

事業者名称(事業者番号): 山東デイサービスセンター (2572400030) TEL. 0749-55-7188
 提供サービス名: 指定通所介護サービス

評価年月日: 令和 5年 3月 24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		
理念・基本方針については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、フロアに掲示も行っている。また、年度初めに運営方針を確認、従事する職員に職員必携を配布し、周知徹底を行っている。		
2 経営状況の把握		
(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
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。		
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 が組織的に行われ、職員が理解している。	4 項目/5項目
②	b 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	1 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、事業計画については、課題を整理、協議し策定しているが、利用者や家族に周知・説明は実施できていない。		

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

年2回(1回は中間評価)は自己評価を実施するとともに、評価結果を職員間で情報共有し課題分析・計画の策定を実施している。

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効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は、組織図や事務分掌にて明確にしている。

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	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	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。	3 項目/5項目
---	---	---	----------

総合評価・判断した理由等		
法人内研修(DVD研修を含む)への参加を勧め、施設内においても研修を実施している。実習生受入マニュアルに基づき、学校側が求めるプログラムを整備している。		
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	b	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。 3 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。 4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
ホームページに理念・基本方針・サービス内容等を公開している。		
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	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。 2 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	a	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 1 項目/1項目
②	b	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 4 項目/5項目
総合評価・判断した理由等		
ボランティア受入マニュアルを整備している。また、地域のニーズに対し、サロンや事業所に施設職員が趣き「出前講座」を実施し、施設が有する知識やノウハウを還元できるよう体制は整えているが、新型コロナウイルスの状況からボランティアの受け入れや出前講座の実施が困難な状況にある。		

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に配慮した福祉サービス提供が行われている。 4 項目/4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	b	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。	2項目/4項目
(3)利用者満足の上昇に努めている。			
①	b	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。	2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

権利擁護マニュアル、苦情受付対応等各種マニュアルを整備している。また、高齢者虐待・不適切ケア防止対策の指針を作成し、取組を実施している。

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

通所サービスマニュアルを作成し、標準的なケアの提供を行っている。契約書において秘密保持および個人情報保護に関し記載するとともに、個人情報利用・提供の同意書を定めている。

○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	a	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	7項目/7項目
総合評価・判断した理由等			
利用者のニーズに合わせ、複数のグループに分かれて活動を提供している。また、塗り絵や読書など趣味を行いたい利用者には活動参加を強制せず、本人の望む過ごし方ができるよう配慮を行っている。			
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			
テーブル、ソファ、ベッド等の家具については、動線や他利用者からの視界に考慮するなど快適に過ごせるよう設置を行っている。			
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。	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。	5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		
食事・排泄・入浴等それぞれの場面で、アセスメントを実施し、介助方法の見直しを行っている。また、自宅での生活を想定し、介助方法に対して家族に情報提供を行うとともに、ケアマネージャーとの情報共有を密にとっている。		
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		
サービス担当者会議に参加(新型コロナの状況から書面等での照会含む)し、利用者に関する情報提供を行っている。また、日々の状況変化については、送迎時や電話においても報告を行っている。		

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)	b	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。 5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		
運動器の機能向上に向けた取り組みは行っているが、目標設定やモニタリング等が不十分である。食事提供については、利用者の状態に合わせた食事内容を提供し、栄養状態も把握を行っている。		

事業者名称(事業者番号): 山東デイサービスセンター (2572400030) TEL. 0749-55-7188
 提供サービス名: 指定通所介護サービス

評価年月日: 令和 5年 3月 24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: 令和 5年 3月 24日

前回評価年月日: 令和 4年 3月 18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	利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	令和4年4月～ 令和5年3月	利用者の思いや希望をしっかりと聞き取り、少人数(個別)でのレク等の提供を行い、感染症対策しながら希望に沿った支援を行う。	達成 ・感染症対策を行いながら、利用者の希望や体調に合わせた対応をするよう努力した。今後更なる充実に向けて取り組む。	令和 5年3 月
	2位	利用者に関する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。	令和4年4月～ 令和5年3月	連絡ノートの記載だけでなく、ケアカルテへの記録の充実を図り、チーム・専門職との情報共有を図る。	一部達成 ・職員間での連絡ノートを共有資料とし活用しているが、ケアカルテへの入力 that 抜けている事が多く不十分であった。	令和 5年3 月