関との連携が確保されている。

①	b	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	4 項目/5項目
---	---	--	----------

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

①	b	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	4 項目/5項目
②	b	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	4 項目/6項目

総合評価・判断した理由等

ボランティアマニュアルに沿って積極的に受け入れを行い、地域との交流が図れるように取り組んでいる。

Ⅲ 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

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

①	a	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	5 項目/5項目
②	a	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	7 項目/7項目

(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

①	a	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	5 項目/5項目
②	b	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	4 項目/5項目
③	a	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	4 項目/4項目

(3) 利用者満足の向上に努めている。

①	c	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	0 項目/5項目
---	---	---------------------------------	----------

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

①	b	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	6 項目/7項目
②	a	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	3 項目/3項目
③	a	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	6 項目/6項目

(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

①	a	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	6 項目/6項目
②	a	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	6 項目/6項目
③	a	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	5 項目/5項目

総合評価・判断した理由等

サービス担当者会議等で利用者や家族の要望・満足度の確認を行い、必要に応じてサービス内容の検討を行っている。また、感染症対策や災害対策についての研修を行い、マニュアルに沿った対応ができるようにしている。

2 福祉サービスの質の確保

(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

①	a	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	4 項目/4項目
②	a	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	4 項目/4項目

(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
①	a	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	7 項目/7項目
②	b	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	3 項目/4項目
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
①	a	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	6 項目/6項目
②	a	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	6 項目/6項目
総合評価・判断した理由等			
アセスメントを行い、個々に応じた通所介護計画書を作成し、計画書に沿ったサービス内容の提供をしている。定期的に通所介護計画書の見直しを実施をしている。情報については、各関係機関との連携を図りながら共有している。			

○内容評価項目

A-1 生活支援の基本と権利擁護			
(1) 生活支援の基本			
①	a	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	6 項目/6項目
②	a	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	7 項目/7項目
(2) 権利擁護			
①	b	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	5 項目/6項目
総合評価・判断した理由等			
利用者の意向の把握を行い、個々に応じたサービスの提供・支援ができるように努めている。利用者への適切な接遇を実施し、利用者の意向が引き出せるような関わりに取り組んでいる。			
A-2 環境の整備			
(1) 利用者の快適性への配慮			
①	a	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等			
音・光・におい・室温等の環境に配慮し、過ごしやすい環境への配慮を行っている。くつろぎやすい空間づくりでソファや畳スペースの設置、また休む時にはパーテーションで仕切りができるように配慮している。			

A-3 生活支援

(1) 利用者の状況に応じた支援

①	a	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	10項目/10項目
②	a	排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	10項目/10項目
③	a	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	9項目/9項目

(2) 食生活

①	a	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	3項目/3項目
②	a	食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	8項目/8項目
③	b	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	3項目/7項目

(3) 褥瘡発生予防・ケア

①	a	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	6項目/6項目
---	---	-------------------	---------

(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

①	c	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	0項目/5項目
---	---	---	---------

(5) 機能訓練、介護予防

①	a	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	5項目/5項目
---	---	---------------------------------	---------

(6) 認知症ケア

①	a	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	10項目/10項目
---	---	----------------------	-----------

(7) 急変時の対応

①	a	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	8項目/8項目
---	---	---------------------------------------	---------

総合評価・判断した理由等

利用者の心身の状況をアセスメントし、自立支援に向けた関わりができるように心がけている。看護職員や機能訓練指導員、管理栄養士との連携を図り専門職としての助言を取り入れながらケアの実施をしている。

A-4 家族等との連携**(1) 家族等との連携**

①	a	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	7 項目/7項目
総合評価・判断した理由等			
利用時の様子は連絡ノートで情報の共有をしている。家族からの相談等を受けた場合にも適切に助言ができるように対応している。			

利用者の要介護状態の改善のためのサービス評価基準(滋賀県独自項目)

(1)	a	運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。	7 項目/7項目
(2)	a	日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。	4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等			
通所介護計画書に機能訓練での身体機能維持が図れるように計画を立案し実施している。また、個別機能訓練実施者については、個別機能訓練計画書を立案し取り組んでいる。			

事業所名称(事業所番号):アンタレスデイサービスセンター(2570300661) TEL. 0749-68-4115

提供サービス名:通所介護

評価年月日:令和3年 3月 31日

☆サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価の計画

評価年月日:R3年3月31日

前回評価年月日:R2年3月31日

サービスの質の向上に向け取り組む課題			取り組み期間 (○年○月 ~○年○月ま で)	改善に向けた具体的 な行動	達成度評価	次期 評価 実施 時期
評価項目 番号	優先順位	内 容				
	1位	職員一人ひとりの育成に 向けた取り組み	R2.4.1~ R3.3.31	職員一人ひとりがそれぞれの 目標を設定し、目標達成 に向けた具体的な取り組み を計画する。また、中間面 接にて進捗状況の確認を 実施しながら、目標達成に 向けた取り組みができるよ うにする	一部達成 職員一人ひとりの目 標達成に向けての 具体的な取り組みを 行うはずであった が、コロナ禍の状況 であり、内容を変更 し対応した。デイ サービスを安心して 利用していただける ように、感染症対策 の知識の向上およ び実施の徹底につ いての取り組みを 行った。	
	2位	利用者の満足の向上につ いて	R2.4.1~ R3.3.31	利用者満足に関する調査 を実施する。結果の分析を 行い、業務改善会議等で 職員間での周知し、具体 的な改善に取り組めるよ うに努力する	未着手 コロナ禍の状況であ り、いつもと違う状 況の中でのサービス 提供のため、利用者 満足に関する調査 については取り組む ことはできなかった。 しかし、感染対策の 徹底を実施する中 で利用者・ご家族に は感染対策の周知と ご理解をいただける よう都度、説明し、 対応に努めることが できた。	