

# 第三者評価結果表

施設名 シンシアゆうわ

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人理念、基本方針が明文化され、各ユニット玄関に掲示され、ホームページ、パンフレット等で周知が図られています。職員必携手帳にも掲載され、手帳を職員一人ひとりに貸与されるなど、その取組は高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等適切に対応している。</b>					
2	1 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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人内の施設管理者等で行う運営会議や企画会議等で協議されています。また、収入予算実績表を毎月作成し、経営状況の把握・分析をていねいに行っている点は評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
<b>3 事業計画の策定</b>					
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>					
4	1 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。		○		
5	2 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		○		
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
6	1 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。	○			
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 法人内全事業所が参加する事業報告発表会を開催する等、組織的に事業計画の評価・見直しが行われていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 具体的な取組とその取組ができたかどうか評価できる達成基準(指標)を明確化した中・長期計画の策定が必要ありませんか。また、事業計画を利用者・家族に周知する工夫が必要ありませんか。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(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。</b>					
8	1 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。	○			
9	2 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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 開設5年目で2回目の第三者評価を受審されるとともに、ユニット単位で毎月自己評価を行うなど、組織としてサービスの質の向上に努められている姿勢は高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 管理者の責任とリーダーシップ</b>					
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>					
10	1 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。		○		
11	2 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。		○		
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
12	1 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。	○			
13	2 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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 管理者は、法人理念「真心」「誠実」「融和」を浸透させるとともに、サービスの質の向上、特に接遇に力を注ぎ、組織としての取り組みに指導力を発揮されていることは高く評価できます。また、さまざまな広報についてそのセンスが素晴らしい。</p> <p>(改善が求められる点) 管理者の、有事における役割と責任について、明確化される必要がありませんか。</p>					

<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(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。</b>					
14	1 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。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
16	1 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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	2 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。	○			
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		○		
<b>(4) 実習生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。</b>					
20	1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 職員一人ひとりに目標管理シートを作成し、目標の設定、進捗状況の確認、目標達成度の評価を行うとともに、プリセプター制度を活用した新人教育の仕組みも評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 職員研修について、研修効果をさらに高めることや次年度への研修計画等へ反映させるために、研修成果の評価・分析が必要ありませんか。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
21	1 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。	○			
22	2 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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 施設の事業や財務等に関する情報は、毎月発行する広報紙やホームページにセンス良く掲載され、適切に公開されています。また、外部の公認会計士による監査が年1回行われていることは公正性・透明性の観点から高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>					
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
23	1 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。	○			
24	2 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。	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
25	1 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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	○			
27	2 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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 災害時福祉協定避難施設の指定を受けるとともに、認知症介護予防教室やノルディックウォーキング教室など、地域向けの講座を積極的に行っていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 必要な(使える)社会資源を明確化し、職員に周知することが地域との連携強化をさらに進めるものになりませんか。</p>					

### 評価対象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。

28	1 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。	○			
29	2 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。	○			

##### (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。

30	1 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。	○			
31	2 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。	○			
32	3 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。	○			

##### (3) 利用者満足の向上に努めている。

33	1 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。		○		
----	-----------------------------------	--	---	--	--

##### (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	2 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。		○		
36	3 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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(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。</b>					
37	1 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。	○			
38	2 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。	○			
39	3 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。	○			
<p>(特に評価が高い点)            事故対策・リスク管理委員会にてヒヤリハット事例の収集・分析、改善策の検討を行い、その結果を全職員で共有する仕組みは評価できます。また、地域住民を巻き込んで合同避難訓練を計画・実施されていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点)            サービスの質が高いかどうか評価、判断するのはあくまで利用者・家族であるから、利用者・家族の満足度を把握(声を拾うための)する仕組みが必要ありませんか。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<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。</b>					
40	1 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。	○			
41	2 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。	○			
<b>(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。</b>					
42	1 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。	○			
43	2 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。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
44	1 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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○		
<p>(特に評価が高い点)            標準的な実施方法について見直しを実施されたマニュアルが整備され、ユニットごとに配置し職員に周知されるとともに、利用者一人ひとりについて、アセスメントからケアプラン、評価、見直しがていねいに行われていることが個別ファイルで確認ができました。また、サービス実施状況が適切に記録され、申し送りノート等で共有化されていることが第三者にもわかりやすい点は評価できます。</p> <p>(改善が求められる点)            個人情報保護規程が整備され、情報開示については明記されていましたが、記録の保存と廃棄についての取り決めがありませんでした。文書管理についての仕組みが必要ありませんか。</p>					