

**福祉サービス第三者評価結果報告書**  
**【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】**

**【受審施設・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	高岡 國士（理事長） 佐藤 裕之（施設長）	
定員（利用人数）	70 名 ★ショートステイ20名含む	
事業所所在地	〒 564-0004 吹田市原町3丁目21番25号	
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>	
事業開始年月日	平成20年4月1日	
職員・従業員数※	正規 23 名	非正規 17 名
専門職員※	介護福祉士25名、介護支援専門員2名、 医師1名、看護師4名、准看護師1名、 管理栄養士1名、 介護職員初任者研修修了者2名、 実務者研修修了者5名、 ホームヘルパー2級取得者3名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室70室	
	[設備等] 食堂4、浴室7、調理室1、更衣室2、医務室1	

※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	1 回
前回の受審時期	平成 27 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】

### ■法人理念

- 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。

### ■サービス目標

「オンリーワンとナンバーワンを目指す」

オンリーワンとはその施設にしかない特色の創造である。

ナンバーワンとは利用者の処遇の満足度を高めるため、常に積極的に取り組む姿勢である。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①地域福祉活動の活性化に貢献することと高齢者や障がい者が社会生活上著しく不利益を被らないようにセーフティネットの役割を担うことを使命とし、これにより選ばれ続けることを目指しています。その為、地域で活動する介護者支援の会・事業者連絡会の活動への参加や福祉避難所の受託などに積極的に取り組んでいます。

②「トータル人事システム」「ファーストステージプログラム」等の活用により、この業界が初めてのスタッフでも専門職として育成していく仕組みと経験年数・役職等による階層別の法人研修の実施により、多様なニーズや支援体制を知り、それに対応できるスタッフを育てる仕組みを整えています。

③「地域にあってよかったと思われる施設」を実現するため、定期的に地域の福祉ニーズを調査・把握し、地域住民の望む姿を確認するとともに、社会福祉法人における地域貢献事業として、ニーズの具現化を行っています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年11月8日～平成31年1月7日
評価決定年月日	平成31年1月7日
評価調査者（役割）	0901A020（運営管理委員） 0401A128（専門職委員） 1302A044（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

吹田竜ヶ池ホームは名神高速道路、JR京都線に挟まれた吹田市の広陵地域に位置しています。また向かいに竜ヶ池を望む緑豊かな住宅街で、病院、学校が隣接する清閑な地域にあります。

ホームの玄関を入ると、一見ホテルロビーを思わせるような造りになっています。また職員は来訪者に対して礼儀正しく挨拶を交わしています。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の見安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

### ◆特に評価の高い点

#### ■監査の受審について

監査法人の公認会計士による監査を年3回受審すると共に、ISOの審査も定期的を受け、公正かつ透明性の高い事業運営をしています。またISOの研修を受け試験に合格した職員による内部監査を年2回実施する等、特に高く評価できます。

#### ■ISOの品質マネジメントシステムを導入

システムに基づき施設運営を継続的に改善しながら、より良い施設の有り方を求めています。

#### ■職員の質の向上への取り組み

ファーストステージ研修プログラムに沿って、特に新人研修に力を入れています。チューター制を取り入れ、業務の独り立ち達成に向けて、都度チェックやアドバイスをを行い、およそ1年間OJTを行っています。

#### ■情報の記録と共有

日々の福祉サービスの計画から実施の記録、また情報の共有のため、パソコンのシステムを活用しています。また利用者一人ひとりの支援内容について最新の状況が確認できます。

### ◆改善を求められる点

#### ■苦情・相談の内容の公表について

苦情・相談の内容や改善・対応について館内に掲示していますが、文字を大きくする等、誰もが認識できるよう工夫することが望まれます。

#### ■職員全体への周知に対する取り組み

施設の運営に関する仕組みは、ISOの品質マネジメントに基づき整備されていますが、PDCAのうちCAが機能していない部分があります。研修や委員会に参加できなかった職員への周知についての工夫と全体を見据えた取り組みが望まれます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価機関の評価を受け、自施設の強み・弱みを客観的に確認することができました。強みは大切にしつつ、弱みについては今後の施設の成長ポイントと捉え、改善に向けて前向き・地道に取り組んでいきたいと思えます。

評価を受けた中で、「方向性や考え方は間違っていないけれど、あと一歩・もう一工夫」という点がいくつもありました。その「あと一歩・もう一工夫」ができる施設となるよう、すぐにできることは今から、計画的な取組が必要なことは事業計画等に盛り込み、取り組んで参ります。

そのことを通じて、私たちが目指す“「地域にあってよかった」と思ってもらえる施設”を実現していきます。

### ◆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)	<p>■理念・基本方針を明文化し、ホームページ、パンフレット、広報誌、事業計画に掲載しています。法人の根幹指針である「和顔愛語」を日々の行動規範とし、毎日朝礼で唱和し確認しています。理念は玄関、会議室、フロア等に掲示し、いつでも見ることができます。また理念等を掲載している法人広報誌は玄関に置いてあり、誰でも持ち帰ることができます。</p> <p>■家族等への周知に向け、「家族懇談会」の時に施設長の挨拶に含め伝えていきます。利用者への周知には困難さもありますが、わかりやすく伝える方法等検討することが望まれます。</p>	

		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)	<p>■社会福祉事業全般の情報は、社会福祉法人経営者協議会、府社協施設長部会、市の施設長部会等の研修に参加し情報を収集しています。市の介護保険福祉計画である「市健やか年輪プラン」には、プラン策定の要因となる市高齢者の状況、ニーズ等の記載があり、内容を把握しています。在宅事業所と関係のある地域の情報は得ることができています。施設長はリーダー会議、法人施設長会議で分析、事業計画に反映しています。</p>	
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)	<p>■経営課題は法人施設長会議やISO事務局会議で現状分析し明らかにしています。経営課題の一部は中長期計画に反映しています。中長期計画に反映していないものについては、単年度計画で取り組んでいます。</p> <p>■経営課題の役員への周知に向け、理事会で説明しています。役員からは質疑や提案等があり、課題を共有しています。職員への周知は上層部の職員と一般職員とで情報量に差がありますが、部分的な課題については伝わっています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■中長期計画は2017年～2019年を目途に策定しています。財政基盤の安定や事業拡大等の計画は主に在宅事業を中心に策定しています。一部「人材の確保・教育・定着」等重なるところがありますが、特養のサービス内容や他の課題については中長期計画では策定せず平成30年度事業計画で取り組んでいます。</p> <p>■中長期計画は具体的で、実施状況の評価が行える内容です。</p> <p>■3年間の中長期計画で予算計上を必要とする取り組みは無く、平成30年度事業計画の収支計画で行われています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■中長期計画は在宅事業、特養と合わせた計画ですが、特養に関わりのある計画については一部単年度計画に反映しています。数値化できるものは数値化し、数値化できないものは何をどう行うか等、実施状況の評価が行える具体的な内容です。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■平成30年度事業計画は、年度目標と中長期計画を中心に、部署ごとに職員も関わって策定しています。決定した計画は、月1回行われるリーダー会議で目標管理シートを用いて進捗状況を確認しています。</p> <p>■職員は事業計画の進捗状況等について、パソコンを通して見ることができます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■事業計画の家族への説明は、「家族懇談会」で施設長の挨拶の中に含めています。利用者への周知については重度化等で伝えることの困難さを感じていますが、施設が利用者にとってほしいと思う事柄等を整理し、利用者が理解しやすいような工夫等検討することが求められます。</p> <p>■玄関受付に事業計画書を設置したり、行事計画は行事ごとにポスターを張り知らせています。</p>	

		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。	a
(コメント)	<p>■ISO9001の認証を取得し、ISO品質マニュアルを用いてPDCAサイクルの活用を意識した取り組みが行われています。定期的にISO審査の受審や内部監査を受け、サービス評価を行っています。</p> <p>■第三者評価受審や年1回顧客満足度調査を行い、月1回のリーダー会議で分析、検討しています。</p>	
I-4-(1)-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。	b
(コメント)	<p>■年2回の法人の内部監査や、ISOの審査を受け、内容不適合の結果が出たものについては、リーダー会議、入所会議で課題を分析・検討し、改善報告書を作成しています。実施後のチェックも受けています。</p> <p>■第三者評価受審や年1回顧客満足度調査を行い、サービスの質の向上に継続的に取り組んでいます。</p>	

## 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込めている。	b
(コメント)	<p>■管理者である施設長の役割と責任について、運営規程や職務基準書に明記しています。運営規程には施設長不在時に業務が滞らないよう、部下に権限移譲することが記載されています。</p> <p>■在宅事業所発行の「竜ヶ池だより」の施設長挨拶は、竜ヶ池ホーム全体の役割と責任についての内容になっています。今後は会議、研修等でも管理者の思いや役割を表明することが望まれます。</p>	
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)	<p>■管理者は幅広く法令を理解するため、各研修会や大阪府社協老人施設部会、市施設長部会に参加し、最新の情報の把握に努めています。得た情報から、就業規則を無期転換ルールを含んだものに改正しています。</p> <p>■法令遵守規程、個人情報保護規程を整備し、職員に周知しています。職員への法令遵守の研修ではパワーポイントを使って説明し、職員は必要時いつでも見ることができます。最近の虐待の報道を話題に取り上げ、法令遵守について説明し、内容をコピーしたものを職員に配付しています。</p>	

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)	<p>■管理者は福祉サービスの質の現状を正しく理解するために、顧客満足度調査を行い、法人内部監査を受けています。毎日の館内巡回時の利用者の様子観察や、日々の職員との会話を通して、また各会議、委員会に参加し、現状のサービスの質を把握しています。</p> <p>■職員の質の向上に向けた研修を重要視し、事業計画に位置付けて取り組んでいます。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■人事、労務、財務については法人の施設長会議で分析を行い、リーダー会議で報告しています。働きやすく、働き甲斐のある職場の実現に向けて安全衛生委員会で取り組んでいます。</p> <p>■施設長は職員の定着を図るため、働きやすい職場づくりの一環として、全職員面談を行い職員の意向を聞くことや、有給休暇を取りやすくする方法を検討しています。組織風土診断から見えてきた課題について改善する取り組みを行っています。</p>	

		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)	<p>■福祉人材の確保が年々困難な状況の中で、法人の人財確保プロジェクトを中心に法人全体で人材確保に向けて計画を立て、採用活動に取り組んでいます。奨学金制度の導入や養成校との関係づくり、学生アルバイトの受け入れ等福祉人材の確保を実施しています。外国人労働者の受け入れも計画的に実施し、現在4名を採用しています。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>■施設が必要とする職員像については冊子「和顔愛語」で明確にしています。</p> <p>■「人事システムガイド」に人事基準を定め、規準に従い実施しています。人事考課は年2回行い、公平に評価した結果をフィードバック面談で知らせると共に、職員との会話のきっかけにしています。</p> <p>■職員の意向や希望は、年度初めに「自己申告書」をもとに面談を行い、把握しています。個人の目標はチャレンジシート（一般職員用）、目標管理シート（幹部職員用）を用いて行っています。「人事システムガイド」の中に昇格や職務能力、資格等明示してあり、職員は自分の将来像をイメージすることができます。</p>	
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)	<p>■有給休暇・時間外労働は総務部でデータ管理しています。有給休暇取得状況については安全衛生委員会でチェックすると共に取得を促しています。</p> <p>■福利厚生として、法人所有の保養所やリゾートホテルの契約等利用できます。職員旅行も実施しています。</p> <p>■職員との面談は「自己申告書」提出時の面談と人事考課後の面談で年3回行い、人事計画や職員異動、処遇に反映させています。次世代育成支援対策推進法を取り入れ、仕事と生活の両立に配慮しています。</p> <p>■職員の心身の健康については、定期的にストレスチェック、健康診断、予防接種等行っています。</p> <p>■職員の悩み相談や解決の方法として組織的に取り組めるような体制の整備が望まれます。</p>	



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。	b
(コメント)	<p>■施設が必要とする職員像は冊子「和顔愛語」や「人事管理システム」の中で明確にしています。職員一人ひとりの目標はチャレンジシート（一般職員）や目標管理シート（幹部職員）に示しています。各シートには目標水準、目標期限が定めてあり、半年ごとの中間評価や年度末の面談で達成状況を確認しています。</p>
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。	a
(コメント)	<p>■職員の教育・研修については、ISO品質マニュアルの中に教育・訓練規程を定め活用しています。研修には、法人単位・地域別単位・施設単位とあり、法人共通の研修は、人財育成プロジェクトを中心に、地域別単位の研修は施設長会議で、施設単位研修は施設でそれぞれ計画・実施・評価を行っています。研修・訓練計画実績表で実施確認できます。</p> <p>■研修計画や研修内容の見直しについては、研修後の「人財育成プロジェクト各研修担当報告」に研修達成度や職員の意向等から研修の継続や内容、研修回数等の見直しを行ったことを記録しています。</p>
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)	<p>■職員の知識、技術水準は年2回の人事考課で把握し、専門資格の取得状況は法的資格一覧表で把握しています。</p> <p>■新人職員はファーストステージ研修プログラムを用い、チューターを中心に施設内研修を行っています。法人全体で各階層ごとの研修を実施すると共に外部研修も活用しています。職員用コミュニケーションボードに研修情報を掲示し、自主的に参加できるよう配慮しています。勤務への配慮や施設の費用負担等については必要に応じて行っています。施設内研修は雇用形態に関係なく全職員が参加できます。</p>
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。	b
(コメント)	<p>■中長期計画、平成30年度事業計画では、人材確保の方法の1つとして実習生の受け入れ整備について計画化しています。マニュアルを整備し、実習指導者講習会修了者4名を配置しています。現在、教員養成・就労支援の受け入れ実績はありませんが、社会福祉士、介護福祉士については学校からの要請がない状況です。</p> <p>■専門職種ごとの実習プログラムの策定が望まれます。</p>

		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)	<p>■法人・施設のホームページに理念、基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算、決算等公開しています。理念や事業計画等が記載してある法人の広報誌を館内に設置し、訪問者は自由に持ち帰り見ることができます。</p> <p>■第三者評価受審や苦情受付の体制について公開しています。第三者評価を受けた後の結果はインターネット上でも見ることができます。苦情・相談に基づく改善や対応については、館内に掲示していますが、館内訪問者に認識してもらい難しい状況です。訪問者や家族等誰でも目にすることができるよう文字を大きくする等の工夫が望まれます。</p> <p>■施設長は、施設の役割等について地域の介護者支援の会等を通して説明しています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■経理規程等の諸規定や職務基準書に職務を明記し、事務面や経理面等に関する責任と権限を明確にしています。</p> <p>■ISO研修を受けた職員が行う内部監査を年2回実施しています。また、監査法人による監査を年3回受け指導、助言を得ています。</p>	

		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	利用者と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)	<p>■1階の地域交流スペースに地域の情報等を掲示していますが、利用者の住まいは2階以上にあるため目に触れることは少ない状況です。施設行事の夏祭り、花火大会、敬老祝賀会等には地域住民の参加があり、交流しています。近隣の小学校や保育園との交流会が定期的であり、ゲームや会話等を楽しんでいます。また日常的にボランティアの訪問や移動販売、家族の訪問も多くあり、交流を深めています。</p> <p>■年々利用者の介護度も高まり、外出の機会は少なくなっていますが、「おいしいものを食べよう」と目標を立て外食支援をしています。</p>	
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)	<p>■ボランティア規程を整備しボランティアを受け入れています。市社会福祉協議会とも連携し、施設のサークル活動、趣味活動等積極的に受け入れています。傾聴ボランティア養成では施設長が講師を務め、受講したボランティアの訪問が多数あります。</p> <p>■小・中学校の職場体験を受け入れています。小・中学生の受け入れは成人ボランティアとは異なった意義があるため、別に規程を策定し基本姿勢等明文化することが望まれます。</p>	

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)	<p>■市内特養連絡会や関係機関とは定期的に会合を持ち、適切に連携が行われています。各施設にある「特養入所者希望リスト」について、他の施設へ入所された方や他所に移転された方等の実情の把握が個人情報保護の観点から難しく、特養協働で行政と話し合い、解決した事例があります。</p> <p>■利用者の生活をより豊かにできる地域の情報や社会資源について、市のガイドブック、「市健やか年輪プラン」、事業所一覧を配置しています。職員間で情報の共有を図るために地域の社会資源等について説明することが望まれます。</p>	
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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<p>■建物一階の地域交流スペースを開放し、介護者支援の会のイベント、喫茶、健康体操等が行われています。昨年は竜ヶ池文化展を行い、地域から多数の出品がありました。認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加したり、地域の高齢者向けサロン等でミニ講座を行う等の協力をしています。また総合相談窓口を設け、地域の困りごとの相談を受けています。赤い羽根募金で地域に花を植える緑化に貢献しています。</p> <p>■災害時2次福祉避難所の指定を受け、市の連絡会の会議に参加し協力しています。福祉避難所開設訓練では段ボールベッドの作り方、対象者搬送訓練、対象者アセスメント確認訓練等を行っています。</p>	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<p>■「大阪しあわせネットワーク」に参画し、コミュニティソーシャルワーカーを配置し、市内のネットワーク会議に参加しています。介護者支援の会の活動に参加し、地域の具体的なニーズの把握に努めています。また総合相談窓口を設置し多様な相談に応じています。福祉ニーズから障がい者の就職支援に結びついた例があります。</p> <p>■福祉委員とは定期的ではありませんが、必要時には意見交換しています。</p>	

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)	<p>■法人理念、事業計画、品質マニュアルに利用者を尊重した福祉サービスの提供についての方針が明記されています。また基本マニュアル「はじめの第一歩」の中でも介護職員の基本姿勢を示し、和顔愛語を朝礼時に唱和するなど周知しています。</p> <p>■年1回、職員全員(非常勤を含む)で人権研修を行い周知しています。年3回「虐待の芽チェックリスト」を活用し、徹底しているかを人権・虐待防止・行動抑制廃止委員会を中心に把握、評価しています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
(コメント)	<p>■基本マニュアル「はじめの第一歩」にプライバシー保護、また虐待防止マニュアルに権利擁護について明記するなど整備しています。</p> <p>■入所契約時に、家族・利用者へプライバシー保護、虐待防止について説明を行っています。</p> <p>■規定・マニュアルに基づいてサービスが実施されているかの把握は、「虐待の芽チェックリスト」を活用し年3回チェックを行い、人権・虐待防止・行動抑制廃止委員会にて評価しています。</p> <p>■不適切な事案が発生した場合の対応は、不適合サービス管理規定に明示がまいります。</p>	
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)	<p>■入所希望者は個々によって状況が異なるため、相談を受ける中で対応し、写真等を活用して分かり易く情報を提供しています。また施設内見学、入所申し込みの流れの説明を行うとともに体験希望はショートステイにて対応しています。</p> <p>■情報提供についての見直しは適宜行われています。</p> <p>■理念・基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設の特性等が記載されたパンフレットなどを、多くの人が入手できる場所の選定が望まれます。</p>	
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)	<p>■福祉サービスの開始、変更にあたっては、利用者の自己決定を尊重、また家族等の同意を得ています。</p> <p>■福祉サービス開始時は重要事項説明書、パンフレット、変更時は施設サービス計画書にて、理解できるように要点をとらえた説明を行っています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者に対しては家族に説明し、親族などが居ない場合は成年後見人制度や日常生活自立支援事業を活用しています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■福祉サービスの従来からの内容に著しい変更、不利益が生じないように、介護・看護の情報を提供しています。</p> <p>■他事業所や病院へ移行する場合、生活相談員手順書、サービス終了後プロセスに従い、「契約終了について(お知らせ)」「情報提供について(お知らせ)」「退所後の個人情報提供についての同意書」を用いて、引継ぎがスムーズに行われています。また「契約終了について(お知らせ)」に退所後の相談担当者が記載されています。</p>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■顧客情報管理規定の顧客満足度調査計画書に基づいて実施しています。また調査で把握した内容、意見について、リーダー会議にて検討、改善に取り組んでいます。</li> <li>■年1回の家族懇談会において、個別相談の受付を行うなど満足度の把握に努めています。</li> <li>■満足度調査で把握した結果を踏まえての検討、改善の会議に利用者、家族会等を含めた幅広い検討の場を設けることが望まれます。</li> </ul>
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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■緊急対応不適合報告書において、施設長が不適合と判断した事案については、委員会で対策を立てています。また毎月1回、リスクマネジメント委員会を開催し、各部署から寄せられた苦情及び発生した事故(不適合)について検討しています。会議には第三者委員も参加があり、意見を聞いています。</li> <li>■苦情を申し出しやすい工夫として、吹田市の介護相談員を受け入れています。</li> <li>■苦情処理の受付、解決の記録がなされ、申出者へ検討内容や対応策をフィードバックしています。また利用者、家族等に配慮して、2か月ごとに苦情内容・解決結果を掲示していますが、掲示物の拡大が望まれます。</li> <li>■苦情解決の体制について、重要事項説明書で利用者、家族等への説明が行われていますが、第三者委員の記載がありません。苦情解決の体制として、責任者、担当者、第三者委員2名と連絡先を記載した資料の配布と施設内での掲示が望まれます。</li> </ul>
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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■吹田市介護相談員、傾聴ボランティアの活用を日頃から口答で説明していますが、利用者が相談や意見を述べる際に複数の方法、相手を自由に選べることを記載した文書を作成し、配布、掲示することが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■相談・援助プロセスに相談の手順が示され、意見、相談に都度対応し解決しています。また手順書の見直しも行われています。</li> <li>■利用者の意見を把握する目的として、各フロアに意見箱が設置されています。</li> </ul>

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■介護事故防止・対応マニュアルにリスクマネジメントに関する責任者、リスクマネジメント委員会を設置する体制について明記しています。</li> <li>■緊急対応規定、不適合サービス管理規定に事故発生時等リスクマネジメントに関する対応を明記しています。</li> <li>■毎月1回、リスクマネジメント委員会が開催され、各部署の関係者が参加し、発生した事故(不適合)について検討、対策を行っています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■感染症マニュアルが整備され、責任者と役割の体制を明示し、また見直しも実施しています。感染症予防対策委員会が組織され、感染症に関する予防策の検討をしています。成果として感染症の蔓延は起きていません。</li> <li>■研修は施設内、外部共に実施され、施設内研修は理解度シートにて職員の理解度の把握をしています。</li> <li>■ノロウィルスの発生に備えて、各フロアに嘔吐処理セットを設置していますが、処理時間との闘いになるため、適切な設置場所の選択が望まれます。</li> </ul>	
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行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■防災マニュアルに、火災、地震の対応体制について明示していますが、台風災害に対する体制の構築が望まれます。また安否確認について、施設内での方法は確立していますが、ショートステイの送迎途中等の確認方法の確立が望まれます。</li> <li>■立地条件での対応について、近隣に活断層があり、停電を想定して自家発電設備を設置しています。</li> <li>■消防計画を整備し、避難訓練が実施されていますが、施設内での訓練になっています。消防署の都合により、連携ができない中、警察、近隣自治会等との連携の取り組みが望まれます。</li> <li>■災害時の食品類の備蓄については、管理栄養士が中心となって管理しています。また消耗品等については、日常的に使用する保管場所において的確な管理を行い、不足が生じない取り組みをしています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス提供に関する記録等の開示請求は今までありません。</li> <li>■利用者、家族等へは、入所時に説明しています。個人情報保護規程、運営規程に定めています。</li> <li>■他事業所や病院へ移行する場合、「生活相談員手順書」、「サービス終了後プロセス」に従い、「契約終了について(お知らせ)」「情報提供について(お知らせ)」で説明し、「退所後の個人情報提供についての同意書」を交わしています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ホームページにも入所に関する情報が記載されています。</li> <li>■入所判定会議においては各専門職と第三者委員の構成で検討され、透明性が保たれています。</li> </ul>	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■基本マニュアル「はじめの第一歩」を職員へ配布するとともに、手順書、マニュアル集を整備し、利用者の尊厳、プライバシー保護の姿勢を明示しています。</li> <li>■標準的な実施方法について、入職から個別に1年かけてOJTによる指導を行い、把握できているかチェックをするなど徹底する方策を講じています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ISO品質マニュアルに見直しの時期を明示しています。</li> <li>■個別的な福祉サービスから標準的な実施方法へ反映させた取り組みとして、服薬管理の在り方の事例が過去にあります。</li> <li>■検証・見直しについて、各会議で意見等を集約し行っていますが、利用者等の意見を反映する仕組みの検討が望まれます。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■運営規定に施設サービス計画策定の責任者が明示され、「アセスメントプロセス」、「サービス担当者プロセス」にアセスメントに関すること、部門を横断した協議の実施方法が確立され運用しています。</li> <li>■施設サービス計画は利用者一人ひとりの具体的なニーズに基づき作成しています。また計画通り実施できているかの確認は、モニタリング、アセスメント、ケース記録などで確認をしています。</li> <li>■支援困難ケースについては、各フロアでのミーティング、担当者会議、ケアカンファレンスなどで検討して対応しています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設サービス計画の見直しについて、手順書「サービス提供プロセス」に時期、検討会議の体制や利用者の意向把握、同意の手順を定めています。</li> <li>■見直された計画書は、計画書のコピーの配布、パソコンソフトへの記録による周知、緊急に変更した場合は連絡ノートで周知するなど仕組みができています。</li> <li>■施設サービス計画の評価と見直しによる課題の整理は、各プロセスの手順に基づいて実施し、福祉サービスの向上に取り組んでいます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設サービス計画において、介護の質向上において専門職の参加が望まれます。</li> <li>■日々の関わりの中から利用者の意向を把握し、施設サービス計画書に反映させています。また24時間シートを活用して職員が施設サービス計画を実践できるよう工夫しています。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<p>■パソコンで情報を記録するシステムを活用し、職員が自分のIDでシステムにアクセスを行い、サービス記録、また他の記録と申し送りの閲覧確認をしています。</p> <p>■記録の書き方の統一に向け、ファーストステージプログラムとOJTにより書き方の指導を行っています。</p> <p>■サービス担当者会議は、情報の共有を目的に部門を横断した職員が参加して月1回開催しています。</p>	
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)	<p>■記録の保管、保存、廃棄に関する規定は、記録管理規定に定め、個人情報の管理は個人情報保護規程に定めています。記録の管理責任者は記録一覧表に明示しています。</p> <p>■個人情報保護の研修は新人に対するファーストステージ研修で行われていますが、今後は全職員を対象に年1回以上の開催が望まれます。</p> <p>■個人情報の不適正な利用、漏洩の対策は規定で定め、取扱いの誓約を職員と交わしています。</p> <p>■利用者、家族等への説明は入所時に行い、同意書を交わしています。</p>	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■身体拘束は過去1年間行われていません。また身体拘束を行わないことを重要事項説明書、運営規程に明記しています。</p> <p>■人権・虐待防止・行動抑制廃止委員会を設置し、人権研修、虐待防止研修を行い、年間3回職員に対し「虐待の芽チェックリスト」を活用して福祉サービス提供時の確認を行っています。</p> <p>■福祉用具の工夫について、車イス利用者でブレーキ操作ができない人への対応として、立ち上がり動作をした場合に自動的にブレーキがかかる改善の実績があります。</p> <p>■外部研修に参加し研修報告を作成していますが、他の職員との情報の共有が不足しています。周知等の工夫が望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-②	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
(コメント)	■預かり管理はしていないため、非該当。	
Ⅲ-2-(4)-③	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。	b
(コメント)	<p>■食堂への自力での車椅子移動への働きかけ、一人ひとりに合った車椅子等の利用がなされています。</p> <p>■理学療法士等、あるいは機能訓練担当看護師による計画と実施の記録が望まれます。</p>	



## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-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)	<p>■音楽サークル（毎月第1・3金曜日）や手芸クラブ（毎月第1・3木曜日開催）があり、利用者の生活習慣や嗜好に合わせて参加の声かけをしています。家族の面会も多く、定期的に行われている喫茶コーナーには家族と参加する利用者もいます。現在、施設としてボランティアを増やし、利用者の活動メニューが多くなるよう検討がなされています。</p> <p>■希望に応じて近隣の飲食店やお店に職員が付き添って外出しています。</p> <p>■サービス担当者会議の内容をより一層利用者支援に反映させることが望まれます。</p> <p>■家族は利用者を最も理解している人であり、買物や外出支援のボランティアとしての参加が望まれます。</p> <p>■施設として、できないところに焦点をあてた施設サービス計画ではなく、利用者の希望を叶えるプランの立案を課題としています。今後の取り組みが望まれます。</p>	
A-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。	a
(コメント)	<p>■ホワイトボードを用いて、難聴者に対するコミュニケーション等の工夫をしています。</p> <p>■食事中も、一人ひとりに応じたコミュニケーションで対応がなされ、楽しく食べられる工夫をしています。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等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)	<p>■入浴拒否の利用者への配慮と工夫は、日々のケア記録と職員面接から知ることができます。</p> <p>■同性介護を希望する利用者への配慮があります。</p>	
A-2-②	排せつ介助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)	<p>■同性介護等への配慮があります。</p> <p>■居室のトイレを安全に使用できるベッド配置とし、また清潔感ある環境を保っています。</p>	
A-2-③	移乗、移動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)	<p>■一人ひとりに合った福祉用具の使用、安全な環境整備ができています。</p> <p>■長い廊下には、休憩スペースの配慮ができています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■褥瘡予防マニュアルを作成しています。</p> <p>■入浴後のスキンケアも行っています。</p> <p>■リスクマネジメント委員会を毎月開催し、対応策を図ることができています。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎月の給食委員会においてリクエストメニューを取っています。</li> <li>■肉・魚を好まない利用者への対応ができています。</li> <li>■月に一回選択メニューを実施し、利用者の要望に応えています。</li> </ul>	
A-3-②	食事の提供、食事介助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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■一人ひとりに配慮された食事形態になっています。</li> <li>■自力摂取・一部介助・全介助等の支援の在り方が整備されています。</li> <li>■安全衛生委員会において、食事に関するリスクの内部研修を実施しています。</li> </ul>	
A-3-③	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■週1回、歯科医師と歯科衛生士が訪問し、受診を必要とする利用者の口腔状態を確認しています。医師からの指示事項は食事観察評価シートや連絡帳等を用いて情報共有し、施設サービス計画や24時間シートに反映させて日々のケアの中で支援していますが、一部反映できていないケースもありました。歯科医からの指示を日常生活支援に十分反映させるためにも、施設の方針として口腔ケアの徹底を位置付け、全ての利用者について施設サービス計画や24時間シートに反映させることが望まれます。</li> <li>■口腔体操が出来ているユニットとできていないユニットがあります。</li> </ul>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■数年前から看取り検討会議を入所会議や医務会議の中で行い、勉強会を実施しています。</li> <li>■看取り件数は1件のみですが、その経験を通して学んだことを今年度の施設内看取り研修として実施する予定です。今後、職員への倫理教育と精神的ケア・終末期ケアの在り方・グリーフケア等について、より専門的な視点（例えば、終末期における心身の状態の変化や生活上の留意点、ケアのポイント、本人の意思を尊重するための支援の方法等）での研修が望まれます。</li> <li>■看取り対応への体制整備を望みます。</li> </ul>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■周辺症状がみられる利用者へは、パーソン・センタード・ケアの視点で支援が行われています。</li> <li>■認知症介護実践のために、更に多数の職員の認知症介護実務者研修・認知症介護実践リーダー研修の受講が望まれます。</li> <li>■認知症について正しい理解を求めるために、サービス担当者会議に家族の参加を得ることが求められます。</li> </ul>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■危険物（包丁・食器洗剤・手指消毒薬）等の収納管理をしています。</li> <li>■一人ひとりの個性を重視し、居室・トイレが一目でわかる工夫をしています。</li> </ul>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■日常生活上でのADLの持続の為に一人ひとりの機能訓練のプログラム作成が望まれます。</li> <li>■関連施設から理学療法士、あるいは作業療法士の協力を得て、機能訓練の質を向上させることが望まれます。</li> </ul>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■リスクマネジメント委員会で事故発生の分析と対応策が検討され、全職員への周知をしています。</li> <li>■各ユニットの利用者が服用する薬剤情報を配布しています。</li> <li>■服薬手順に沿い日々2名の看護師による配薬確認と介護福祉士の協力のもと、服薬確認の工程を遵守しています。</li> </ul>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■感染予防のポスターを掲示しています。</li> <li>■各種感染予防マニュアルの作成をしています。</li> <li>■利用者・職員・家族の健康チェックをしています。</li> <li>■感染防止の観点から、ショートステイ利用時に家族から健康チェックの情報を得ています。</li> </ul>	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■月初めに設備点検表に基づき点検を実施しています。</li> <li>■廊下の所々に談話スペースが数ヶ所設けてあり、ユニット内にはソファセットが配置され、ゆったりとした環境を設けています。</li> <li>■ショートステイ利用者の要望に応えるために、喫煙場所も目立たない場所に設ける配慮をしています。</li> </ul>	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ケアプランの変更時・更新時には、その都度家族への連絡・報告をしています。</li> <li>■毎年、利用者・家族への満足度調査を実施しています。</li> <li>■家族懇談会の開催で、施設の方針や家族からの要望を聴ける機会を設けています。</li> </ul>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	吹田竜ヶ池ホームの入居者
調査対象者数	50名（うち回答可能な方20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）

吹田竜ヶ池ホームを、現在利用されている入居者50名（うち回答可能な利用者20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付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、20名の方から回答がありました。（回答率100%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「健康管理や医療面、安全面について安心である」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「職員の都合や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」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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」  
●「職員に声を掛けやすい」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	吹田竜ヶ池ホームの入居者の代理人
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）

吹田竜ヶ池ホームを、現在利用され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付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、28名の方から回答がありました。（回答率56%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
●「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」  
について、80%以上の方が「はい」「満足」と回答、
- (2) ●「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」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	吹田竜ヶ池ホーム 過去1年間に利用終了した入居者の代理人
調査対象者数	6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）

吹田竜ヶ池ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人6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付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、3名の方から回答がありました。（回答率50%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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た」  
●「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た」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」  
●「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た」  
について、全員の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等