

事業所名称(事業所番号):アンタレスホームヘルパーステーション(2570300661)TEL0749-68-4110  
 提供サービス名:訪問介護

評価年月日:令和3年3月31日

## 評価結果整理表(訪問系サービス)

### ○共通評価項目

<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>		
<b>1 理念・基本方針</b>		
(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
<b>総合評価・判断した理由等</b>		
法人の基本理念・基本方針はホームページやパンフレットに掲載、施設内に掲示している。朝礼時に理念の唱和を行い周知している。		
<b>2 経営状況の把握</b>		
(1)経営環境の変化等に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
<b>総合評価・判断した理由等</b>		
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。中間評価を行い把握に努めている。また、各部署ごとに運営状況を報告・分析を行い課題を見つけている。		
<b>3 事業計画の策定</b>		
(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・見直しが組織的に行われ、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
<b>総合評価・判断した理由等</b>		
法人で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。事業計画の運営状況を分析し、課題を整理し協議しているも利用者等には周知不足である。		

#### 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	b	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。	3 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、評価・分析を行い、各部署にて問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。又、評価結果に基づき、取り組むべき課題を明確にし、改善策の実施をしている。

## 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	a	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。	4 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。遵守すべき法令も研修を行い周知している。経営分析とともに従事する職員管理を行い経営改善・業務の効率化に努めている。

### 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	a	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。	8 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	a	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	4 項目/5項目
②	a	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。	5 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	a	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。	5 項目/5項目
---	---	-------------------------------------------------	----------

**総合評価・判断した理由等**

職員の研修計画を策定し、人材育成に取り組んでいる。職員との面談等での職務に対する希望もふまえ、人事管理を計画的に実施している。また、職員一人一人に自己評価を実施し管理者と面談を行い職務に対する意向や評価のフィードバックを行っている。

**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、情報が適切に公開している。地域の福祉向上の為、第三者評価の受診、苦情・相談を受け公開している。

**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	a	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/4項目
②	b	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。	2 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。	3 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	c	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	0 項目/4項目
②	c	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。	1 項目/6項目

**総合評価・判断した理由等**

法人・施設にて関わり、連携が適切におこなわれている。

**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。 4 項目/4項目
②	a	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。 5 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) 利用者満足の上昇に努めている。		
①	a	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 5 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	a	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 7 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。 2 項目/2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。 5 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
<b>総合評価・判断した理由等</b>		
法人全体で利用者を尊重する研修を行い意識の統一を図っている。サービス担当者会議やモニタリングを行い利用者・家族の要望や満足度を確認している。また、感染症の対策についても、研修を行い、マニュアルを作成し対応している。		
<b>2 福祉サービスの質の確保</b>		
(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	a	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。 4 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	b	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。 5 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
<b>総合評価・判断した理由等</b>		
アセスメントを行い、個々に合わせたサービス計画書を作成し、計画書に沿ったサービス・記録を行っている。3ヶ月・6ヶ月評価を行い計画書の見直しを行っている。情報は常に介護支援専門員に報告し共有している。		

## ○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	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	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。	5項目/5項目
(2)権利擁護			
①	a	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。	6項目/6項目
<b>総合評価・判断した理由等</b>			
個々の生活に合せた支援を行い、関わりの中から相談・助言を受けている。情報は介護支援相談員と共有している。			
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。	7項目/7項目
②	a	排せつの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
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。	6項目/6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。	4項目/4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。	9項目/9項目
③	a	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	5項目/5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。	7項目/7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。	6項目/6項目
(8)終末期の対応			
①	a	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	5項目/5項目
<b>総合評価・判断した理由等</b>			
排泄・入浴等の介助は、個々に合せた支援方法を統一し実施している。介助用品は在宅(環境)に合せた物品を使用している。身体状況に合わせ、都度の見直しを取り入れている。			
<b>A-4 家族等との連携</b>			
(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
<b>総合評価・判断した理由等</b>			
記録にて情報の共有を行い、都度の相談や介護者の心身状況を把握し介護支援専門員や関係機関に繋いでいる。			
<b>A-5 サービス提供体制</b>			
(1)安定的・継続的なサービス提供体制			
①	a	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	6項目/6項目
<b>総合評価・判断した理由等</b>			
週1回のミーティングにより利用者の情報共有・サービス内容の確認を行う。必要に応じて、関係機関に繋いでいる。			

<b>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)</b>			
(1)	c	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。	0項目/7項目
(2)	b	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。	3項目/4項目
<b>総合評価・判断した理由等</b>			
機能向上に向けた取り組みを、次年度の目標に取り入れて自立支援に繋げる。			

事業所名称(事業所番号): アンタレスホームヘルパーステーション (2570300661) TEL0749-68-4110

提供サービス名: 訪問介護

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 (R02年4月1日 ~R03年3月31 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				
II-2-(3)-①	1位	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	R2.4.1~ R3.3.31	職員一人ひとりの育成に向け、年間を通し研修計画を立て参加することでスキルアップを図る。	未着手  担当利用者ごとのグループ研修を予定していたが、コロナ禍であるため情報交換や課題点などはグループメール上での確認や伝達に留まる結果となった。	
III-1-(4)-③	2位	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	R2.4.1~ R3.3.31	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できるよう、日頃から連絡体制の強化を目指す。	一部達成  利用者の身体状況の変化に応じた訪問内容の相談、調整は多数みられ訪問の調整は迅速に対応出来た。コロナ禍でもあり、サービス提供責任者のモニタリング訪問が一部しか対応出来ない結果となった。	