

福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

事業所名称	特別養護老人ホーム 向日葵
運営法人名称	社会福祉法人 玉美福社会
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 西島 善久
定員(利用人数)	72 名
事業所所在地	〒578-0932 東大阪市玉串町東1丁目10番20号
電話番号	(072) 966 - 7756
FAX番号	(072) 966 - 5015
ホームページアドレス	http://tamami.or.jp
電子メールアドレス	info@tamami.or.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成24年6月11日～平成24年9月25日	
評価結果決定年月日	平成24年9月25日	
評価調査者氏名(役割)	0401A191 (運営管理委員)	()
	0901A020 (専門職委員)	()
	1101A004 (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

社会福祉法人玉美福祉会、特別養護老人ホーム向日葵は、平成17年開設の全室個室の新型特養です。玉美福祉会は、高齢者事業や保育所等の経営を総合的に行っている福祉法人です。

施設は東大阪市玉串町の住宅地に位置し、近隣には小学校、大手スーパー、公園等があります。

経営理念は、ともに「支え」「歩み」「学び」「喜ぶ」とし、利用者・地域社会・施設を3つの「輪」として捉え、「和」と「信用」を守りながら、いつまでも自分らしく暮らすことの出来る、安らぎのある住まいを目指しています。

サービスの質の確保については、各種マニュアルを整備し、標準化を図ると共に、各種委員会を設け、定期的を開催することで質の向上に努めています。

特に評価の高い点

サービスの質を向上させるための仕組み

職員会議・各委員会（安全・事故・苦情他16委員会）は、各部署の管理者がサービスの現状について課題、評価、見直しの場とし、各ユニット・各委員会へ下ろしていく仕組みがあり、各部署管理者や委員長は、それぞれ改善の為にリーダーシップを発揮しています。また、非常勤職員も委員会に参加し、全職員でサービスの質向上のために検討する場があります。

地域との交流を大切にした運営

向日葵は1階にデイサービス、保育園、介護支援センター2階からが特養となっており、階下から子供達の声が聞こえ、喫茶1階ではウッドデッキの開放的なテラスに季節の花が植えられ、日曜日以外は毎日ボランティアの協力で開催されており、地域との交流の場を用意し、家族的な雰囲気大切にしているところが高く評価されます。

施設内でのワゴンサービス、自動販売機の設置、オープンな喫茶店、広い空間は単調になりがちな日常生活に潤いをもたらしています。

ITの積極的導入

パソコンのシステムを活用し、入所希望の方、利用者、家族、職員の情報共有に繋げ、稼働率の向上に繋がり経営の安定と効率化を図っています。

改善を求められる点

服薬体制のさらなる向上

誤薬の件数としては少なく、日々努力されていますが、よりゼロ件を目指して、医師の指示が確実に実施されることが期待されます。

人材育成のための取り組みの強化

体系化された教育計画の立案の取り組みが期待されます。

計画・マニュアル等における見直し手順と実施時期の決定

毎年の計画や各マニュアル類の整備をするにあたり、手順と実施時期が組織として定められることが望まれます。

外部監査の実施

外部監査の実施が求められます。

評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評 価 結 果
評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織	
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 特別養護老人ホーム	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>社会福祉法人玉美会の理念のもと、向日葵としての理念が明確にされており、事業計画書やホームページ・広報誌等に明記し、玄関窓口や各フロア廊下掲示板等に掲示して利用者、家族、職員、地域の方に周知される機会となっています。</p> <p>法人理念は、「①利用者・家族とともに「幸福」を共有できる、明るく楽しい生活を創造します」、「②地域社会とともに地域の良き社会資源として愛され、良質で均一的なサービスを提供し、地域社会の福祉の向上に貢献します」、「③職員とともに内に「和」を守り、外に「信用」を固め、生きがいのある職場をつくり、お互いに信頼し、信頼される関係を築きます」と掲げています。</p> <p>理念のもとに基本方針が定められ、職員会議や各委員会で周知されていく仕組みがあります。</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。	a

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。	a

評価機関コメント

法人として平成24年～26年度の中長期計画書を策定し、『「人・物・金・情報・時間」といった経営資源の充実に取組み、法人組織の強化を図り安定した施設経営を目指す』と目標を明確にしています。
 法人事業計画のもとに各部署、ユニット毎に事業計画を策定し職員会議、ユニット会議等で周知を図っています。
 パソコンは施設内ネットで繋がれており、事業計画等開示され、職員をはじめ利用者・家族、地域の方等いつでも閲覧できる状態となっています。
 事業計画は分かりやすい表現で、広報誌やホームページにて公表しています。
 玄関窓口には事業計画書・事業報告書がファイルされ、いつでも閲覧できます。
 年2回の家族会があり、そこでも事業の進捗状況を説明して理解を求める機会を持っています。

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

広報誌「にこにこ新聞」が2ヶ月毎に発行されています。
 理念や基本方針は常時掲載され、施設長挨拶、行事各部署からのお知らせ等丁寧に説明しています。
 職員会議他安全・事故対策・苦情・感染症予防委員会には、施設長がリーダーとしてマネジメントしています。
 各部署管理者は遵守すべき法令等の研修に参加し、内部研修にて職員に周知していく努力をしています。
 職員会議は、各部署の責任者がサービスの現状について課題、評価、見直しの場とし、各ユニット・各委員会へおろしていく仕組みとしています。
 主任相談員はタブレット端末を活用し、入所・空所の管理、入所希望の方、家族の方が目で見て理解しやすいような文章や写真を工夫して説明時に活用する等して、99.8%の稼働率となっています。
 経費支出数値目標を設定し、光熱水費、事務費、介護用品等の節減に努めています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に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。	c
評価機関コメント		
<p>向日葵は1階にデイサービス、保育園、介護支援センターを設置し2階からが特養となっており、常に子供から高齢者まで、法人では軽費老人ホームの運営、また今年度より地域包括支援センターの開設等地域での環境を把握し事業展開をしています。</p> <p>各委員会では、定期的にサービスの分析を実施し上半期・下半期には事業計画の評価分析をしています。各委員会には非常勤職員も参加しており、全職員で改善すべき課題に向かって取り組んでいます。</p> <p>外部監査は実施されていませんでした。今後は、広く法人の外部の専門家を通じて、法人運営の透明性の確保に資することを目的としていますので、検討されることが求められます。</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。

b

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。

b

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

中長期計画、事業計画に人材育成及び専門性の向上としての方針が確立しています。職員の階層毎に、必須スキル・必須教育・資格等キャリアパス表に明記しています。職員配置は1.7となっており、「ひまわりクラブ（レクリエーション活動を行うクラブ）」にも専従職員が配置されています。

職業能力評価基準の「施設介護」「在宅介護」の活用や、アンケート、ヒアリングを通して、気づきを促せる人事考課の確立を目指す、と事業計画に掲げています。全職員に年1回は自己評価とヒアリングを実施し、仕事の悩み・希望・向上したい事等を聞いています。

職員会議では、人事や労務について検討し改善しています。離職が殆どなく、働きやすい職場であるとヒアリングで確認しました。福利厚生は親睦会があり旅行等のアンケートを実施しています。

職員の研修については、研修委員会が計画し評価分析しています。キャリアパス表に基本姿勢が明示されており、それをもとに必要な研修、必須教育等に参加する仕組みとなっていますが、一人一人が終了したか、希望の研修に参加出来たか、を確認できるような計画表の作成が望まれます。

実習生・研修生委員会が、実習指導マニュアルのもと受け入れの対応をしています。

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。	a
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

安全委員会、事故検討委員会、感染症予防対策委員会を設置し、毎月委員会を開催しています。事故予防・感染症の研修は、研修委員会が計画作成しています。事故、ヒヤリハットの報告書を作成し要因や対策を検討し家族への報告についても記録しています。

感染症の発生は昨年度はありませんでした。

また、災害時の対応体制は整えられています。昨年、東日本大震災では、法人から災害派遣をしており、向日葵の職員も、合計6名で通算約2か月間の支援を行いました。

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

法人事業計画書の中に、『社会福祉法人のありかたが問われる中、子供から高齢者まで「命を支える」ことを通して誰もが安心して暮らせる地域づくりに貢献していきます』と、地域との関わりを掲げています。

喫茶はボランティアの協力で、日曜日以外は毎日開催し、地域との交流の場となっています。ボランティア委員会では、定期的な会議で活動の評価分析をして、ボランティア活動についての橋渡しをし、懇親会等開催しています。

今年度地震発生時の福祉避難所として、東大阪市と契約を交わし、地域との連携が進んでいます。地域包括支援センターより情報を収集し、入所相談を開催して、地域の福祉ニーズに勤め緊急ショート受入れや困難事例の受け入れを行っています。

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) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a
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>利用者を尊重したサービスについて、基本方針や運営規定、パンフレット等、随所に明示しています。</p> <p>こうした利用者尊重やプライバシー保護への姿勢は、マニュアルにも反映されており、日々のサービスへと繋げています。</p> <p>利用者満足の上昇にむけては、利用者アンケートや嗜好調査を各年1回、家族会アンケートを年2回実施し、意見や要望を聞き、改善に向け取り組んでいます。</p> <p>苦情解決については、重要事項説明書やマニュアルに明示し、第三者を加え、速やかに対応しています。広報紙の発行やホームページ等で情報の開示を行うと共に、家族へは施設訪問時に情報提供や必要に応じケース記録等開示する体制が整っています。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(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。		
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。	a
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。	b
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。	a
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。	a
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

サービス内容については、自主点検表でチェックを行い、職員会議で分析・検討し改善に取り組んでいます。標準的なサービスが提供できるよう各種マニュアルを整備し、職員研修する事で周知が図られています。

記録の管理については、文章取扱規程を整備し適切に管理すると共に、個人情報保護規程に開示に関する手順等明示しています。これらの記録の管理について、職員に対し教育や研修が行われているかどうか、については今後に期待するところです。

家族との連携を大切に、月1回の書類郵送や、訪問時の声掛けに心がけることや、職員の顔写真を掲示する事等関係づくりに力を入れています。玄関窓口にパソコンを設置し、自由に閲覧できることや、利用者一人ひとりの暮らしぶりが伺える写真を添付した「ひまわりノート」を作成し、家族に喜ばれています。

嗜好品については基本的に自由になっています。外出は年間行事計画に多数盛り込まれ、楽しんでおられます。時には家族・職員と共に、自宅の仏壇のお参りをすることもあります。

食事は温・冷に配慮し、行事や季節ごとの献立等で変化に富み、利用者から「食事が一番の楽しみ」と言う声を聞くことができました。

入浴・排泄・移動等についてはケアチェック表で、一人ひとりの状況を把握したうえで、自立に向けた支援が前向きに行われています。

総合的なリハビリテーションに視点をいた機能訓練が策定されています。計画をさらに充実させることで、利用者のQOLを高めることが期待されます。

レクリエーションは、ひまわりクラブに専任の職員をおき、利用者の意向に添って、また利用者の体調やニーズに合わせて提供しています。

認知症状周症状がある利用者については、専門医と相談しながら観察や記録を行い、原因究明に努めています。また接遇、対応を重視し、行動障害のある認知症についての研修に取り組んでいます。

寝たきり予防については、定期的な臥床確保、レクリエーション、行事等に参加利用者の意欲と結びつけながら離床対策を行っています。

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

施設理念や、実施するサービス内容を紹介したパンフレットは、関係機関、地域包括支援センターに送付しています。

また、タブレット端末を利用し、理解しやすいよう工夫しています。サービス内容や重要事項説明書、契約書については利用者、家族にわかりやすく何度も説明し、同意書にサインをもらっています。

サービス終了時には、今後の相談についての説明を行っています。退所後、相談に来られたケースやショートステイ利用の事例がありました。

入所選考委員会は、毎月定期的に、また随時その都度開催しています。会議内容は、議事録として残しており、公正な入所選考が行われています。

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

部門毎の関係職員が参加し、アセスメントに関する協議を実施、利用者一人ひとりの課題を明確にしてケアプランを作成しています。また、計画通りにサービスが実施されているか、確認するためのチェック表やケアプランの実施状況を確認されています。

ケアプラン、介護手順書に添って6ヶ月毎、入退院時、看取り、介護度変更時、状況に合わせて見直しをしています。自立を支援するという基本方針が明確にされており、利用者一人ひとりのストレングスを取り入れたサービス実施計画が策定されています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム向日葵の入居者
調査対象者数	入居者72名（うち回答可能な方5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向日葵を現在利用されている入居者72名（うち回答可能な方5名）を対象にアンケート調査を行いました。向日葵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、5名の方から回答がありました。回答率（入居者中）は7%。

特に満足度の高い項目として、

「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、あなたや家族と相談しながら決めている」

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」

「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」

「職員は、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」

「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」

「健康管理や医療面、安全面について安心である」

「ホームの総合的な満足度」

についても、60%以上の満足度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	特別養護老人ホーム向日葵の入居者代理人
調査対象者数	72名（現在の入居者代理人72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向日葵を現在利用している入居者の代理人72名を対象に、アンケート調査を行いました。向日葵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、38名から回答がありました。

（現在利用代理人：回答数38名 回答率53.0%）

共通して満足度の高い項目として、

「本人は、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」

「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」

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」

「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」

「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」

が70%以上の満足度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	特別養護老人ホーム向日葵の過去1年入居者代理人
調査対象者数	10名（利用終了者の代理人10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向日葵を過去1年間に利用を終了した入居者の代理人10名を対象にアンケート調査を行いました。向日葵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、6名から回答がありました。
（過去利用代理人：回答数6 回答率60%）

共通して満足度の高い項目として、
「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」
が90%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」
「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
が80%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」
「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」
「本人は、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」
「ホームの総合的な満足度」
においても、60%以上の満足度という結果が出ています。