

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和 4年 11月 9日 (水)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	シンシアゆうわ	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 田村 直洋	開設年月日	平成24年5月1日
設置者	社会福祉法人 恒和会	定員(利用人数)	29名(29名)
所在地	〒740-0036 岩国市藤生町3丁目27番8号		
電話番号	0827-34-6002	FAX番号	0827-34-6011
ホームページアドレス	<a href="https://yuwaen.net">https://yuwaen.net</a>		

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

◇特に評価の高い点

○恒和会の理念である「真心・誠実・融和」を職員が一人ひとり心がけて誠実を旨として安心で安全な信頼されるサービスの提供をされています。

○地域に密着し、静かで落ち着いた藤生町の高台にあり、個室の清潔感あふれるユニット型施設でゆったりとした暮らしを提供されています。

○ユマニチュードの実践により、職員一人ひとりが意識し、認知症利用者一人ひとりの認知力、身体能力に合わせた「見る・話す・触れる・立つ」のケア・コミュニケーション技法を取り入れた「人間らしさ」を尊重する介護に取り組まれています。

○新型コロナウイルス感染症対策にて直接面会が難しい中、WEB面会の実施により利用者の精神的安定や遠方からでも面会者の利便性アップにもつながる取り組みをされている。

○自治会に加入しコロナ禍ではあるが年2回地域の海岸清掃に参加され、地域との交流に取り組まれています。

○「眠リスクヤン」による利用者の入眠状態、呼吸、心拍数など測定して睡眠状態を把握し、生活習慣の改善や職員の業務負担軽減にも取り組まれています。

○経営状況も安定し、コンサルタントも入れながら経営面でも質の向上に取り組まれています。規程類もしっかりとそろっており、それを活用しながら運営をされていることも確認することができました。

◇改善を求められる点

○社会福祉法人の理念を実現していくうえで、中・長期的に活動を継続していく必要が求められています。単年度計画ばかりに目を向けていると進むべき方向性を見失っていく恐れがあります。中・長期計画を作成することで先数年間で何を達成すべきなのか現状を分析することができ、単年度計画の目標数値も定めやすくなります。また、単年度ごとの経営状況を判断するためにも中・長期計画の立案は必要不可欠な取り組みであります。中・長期計画の策定を今後期待します。

○特別養護老人ホームに求められる重要な役割である看取りケアについて今後の整備・取り組みに期待します。

○事故報告書におけるヒヤリハット報告が少ないのが気になりました。重大事故の発生の陰にはヒヤリハットが潜んでいるというハインリッヒの法則から言えばもっと多くのヒヤリハット報告が上がってしかるべきだと思います。ヒヤリハット報告が出やすい体制を構築されることを期待します。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

この度、4回目の第三者評価を受審しご指導いただきました。優れていると評価された点は自信を持ち、改善が求められている点は職員と話し合い一歩ずつ進めて行きたいと思っております。

平成24年5月、岩国市藤生町にシンシアゆうわがオープンし、10年経ちました。藤生町の高台に位置し、静かで落ち着いた環境、住みなれた地域で、安心、快適なその人らしい生活が遅れるようサポートいたします。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	5	b	4	c	0	Na	0
<p>法人の理念・基本方針が明文化されており、ホームページや各ユニット玄関に掲載され、全職員が「コンプライアンス手帳」を携帯し朝礼で唱和されるなど周知理解されています。</p> <p>毎年自己評価を行い定期的に第三者評価を受審され、組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>法人の理念を実現していくうえで、中・長期的に活動を継続していく必要があります。中・長期計画を作成することで先数年間で何を達成すべきなのか現状を分析することができ、単年度計画の目標数値も定めやすくなります。また、単年度ごとの経営状況を判断するためにも中・長期計画の立案は必要不可欠な取り組みであり、中・長期計画の策定を望みます。</p>								

II 組織の運営管理	a	14	b	4	c	0	Na	0
<p>管理者として各会議で経営改善、福祉サービスの質の向上等について取り組めるように職員に対して発言・指示・報告を行うなどリーダーシップを発揮されています。</p> <p>職員一人ひとりに目標管理シートを作成し、知識・経験等に応じて目標設定・達成、推進状況の設定がなされており、職員のモチベーションを高める取り組みが実施されています。また、地域の要請に対して認知症予防サポーター養成講座を開催し、認知症の方や家族が住み慣れた藤生町において、地域で安心して暮らせるまちづくりに取り組まれています。</p> <p>組織図・等級昇格昇給(職能給)について施設長の立場は職員に周知されていましたが、職務分掌等の施設長の役割と責任についての明確化を整備されることを期待します。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	15	b	3	c	0	Na	0
<p>各ユニット前に談話コーナーや相談室を設け、意見を述べやすいスペースや環境がありました。また、記録ソフトを導入され利用者の身体・生活状況等、タブレット入力により職員間での情報共有や、個人情報の漏えい対策として(タブレットに権限を設けるなど)福祉サービスの記録が適切に行われています。</p> <p>身体拘束ゼロを推進し、適切なサービスを提供されていました。そのために必要なマニュアルや、研修の実施、また研修不参加者に対するフォローアップについても手順が明確になっており、それが人事考課にも関連していることを確認しました。今後、リスクマネジメントを効果的に行うため、事故に至るまでの要因分析の実施や改善を講じるなど、職員の「危険への気づき」を促せるような取り組みのためにもヒヤリハットの活用を期待します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	14	b	2	c	0	Na	1
<p>職員間で24時間シートを活用することで、利用者一人ひとりの生活に合わせた対応を行い、さらに入居前の情報を聴き取ることにより、趣味や興味等を活動に反映されていました。また、身体拘束、高齢者虐待防止等の法令理解について内部研修を行い「身体拘束ゼロ」を達成され、職員の権利擁護に関する意識も徹底されていました。</p> <p>ユニット炊飯を実施され炊きたての美味しいご飯を提供し、定期的に利用者に嗜好調査アンケートを行うことにより食事を楽しくおいしく食べられる取り組みがされています。浴槽についても、個別浴から機械浴まで4種類の浴槽からどの浴槽が事故なく安全に入浴してもらえるかを看護・介護の職員が連携して検討しておられました。医療機関との連絡体制が整備され、緊急時等に異常の早期発見やパニックに陥らないように職員一人ひとりが「異常時の目安カード」を携帯し、的確かつ迅速に対応がなされています。特に褥瘡の対応について、「シンシアに入居すると、褥瘡がなくなる」と言われるほど丁寧な対応をされていました。</p> <p>今後、看取りケア体制を強化するための職員の喀痰吸引研修修了者を増やすことや看取りケア向上のための体制づくりに期待したい。</p>								

# 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ています。また、ホームページにも理念と四訓・使命・行動規範が記載され、全職員がコンプライアンス手帳を携帯し朝礼で唱和されるなど周知理解されています。これらの取り組みは高く評価されます。            (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) 経営環境の変化等に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、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)            毎月1回経営コンサルタントを交えた企画会議での経営状況の現状・課題の明確化や法人内での予算実績表を毎月作成して福祉サービスコスト、サービス利用者推移、利用率等の分析を行い経営状況の把握に取り組まれていることは高く評価されます。            (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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)            事業計画推進会議にて計画の策定を組織的に取り組まれ、事業計画書をホームページや施設内に開示し利用者等に周知されていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)            社会福祉法人の理念を実現していくうえで、中・長期的に活動を継続していく必要が求められています。中・長期計画を作成することで先数年間で何を達成すべきなのか現状を分析することができ、単年度計画の目標数値も定めやすくなります。また単年度ごとの経営状況を判断するためにも中・長期計画の立案は必要不可欠な取り組みでもあります。中・長期計画の策定を今後期待します。</p>					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組					
<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)            毎年自己評価を行い定期的に第三者評価を受審され組織的・継続的に福祉サービスの質の向上に取り組まれていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)            福祉サービスの内容について評価結果を分析・検討する体制を整備されるよう期待します。</p>					

#### 評価対象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。

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効性を高める取組に指導力を発揮している。	○			

(特に評価が高い点)  
 管理者として各会議で経営改善、福祉サービスの質の向上等について取り組めるように職員に対しての発言・指示・報告を行うなどリーダーシップを発揮されていることは高く評価できます。

(改善が求められる点)  
 組織図・等級昇格昇給(職能給)にて施設長の立場は職員に周知されていましたが、職務分掌等の施設長の役割と責任についての明確化を整備されることを期待します。

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>2 福祉人材の確保・育成</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り組んでいる。	○			
<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</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知識、経験等に応じて目標設定、推進状況、目標達成の設定がなされ、職員のモチベーションを高める取り組みにも繋がっており評価できます。また、必要に応じたメンタルヘルスカウンセラーによる個別のカウンセリングや職員への面談を実施され、心身の健康と安全確保の取り組みも高く評価できます。  (改善が求められる点)  特になし</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)  毎年受けている外部の公認会計士による外部監査や、ホームページには福祉施設の理念や基本方針、財務に関する情報を公開し、透明性の高い適正な経営・運営の取り組みが行われていることは高く評価されます。  (改善が求められる点)  特になし</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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。		○		
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	1 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。		○		
27	2 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。		○		
<p>(特に評価が高い点)  地域からの要請に対して認知症予防サポーター養成講座を開催し認知症の方や家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指すことで地域のニーズに取り組まれていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)  社会福祉法人として幅広い地域ニーズへの気づき、問題解決に向けた具体的な取り組みとして個別に対応する視点や、地域の関係機関・団体とのさらなる連携に取り組めることを期待します。</p>					

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>					
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>					
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に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
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。	○			
<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)  各ユニット前に談話コーナーや相談室を設け、相談や意見を述べやすいスペースや環境がありました。  利用者家族等が意見を述べやすいように整備される取り組みは高く評価されます。  (改善が求められる点)  リスクマネジメントにより、事故に至るまでの要因分析の実施や改善を講じること、職員の「危険への気づき」と促せるような取り組みに期待します。</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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
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)            記録ソフトを導入され、利用者の身体・生活状況等タブレット入力することで職員間で情報共有されるとともに、個人情報の漏えい等の対策としてタブレットに権限が設けられ、福祉サービスの記録が適切に行われていることが高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)            業務検証、改定基準後のマニュアルの見直しや改定日付の整備等の管理を期待します。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】				a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
(1) 生活支援の基本							
1	1	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。		○			
2	2	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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 職員間で24時間シートを活用することで、利用者一人ひとりの生活に合わせた対応をされ、ケアマネより入居前の利用者情報を聴き取って趣味や興味等の活動に反映しています。また、利用者の状態に応じてホワイトボードを活用したり、ユマニチュードの実践により利用者の気持ちや意向を受け止めコミュニケーションにも配慮されています。ご利用者の尊厳を保つために、状態の良い方はもちろん、寝たきり状態の方に対しても丁寧なコミュニケーションをとるための指導がなされていること、そしてそれを実践しています。 (改善が求められる点) 特になし</p>							
(2) 権利擁護							
3	1	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		○			
<p>(特に評価が高い点) 身体拘束、高齢者虐待防止等の法令理解について内部研修を行い「身体拘束ゼロ」を達成されています。職員の権利擁護に関する意識も徹底されています。 (改善が求められる点) 特になし</p>							
A-2 環境の整備							
(1) 利用者の快適性への配慮							
4	1	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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 立地条件も良く、明るく清潔感あふれる環境にあります。眺めの良い談話スペースがあり、誰でも会話を楽しめたり季節を感じられる空間が提供できています。室温、換気は管理されリビングの明るさにも配慮され、心身の健康を保てるよう環境も整えられています。匂いに対するケアもされており、オゾン脱臭機の活用などの工夫もみられ、利用者が安心・快適に過ごせる工夫がなされ評価できます。 (改善が求められる点) 特になし</p>							

【 評価項目 】			a	b	c	Na
----------	--	--	---	---	---	----

A-3 生活支援						
(1) 利用者の状況に応じた支援						
5	1	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
6	2	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。	○			
7	3	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)            すべての介助について、看護・介護の両側からアセスメントを行い、利用者にあった介助方法を選択しています。利用者一人ひとりの状況に合わせた排泄方法の選定や排泄物品をトートバックに入れ利用者の尊厳や羞恥心に配慮した取り組みは評価されます。また、入浴については同性介助や好み入浴剤を使用する等、入浴が生活の中の楽しみになるような取り組みは評価されます。            (改善が求められる点)            特になし</p>						

(2) 食生活						
8	1	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	2	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。	○			
10	3	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)            ユニット炊飯を実施し、炊き立ての美味しいご飯を提供したり定期的に利用者へ嗜好調査アンケートを行い、食事を楽しくおいしく食べられる取り組みは評価できます。また、毎食前に嚥下体操を実施し口腔機能の維持に努められていることや食事形態についても各専門職がアセスメントを行って決めていることについても評価できる点だと思えます。            (改善が求められる点)            特になし</p>						

【 評価項目 】			a	b	c	Na
<b>(3) 褥瘡発生予防・ケア</b>						
11	1	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
(特に評価が高い点) 定期的に褥瘡委員会を開催し、多職種が連携して褥瘡状況や対策・予防を検討しています。 (改善が求められる点) 特になし						
<b>(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</b>						
12	1	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。				○
※非該当項目						
<b>(5) 機能訓練、介護予防</b>						
13	1	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。		○		
(特に評価が高い点) 生活リハビリを中心に施設内での歩行訓練や集団での体操等を行い、利用者の生活の維持に取り組まれていることは評価されます。 (改善が求められる点) 利用者1人ひとりに応じた機能訓練計画の策定や実施、評価、見直しが必要と思われます。						
<b>(6) 認知症ケア</b>						
14	1	認知症の状態に配慮したケアを行っている。		○		
(特に評価が高い点) 利用者同士の関係性や状況に応じてケア・コミュニケーション方法を工夫され、ユマニチュードを実践されていることは評価されます。 (改善が求められる点) 認知症利用者が1日にメリハリづけや季節感が感じられるような工夫や日中の生活が活動的となる工夫が必要と思われます。						

【 評価項目 】			a	b	c	Na
<b>(7) 急変時の対応</b>						
15	1	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 医療機関との連絡体制が整備され、緊急時等に異常の早期発見やパニック症状に陥らないように職員一人ひとりが「異常時の目安カード」を携帯し、的確かつ迅速に対応されていることが評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>						
<b>(8) 終末期の対応</b>						
16	1	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者が終末期を迎えた時には、あらかじめ確認した対応方法で利用者・家族等の意向をその都度確認しながら行われている。また、終末期に携わった職員へのアフターケアにも取り組まれ評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 看取りケア体制を強化するため職員の各痰吸引研修の終了者を増やすことや看取りケア向上のための体制づくりが必要と思われれます。</p>						
<b>A-4 家族等との連携</b>						
<b>(9) 家族等との連携</b>						
17	1	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 毎月行事やレクリエーション活動等の写真や状況報告が行われ、利用者の体調不良時等は随時電話連絡し状況を説明されていることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>						