



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ



サービス評価情報

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

事業所名称	コムスンのほほえみー之江
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
評価者	修了者No.H0301071 修了者No.H0201028 修了者No.H0201072
評価実施期間	2005年8月1日 ~ 2005年11月4日

■ 全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

・利用者が生活しやすい住環境

住宅街の一角に建てられた二階建て住宅で、生活しやすい住環境にある。狭いながらも利用者が自から草花や野菜を栽培できる庭があり、ベランダでは、屋外での食事を愉しむ事も出来る。隣近所にドラッグストア、ミニスーパーがあり、300メートル先には、利用者と職員が毎日の食材を買出しに行けるスーパーもある。喫茶店、食事処、銭湯など色々な店が点在し、自宅での生活と同じような時間を過ごす事もできる。

・計画に基づいた生活支援を職員に周知徹底する努力と工夫

本事業所は、開設後1年未満であることから、支援計画の充実や計画に基づいた支援の必要性を職員間に周知徹底する為に、入所当初以外は6ヶ月に一度と定めている計画の見直しの他に、ユニット毎に毎月、全利用者についてのアセスメントを全職員に義務づけ、様式に各自記載したアセスメント表を持ち寄って、2時間かけて検討しアセスメントの見直しを実施している。職員個々のアセスメント内容は、未だ十分なものではないが、これを継続することにより、今後、内容の充実と共に全職員による計画に基づいた支援の実施が期待できよう。

・利用者の健康維持支援

2週間に一度の往診医による診察や助言、3ヶ月に一度の健康診断等による健康管理。散歩、水まき、室内での体操等により体を動かす工夫を支援計画に基づいて実施する事による身体機能の低下防止。毎月、一回全利用者の歯科検診受診や毎日の口腔ケアの支援計画化と実施等、利用者の健康維持について出来るだけの事を実施する体制を整えている。

さらなる改善が望まれる点

・事業所独自の基本方針と事業計画の設定

本部の示した「コムスンの誓い」を基本に運営しているが、「誓い」を日常の業務運営に反映させる具体的計画が設定されていない。従って、事業所の基本方針として解決すべき課題の対応方針を定めることが必要と思われる。それを受けた解決への事業計画、職員の役割分担、日程を決めて着実に進める事が望まれる。

・支援計画の利用者説明の実施

支援計画は、家族に対して面会の機会を捉えてホーム長から説明がなされているが、現状は、利用者に対しては説明がなされていない。本事業所の利用者の中には状況理解や意思表出が可能な利用者も多く、サービスは利用者主体である事が重要視されることから、利用者の実情に合わせた計画の説明がなされる事が切に望まれる。合わせて、利用者や家族の要望やその変化についても誰が見ても分かる様式に明記されることを期待したい。

・事業所独自の手順書の作成と職員教育の計画化

本評価に係る訪問時には利用者への関わりについて質・量共に、職員間のバラツキが目立った。ホーム長は、毎月職員と個別に面談をし、要望やストレスの把握と解消に努めているが、これを職員育成の個別計画に発展させることも考えられる。本年度は、職員育成の個別計画や全体計画はなされていない。開設期のこの期に全体計画と共に個別計画に基づく育成が望まれる。また、開設以来、ホーム長の気づきや指示、諸会議での決定事項等を手順書として纏め、業務の標準化に役立てることも、バラツキの改善に役立つと思われる。

コメント

利用者（家族）調査は、記入者が読みやすいように文字を大きくするなど実施 事業評価は、組織マネジメント・サービス分析について各1日づつ訪問インタビュー・ 事業評価はインタビューの流れを崩さないことを目的に、評価のエビデンスとなる文書等の確認時間を聞き取り時間と別に設定 第三者性確保の為、評価者3名で実施（最低基準を上回る人数分の費用は評価機関負担） 社会福祉、認知症高齢者介護、組織マネジメントに関する専門家により実施

[組織マネジメント分析結果へ](#)

[サービス分析結果へ](#)

[利用者調査結果へ](#)

[事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財) 東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

評価の手法については、[こちら](#)をご覧ください。

事業所名称	コムスンのほほえみー之江
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2005年8月2日～2005年11月4日

* 組織マネジメント分析の結果 *

- ・リーダーシップと意思決定
- ・経営における社会的責任
- ・利用者意向や地域・事業環境の把握と活用
- ・計画の策定と着実な実行
- ・職員と組織の能力向上
- ・情報の保護・共有
- ・カテゴリ 1～7 に関する活動成果

リーダーシップと意思決定	評点
1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	
1. 事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している	A
2. 経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	A
3. 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情をふまえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	A

<p>【講評】 本部で統一的に作った「コムスンの誓い」4か条があり、これをユニット内に掲示すると共に、朝礼時唱和してその徹底に努めている。これは全百数十施設共通の方針であり、「真心を込めて介護を行う」など一般的な心構えを示したものである。開設後一年と日の浅い当事業所としては、施設の置かれた現状に見合った更に踏み込んだ独自の具体的な方針を決める事が必要で、ホーム長もそれを認識しているので、今後、職員の意見を取り入れながら、自分たち手作りの基本方針が定められることを期待したい。 利用者へ日常繰り返し行われるサービス提供を除いて、重要な事項を決定する場合の手続きは、原則ホーム長を通じて、本部による承認が必要とされている。従って、稟議決裁による決定権の範囲等についての規程は定められていない。今後は、職員の自主的活動を促進するため、ホーム内での役割分担を明らかにすることも大切であり、日常の業務を通じて、具体例を整理しながら、ホーム長、ユニットリーダー、職員の行う業務分担を明文化することも必要と思われる。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>経営における社会的責任</h2>	<p>評点</p>
<p>1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる</p>	<p></p>
<p>1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している</p>	<p>A</p>
<p>2. 第三者評価の導入・外部監査、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている</p>	<p>B</p>
<p>3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている</p>	<p>—</p>
<p>2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている</p>	<p></p>
<p>1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある</p>	<p>—</p>
<p>2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している</p>	<p>—</p>
<p>3. 地域の関係機関との連携を図っている</p>	<p>B</p>
<p>【講評】 職員の守るべき規範は本部で纏めたものが入社時教育の際に各人に渡されている。この他、ホーム長が基本法規について必要な箇所の抜粋を作り徹底する工夫をしている。一方、日常の介護に必要なマニュアルは整備されているものの、例えば、事故、徘徊、災害発生など緊急時の対応についての手順、心得等、重要な事項で欠けているものがある。今後日常業務の流れに従って系統的に点検の上、不足している基準の整備を進めることが必要である。更に、実践的な訓練を通じて職員にそれを体得させることが望まれる。 日頃の事業所の活動内容など開かれた施設となるための地域の人々に対しての情報開示については、個人情報保護の観点から慎重である。しかし、利用者が新しい住民として地域に溶け込んだ生活を送るためには、地域の理解、協力が不可欠であり、利用者のプライバシーに配慮しながら事業所便りなどを発行する事は可能であり、今後色々な手段、機会を使って情報を発信する努力を期待したい。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</h2>	<p>評点</p>
<p>1. 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している</p>	<p></p>
<p>1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）</p>	<p>A</p>

2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる	B
3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している	B
<p>【講評】</p> <p>利用者・家族の苦情要望については、事業所の1階受付窓口に「ご意見箱」を置いて訪問の際に自由に投書できるようにしており、過去6ヶ月で、家族から2件の要望が出され、夫々解決処理した。この他に、本部にあるコールセンターにも家族からの要望2件が寄せられ、本部からの連絡により夫々家族に対して回答し解決した。現状は当該家族に直接回答するに止まっているが、利用者や家族全体への公表により事業所の透明性の一端とすることやサービス・運営の改善に繋げる情報源ともする事が期待される。</p> <p>家族の要望を把握するために、6月にアンケート調査を実施した。今後も定期的に行ってサービス向上に活用したいと考えている。なお、今回の調査は、各家族の要望に対して個別に対応したに留まっており、総合的に問題点を整理把握して、その分析結果を施設サービスの質の向上に結びつけるまでには至っていない。今後は、結果を活用してレベル向上に取り組むことを期待したい。</p> <p>地域の福祉事業に対する要望については、行政の主催する第1回グループホーム事業者会議が6月に行われ参加した。今後年2回開催される予定なので、これに積極的に参加して、他のグループホームとの交流を深めたいとしている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
計画の策定と着実な実行	評点
1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している	C
2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	C
3. 着実な計画の実行に取り組んでいる	C
2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	
1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	B
<p>【講評】</p> <p>ホーム会議、ユニット会議等の予定や年間行事の実施予定等は大まかに策定されているが、組織運営全体に関わる計画書は確認できない。本部の理念や追加した独自の理念を日常の業務に反映させるための課題の設定、その計画的な実施については、これから段階にある。ホーム長は「今日のこと、1ヶ月計画、1年計画、3年計画、10年計画と常に先のことを考えている」とのことであり、今後、これらの内容を文書化し、職員との合意により実施に結びつけるような体制作りが望まれる。</p> <p>日常業務上の課題を取り上げ検討する仕組みは未だ整備されていないが、ホーム長が課題と思われる業務の中から観察してホーム会議で提案し、業務改善を行っている。これまで、業務の明確化や記録方法の修正などの業務改善を行ってきたが、組織的に改善を計画し、それに基づいて実施し、経過や結果を評価する仕組みに繋げるために、これまでの努力を記録化しておくことが望まれる。</p> <p>入居者の安全確保や事故対策は、事故報告書として全て本部へ即時報告する仕組みになっており、現場の判断や対応に対して本部から指示を受ける体制になっている。その内容については、すべて文書で職員に周知し、発生した事例を見る限りでは事故・トラブルへの対策から入居者の安全性の確保に取り組んでいると言える。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
職員と組織の能力向上	評点

1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		
1. 事業所にとって必要な人材構成にしている		B
2. 職員の質の向上に取り組んでいる		B
2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		
1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		B
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる		B
<p>【講評】 職員の教育は、入社時に本部で2日間の総合研修で組織・事業展開・規則・基本的技術の講習を受けることになっており、各人が研修用の資料を保管し、これがマニュアルの一部となっている。入社時研修以外にも、集合教育は本部の機能として発信されるようになっている。当事業所では、研修受講後は、レポートの提出を求めホーム会議に於いて報告し、職員全体で共有することとしている。職員からの研修希望やキャリアアップ講習の申し出にはホーム長が判断し奨励する方針である。 新設施設でもあり、職員の意識の把握やストレスの把握等を目的として、ホーム長は職員一人ひとりと毎月全職員に対して面談を実施している。また、職員個々の育成計画は策定されていないが、介護計画によるサービスの提供の重要性を職員に意識づけるため毎月全利用者のアセスメント情報のモニタリング会議を実施している。この会議には、全利用者に対して事前にモニタリングした書面を持ち寄ることを全職員に義務づけている。この積極的姿勢は、職員教育の一環として評価することができる。 </p>		<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px;"> 評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！ </div>
<h2 style="color: orange;">情報の保護・共有</h2>		評点
1. 情報の保護・共有に取り組んでいる		
1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる		B
2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨をふまえて保護・共有している		A
<p>【講評】 運営に必要な情報は主として本部からファックスや電子メールにより配信されている。これらの諸情報は、ホーム長・事務職員・ユニットリーダーの3者が管理している。受信した情報を分類し、職員が使いやすいように整理保管することが望ましい。 利用者の個人情報は、出来る限りを氏名の明記に代えてイニシャル化し、記録は事務所の施錠可能な書庫に保管している。家族に対しては個人情報の取り扱いについて、契約書に明記し同意を得ると共に、ホーム内玄関に個人情報保護の取り扱いを明示し、更に、配布用印刷物を配備している。ロッカールームや事務所にも同様のものを掲示し、職員へ周知にも努めている。 </p>		<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px;"> 評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！ </div>
<h2 style="color: orange;">カテゴリー1～7に関する活動成果</h2>		評点
1. 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している		

1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1：「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2：「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4：「計画の策定と着実な実行」	A
2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している 1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5：「職員と組織の能力向上」	A
3. 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している 1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6：「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7：「情報の保護・共有」	A
4. 前年度と比べ、事業所の財政面において向上している 1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している	C
5. 前年度と比べ、利用者の意向や苦情対応の面で向上している 1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分や利用者満足状況調査などにおいて改善傾向を示している ・カテゴリー3：「利用者意識や地域・事業環境などの把握」	B
【講評】 事業所開設後、1年が過ぎた。何も無いところから、徐々に仕事の進め方、段取りなどに工夫をして、利用者の生活し易い場を作る努力を重ねてきた。日常気付いた改善事項、工夫を管理記録に残しているが、体系的に手順書として整理し、職員間で共有化、或いは新人の手引きとして活用するまでには至っていない。メリハリを付けて、真に必要な手順・基準を整備する事が大切である。 サービスの提供に当たって、開設当初は職員、利用者共に安定せず、日常生活にメリハリをつけるようなサービスの提供が困難であったと言う事であるが、現状は、全員にと言うわけには行かないが、利用者個々の個性等の特徴を生かしたサービス提供が出来るようになっている。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

[全体の評価講評へ](#) [サービス分析結果へ](#) [利用者調査結果へ](#) [事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

評価の手法については、[こちら](#)をご覧ください。

事業所名称	コムスンのほほえみー之江
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
事業評価実施期間	2005年8月2日～2005年11月4日

* サービス分析の結果（サービス提供のプロセス項目）*

サービス情報の提供						
・サービス情報の提供 ・サービスの開始・終了時の対応 ・個別状況の把握・記録 ・プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 ・事業所業務の標準化 ・サービスの実施						
サービス情報の提供						評点
1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している						B
【講評】 グループホームについての情報提供は、本部がホームページ、パンフレットなど様々な媒体を使って行っている。しかし、全社的な紹介情報のため、盛り込む内容には限界がある。当事業所としては、現状、満室であり情報提供しても直ぐ受け入れられないという事情から、詳しい情報提供には消極的である。しかし、時代の要請、福祉事業の流れからは、今後、事業所として提供するサービスの特色、思いなどを会報、葉などとして、提供する積極的な姿勢も求められている。 最近半年の利用希望者からの問い合わせは、月2件位、又、見学要望は、月1件程度である。見学では、時間の制限は設けず、利用者に迷惑の掛からない範囲で自由に見学でき、又、ありのままの普段の生活を知って貰いたいと考えている。なお、現在は見学者に施設内部を見てもらって、疑問・質問に答えると言う受身の対応をしている。満室で、希望を直ぐ叶えられないためである。しかし、利用を希望している場合もあり、サービスの選択に役立つ様、サービス提供の考え方・特色・重点等は積極的に説明する事が期待される。 事業所の情報は、本部が発行するグループホーム関連の情報誌等と共にリーフレットを行政、居宅介護支援事業者などに配布し、利用者の情報源として役立つ様に配慮している。しかし、これらのものは、本部が運営しうる全事業所を網羅するものであり、当事業所のサービス情報の提供とはなり得ない。今後、事業所のサービスに関する情報を広く社会に発信し、事業所としての透明性の確保と共に将来の利用者を含めてサービスの選択に資することを期待したい。						評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

サービスの開始・終了時の対応		評点
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		A
2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		B
<p>【講評】 サービスの開始にあたり、ホーム長と本部の関係職員が訪問し、利用者及び家族に対してサービス内容や負担金等の重要な事項について、読み合わせながら説明し、理解が得られるまで再訪問することもある等、合意に時間をかけている。その際、家族や利用者の要望等も把握して、内容を支援計画表1表に纏めているが、支援計画の元になるアセスメント情報としてアセスメント様式に要望の記載欄が欲しい。 利用開始直後には、使い慣れた家具、寝具等馴染みの物の持ち込みを勧めることで安心できる住環境を整え、申し送りと入所後10日目に職員全員で支援計画を作成する等により職員間の情報の共有化や観察度を高め、利用者には環境に慣れてもらうことを主眼に不安やストレスの軽減を図っている。また、飲酒や喫煙、毎日の散歩、入浴等についても、事前に得たアセスメント情報から入居前の生活習慣を出来る限り尊重して、生活が継続できる支援に努めている。 居宅生活への復帰、医療施設への入所等、サービス終了時の支援は、要求があれば介護サマリーや医療情報を提供することとしているが、生活環境の変化による不安への対応や関係機関間の連携等による支援については、まだ、基準を持っていない。職員やサービス体制を整える中で、徐々に、サービス終了時の対応についても支援の標準となる規程を定めておくことが望まれる。 </p>		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
個別状況の把握・記録		評点
1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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 ⁺
2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		B
3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		B
4. 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>【講評】 利用者個別の要望や課題については、日頃の支援や記録等を元に各職員が全利用者について計画案として明示し、書式を持ち寄って協議の上決定しているが、計画の策定に当たっては本部の方針もあり、利用者よりも家族の意思が優先されている。利用者本位に立ち返って再検討が望まれる。計画の見直しは、通常は6ヶ月毎であるが、利用開始当初は、10日、1ヶ月、3ヶ月目と短期間の見直しとしている。利用者の体調の変化等緊急に計画の見直しが必要な場合は、ユニットリーダーの発案で会議が招集される。 策定された計画の家族に対する説明は、面会の機会を捉えてホーム長が実施しているが、面会のない家族に対しては書面の送付に留まっている。ホームの方針についての理解を得る意味でも何らかの方策により、説明の機会を持つことが期待される。また、利用者に対しては説明がなされていない。その方法や内容に工夫を加え、利用者の状況に合わせて説明されることを是非とも期待したい。 記録は、時間を追って利用者の行動や職員の感想を記している。職員が関わった事柄について記すように周知しているが具体化が難しいとの事である。支援計画との関連事項の記載はあるものの、支援による利用者の変化を記録から読みとることは難しい。記録は、ホーム長が内容を見て明確な方針を持って指導しており、改善が期待できる。 </p>		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

評点	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重
A	1. 利用者のプライバシー保護を徹底している
B	2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している
<p>【講評】</p> <p>利用者のプライバシー保護については、取扱い規程を入口に掲示すると共に、栄を備え付けて家族などが持ち帰れる様にして周知を図っている。また、職員が日常、利用者に接する場合には、言葉遣い、支援の仕方等の面でホーム長が中心となって職員教育に努めている。しかし、職員の対応には、若干のバラツキがあり、更に徹底を図る上で、職員の自主的な勉強会、セルフチェックなどを通じて自然に行動できる様に身に着ける努力を期待したい。</p> <p>職員は利用者がその意思のままに毎日の生活を送れる様に配慮しながら支援に努めている。ただ、職員の関わりは意思表出が可能な利用者に偏り勝ちである。日常のコミュニケーションを通じて、また、一層の職員間の検討により、この自由に自己表現できない利用者の気持ちに、多くの職員が近づける日が来ることを期待したい。</p> <p>虐待被害にあった利用者は、これまで認められていないが、今後新しい利用者の自宅訪問時、入居後の観察等について虐待被害の把握に関する留意点をマニュアルとして纏めると共に、関係機関連絡先も予め明確にして置くことが望まれる。また、日常の職員の対応についても、言葉がけが特定の利用者に偏るなど無意識の虐待に陥らないように職員同士で確認し合い、常に意識する習慣を身に着けることが期待される。</p>	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
評点	事業所業務の標準化
B	1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
B	2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている
A	3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している
<p>【講評】</p> <p>「ほほえみの仕事の手順」と題して本部で作成した手順書がある。ベッドメイクから入浴、排泄、散歩など利用者の日常生活に即して留意事項を規定している。この他、事業所で日常気付いた補足事項をホーム長が毎日の管理記録に付記して職員に注意を喚起している。しかし、管理記録として、あらゆる記録と一括されており、例えば、これを新人教育に使う等、目的を持って使用するには整備が必要である。今後、マニュアルとして、その都度纏めれば、手間も掛からず事業所の特性に合った良い基準書となるので、工夫が期待される。</p> <p>意識して毎日の仕事のレベルを見直すまでは至っていない。今後、定期的に手順書の内容の見直しや、職員の行動が基準に合っているかを指導者が重点的に確認する、或いは、職員がセルフチェックするなど仕組みを整えることが望まれる。</p>	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！

* サービス分析の結果（サービスの実施項目）*

サービスの実施	評点
1. 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	B
<p>【講評】</p> <p>毎月、各ユニット毎に全職員が全利用者について、観察した現状を規定の書式にまとめ、これを持ち寄ってモニタリングを実施し、介護計画と日頃の支援との関連の意識づけに努め、工夫もしている。利用者とのコミュニケーションについては、会議で利用者個々の最もよい方法について意見を出し合い、全員が共通して同様の関わりをする事が出来るよう工夫している。</p> <p>生活は、無理をせず自由にもらうことの大切に、出来る限り入居前の生活習慣を継続できるよう、支援することに努めている。洋裁が得意な利用者にお手玉の作成や他の利用者の衣類の縫い物の場面を創る、映画好きの人にリビングで映画を見ながら解説をしてもらう、読書好きだった人に書物を媒介に職員が関わりを持つ、時節に応じてお経を上げる機会を創る等が一部の利用者には実施されているが職員の関わりは一定しない。こうした支援が、すべての利用者に標準化される日が近いことを期待したい。</p>	
2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	B
<p>【講評】</p> <p>食事の献立は、毎日利用者に聞き、食べたいものを取り入れて、季節感のあるものにするようにしている。入浴は、いつでも希望する時入浴が出来、その日の勤務者の内、利用者が一緒に入りたいと思う人が介助することにしている。事業所内外での習い事は未だ実現していないが、ゲーム、卓球、キャッチボール等のレクリエーションは、利用者の意向を確認しながら実施している。</p> <p>ホームでの生活は、消灯時間や起床時間を定めず、飲酒、喫煙等を含めて基本的に自由で強制されることはない。しかし、玄関が施錠されていない関係や家族の要望があり、各ユニットの出入口は施錠されており、職員の介助なしに出ることは出来ない。一般に、本部の方針もあり、利用者の意思と家族の意思が異なる場合は、家族の意思が優先されており、出かけたいときに利用者が自由に出かけることが出来るよう、利用者の立場に立った調整や工夫等が行われていない点が気になるところである。</p>	
3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている	B
<p>【講評】</p> <p>食材の買い出しや食事の下ごしらえ、配膳、下膳等の食事に関する家事や身の回りのことは、支援計画化している。現場では、掃除、食事の支度、洗濯物たたみ等々、日常生活上で利用者の特徴に応じた言葉かけをし、利用者の力量を上手く引き出し、活動に繋げている。今後は、職員による関わりのバラツキが改善されることが望まれる。</p> <p>ホーム内での利用者一人ひとりに応じた生活への参加という点では、ホーム長は、利用者個々の生活支援と言うよりも、時間で生活を流してしまっている多い事を課題とし、利用者個々を主体とする生活の支援を職員間に徹底したいとしている。</p>	
4. 利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている	A
<p>【講評】</p> <p>食事を提供する際には、支援計画に利用者の好みや咀嚼力を把握して、堅いものは刻む等献立に生かしている。排泄は、排泄チェック表により利用者の排泄リズムを把握し、1時間毎、2時間毎の誘導やおむつ交換を実施している。職員によって利用者のサインを見落とすこともあり徹底はしていないと言うが、1時間に度々トイレに通っていた人が1時間に1度になり、通常の下着をつけるようになった例もある等、気持ちのよい着衣と排泄の自立に向けて、職員の努力が払われている。</p> <p>入浴は、15人の利用者が介助を必要としており、時間・回数等は、原則として利用者の気持ちに任せ、支援計画に基づいて介助がなされている。</p> <p>居室や食堂など共有スペースの清掃は、利用者の力量を生かしながら基本的には毎朝、職員と実施している。ふき掃除後は床が滑り易くなるため、共同スペースは夜間に清掃することとし、手すりもアルコールで拭き、汚れた場合は隨時に清掃するなど、利用者の健康と清潔に配慮している。</p>	
5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	A

【講評】

往診医が2週間に一度、来所しており、利用者の健康状態について様々な助言を受けることが出来る関係にある。家族に対しては、皮膚疾患を含めて通常と異なる状況を発見した場合にすべて報告し、緊急時以外は対処について相談の上実施することになっている。また、3ヶ月に一度健康診断を実施し、医師から直接家族に利用者の健康状態について文書で報告されている。

利用者の健康維持や身体機能の低下については、食生活を充実させることや、散歩、水まき、室内での体操等により体を動かす工夫を支援計画に基づいて実施している。服薬については、個別の薬箱への配薬から服薬介助までを勤務帯に応じて役割を定めて実施している。開設当初、配薬ミスがあり、利用者の薬袋を一つにする、薬袋に服薬時間を記す等、確認をしやすくし改善されている。

毎月、一回全利用者が歯科検診を受け、毎日の口腔ケアを全員が実施出来るよう必要な場合は誘導や介助により支援している。また、職員は、救急救命の講習を受け、利用者の急変に対応できるようにしているが、緊急時は救急車を呼ぶことを原則としている。往診医と連絡を取り、指示を仰ぐことも可能である。

6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

B

【講評】

利用者相互の交流等については、普段交流のない人同士で買い物に出るように誘導する様にしているとのホーム長の説明であった。現場では、食事時には職員が介在して利用者間の会話をリードするなどの支援も見られたが、職員により、また、ユニット間の違いも大きく、全般には、利用者の自発性や力量に委ねられるなどの感想を持った。記録等からホーム長の説明を確認することは困難であった。

利用者一人ひとりがその趣味や特技を生かした生活をしているとは言えないが、概ねの利用者は日常生活の何処かでそのような場面に出会えるよう職員は工夫している。開設後一年未満のホームとしては、ここでの生活が、利用者一人ひとりに応じて作られ支援されていると言うところまでには至っていないのもやむを得ない。

ホームの雰囲気は、ホーム長は、平素はシンプルで清潔な空間とし、季節毎に飾り付けをして季節感を出したいと考えている。訪問時は、居室、共同スペース共に、装飾や植栽も乏しく、グループホームの特徴である家庭的な雰囲気に乏しいと感じた。利用者が憩える空間の検討と工夫が欲しい。

7. 家族等と関係を持ちながら運営している

A

【講評】

利用者毎のバースデーパーティー、子どもの日、運動会等、毎月、某かの行事を実施し、家族へ参加を呼びかけている。バースデーパーティーは、当該利用者の家族と共に会食をし、交流をする機会としている。

家族には、健康状態を含め細かな連絡をし、了解を得ながら支援をすることにしている。多くの利用者に家族の面会があり、面会の機会を捉えて必ずホーム長が利用者の近況を報告し、交流の機会ともしている。家族会を6月に開催し、今後、半年に1度開催予定である。ほとんど面会のない家族もあるが、現在のところ、この場合の関わりが持てていない。利用者が家族の関係を維持継続することが出来るよう、支援が期待される。

8. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

B

【講評】

現時点では、町内会の回覧板により、地域行事を中心に情報収集し、利用者に知らせ、地域の祭り、盆踊り、カラオケ大会等に参加をしているが、日常の生活において、地域との接点がもてるような情報収集を期待したい。

利用者と地域の人々との交流は、美容院や床屋、散歩時の会話等自然発生的なものに限られ、地域の人々とコミュニケーションをする機会を積極的に創るような取り組みはなされていない。

評点の内容
詳しい内容は
こちらをクリック！



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

事業所名称	コムスンのほほえみー之江
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
利用者調査実施期間	2005年8月2日 ~ 2005年9月2日

調査概要

調査対象：1. 性別：男性5人、女性13人 2. 平均要介護度：2.5（更新手続き中の2名を除く） 3. 平均年齢：80歳 4. 車いすを使用している人2人 5. おむつ使用者 10人 6. 平均在籍年数：1年未満（平成16年11月開設）

調査方法：1. 利用者等の個人情報保護のため、事業所を経由して調査票を利用者家族等に配布し、郵送により評価機関が直接回収
2. 9月5日評価者2名により事業所を訪問し、生活の様子を見せてもらう（コミュニケーション法）

利用者総数：18人 調査対象者数：18人 有効回答者数：12人

調査対象者数に対する回答率：66.7%

調査項目：[共通評価項目](#)

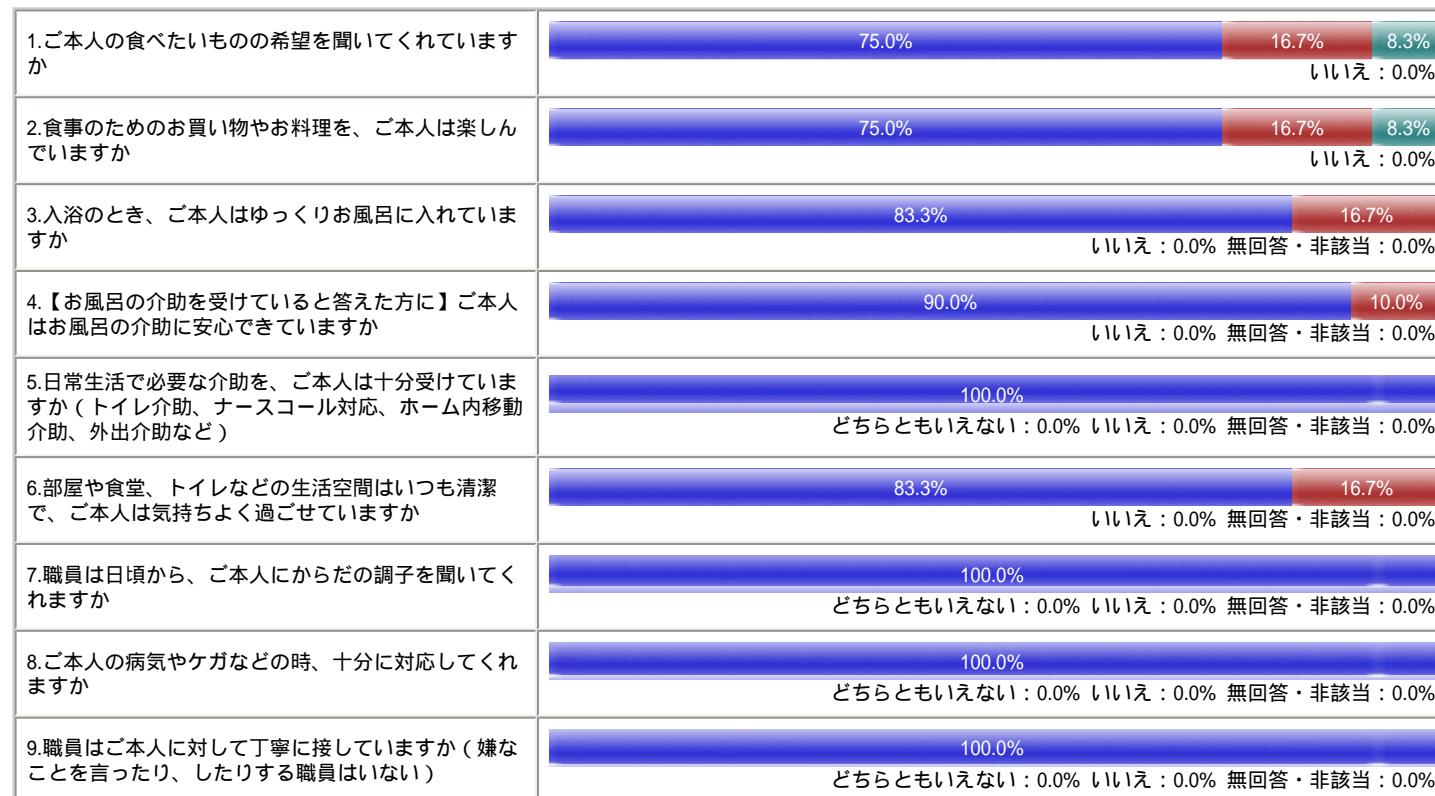
調査結果のコメント

1. 平成16年11月に開設。住宅街の一角に建てられた二階建て住宅で、隣近所にドラッグストアー、ミニスーパーがあり、300メートル先には、利用者と職員が毎日の食材を買出しに行けるスーパーもあり、喫茶店、食事処、銭湯などが点在し、生活し易い住環境にある。過去に現場の経験を積んだ職員も多い。家族の自由意見欄には、担当職員が分からぬ、トイレの使用法に対する助言、ホーム長交代後のケアの改善、感謝等々様々な意見が寄せられているが、開設当初に比してケアが改善されていることを伺わせる内容が多い。
2. 設問に対しての評価者のコメント　問1：変化や栄養のバランスに配慮して、本部から管理栄養士が作成した献立表が来ている。献立に行き詰った時のヒントにしているとのことであった。調理に参加する人は概ね決まっている。問2：男性にも参加出来るよう上手く誘導している場面があった。問4、5、7、8、9は、回答者全員が肯定的な回答をしている。問14：ボランティアは入っていない。地域住民との交流は地元の美容院や床屋の利用時、祭りへの参加時である。問20：契約時に利用者が同席したと回答した2人が母数である。

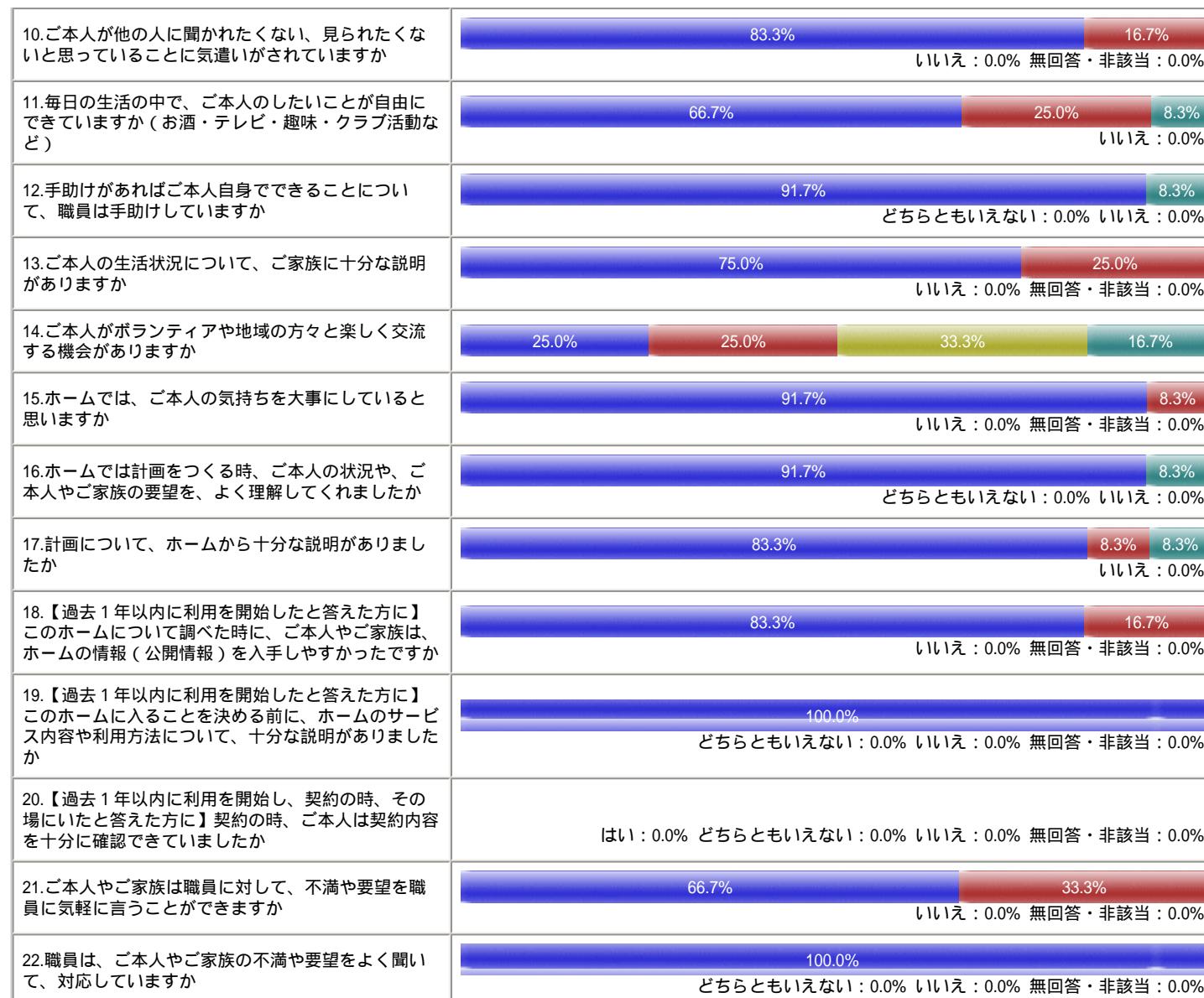
利用者調査の結果

読みあげソフトをご利用のかたへ
パーセンテージの読みあげは「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の順番で読みあげられます。

■はい ■どちらともいえない ■いいえ ■無回答・非該当



各サービスにおける利用者調査結果



■ はい ■ どちらともいえない ■ いいえ ■ 無回答・非該当

[全体の評価講評へ](#) [組織マネジメント分析結果へ](#) [サービス分析結果へ](#) [事業者のコメント](#)

[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

リーダーシップと意思決定

1-1-1. 事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している

評点	A			
標準項目	○	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を明示している		
	○	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている		
	○	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている		
	○	重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みを行っている（会議中に確認できるなど）		
A+の取り組み				

1-1-2. 経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている

評点	A			
標準項目	○	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている		
	○	経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している		
A+の取り組み				

1-1-3. 重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情をふまえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

評点	A	
標準項目	○	重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている
	○	重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している
	○	利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティーについて](#)
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財) 東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ



サービス評価情報

経営における社会的責任

2-1-1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

評点	A	
標準項目	○	福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などを明示している
	○	全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるように取り組んでいる
A+の取り組み		

2-1-2. 第三者評価の導入・外部監査、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

評点	B	
標準項目	○	第三者評価・外部監査の実施など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる
	✗	透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法（事業者便り・会報など）で地域社会に事業所に関する情報を開示している
A+の取り組み		

2-1-3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている

評点	-	
標準項目	-	実習生の受け入れに対する基本方針・取り組み体制を明確にしている
	-	効果的な実習ができるよう計画的なプログラムを用意している
A+の取り組み		

2-2-1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

評点		
標準項目	—	事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している（施設・備品等の開放、個別相談など）
	—	地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動（研修会の開催、講師派遣など）を行っている
A+の取り組み		

2-2-2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

評点		
標準項目	—	ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している
	—	ボランティアの受け入れ体制を整備している（担当者の配置、手引き書の作成など）
	—	ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている
A+の取り組み		

2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

評点		
標準項目	○	地域の関係機関のネットワーク（事業者連絡会など）に参画している
	✗	地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

3-1-1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）

評点	A	
標準項目	○	苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている
	○	利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる
A+の取り組み		

3-1-2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点	B	
標準項目	○	利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる
	✗	事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している
	○	利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる
A+の取り組み		

3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点	B	
標準項目	○	地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる
	○	福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる
	✗	事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティーについて](#)
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財) 東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

計画の策定と着実な実行

4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点	C	
標準項目	×	理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している
	×	年度単位の計画を策定している
	×	短期の活動についても、計画的（担当者・スケジュールの設定など）に取り組んでいる
A+の取り組み		

4-1-2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

評点	C	
標準項目	×	課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている
	×	課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている
	×	計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）をふまえて策定している
	×	計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）をふまえて策定している
A+の取り組み		

4-1-3. 着実な計画の実行に取り組んでいる

評点	C	
標準項目	×	計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している
	×	計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている
	×	計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している
	×	計画推進にあたり、進捗状況を確認し（半期・月単位など）、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる
A+の取り組み		

4-2-1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点	B	
標準項目	×	利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している
	○	発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している
	○	再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報

職員と組織の能力向上

5-1-1. 事業所にとって必要な人材構成にしている

評点	B	
標準項目	×	事業所の人事制度に関する方針（人材像、職員育成・評価の考え方）を明示している
	○	事業所が必要とする人材をふまえた採用を行っている
	○	適材適所の人員配置に取り組んでいる
A+の取り組み		

5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

評点	B	
標準項目	○	職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している
	×	職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成（研修）計画を策定している
	×	個人別の育成（研修）計画をふまえ、OJTや研修を行っている
	○	職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している
	×	職員の研修成果を確認し（研修時・研修直後・研修数ヶ月後など）、研修が本人の育成に役立ったかを確認している
A+の取り組み		

5-2-1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点	B	
標準項目	×	職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している
	○	職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる
	○	職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる
A+の取り組み		

5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

評点	B	
標準項目	×	事業所の特性をふまえ、職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格、賞賛など）が連動した人材マネジメントを行っている
	○	就業状況（勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる
	○	職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる
	×	福利厚生制度の充実に取り組んでいる
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報

情報の保護・共有

7-1-1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる

評点	B	
標準項目	○	情報の重要性や機密性をふまえ、アクセス権限を設定している
	✗	収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している
	✗	保管している情報の状況を把握し、使いやすいうように更新している
A+の取り組み		

7-1-2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨をふまえて保護・共有している

評点	A	
標準項目	○	事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している
	○	個人情報の保護に関する規定を明示している
	○	開示請求に対する対応方法を明示している
	○	個人情報の保護について職員（実習生やボランティアを含む）が理解し行動できるための取り組みを行っている
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

カテゴリー 1 ~ 7 に関する活動成果

8-1-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー1：「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリー2：「経営における社会的責任」
- ・カテゴリー4：「計画の策定と着実な実行」

評点	A
改善の成果	・ホーム長が毎月職員と時間をとって、全員との個別面談を行うようにした。その結果相互の意思の疎通が円滑に行えるようになりつつある。

8-2-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー5：「職員と組織の能力向上」

評点	A
改善の成果	・研修計画や職員個々の育成計画の策定は実施できていない。しかし、介護計画によるサービスの提供の重要性を職員に意識づけるため毎月全利用者のアセスメント情報のモニタリング会議を実施している。この結果、徐々に職員に中に介護計画と日常のサービス提供についての関係が、認識されるようになってきている。

8-3-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリー6：「サービス提供のプロセス」
- ・カテゴリー7：「情報の保護・共有」

評点	A
改善の成果	・サービス提供に当たってのアセスメントとそのモニタリングを全利用者に対して毎月実施し、利用者の状況について共有する事が出来るようになっている。 ・全利用者に対して実施できているわけではないが、居宅生活当時の趣味等を生かして、その利用者らしい生活支援が実現している部分もある。

8-4-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、財務諸表など財務に関する指標において改善傾向を示している

評点	C
改善の成果	

8-5-1. 前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分や利用者満足状況調査などにおいて改善傾向を示している

- ・カテゴリー3：「利用者意識や地域・事業環境などの把握」

評点	B
改善の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・施設開設後、一年が経過した段階で、利用者・家族・職員がお互いに理解しあう時期であった。意向要望の把握については、家族にアンケート調査を一度実施した。今後、積極的に、利用者の意向を把握するように努めることを考えている。

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) |
 [メルマガ登録](#) |
 [ご意見・ご要望](#) |
 [特集](#) |
 [アクセシビリティーについて](#)
[制度・用語解説](#) |
 [財団ホームページ](#) |
 [サイトマップ](#) |
 [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



とうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

サービス情報の提供

1-1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している

評点	B	
標準項目	○	利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している
	×	利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている
	×	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	○	利用者の問い合わせや見学（可能な場合）の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財)東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

サービスの開始・終了時の対応

2-1. 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

評点	A	
標準項目	<input type="radio"/>	サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している
	<input type="radio"/>	サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている
	<input type="radio"/>	サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している
A+の取り組み		

2-2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

評点	B	
標準項目	<input type="radio"/>	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している
	<input type="radio"/>	利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している
	<input type="radio"/>	サービス利用前の生活をふまえた支援をしている
	<input checked="" type="radio"/>	サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている
A+の取り組み		

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

個別状況の把握・記録

3-1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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

評点	A ⁺
標準項目	○ 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している
	○ 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している
	○ アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている
A+の取り組み	・ ユニット毎に職員全員が全利用者のアセスメントのモニタリング内容を様式に記載して持ち寄り、毎月2時間のカンファレンスでモニタリングを実施する等、職員全員参加による内容の濃いアセスメントの見直しが実施されている。

3-2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している

評点	B
標準項目	✗ 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている
	✗ 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている
	○ 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している
	○ 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している
A+の取り組み	

3-3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点	B	
標準項目	○	利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある
	✗	計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している
A+の取り組み		

3-4. 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

評点	A	
標準項目	○	計画の内容や個人の記録を、関係する職員すべてが共有し、活用している
	○	申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している
A+の取り組み		

[戻る](#)[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) | [メルマガ登録](#) | [ご意見・ご要望](#) | [特集](#) | [アクセシビリティについて](#)
[制度・用語解説](#) | [財団ホームページ](#) | [サイトマップ](#) | [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財) 東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報

プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

4-1. 利用者のプライバシー保護を徹底している

評点	A
標準項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者について他機関へ照会する際、利用者の承諾を得るようにしている ○ 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している ○ 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている
A+の取り組み	

4-2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点	B
標準項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している（利用者が「ノー」と言える機会を設けている） ✗ 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している ✗ 虐待被害にあった利用者がいる場合には、必要に応じて関係機関と連携しながら対応する体制を整えている ○ 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている
A+の取り組み	

[戻る](#)



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ
前に戻る

サービス評価情報

事業所業務の標準化

5-1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点	B
標準項目	○ 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている
	○ 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている
	✗ 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している
	○ 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している
A+の取り組み	

5-2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点	B
標準項目	✗ 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている
	○ 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている
	○ 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる
A+の取り組み	

5-3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点	A
標準項目	○ 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている
	○ 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している
	○ 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている
	○ 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している
	○ 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている
A+の取り組み	

[戻る](#)

[このページのトップへ](#)

[とうきょう福祉ナビゲーションとは](#) |
 [メルマガ登録](#) |
 [ご意見・ご要望](#) |
 [特集](#) |
 [アクセシビリティーについて](#)
[制度・用語解説](#) |
 [財団ホームページ](#) |
 [サイトマップ](#) |
 [利用規約](#)

Copyright(C)2003 (財) 東京都高齢者研究・福祉振興財団



どうきょう福祉ナビゲーション

福祉サービス第三者評価

サイトマップ

前に戻る

サービス評価情報

サービスの実施

1. 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している

評点	B
標準項目	○ 介護計画に基づいて支援を行っている
	○ 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している
	✗ 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている
	○ 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている
A+の取り組み	

2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている

評点	B
標準項目	○ 食事に利用者の意思を反映している
	○ 入浴は利用者の意思を反映している
	○ レクリエーションや習い事等への参加は利用者の意向に沿っている
	✗ ホームでの生活は、他の利用者への迷惑や健康面などに配慮したうえで、原則として自由である
A+の取り組み	

3. 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるような支援を行っている

評点	B
標準項目	○ 食事に関する一連の行為（買い物・調理・配膳・後片付け等）は、利用者の主体性に配慮して支援している
	○ 身の回りのこと（洗顔、整髪、歯磨き、更衣等）は、自分で行えるよう支援している
	○ 寝具や居室等の清潔保持を自分で行えるよう支援している
	✗ ホーム内で利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている
A+の取り組み	

4. 利用者一人ひとりの状態に合わせて、食事、入浴、排泄、更衣などにおいて介護が受けられ、また、身の回りのこと、掃除や買い物などで代行できる支援を行っている

評点	A
標準項目	○ 利用者の状態に応じた食事提供や、支援（見守り・声かけ・全介助を含む）を行っている
	○ 利用者の排泄状況を把握し、それぞれに応じた支援（見守り・声かけ・全介助を含む）をしている
	○ 利用者の状態に応じた入浴の支援（見守り・声かけ・全介助を含む）をしている
	○ 掃除や買い物ができない場合は代行している
	○ 居室や食堂などの共用スペースの清掃は、利用者の役割を配慮したうえで職員が支援している
A+の取り組み	

5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点	A
標準項目	○ 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている
	○ 利用者の健康の維持や身体機能の低下防止に取り組んでいる
	○ 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている
	○ 利用者の体調変化（発作等の急変を含む）に速やかに対応できる体制を整えている
	○ 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている

A+の取り組み	
---------	--

6. ホームでの生活は楽しく快適であるよう工夫をしている

評点	B
標準項目	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者がお互いに助け合って生活することができるよう支援している
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者一人ひとりに応じた日常生活の時間を過ごせるよう工夫をしている
	<input checked="" type="checkbox"/> 環境整備により利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている
	<input type="checkbox"/> 居室や食堂などの共用スペースの温度や湿度は利用者に配慮したものとなっている
A+の取り組み	

7. 家族等と関係を持ちながら運営している

評点	A
標準項目	<input type="checkbox"/> 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている
	<input type="checkbox"/> 家族等が参加できるホームの行事を実施している
	<input type="checkbox"/> 利用者の日常の様子やホームの現況を定期的に家族に知らせている
A+の取り組み	

8. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点	B
標準項目	<input checked="" type="checkbox"/> 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している
	<input type="checkbox"/> 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている
A+の取り組み	

[戻る](#)