

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 神於山園	
運営法人名称	社会福祉法人 慈生会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	施設長 諏訪 友紀子	
定員（利用人数）	50 名	
事業所所在地	〒 596-0816 大阪府岸和田市尾生町3192番2	
電話番号	072 - 427 - 1165	
F A X 番号	072 - 427 - 5659	
ホームページアドレス	https://kounoyamaen.or.jp	
電子メールアドレス	iisei@viola.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成6年4月1日	
職員・従業員数※	正規 20 名	非正規 26 名
専門職員※	社会福祉士(正規1) 介護福祉士(正規9非正規7) 介護支援専門員(正規1) 理学療法士(非正規1) 作業療法士(正規1非正規1) 言語聴覚士(非正規1) 医師(非正規3) 看護師(正規2非正規1) 准看護師(正規1非正規2) 栄養士(正規1) その他(正規5非正規9)	
施設・設備の概要※	[居室] 個室(17室) 3人部屋(1室) 4人部屋(9室) [設備等] 事務室・面接室・厨房・看護師室・医療室・静養室・介護者教育室・相談室・食堂・在宅介護相談室・トイレ・休憩室・汚物処理室・機械室・更衣室・介護職員室・機能回復訓練室・リネン室・一般浴室・特殊浴室・脱衣室	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	2 回
前回の受審時期	平成 20 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

【基本理念】神於山を間近に臨む緑豊かな環境のもと、利用者の皆様が充実した日々を安心してお過ごし頂けますよう「医療と介護」の連携をモットーに、慈しみのこころをもって地域の皆様に愛され、質の高い介護サービスの提供に努めます。
【行動指針（毎日基本行動）】 1. おはようございますという明るい心 2. はいというすなおな心 3. 私がしますという積極的な心 4. ありがとうございますという感謝の心 5. おかげさまで。という謙虚な心 「慈しみの心で、ご利用者の介護に日々努めます。」

【施設・事業所の特徴的な取組】

特別養護老人ホーム 神於山園【従来型】(定員50名)は、神於山の麓にあり、緑あふれる恵まれた環境は、窓から見える四季折々の景色や、澄んだ空気に包まれた絶好のロケーションの中に位置しています。併設する、特別養護老人ホーム Ciao神於山園【ユニット型】(定員36名)をはじめ、デイサービスセンター(定員25名)、ショートステイサービス(従来型定員10名・ユニット型4名)さらには診療所や相談支援センターがあり、多様な地域ニーズに 대응することができる「総合的な福祉拠点」として運営されています。独自の取り組みとしてかいものバスを運営する等、平成6年開設以来、岸和田の地に根差して培ってきた福祉の知恵と技術は、スタッフへ引き継がれ、時代の変化と共に多様化するニーズに柔軟に対応しながらも、基本理念である「慈しみの心」で、ご利用者への質の高いケアの提供を目指しています。また、医療と介護の連携をモットーに、多職種が連携してケアに取り組み、ご利用者への心身の状態に合わせたケアの提供を目指して取り組んでいます。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 カロア
大阪府認証番号	270006
評価実施期間	令和7年12月25日～令和8年3月26日
評価決定年月日	令和8年3月26日
評価調査者(役割)	0901A002 (運営管理・専門職委員) 1601A019 (運営管理・専門職委員) 1601A017 (専門職委員) () ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

緑豊かな神於山の麓に位置する「神於山園」は、医療と介護の連携を軸に、地域に根ざした「総合的な福祉拠点」としての役割を担っています。平成6年の開園以来、長年培ってきた豊かな経験と介護技術は、利用者や家族に大きな安心感を与える当園の大きな魅力となっています。軸となる理念・基本方針は、利用者一人ひとりの尊厳を尊重する姿勢として現場に浸透しています。当園は、今後も地域のニーズに深く応えていくことを目指し、組織全体で高い改善意識を持って変革に取り組んでおり、今後のさらなる発展が期待されます。更には、補助金等を積極的に活用した空調設備や非常用発電機の刷新により、生活空間の快適性を向上させるとともに、災害時への備えを万全にするなど、高い防災意識に基づいた環境整備にたゆまぬ努力を続けています。組織全体で、現状課題を誠実に受け止め、着実な改革に着手している点は高く評価できます。業務効率化や、キャリアパス制度の構築、ボランティア・実習生受け入れなど、「より良い職場環境」づくりを目指しています。利用者調査においても、職員の待遇や食事、プライバシーへの配慮等で高い満足度が得られており、現場職員の支えによって「安心できる生活」が提供されています。

◆特に評価の高い点

法人の理念である「慈しみのこころ」を具体的な形として地域に還元しており、「かいものバス」の運行支援は、地域福祉の拠り所となる特筆すべき公益活動です。移動手段に制約がある地域高齢者生活ニーズを的確に捉え、単なる移動手段の提供に留まらず、外出を通じた社会参加やフレイル予防の役割も果たしています。管理者が様々な、外部研修に自ら積極的に出向き、最新の法規制や高い倫理観を学び、研鑽し続けている姿勢は高く評価でき、この真摯な取り組みが、現場職員一人ひとりの高い規範意識と、利用者に対する誠実な接遇へと結びついており、組織全体の安心・安全を支える盤石な土台となっています。また、様々な専門職がそれぞれの専門領域を追求するだけでなく、職種の垣根を越えてケアに深く関わっています。リハビリの専門職が食事介助の現場に入り、嚥下状態や摂食姿勢について介護職員にその場で助言を行うほか、歯科衛生士と介護職員が協働して口腔ケアの質の向上に努めるなど、日常のあらゆる場面で「多職種による生活支援」が実践されています。

◆改善を求められる点

◎現状の課題解決には誠実に取り組まれています。3～5年後を見据えた具体的数値を示した「中長期ビジョン」の策定にはいたっていませんでした。少子高齢化や地域ニーズの変化に対応するため、施設としてどのような役割を果たし、どのようなサービスを展開していくかという将来像を明文化することを望みます。

◎単年毎の事業計画を、利用者やその家族に対して十分に周知していることが確認できませんでした。計画の内容を分かりやすく要約し、広報紙や掲示物、家族会等を通じて積極的に発信・共有することを望みます。

◎職員の育成については今後の課題です。その必要性については認識されていますので、職員一人ひとりの能力向上やキャリア形成を支援する仕組みを構築し、各職員がどのような専門性を身につけたいか、どのような役割を担いたいかという意向を、定期的な面談で確認すること期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

■初めての第三者評価を受審し、書類整備や準備については、法人監査の直後だったこともあり、比較的スムーズにできたと感じています。

■基本理念の評価をいただき、感謝しています。ただ、令和8年4月から、2つの特養を統合し、一つの施設として運営していくので、その際、基本理念を、「その人らしさを大切にしたケアを目指して」に変更予定です。

■外国人介護職員が、介護職員の半分を占め、受け入れの際の生活支援や日本語研修、彼女・彼らのキャリアパス構築支援など、不定期面接ではありますが、取組を進めていると

ころです。施設全体としての研修体系をキャリアパスに準じて構築していますが、なかなか現状では研修の機会が十分に作れず、外部研修やWEB研修を一部活用している状態です。

■改善点として挙げられている中長期ビジョンについては、今後20年間ほどの中長期計画「慈生会ゴールドプラン」の素案を作って、各部署の意見を聞きながら、施設全体の方針として、理事会に諮っていく予定でいます。その中に、人材確保計画なども含まれています。

■また、事業計画内容が利用者、家族に周知されていないのが、以前から感じていましたが、広報等で一部、お伝えしているつもりでしたが、要約文でも利用者、家族と共有する機会、家族の集い、あるいはホームページ等で閲覧できる状態を作りたいです。

■職員面談については、現状で不定期面談になっていて、キャリアパスとつながった人事考課面接等になっていません。なんとか時間を生み出して、人事考課面接を進めたいと考えています。また、各職員のキャリアイメージのすり合わせなど、施設として取り組み課題を整理するうえでは不可欠と考えています。

■介護現場のDX化にむけて、会議を開催し、IT関係のデモ機をプレゼンしてもらったり、一部商品のモニタリング、使える道具なのかを現場で判断する機会を作ったりして、現状、インカム導入、タブレット入力まではできています。さらに見守り機器等導入を検討中です。

■食事の嗜好調査が不十分で気になっていました。利用者の意見を伺いながら、利用者の望む食事に近づけるよう努力したいと思っています。

■マニュアル整備を図っていますが、タイムリーな見直しができていないと感じています。また、外国人職員も理解できるように、母国語の表記や、簡単な日本語で伝えることができるようなマニュアル作成も課題と思っていて、順次取り組んでいきます。

■喀痰吸引等の研修を、現在検討中で、経過措置で資格を取ったスタッフと、それ以降の職員への研修が行われていないので、今後、重介護の利用者の受け入れができるように研修を進めたいと思います。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	法人理念・基本方針が明文化されており、パンフレット、施設内掲示等を通じて職員、利用者に周知されています。また、基本方針は、職員の行動規範となる具体的な内容となっていました。施設玄関や介護職員室等に設置され、いつでも見て確認できるよう工夫がされていました。利用者や家族への周知がより図られることを望みます。	
		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-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。	b
(コメント)	厚生労働省や全国老人福祉施設協議会等のホームページ等で最新情報を確認し、岸和田市の福祉計画等、地域の策定動向も把握し分析する機会を設けています。経営環境の変化に備え、多面的に対応できるよう検討がされています。	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
(コメント)	経営状況や改善すべき課題について、業務改善会議や理事会等で職員・役員に周知されており、具体的な取り組み、方針が明確化されています。特に、人材確保及び人材育成については、重要性の高い課題として捉えており、解決に向けての取り組みが進められています。	
		評価結果
Ⅰ-3 事業計画の策定		
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-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。	c
(コメント)	経営等の中・長期事業計画については、策定されていませんが、理念や基本方針の見直し及びその実現に向けた新しい計画の策定を予定し、取組み始めています。	
Ⅰ-3-(1)-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。	c
(コメント)	単年度の事業計画が特定の職員等の参画の元で策定されており、実現可能な具体的な内容が設定されています。今後は、中・長期計画を踏まえた事業計画の策定と、現状よりも多くの職員が参画し、職員全体の理解が深まることを望みます。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-3-(2)-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。
(コメント)	一部の管理職や特定職員の意見に偏りがちである点を組織的な課題として真摯に認識し、次期事業計画の策定プロセスでは、現場職員一人ひとりが「自分たちの計画」として主体的に参画できる体制へと刷新を図り、職員の計画に対する理解度と実行力を高める取り組みを展開していました。新たな策定プロセスを一時的なものに留めず、定期的な進捗確認（モニタリング）や評価・見直しにおいても、全職員が組織的に参画していく方向で取り組んでいます。
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。
(コメント)	事業計画の策定プロセス刷新に注力したため、事業計画を利用者等へ分かりやすく提示する仕組みづくりにはいたっていません。専門的な内容が含まれる計画書を、利用者や家族に伝わりやすくした資料（概要版や広報誌等）に変換して説明する必要性は、組織の課題として認識しています。今後は、計画を分かりやすくした資料の作成や、意見交換の場を設け、日々の広報活動を通じて利用者等と共有・共感を図れるよう、周知体制の整備を進める事を望みます。

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(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。		
I-4-(1)-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。	b
(コメント)	福祉サービスの質の向上を目的とした業務改善会議・DX会議等、多角的な検討の場を設けており、課題解決に向けた組織的な枠組みが構築されていました。現状、会議メンバーが限定的であるということも十分に認識し、より多くの職員が参画できる組織体制の確立を目指していました。	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り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。	b
(コメント)	DX会議等において、ICT活用の検討がされ、今以上に現場の声を聞き、組織として取り組むべき課題についての改善計画を実施していくことが重要と認識し、課題について明確化していました。今後は、第三者評価基準等を用い、客観的な視点での課題分析と、改善活動に取り組むことを望みます。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-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。	b
(コメント)	管理者は、従来の組織的な課題と、自らの役割・責任を表明しています。この決意を、職員会議や日々のコミュニケーションを通じて繰り返し表明していくことが重要と認識しています。今後は、これらの理念や役割の表明をより体系化し、新入職員へのオリエンテーションや個別の面談等の場においても一貫して伝えていくことで、管理者と職員の信頼関係をさらに強固なものにし、組織としての一体感を高めていくことを望みます。	
Ⅱ-1-(1)-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。	a
(コメント)	外部研修への参加は、積極的に取り組んでおり、人権擁護、採用における公平性、事故発生防止における安全対策、他機関との連携など、幅広い分野で最新の知見と正しい法令理解の習得に努めています。	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-(2)-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。	b
(コメント)	管理者は、福祉サービスの質の向上に強い意欲を持ち、自ら先頭に立って改革に取り組んでいます。特に、一人ひとりの職員との対話を重視し、現場の声に直接耳を傾けながら信頼関係を築こうとする真摯な姿勢は、組織の風通しを良くする上で大きな力となっています。	
II-1-(2)-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。	b
(コメント)	管理者は、人材確保、業務の効率化、収支状況の安定化といった総合的なマネジメントの重要性を認識し、経営改善に向けた指導力を発揮しています。現状、各種会議を通じて具体的な効率化を試行しています。	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(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。		
II-2-(1)-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。	b
(コメント)	厳しい状況を真摯に受け止めつつも、持続可能な運営に向けた人材確保・定着のあり方を様々な視点から各種会議を通して検討しています。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	法人理念と基本方針を踏まえた期待する職員像は、具体的な内容で基本方針に明文化されています。人員体制について具体的な計画を立案し、福祉人材確保や人材育成を実行していくことを望みます。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-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
(コメント)	職員の就業状況を客観的なデータ（有給休暇取得率、時間外労働時間等）に基づき定期的に確認・把握しています。また、衛生委員会が定期的に開催され、検討が行われています。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c
(コメント)	職員一人ひとりの能力向上やキャリア形成を支援する仕組みについて、その重要性を再認識し、体制構築を検討し始めた段階にあります。管理者には、日頃の対話を通じて職員個々の特性を把握しようとする姿勢があり、今後は、その「対話」を土台とし、各職員が望む専門性やどのような役割を担いたいかという意向を、定期的な面談を通し具体化する取り組みを望みます。	
II-2-(3)-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。	b
(コメント)	組織が目指す福祉サービスを実施する為に、基本方針（職員心得）に期待する職員像が明示されています。今後は、どのような資格やスキルを身につければ、どのような役割を担い、どう評価されるのかという基準を明文化することを望みます。	
II-2-(3)-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
(コメント)	職員一人ひとりの能力向上を目指し、外部研修への参加を積極的に奨励・支援しています。人員確保が厳しい状況下においても、研修受講時の業務調整を図るなど、学習機会の提供に努めています。また、資格取得についても希望者に対して受験講座を開催するなど、職員の自己研鑽を後押しする具体的な支援が行われています。	
II-2-(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。		
II-2-(4)-①	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。	b
(コメント)	次世代の福祉人材を育成し、実習を通じて担当職員の成長が期待できる実習について認識し、実習生等を受け入れるための体制構築を検討している段階にあります。受け入れ実績はありませんが、学校との連携を計る等の取組みが行われています。	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-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。	b
(コメント)	WAMNETの情報開示を基準にホームページ等で基本情報を公開しています。パンフレット・広報紙の活用により、外部に対して事業内容を説明する体制を整えています。	
II-3-(1)-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。	b
(コメント)	理事会や評議員会が法令に則って定期的に関催され、重要事項の審議が適切に行われるなど、法人運営の基本的な枠組みは正しく機能しています。また、監事による監査も定期的実施されており、会計および業務執行の適正性を担保するためのチェック体制が整備されています。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	地域社会の一員としての役割について、次期理念・行動指針及び事業計画等において、組織としての考え方が明文化されています。具体的な取り組みとして、地域の障害者就労施設（パン工房）による出張販売の受入れを実施しており、施設間の相互理解と利用者の楽しみの創出を行っています。また、地元の道の駅に利用者と共に買い物に出掛けられる等、地域資源を積極的に活用することで、利用者の社会参加と地域住民との交流を促進しています。	
II-4-(1)-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
(コメント)	ボランティアの受入れについて基本姿勢が明文化されており、地域社会と共存しようとする組織の方針が明確にされています。管理者の「施設が閉鎖的にならず、社会としての普通の感覚を維持したい」という思いがあり、コロナ禍による活動制限を経た現在、再び地域との接点を取り戻すことの重要性を認識しています。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-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
(コメント)	利用者により良いサービス提供をする為に必要となる関係機関は、各種会議で説明する等、職員間で共有されています。また、特筆すべきは、消防団、駐在所、地区組織といった公共機関との間で、防災・防犯上の協力関係を具体的に築こうとしている点であり、地域の一員としての危機管理意識の高さが伺えます。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-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。	a
(コメント)	いきいきネット相談支援センターを設置し、毎月CSWが周辺地域の公民館等に出向き体操教室や勉強会を開催している機会を活用し、地域の方から福祉ニーズを聞き取っています。地域の施設協議会や社協に所属することで、より広域的な情報収集にも努めています。	
II-4-(3)-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。	a
(コメント)	いきいきネット相談支援センターと、かいものバスを法人独自で運営しています。また地域の子ども食堂に物資の支援をしたり、それらの活動を通じて発見した虐待や生活困窮者の対応まで、幅広い活動が行われています。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-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。	a
(コメント)	人権研修と身体拘束・虐待についての研修を定期的で開催し、職員間で共通の理解を持ち、実践できるよう取り組んでいます。成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用も積極的に利用しています。	
Ⅲ-1-(1)-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
(コメント)	個人情報保護規定を策定し、職員間で共有しています。また、パソコン等は職員IDが無いとログインできないシステムとなっています。近年外国人職員が増えているため、一部周知できていない部分があることを課題と捉えています。	
Ⅲ-1-(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。		
Ⅲ-1-(2)-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。	b
(コメント)	ホームページやパンフレットを作成し、写真や表を用いて非常に分かりやすく必要な情報を提供しています。また、必要があれば自施設以外の利用可能なサービスについても紹介しています。見学の受け入れも行ってはいますが、感染症対策の観点から、居室フロアまでの立ち入りは制限していて、今後緩和していくことを検討しています。	
Ⅲ-1-(2)-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。	a
(コメント)	重要事項説明書等にはサービス内容や料金等が具体的に記載されており、パンフレット等も用いてわかりやすく説明されています。意思決定が困難な方に対しては、家族や成年後見人等に説明を行い同意を得ています。	
Ⅲ-1-(2)-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
(コメント)	利用者が入院後退所した場合はその後の様子を見に行き、福祉サービス利用についての相談に応じています。利用者が他の施設に移行されたケースでは、情報提供に加え、本人、家族に代わり全ての段取りや手続きについて支援した事例もあります。退所後の相談窓口や担当者を口頭にて説明していますが、文書にて明確に示されることを望みます。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-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。	b
(コメント)	食事に関する嗜好調査やサービス内容に関する事など、利用者満足を把握する機会は設けてはいますが、定期的に行う仕組みが確立されていません。	
Ⅲ-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。		
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
(コメント)	苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の仕組みが確立されています。苦情があった場合は、苦情解決委員会で検討し、改善にむけて取り組んでいます。それらの仕組みについては、契約時にわかりやすく説明されています。	
Ⅲ-1-(4)-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。	a
(コメント)	介護相談員が2ヶ月ごとに訪問しており、施設職員以外にも気軽に意見が述べられる体制となっています。聞き取りの内容は報告書にまとめ、職員間で周知されています。	
Ⅲ-1-(4)-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。	a

(コメント)

利用者からの相談や意見に対しては、委員会において協議し、迅速に対応しています。また、研修も開催し、職員間で周知するようにしています。マニュアルも策定し、定期的に見直しが行われています。

Ⅲ-1-(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。		
Ⅲ-1-(5)-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。	a
(コメント)	収集した事例はリスクマネジメント会議において内容を分析し、再発防止策を検討しています。言語聴覚士等のリハビリ専門職の配置により、誤嚥等の医療ニーズに対しても適切な対応ができています。	
Ⅲ-1-(5)-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。	b
(コメント)	感染対策委員会と衛生委員会を定期的に関催し、マニュアルの整備と研修の実施もしています。外国人職員をはじめ、全職員に周知できていない部分もあることを課題と捉えています。また、マニュアルを定期的に見直しする仕組みも構築できていません。	
Ⅲ-1-(5)-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やっている。	b
(コメント)	災害対応マニュアルとBCPも整備され、土砂災害時の避難訓練や火災訓練も定期的実施しています。食料等の備蓄品も確保しており、発電機やガス空調を導入することで停電時の対策もできています。また地域の福祉避難所にも指定されています。今後は、地域、行政等と共同で訓練を実施するなど、連携が更に強化されることを望みます。	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(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。		
Ⅲ-2-(1)-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。	b
(コメント)	福祉サービスについてのマニュアルは細かく整備され、研修も実施されていますが、十分に周知されていない部分もあります。外国人職員の増加により、言葉や文化の違いに配慮したうえで周知内容がより理解できるような工夫を望みます。	
Ⅲ-2-(1)-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
(コメント)	業務改善会議等、サービスの実施方法について見直す機会は多くありますが、定期的実施する仕組みとはなっていません。また、外国人職員への十分な周知方法の改善を望みます。	
Ⅲ-2-(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。		
Ⅲ-2-(2)-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。	b
(コメント)	リハビリ職も含めた多職種協働でアセスメントを実施し、利用者一人ひとりのニーズに基づいた計画が策定されています。今後、計画通りにサービスが提供されているかを確認する仕組みを構築されることを望みます。	
Ⅲ-2-(2)-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
(コメント)	機能訓練や栄養ケアに関することも含め3ヶ月ごとにアセスメントを実施し、6か月ごとに病院関係者も含めた多職種合同で担当者会議を開催し、モニタリングを行うことで適切に計画を見直しています。また利用者の状態に変化があった場合はその都度計画を変更します。変更したサービス内容について、職員間での周知が不十分であることを課題と捉えられています。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-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。	b
(コメント)	記録ソフトを導入し、パソコンとタブレットを併用することで、効率よく必要な記録ができるよう工夫しています。IT機器に不慣れな職員がいたり、転記の手間を省略しきれていない部分もあるので、今後の改善を望みます。	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b

(コメント)	個人情報保護規定が策定されており、記録や個人情報についての管理体制が定められていますが、職員に対する教育、研修の機会が少なく、責任の所在も曖昧なものとなっていることを課題と捉えられています。
--------	---

高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(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。	b
(コメント)	入所時に利用者の生活歴や趣味などを把握し、入所後にも趣味の継続が出来るように配慮していますが、まだ限定的な対応である為、より多くの利用者への配慮と支援が行えるようになることを望みます。	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	—
(コメント)	訪問介護の評価において適用する項目のため、適用外。	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	—
(コメント)	養護老人ホーム・軽費老人ホームの評価において適用する項目のため、適用外。	
A-1-(1)-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。	b
(コメント)	利用者の思いや意向をくみ取る為、食事の時間や入浴提供がない日など、時間が十分とれるタイミングでコミュニケーションを図るように工夫し、聴取した意向はプランの更新時や会議でも共有して支援内容に反映させています。接遇の研修機会も設けていますが、必須研修ではない（努力義務）ため、全職員が受講できる環境を構築してコミュニケーションスキルの向上を図ることを望みます。	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	権利擁護に係るマニュアルや同意書も整備され、身体拘束ゼロの徹底を推進し、実現しています。リスクマネジメント会議において不適切ケアの恐れのあるものについて早期に検討して予防に努め、全職員への周知が徹底されています。	

		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-2-(1)-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。	b
(コメント)	周囲は自然豊かな景観であり、庭や広いバルコニーを活用して夏祭りや日光浴、散歩クラブなど屋外に出る機会も設けられています。多床室と個室があり、1人当たりのスペースも広く、入所時の意向や生活歴から適切な部屋割りへの配慮をし、陰圧機のある静養室やパーティションでの感染症対策、空調の再整備など快適な環境整備に努めています。安全性の重視からフロアにより私物の持ち込みに制限があるため、掲示物の見やすさなど、より利用者目線での環境整備を望みます。	

		評価結果
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A-3-(1)-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。	b
(コメント)	一般浴、ストレッチャー浴、リフト浴、個浴槽があり、自力で入浴可能な方へも見守りの強化で自立を促すなど、利用者の心身状況をケアマネジャーとも共有し、適切かつ安全な入浴方法を検討し提供しています。利用者の体調や意向に応じて入浴方法の変更などにも対応しています。	
A-3-(1)-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。	b
(コメント)	排泄チェック表を付けて、個々の排せつサイクルをみながら支援しています。サービス担当者会議で利用者の状態を共有して、極力オムツ対応にならないように検討、支援することで排泄の自立にも注力しています。	
A-3-(1)-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。	b
(コメント)	廊下や居室内は進路を妨げる要素もなく、安全な動線が確保されており、手すりや杖、歩行器、車いすなど福祉用具を活用して利用者が移動しやすい環境を整えています。プラン変更時などに利用者の状態の共有、支援方法の検討見直しを行い、自立した移動につながる声掛けや支援をしています。	
A-3-(2) 食生活		
A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
(コメント)	利用者とのコミュニケーションや嗜好調査(年1回)を通じて、要望があったメニューをレクリエーションの一環としてフロア調理で提供したり、献立に取り入れて、適時適温の配膳に努め、食事を楽しめるように工夫しています。また、朝食のパンやおかゆの選択、外出イベントでの嗜好食品の購入にも取り組んでいます。	
A-3-(2)-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。	a
(コメント)	食前の嚥下体操や作業療法士、言語聴覚士のかかわりにより嚥下機能の向上も認められています。利用者の心身の状況にあった食事形態にも配慮され、過介護にも留意して安全に自力摂取が出来るように環境を整えて食事が出来るようにしています。また、管理栄養士を中心に関係職員とともに利用者の状況を共有、検討し栄養ケア計画を立て適切な支援をしています。	
A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	口腔ケアに関する研修を実施して職員のスキルアップを図っています。歯科医師、歯科衛生士の助言のもと、各利用者に適したブラシを使用して食後に口腔ケアを行い、タブレットにて記録し、継続的なチェックを行っています。	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
(コメント)	褥瘡予防対策指針や予防マニュアルを整備しており、褥瘡予防対策委員会も設置されています。全職員が適切なポジショニングが行えるよう写真で共有し、予防と早期対応に注力されています。サービス担当者会議を通じて医療職との連携も図り、利用者のBMI等の情報を共有して栄養管理面からの支援もしています。	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-3-(4)-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。	c

(コメント)

喀痰吸引対応が可能な介護職員は少数のみで、日中及び夜間はオンコール対応で看護師が支援しており、介護職員による喀痰吸引・経管栄養のは行われていません。施設入所の要件の再検討や対応可能な職員の増員について前向きな意向はあり、今後の体制構築を望みます。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-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。	b
(コメント)	集団での体操やレクリエーション、個別の趣味活動に加えて作業療法士、言語聴覚士、理学療法士も雇用し、個別計画に基づき機能訓練を実施しています。ベッドからの立ち上がり動作など日常動作における機能訓練の助言を介護職にも行い連携した支援となっています。	
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	認知症ケア等に関する研修を実施し、介護職員は行動・心理症状に合わせて寄り添い、利用者が安心して過ごせるよう支援しています。中重度の認知症利用者のフロア環境づくりについては、支援者目線ではなく、利用者目線で利用者が心身ともにくつろげる環境整備の工夫を望みます。	
A-3-(7) 急変時の対応		
A-3-(7)-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。	b
(コメント)	利用者のバイタル測定や職員の観察により普段と変化が無いか留意して支援し、確立された手順に基づき、体調に変化があれば看護師と連携を図り、必要に応じて医師への相談や受診に繋いでいます。体調変化時の対応については、研修資料の回覧や、看護師によるシミュレーションにより職員への周知がされています。	
A-3-(8) 終末期の対応		
A-3-(8)-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。	b
(コメント)	看取りに関する指針を確立し、終末期ケアの取り組みがなされています。利用者や家族に対し医師から説明し、看取り会議において今後の治療、看取りの方針を職員間で検討し、看取りケアの現場においてはOJTも行い職員の支援力向上にもつなげています。	
		評価結果
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		
A-4-(1)-①	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
(コメント)	コロナ禍以降は1階でのみの面会でしたが、4月からは居室での面会の再開が検討されています。利用者に変化がある時はもとより、面会時やケアプランの更新、変更時に家族とこまめにコンタクトを図り、近況や支援方針も伝えていきます。家族の高齢化で来所困難な場合は電話連絡も活用しています。また、広報紙やブログにて施設の活動や利用者の様子を伝えていきます。	
		評価結果
A-5 サービス提供体制		
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A-5-(1)-①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	—
(コメント)	訪問介護の評価において適用する項目のため、適用外。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム神於山園の現在利用者
調査対象者数	14 人
調査方法	アンケート調査により、「はい」「いいえ」「その他」「無回答」で回答。 その他自由記載欄あり。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム神於山園の現在の利用者14人を対象にアンケート調査を実施しました。直接評価機関へ返信用封筒にて回答する方法（10名）と、調査員が直接聞き取る方法（4名）で実施しました。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者14名の方を対象にアンケート調査を実施した結果（概要）

① 27項目のうち、満足度の高い項目

○80%以上の方が「はい」と回答

- ・職員は、言葉使いについて呼びかけも含め、いつも適切で心地よいか
- ・あなたの居室は安全で快適か
- ・食事は楽しい雰囲気ですとりを持って食べられる
- ・職員は、入浴前、入浴後に健康状態のチェックを行うか
- ・入浴する際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されているか
- ・排泄の介助は、速やかに対応しているか
- ・サービスを受けることによって、安心して生活できるようになったか

② 「その他」「無回答」と回答した方が半数以上の項目

- ・原則として身体拘束されず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明があるか
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けたか
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で交わしたか