

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7年11月20日(木)

■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)	40名(40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	https://yuwaen.net		

■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
○法人理念・基本方針が明文化され、ホームページや施設内掲示により、周知が図られています。全職員が、四訓・行動規範が記載されたコンプライアンス手帳を携帯し、朝礼時に唱和する取組は、理念の浸透に効果的であり、組織として理念を重視する姿勢が伺えます。
○毎月、作成される事業実績管理表で収入状況等を分析され、事業経営の現状と今後の方向性を把握し、コンサルタントを交えた会議に於いて、情報共有に努められています。
○地域との融和や共存が法人の使命に明記され、お祭りの開催やボランティアの受け入れ、清掃活動、フードバンク活動等、地域との交流や公益的活動に積極的に取り組まれています。また、災害時に於ける被災者の受け入れ等、地域に於ける安心・安全のための取組も実施されています。
○ユマニチュードを実践したコミュニケーション、利用者が安心・安全で落ち着ける環境の整備等、認知症に配慮したケアを実施されています。また、認知症介護実践者研修を毎年継続的に参加される等、職員の専門性向上に向けた取り組みが組織的に実施されています。
○ユニット内は、プライバシーの保護やプライベート空間への配慮が実施されると共に利用者が快適に過ごせる設備も整備されています。入浴・排泄・移動の支援は、利用者の心身の状況や意向に応じて柔軟に対応され、ユニット炊飯等、利用者が家庭的な雰囲気を感じながら、食事を楽しめる工夫が多く見られます。
◇改善を求められる点
○中・長期計画の定期的な見直しや単年度計画との連動が上手く図られていないように思われます。定期的に見直しを行い、計画の連動性を高める取り組みの実施を期待します。
○利用者の満足度に関する調査が実施されていますが、結果分析や改善への反映が行われていないため、組織的に分析・検討・改善する仕組みを整備されることを期待します。
○実習生受け入れマニュアルや体制は整備されているが、受け入れ実績がなく、施設の持つ社会的資源をうまく活用できていない状況があります。施設の持つ社会的資源の役割を有効活用する環境作りを期待します。

評価報告概要表

■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、5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を行い一步ずつ進めて行きたいと思います。
社会福祉法人恒和会は2025年に法人設立25周年を迎えております。今までの実績をもとに法人理念である「真心・誠実・融和」にもとづき地域の皆さま、利用者様ご家族の皆さまに貢献してまいりたいと考えております。

■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
○法人理念・基本方針が明文化され、ホームページや施設内掲示により、利用者・来所者に周知されています。全職員が、四訓・行動規範が記載されたコンプライアンス手帳を携帯し、朝礼時に唱和する取り組みは、理念の浸透に効果的であり、組織として理念を重視する姿勢が伺えます。 ○毎月、作成される事業実績管理表で収入状況等を分析され、事業経営の現状と今後の方向性を把握し、コンサルタントを交えた会議に於いて、情報共有に努められています。 ○事業計画の策定は、組織的に実施されると共に周知も図られています。中・長期計画の定期的な見直しや単年度計画との連動性を高める取り組みを期待します。								

II 組織の運営管理	a	13	b	5	c	0	Na	0
○管理者は、経営状況に基づいた人事・労務・財務等の分析を踏まえた経営改善・業務実効性の向上、休暇取得の促進や時間外労働の削減等の職員が働きやすい環境作り、目標管理シート等を活用した総合的な人事管理等において、リーダーシップを発揮されています。 ○地域との融和や共存が法人の使命に明記され、お祭りの開催やボランティアの受け入れ、清掃活動、フードバンク活動等、地域との交流や公益的活動に積極的に取り組まれています。災害時に於ける被災者の受け入れ等、地域に於ける安心・安全のための取り組みも実施されています。 ○事業計画や決算報告等をホームページで公開し、外部監査を実施される等、運営の透明性が図られています。 ○管理者の役割や責任を職員分掌表等において明文化され、管理者不在時に於いてもより安定的な運営を図るため、管理者の役割や責任を職員分掌表等に於いて明文化されることを期待します。								

評価報告概要表

III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>○利用者尊重の姿勢が明示され、身体拘束や虐待防止に於ける研修を通して、職員への周知と理解が図られると共に事故や災害発生時に於ける研修や訓練の実施等、利用者が安心・安全に過ごせるための取り組みが組織的に実践されています。</p> <p>○福祉サービスの選択に必要な情報を提供し、サービスの開始にはその内容を丁寧に説明する体制があり、サービス移行時には、情報提供書を作成・提示し、利用者が継続してサービスを受けられるように対応されています。</p> <p>○苦情解決の体制や相談環境が整備され、利用者が意見を述べやすい体制作りが実施されています。</p> <p>○入居者の満足に関する調査が行われていますが、結果分析や改善への反映が行われていないため、組織的に分析・検討・改善する仕組みを整備されることを期待します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	1	c	0	Na	1
<p>○ユマニチュードを実践したコミュニケーション、利用者が安心・安全で落ち着ける環境の整備等、認知症に配慮したケアが組織的に実施されています。</p> <p>○全室個室の環境であり、馴染みの品の持ち込みを可能とされ、プライバシーの保護やプライベート空間への配慮が同時に実施されています。また、利用者が快適に過ごせるよう床暖房も整備されています。</p> <p>○入浴・排泄・移動の支援は、利用者の心身の状況や意向に応じて柔軟に対応されています。</p> <p>○ユニット炊飯を実施されながらも、季節行事のメッセージカード等、利用者が食卓の風景や臭い等の家庭的な雰囲気を感じながら、食事を楽しめる工夫が多く見られます。</p> <p>○利用者が安心・安全に過ごして頂けるよう、組織的に認知症への理解を深める取り組みが実施され、終末期ケアでは環境整備が実施され多職種が連携し、チームでケアに取り組まれています。</p>								

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 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
1 理念・基本方針						
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。						
1	1	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
(特に評価が高い点) 理念・基本方針が明文化され、ホームページや施設内掲示、職員に於けるコンプライアンス手帳の携帯、朝礼時の唱和等、多様な手段で理念の定着を図られていることは、高く評価されます。 (改善が求められる点) 特になし。						

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。						
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。	○			
(特に評価が高い点) 毎月、事業実績管理表を作成し、収入状況を分析され、分析シートにより事業経営の現状と今後の方向性を把握されています。また、定期的にコンサルタントを交えた会議を開催され、経営状況の把握、経営課題の明確化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。						

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。						
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。		○		
(2) 事業計画が適切に策定されている。						
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。	○			
(特に評価が高い点) 事業計画の策定について関係職員の意見を集約し、反映する仕組みが組織的に行われています。管理者が事業計画の四半期・半期の進捗状況を確認し、リーダー会議等で報告を行い、周知を図られていることは高く評価されます。 (改善が求められる点) 理念や基本方針の実現に向けた三ヵ年計画の策定はされていますが、定期的な見直しや単年度計画への反映の仕組みづくりに取り組まれることが望まれます。						

【評価項目】			a	b	c	Na
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。						
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。			○			
(特に評価が高い点) 自己評価や定期的に第三者評価を実施され、評価結果をリーダー会議や事業所ミーティングで共有され、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。 (改善が求められる点) 評価結果を踏まえた改善計画の策定や定期的な見直しを、組織的に進められることが望まれます。						
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。			○			
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
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) 経営状況に基づいた人事・労務・財務等の分析を踏まえ、経営の改善・業務の実効性を高める取り組みを実施されていることは、高く評価されます。 (改善が求められる点) 管理者不在時においても安定的な運営が図られるよう、業務分掌表等において管理者の役割と責任を明文化されることを期待します。						
2 福祉人材の確保・養成						
(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。						
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。			○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
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。			○			
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
17 1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。			○			

【評価項目】				a	b	c	Na
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。		○			
		(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。					
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。			○		
(特に評価が高い点)							
休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等、職員が働きやすい環境に配慮した取り組みが実施されています。目標管理シートや人事考課制度を活用した総合的な人事管理が行われている事は高く評価されます。							
(改善が求められる点)							
実習生受け入れマニュアルは整備されていますが、現時点では受け入れの実績がなく、管理者の指導体制はあるものの十分な活用が出来ていないように思われます。実習生の受け入れが円滑に行える体制作りを進める事が望れます。							

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。							
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。		○			
(特に評価が高い点)							
事業計画や決算報告、第三者評価の受審結果等をホームページで公開し、苦情相談体制や職員の処遇改善内容についても明示されています。外部の公認会計士による監査も実施されており、公正で透明性の高い運営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。							

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。							
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。			○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。							
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。			○		
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。							
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。		○			

【評価項目】		a	b	c	Na
(特に評価が高い点)					
地域との融合や共存が法人の使命に明記され、事業所で開催するお祭りに地域の方も気軽に参加出来る等、地域との関わりを大切にされています。岩国市社会福祉法人地域公益活動推進協議会に加入され、清掃活動やフードバンク活動に取り組まれている。災害時に於ける被災者の受け入れ等、地域に於ける安心・安全のための取り組みが実施されていることは、高く評価されます。					
(改善が求められる点)					
関係機関との連携は、把握に留まっており、資料化を進める事で情報共有や対応がより円滑になることが期待されます。					

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。					
28	1	○			
29	2	○			
(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	○			
31	2	○			
32	3	○			
(3) 利用者満足の向上に努めている。					
33	1	○			
(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	○			
35	2	○			
36	3	○			
(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。					
37	1	○			
38	2	○			
39	3	○			

【評価項目】		a	b	c	Na
(特に評価が高い点)					
基本理念や行動規範で利用者尊重の姿勢を明示し、身体拘束や虐待防止の研修で職員への周知と理解が図られています。事故、感染症、災害発生時に於ける研修や訓練を実施し、安心・安全な福祉サービスの提供の取り組みが組織的に実践されていることは高く評価されます。					
(改善が求められる点)					
定期的にアンケートを行い入居者の満足に関する調査が行われていますが、調査結果の分析や改善への反映が行われていないため、組織的に分析・検討・改善する仕組みを整備をされることを期待します。					

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。					
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。	<input type="radio"/>				
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。		<input type="radio"/>			
(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。					
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。	<input type="radio"/>				
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。	<input type="radio"/>				
(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。	<input type="radio"/>				
45 2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<input type="radio"/>				
(特に評価が高い点)					
提供する福祉サービスの標準的な実施方法が整備され、利用者尊重やプライバシー保護に配慮した内容が明示されています。また、介護ソフト「ほのぼのNext」を用いて、サービス実施状況が適切に記録され、職員間で共有化が図られています。					
(改善が求められる点)					
福祉サービスの標準的な実施方法の見直しについて、実施時期や方法が定められていないため、定期的な見直しや改定の可視化を実施されることが望れます。					

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。	<input type="radio"/>			
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。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) 基本情報を基にアセスメントを行い、これまでの環境・生活習慣等を把握した上で入居者との関わりを持たれています。利用者の尊厳に配慮し、目線や声の高さ・大きさにも気を付けられ、状況に応じ、筆談・ホワイトボードの活用等、一人ひとりの状況に応じたコミュニケーションが図られていることは高くは評価されます。 (改善が求められる点) 特になし。						
(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。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) 身体拘束や高齢者虐待防止についてのマニュアルの整備、定期的な研修が実施され、職員への理解・周知が図られていることは、高く評価されます。 (改善が求められる点) 特になし。						
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。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) 居室は個室であり、利用者のプライベート空間として、馴染みの品等、可能な限り持ち込みの要望に対応されています。リビングは、床暖房で足元から温まることが出来るため、適温で快適に過ごせる環境が整備されています。 (改善が求められる点) 特になし。						
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。	<input type="radio"/>			
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。	<input type="radio"/>			
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。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) 利用者の心身の状況や意向に応じて柔軟に支援が行われており、入浴前のバイタル測定や排泄介助に於けるプライバシーへの配慮、移動介助に於ける自立支援の促し等、利用者中心の支援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。						

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

(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。	<input type="radio"/>			
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。	<input type="radio"/>			
10	3	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) ユニット炊飯を実施され、利用者に食事の風景・おい等、家庭的な雰囲気を感じてもらいながら、食事を美味しく食べられる工夫がさ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。						

(3) 褥瘡発生予防・ケア						
11	1	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	<input type="radio"/>			
(特に評価が高い点) 毎月、褥瘡予防対策委員会を開催され、ユニット毎の褥瘡状況・予防対策を共有され、標準的な実施方法について周知されています。清潔保持、体位変換、栄養管理等、多職種が連携して褥瘡予防及びケア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。						

(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養						
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。				<input type="radio"/>
(特に評価が高い点) (改善が求められる点)						

(5) 機能訓練、介護予防						
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。		<input type="radio"/>		
(特に評価が高い点) 利用者の身体状況を把握しながら、手作業での手指機能低下予防、立位訓練や体操等、生活リハビリを中心として個々の状況に合わせた取り組みが行われています。 (改善が求められる点) 利用者一人ひとりに応じた機能訓練体制計画の策定及び実施、評価、見直しの整備を期待します。						

(6) 認知症ケア						
14	1	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	<input type="radio"/>			

【評価項目】			a	b	c	Na
(特に評価が高い点)						
認知症介護実践者研修に年間1名以上が参加され、組織的に認知症への理解を深める取り組みが実施されています。ユマニチュードを実践したコミュニケーション、利用者が安心・安全で落ち着ける環境の整備等、認知症に配慮したケアを組織的に実施されていることは、高く評価されます。						
(改善が求められる点) 特になし。						

(7) 急変時の対応						
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。	<input checked="" type="radio"/>			
(特に評価が高い点)						
平時における利用者の状況を把握するため、毎日バイタル測定を実施し、「異常時目安カード」を携帯することで、異変の兆候にいち早く気付くための工夫がされています。急変時の対応がマニュアル化され、医療機関等との連携体制を確立されていることは、高く評価されます。						
(改善が求められる点) 特になし。						

(8) 終末期の対応						
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。	<input checked="" type="radio"/>			
(特に評価が高い点)						
利用者が終末期を迎えた場合の施設の方針、提供できる環境やケアについて説明されています。介護・看護・ケアマネ・医師等、多職種が連携し、チームで終末期ケア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。						

A-4 家族等との連携						
(9) 家族等との連携						
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。	<input checked="" type="radio"/>			
(特に評価が高い点)						
毎月、利用者の写真や近況報告、行事予定等を郵送され、体調変化が見られた際は、電話で早急に連絡されている。預り金の報告や面会の実施等、家族との連携を図る取り組が適切に実施さ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。						