

**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	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	西島 善久（理事長） 西島 勇太（施設長）	
定員（利用人数）	80 名 ★予約で18名含む	
事業所所在地	〒 578-0932 大阪府東大阪市玉串町東1-10-20	
電話番号	072 - 966 - 7756	
F A X 番号	072 - 966 - 5015	
ホームページアドレス	<a href="http://www.tamami.or.jp">http://www.tamami.or.jp</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:himawari@tamami.or.jp">himawari@tamami.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成17年3月1日	
職員・従業員数※	正規 40 名	非正規 29 名
専門職員※	社会福祉士3名、介護福祉士21名、 介護支援専門員6名、医師3名、 看護師2名、准看護師7名、管理栄養士2名、 介護職員初任者研修3名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室80室	
	[設備等] 食堂8、浴室3、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	2 回
前回の受審時期	平成 24 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】

### ■経営理念

ともに「支え」「歩み」「学び」「考え」「喜ぶ」

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、生きがいある職場づくり、お互いに信頼し、信頼される関係を築きます。

### ■基本方針

1. 創造と革新の姿勢をもって、積極果敢に目標に取り組む
2. 利用者第一の精神に徹し、真心と感謝の念をもって奉仕する
3. よりよき利用者の生活の提案者を目指し、魅力ある施設づくりに努める
4. 相互信頼関係を基盤として、利用者、及び家族と共存共栄をはかる
5. 理解と協調にもとづく人間関係を樹立し、働きがいのある職場環境をつくる

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

保育園が隣接しているので世代を超えた交流をおこなっています。また、地域の小学生の施設見学の受け入れもしており、交流も図っています。

## 【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2月22日～平成30年5月25日
評価決定年月日	平成30年5月25日
評価調査者（役割）	0401A128（運営管理委員） 0401A181（専門職委員） 1601A052（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

社会福祉法人玉美福祉会が運営する、高齢者ケアセンター向日葵の特別養護老人ホーム向日葵は、平成17年3月1日に開設された全室個室のユニット型の介護施設で、認定こども園が併設されています。

東大阪市玉串町にある向日葵の施設周辺には、保育園、小学校、スーパーマーケット、公園などがあります。

法人のロゴマークである3つの「輪」は、地域社会・利用者・施設を意味しており、人の「和」を表現しています。館内は、ユニット単位の全室個室、1階にはオープン喫茶、小池には金魚が泳ぎ、2階の茶室では利用者と職員が茶を嗜み、3階には和風の囲炉裏で寛げる環境となっています。4階にはラウンジがあり、利用者と家族が自由に利用することができます。

介護福祉人材の確保については、外国人を含む多様な人材を受け入れており、サービスの質の確保については、各種マニュアルの整備と見直し、各種委員会における定期的な会議や研修会の開催により、質の向上に取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(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

#### ■地域を意識した運営

ボランティアによるオープン喫茶の運営、地域交流スペースの活用の他、地域住民による趣味を生かしたクラブ活動は利用者も多く参加して活発に行われており、法人理念に繋がった運営がなされています。

#### ■介護福祉サービスの質の向上に関する取り組み

福祉サービスのマニュアルの作成、見直しと改訂による標準化を図っています。各種会議・委員会活動を通して、ユニット単位の計画・実施や他職種のチームアプローチを支援し、利用者の個別性を尊重した介護の実施、事故や虐待防止の積極的活動、看取り体制の充実に向けた検討、取り組みをしています。

#### ■ITの導入と情報公開

ホームページは、内容のリニューアルやSNSの頻繁な更新のほか、事業計画・現況報告・事業報告・決算報告、苦情解決報告、個人情報保護規程などの情報公開をしています。また、タブレット型スマートフォンを、入居希望者には施設の紹介、利用者、家族に対しては情報提供、職員間では情報の共有に活用し、より迅速に対応できるシステムづくりに取り組んでいます。

#### ■多彩な活動メニュー

利用者一人ひとりに応じた、向日葵クラブでの取り組みは、多彩な内容となっており、それらの作品の展示や個別のノートでの写真付きの記録は、趣味活動を通じた、生活の楽しみになっています。

#### ■開放的な環境づくり

認知症の方が増えている中で、開放的な施設として、エレベーターには鍵をつけていません。現場では様々なことが起こることが予想されますが、これからの工夫を期待します。

#### ◆改善を求められる点

##### ■研修参加と伝達の充実

研修の計画は適切に企画され実施していますが、計画に対し参加が少ない傾向にあります。同一内容の複数回実施や研修参加の職員から参加できなかった職員への伝達研修など内容が伝わる仕組みが望まれます。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は開設して13年目を迎えました。福祉サービス第三者評価を過去に2回受審しているのですが、異動等で経験者が居なく、そのため今回の受審は施設の全職員に関わってもらうために、施設関係者・各委員会委員に大阪府社会福祉協議会による事前説明会を開催してもらい、受審準備を整え、当日を迎えました。このプロセスに多くの職員が関わることができたことは施設サービスの意識改革につながったのではないかと考えます。

今回の審査で評価していただいた項目については維持向上するように、改善点の必要な項目については検証と対策に努め、より良いサービスを提供できるように施設の全職員と共に取り組んで参ります。

#### ◆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)	<p>■理念・基本方針は、事業計画、パンフレット、ホームページに記載され、施設内にも掲示しています。また職員への周知は、職員会議で理念、基本方針、今年度事業計画の説明を行っています。各フロアの昼礼等でも毎回、法人理念、求める人物像として五つの心得「五常心」の唱和を行い、意識付けを行っています。</p> <p>■利用者・家族へは、パンフレットを活用するなど入所時に説明しています。また事業計画も受付カウンターで閲覧でき、掲示もしています。</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>■インターネットを活用し、社会福祉事業の動向を随時把握しています。地域福祉の動向は地元自治体の計画を確認し、近隣施設の利用者の動向も分析していますが、細部の課題を把握するまでには至っていません。今後の取り組みが望まれます。</p> <p>■課長会議を開催し、毎月の事業報告の内容について情報の共有と検討がなされています。</p> <p>■組織体制として部課長制度を導入し、事業経営に対する取り組みの強化を図っています。</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>■経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制等について、前年度の振り返り、また半期ごとに振り返りを実施し、具体的な課題や問題点を明らかにしています。</p> <p>■役員会議、課長会議で経営状況や課題の共有がなされ、解決・改善の取り組みが行われています。</p> <p>■職員会議にて改善課題についての説明が行われていますが、全職員へ周知されたかを確認する仕組みが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■平成27年度から平成29年度の中・長期計画で、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしています。</p> <p>■役員会議で各部署から利用者の推移、収支等の進捗状況の報告を受け、把握すると共に検討する仕組みができています。</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。	a
(コメント)	<p>■法人の運営方針を軸に各部署にて検討し、具体的な目標を掲げて、中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画を策定しています。</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>■事業計画は、1月から2月にかけて各部署ごとに計画の実施状況の検証を行い、職員と協議のうえ次年度事業計画を各部署の責任者が策定し、役員会議に提出しています。</p> <p>■事業計画の評価は、上半期末、年度末の2回行う仕組みがあります。上半期の検証で計画の進捗状況の把握を行い、目標達成に向けて取り組みの見直しをしています。</p> <p>■事業計画の説明、上半期の検証での変更点の説明は職員会議で周知していますが、全員に伝わったかを確認する仕組みが確認できませんでした。仕組みの構築が望まれます。</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>■事業計画書は受付カウンターに置き、閲覧できるようにしています。家族会においても事業計画を説明しています。</p> <p>■利用者、家族への理解しやすい説明資料を作成するなど、今後の工夫が望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画、事業報告書は組織的に評価、分析、検討が行われています。</li> <li>■年1回の自主点検、福祉サービスの第三者評価を受審して福祉サービスの質の向上に取り組み、組織として評価結果を共有しています。</li> <li>■評価結果を踏まえて、職員会議の開催などより多くの職員が参画し、分析・検討する体制ができています。</li> </ul>	
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"> <li>■評価結果に基づき、取り組む課題を事業計画に反映させ、定期的に見直しをしています。また職員参画による改善計画の策定、実施も行われています。</li> </ul>	

## 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"> <li>■施設長は、年度初めの職員会議で運営方針と経営目標・方針について周知しています。</li> <li>■施設長の役割や責任について、広報誌、ホームページ等を通じて表明しています。また定例的に施設内をラウンドし、状況の把握に努めています。</li> <li>■「緊急時連絡網」で不在時の体制について明確にしています。</li> </ul>	
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"> <li>■施設長は外部の人権研修等に参加しています。定期的には介護老人福祉施設自主点検表を使用し、法令遵守できているかの確認を行っています。不明な点があれば顧問弁護士に相談をしています。</li> <li>■施設長は施設内研修に参加し、法令等の遵守について必要性を職員に説明しています。</li> <li>■施設長は定例的に施設内をラウンドし、法令遵守実施状況の把握に努めています。</li> </ul>	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設長は福祉サービスの質の現状、問題点の把握と分析を行う為に、関連する委員会に出席し、取組みに対し指導するなど積極的に参画しています。</li> <li>■施設内ラウンドを通じて職員へのヒアリングを行い、また職員会議にも参画し、職員の意見を求めるなどの取組みをしています。</li> <li>■職員の研修について、計画し実施されていますが、不参加者へフォローしたかの確認が取れませんでした。全員に伝達できる仕組みが望まれます。</li> </ul>
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■課長会議において、人事、労務、財務等の分析を行い、人員管理表にて職員の配置状況を確認しています。</li> <li>■人材定着育成プロジェクト会議を開催し、人事面、環境面など、職員の定着を図る取組みが行われています。</li> <li>■事業計画や事業報告の作成に職員の参画があり、業務の実情を知る機会があり、目標意識の共有化が図られています。</li> </ul>
	b
	a

		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>■月1回人材定着育成プロジェクト会議において、法人としての方針のもと人員体制、福祉人材の確保について検討し、具体的な計画に結び付けています。</p> <p>■福祉人材の育成について、「成長支援のプログラム」で階層別研修を行い、経験別・年数別など職員が将来を描きやすい取り組みが行われています。</p> <p>■人材確保は、福祉サービスの提供、職員の満足度に関わってきます。具体的に計画されていますが、採用が難しい中、人材の確保に向けて更に取り組むことが望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■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を明記しています。</p> <p>■職員の階層毎に必要なスキル、必要教育、資格等がキャリアパス表に明記されていますが、職員への人事基準キャリアパスの説明の徹底が望まれます。</p> <p>■個人目標シート等や人事考課での面接が確実に行われており、職員の意見、意向を把握し、改善策の検討が行われています。</p> <p>■キャリアパス表に基本姿勢が明示され、それをもとに必要な研修、教育等に参加する仕組みとなっていますが、職員一人ひとりが参加したか、希望の研修に参加できたかを確認できるような仕組みの表が望まれます。</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>■職務権限一覧にて労務管理の責任体制が明確になっています。また課長会議にて職員の就業状況の把握をしています。</p> <p>■職員アンケート、職員会議にて、健康や安全の確保への取り組みを周知しています。</p> <p>■職員の悩み相談など組織内での窓口を設置し、またストレスチェックの体制があるものの利用実績がない状況となっています。一度利用についての検討が望まれます。</p> <p>■定時の就業終了をチャイムで知らせて退社を促しています。産休取得の実績もあります。</p> <p>■福利厚生について種々の取り組みをされ、共済会の案内も職員へ知らせていますが、職員の希望による福利厚生へのもう一歩進んだ取り組みが望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画書にキャリアパス制度の活用が明記されています。また、職員アンケート、個人目標シートに基づき面談を行っています。</li> <li>■人事考課において、職員の目標、目標達成の自己評価も含めた面談が行われています。</li> <li>■パート職員については、アンケートや自己評価で目標等を把握していますが、面談が一部の人のみとなっています。全員に面談する仕組みが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■期待する職員像は、中・長期計画に明示されています。</li> <li>■キャリアパス、階層別研修で必要な専門技術、専門資格を明示しています。</li> <li>■研修計画は研修委員会が立案し、事業計画に反映させています。また上半期で進捗状況等を分析・把握して見直しを行い、下半期へつなげています。</li> <li>■研修は計画した対象職員の全員が参加できたかを確認する仕組み、または参加できなかった職員へフォローする仕組みが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■平成29年度大阪府介護人材育成確保支援事業の申請を行い、「成長支援のプログラム」で階層別研修を実施し、教育・研修が行われています。</li> <li>■外部研修への参加は、本人の希望はもとより上司からも打診があり、適切に行われています。</li> <li>■職員への個別的なOJTが行われています。またOJTを行う指導者により理解したかの判断をする仕組みとなっています。指導者個人でなく統一した判断基準の作成が望まれます。</li> <li>■階層別研修への参加率は良いものの、他の研修への参加率が低いと研修委員会で分析されています。一人でも多く参加できる研修の開催、また、研修を受けた職員からの伝達方法の仕組みが望まれます。</li> </ul>
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"> <li>■介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修、介護福祉士、看護師等の資格に応じたマニュアルやプログラムを作成し、学校側と連携しながら実習生を受け入れています。</li> <li>■各指導者には、外部の実習指導者研修を受講させる仕組みになっています。</li> </ul>

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ホームページに掲載し、また、施設内の受付カウンターに事業計画書、事業報告書、予算書、決算書が置いてあり、確認、閲覧ができます。</li> <li>■苦情等はホームページや事業報告書、施設内の掲示により公表しています。</li> <li>■施設内に掲示している文書に苦情受付窓口となる担当者が明記されています。第三者委員の氏名の記載はありますが、連絡先はありません。第三者委員の承諾のもと記載が望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■経理規程に基づいて、公正かつ透明性の高い経営・運営に取り組んでいます。</li> <li>■監査法人による会計監査を受けています。内部監査については外部の専門家の指導を受け、取り組んでいます。今後、法人としての仕組みの構築が望まれます。</li> </ul>	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域との基本的な関わり方は経営理念に掲げています。</li> <li>■支援が必要な時のボランティアの体制ができています。</li> <li>■利用者にとって必要と思われる社会資源のリストを作成し提供しています。</li> <li>■喫茶室は地域ボランティアの協力で運営され、地域住民、家族、利用者の交流が行われています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティアコーディネーターを配置して活動が円滑に行われています。</li> <li>■学校教育に基づくボランティア活動、体験学習の協力をしています。</li> <li>■ボランティアとして活動されている人は25人います。</li> </ul>	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者にとって必要と思われる関係機関として、交通手段、医療機関など近隣で利用できるリストを作成しています。また関係機関を訪問して情報交換をしています。</li> <li>■地域でのネットワークの取り組みとして、近隣福祉施設とタイアップを行い、人材採用の取り組みを合同で実施しています。また、災害時マニュアルを合同で作成しています。</li> </ul>
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域交流スペースを活用し、料理教室、切り絵、丸編み教室、茶道教室、絵手紙教室の開催など活発に利用され、施設活動クラブとしての位置づけがなされ、多くの入居者が参加し楽しみとやりがいにつながっています。参加することにより地域の人との交流が行われています。</li> <li>■東大阪市と災害時の対応について意見交換をしています。</li> </ul>
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人が運営する、同一建物内にある地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などが地域密着サービスに繋がりのある事業所と常に交流を行い、開催される会議へ参加するなど情報を収集し、施設として対応できる内容について積極的に案内・提供しています。</li> <li>■福祉ニーズに基づき、RUN伴（認知症の人や家族、支援者、一般の人がリレーをしながら、一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベント）への参加や、就労支援事業所の訓練場所として提供するなど、随時受け入れを行っています。</li> <li>■中間就労など社会貢献事業に取り組んでいます。</li> </ul>

### 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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービス提供に関する明示があり、虐待防止委員会やサービス担当者会議において、職員が共通の理解をもつための取組を行っています。</li> <li>■外部研修は年に1回、内部研修は職員の委員会主催で年に2回実施しています。内部研修に参加できなかった職員には、昼礼時の報告やユニットごとに研修会資料を置いて閲覧できるような取り組みをしていますが、今後は全員に周知できるように工夫が望まれます。</li> </ul>	

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。	b
(コメント)	<p>■重要事項説明書に利用者のプライバシー保護、虐待防止等権利擁護に関する規定があり、排泄・入浴等の介護マニュアルを整備して、職員への理解を図っています。</p> <p>■プライバシー保護や権利擁護に関する職員研修は、年に2回実施しています。内部研修に参加できなかった職員には、昼礼時の報告やユニットごとに研修会資料を置いて閲覧できるような取り組みをしていますが、今後は全員に周知できるような工夫が望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■ホームページでは、理念や基本方針、福祉サービス選択に必要な情報を誰にでもわかるような内容で提供しており、適宜見直し、リニューアルを実施しています。</p> <p>■入居見学希望者には、個別にパンフレットや重要事項説明書等を用いて、わかりやすい言葉で説明をするとともに、必要に応じてショートステイの案内を行っています。</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>■サービス開始前には、施設見学や入居面談、パンフレットやタブレットを用いてわかりやすく説明しています。開始時には、重要事項説明書を用いて、十分な説明と同意のもとで入居契約の締結を行っています。</p> <p>■介護保険制度の改正や利用者の心身の状況の変化によるサービスの変更が生じた場合は、リーフレットや施設サービス計画書にて説明を行い、利用者や家族に同意を得るようにしています。</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。	b
(コメント)	<p>■医療施設等への移行時には、介護・看護サマリーの提供を行い、介護・福祉サービスが継続できるようにしています。また、退去後のフォローアップや再入居を含めて、本人や家族の意向を生活相談員や介護支援専門員が確認し、必要に応じて再入居申し込みの手続き支援を行っています。</p> <p>■福祉サービスの利用が終了した時に、家族等に対し、その後の相談方法や担当者について記載した文書を作成して渡すことが望まれます。</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)	<p>■年2回家族会議を開催して、職員との交流や意見交換、アンケートの実施をしています。</p> <p>■利用者の個別面談、意見箱、家族の来所時や電話などで得た意見や相談事は、生活相談員・介護支援専門員・苦情委員会で検証して改善を行っています。</p> <p>■把握した満足度の結果を分析・検討していますが、検討の場に利用者の参画が望まれます。</p>	

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)	<p>■施設内の各階に意見箱を設置し、苦情解決責任者と担当者、第三者委員2名、苦情委員会メンバーの体制で苦情解決の仕組みが確立しており、機能しています。苦情内容とその改善策について施設内エレベーターに約3か月間掲示することになっています。</p> <p>■ホームページに苦情公開制度として苦情解決結果の公表を行っており、いつ、どなたから、どのような内容の相談や苦情があり、分析・検討結果にもとづいた対応をしたかを記述しています。</p> <p>■施設の玄関に第三者委員2名の氏名はありますが、今後電話番号も記載してはいかがでしょうか。</p>
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)	<p>■重要事項説明書や施設内掲示物に相談できることの説明がなされています。今後は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、介護職員、第三者委員等から相談相手を自由に選べるということを、わかりやすく説明した文書やポスター等を作成したり、利用者や家族の目に留まりやすい場所に掲示したりすることが望まれます。</p>
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)	<p>■利用者からの相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備しており、定期的な見直しも行っていきます。</p> <p>■各ユニットごとに固定の介護職員が配置されており、各階には意見箱を設置し、苦情検討委員会を毎月開催しています。</p> <p>■相談や意見について検討時間を要する場合は、本人や家族に説明を行い対応しています。</p>
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)	<p>■事故検討委員会を毎月1回開催しており、事例をもとに改善・再発防止策を検討しています。また同委員会による職員を対象とした研修を年2回実施しています。平成29年8月に実施した心肺蘇生とAEDの使い方では多数の参加がありました。</p> <p>■事故発生時の対応マニュアルのフローチャートを各ユニットに配置して、職員に周知を図っています。マニュアルは年に1回委員会が見直し、施設長、部長が内容を確認しています。</p>
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)	<p>■感染症対策委員会を毎月1回、研修会を年2回開催し、「手洗いチェッカー」、「ノロウイルス感染対応」を実施しています。</p> <p>■マニュアルの作成と年に1回委員会の見直しによって職員の周知を図り、利用者の安全確保のための体制を整備しています。</p>

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>■台風・地震・火災等の災害時の対応マニュアルが整備されており、施設内における避難訓練で職員に周知を図っているほか、地域パトロールを年1回実施しています。</li> <li>■災害マニュアルは、年2回見直しを行っており、施設長が最終確認をしています。</li> <li>■オムツやリネン、食料や飲料水(2日分)を施設内に備蓄とリスト化をして整備されています。</li> <li>■評価基準に従い、食料・飲料は少なくとも入居者・スタッフ3日分の備蓄を整備することが望まれます。</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。	b
(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については、重要事項説明書を用いて利用者や家族に説明しています。</li> <li>■利用者や家族からのサービスに関する疑問に対し、サービス記録等の開示と適切な説明を行うとともに、プライバシーに配慮した上でホームページにも開示をしています。</li> <li>■個人情報保護規程には、本人からの申し入れがあった場合の手順が記載されています。本人以外からの申し入れがあった場合の開示手順等についても記載することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■月1回法人内の合同メンバーによる選考委員会を行っています。</li> <li>■入所選考に係る対外的な透明性を担保するために、今後外部委員の参加が望まれます。</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>■介護・福祉サービスの標準的な手順は、各種サービスマニュアルに文書化し、尊厳を保持していく姿勢について明示されています。</li> <li>■マニュアルや介護業務の流れについては新人研修で個人に配布・説明をするほか、各ユニットにも配置して、いつでも確認することができるようにしています。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各種委員会で介護・福祉サービスの内容を検証し、年1回マニュアルの見直しを実施しています。</li> <li>■検証・見直しにあたっては、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、職員会議や委員長会議でも事例を取り上げたり、個別的な福祉サービス実施計画に反映される仕組みになっています。</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)	<p>■介護支援専門員が責任者となり、サービス担当者会議では、多職種の関係職員や必要に応じて家族も参加してもらい、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めてサービス内容を計画・実施しています。</p> <p>■支援困難ケースへの対応については、事例の記録と口頭による説明から、本人や組織以外の他職種とも連携を図りながら検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われていることが確認できました。</p>	
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)	<p>■施設サービス計画は6か月に1回の見直しのほかに、介護支援専門員によるモニタリングや、各ユニットの担当介護職員によるケアチェックシートの記録、家族の要望などから、サービス担当者会議にて利用者個別の心身の状況等に合わせた評価を行い、必要性がある場合には変更を行っています。</p> <p>■見直された施設サービス計画内容は、各ユニット会議の実施と連絡ノートへ記録して、関係する職員へ周知しています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■入所時に担当者会議を実施しています。ユニットでの共通認識をもつため、ユニットリーダーの基にユニット会議を行っています。</p> <p>■ケース検討会議には、必要に応じて家族も参加して、利用者の人格の尊重、自立を支援しています。</p> <p>■認知症のある利用者については、月2回の精神科の医師の診察時に専門的な助言、指導を受けています。</p>	
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>■サービス担当者会議で決定された実施計画にもとづき、サービスが提供されるように、ユニット会議にてリーダーが介護職員に申し送りを行うほか、変則勤務で不在の職員に対しても、ユニット連絡ノートへ記録して周知しています。</p> <p>■介護職員はユニットごとに1日分のケアチェックシートを作成し、利用者の個別ファイルにケアの記録を実施しています。介護支援専門員が午前中に各ユニットを巡回した際に、記録の確認も行っています。</p> <p>■外国人労働者の中で日本語よりも英語の方が伝わりやすい場合は、英語の堪能な職員が記録・説明を行って共有化しています。</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>■個人情報保護規程、文書保存基準により記録を管理する体制があります。</p> <p>■個人情報の取り扱いについて、利用者や家族には重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ており、職員に対しては入職時に個人情報保護に関する誓約書の提出や新人研修、施設内外研修によって周知・遵守しています。</p> <p>■12月に内部研修を実施しています。内部研修に参加できなかった職員には、ユニットごとに申し送りや研修会資料を置いて閲覧できるような取り組みをしていますが、今後は全員に周知できるような工夫が望まれます。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■身体拘束等を原則行わないことを重要事項説明書に示し、利用者や家族にわかりやすく説明しています。</li> <li>■緊急やむを得ない理由により身体拘束を行ったケースが1例ありますが、検討会の実施や家族等に説明と同意を口頭・文書で行っており、身体拘束に関する経過観察を記録に残しています。</li> <li>■身体拘束等を検討する虐待防止委員を設置しており、月1度の会議開催や年2回の施設内研修の実施のほか、外部研修等への参加、設備・環境への工夫等の事例があり、身体拘束をなくしていくための取組みが徹底されています。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■預り金規程にもとづき利用者の金銭管理をする体制が整備されています。預貯金通帳・証券は事務員、印鑑は介護主任、小口現金は生活相談員が管理者となり、収支状況は、施設長によって定期的に点検しています。預り金を払い出す際は、引き渡す職員以外の職員の立会いのもとで金銭を授受して、利用者の受領確認がなされています。</li> <li>■館内の喫茶や自動販売機、ワゴンサービスの売店等で、利用者が自分でお金を払う場面づくりをしています。</li> <li>■成年後見制度は現在3名が利用しており、必要に応じて対応できる体制をとっています。</li> <li>■自己管理が可能な利用者のために、居室にて鍵付きの小金庫が利用できる等、管理に必要な保管場所の確保ができることが望まれます。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の意欲に応じて離床対策が計画され、移動動作訓練を実施しています。</li> <li>■理学療法士の指導のもとに、リビングまでの車椅子自走訓練を行い、利用者の状況に応じて、自主訓練表で確認しています。</li> </ul>	

## 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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者一人ひとりに応じて、向日葵クラブでの、塗り絵や折り紙、書道など多彩な活動をしています。</li> <li>■向日葵クラブの作品の展示と個人の活動の様子を、個別のノートにして、来所した家族の方が閲覧できるようにしています。</li> <li>■嗜好品は希望により持参可能にしています。生活の楽しみとして、家族と共に4階のラウンジの利用ができるようにしています。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■不安や要望など聞き取りにくい利用者の方とは、タブレットを利用して筆談で意思表示を確認するなど工夫しています。</li> <li>■特に利用者に否定的な言葉を使ったり、自尊心を傷つけるような会話については、その都度注意しています。</li> <li>■毎月ユニット会議を開催しています。</li> <li>■接遇研修は行っていますが、継続的にまた全員が参加できるような研修企画になることが望まれます。</li> </ul>	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の尊厳と羞恥心に配慮した対応として、利用者同士が重ならないような時間配分や環境を整えています。</li> <li>■入浴拒否のある利用者には、時間や曜日の調整を行っています。</li> <li>■個浴ではバスボードやシャワーチェア、滑り止めマット等の介護用具を用意し、その人に合わせて使用しています。</li> <li>■1対1で介助することや健康状態の観察を十分に行うなど、安全に配慮しています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■おむつ交換時は手提げバッグに、利用者一人分を準備して、目立たないように配慮して行い清拭や洗浄をしています。</li> <li>■利用者の希望に合わせた排せつ用具（おむつ・尿とりパッド・尿器・ポータブルトイレ）を使用しています。</li> <li>■立位が取りやすい様に環境の整備、滑り止めシートを利用しています。</li> <li>■ケアチェック表にて日々の記録を行い、排せつの自立に向けてトイレへの誘導をしています。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者のADL（日常生活動作）、QOL（生活の質）を優先しケアに取り組んでいます。</li> <li>■安心、安全な生活の提供の為、ADL、動線を把握し、居室のフロアのレイアウトや環境整備に取り組んでいます。</li> <li>■環境委員会会議を毎月行い、定期的に車いすやベットなどの点検を行っています。</li> </ul>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理栄養士と連携をとり、血液検査での栄養状態の把握と体重の管理をしています。</li> <li>■褥瘡委員会の開催（月1回） OHスケールの評価（年2回）を行い、高蛋白ゼリーや食事を活用しています。</li> <li>■マットはエアーマット、褥瘡マット、低反発マットの3種類を用意し、身体状況に合わせて随時変更しています。</li> <li>■体位変換が必要な利用者に対しては2時間毎に実施しています。褥瘡の発生は4件ぐらいで発赤程度ですが、状況に応じた個別の体位変換や姿勢の変換などの対応が望まれます。</li> </ul>	

		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>■月に1～2回はお好み焼きやお寿司等の選択メニューを実施しています。</li> <li>■季節に応じた料理として、鍋料理を提供したり、郷土の料理を提供しています。</li> <li>■嗜好調査は、年に1回実施しています。</li> <li>■炊飯は各ユニットで行い、冷蔵庫や電子レンジを活用して、家庭の雰囲気大切にしています。</li> <li>■忘年会やクリスマス会等は、家族も参加できるようにしています。</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>■昼礼にて食事摂取量や水分摂取量の報告（高リスク者）をして情報共有しています。</li> <li>■嚥下状態に合わせたトロミの使用や体調変化時は状態に応じた食事の調整をしています。</li> <li>■ケアチェック表にて日々の記録を行っています。また管理栄養士もユニットをラウンドして利用者の栄養マネジメントをしています。</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>■歯科受診のあと、歯科連絡帳を基に利用者のいるユニットスタッフと家族で情報を共有しています。</li> <li>■週に1回は、歯科衛生士との連携として、口腔ケアへの指導と助言を受けています。</li> <li>■口腔機能を保持・改善するために食事前にオリジナルの嚥下体操の曲を放送して、利用者と共にを行っています。</li> <li>■歯科衛生士との連携により一人ひとりに応じた口腔ケアの計画と定期的な見直しが望まれます。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■平成20年から看取りの体制を整えて、利用者の看取りに対応した手順の確立とその実施のために具体的に細部まで取り組んでいます。</li> <li>■看取りのインフォームドコンセントの開催、デスクカンファレンスの開催を組織として取り組んでいます。</li> <li>■看取り後の家族へのアンケートや職員の振り返りを行うことで、看取りについての学びが深まり、看取りについて過度なストレスを感じることなく業務に取り組んでいます。</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>■認知症の周辺症状の対応や行動パターン、危険性等について専門家の指導を受けて、十分理解して介護しています。</li> <li>■一人ひとりの症状に合わせた、できる事の継続（自販機でジュースを買う・パソコン・洗濯物たたみなど）を念頭に役割を提供しています。</li> <li>■全職員への研修については参加が少ないため、今後ユニットでの研修の充実とともに、参加できない職員へどうしていくか工夫が望まれます。</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>■環境委員会を設置し、利用者がよりよい環境で生活を送ることができるよう検討しています。</li> <li>■居室は個室となっている為、居室には今までの生活をそのまま持ち込んでもらえるようにしています。</li> <li>■居室の場所がわからなくなる利用者については扉に張り紙をする等を行っています。</li> <li>■開放的な施設として、エレベーターは鍵での管理をせず、行方不明者が出た時は、組織として他の工夫はないか検討して取り組んでいます。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ベッド上での生活が多い方には、関節可動域訓練 ポジショニング等実施しています。</li> <li>■機能訓練計画書に基づいて、歩行訓練や立位訓練、ADL訓練が行われ、適宜評価、見直ししています。</li> <li>■向日葵クラブでの作品作りや作品を掲示することで、意欲をひきだし、介護予防の活動をしています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■昼礼での利用者の状態報告で情報の共有をしており、利用者の体調変化時のオンコール体制が機能しています、</li> <li>■服薬方法マニュアルは整備され、誤薬防止のための具体的な取り組みにより、誤薬を防止しています。</li> <li>■薬剤情報を個別ファイルに貼っていることで、看護師以外の職員も連携した行動ができています。</li> <li>■体調変化時の対応等についての研修は行われていますが、今後、薬の効果や副作用についての研修等、全員が参加できる研修企画、内容が望まれます。</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>■研修会を定期的に行い、手洗いチェックや感染予防について周知しています。</li> <li>■インフルエンザ予防接種は自己負担で実施しています。玄関に張り紙をして手洗い、マスク等着用を促しています。</li> <li>■強酸性水を活用しており、これまでの感染予防策で利用者の感染症の発生はなく経過しています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■図書スペースの設置や自販機の設置、談話スペースの設置等工夫しています。</li> <li>■毎月、環境委員会の開催を行い、入居者が過ごしやすい環境改善に努めています。</li> <li>■施設側で考えて工夫していても図書スペース等を利用している場面が少ないので、今後更なる快適性について検討していくことが望まれます。</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>■サービス担当者会議へ家族の参加をお願いしており、定期的に参加する方もいます。</li> <li>■年2回の家族会を開催し、家族へのアンケートを実施しています。</li> <li>■利用者の状態変化により随時、家族連絡を行っています。</li> <li>■行事企画者により、家族へ案内を送り参加してもらい、家族の要望を聞いています。</li> <li>■向日葵クラブの利用者のノートは随時閲覧できるように、窓口に置いています。</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	特別養護老人ホーム向日葵の入居者
調査対象者数	72名（うち回答可能な方25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（うち回答可能な利用者25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、10名の方から回答がありました。（回答率40％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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」  
●「生き生きとした生活を送れている」  
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」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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」  
●「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、本人や家族と相談しながら決めている」  
について、60%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	特別養護老人ホーム向日葵の入居者の代理人
調査対象者数	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、現在利用され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。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、32名の方から回答がありました。（回答率44%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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」について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地良く過ごせる」  
●「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」  
●「職員に声を掛けやすい」について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、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」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	特別養護老人ホーム向日葵 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	18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年間に利用終了した入居者の代理人18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、9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) ●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」  
について、全員（100%）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た」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できた」  
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」  
●「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た」  
●「職員に声を掛けやすかった」  
●「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た」  
●「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っていた」  
●「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」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、75%以上の方が「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