



山口県福祉サービス第三者評価受審証明書

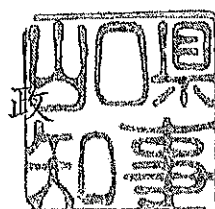
事業者名 社会福祉法人 恒和会

上記の者は、次のとおり福祉サービス第三者評価を受審したことを証明します。

- 1 施設名 シンシアゆうわ
- 2 受審年月日 令和7年11月20日
- 3 評価機関名 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
- 4 公表期間 令和 8年 1月28日から
令和 11年 3月31日まで

令和8年1月28日

山口県知事 村岡 嗣



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	判断の理由
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	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○				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・来所者に周知が図られている。全職員が携帯しているコンプライアンス手帳に四訓、行動規範が記載され、朝礼時に唱和することで、周知が図られていると判断し“a”評価とした。
(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		判断の理由				
(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。	○				毎月、法人内の会議で事業実績管理表を作成し、コストや利用率、収入状況等を分析され、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ると判断し、“a”評価とした。
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。	○				毎月、理事会で経営状況や課題について分析すると共に役員間に於いても情報共有されています。また、定期的な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が確認できたので、“a”評価とした。
(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、定期的なコンサルタントを交えた会議を開催され、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		判断の理由				
(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。	○				理念や基本方針の実現に向けた三か年計画の策定はされているが、計画の実効性をより高める見直しが行われていないと判断し、“b”評価とした。

【評価項目】		判断の理由			
		a	b	c	Na
5	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>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おり、周知を図られている。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から、「a」評価とした。</p> <p>事業計画は、ホームページ等で公表され、誰でも確認できる状況にある。また、2ヶ月に1度開催される運営推進会議においても、報告が行われ、地域住民・行政・家族代表にも周知が図られていることから、「a」評価とした。</p>					

【評価項目】		判断の理由			
		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。		○		
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>自己評価や定期的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。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>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。</p>					

評価対象Ⅱ 組織の運営管理		判断の理由			
		a	b	c	Na
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。					

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
10	1		○			管理者は、各会議に参加され、課題や取り組みの周知に努めている。組織図はあるが業務分掌表等において役割の明記、不在時の権限委任等については、文書が確認できなかったため、「b」評価とした。
11	2	○				管理者は、遵守すべき法令等を理解するために様々な会議や研修に参加され、その内容を職員にも周知されている事が確認できたため、「a」評価とした。
	(2)					判断の理由 第三者評価を定期的に受審され、課題の把握、改善の取り組みを実施されている。
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組を行っている。
	(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確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	○				目標管理シートを作成され、職員一人一人に目標が設定されている。個別面談などを通じて達成度のチェックを行い、職員のモチベーションを高める取り組みが行われていることから、「a」評価とした。

【評価項目】		判断の理由			
		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。	○			
20	(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。 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。		○		
21	(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まれます。				
22	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 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。 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み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。				
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。				

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
23	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。	○				地域との融和や共存が法人の使命に明記され、地域との関わりを大切にされている。実際に事業所で開催するお祭りでは、特養の入居者のみならず、地域の方も気軽に参加できるよう取り組まれていることから、“a”評価とした。
24	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。		○			ボランティア受け入れのマニュアルが整備され、手順が明文化されている。コロナ前までは、小学校の要請に応じ、地域包括と共に福祉教育にも方を入れていた。しかしながらコロナ後は実施を再開出来ないということで、“b”評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
25	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。		○			利用者のサービスに必要な関係機関は把握されているが、地域にある社会資源を明示した資料等の作成が確認できなかったため、“b”評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
26	地域の福祉二一ズ等を把握するための取組が行われている。		○			岩国市社会福祉法人地域公益活動推進協議会に出席され、地域の福祉二一ズの把握に努められている。地区民生委員の定例会への参加もされているが、広報活動の意味合いが大きく十分な二一ズ把握の取り組みとは言えないため、“b”評価とした。
27	地域の福祉二一ズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 (特に評価が高い点) 地域との融和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みされている。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。		○			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みされている。災害時の避難所として1階のスペースを開放する等、地域に於ける支援を必要とする方の安心・安全の為の取り組みが行われている事が確認できたので、“a”評価とした。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

利用者本位の福祉サービス		判断の理由				
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。						
28	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。	○				基本理念や行動規範を基に利用者を尊重したサービスの実施について明示されている。身体拘束や虐待防止における研修や委員会が定期的に開催され、取り組みの内容が全職員に周知されていることが確認できたので、“a”評価とした。
29	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。	○				個人情報保護の規定やマニュアルが整備されると共に研修も実施されている。排泄や入浴介助マニュアルに於いてもプライバシーへの配慮が明示され、希望があれば同性介助に配慮した対応を実施されていることから、“a”評価とした。
(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。						

	【評価項目】	a	b	c	Na	判断の理由
30	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。	○				ホームページ・パンフレット等に福祉サービスの選択に必要な内容や取り組みが、分かりやすく掲載されている。施設見学の実態には、施設長・相談員が随時対応されていることから、“a”評価とした。
31	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。	○				サービス開始にあたっては、相談員が契約書・重要事項説明書の内容を丁寧に説明し、変更があった場合には、説明文書を配布し、同意を得られている事が確認できたので、“a”評価とした。
32	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。	○				福祉サービスを移行する際には、移行先に情報提供書を作成・提供し、継続してサービスが受けられるよう対応されている。サービス終了後も相談ができる体制を整備されていることが確認できたので、“a”評価とした。
	(3) 利用者満足の上昇に努めている。					判断の理由
33	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。	○				定期的に食事に関するアンケートや利用者満足に関する調査を実施されているが、結果の分析・検討が行われていないため、“b”評価とした。
	(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					判断の理由
34	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○				苦情解決の体制は、ホームページにも掲載されると共に契約時にも説明が行われており、周知が図られている。苦情に関する対応は、必要に応じて、フィードバックされていることが確認できたので、“a”評価とした。
35	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。	○				各階に意見箱が設置されている。また相談室、談話コーナーもあり意見を述べやすい環境が整備されていると判断し、“a”評価とした。
36	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。	○				利用者が相談・意見を述べやすい環境づくりを心掛け、適切な相談対応と意見の傾聴に努められている。利用者からの苦情に対しては、苦情処理対応マニュアルにより対応されていることが確認できたので、“a”評価とした。
	(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。					判断の理由
37	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。	○				事故(転倒・転落・行方不明等)や体調不良等、各種マニュアルが整備されており、実態に事故が発生した際の体制も確認できた。月1回開催されている事故防止委員会、事故の発生要因を分析し、再発防止に取り組まれていることが確認できたので、“a”評価とした。
38	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。	○				毎日手洗いの消毒をさせたり、面談も人数制限を設ける等の対応を実施されている。感染症に於けるBCPや感染対策マニュアルが整備され、委員会に於いても、食中毒や手洗い等の研修を実施し、感染予防にも努められていることから、“a”評価とした。
39	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。	○				自然災害に於けるBCPや防災マニュアルが整備されている。自然災害発生を想定し、安否確認や机上訓練、避難訓練などが実施されている。また、他施設と災害時における協定の締結、災害時の食糧の備蓄も実施されていることから、の取組みが確認できたので、“a”評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
<p>(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。</p>						
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。
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。
(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。
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。
(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) 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が適切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まれます。</p>						

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】		判断の理由			
A-1	生活支援の基本と権利擁護	a	b	c	Na
(1) 生活支援の基本					
1	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができている。	○			
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) 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る。また、24時間シートを活用しながら、利用者一人ひとりの希望に合わせた過ごし方が出来るよう配慮されている。希望があれば、月1回の外出、外泊にも対応されており、“a”評価とした。 利用者の尊厳に配慮し、目線や声の高さや大きさ等にも気を付けながら会話されています。また、特に耳が遠い方については、筆談やホワイトボードの活用等、一人一人の状況に応じたコミュニケーションが図られており、“a”評価とした。</p>					

【 評価項目 】		判断の理由			
A-2	権利擁護	a	b	c	Na
(2) 権利擁護					
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。</p>					

【 評価項目 】		判断の理由			
A-2	環境の整備	a	b	c	Na
(1) 利用者の快適性への配慮					
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) 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出来るため、室温で快適に過ごせる環境が整備されており、“a”評価とした。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
A-3 生活支援						
(1) 利用者の状況に応じた支援						
5	1	○				入浴前にバイタル測定を行い健康状態に応じて、入浴日の変更や清拭への移行等も実施されている。入浴方法は、個室・チェアインバス・エレベーターと利用者の身体状況に応じて選択でき、希望があれば同性介助も実施する等、様々な環境・状況に応じて対応されている事を確認できたので、“a”評価とした。
6	2	○				使用するオムツやパッド等は利用者の状態に合わせたものを選定されると共に身体状況に合わせて排泄方法を提供されている。排泄用品はトートバッグに入れて運ぶことで入居者の羞恥心にも配慮されており、“a”評価とした。
7	3	○				車椅子や歩行器等の移動について、全て介助するのではなく、自立支援の観点から出来るだけ自操してもらおうと促し、距離や時間等に応じて介助や見守り等の必要な支援が行われていることが確認できたので、“a”評価とした。
(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。						
(2) 食生活						
8	1	○				嗜好調査を実施され、献立等にも反映されています。ユニット炊飯を実施され、利用者に食事の風景・におい等、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から“a”評価とした。
9	2	○				ユニット炊飯では、量の調整を可能とし、食事形態も米飯・軟飯・粥等に対応されている。栄養ケア計画が作成され利用者一人ひとりの状態に合わせて食事提供・介助方法が検討されていることから“a”評価とした。
10	3	○				定期的に歯科医師及び歯科衛生士の助言・指導を受け、利用者の口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックが行われている。利用者の口腔機能の保持・改善のため食事前の嚥下体操、毎食後の口腔ケアの実施を確認できたので、“a”評価とした。
(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・におい等、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						

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
11	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 (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。	○				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が確認できたので、“a”評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
12	(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 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。 (特に評価が高い点) (改善が求められる点)				○	喀痰吸引が必要な場合は、看護職員が実施するか介護職員が口腔内を介せなど試みで対応されている。喀痰吸引に関する研修を実施されているが、関係機関への登録は行っておらず、体制を確立されていないことから、“Na”評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
13	(5) 機能訓練、介護予防 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) 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組が行われています。 (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。		○			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に行っているが、利用者一人ひとりに応じた計画的な実施は出来ていないため、“b”評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
14	(6) 認知症ケア 1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○				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られている。エマニ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、認知症に配慮されたケアが組織的に実施されていると判断し、“a”評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
<p>(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。</p>						

(7) 急変時の対応		判断の理由				
15	1	○				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、「異変時目安カード」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なされています。また、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から「a」評価としました。
<p>(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、「異変時目安カード」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なされています。また、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。</p>						

(8) 終末期の対応		判断の理由				
16	1	○				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る。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が確認出来たので、「a」評価とした。
<p>(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。</p>						

A-4 家族等との連携		判断の理由				
17	1	○				毎月、利用者の写真や近況報告、行事予定等を郵送され、情報共有を図っている。また、体調変化が異なれば、都度電話にて報告されている。預かり金で、利用者の望むものを購入し、毎月出納帳にて報告されている。面会は感染予防に努め、居室にて実施。以上のことから家族等との連携を適切に行っていると判断し「a」評価とした。
<p>(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、情報共有を図っている。また、体調変化が異なれば、都度電話にて報告されている。預かり金で、利用者の望むものを購入し、毎月出納帳にて報告されている。面会は感染予防に努め、居室にて実施。以上のことから家族等との連携を適切に行っていると判断し「a」評価とした。</p>						

【 評価項目 】	a	b	c	Na	判断の理由
<p>(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み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。</p>					

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、施設を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

--

■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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>								

II 組織の運営管理	a	13	b	5	c	0	Na	0
<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>								

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>								

