

事業者名称(事業者番号):スマイルショートステイ(2572400535)TEL0749-54-8201

提供サービス名:短期入所生活介護

評価年月日: 2021年 2月 2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: 2021年 2月 2日

前回評価年月日:

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				
Ⅲ-1-(5) ②	1	感染症の予防や発声 におけるご利用者の 方の安全確保のため の体制を整備する。	2021年4月 ～2022年3 月まで	前年度同様に手洗 い・消毒・換気の徹底 と全スタッフを対象と した感染対応(実技な どの確認)ならびにそ のマニュアルの確認 により周知徹底する。 加えて職員には抗原 検査キットを渡してい るが適正な使用方法 を周知させることで感 染症の持込を防止す るよう徹底する。		R4.2 月
A-3-(5)	2	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。	2021年4月 ～2022年3 月ま	ケアマネージャーや看 護と連携を図りなが ら、ご利用者の状態の 把握を行い、状態に 合った機能訓練の実 施。		R4.2 月