

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 1 月 25 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 078-8801  
住所 旭川市緑ヶ丘東1条3丁目1-6  
旭川リサーチセンター内

電話番号 0166-66-6565

評価機関名 タンジェント株式会社

認証番号 北海道 評価機関認証第3号

代表者氏名 小山内 信夫



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	小山内 信夫	組織	A-003
	(2)	山田 恵美子	福祉	B-060029
	(3)	高橋 和夫	福祉	B-060028
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	天塩町立特別養護老人ホーム恵愛荘			
運営法人名称	天塩町			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2007 年 10 月 4 日	～	2008 年 1 月 15 日	
利用者調査実施時期	2007 年 10 月 10 日	～	2007 年 11 月 30 日	
訪問調査日	2007 年 12 月 3 日			
評価合議日	2008 年 1 月 12 日			
評価結果報告日	2008 年 1 月 15 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

## 北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

### ①第三者評価機関名

タンジェント株式会社

### ②事業者情報

名称：天塩町立特別養護老人ホーム恵愛荘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：三橋 和吉	定員(利用人数)： 50名
所在地：〒098-3304 天塩郡天塩町字サラキシ5710番地	TEL：01632-2-2429

### ③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

- ①天塩町立特別養護老人ホーム恵愛荘管理規定が明文化され、平成19年度事業計画に運営理念達成のための具体的な基本方針、重点目標が掲げられています。また、ケアマネジメントシステムを有効なものとするためのP(計画)-D(実行)-C(検証)-A(改善)サイクルのシステム構築の取り組みが行われています。
- ②管理栄養士が主体となって、栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。さらに社会福祉協議会と一緒に地域での独居老人向けの食事の宅配サービスも実施され地域の福祉ニーズに貢献されています。
- ③利用者・家族アンケートを実施して、データ収集と評価・分析が実施され、利用者満足の上昇及びケアサービスの質の向上に取組みられ継続的な改善が実施されています。

#### ◇改善を求められる点

- ①感染防止マニュアル、食中毒予防マニュアルが策定され、研修会にも参加して職員全員に衛生管理が徹底されていますが、便器にタオルが巻かれています。感染症予防上に問題が見受けられますので早急なる改善が必要と思われます。
- ②利用者の身だしなみや整容について配慮した支援が行なわれているが、オムツ使用者には、ジャージ姿が多く見受けられる。利用者の身だしなみや服装について、できるだけオムツに頼らない排泄ケアの取り組みや生活の場面や季節感に十分配慮した支援が必要と思われます。
- ③管理部門を中心に、経営状況を把握・分析して改善への具体的な取り組みや社会福祉協議会、町立病院との連携で地域の福祉ニーズの把握に努めていますが、継続的改善への取り組み状況やケアサービスの質の向上、組織の効率化など管理部門と職員との意識改革へのギャップが感じられるので組織的に意識改革が共有されることに期待します。

### ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価受審結果の改善すべき指摘事項については、施設職員全体で問題点を共有し解決するため職員の意識改革に努めたい。  
評価の高かった点についても継続して取り組み、介護サービスの質の向上と更なる利用者満足を目指したい。

### ⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 18 年 10 月 22 日

経営主体 (法人名)	天塩町		
事業所名 (施設名)	天塩町立特別養護老人ホーム 恵愛荘	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 098-3304 天塩郡天塩町字サラキシ5710番地		
電 話	01632-2-2429		
F A X	01632-2-1799		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	三橋 和吉		
調査対応ご担当者	石崎 栄一 (所属、職名：主幹)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 52 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：                      老人福祉法の規定に基づき、老衰のため身体上又は精神上の欠陥により常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な老人を収容して、その生活の安定のために必要な措置を講じ、もって平穏な余生を保障することを目的とする。                      (天塩町立特別養護老人ホーム恵愛荘管理規定)</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

### 【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

天塩町在宅老人デイサービスセンター (25名)  
 天塩町短期入所生活介護 (10名)  
 ケアハウス「かがやき」 (15名)

【利用者の状況に関する事項】（平成18年10月2日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
1名	1名	1名	7名	16名	11名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
8名	3名	2名	50名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合 計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	2名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	4名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	4名	1名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	4名	名	名	名	名	名	名
合計	14名	1名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
9名	1名	7名	2名	6名	7名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
3名	5名	2名	1名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	2名	1名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	1名	名	3名		

(平均利用期間： 5.6年)

【職員の状況に関する事項】(平成18年10月1日)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	生活相談員	介護支援専門員
常勤	35名	1名	3名	1名	1名
非常勤	8名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	19名	名	2名	名
非常勤	名	4名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	6名	名	名
非常勤	名	名	4名	名	名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 ( 名)
介護福祉士	14 名 ( 名)
生活相談員	1 名 ( 名)
介護支援専門員	1 名 ( 名)
准看護師	2 名 ( 名)

(非常勤職員の有資格者数は( )に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	2,712 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	・ 1. はい      □ 2. いいえ
	耐震	□ 1. はい      ・ 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	52年
(4) 改築年（増築）	平成	9年

○保育所の場合

(1) 建物面積 （保育所分）	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園（300平米ぐらい）に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	┐ 1. はい      ┐ 2. いいえ
	耐震	┐ 1. はい      ┐ 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	┐ 大舎制	┐ 中舎制	┐ 小舎制
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	┐ 1. はい      ┐ 2. いいえ	
	耐震	┐ 1. はい      ┐ 2. いいえ	
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 18 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

50～60 人

・ボランティアの業務

夏祭ボランティア  
古布切断、整理

**【実習生の受け入れ】**

・平成 18 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

**【サービス利用者からの意見等の聴取について】**

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

無し

**【その他特記事項】**



## 評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

#### Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
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	事業所の理念が、管理規定に明示され介護員会議及び職員会議に於いて話し合われている。今後は、来訪者にも見易い場所に掲示されることが望ましい。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	平成19年度事業計画に基本方針が明文化されている。また、基本方針に基づき重点目標が記載され明文化されている。
Ⅰ-1-(2) 理念、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。	b	理念に基づき基本方針が明文化され、介護員会議及び職員会議に於いて話し合われているが職員全体に対する周知への取り組みが充分ではないので、今後の取り組みに期待します。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念、基本方針、重点目標が明文化されているので、来訪者に分かりやすく掲示することや家族に資料を送付するなどの取り組みを期待します。P-D-C-Aサイクルの有効な機能運営が期待されます。

#### Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	c	理念や基本方針の実現に向けた重点目標は明確になっているが、単年度の事業計画の作成となっている。町立であり、町財政と一体であり難しい面もあるが中・長期計画の策定が望まれる。
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。	c	具体的な数値目標の単年度事業計画が作成されているが、中長期計画を反映されたものではない。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	各計画は、施設全体会議を通じて策定されている。但し、実施状況の把握や評価・見直しについては今後の課題であるので、各部門に於いて実施されることを期待します。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	前年度結果報告や今年度目標については、施設全体会議に於いて職員に説明し、配布している。但し、利用者・家族、職員に理解を促す取り組みが課題として挙げられる。

#### Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
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	組織図、重要事項説明書で管理者、相談員、管理栄養士などの責任と権限が明文化され理解される取り組みが行われている。今後は、分散されている職務分掌表を統一されることが期待されます。
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	介護員新人研修、道北地区研修、施設協議会などへの研修参加や介護支援専門員、介護福祉士が参加して法令の研修を受講して介護保険法や社会福祉法に関する法令遵守に努めている。
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り組みに指導力を発揮している。	b	福祉サービスの質の向上のために、救急救命や口腔ケア、感染症予防などの外部の研修参加を積極的に奨励している。また、内部研修も都度対応しているので、今後は外部研修参加同様に計画的に取り組みることが期待されます。
Ⅰ-3-(2)-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	人事、労務、財務等の経営や業務の効率化に向けて管理者が分析を行っているが、組織的に改善の進捗具合についての認識に職員とのギャップが感じられた。業務の効率化及び改善について職員全体の意識改革が期待されます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
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	社会福祉の動向、福祉サービスのニーズ、他市町村の動向など事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。
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り組みを行っている。	b	管理層は、経営状況を把握・分析して改善への具体的な取り組みを計画しているが、組織的に浸透されていない。今後の意識統一に期待します。
Ⅱ-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	a	天塩町の監査が実施されている。また、福祉サービス第三者評価を受審するにあたり自己評価を実施して、改善点を自ら見出している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
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。	b	介護支援専門員、介護福祉士などの資格取得を奨励して、福祉サービスの質を確保するための具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではないので改善が期待される。
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。	c	職員は、地方公務員であり、事業所としての人事考課の制度は採用されていない。
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	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータが管理部門で把握され、定期的にチェックしている。
Ⅱ-2-（2）-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	地方公務員として、福利厚生事業が実施されている。また、臨時職員についても取り組みが行われている。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	事業所として職員の教育・研修に関する基本姿勢が単年度事業計画に明示され、説明・配布されている。但し、施設として職員のニーズに基づいた目的意識を持った研修計画が策定されることが望まれます。
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り組みが行われている。	b	外部研修及び内部研修が奨励されて、認知症に対する研修参加など行なわれ基本方針に沿った教育・研修計画が実施されていますが、教育・研修計画について中・長期的な視点も期待されます。
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。	b	研修参加者の報告が行なわれ研修成果の評価が都度実施されているが、次の研修計画に反映される仕組みが期待されます。
Ⅱ-2-（4） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-（4）-① 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。	a	実習生受け入れの基本マニュアルが整備され、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等明文化されている。
Ⅱ-2-（4）-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	実習生、研修生の受け入れの際には、効果的なプログラムが用意され、育成について積極的に取り組んでいる。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-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。		
Ⅱ-3-（1）-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	利用者の安全確保の為に、事故防止・事故対応マニュアルが整備されている。また、緊急時に速やかに対応が出来るように火災避難訓練や連絡体制が整備され機能している。
Ⅱ-3-（1）-② 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	利用者の安全を脅かす事例をヒヤリ・ハットの集計分析で事故対策委員会で検討され、再発防止策がとられ改善されている。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
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。	b	利用者と地域との交流を広げるために、「恵愛荘かがやき祭り」の実施や地域の夏祭りへの参加が行なわれているが、さらなる交流促進に期待されます。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	小・中学生の体験学習、高校生のインターンシップ、短大・大学生の受け入れなど事業所が有する機能の地域への還元が行われているが地域ニーズに応じ住民が参加できる多様な支援活動が期待されます。
Ⅱ-4-(1)-③ 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。	a	「恵愛荘かがやき祭り」の実施などで高校生のボランティアを受け入れるなど基本姿勢やマニュアルが明文化されている。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	社会福祉協議会、町立病院との連携が確保されているが、職員間でのさらなる情報の共有に期待されます。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	月2回開催される地域ケア会議、定期的で開催される入所判定委員会や社会福祉協議会との連携で具体的な課題や事例の検討が行なわれている。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	生活相談員と介護福祉専門員が地域ケア会議に参加して、そこでの意見交換や入所判定委員会、社会福祉協議会との連携で地域福祉のニーズを把握している。
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	把握された地域福祉のニーズに基づきデイサービスが併設され具体的な事業・活動が実施されている。

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

	第三者評価結果	コメント
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。	b	身体拘束委員会、虐待防止委員会が設置され基本方針が明示されているが、改善のための管理部門と職員間の意識のズレが感じられる。共通の理解を持つ為の取り組みが期待されます。
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。	b	個人情報保護方針、プライバシー遵守についての研修など規定やマニュアルが整備されているが、全ての職員に周知されているとは言えない。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b	利用者満足の向上を目指して、家族会が定期的で開催されたり、来訪時に意見を聞くなどしているが、改善課題への対応策の評価・見直しの検討までには至っていない。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	利用者・家族アンケートを実施して、利用者満足の向上に努めている。今後は、さらに評価・分析を実施して改善策を講じられることを期待します。
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。	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取り組みが十分ではない。
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	苦情・相談受付窓口が設置され明示され苦情解決の体制が整備されている。
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	利用者からの意見等に対するマニュアルが整備され、苦情対応の手順は決められている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
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	サービス内容について平成17年自己評価（過去2年分） が実施され改善の記録が確認された。
Ⅲ-2-(1)-② 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ている。	a	介護職員が参画して行なわれた自己評価に基づき課題が 明確にされた記録が確認された。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計 画を立て実施している。	a	自己評価結果から明確になった課題について、改善計画 が策定されている。また、基本方針にP-D-C-Aサイクル の仕組みが明示されている。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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	介護職員のそれぞれの段階に応じて、介護基本業務マ ニュアル（平成19年3月1日改定）に基づきサービスが提 供されている。
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。	b	介護基本業務マニュアル（平成19年3月1日改定）が定期 的に見直し、検証されている。P-D-C-Aサイクルによっ て、看護・介護職員のさらなる意識改革と改善への検証 を期待します。
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	個別ケース記録、サービス提供票、介護員日誌、夜勤日 誌、ショート記録など利用者一人ひとりの介護計画の実 施状況が適切に記録されている。
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	利用者に関する記録について個人情報保護法に基づい て、適切な管理が行なわれている。
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。	b	定期的に職員会議、月例会議、生活相談員・介護支援専門 員・管理栄養士による会議が行なわれ情報の共有が行なわれ ている。今後は、介護員毎の記録の扱いについて書式を整理 して統一化することが望まれる。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
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	天塩町ホームページに施設紹介を公開している。また、 見学が自由にできるように取り組んでいる。
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	サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記 載された重要事項説明書や利用契約書を利用者・家族に 説明している。
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	他事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継 続性に配慮した情報提供が行なわれている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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	サービス担当者会議で、利用者の身体状況や生活状況を 把握して、アセスメントを行なっている。今後は、認知 症に対応したアセスメントの把握も期待される。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービ ス場面ごとに明示している。	a	利用者一人ひとりの課題について、施設サービス計画に 記載され目標達成に向けた具体的な取り組みが定期的に 評価され見直されている。
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	利用者一人ひとりの施設サービス計画書が作成される体 制が確立され、実際に機能している。
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	ケアカンファレンスやサービス担当者会議で施設サービ ス計画書が評価・見直しされている。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	重要事項説明書、利用契約書の内容は適切であり、説明と同意に基づき適切に契約が締結されている。
A-1-(1)-② 施設サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	a	第三者の公平性が担保された入所判定委員会が開催され、利用者本人或いは法定代理人等によって直接契約の形態により締結されている。
A-1-(1)-③ 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。	a	利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。
A-1-(1)-④ 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。	a	ホームページによる施設案内とパンフレット等の内容は、分かりやすく適切な内容となっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
A-1-(2)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	b	利用者の意思や希望に応じて、新聞やテレビ等を自由に楽しめるようになっているが、利用者の主体性を尊重した取り組みは十分とは言えない。
A-1-(2)-② 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。	c	どちらかといえば、職員の業務の都合が優先され、利用者のジャージ姿が多く見られ衣服や整容など利用者の主体性の配慮に欠けている。
A-1-(2)-③ 施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。	a	事業所主催の夏祭りの実施や誕生会、クリスマス会参加など利用者の意向を十分に反映している。
A-1-(2)-④ 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。	a	面会時間、面会場所、プライバシーの尊重に配慮している。
A-1-(2)-⑤ 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。	a	正月、お盆、法事など外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて外出する際に車椅子の貸し出しなど支援を行なっている。
A-1-(2)-⑥ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	喫煙については、安全面に配慮した支援が行なわれている。
A-1-(2)-⑦ 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	b	利用者の預かり金については、規定を定め事故が生じない体制整備に取り組んでいる。また、十分とは言えない取り組みについては、具体的な改善に取り組んでいる。

A-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2-(1) アセスメント・施設サービス計画		
A-2-(1)-① 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。	b	サービス担当者会議が開催され、施設サービス計画に反映されているが、本人・家族等の参加は十分とはいえない。
A-2-(1)-② 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。	b	全ての職員が参加したケアカンファレンスやサービス担当者会議で施設サービス計画が話し合われているが、アセスメントの把握など十分とはいえない。
A-2-(1)-③ 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。	b	日常の介護について、自立支援や身体機能の維持・向上について具体的に反映されている。
A-2-(1)-④ 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。	b	施設サービス計画の目標が達成されるよう努力されているが、職員間の共有が十分とはいえない。
A-2-(1)-⑤ 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。	a	施設サービス計画の内容について利用者、家族に説明を行い、文書による同意を得ている。

2-（2） 食事		
A-2-（2）-① 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	a	管理栄養士が主体となって、栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。
A-2-（2）-② 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。	a	栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる職種間で協議し決定している。
A-2-（2）-③ 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。	a	栄養ケア計画に基づいたサービスが提供されている。また、医師などからの助言にもスピーディに対応されていた。
A-2-（2）-④ 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	b	テーブルの配置や職員の人員配置にも配慮されていたが、食前に飲む薬なのか食後に飲む薬なのか配薬が不明に感じられた。
A-2-（2）-⑤ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。	a	食事が適温で食べられるように、食品常温庫が配備されている。
A-2-（2）-⑥ 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。	a	食事は適時に提供され、時間的配慮が十分されている。
A-2-（2）-⑦ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	b	自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分とはいえないように見受けられたので、サービス担当者会議で話し合われることを期待します。
A-2-（2）-⑧ 利用者の身体の状況（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。	a	利用者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。
A-2-（2）-⑨ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。	a	管理栄養士と調理担当者のコミュニケーションが良く、利用者の希望に沿った適切な食事が提供できるように取り組まれている。
2-（3） 入浴		
A-2-（3）-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	b	利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情への配慮が行なわれているが、異性の入浴介助などまだ十分とはいえない。
A-2-（3）-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。	a	感染症に罹患している利用者の入浴順番を最後にするなどの配慮を行なっている。
A-2-（3）-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。	a	入浴の都度、浴室、浴槽、入浴介護用品などの衛生管理に十分な配慮をしている。
2-（4） 排泄		
A-2-（4）-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。	b	利用者のプライバシーの保護に、配慮が十分ではない。廊下などで職員同士大きな声で排泄の有無について話していた。
A-2-（4）-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。	b	オムツ使用など利用者の自立排泄を阻害する要因が見受けられた。また、排泄ケアサービスの質の向上の為に、便器・便座の改善について話し合われることを期待します。
A-2-（4）-③ 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みを行っている。	b	排泄の自立について、できるだけオムツに頼らない排泄ケアなど、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みについて改善が期待されます。
A-2-（4）-④ トイレは清潔で快適である。	c	便器にタオルが巻かれています。感染予防に問題があります。早急なる対策が必要と思われます。

2-(5) 整容・清潔		
A-2-(5)-① 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。	a	最低でも週1回はシーツなどの交換が行なわれている。
A-2-(5)-② 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。	b	利用者の身だしなみ等には配慮し、清潔保持のための支援を行なっているが十分とはいえない。
A-2-(5)-③ 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。	c	オムツ使用者には、ジャージ姿が多く見受けられる。利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援が必要と思われると共に利用者の自立排泄を支援する必要性も感じられた。
A-2-(5)-④ 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。	a	口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。
2-(6) 健康管理		
A-2-(6)-① 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。	a	町立病院で年1回利用者の定期健康診断が行なわれ、記録として整理されている。
A-2-(6)-② 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。	a	水分・食事摂取量、バイタルなど記録が整理されている。しかし、記録の職員間の様式の統一がされていないので、効率化・共有化のために整理されることを期待します。
A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。
A-2-(6)-④ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。	a	個々の利用者の水分摂取量が把握されている。しかし、記録の方法について改善の余地があります。
A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	入浴や清拭など、清潔面に適切な配慮を行なっている。
A-2-(6)-⑥ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。	a	必要に応じて、町立病院の医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携が行われている。
A-2-(6)-⑦ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。	a	利用者の救急時の対応については、町立病院の医師の協力を得るなど、適切な対応が行われている。
A-2-(6)-⑧ 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。	a	利用者の傷病状態に応じて、町立病院への受診や入院治療が適切かつスムーズに行える連携が確保されている。
2-(7) 衛生管理		
A-2-(7)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。	c	感染防止マニュアル、食中毒予防マニュアルが策定され、研修会にも参加して職員全員に徹底されている。しかし、トイレの便器にタオルが巻かれているのは、感染対策には望ましくないので早急な改善策を望みます。
A-2-(7)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	衛生管理マニュアルに基づき、温度・湿度管理、殺菌の作業点検など衛生管理体制が確立している。
A-2-(7)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。	a	手洗い、うがいの励行が実施され、来訪者にも徹底されノロウイルス対策が行なわれている。
A-2-(7)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。	c	事業所内の温度や湿度管理は配慮されている。しかし、厨房の空調設備については、事業所管理上、調理職員の健康管理・作業環境上、整備されることが望ましい。
A-2-(7)-⑤ 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。	a	感染防止マニュアル、食中毒予防マニュアルが策定され、研修会にも参加して職員全員に徹底されている。また、随時見直しも実施され対策されている。

2-（8） 機能回復訓練		
A-2-（8）-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、実施している。	a	理学療法士の指導のもと、ラジオ体操、口腔体操など個別プログラムを実施している。
2-（9） レクリエーション		
A-2-（9）-① レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。	a	塗り絵、歌唱、トランプ、将棋、オセロなど利用者の趣味や希望に応じて支援したり、中学生の吹奏楽や手品などのボランティアの協力を得て気分転換ができるように取り組みも行われている。
2-（10） 移動		
A-2-（10）-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	b	移動に関する個別ケアは行なわれているが、職員の業務時間の制約などで自力歩行が出来るにも関わらず車椅子での移動も見られ十分な配慮とはいえない。
2-（11） 認知症高齢者への対応		
A-2-（11）-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	介護支援専門員は、認知症に対する理解や知識を有する。しかしながら他職員については、認知症高齢者への対応が十分に理解しているとはいえず、適切な研修の機会の確保を期待します。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束委員会を設けて身体拘束ゼロに取り組んでいる。
2-（12） 看取りケア		
A-2-（12）-① 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。	c	看取りケアについては、現在配慮しているが医師不足で医療機関との連携が難しく苦慮している。
A-2-（12）-② 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。	c	家族等と終末期のありかたについて、相談は行なわれているが医師不足で対応が難しい。
A-2-（12）-③ 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。	c	地域的に医師不足が恒常化していて、医療機関との連携は行なわれているが看取りの実施までは至っていない。