

長崎県福祉サ - ビス第三者評価結果報告

1. 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 ローカルネット日本福祉医療評価支援機構

2. 事業者情報

名称: 社会福祉法人 秀峯会 養護老人ホーム たちばな荘	種別: 養護老人ホーム
代表者氏名: 神之浦 文三	定員(利用人数): 50 名
所在地: 長崎県五島市玉之浦町荒川874番地2	

3. 総評

特に評価の高い点

利用者のしあわせ

平成22年現在地に新築移転した事業所であり、旧施設の相部屋から個室対応に移行し、利用者のプライバシーを確保することができている。各利用者の状態に合わせた最適な部屋割りの配置に苦勞の跡が窺える。

また、当初利用者は廊下に配置された手摺の位置等の違いに違和感があったようだが職員の努力により少しずつ順応され、現在は快適な施設となっている。

個室特有のデメリットである「利用者の孤立化」が懸念される為、職員を担当制にし気掛けて声掛けを行う等の工夫を行っている。重度化の問題や終の棲家的傾向にあるが施設として生活困窮者世帯の最終受け皿としてのセーフティネット的な役割を感じており、重度化が進んでも利用者や家族が施設での継続した生活を望み、これに対応できる限りは他の老人福祉施設や医療機関へ安易に転出させないよう取り組んでいる。

また、退所となる場合には、各種申請手続きの代行や転居先での生活確保ができるよう関係機関と連絡調整を行う等、事業所全体で取り組みを行っている。

職員のしあわせ

民間移譲時に希望する職員を引き継いでおり、法人の三つの理念に基づいた考えを徹底させる為、既存の特別養護老人ホームの職員との人事交流を行い、行政運営時との相違点の修正を行った。更に利用者に満足していただけるサービスや、質の高い介護・療養を提供できるよう、各種の研修を計画的に行い職員のスキルアップに努めている。法人全体として職員家族を含め大切にしている。

また就業意欲を高める配慮を行う等職員を大切にしており、新人職員の離職者はないとのことである。

改善を求められる点

利用者やその家族に対する理念、事業計画の説明及び支援計画作成時の利用者や家族への参加要請や説明、苦情相談に関する周知につながる取り組みが不足しているのがアンケート結果や記録等でも感じられたので、今後の取り組みに期待したい。

また、必要なマニュアルの作成や整備(見直し、改訂等を含む)が望まれる。

そして、措置施設であり、積極的な事業所のPR活動には限界があるものの、利用者のしあわせを理念の第一に掲げた施設として、利用者が地域と交わり、喜びやしあわせを感じることができるよう、地域に根ざす為の活動が必要であると思われる。

現在は地域社会資源の活用として行事に参加する取り組みを行っているが、今後は更に交流活動や施設だより等を活用した広報活動にも期待したい。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント(事業所記入欄)

初めて第三者評価を受審し、今後、利用者及びその家族並びに地域に信頼される施設として取り組むべき改善点を明確に把握することが出来ました。今回の評価結果を真摯に受け止め、改善の必要な点については、全職員で検討を行い、利用者の立場に立ったサービス提供、地域に根ざした福祉サービスの実施、職員が働きやすい職場環境の整備に取り組んでいきたいと考えております。

5. 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

6. 利用者調査及び書面調査の概要 (別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

	第三者評価結果
- 1 -(1) 理念、基本方針が確立されている。	
- 1 -(1)- 理念が明文化されている。	a
- 1 -(1)- 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p>・ 『ご利用者様のしあわせ』『地域社会のしあわせ』『職員のしあわせ』の三つの基本理念がパンフレット、ホームページ、介護教育テキスト等に記載されている。</p> <p>・ 理念に基づく具体的基本方針をホームページ、パンフレットに明確に掲げ利用者の主体性尊重、職員の自己研鑽の取組など明確に表明されている。</p>	
- 1 -(2) 理念や基本方針が周知されている。	第三者評価結果
- 1 -(2)- 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
- 1 -(2)- 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c
<p>・ 定期的に職員、施設長、理事長参加の法人全体研修、毎月開催の施設内研修を通じ、理念や基本方針について触れる機会を設け、読み合わせや解釈・経緯の説明などで周知を図っている。 また、利用者とのコミュニケーションにより歴史や生活環境を把握し信頼関係を大切にしている。</p> <p>・ 五島市より移譲を受けた時点で法人理念・方針説明はされたが、以降は日常のサービス提供時、各種行事開催時等の機会に組織として統一したサービス提供を行う等の程度に留まっており、言葉として伝える必要がある。</p>	

- 2 計画の策定

	第三者評価結果
- 2 -(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
- 2 -(1)- 中・長期計画が策定されている。	c
- 2 -(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c
<p>・ 中・長期計画は策定されていないが、毎年度の事業計画は年度末に目標達成度を職員全体会議等で精査し、未達成項目を次年度計画に持越す仕組みとなっている。</p> <p>・ 計画は利用者サービス目標、行事計画、職員研修計画と網羅されているが措置施設であり交付金種別等の問題もあり数値目標が明確にできない悩みを抱えている。今後は数値化出来る項目を抽出し解りやすい事業計画策定に期待したい。</p>	
- 2 -(2) 計画が適切に策定されている。	
- 2 -(2)- 計画の策定が組織的に行われている。	b
- 2 -(2)- 計画が職員に周知されている。	a
- 2 -(2)- 計画が利用者等に周知されている。	c

<ul style="list-style-type: none"> ・ボトムアップ方式を取入れ、職員意見を相談員・施設長で取りまとめ検討し次年度の計画案を職員に提示、再度職員意見を基に再検討を行い、最終的な計画策定を行っている。また、事業の目指す方向性を表明する重要な指針となる中長期計画の必要性は認識されており、早急な中長期的計画策定に期待したい。 ・毎月開催の全体会議で計画に対する周知徹底を行っている。年度末には達成度ヒアリング等を行い、次年度の計画策定に活かしている。 ・利用者へは担当者がサービス提供時のコミュニケーション力に任せられており組織としての周知は行われていない。今後は、利用者・家族等向けに各計画についてわかり易く簡潔にまとめたものを事業所内に掲示、又は配布する取り組みに期待したい。

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 -(1) 管理者の責任が明確にされている。		
- 3 -(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
- 3 -(1)-	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
<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書、事業計画書、運営規定等に文書化されており毎月開催の全体会議、介護職会議を通し表明している。緊急対応時の管理者の役割も危機管理マニュアルに明記されている。職員との面談でも『何かあれば管理者と相談する』との回答を得ており信頼関係は良好である。 ・管理者研修会、施設外研修等を毎年度の事業計画策定時に組入れ、計画的に実施している。研修受講後は全体会議で職員に周知している。 		
- 3 -(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
- 3 -(2)-	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
- 3 -(2)-	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b
<ul style="list-style-type: none"> ・平成22年より新人事制度を取入れ、管理者と職員が個別面談を行い目標に対する達成度を本人評価と管理者評価で話し合い公平な評価を行い給与に反映させる等、職員の働く意欲の向上、理念の浸透に活用している。 ・管理者が主体となり各種の施設内研修を定期的に行い、試験を行って到達度を把握し管理者と相談員で改善点を協議されている。職員と管理者とが不定期ではあるが状況を見て個別面談を行い問題点を話し合っており、職員の人員不足解消に掃除担当パート職員の採用、法人全体としての人事交流等に指導力を発揮している。財務面では行政からの措置費負担金との兼ね合いもあり難しい点はあるものの、効率化には不可欠な要因であり今後会議等を通じた改善点の発見等の取組に期待したい。 		

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 -(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
- 1 -(1)-	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b
- 1 -(1)-	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b
- 1 -(1)-	外部監査が実施されている。	c
<p>・長崎県老人福祉施設協議会、施設長研修会等各種協議会への参加、民生委員との交流及び近在から勤務の職員情報等を通じ環境把握はできている。措置施設上の限界はあるものの、把握された情報の有効活用に向けた仕組み作りに期待したい。</p> <p>・年六回程度施設長と相談員とで利用者ニーズ、コスト等の会議を開催し現状分析、課題の発見に努め全体会議、介護職会議で発表し周知している。 今後は中長期の事業計画策定に分析結果、課題点が反映される具体的取組みに期待したい。</p> <p>・外部監査は実施されていない。今回の第三者評価を受け検討に期待したい。</p>		

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 -(1) 人事管理の体制が整備されている。		
- 2 -(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
- 2 -(1)-	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
<p>・理事長の方針でもある事業所間格差解消に向け、同一法人内他事業所との組織的な人事交流が行われている。職員レベルアップの為に資格取得も積極的に奨励しており、民間移譲時からの職員のスキルアップも実現している。</p> <p>・平成22年より外部のコンサルタント会社の人事考課システムを導入、人事考課者に対する初期の講習、定期的研修も行い定着を図っている。</p>		

- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
- 2 -(2)- 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。	c
- 2 -(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	c
<p>・不定期に管理者と職員の話合いは行われているが、カウンセラーや専門家との連携はされていない。労働時間、休暇取得については給与支払時に事務職が把握し明細等で施設長がチェックしており、問題がある場合は全体会議等で話し合っているが、組織としての仕組みは今後の検討課題である。</p> <p>・職員の悩みや相談の窓口は相談の内容により施設長、女性主任クラスが担当し解決している。今後積極的取組に期待したい。</p>	
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価結果
- 2 -(3)- 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
- 2 -(3)- 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り組みが行われている。	a
- 2 -(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。	b
<p>・平成22年より法人人事制度要綱を新たに決定し人事考課の仕組み、職群、役割及び昇格規準を明示し実施している。毎年度の事業計画にも年度単位で研修計画を立て新人職員はその都度、1年以上の職員については複合試験として3ヶ月に1回到達度試験を実施し、職員の援助技術のレベルアップと質の向上を図っている。</p> <p>・外部研修等一部の職員が参加した研修については研修報告書を作成し管理者へ報告すると共に、毎月開催の全体会議で発表し職員全員で検討後、サービス提供に役立てている。</p> <p>・研修計画の評価・見直しは達成度試験等で現状のレベルを把握し、達成度により翌年度の研修計画に反映しているが文書等による明確な仕組みは今後の課題である。</p>	
- 2 -(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
- 2 -(4)- 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	該当なし
<p>・実習生の受け入れについては、実習生対応マニュアルを作成し、目的、担当者、受け入れ手順を明文化し、申込書も完備しており、いつでも受け入れ可能な体制を整えている。今後は、実習生を受け入れた際、より良い実習になるように、実習指導者の研修や社会福祉士等の種別毎のプログラムの作成に期待したい。</p> <p>* の評価については、実習生の受け入れ実績が無いため「該当無し」としています。</p>	

- 3 安全管理

- 3 -(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	第三者評価結果
- 3 -(1)- 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
- 3 -(1)- 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
- 3 -(1)- 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。	b
<p>・危機管理マニュアルを整備し指揮権、危機対応手順をリスクの種類別に作成している。又毎月開催する職員参加のリスク管理委員会で検討し、必要時は見直しを行っている。マニュアルは各職員に配布し、施設内リスク勉強会等で活用している。</p> <p>・危機管理マニュアルに災害の種類毎に手順を定めている。緊急連絡網をフローチャートにし利用者、職員の安否確認の方法が明記しており、リスク管理委員会で定期的に周知が図られている。非常時の備蓄については現在給食の外部委託業者に経験に基づいたリストアップを依頼しており、今後の会議等を通し完備の予定である。</p> <p>・施設が新しくなり環境変化による利用者の転倒、移動介助時の打撲による内出血等の事故が数例発生しており、事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し全体会議、リスク管理委員会を通じリスクの把握に努め改善策を協議されている。</p>	

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 -(1)-	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	b
- 4 -(1)-	施設(事業所)が有する機能を地域に還元している。	c
- 4 -(1)-	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	該当なし
<p>・近隣小学校、保育園の運動会、地域のお祭りにと利用者、職員が積極的に参加し交流を深めている。又施設前に来る出前スーパーを利用者は楽しみにされており、地元商店、ガソリンスタンド等の地域の社会資源も事業所全体で利用を推奨している。今後地域に密着した取組みを行っている事業所である旨の積極的なPR活動を施設便り、パンフレット等を活用していく事に期待したい。</p> <p>・職員を通じた福祉相談は随時行われているが事業所全体としての取組には至っていない。事業所案内を兼ねた施設便りを地域の民生委員、町内会長、老人クラブに配布し、回覧などにより役立てている。事業所が有する福祉分野の専門知識を地域に還元する取組みの一環として講演会への講師派遣等の具体的活動に期待したい。</p> <p>・ボランティア対応マニュアルの整備、研修プログラムも作成し、受け入れる姿勢ができています。今後は、ボランティアを受け入れた際、必要な研修を行う事に期待したい。</p> <p>* の評価については、ボランティアの受け入れ実績が無いため「該当無し」としています。</p>		

		第三者評価結果
- 4 -(2) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 -(2)-	必要な社会資源を明確にしている。	b
- 4 -(2)-	関係機関等との連携が適切に行われている。	c
<p>・協力医との連携は良好であり、地域の社会資源である病院、学校、社会福祉事務所等の必要性は認識されている。又、たちばな荘で作成し行政に置いてもらっている「たちばな荘入所利用」に関する資料の準備や職員間での情報の共有は図られている。</p> <p>・東北地方震災後、五島旧5町の福祉施設と災害時の連絡体制の話合いを行った。「五島老社協」が中心となって行政に働きかける連携体制づくりが提案されている。その他の社会資源活用は今後の課題である。</p> <p>・連携のためのリストや資料は整備されていないので、今後は事業所の役割や機能達成のための積極的な社会資源の情報収集と活用に向けた活動に期待したい。</p>		
- 4 -(3) 地域の福祉向上のための取組みを行っている。		
- 4 -(3)-	地域の福祉ニーズを把握している。	c
- 4 -(3)-	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	c
<p>・措置施設との位置付けもあるが、町内会、民生委員、老人クラブ役員等に、「回覧」物として施設便りの発送を行った。地域へ向けた啓蒙活動の一端になっている。今後は、積極的な福祉ニーズの把握に期待したい。</p> <p>・現在のところ地域包括支援センターとの話合いが行われた程度であり相談業務、一時的入所の取組等今後の活動を検討中である。</p>		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

- 1 -(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
- 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
- 1 -(1)- 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
<p>・利用者の基本的サービスに『プライバシーと人権を第一に考え』と明言され、毎年度の事業計画書、施設内研修等を通じ職員への意識付けが組織的に行われ、利用者の計画書にも反映されている。身体拘束や虐待防止についても施設外研修等受講後に全体会議で周知徹底が図られている。</p> <p>・プライバシーを尊重し個室の鍵は利用者の希望により施錠も可能である。その場合は職員が定時に見回り安否確認を行っている。プライバシー保護に関する規定、各種マニュアルも整備され、介護職会議等を通じ各利用者毎に配慮し共有化が図られている。</p>	
	第三者評価結果
- 1 -(2)- 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	c
<p>・利用者の担当職員が日常のコミュニケーションで把握した情報をプラン作成、見直し時に活用している。嗜好調査等の利用者の満足を把握する調査は適宜実施しており毎月開催の全体会議、介護職会議、給食会議で話し合い共有化を図っている。</p> <p>今後は、利用者への個別面談や定期的な利用者懇談会の開催、家族会等への出席及び利用者満足調査の担当部署を設置し分析・検討していく事が望まれる。</p>	
- 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。	
- 1 -(3)- 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b
- 1 -(3)- 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b
- 1 -(3)- 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c
<p>・面談・談話室が複数用意されている。又、ケアプランの見直しの時期を利用した声かけや日常のコミュニケーション、様子観察で得た気づきを実践に反映させた職員主導の取り組みをされている。一方、相談方法や相談窓口等の記載物は玄関横の事務所廊下の壁に掲示されているが、利用者が常に集い、過ごす時間が長い共有空間にも掲示されると利用者の目に触れる頻度も高く、わかりやすい場所の提示になるので、今後の取り組みに期待したい。</p> <p>・苦情解決のしくみは確立されているが、利用者や家族には文章よりもフローチャート図式のようなひと目でわかる表現が理解されやすいのではないかと。又、苦情に関する一連の書式は準備されているが口頭で伝えるのみで配布等には至っていない。</p> <p>・苦情に限定されない意見や提案等は受け付けた職員による口頭での対応に留まっている場合が多い。意見や提案からもホームの改善課題を発見し、サービスの質を向上させていく姿勢が望まれる。県の実施監査でも「一寸したことでも記録に残すよう」アドバイスを受けられている。</p>	

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2 -(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	
- 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。	c
- 2 -(1)- 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善実施計画を立て実施している。	c
<p>・毎年度、事業計画と事業実績報告書を作成されており、自己評価につながる取り組みはされているが定められた評価基準によるものではない。尚、第三者評価の受審は今回が初回である。</p> <p>・今回の事業所を挙げての自己評価は、業務の振り返りと意識付けに大いに貢献した取り組みとなっている。気づきや課題の発見を通して、早速、業務関連のマニュアルを全職員に配布され周知につながっている。又、利用者に対する意識が稀薄だったのではないかなどの課題分析・検討などもされている。熟しているこの時期を大事にされ、早急な体制づくりと評価結果に対する一連の取り組み手順を確立されることが期待される。</p>	
- 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。	第三者評価結果
- 2 -(2)- 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。	b
- 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。	b
<p>・たちばな荘業務標準の中に利用者一人ひとりに応じた個別対応が記載されているが、提供するサービスの標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みが未整備である。</p> <p>・サービスの標準的な実施方法について組織的な検証・見直しのしくみは定められていないが必要に応じた見直しはされている。福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てる意味でも質に関する検討が組織として定期的に継続して行われる仕組み作りとその実践が期待される。</p>	
- 2 -(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
- 2 -(3)- 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
- 2 -(3)- 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
- 2 -(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
<p>・外部サービス利用に関するサービス実施状況も含めて、利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適宜に把握されており、月に1回、収集されたケース記録が担当職員により印刷され、個人別ケース記録にファイルされている。尚、平成21年度にケース記録勉強会をされており、記録要領の基本として「人に見られてもいいような、誰が見てもイメージできる記入」の仕方を指導されている。</p> <p>・管理体制の信憑性を考慮して管理責任者を明確にされることが望まれる。現在、パソコンのネットワークを利用した情報の提供と一時保管がおこなわれており、ファイル化されている記録等は事務所で適切に保管・管理されている。又、集中管理されていることもあり、あえて記録管理責任者としての設置はされていない。</p> <p>・記録等に関する個人情報保護と情報開示に関しての規定があり、定期的な研修を通して業務の見直しや意識付けに反映した取り組みはされている。</p> <p>・パソコンを利用した情報提供・収集に加えて、日常業務の流れとしての朝夕のミーティングと連絡ノートの活用で職員間の情報の共有化に繋がれている。又、パソコン使用時は二重にパスワードを登用させるなどセキュリティ面でも慎重な対応をされている。</p>	

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 -(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
- 3 -(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
- 3 -(1)-	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。	b
<p>・法人のホームページが作成されている。又、利用者の許可を得た写真転写の行事紹介などによりサービス内容等をわかり易く説明したパンフレットも作成されており、地域包括支援センターや社会福祉課、民生委員、五島病院内に設置されている地域連携室など福祉関連施設等への配布設置で、利用選択の情報提供に繋がっている。これまでに体験入所や一日利用の希望はなく、見学时に事業所内の案内と説明で対応されている。</p> <p>・養護老人ホームに係る措置サービス開始時の同意を得るための記載内容に、サービス種別の特徴説明が不足している。今後は利用者や家族等にとって、事業所サービスの全体像がわかり易いように説明する事に期待したい。</p> <p>・利用契約が必要なサービス種別の如何に応じて、利用者や家族にはサービス開始時に例えを用いて、わかり易く説明されている。</p>		
- 3 -(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		第三者評価結果
- 3 -(2)-	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。	c
<p>・他の事業所等への移行にあたり、サービスの継続性につながる看護サマリー等の作成を通じた情報提供がなされている。又、サービス終了後の事業所の取り組みとして、利用者や家族等が相談できる体制について口頭での説明はされているので、今後は、明文化した文書の作成・交付の取組みに期待したい。</p>		

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 -(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 -(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
<p>・サービス開始前後における相談員によるフェースシートの作成を基に、計画作成担当者によるパッケージプラン、アセスメントシートの作成、計画作成担当者・介護支援専門員によるアセスメントの総括シート作成で利用者の具体的状況と意向等を把握し、課題と目標設定につなげ、それらを反映したプランが作成されており、利用者・家族等の同意を得る仕組みになっている。</p> <p>・プランの期間も明記されており、計画実施に関係する職員が参加するサービス担当者会議の開催と期間内又は随時の見直しで、PDCAサイクルの手順が確立している。又、アセスメントシートも統一した様式を用いて 身体面 精神・心理面 生活の遂行状況 社会性の4つの領域を詳細項目別にチェック・把握されている。</p>		
- 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。		第三者評価結果
- 4 -(2)-	サービス実施計画を適切に策定している。	b
- 4 -(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。	b
<p>・アセスメント結果を反映させた自立支援計画書（総合計画・実施計画）が作成され、計画作成担当者が実施計画策定の責任者となってサービス担当者会議の開催や利用者・家族等への説明・同意を得る仕組みになっている。訪問当日、ご提示頂いた資料で説明・同意の確認ができなかったため、今後は、自立支援計画についての説明・同意に関する実践履歴の取組みが望まれる。</p> <p>・サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しはなされているが、見直しによって変更したサービス実施計画の内容を関係職員に周知する手順や緊急に変更する場合の仕組みが明示されていない。明示することにより恒常的な業務手順の統一と周知を図り、サービスの質の向上に反映されることが望まれる。</p>		

評価細目の第三者評価結果（高齢者施設）

適切な処遇の確保

- 1 各種サービスの提供

	第三者評価結果
- 1 -(1) 施設的环境	
- 1 -(1)- 利用者が利用者どうし、または家族や地域の人たちと交流しやすい家庭的な生活空間づくりに配慮されている。	b
- 1 -(1)- 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。	a
- 1 -(1)- 心身機能の低下を補うような施設の配慮等がされている。	a
<p>・人里から少し入った静かな環境の学校跡地に、平成22年7月新築移転された事業所である。近代化された洋風建築構造や設備であり、利用者のプライドに考慮し、幼稚にならない装飾を心がけられ、事業所内の雰囲気等を和らげる工夫につながっている。これまでの「たちばな荘」の環境に慣れ親しんだ利用者は、広い共用空間等でも自分を主張しつつも肌の温もりを感じる距離で複数台のテレビ視聴や集い、独り居を過ごされている。事業所として利用者が居室に籠もらないようにテレビの居室持ち込みを許容範囲内で制限されるなどの工夫点をされている。</p> <p>・空気清浄機の導入や空調管理に加えて、天気の良い日や清掃時の窓開けなど自然換気の取り組みもされており、高い天井と透明ガラス、カーテンの設置などで自然採光と照明を適宜に利用した明るさで、必要のない所の消灯など適切な省エネ対策にも努められており、生活空間としての過ごしやすい落ち着いた環境に配慮されている。</p> <p>・利用者の心身機能の把握についてフェースシートやアセスメントシートを活用する仕組みがあり、利用者の日常生活の自立を根幹にした自助・補助具の活用や支援を心掛けられている。手摺の高さや形状も設置場所により配慮されている。</p>	
- 1 -(2) 心身機能の維持・改善	
- 1 -(2)- 心身機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の心身機能などの状況に応じた体操やレクリエーションを計画的に行っている。	b
<p>・「一日の流れ」の中に、体操とレクリエーションの時間枠が設けられており、実績報告書の行事計画実施表に実施日と平均参加者数が月別に記載され、リハビリ活動状況も内容別に記載されており、心身機能の維持・改善へ向けた取り組みが行われている。平成21年度と平成22年度の事業実績報告書の施設の重点目標に「日常生活の自立性を高めるため、リハビリテーションの充実拡大を図る」、「生きがいと安らぎのある、明るく豊かな生活空間づくりを目指し、クラブ活動、レクリエーションを楽しみながら継続的に行っていく」が明記されているので、事業所の取り組みとして目標に達しておらず、十分な取り組みになっていない。又、必要に応じたボランティア受け入れの積極的取り組みが希薄である。今後の取り組みに期待したい。</p>	
- 1 -(3) 介護が必要になった時の対応	
- 1 -(3)- 介護が必要となった場合に、本人の意向を踏まえた上で必要な手続きや利用についての援助が可能である。	c
<p>・要介護認定申請の代理支援手続きの実施記録を作成しているが、マニュアルの整備はなされていない。</p>	

- 1 -(4) 食事の提供	
- 1 -(4)- 食事は、利用者の身体状況に合わせて提供している。	a
- 1 -(4)- 食事を楽しめるような工夫を行っている。	b
<p>・利用者一律の食事内容や食事形態ではなく、利用者の嗜好や心身状態に合わせた食事提供で食欲や摂取量にも反映した取り組みである。又、自助具の活用で食事摂取の自立につながっている。</p> <p>・管理栄養士の「食」に関する意識が高く、昼・夕食は利用者の食事介助をしながら、利用者の食事風景を観察し、摂食状況で異常等を発見したときは口腔機能も範囲に捉えて適切な連携・対応支援につながっている。又、月に1回、複式献立の取り組みとして、当日の午前9時半までに主食となる肉類と魚のサンプル食を作って利用者の食べたい希望を聞かれ提供されている。この取り組みは、利用者の好き嫌いの把握や食わず嫌いの改善、食への関心にも繋がっている。</p> <p>・行事に応じた行事食とBGMで雰囲気づくりの工夫はされているが、更に毎日の食事が楽しみなものになるよう、週間献立の他に毎日の見やすくわかり易い献立の掲示等工夫されることに期待したい。</p>	
- 1 -(5) 健康管理サービスの実施	
- 1 -(5)- 日常の健康管理は適切である。	b
- 1 -(5)- 服薬の管理は適正に実施している。(ケアハウスを除く。)	c
- 1 -(5)- 感染症予防対策を適切に行っている。(結核、インフルエンザ、疥癬等)	a
- 1 -(5)- 食中毒予防対策を適切に行っている。	b
<p>・事業所内に医務室が設置され看護師が配置されている。毎週火曜日に委託契約されている玉之浦診療所のかかりつけ医の往診がある。又、年に2回、健康診断を受診されており、前年度データも記載された比較しやすい受診記録になっている。協力歯科医には定期的ではないが指導を受けられている。今後は、協力歯科医からの定期的な指導や健康管理マニュアル整備の取組みに期待したい。</p> <p>・与薬ミスの事故が平成22年5月1日の昼食時に発生している。原因は事前の配薬時の氏名照合確認の不徹底による配置ミスと与薬時の本人と記載氏名の未確認によるミスが重なったことにある。薬を口に入れられた時点で誤薬に気づき吐き出すよう促すも飲み込まれる。直ちに主任に報告し看護師へ報告、本人の薬は服用せずに水分補給にて様子観察の指示に従い、当日に事故報告書の作成と後日にリスク管理委員で検討会議を開催されている。</p> <p>検討結果として、同じような事故が以前にも発生していることを踏まえて再度、職務意識を強く持つこと、マニュアルの遵守、配薬・与薬時の二重確認の徹底を対策に採択されている。一説に依ると仕事や環境に慣れた頃(三日、三ヶ月、三年など)は事故の発生率が高いといわれている。検討や事故分析には直接的なことも大事であるが、背景や間接的なことも要因(事故が起こりやすい要因の一つとして、時期も考慮する等)になることを考慮されることが期待される。</p> <p>・事業所訪問調査で最初に目にしたのが玄関ドアにインフルエンザの流行に伴う面会者への注意喚起の貼紙である。又、下駄箱横には手洗い場が設置されている。</p> <p>・マニュアルの整備がされており、感染症対策委員会の定期開催を通して感染症の早期予防やまん延防止の取り組みに反映されている。又、感染症の発生状況等は、五島の保健所から情報提供されており、全職員にはミーティングや回覧等で周知されている。</p> <p>・調理委託業者のマニュアルに沿ってチェックされており、事業所の管理栄養士が厨房に入ったときに目視チェックしている。管理責任者として業者に対する衛生管理を徹底するよう指導することや、衛生管理に関する事業所として把握する事が望まれる。</p>	

- 1 -(6) 生活関連サービスの実施		
- 1 -(6)- 利用者の生活を豊かで明るいものとするため、生活の質を高める取り組みを行っている。		a
- 1 -(6)- 金銭管理が必要な場合はマニュアルに従って実施し、記録と報告を行っている。		b
<p>・利用者の希望や趣味などを反映したクラブ活動やレクリエーションの取り組みを行っている。又、地域や経験を活かして魚釣りや潮干狩り、ツワとり、畑仕事などの支援もされている。</p> <p>・預かり金については預かり金管理規定があり、記録や報告等の実践はされている。一方、金銭の自己管理に関して、適切な支援が有れば可能な利用者に対する金銭管理技能の向上の取り組みや支援が充実することに期待したい。</p>		
- 1 -(7) 利用者家族との交流		
- 1 -(7)- 利用者の健康状態や生活の様子について、必要に応じて家族（身元引受人を含む）に知らせている。		b
- 1 -(7)- 施設と家族との交流を行っている。		b
<p>・利用者の健康状態や生活の様子については、緊急時や必要に応じた連絡はされているが、今後は、定期的な取り組みに期待したい。</p> <p>・行事開催の案内状を出して参加を誘ったり、事業所訪問を受け入れたりして事業所と家族との交流にもつながっているが、事業所からの利用者や施設の様子の伝達やサービス提供の情報を知らせる取り組みが不足しており、事業所の課題として認識されている。</p>		

- 2 権利擁護

	第三者評価結果
- 2 -(1) 成年後見制度等	
- 2 -(1)- 利用者の権利擁護のために成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関する情報を提供している。	b
- 2 -(1)- 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a
- 2 -(1)- 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	b
<p>・「成年後見人制度」や「日常生活支援事業」についてのパンフレット等が準備されており、実際の利用に繋げるため五島市や社会福祉協議会と連携体制はとれているが、今日まで該当者がいない。</p> <p>・基本的に身体拘束をしない姿勢で業務に望まれており、身体拘束廃止マニュアルや身体拘束廃止に関する指針が整備され、内部・外部研修の参加など職員の意識啓発に努められている。又、利用者への説明やお願い、貼紙、巡回や見守りの頻度を増やすなどで行動抑制や身体拘束の回避策を検討・実践につながっている。</p> <p>・日頃から職員研修や会議などを通して、職員に周知徹底されている。今回の自己評価で、「言葉による脅かし暴力が全くないとは言えない」とは内容として考えられることは「言葉が強い」ことではないかと分析されてはいたが、真摯な評価を警鐘として受け止められ、前向きな検討の姿勢を示された。</p>	

- 3 その他

	第三者評価結果
- 3 -(1) 安全・災害防止	
- 3 -(1)- 防災（火災、風水害、地震等の災害）に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a
- 3 -(1)- 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	b
<p>・平成22年9月6日の大雨で事業所周辺道路が冠水し、事業所が孤島状態になり、早速、消防・防災マニュアルを見直し追加・改定されている。又、同時に県と市に対して冠水状況の写真を添付して防災対策を検討してもらい、バス道から事業所までの枝分かれ道の嵩上げ工事が認可され、訪問した日は計測がされていた。災害に備えて、平成23年度の事業所計画にあげられ6月17日に予知訓練を実施されている。</p> <p>・事業所の玄関に対して位置的に裏側になり、人目に付きにくい場所に職員専用の玄関があり、指紋認証になっている。不審者侵入対応マニュアルの整備はされ、又、事業所の外回りの要所はモニター監視できるようになっており外部侵入に対してのセキュリティシステムにもなっている。尚、警察等を含めた不審者侵入対応マニュアルについての研修の取り組みや緊急時に対応できるように地域との連携体制が充実していないので、連携につながる取り組みが期待される。</p>	

事業所プロフィール（養護老人ホーム）

1. 事業所名称：養護老人ホーム たちばな荘
2. 運営主体法人名称： 社会福祉法人 秀峯会
3. 施設長氏名：山下 傅一郎
4. 当該事業所の開始年月日：平成 18年 10月 1日
5. 所在地 住所：長崎県五島市玉之浦町荒川874番地2
電話番号：0959-75-8181
FAX 番号：0957-75-8189
6. ホームページの有無 (有)
7. 同一事業所（同一敷地内または同一建物内）で実施している主な福祉、医療サービス事業をご記入下さい。

- ・ 特定施設入居者生活介護
- ・ 訪問介護事業
- ・ 通所介護事業

8. 事業所が大切にしている考え方や理念、基本方針等を簡潔にご記入ください。それらが記載されているパンフレットや資料の写しを添付していただいても結構です。

【基本理念】

社会福祉法人秀峯会では、「三つのしあわせ」と基本理念として掲げています。

1 ご利用者様のしあわせ

お一人お一人のご利用者様の主体性を尊重し、個別のケアプランを作成し、介護・療養にあたっています。また、居住空間にゆとりを持ち、落ち着いた雰囲気の中でくつろげる生活空間を作り行います。

2 地域社会のしあわせ

地域の要請に迅速に対応し、地域に開かれた施設作り、在宅サービス利用者の心身の健康増進を中心に、地域ケアの拠点として、愛される施設を目指していきます。

3 職員のしあわせ

ご利用者に満足していただけるサービスや、質の高い介護・療養を提供できるよう自己啓発、相互研鑽に励み人間愛と観察眼を持った介護・療養のプロを目指します。

9. 現在の職員数 (平成 23 年 4 月 4 日現在):(単位:22 人)

職種 形態	医師		生活相談員		介護職員		看護職員		管理栄養士		機能訓練 指導員		介護支援 専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤				3		12	1		1					
非常勤		1						1						

10. 定員及び現在の利用者:

(1) 入所定員 (50 人)
 ショートステイ定員 (- 人)

(2) 現在の利用者の

平均年齢 : (84.8 歳)

平均要介護度 : (-)

要介護度の内訳 : (平成 23 年 4 月 4 日現在)

	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	認定中	合計
男性	1	1	1	1	0	1		5
女性	2	15	3	8	3	1		32
合計	3	16	4	9	3	1		37

11. 施設の状況

(1) 居室の状況

	室数	面積 (m ²)
個室	50	平均 13.985 m ²
二人部屋		
三人部屋		
四人部屋		

(2) 食堂の状況

食堂数 : (1)

定員一人あたりの食堂面積 : (2.621 m²)

(3) 建物の状況

単独型 : (階建)

併設型 : 併設種別 (養護老人ホーム 1945.92 m²
 デイサービス 182.99 m²)

使用階 (1 階)

建築 (含大改築) 後の経過年数 : (1 年)

大改築計画の有無 : (無)

(4) 近隣の環境 (閑静な住宅地、近隣が公園で緑が多い、商店街が近く買い物に至便など)

荒川湾の深奥部に位置し、背後には七岳の山並みを控え、静かで自然豊かな環境にある。

(5) 介護保険サービスの1割自己負担額以外の平均的な利用料をご記入ください (理美容代は含みません。利用料金表を添付していただいても結構です。)

内容	月額 (円)
老人福祉施設負担金	0 ~ 47.800 円

12. 苦情解決の体制について

(1) 第三者委員設置の有無

- ・設置している

委員数： 1 名

活動状況（訪問頻度等）:

(2) その他苦情解決に向けての取組み（意見箱の設置、オンブズマンの導入等）についてご記入ください。

苦情は面接、電話、書面、メールなどにより苦情受付担当者が随時受付ます。また、長崎県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会へ申し立てすることもできます。

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

苦情解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

第三者委員による苦情内容の確認

第三者委員による解決案の調整、助言

話し合いの結果や改善事項等の確認

13. 各種マニュアルの整備

- (1) 基本業務実施マニュアル（ 整備している ）
- (2) 感染症対応マニュアル（ 整備している ）
- (3) 事故発生対応マニュアル（ 整備している ）
- (4) その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

身体拘束廃止マニュアル
褥瘡発生予防に向けた指針

14．事業所の特徴

事業所のPRポイント等をご記入ください。

養護老人ホームたちばな荘は、平成 18 年 10 月 1 日に長崎県五島市から民間委譲を受けた後、平成 22 年 7 月に雄大な自然に囲まれた静寂な環境の地に新築移転しました。
施設は、オール電化を採用し、スプリンクラーや非常通報装置を設置しており、また、ご利用者の住環境を向上させるため、全個室、全館バリアフリー、天然温泉を活用した大浴場や足湯を完備し、快適な環境の中で生活していただけるようになりました。
また、デイサービスも併設し、各種リハビリ機器も充実させ身体機能維持に活用できるようになっております。

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果

評価機関名 特定非営利活動法人 ローカルネット日本福祉医療評価支援機構

事業所名称	養護老人ホーム たちばな荘
-------	---------------

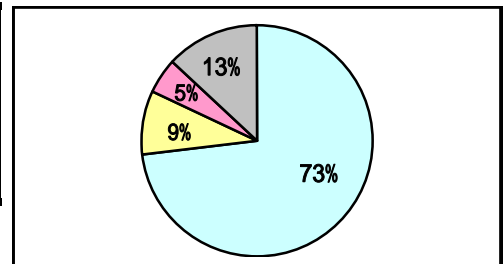
調査の対象・方法	<p>対象：養護老人ホーム たちばな荘の入所者</p> <p>方法：対象者へ直接聞き取り 調査用紙をまとめて事業所より評価機関へ郵送、回収。</p>
----------	--

調査実施期間	2011年3月11日～2011年5月8日
--------	----------------------

利用者総数(人)	49
調査対象者数(人)	49
有効回答数(人)	10
回収率(%)	20

はい	195件	73%
どちらとも いえない	23件	9%
いいえ	12件	5%
わからない	35件	13%

アンケート結果平均



総評	<p>福祉サービス第三者評価を実施するにあたり、利用者へのアンケートを実施したところ、対象者49人中10人の有効回答人数が得られた。意思表示が困難な利用者や、自ら記載する事が難しい利用者については、特別に職員の代筆による回答である。</p> <p>全体的に「はい」の回答が多く、「利用者の意向の尊重」「健康管理」「所持金・預かり金の管理」は100%であり、利用者本位のサービスを提供している事が窺える。</p> <p>今後は「わからない」の回答が多かった「施設の理念・基本方針」「苦情受け付けの方法等」について、より一層取り組まれる事に期待したい。</p>
----	--

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（高齢者施設用）

事業所名称	養護老人ホーム たちばな荘	有効回答数	10 人
-------	---------------	-------	------

評価対象	No	質問項目	回 答	回答数	(%)	
全サービス共通項目						
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい		0 件	0 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		2 件	20 %
			わからない		7 件	70 %
	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切だと思いますか	はい		0 件	0 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい		9 件	90 %
			どちらともいえない		1 件	10 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
	4	職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい		10 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
プライバシーへの配慮	5	「あなたが秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい		8 件	80 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		1 件	10 %
			わからない		1 件	10 %
	6	職員が居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	はい		10 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
利用者の意向の尊重	7	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい		10 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
	8	施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい		9 件	90 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい		10 件	100 %	
		どちらともいえない		0 件	0 %	

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（高齢者施設用）

事業所名称		養護老人ホーム たちばな荘		有効回答数	10 人	
苦情受け付けの方法等	10	苦情がある場合の受付や解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい		0 件	0 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		1 件	10 %
			わからない		9 件	90 %
不満や要望への対応	11	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい		7 件	70 %
			どちらともいえない		3 件	30 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
	12	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい		9 件	90 %
			どちらともいえない		1 件	10 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
職員間の連携・サービスの標準化	13	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい		9 件	90 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	10 %
	14	職員はみな同じように接触してくれますか（職員によって言うことやすることに違いがありませんか）。	はい		8 件	80 %
			どちらともいえない		1 件	10 %
			いいえ		1 件	10 %
			わからない		0 件	0 %
事故の発生	15	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい		5 件	50 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		5 件	50 %
			わからない		0 件	0 %
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		5 件	50 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
入所に当たっての説明【過去1年以内に利用開始した場合】	17	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい		5 件	50 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	50 %
	18	実際に入所してみても、説明どおりでしたか。	はい		5 件	50 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	50 %

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（高齢者施設用）

事業所名称	養護老人ホーム たちばな荘	有効回答数	10 人
-------	---------------	-------	------

個別サービス項目						
食事	19	食事はおいしいですか。	はい		8 件	80 %
			どちらともいえない		1 件	10 %
			いいえ		1 件	10 %
			わからない		0 件	0 %
食事	20	食事は楽しい雰囲気 で取ることができ ますか。	はい		6 件	60 %
			どちらともいえない		4 件	40 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
入浴	21	お風呂の回数や時間 には満足していま すか。	はい		8 件	80 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		1 件	10 %
			わからない		1 件	10 %
排泄	22	あなたが希望する ときにトイレへ連 れて行ってもらっ たり、おむつ交換 してもらえますか。	はい		2 件	20 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
余暇・自由時間	23	自由時間には、外出 や趣味の活動など の好きなことがで きていますか。	はい		7 件	70 %
			どちらともいえない		3 件	30 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
機能訓練	24	リハビリや機能回復 のための訓練は、あ なたにとって十分 に行われていますか。	はい		3 件	30 %
			どちらともいえない		5 件	50 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	10 %
健康管理	25	体調が悪いと訴えた ときには、すぐに職 員が対応してくれ ますか。	はい		10 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
所持金・預かり 金の管理	26	小遣い等必要な金銭 については、自分の 考えでつかうこと ができますか。	はい		10 件	100 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果（高齢者施設用）

事業所名称	養護老人ホーム たちばな荘	有効回答数	10 人
-------	---------------	-------	------

項目	質問	回答	割合
地域交流	27 地域の方やボランティアの方との交流は、あなたにとって十分に行われていますか。	はい	5 件 50 %
		どちらともいえない	1 件 10 %
		いいえ	0 件 0 %
		わからない	4 件 40 %
施設的环境	28 お部屋や食堂は、いつも清潔で、温度や明るさもあなたにとってちょうどよいですか。	はい	9 件 90 %
		どちらともいえない	1 件 10 %
		いいえ	0 件 0 %
		わからない	0 件 0 %
	29 トイレや浴室は、いつも清潔で、安全に使用することができますか。	はい	8 件 80 %
		どちらともいえない	2 件 20 %
		いいえ	0 件 0 %
		わからない	0 件 0 %

その他自由意見

なし
