

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 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	(施設長) 佐藤 裕之		
定員(利用人数)	70名(ショートステイ20名を含む)		
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	https://swc-seikouen.jp/tatsugaike/		
電子メールアドレス	tatsugaike@woody.ocn.ne.jp		
事業開始年月日	平成20年4月1日		
職員・従業員数※	正規	36名	非正規 16名
専門職員※	介護福祉士 40名 介護支援専門員 1名 社会福祉士 1名 社会福祉主事 1名 医師 1名 看護師 5名 管理栄養士 1名		
施設・設備の概要※	[居室] 全室個室(トイレ・洗面所完備) 特別養護老人ホーム 50室(5ユニット) ショートステイ 20室(2ユニット)		
	[設備等] 共同生活室7、キッチン7、浴室7(一般浴5、 座位浴・機械浴各1)、医務室1、厨房1、 談話室1、相談室2、理美容室1、 地域交流スペースほか		

※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	3回
前回の受審時期	令和3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】

- 1 オンリーワンとナンバーワンを目指す。
- 2 オンリーワンとはその施設にしかない特色の創造であり、ナンバーワンとはご利用者の処遇の満足度を高めるため、常時積極的な取り組みをすることである

【高齢者施設経営方針】

- 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

【施設・事業所の特徴的な取組】

① 地域貢献：

「地域にあってよかったと思われる施設」を目指して、地域福祉活動の活性化に積極的に貢献・取り組んでいます。

地域の総合相談窓口の設置（令和6年度年間相談件数53）、介護支援サポーター養成講座、介護予防教室、千一地区福祉委員会、認知症基礎講座の開催、職場体験・実習の受入れ、吹田市社協緊急安否確認（鍵預かり事業）、大阪DWAT等 災害支援活動、居住支援法人として住宅確保要配慮者支援などがある。

② 福祉サービスの質の向上：

多様な働き方（高年齢者・外国人労働者・障がい者雇用し、短時間や希望時間曜日など配慮している）、介護職の資格取得を支援し介護福祉士の特養常勤換算割合80%以上、離職率も一桁台と安定し、介護補助も配置している。

③ 労働負荷の軽減：

Wifi環境を整備し見守りセンサー（ライフリズムナビ + Dr.）を導入し、ご利用者の訪室回数の減少、夜勤業務負担の軽減、ご利用者の安眠等サービスの質の向上、転倒防止を図る。インカム使用による迅速な連絡体制整備、多様な人財の登用（高年齢者・障がい者・短時間労働者雇用）や介護補助も導入し、人財定着・確保を行っている。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和7年6月25日 ～ 令和7年12月25日
評価決定年月日	令和7年12月26日
評価調査者（役割）	1701A029（運営管理委員） 2201A014（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・特別養護老人ホーム吹田竜ヶ池ホーム（以降「施設」）は、社会福祉法人成光苑（以降「法人」）が、大阪府吹田市において運営する開設18年目の高齢者施設である。法人は1948年の千里丘保育所開設に始まり（高齢者施設は1975年岩戸ホームが最初）、現在では高齢者施設が京都府北部の4か所と大阪府北摂地域の3か所、保育園・認定こども園が大阪府北摂地域・大阪市内に8か所、障がい福祉施設を大阪府北摂地域・京都府北部に2か所と計17か所の福祉施設を運営し乳児から看取りまでトータルサポートを実践している。

・法人創始者が各地の施設運営で得た「施設は地域とともにあるべき」という信念が、80年弱を経た今なお各施設の職員に脈々と受け継がれ、「受けた相談は何らかの答えを」というチャレンジ精神と「ここであってよかった」と地域住民に思われる存在になるというサービス精神に繋がっている。

・施設は、最寄り駅からバスで10分弱の閑静な住宅地にあり、瀟洒な4階建ての2～3階にトイレ・洗面付個室がショートステイを含め計70室配置されている。各ユニット毎に食堂・談話スペースと浴室（個室浴と機械浴）・共有トイレ等が設置されている。1階には喫茶コーナーがある地域交流スペースや会議室等があり、利用者・家族、職員、近隣の住民の憩いの場、各種イベントやボランティアによる習字など各種教室に利用されている。施設には、デイサービス（地域密着型・認知症対応型）、訪問介護、居宅介護支援事業等を併設し、4階の高齢者向け優良賃貸住宅24戸を併せ一体となり相互に有機的連携を図っている。

・施設周辺は、戸建住宅・マンション等、幼稚園・小・中・高校や公園、ドラッグストア・スーパー等の商業施設もあり、生活に便利な立地である。施設北面のかつての農業用ため池（竜ヶ池）には現在発電用太陽光パネルが設置されている。また、市では健康・医療の街づくりが促進され最先端医療機関や福祉サービス施設が多く、医療・福祉の地域交流・支援が積極的な地域で相互のネットワークが機能している。

・施設では、理念・次世代人材育成システムに加え、ISO 9001（品質マネジメントシステム）を日常の介護支援に活かしながら、「10年後も地域の人が一番頼りにできる社会資源になる」ことを目指し、堅実に成長・充実に継続している。

◆特に評価の高い点

・創業時の思いの継承と瀟洒で落ち着いた空間が利用者の安心な暮らしと地域交流を提供創業時の「施設は地域とともにあるべき」という法人の思いが、80年近く経た今も脈々と受け継がれ、瀟洒な建物や清潔で広々とした館内の花や絵画などが落ち着いた雰囲気を保ち、トイレを備えた居室が利用者の利便性やプライバシーに配慮し、喫茶コーナーのある地域交流スペース等の設備が利用者本位のケアや地域交流に活かされている。

・次世代人材育成への仕組みづくりと職場環境の整備の良さ
理念・方針に根差した独自の人事制度・新人から各階層の職員に対する充実した研修制度・ISO9001認証等の整備・継続・改善を通して、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した就業状況への取組や利用者本位のケアを実現しようとする活動が特に評価できる。

・職員同士が相互に知識・技術を高める職場風土と良好なマニュアル等文書の整備
人材育成のシステムの整備に加え、職員同士がお互いに成長し合う風土と、職員が業務マニュアル作り等に参画することで、より現場で活かすことが出来るマニュアル等の文書整備ができています。

・ICT等を活用した業務効率化への工夫
記録システムや見守りシステム等のICTを導入し活用することで、日々の介護職員の業務効率の向上や業務負担の軽減と利用者の暮らしを守りサービスの質向上に繋がっている。

・地域の施設・団体との連携の良さ
法人内施設の相互連携の良さに加え、地域のお施設・医療機関等との連携や諸団体とのネットワークが有効に機能しており、トータルとして地域の福祉向上に結びついている。

◆改善を求められる点

・人的制約のある中でより利用者個々の希望を叶える為に、職員が利用者のためにもっとこうしてあげたいと思う取組みが実現出来るよう、フリー職員の配置やボランティアの受け入れ等によるマンパワーの増強に努め、職員の達成感が高まることを期待する。

・介護職員による喀痰吸引の体制が整い、実施出来るようになることを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・一番に「地域に信頼される施設づくり」として、ご利用者・ご家族から喜ばれるよう、また、地域に信頼されるよう地域の行事等（会議や関係機関との連携した取り組みも含め。）積極的に参加をしています。
・安心して過ごして頂けるように職員の定着率の向上に、働きやすい職場づくりに職員の資格取得支援、ICT活用した介護負担軽減や介護補助を導入し、高齢者や障がい者も働ける多様な職場環境づくりをし、人手不足にならないよう取り組んでまいりました。
・「10年後も地域の人が一番頼りにできる社会資源になる」をモットーに、もっと開かれた施設づくりに頑張っていきますので、今後とも、ご指導、ご鞭撻をお願いします。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人理念をホームページ・パンフレット・法人広報誌「ききょう」や施設広報誌「竜ヶ池だより」に掲載し、利用者・家族・地域関係者等への周知を図っている。 法人理念を基にサービス目標・高齢者施設経営方針や施設品質方針を定め、小冊子「和顔愛語」（わげんあいご）にまとめ、職員全員に配付し朝礼・リーダー会議等で活用し、職員へ継続的な周知を図っている。 「和顔愛語」の職員への周知状況を定期的にチェックしている。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長が、市・地域の高齢者施設長会への参加や市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を通し、地域の事業経営を取巻く状況の把握に取り組んでいる。 法人及び施設の経営状況については、法人の経営企画会議や経営品質向上活動プロジェクトによる課題分析の結果を踏まえ、施設長会議にて把握し分析を行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人の施設長会議・経営企画会議や経営品質向上活動の報告において指摘された法人の課題につき、施設長会議・施設の管理職会議で報告・検討し、毎月の施設でのリーダー会議の議題とし、役職者を中心として順次部署の職員へ伝達・共有を図っている。 一方、施設の経営状況や解決すべき課題については、リーダー会議から施設長会議・経営企画会議等に提議され、理事会に諮ることで法人の役員に共有されている。 施設では課題の一つを、人材確保と次世代人材の育成と認識している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 3か年の中長期計画を策定しており、今年度は計画の最終年度に当たる。 計画は、1.確実・効果的・適正な事業計画、2.福祉サービスの質向上、3.人材確保と育成・定着、4.法人の特性を踏まえた各種取組みの4項目に分け、夫々の取組みと目標を具体的に記載している。 計画の取組みと目標は、主として言葉（定性）で示され、数値（定量）で示されていないため、誰もが進捗や達成度を客観的に評価できるよう可能な項目については数値目標を設定することを期待する。 	

I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度計画が策定されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・単年度計画（R7年度）は、法人の高齢者施設経営方針と中長期計画の4項目を踏まえ具体的取組みを策定している。 ・サービス実績（定員に対する目標等）・職員体制・安全衛生管理・委員会活動・研修・大規模修繕など各論について客観的な評価が可能な計画となっている。 ・施設の単年度収支予算を細目にわたり開示している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・各部署の意見を集約・反映した施設長原案を管理職会議で検討し、リーダー会議で協議して次年度の事業計画を策定している。単年度計画は、各部署の数値目標等や施設の予算表と連動している。 ・事業計画は、広報誌「竜ヶ池だより」への掲載や家族懇談会の説明資料として提示している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の事業計画は、前年度事業報告・決算と共に広報誌「竜ヶ池だより」に抜粋を分かりやすく掲載し、玄関受付への配置・家族懇談会での説明や郵送することで利用者や家族等への周知を図っている。 ・法人の事業計画・予算及び収支計算書・貸借対照表は、広報誌「ききょう」夏号にも掲載され、家族に配付している。また、広報誌はホームページにも掲載し広く周知を図っている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO9001:2015認証（品質マネジメントシステムに関する国際基準 ISO）を取得しPDCA（計画→実行→評価→改善）マネジメントシステムを施設内に構築している。 ・毎年ISO外部監査受審と年2回の内部監査を行い、ISO事務局会議において監査結果を分析し改善に向けた検討を組織的に行っている。 ・第三者評価調査を3年毎に受審し、結果報告書は法人HPに掲載している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO内部監査報告書を、施設長会議・リーダー会議・入所会議において課題の共有と改善計画を作成・実施している。また、改善結果は次回の内部監査にて評価を受けている。さらに、外部監査の受審後は改善報告書を作成・提出し、次回の監査において改善実施事項につき確認を受けている。 ・自己評価に基づく第三者評価を3年毎に受審（今回が4回目）し、改善を求められる点につき、諸会議で検討することとしている。 ・施設による年1回の利用者満足度調査を行い、結果を公表している。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者（施設長）の施設における役割と責任（職務分掌・権限）は、「成光苑人事システムガイド」に詳細に明示するほか、役割・責務については、重要事項説明書や運営規程にも簡潔に記載されている。 ・施設長は、各種会議のほか広報誌「竜ヶ池だより」の巻頭にあいさつ文を載せ、自らの取組みや考えを表明している。 ・施設長不在時における施設長の権限委譲は、消防計画やBCP（事業継続計画）において次席者が担う旨を明示している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、各種通知・改定資料や各種所属団体の研修等を通じ施設が遵守すべき法令等の把握と理解に努めており、施設のリーダー会議等を通じ職員への説明や文書回覧等により周知を図っている。 ・取引業者等の利害関係者との適正な関係の保持については、経理規定による稟議書やISOリストに基づく各種ルールを定め厳格に運用している。 ・遵守すべき法令は、福祉関係法令のみならず、消費者保護・雇用労働・防災・環境・公益通報や個人情報保護等幅広い分野に及びことを施設長は認識している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、福祉サービスの現状を定期的・継続的に評価し分析する手法としてISO9001:2015認証を取得し、その品質基準に基づく品質マニュアルに沿って業務内容の点検や見直しを幹部職員に指示している。 ・施設長は、施設内にサービスの質向上に必要な7つの委員会と6つの会議を立ち上げ、必要に応じ自らも参加する事で指導力を発揮している。 ・施設長は、サービスの質の向上に欠かせない研修制度の充実を図り、職員の内外研修への受講を推進・支援している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、事業報告書・品質目標実施計画書などを活用し、経営の改善や業務の実効性を高める取組みに指導力を発揮している。介護業務や勤怠管理等に関しては、既にICT機器やソフトの導入で円滑に稼働している。 ・施設長は、職員が働きやすい職場整備のため毎月の衛生委員会にて、勤務時間や休暇制度・職員の健康維持を含む職場環境整備等につき検討し改善に努めている。 ・施設内に見守りセンサーシステムを導入することで利用者の状況をパソコンやスマホ端末で逐一把握できる体制を構築し、職員の業務負担の軽減、利用者の転倒防止や安眠等サービスの質の向上を図り効果を得ている。さらに、インカム（無線通信機器）使用による迅速な連絡体制を整備しつつある。また、清掃等一部業務を介護職員から介護補助職員の分担に切り替え、介護職員は利用者のケアに一層専念できる体制を整備している。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「和顔愛語」に求める職員像を、人財に関する基本的考え方は人事システムガイドに明示している。 ・人財確保は人財確保プロジェクト、人財育成は人財育成プロジェクトが主となり計画に基づいた活動が行われている。 ・具体的な人財確保としては、法人及び施設において、ホームページや広報誌等による効果的な情報発信、職員の口コミによる勧誘、派遣職員の直接雇用への切替えや福祉人材養成学校との関係強化と実習生の受入れなどを実施している。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「和顔愛語」に求める職員像5項目を記載し、会議等で活用するなど職員への周知を図っている。曰く「1.笑顔で挨拶、良識・常識ある行動 2.仕事を通じて人間的に成長する」等。 ・人事考課システムにて、職員の職務遂行能力、職務の成果や組織への貢献度等を総合的に評価している。 ・職員は、年度初めにチャレンジシートにて自己の目標設定を行い、半期または年度末に直属上司による面談を通し評価・分析を行っている。また、年1回の職員意識調査を行い、自己申告書による職員の意向を確認している。職員は、人材育成チャートにより自らの将来の姿を描くことが出来る総合的な仕組みづくりができています。 	

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組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・労務管理体制を文書にて明確にしている。 ・職員の勤怠は、勤怠管理ソフトにより総務部で一元管理し、職員はネットワークで自身の有給休暇残数を確認できる。また、施設では、リフレッシュ休暇・育児休暇後の復職の柔軟な配慮・保養所や共済会の各種福利厚生制度を整備し、働きやすい職場づくりなどで職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みを行っている。 ・施設は、働きやすい職場づくりを目指し、施設長は巡回により職員との対話を増やす取組みを行っている。また、職員は、毎年自己申告書で今後の希望や意向を直接施設長に表明できるほか、アンケートによる意識調査も受けている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の求める職員像として人事システムガイドや「和顔愛語」に5項目を明示し、職員への周知に努めている。曰く「3.感性豊かに、何事もポジティブに考える 4.専門職として常に自分に磨きをかける」等。 ・人事考課制度として、一般職員は年度初めに目標水準や期限を記入した「チャレンジシート」を、幹部職員は「目標管理シート」を作成し、半期または年度末の目標進捗・達成度の確認を直属上司と面談を通して行い、求める職員像への到達のためのアドバイスやモチベーションの確認等を行っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「和顔愛語」等に求める職員像として5項目を明記し、ミーティング等で定期的に再確認している。日く「5.目標を持ち、実践することができる」等。 ・職員研修規程にて教育・研修の目的及び方針を明確にし、新任職員研修・階層別研修・外部及び内部研修等必要な教育・研修を実施している。研修受講後には、理解度確認シートや必要に応じてケース会議等で伝達研修を行っている。研修計画及び実績は、文書にて管理し事業報告書にも掲載している。 ・人財育成プロジェクトにおいて、教育・研修計画や研修内容・カリキュラムの見直しや検討を定期的に行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の知識・技術水準や専門資格は、ISO法的資格一覧表にて把握・管理している。 ・職員研修規程において施設の研修制度を体系化している。新任職員にはチューターを中心にOJTを行い、職員には3段階の階層別研修を実施している。 ・資格取得や更新のための講習会等には、施設が積極支援している。また、施設内研修については、雇用形態にかかわらず全職員が受講可能となっている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生等の研修・受入れマニュアルを整備し、施設では介護の初任者研修・実務者研修・介護福祉士や社会福祉士等のプログラムを用意し、要請があれば受入れ体制を整えている。 ・実習は、介護実習指導者研修の修了者のもとで実施しており、毎年指導者養成研修の受講を勧め、資格者の増加を図っている。 ・教員養成・職場体験は、令和6年度複数の大学から12名の受入れ実績がある。 ・就職支援の受入れ実績もある。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ（HP）を充実させ、法人理念・サービス目標・経営方針・事業計画や事業報告等の情報公開、計算書類・第三者評価結果や苦情解決の体制などを公表している。事業報告・単年度事業計画・決算や予算については、法人広報誌「ききょう」（年3回発行）においても家族や関係機関に分かりやすく公表している。 ・施設HPにはサービス内容のほか、地域における数々の公益事業など福祉向上のための取組みを公表している。施設1階受付には単年度事業計画書・事業報告書・第三者評価結果報告書を配置して家族等来訪者に公開している。また、施設広報誌「竜ヶ池だより」（年2回発行）により施設活動などを紹介している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人は、「成光苑品質マニュアル」に沿い経理規定・購買外注管理規程・職務分掌規定を作成し、施設の組織図・職務分掌表で責任者と役割を明確にしている。 ・施設では、総務課長が施設経理事務を統括しオンラインで本部経理部門と繋がり常に連携体制にある。また、外部監査法人による年3回の監査を受け、都度指導を受ける体制にある。 ・独立監査法人による法人の会計監査を受け法人HP等で公開することで、公正で透明性の高い適正な運営を実現している。 	

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。

a

(コメント)

・地域との交流は、法人理念3項目の一つである「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」に根差した根源的なものであり、「和顔愛語」や事業計画書にも記載している。
 ・社会資源や地域情報のチラシ等を玄関や各フロアに配置しており、利用者が自由に閲覧できるよう配慮している。
 ・利用者地域との交流の取組みの一例として、施設の秋祭り再開・法人の保育園児の来訪・市介護相談員の受入れ等がある。

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。

a

(コメント)

・ボランティア受入れマニュアルを作成し、基本姿勢・ボランティア登録や配置に関する事項などを定めている。初めてのボランティアには、受入れ時に守秘義務や必要な注意点につき説明を行っている。
 ・地域の学校教育等へは、職場体験・インターンシップなど積極的に受入れている。
 ・ボランティア受入れ実績としては、習字、ペン習字、フラワーアレンジメントなど多岐にわたるボランティアを受け入れている。

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・施設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。

a

(コメント)

・施設は、介護保険事業者連絡会・吹田しあわせネットワーク・居住支援協議会・福祉委員会・福祉避難所会議・社会福祉協議会(社協)等の関係機関に参画し適切に連携を行うことで地域の福祉ニーズ発掘と解決に向けた取組を行っている。
 ・施設は、事業者連絡会・団体等の定期的な連絡会に参加し、得た情報をリーダー会議等で共有し施設の運用に活かしている。
 ・施設内に地域の相談窓口を設置し、CSW(コミュニティソーシャルワーカー)2名による地域住民に対する相談を積極的に行っている。

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・施設が有する機能を地域に還元している。

a

(コメント)

・地区福祉委員会の月例会議への参加等で、地域の福祉ニーズ把握に努めている。また、施設内に相談窓口を設置し地域住民からの相談に対応している。
 ・施設は、市と福祉避難所の協定を結び、福祉避難所会議に参加し災害時の課題解決(発電機設置・備蓄品保管ほか)に向け取組んでいる。
 ・吹田しあわせネットワーク・居住支援協議会への積極参加で、地域課題の把握や解決に向け取組んでいる。

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。

a

(コメント)

・法人が主体となり地域住民へのアンケート(成光苑アンケート)を実施し、地域のニーズ把握や課題解決に取り組んでいる。
 ・吹田しあわせネットワーク(施設が事務局を担当)や社協のボランティア運営推進会議に参加し、地域関係団体と協働し地域コミュニティの活性化に努めている。また、地域に向けて相談窓口を施設内に開設し、相談に積極的に応じている。さらに、福祉用具の無償貸し出し・マンパワーの提供・鍵預かり事業や社会的弱者への種々の支援等を実施している。
 ・施設は、大阪DWAT(災害派遣福祉チーム)として、日常の研修・訓練の実施や能登半島地震では施設のチーム員を現地に派遣している。

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)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者尊重の福祉サービス提供は、法人理念3項目の一つ「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」に根差した根源的なもので、理念等は施設の各所に掲示し職員への浸透と周知を図っている。 利用者尊重や基本的人権への配慮は、入職時小冊子「和顔愛語」や基本マニュアル「はじめの一步」を全職員に配付し研修等に活かしている。 人権研修を毎年全職員を対象に実施し、リスクマネジメント委員会と人権・虐待防止・行動抑制廃止委員会を中心に、年3回「虐待の芽チェックリスト」を活用し自己と他者による相互チェックで状況把握と評価を実施している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 基本マニュアル「はじめの一步」に、介護職員としての基本姿勢としてプライバシー保護を謳っている。また、入浴・排泄介助に利用者のプライバシーに配慮した手順を示しており（動画版も制作）、手順に基づいた指導を行っている。 全居室は、トイレ付き個室で排泄や着替えなど利用者のプライバシーに配慮した造りとなっている。 法人理念や行動指針「和顔愛語」に利用者の尊厳を守ることを記載し、全職員に人権研修を毎年実施している。また、施設長は不適切なサービス事案の発生時には「不適合サービス管理規定」に従い適切に対処・是正し記録に残している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設のパンフレットや入所申込書を医療・福祉関係諸施設に配置し、利用希望者へ提供している。また、市民向け小冊子「吹田市優しい介護と予防」にも施設名・連絡先が記載され、情報提供が行われている。 入所相談を随時行い、状況に応じショートステイでの体験利用を勧めている。また、必要に応じ他のサービスについても個別丁寧な説明と案内を行っている。 法人HPや広報誌「ききょう」を発行し、施設の状況や特徴を知らせ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。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの開始・変更に当たっては、重要事項説明書や施設サービス計画書などに沿って分かり易く説明し、利用者の自己決定を尊重したうえで利用者や家族等の同意（署名捺印）を得ている。 意思決定が困難な利用者の場合は、家族等に確認をし、身寄りのない利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用して対応している。 	

Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・施設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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の変更や在宅復帰に当たり、重要事項説明書に「円滑な退去のための援助」を明記し、退去後の適切な諸施設への紹介支援を行うことにしている。 ・上記支援に当たり、施設は関係機関に利用者の心身の状況等必要な情報を利用者や家族等の同意を得て提供することで、福祉サービスの継続性に配慮している。具体的には、「特養退所のプロセス、相談・援助プロセス」(手順書)に沿って看護サマリー・診療情報提供書や介護サマリーなど文書を交付している。 ・契約終了後の利用者には「契約終了(お知らせ)」を手渡すことで今後の意向を確認し、福祉サービスの継続性に配慮している。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者または家族等に顧客満足度のアンケート調査を毎年実施し、調査結果は入所サービス会議にて分析・検討と改善を行っている。 ・調査結果は、施設広報誌「竜ヶ池だより」や書面及びHPで公表している。 ・その他、意見箱を玄関・各フロアへ設置し、家族懇談会への職員参加や介護相談員等種々の機会を通じて利用者・家族の要望や意見を聴取しサービス向上に繋げている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「苦情解決規定」により苦情解決手順・体制を示し、HP・重要事項説明書などで苦情受付窓口・担当者などを周知している。HP掲載の苦情解決の流れ(フロー図)は、利用者・家族等にとり分かり易くなっている。 ・苦情については、毎月のリーダー会議やISO事務局会議で報告し、対策等の検討や法人内での水平展開を図り、類似の苦情の再発予防に努めている。 ・苦情解決結果については、匿名で相手が分からない場合を除き、個別に対応し利用者・家族等にフィードバックを行い、プライバシーに配慮のうえ施設内にて一定期間掲示し公表している。更にHPにて公表すれば、法人・施設の信頼度が一層向上するものとする。 	
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"> ・施設は、施設長、生活相談員、第三者委員の名前を記載した苦情受け付け窓口ポスターを1～3Fのエレベーターホールに掲示している。 ・重要事項説明書には苦情受付窓口のほか市・府の苦情受付機関3か所を記載しており、利用者が苦情の申し出先を自由に選べることを保障しているが、更に苦情解決責任者と第三者委員についても併せて記載し、入所説明時に利用者・家族等に周知することを望む。 ・利用者や家族等の苦情や相談は、プライバシーの確保のため利用者の居室(個室)にて行っているが、必要により相談室等も利用可能である。 	
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"> ・意見箱のポストを玄関と1～3階フロア全てに設置し、意見を出しやすい環境を整備している。意見記入用紙も意見箱横に置いている。 ・「苦情解決規定」に基づきクレーム・苦情報告書を作成し、受付から解決までの対応・経過を記録し共有・水平展開しサービス向上を図っている。 ・「苦情解決規定」等は、ISO品質マニュアル見直し時に必要に応じて見直す仕組みとしている。 	

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"> ・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を明記し、委員会を設置するなどの体制を整備している。 ・事故発生時の対応と安全確保について、緊急対応規定や不適合サービス管理規定にて、手順等を明確にし職員に周知している。 ・ヒヤリハット事例について記録に残し、部署会議にて共有・検討し事故防止に繋げている。 ・事故発生時には、報告書の記載・カンファレンスでの根本原因の追及・対策の検討是正・対策の効果確認の手順で取組み、事故の再発防止に繋げている。 ・収集した事故事例の情報は毎月集計され、リーダー会議で共有のうえ対策効果の確認まで行っている。また、ISO事務局会議においても共有され、法人単位での水平展開が行われている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策について、感染症BCP・感染症・食中毒の予防・蔓延防止に関する指針を策定し、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ・指針に基づき設置された感染症予防委員会を年4回開催するほか感染症発生時には必要に応じ臨時開催し感染対策を講じている。また、会議の中で感染症に関する指針やマニュアルの見直しを行うとともに、研修とBCP訓練の計画も策定し、実施している。 ・協力医療機関である病院の感染管理看護師による3年に1回の指導と感染症発生時の巡回指導など、施設内感染対策のアドバイスを受けており、医療機関との連携体制を整えている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対応について、自然災害BCP・消防計画・防災マニュアルを作成し、地元の行政や消防署等と連携して計画的に防災訓練を実施している。 ・管理栄養士が非常食（100人×3日分）の備蓄リストを作成し、賞味期限等の管理を行っている。 ・立地条件から災害時予測される必要な非常電源や備蓄品等を確保し、サービスを継続するための対策を講じている。 	

		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"> ・基本マニュアル・ファーストステージⅡ研修テキストに標準的な実施方法が記載されており、入職時全職員に配付し、職員はいつでも内容を確認できるとともに、QRコードから動画でも手順を確認出来るようになっている。 ・研修テキストには、利用者の尊重・プライバシーの保護や権利擁護に関わる法人・施設の姿勢も明示されている。 ・ファーストステージプログラムにより、標準的な実施方法に基づいて研修やOJT及びOff-JTを実施し、指導確認を行う等、実施状況を確認するしくみを確立している。 	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの標準的な実施方法の見直しについては、基本マニュアル・ファーストステージプログラム等があり、作成に関するプロジェクトメンバーにより、検証・見直しが行われている。 ・施設内の各種手順書やマニュアルについては、各委員会や入所サービス会議などで検討する中で、必要に応じて手順書の見直しや更新を行っている。 ・ケアカンファレンスやサービス担当者会議にて、職員や利用者家族からの意見を施設サービス計画書や24時間シートへ反映させて支援に繋げている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設サービス実施計画策定の責任者として、介護支援専門員を配置している。 ・福祉サービス実施計画を策定するにあたり、包括的自立支援プログラムを用いアセスメントを行い一人ひとりの具体的なニーズを明示する内容となっている。 ・福祉サービス実施計画の策定にあたり、サービス担当者会議を開催し介護支援専門員・介護職員・看護師・管理栄養士の多職種で意見を出合い検討している。 ・施設サービス計画書の内容については、ケアカンファレンスやグループミーティングにより確認検討し、サービスの実施に繋げている。また、モニタリングを3か月に1回実施し、計画通り適切に実施しているかの評価も行っている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画の見直しについて、月1回のケアカンファレンス、3か月に1回のモニタリング、年1回のサービス担当者会議の実施を行っている。 ・状態の変化などで緊急に変更が必要な場合には、臨時のサービス担当者会議を開催し策定している。 ・福祉サービス実施計画の評価・見直した内容については、サービス担当者会議録に記載し、サービス計画書は紙面で各部署にコピーを配布し、現場職員に共有するとともに、パソコンの記録システム上で確認できる仕組みになっている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の書き方については、ファーストステージⅡテキストに明示され、記録入力ソフトの統一した様式で日々の記録を行っている。 ・記録方法の職員への指導は、入職時の研修に加えチューター制度により、日々確認指導がなされている。 ・情報共有を目的とした会議は、日々の申し送り・月1回の部署カンファレンスで行っている。また、記録システムや部署毎の連絡ノート等で、情報の共有を図っている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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られている。個人情報管理に関するルールは、就業規則・個人情報保護規定に定められている。 ・記録の責任者は、記録管理規定内の記録一覧表に明示されている。 ・個人情報保護に関する研修は、新任職員に対するファーストステージⅡで実施している。 ・個人情報の不適正な利用・漏洩の対策は、就業規則・個人情報管理規定などに定めており、職員とは退職後も含めた守秘義務に関する誓約書を交わしている。 ・利用者・家族への説明は、入所時の重要事項説明の中で行い、同意書を交わしている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況と意向等について、入所時の面接で生活歴や趣味等を把握し、入所後の日々の会話や介護の状況から、利用者の個々の状態や希望を把握し希望に沿った生活が実現できるよう取り組んでいる。 ・24時間シートに希望内容を盛り込み、利用者の日々の役割を分担し、折り紙や書道などのサークル活動、売店コーナー・喫茶コーナーなどの日中活動へ参加できるようなプログラムに盛り込んでいる。 ・利用者の快適な生活のリズムや楽しみについて、グループミーティング・ケアカンファレンス・サービス担当者会議などで、見直し検討を行い、配慮と工夫を行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットでの生活環境で、顔なじみのスタッフと入居者の中で、日々のコミュニケーションを図りなじみの生活が送れるよう配慮している。 ・利用者および家族の希望に応じて、利用者の使い慣れた好みの家具や電化製品・仏壇・なじみの写真や小物などを居室へ持参配置することで、安心・安全で落ち着いた生活を送る為の環境作りを行っている。 ・貴重品や所有物の預かりについては、顧客所有物管理規定・入所者預かり金管理規定に定められている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護について、その考え方を「和顔愛語」、基本マニュアル「はじめの第一歩」に記載し、職員への周知を図っている。 ・緊急やむを得ない場合の身体拘束を含んだ手順を整備し、身体拘束防止に関する研修を年2回開催し、職員に徹底している。 ・また、虐待の芽チェックについて、自己・他者チェックを年3回、職員全員が行い、リスクマネジメント委員会、人権・虐待防止・行動抑制廃止委員会にて評価し、その結果をもとに改善の効果判定を行っている。 ・所管行政への虐待の報告手順については、虐待防止対応マニュアルに手順等が記載され、不適切な事案が発生した場合には、指針、規定に基づいて、原因調査・対策を立案し、再発防止に努めている。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・建物全体は、広くゆとりのある設計になっており、ユニット型の生活空間で、プライベートスペース（居室）・セミプライベートスペース（リビング）・セミパブリックスペース（ユニット間のスペースやエレベーターホール）・パブリックスペース（地域交流スペース）の区分けに基づき、用途に応じた環境の整備を行っている。 ・建物全体が落ち着いた雰囲気と統一されており、装飾も華美にならず落ち着いた雰囲気と、安らげる空間となっている。 ・室温も建物全体が常時適温に調整され、快適な空間となっている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・浴槽は、機械浴・リフト浴・一般浴等の設備が整っており、利用者の身体状況やADL・入浴に関する生活習慣に応じて個々にあった種別を選択して、一対一の個別介助を実施している。 ・入浴当日は、体温・血圧・SPO2を測定して体調チェックを行い、値により、看護師に相談し入浴の可否の判断を仰いでいる。 ・利用者が自力で入浴出来る場合でも、安全のための見守りを行っている。 ・利用者の心身の状態や意向に合わせて、入浴日の変更やシャワー浴・清拭等、臨機応変に対応している。 	
A-3-(1)-②	排泄の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)	<ul style="list-style-type: none"> ・全居室にトイレが設置されており、プライベートスペースを確保することで、羞恥心に配慮している。 ・排泄の状態は、日々の記録に残し、利用者の排泄のタイミングで、安全に排泄動作が行えるよう取組むとともに、異常のあるときは、看護師に報告のうえ、連携・対応している。 ・ケアカンファレンスなどで、利用者の心身の状況に合わせた排泄手段や排泄物品の検討と見直しを行っている。 ・ライフリズムナビ（見守りセンサー）を活用し、利用者の排泄のタイミングで安全に排泄の確認が行えるよう取り組んでいる。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況や意向を踏まえて、ADLに合わせた車いすや歩行器など、福祉用具や機器を提供し、出来るだけ自力で移動が出来るように支援を行っている。 ・安全に移動できるように、生活環境に於いて、段差がなく、居室やリビングに障害物が無いように清掃・整頓し環境を整える様にしている。 ・利用者のニーズや介助方法について、ケアカンファレンス、サービス担当者会議等で確認・検討し、安全を確保し、且つ過剰な介助にならないよう、個々の利用者に適した移動支援を行っている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・献立については、利用者の希望や好みを聞き取り、給食委員会の中で検討し「リクエストメニュー」として献立に反映したり、月1回、主菜を選択できる日を設けて利用者の希望や好みを取り入れるように工夫している。 ・調理後の食事は、温冷カートで配膳、ご飯は各ユニットで炊飯、汁物は各ユニットで温めて提供する等、食事をより美味しく食べられるように提供方法を工夫している。 ・衛生管理体制は、大量調理衛生管理マニュアルに基づいて調理を行い、衛生帳票に記録として残し衛生管理体制を確立し、適切に行っている。 ・利用者の状況や意向に応じて座席やテーブルの配置などを都度検討し、食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が、利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を策定し、それに基づく栄養ケアマネジメントを行っている。 ・週に3回以上、管理栄養士がミールラウンドを行い、利用者の食事摂取状況を確認し、摂食状況や嚥下能力に変化があれば、栄養士、看護師、歯科医師、介護職員等と連携して個々の状況に合わせて、食事形態、介助方法、自助食器等を検討している。 ・誤嚥、窒息等の食事事故は、緊急対応規定、マニュアルに基づいた対応が確立している。 	

A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・週1回、歯科医師と歯科衛生士の訪問があり、利用者の口腔状態を確認している。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支援に繋げている。 ・歯科医師にて口腔ケア計画を作成し、月1回、歯科医師より介護スタッフに対し勉強会を実施、口腔ケアに関する技術的な助言や知識を学んでいる。 ・食後や就寝前、必要な利用者には、サービス実施計画にも記載し、ブラッシングや義歯の管理など口腔ケアを行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡発生予防のための指針を策定し、対応方法や体制整備を行っている。また、年に1回、褥瘡予防の研修を行っている。 ・皮膚の状態等を入浴や排泄介助時に確認を行い、何らかの異常を認めた場合には、看護師に報告し、対処を仰ぐ等、連携を図っている。 ・管理栄養士により、栄養マネジメント及び管理を行い、褥瘡の予防改善面でも連携を行っている。 ・協力医療機関の病院から皮膚排泄ケア認定看護師の訪問を2か月に1回受け、ケア困難事例についての評価やアドバイスを受けて日常のケアに取り入れれている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員による喀痰吸引は、現在は実施しておらず、必要な利用者には、日中に看護師が実施しており、24時間吸引が必要な利用者を受け入れていない。 ・喀痰吸引実施に向けた研修を受けた介護職員数は、未だ施設が目標とする基準数に達しておらず、施設として介護職員が実施できる体制の整備を進めている段階である。早期の体制整備の実現を期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の介護予防に向けて個別の歩行、立位保持等や日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練となるように「施設サービス計画」の中に記載のうえ日々実施し、評価と見直しを行っている。 ・判断能力の低下や認知症の症状の変化が見受けられた時には、看護師や往診時に医師に報告し精神科と連携する等、必要な対応を行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアの充実に向けて、認知症介護実践者研修や認知症介護実践リーダー研修を計画的に実施し、パーソンセンタードケアの考えを基にケアを行える実践者の育成を図っている。 ・法人で行われる認知症ケア研究会に参加し、ケアの質の向上に取り組んでいる。 ・BPSDのある利用者については、ケアカンファレンスなどの場面を用いて対応方法の検討を行う他、細かな記録を残すことにより、ケア方針の見直しに活用している。また、必要に応じて看護師・医師との連携のもと、専門医への受診・相談なども行いながら、ケアの改善へ繋げている。 ・認知症ケアに関する技術的な質の向上に向けて、施設の諸会議で課題の検討と考え方の共有を行っている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の急変時の対応について「アクシデント対応マニュアル」が、法人共通で作成されており、症状別に急変時の対応手順や観察ポイントがチェック方式で行動出来るようになっている。緊急時対応研修を年1回実施し、実践出来るようにしている。また、嘱託医師や協力医療機関との連絡体制も確立している。 ・利用者の体調変化に早く気づくために、1日2回の看護師によるラウンドを実施、介護職員による体温測定を毎日実施し、それを記録し情報共有するとともに、普段と異なる様子があれば、看護師に報告する体制が徹底されている。 ・服薬管理について、手順が確立しており、手順書に沿って各部署で、配薬・服薬・空袋のチェックを行い、服薬ミスを防止するための対策を行っている。服薬に関する研修も実施している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が終末期を迎えた場合の対応について「看取りに関する指針」を作成し施設の方針と手順を明確にしている。 ・嘱託医師とは、週3回の回診日以外はオンコール体制で対応している。 ・利用者が終末期を迎えた場合、医師から家族への看取りケアの説明を行い、その際、相談員・看護師が同席し意向確認と詳細なケアの説明を行っている。 ・利用者・家族の希望を聞き取り、家族の付き添い対応等、施設で終末期ケアを行える体制を整えているとともに、医療機関での終末期を希望される場合は、協力医療機関へ24時間連絡できる体制を整えている。 ・職員に対しては、毎年看取りケア研修を行うとともに、部署ごとにデスカンファレンスを行ったり、担当した職員ひとり一人個別に精神的なグリーフケアを実施している。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者家族との連絡は、相談員が窓口となり、その都度家族へ電話やメールを用いて連絡と報告を行っている。 ・家族が来苑された際にコミュニケーションを取り、利用者の様子を伝えて、家族の意向の把握に努めている。また、家族懇談会、秋祭り等の家族も参加可能な行事を企画して家族との交流の場を設けている。 ・顧客満足度調査を年1回実施し、定期的にサービスの評価を受けて改善に努めている。面会は、コロナ前と同様に、9時～21時迄自由に面会できる体制とするとともに、意見箱を各フロアに設置し、意見や要望を確認できる体制を整えている。 	

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）の利用者等
調査対象者数	利用者人数 50名
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封たうえて、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者50名にアンケート用紙を配付し、32通を回収した。回収率は64%であった。

○回答の内、満足度90%は次の10項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・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ましたか。
- ・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取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いませんか。

○回答の内、満足度80%以上は次の3項目であった。

- ・原則として身体拘束はされず、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りますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

○回答の内、満足度70%以上は次の3項目であった。

- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。

自由意見としては、次のようなものがあった。

【良い意見】

・広々とした館内に清潔なお部屋で環境が素晴らしい、職員さんの介護も丁寧で自信をもって他の人にお勧めしたい
・いつも介護スタッフ医療スタッフの皆様が丁寧に対応してくださり安心して入所しています
・家族がしょっちゅう行っていますが、スタッフさんは話やすくお任せしても安心です
・スタッフの方々が大変良くして下さいますのでこれ以上は何も望みません

【要望・その他意見】

・居室のエアコンが汚れているので業者に依頼してクリーニングしてほしい
・日光浴をさせてやって欲しい。それが日課であればとても嬉しい
・施設外への活動
・廊下・リビングが寒すぎて上着で調整しているもそれでも寒い
・いつもしっかり清掃していただいているが尿臭が気になることがある

以上

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