

## 福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

## 【受審事業所情報】

事業所名称	吹田竜ヶ池ホーム
運営法人名称	社会福祉法人 成光苑
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 高岡國士                      施設長 佐藤 裕之
定員（利用人数）	50名
事業所所在地	〒564-0004 大阪府吹田市原町3-21-25
電話番号	(06) 6310-7353
FAX番号	(06) 6310-7190
ホームページアドレス	<a href="http://www.tatsugaik.jp/">http://www.tatsugaik.jp/</a>
電子メールアドレス	<a href="mailto:tatsugaik@woody.ocn.ne.jp">tatsugaik@woody.ocn.ne.jp</a>

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部第三者評価室		
大阪府認証番号	270002		
評価実施期間	平成27年2月5日～平成27年7月23日		
評価結果決定年月日	平成27年7月23日		
評価調査者氏名（役割）	1101A005	(運営管理委員)	( )
	0901A030	(専門職委員)	( )
	0801A019	(専門職委員)	( )
		( )	( )

## 【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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
-------------------------	----------------------------------------

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

吹田竜ヶ池ホームは、社会福祉法人成光苑が平成20年4月に開設し、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）を併設し、介護保険サービス事業と賃貸住宅を一つにまとめた新しいタイプの運営をしています。施設は名神高速道路とJR京都線に挟まれた吹田市の丘陵地域に位置し、向かいに竜ヶ池を望む緑豊かな住宅街で病院・学校・幼稚園が隣接する閑静な地域にあります。

鉄筋コンクリート4階建て定員70名（内短期入所定員20名）全室個室の新型ホームで、4階部分が高優賃（24室）になっています。

「地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設」を理念とし、「オンリーワンとナンバーワン」を実現する施設を目指しています。ユニットケア型の施設で、各ユニット単位に食堂と各自の個室があり、居室で一人で過ごしたり、各ユニットの食堂で過ごしたり、それぞれ自由に過ごすことができます。特に各ユニットの食堂は、長方形の角を生かして、窓が複数の方角にあり、とても明るいスペースとなっています。

ISO9001：2008の取得により品質管理の意識を高めています。また、歯科医師の訪問、コンビニエンスストアの出張販売、旅行会社との連携による日帰り旅行の企画、地域交流スペースでの喫茶ボランティアの実施など、オンリーワンとナンバーワンを目指して、職員が積極的にサービスの向上に取り組んでいます。

### 特に評価の高い点

#### 職員の質の向上への取組

「人財育成プロジェクト」はキャリアパスに示す階層別研修をOJT（職務を通じた研修）とOFF-JT（職務を離れた研修）、SDS（自己啓発援助制度）によって研修計画を進めています。

特に、初級研修の新人研修には力を入れており、チューター制を取り入れ新人研修プログラムに基づいて担当チューターが育成計画を立案しています。そのため新入職員は「業務の独り立ちの目標日」を目指してプログラムの習得に励み、途中経過においても担当チューターが確認した結果について評価をしています。独り立ちの達成にあたっては、担当チューターからチェック表とコメントが添えられ、その後は新人フォローアップ研修、チューター養成研修に進み、中級研修ではチューターリーダー研修へとチューター育成にも力を入れています。

#### 利用者の状況管理・情報共有について

利用者の状況について、各カンファレンスやミーティングで情報共有を図っています。また、パソコンのシステムを全職員使えるようにしており、支援内容の記録もパソコンを使い、サービス提供後に入力されているため、いつも最新の状況がどの職員も確認できるようになっています。

### 改善を求められる点

#### 防災対策の強化

法人としては福知山の災害を体験していますが、吹田竜ヶ池ホームとしては未体験です。大規模災害発生時の対応方法について、発生直後、直後から3日間、その後に分けたシミュレーションを重ね、吹田市や利用者家族、在宅サービス事業所、地区自治会を含めた実動訓練の実施を望みます。

#### 利用者アンケートの実施

施設の取り組みとして、職員に対するアンケートは実施されていましたが、利用者アンケートが実施されていません。アンケートを実施したい、という意向は持っていますので、年に1度程度実施できるよう、委員会を立ち上げて、アンケート実施の計画を策定することが求められます。

第三者評価に対する事業者のコメント

## 評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評価結果
<b>評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織</b>	
I - 1 理念・基本方針	
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。	
I - 1 - (1) - ① 理念が明文化されている。	a
I - 1 - (1) - ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I - 1 - (2) 理念や基本方針が周知されている。	
I - 1 - (2) - ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I - 1 - (2) - ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>法人理念は「①個人の尊厳を旨として、その人にふさわしい最善のサービスの提供に努める。 ②地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設経営を目指す。 ③専門的知識、技術の研鑽に努め、誇れる施設を目指す。」を謳い、理念の手引書である「和顔愛語」に法人の使命を具体的に示しています。</p> <p>基本方針は「①安らぎのある生活と環境を提供し生きる喜びを創造する。 ②介護機能の多様化を図りご利用者に対し総合的なサービスを提供する。 ③地域の一員として地域福祉の活性化に貢献し超高齢社会のセーフティネットの機能を発揮する。」とし、事業計画やホームページ、広報誌、パンフレットに記載しています。</p> <p>品質方針に「まごごろと思いやりを大切に、そして地域に愛される施設づくりを目指す」を示し、「和顔愛語（優しい笑顔と思いやりの言葉）」とともに日々の行動規範としています。</p> <p>職員と利用者・家族への周知には、法人理念の手引書である「和顔愛語」を平成26年に発刊し、全職員に配布すると共に、毎月のリーダー会議において施設長がその精神を伝えています。また品質方針を各職員の名札の裏面に記載し常時携行する等、周知に取り組んでいます。さらに家族懇親会でも施設長の挨拶に含めて方針等を語るとともに、ホールのスクリーンに放映しています。</p>	

## I - 2 事業計画の策定

I - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I - 2 - (1) - ① 中・長期計画が策定されている。	a
I - 2 - (1) - ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b

I - 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。

I - 2 - (2) - ① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a
I - 2 - (2) - ② 事業計画が職員に周知されている。	a
I - 2 - (2) - ③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b

## 評価機関コメント

法人中期計画は平成26年度から28年度の現状把握に基づいた施設整備計画と予算を示し、吹田竜ヶ池ホームは「①尊厳ある暮らしの実現 ②豊かな人間づくり ③強い吹田竜ヶ池ホームの構築」を骨子として中長期計画を策定しています。また、事業計画策定にあたっては毎年12月に法人から提示される基本方針に基づいて、翌年2月に事業計画案と予算を添えて本部に提出し、施設長会での検討と外部監査法人の確認を経た後、本部から許可を受け実行可能な事業計画になります。

吹田竜ヶ池ホームでは、各部署で品質目標実施計画書を用いて具体的な行動計画（契約目標、サービス目標、教育目標）に展開し、リーダー会議の月次報告と半期毎（4月・10月）に開催されるマネジメントレビュー（理事長・総括品質管理責任者が参加する）で管理しています。

職員と利用者・家族への周知は、展開した目標管理シート・品質目標実施計画書をグループミーティングで全職員に説明し、各ユニットに掲示しています。利用者・家族へは家族懇親会で施設長が挨拶に含めて語るとともに、ホームページ・広報誌に掲載しています。

## I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

I - 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。

I - 3 - (1) - ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I - 3 - (1) - ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

I - 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I - 3 - (2) - ① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a
I - 3 - (2) - ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a

## 評価機関コメント

管理者の責任については、職務基準書に施設長の責任と権限等を明記しており、災害・事故・感染等のマニュアルにも施設長の役割を示し、法人広報誌に「吹田竜ヶ池ホーム運営への思い」を語っています。また施設運営の基本方針に「コンプライアンスの徹底とガバナンスの確立」を示し、法令遵守規程・関係法令リストを整備するとともに、職員の指導を徹底しています。

管理者のリーダーシップについては、開設当初からISOを受審し、品質マネジメントシステムを活用した取組を行っています。そのため年1回の定期審査と年2回の内部監査による評価結果に基づいて、継続的なサービスの質の向上に努めています。今回、更なる質の向上を目指して、第三者評価受審に至っています。また経営や業務の効率化についても、目標管理シートや品質目標実施計画書を用いて目標管理やデータ分析、是正処置等の管理を行っています。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握	
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等適切に対応している。	
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。 a
評価機関コメント	
<p>事業経営をとりまく状況については、施設長会議、他法人との合同勉強会、介護関係諸団体から情報を得るとともに、法人が地区民生委員や自治会長を対象に実施したアンケート調査結果、吹田市の高齢者実態調査報告書（平成26年3月）等から積極的に情報を把握し、新規事業や地域貢献事業等を事業計画に反映しています。また、潜在的利用者に関する情報は、在宅部門や福祉総合相談窓口の職員から得ています。</p> <p>経営状況の分析等については、単年度事業計画に「財務基盤の安定」を取り上げ、リーダー会議において、毎月の実績から分析を行い、利用率やコスト等について対応策の検討を行っています。その結果はグループミーティングで説明し、全職員の周知を図っています。</p> <p>監査法人による外部監査を毎年受審して経営課題の発見と透明性の確保に努めています。また、ISOの定期審査も受けており、課題の発見と改善に努めています。</p>	

## II-2 人材の確保・養成

## II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a

## 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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
II-2-(2)-②	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a

## 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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
II-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a

## II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

II-2-(4)-①	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a
------------	-------------------------------------------------	---

## 評価機関コメント

人事管理は法人が行っており、各事業所の次年度人員計画（想定業務量・新規事業・介護報酬改定等）をもとに、計画的求人活動をしています。また、人事考課は平成19年にバージョンアップした「人事システムガイド」に基づいて、年2回の評価とフィードバック面接を行い、「人事システムガイド」は全職員に周知しています。

職員の就業状態への配慮では、毎年12月の意向調査（自己申告書の提出）をもとに施設長が面接を行い、人事考課のフィードバック面接の結果と合わせて異動や職場改善、人員計画に反映させています。また、心身の健康管理や福利厚生にも力を入れており、共済会等への団体加入の他、法人所有の保養施設を希望者は利用できるシステムが有ります。

職員の質の向上についても、職員研修規程に基づいて「人財育成プロジェクト」がキャリアパスに示す階層別・職種別研修を実施しており、OJT（職場内研修）、OFF-JT（職場外研修）、SDS（自己啓発援助システム）による研修プログラムを進めています。また自己申告書を用いて研修等の意向調査を実施し、研修修了後の復命書や理解度シートによって研修成果の評価を行っています。SDSではチャレンジシートを用いて実現可能な年間計画を立案し、中間面接時に自己評価と上司評価によって達成状況を判断するとともに、進んでいない場合は修正が加わります。新人育成にはチューター制度を用いており、職員の育成と定着の両者に効果を上げています。

実習受入れについては、社会福祉士実習責任者1名、介護福祉士実習責任者2名の計3名（実習指導者講習会修了者）を任命し、実習マニュアル・プログラム等を整備しています。

## Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	b
Ⅱ-3-(1)-③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a

## 評価機関コメント

緊急時の体制は、総括責任者を管理者としてリスクマネジメント委員会、感染症予防対策委員会、褥瘡予防・虐待予防・行動制限廃止委員会の各委員会に責任者を置き毎月1回開催しています。また、職員の周知には、マニュアルを各ユニットに設置すると共に、研修会を実施しています。

災害時の安全確保については、吹田市から福祉避難所の指定を受けており、有事の際には地域交流スペースを当てるなど、受入れを想定した体制づくりに取り組んでいます。また、避難訓練は夜間を想定した消防訓練を年2回実施しています。

利用者の安全対策については、毎月のリスクマネジメント委員会でインシデントレポートの収集と分析（月次・半期・年間）、再発防止策の検討を行うとともに研修会を開催し、職員の周知に努めています。また利用者の行動制限はしていません。



## Ⅱ-4 地域との交流と連携

## Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
Ⅱ-4-(1)-③	ボランティア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。	a

## Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a

## 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	地域の福祉ニーズを把握している。	a
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a

## 評価機関コメント

地域交流については、地域交流スペース活用検討委員会が中心になって、地域交流スペースを開放しており、コンビニの出張販売、喫茶コーナー、夏祭りの住民参加など各種イベントを企画し、平成25年度は参加者1,382名に達しています。また世代間交流として、地域の小学校学童との交流会を行っています。また地区自治会の福祉関係講座や、各種地域活動に職員を派遣するとともに、福祉総合相談窓口を設置し高齢者に留まらず、相談から日常生活支援までカバーできるネットワーク作りを取組んでいます。さらにボランティアの受入れについても、ボランティア受入れ規定を整備し、延べ224名に達しています。

関係諸機関の情報を整備するとともに、行政や関係団体との連携に力を入れ、地区自治会との協働活動として福祉マップ（中学校区の歯科・医院・薬局・介護事業所・避難所等をマップにはめ込んだ）を作成し、地区自治会員に配布するなど積極的な取組をしています。

地域の福祉向上への取組では、地区の民生委員や自治会長を対象に福祉ニーズのアンケート調査を行っており、関係諸機関の情報に加え、在宅部門職員の地域ケア会議での情報交換や福祉総合相談窓口の職員からも地域の福祉ニーズを収集しています。そのため福祉総合相談窓口や緊急ショート受入れ、福祉避難所、地域交流センターの有効活用、さらに地域貢献事業として大阪府社協老人施設部会の生活困窮者レスキュー事業等に取り組んでいます。

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	サービスに関する記録の開示を行っている。	a
評価機関コメント		
<p>事業計画書、法人理念に利用者の尊厳を大切にすることが記載され、利用者を尊重したサービスが実施されています。また、全員に一冊ずつ配布される「基本マニュアル～はじめの一步」も利用者尊重、プライバシー保護の重要性が反映された内容になっています。</p> <p>利用者に対するアンケート・満足度調査は実施されていませんでしたが、サービス提供をする中で、利用者の意向や意見を聞き取り、また、家族懇親会などで、利用者の希望を把握しています。今後は利用者満足に関する調査を定期的実施する体制づくりが求められます。</p> <p>相談・苦情窓口については、重要事項説明書に記載した上で入所時に説明をし、正面玄関に意見・苦情の回収箱を置いて意見収集に努めています。相談・苦情があった場合は、対応内容や今後の対策について利用者・家族に報告をしており、全員に関わる内容については公表しています。</p> <p>記録の開示については、ISOの品質マニュアルの開示の手続きを定めており、マニュアルについてもISOの仕組みの中で見直しをしています。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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。	a
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連携を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	a
Ⅲ-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	非該当
Ⅲ-2-(4)-⑥	居室及び共有空間は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑦	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	b
Ⅲ-2-(4)-⑧	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑩	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑪	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	認知症高齢者については、行動・心理症状（BPSD）がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられて	a
Ⅲ-2-(4)-⑭	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a

## 評価機関コメント

毎年8月頃に、自主点検表の項目について確認をしています。第三者評価は今回が1回目の受審であり、今後は、この結果を検討・分析し、こういった課題があり、いつ頃を目途に改善していくのか、具体的な改善計画を作成することが求められます。

サービスの実施については、法人で作成した「基本マニュアル～はじめの一步」を標準の実施方法としており、新人職員の育成には、チューター制を採用、新人職員養成マニュアルに沿って、介護技術やマナーなど指導しています。また、利用者の状況や問題点の把握、改善案の検討のために定期的にグループミーティング、ユニットリーダー会議、ケアカンファレンスを開催し、日々のサービスの実施方法をよりよくするために議論をしています。そのために必要な日々のサービス実施記録は、パートの職員も含め全員にパソコンのIDを付与し、最新の状況がすぐにパソコンで把握できるよう、できる限り逐次入力をするように徹底しています。

利用者家族には、夏祭りや日帰り旅行などの行事や家族懇親会などの案内をし、来所された時にも、喫茶コーナーの活用や昼食の持ち込みが出来ることを伝え、気持ちよく過ごしてもらえよう努めています。また、担当者が変更になった場合は、顔写真を添えて案内をしています。

「やめよう！なくそう！自由の束縛」と法人として抑制廃止宣言をし、身体拘束は原則行わないとしているため、実際に「身体拘束」を目にする機会がなかなかないことから、新人職員対象に「正しい方法と間違った方法」を実際に自ら体験してもらい、身体拘束・行動制限について学んでいます。

日常生活における、アルコール・たばこなどの嗜好品、また個室である居室への私物の持ち込みは原則として制限はしていません。共有スペースでもある食堂は、複数の方向に窓があり、とても明るく過ごせる空間で、各ユニットごとに、クリスマスや七夕などの季節の飾りつけを考えています。食事時も特に席は決めず、好きな席で食事ができます。選択メニューは現在は実施していませんが、月1回の郷土料理を楽しんでもらっています。

入浴は週2回、個浴にて実施しています。いつもと様子が異なる場合には、看護師に報告・指示を仰ぎ、介護職と看護師とで連携をとっています。排泄については、各居室にトイレがあり、プライバシーへの配慮がされています。24時間シートで利用者の排泄パターンを把握し、排泄の自立に向けて個別に排泄時間を設定しています。移動・移乗については、車いすや歩行器などの移動用具は機能訓練士による調整がされ、介助方法が変更になった場合には、わかりやすいよう写真を付けて連絡ノートに記載し、職員に周知しています。

リハビリは、利用者・家族と面談し目標や計画を立て職種間で共有しています。嚥下リハビリは、歯科・管理栄養士と連携の中取り組んでいます。

レクリエーションは、行事・季節や祝い事にちなんだ事・施設全体・機能訓練としての活動等、数多くの中から利用者の意向で選び、実施しています。療法的音楽活動は、音楽療法士または職員の中のミュージックトレーナーにより、毎週行っています。レクリエーション活動を生かすなどし、利用者の生活リズムに添うよう配慮しながら離床対策をしています。

認知症についての取組は、医師や多職種との連携の中ケアに反映しています。勉強会や研修発表に継続して取り組み、実践に反映する体制があり高く評価します。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-3-(3)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
評価機関コメント		
<p>機関紙「ききょう」、ホームページ、パンフレット等を活用し、利用者と家族に施設の紹介をしています。サービスの開始時には、解りやすく説明し同意を得ています。事業所の変更や家庭への移行に際し潤滑に対応をしています。</p> <p>入所選考は大阪府入所選考指針に沿い公正に行うよう努めています。入所選考の透明性をさらに担保するため、平成27年3月からは選考委員の中に第三者委員を追加する予定です。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定		
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
Ⅲ-4-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
評価機関コメント		
<p>サービス実施計画書策定の責任者は、施設介護支援専門員です。サービス担当者会議には、介護・看護・栄養・機能訓練・介護支援専門員が参加し話し合っています。利用者や家族の意向は事前に把握しサービスに反映します。利用者のニーズの把握に努め、計画策定・実施・評価・見直しをし、ケアに反映する体制があります。</p>		



## 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吹田竜ヶ池ホームの入所者
調査対象者数	入居者50名（うち回答可能な方49名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム吹田竜ヶ池ホームを現在利用されている入居者50名（うち回答可能な方49名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、49名の方から回答がありました。（回答率98%。）

各評価細目毎に、回答者の意思が確認できた回答の割合をみると、特に満足度の高い項目として、

「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
が90%以上の満足度、

「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
が80%以上の満足度、

「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
「職員に声を掛けやすい」  
「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」  
「生き生きとした生活が送れている（他人との関わりや、レクリエーション、趣味のクラブなどの楽しみごとで）」  
が70%以上の満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書

## 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吹田竜ヶ池ホームの入所者代理人
調査対象者数	50名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム吹田竜ヶ池ホームを現在利用している入居者の代理人50名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、28名から回答がありました。（回答率56%。）

共通して満足度の高い項目として、

「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
が90%以上の満足度、

「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」  
「健康管理や医療面、安全面について安心できる」  
「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」  
「ホームの総合的な満足度」  
が80%以上の満足度、

「職員は、本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
「職員に声を掛けやすい」  
「職員は、本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」  
が70%以上の満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	過去1年の間に特別養護老人ホーム吹田竜ヶ池ホームの利用を終了した入所者の代理人
調査対象者数	12名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

過去1年の間に特別養護老人ホーム吹田竜ヶ池ホームの利用を終了した入所者の代理人12名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、2名から回答がありました。（回答率17%。）

※回答数が少数なため、結果の詳細は割愛します。

\* 別紙報告書