



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	コムスのほほえみ板橋大谷口
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.H0201048 修了者No.H0201020 修了者No.H0301065
評価実施期間	2006年1月19日～2006年3月15日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

- ・ホーム長の認知症ケアへの意欲とボトムアップの運営方針によるサービスの向上

開設後 8 ヶ月のホームであり、ホーム長は認知症ケアや介護経験の乏しい職員が多い中、現場指導を重視して理念の具現化に取り組んでいる。開設当初は職員に不安があり、入りを施錠していたが、職員と話し合いを重ね、1 ヶ月後には開錠に踏みきっている。また、業務やサービスに関する改善の必要性について職員アンケートを実施するなど、“職員の意欲的、積極的な事業への参加”という方針により、職員の意向と総意を大切にした取り組みをしている。今回の評価実施で改善に気づいた内容にはすぐに取り組むなど、更なるサービスの向上が見通せる。

- ・医療的管理の充実

内科医師、歯科医師と歯科衛生士、柔道整復師、マッサージ師による訪問医療が実施されている。また、向精神薬の増減や変更時は、事前に家族にその根拠と必要性を説明している。日常的にはバイタルサインの記録、食事、排泄などの観察と記録など、利用者の体調変化の把握方法や対応が仕組みとして整っている。そして、外出から帰った時のうがいと手洗いを確実に実施するなど、健康管理と異常の早期発見に努めている。

- ・リーダー層に関する業務の明確化と現場での実施に関する本社の支援

本社の役割として、ホーム長とユニットリーダーについては業務を進める上での役割と責任を明確にして、詳細に文書化しており、研修時に説明している。また、定期的な本社主催の会議（月 4 回程度）で運営上の方針や福祉サービスに関する幅広い情報提供を行い、現場の問題点や課題などについても検討され、常にリーダーとして役割を果たせるような仕組みが作られている。本社には現場で生ずる各種の相談事に対応する体制もあり、活用できるようになっている。

* さらなる改善が望まれる点 *

- ・利用者の個性を引き出し、それに応じた生活の実現

開設１年目であるが、職員は日課を作ることや食事、排泄、入浴、散歩などの日常の介護に慣れてきており、親切で穏やかに利用者と接している。しかし、利用者それぞれの表情や反応を見て、適切な対応を検討するというよりは、まだ業務に集中してしまう状況があり、利用者の可能性や関心を引き出すための関わりは今後の課題となっている。また、利用者の日々の暮らしが楽しく、豊かになるよう、利用者一人ひとりにあった仕事・役割や趣味、娯楽など多様なメニューの検討も望まれる。

- ・計画的な職員教育とカンファレンスの充実

理念の具現化とサービスの向上に向けて、仕事に慣れてきた時点での職員教育は重要であり、年度計画に職員教育を具体的に位置づける、職員個別の研修計画を作成するなど、ホームとして計画的に実施することが必要である。また、職員が日常的に学びあう機会は何よりも重要であり、本ホームではカンファレンス実施時に職員一人ひとりが、利用者一人ひとりについて「課題シート」を使い、自分の意見・判断を記載するという方法を始めているので、この取り組みを今後もしっかりと実施し、カンファレンスを充実させていくことが望まれる。

- ・家族との関係を促進したホームの運営

平成１７年６月の開設以来、これまでに家族会を１回開催して１８人中１４人が出席しており、また年末年始には１３人の利用者が１～７日の外泊をするなど、利用者やグループホームに対する家族の関心と積極性が伺える。利用者が一人の住民として外出をしたり、家族と交流を持続けるためには、家族に対するホーム側からの積極的な働きかけは欠かせないので、家族会運営の工夫、行事への協力依頼、利用者の日常生活の報告や豊かな生活のための積極的な相談など、多くの機会を作って、家族との関係を継続、発展させることに取り組むことを期待する。

* 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 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



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

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	コムスのほほえみ板橋大谷口
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	2006年1月24日～2006年3月15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 ・カテゴリー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

【講評】 ■ホーム長は本ホーム開設時に、本社が示す理念を職員と共に確認して活動を始めており、朝の申し送りや会議開催時には「コムスンの誓い」「グットウィルグループ十訓」を唱和して理念の徹底に努めている。また、本社が経営するグループホーム全体の事業を取りまとめる「ほほえみ運営部」や、エリア毎にサービスを統括する「統括事業部」が主催する会議にホーム長は出席し、その内容を本ホームの職員による「ホーム会議」で報告する機会等を活用して周知に努めている。家族への周知は入居契約時や家族会、家族が参加する行事、面会時等を活用している。 ■ホーム長の役割は、管理者研修で具体的に説明されている。本ホームのホーム長は利用者の尊厳を守ることを大切にしており、職員に対して最終責任はホーム長がとることを明言した上で、開設当初は施錠していた入り口の開錠を決断している。ホーム長は2つあるユニットの内、1つのユニットのリーダーを兼ねているが、一日に3回は他のユニットを巡回し、利用者の生活状況と職員の対応について指導している。 ■重要な案件は本社、事業部で決定され、「統括部会議」やほほえみ運営部が主催する「全国ホーム長会議」で報告される。ホーム長は現場のホーム会議で報告し、現場からの問題はこの逆のルートで提案される。また、東京エリアのホーム長による会議もあり、現場の課題について検討する場が増えている。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
経営における社会的責任		評点
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		
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	A	
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	B	
3. 将来を担う人材育成として、実習生を受け入れている	—	
2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		
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	—	
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	—	
3. 地域との関係機関との連携を図っている	C	
【講評】 ■福祉サービス事業者として守るべき法、規範、倫理は定められており、一般的なことについては導入研修（新入社員教育）、ユニットリーダー研修、管理者研修などで取り組まれている。また、個人情報保護法について説明する際にも意識している。 ■地域との連携については特別な取り組みはなく、本ホームは開設間もないこともあって、現時点では「東京都認知症グループホーム協会」の研修会にも参加できていない。外部の研修への参加は自己啓発の研修としての取り扱いであるが、少数ではあるが、現場の職員の参加が見られている。		評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		評点
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		
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）	A	

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
【講評】 ■ 苦情対応については契約時に文書を使って説明し、ホームの玄関にも掲示している。本社には「コールセンター」があって24時間体制で苦情、相談窓口として対応しているが、各ホームに対する苦情が寄せられた場合は現場に報告があり、対策について検討している。日常的には毎日の申し送り時に検討し、家族に対しては2、3日の内に回答をしており、苦情の内容によっては「ほほえみ運営部」に報告して、リスクマネジメント係で対応する仕組みになっている。 ■ 福祉事業全体に関する動向等の情報は本社レベルで収集し、エリア統括部会議や全国ホーム長会議で報告され、その内容をホーム会議で報告している。エリア統括部会議には本社が経営する全ての在宅サービスの担当者が参加するので、地域の情報が多様に得られている。また、本社からは随時に福祉サービスや制度などについての情報提供がされている。地域の人々が本ホームを訪ねてきたり、商店街の人と散歩や買い物の際に地域の福祉ニーズなどについて話すことはあるが、本ホームとして意識的、計画的な取り組みには至っていない。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
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	B
2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している	A
3. 着実な計画の実行に取り組んでいる	B
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	A
【講評】 ■ 本ホームとしての中長期計画は作成していないが、本社レベルで作成され、統括部会議で報告されている。本ホームで作成する年度計画は行事についての計画であり、サービスの向上や人材育成レベルでの作成は今後の課題である。今年度は行事、衛生管理など、ホーム全体の活動を活性化させるための委員会を立ち上げている。また、入りの開錠について職員と話し合いを重ね、チャイムの音などについて検討して実施に踏みきっている。様々な課題の実行にあたり、全国ホーム長会議や東京エリアホーム長会議での情報が参考となることもある。 ■ 利用者の安全確保・向上については、会社としての統一様式である「トラブル報告書」に小さな問題についても出来る限り記録する方針で取り組み、本社に報告している。対応策については、ホーム長とユニットリーダーが参加する日々の申し送りやカンファレンスで検討し、その内容を利用者の変化や業務上の申し送り事項を記載する「管理日誌」に記載して職員への周知に努めている。このトラブル報告書は、ほほえみ運営部と統括事業部に報告する仕組みになっており、全ホーム長会議の席上で課題として報告され、事故予防への取り組みを喚起している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
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	A
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	A ⁺
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	B
【講評】 ■ 人事制度に関する方針は明確であり、パート職員も含めた新入職員を対象とする導入研修、ユニットリーダー研修、管理者研修で説明されている。開設時に本社が経営する他の事業所から異動してきた職員も含め、常勤職員は定着しているが、パート職員の定着が悪く、また常勤職員についても経験を積んだ職員に対する待遇上の課題があり、人事制度の改善が必要だとしている。職員の採用は統括部が担当し、就職希望者に対しては合同説明会を実施しており、本ホームの該当者についてはホーム長が面接している。 ■ ホーム長は「職員評価表」を使って半期毎に職員面接を行い、研修などに関する個別目標を作成して相談するという取り組みを始めた。また、ホーム長は職員から提起された、勤務時間など業務上の課題を実施するにあたり、職員アンケートを行って検討するなど、職員が意向を延べる場を大切にし、意欲を持って仕事の継続が出来るように取り組んでいる。ホーム長とユニットリーダーは24時間体制で携帯電話による対応を行っており、職員の緊急時の相談に応じている。ホーム長は職員の疲労やストレスには常に配慮し、早期の対応に努めている。 ■ 研修については、内部研修として本社レベルで新人職員の導入研修、ユニットリーダー、ホーム長に関する研修があり、一般職員向けにはテーマ毎に対象者を決めて実施している他、エリア内に所属する事業所が持ち回りで研修会を企画している。本ホームにおいては、月一回のホーム会議で約30分の時間をとり、ホーム長主催で随時のテーマを選択して実施している。外部研修に関する情報は本社から情報提供があり、自己研鑽として参加しており、研修会に出席した職員はホーム会議で報告している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
情報の保護・共有	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	A
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
【講評】 ■ 利用者、職員の個人情報に関する内容で、パソコンに入っているものはパスワードで管理し、事務担当者とホーム長のみがアクセスできるようになっている。利用者に関する介護記録など、個人文書は鍵のついた戸棚に保管している。マニュアル、会議録など職員で共有する文書については、一箇所にまとめて保管し、取り出しやすくなっている。 ■ 本社において個人情報保護法に関する規定を作成し、内容についてはホーム会議で職員全員に説明している。利用者に対しては「個人情報の取り扱いに係る覚書」を作成し、説明して承諾を得ている。また、ホームの各ユニットには個人情報の定義を掲示している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
カテゴリー 1 ～ 7 に関する活動成果	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１：「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ２：「経営における社会的責任」 ・カテゴリ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６：「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ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	A ⁺
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３：「利用者意識や地域・事業環境などの把握」	A
【講評】 ■開設後８ヶ月を迎えたところであるが、ホーム長のリーダーシップとボトムアップの運営方針が効果を上げ、利用者へのサービス面で向上している。入り口を施設から早い時期に開錠に踏みきり、利用者の安定感と家族からの好評を得ている。これは、ホーム長の認知症ケアに対する信念の表れであろう。また、計画をしていた家族会の開催、行事、共通したサービスや業務を担当する委員会の立ち上げ、ホーム内会議の定例化が実施でき、更に２ユニットを４ヶ月で満床にし、安定した経営が出来ているなど、ホーム長としての役割と責任を果たしている。 ■認知症ケアや介護経験の乏しい職員で開設しているが、ホーム長とユニットリーダーの現場指導、勉強会の定例化などにより職員の力量が向上している。また、職員アンケートで業務に関する意向を把握し、改善することなどにより職員が定着し、開設当初と比較して職員が安定した活動を行っている。	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](#)



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

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	コムスのほほえみ板橋大谷口
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ
事業評価実施期間	2006年1月24日～2006年3月15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】 ■利用者への情報提供の拠点として本社内にフリーダイヤルによるコールセンター（24時間対応）が設置しており、利用者への情報提供がされている。また、本社が経営する事業全体はテレビコマーシャルやホームページ、広報誌「コムスン通信」、総合パンフレットで紹介されている。本事業所の紹介としては居室の配置図や地図などが記載されたリーフレットが作成され、関係機関や近隣の事業所に配布されているが、グループホームでの利用者の生活状況など、さらに分かりやすい情報の提供を期待する。 ■ホームの見学はホーム長とユニットリーダーが対応し、随時、受け入れている。利用者からの入居に関する相談については、ホームページなどを見て直接訪ねてくる場合もあるが、本社の地域ネットワーク推進部において関東地域の他事業所との連携や、グループ内の最新空き情報、待機情報が入手できる仕組みがあり、ここから紹介される場合もある。	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	B
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	A
【講評】 ■入居前にホーム長、ユニットリーダー2名が訪問面接調査を行い、ホーム内判定会議を開催し、この結果について更に本社ほほえみ運営部で判定会議を行って入居が決定される。その後、利用者との契約が締結されるが、その際に重要事項説明書を読みあげ、質問に答えている。訪問面接時に重介護が予測される場合は、グループホームのケアの限界について家族と話し合い、確認することを大切にしている。利用者は「ご入居申込者状況申告書」に利用者・家族の希望などを記載しているが、サービス説明時に利用者の意向をホームが確認したという記載はなかった。 ■入居後の利用者のストレス、不安の緩和に関する対応として、和室希望者には畳を敷いたり、テレビや冷蔵庫の持ち込みが可能であるなど、利用者の在宅での生活習慣などに配慮し、利用者が過ごしやすいよう居室環境を整えている。利用者に対する職員の統一した対応やケアについては、毎朝の申し送り時に利用者の生活、身体状況が報告され、申し送り用紙や職員全員が見る管理日誌に記載するなどの方法により周知している。 ■本ホームでは退去の際に、退居者への不安を軽減するためにケア内容などの情報を要約し、家族や他事業所へ渡している。開所以来、これまでに2名の退居事例がある。	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	A
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
【講評】 ■本社が作成したマニュアルのプロセスに沿って、介護計画を作成している。介護計画の作成においては利用者の入居時に把握した情報、入居後の生活状況、行動観察記録、個別健康チェック表、睡眠トイレチェック表、家族の面会時に得た情報などを参考にし、ホーム長とユニットリーダーで合議して作成している。利用者の記録は個人記録、カンファレンス記録、管理日誌に記載されている。 ■入居初期は暫定プランを作成し、1ヶ月以内に入居後の利用者の状況を参考に介護計画を作成している。介護計画の家族への説明は面会の機会を活用してホーム長が実施し、承諾を得ている。介護計画の定期的な見直し、修正は、6ヶ月毎となっているが、本ホームはまだ開設後8ヶ月であるため、見直しの実施人数は少ない。介護計画の作成にあたり、利用者個別の課題については、本事業所が独自に作成した様式「課題シート」に職員一人ひとりが利用者の課題について記載し、定期カンファレンスで活用している。 ■利用者に関する記録は、管理日誌、申し送りノート、個別記録（経過記録、行動観察記録、個別健康チェック表、睡眠トイレチェック表、受診記録）に記載されている。しかし、記録の内容は実施した介護内容と利用者の健康状況などのチェックが主であり、利用者の具体的な行動や反応、職員の関わりなどについての記載は乏しい。また、他のユニットの利用者の状態を知り、緊急時などに協力できるように、2ユニット合同の申し送りをして状況の共有をしている。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	評点

1. 利用者のプライバシー保護を徹底している	A
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	A
【講評】 ■住所を本ホームに移している利用者は一名であり、郵便物については本人の目の前で開封している。金銭の預かりは小額とし、使用内容を毎月、家族に報告している。家族の承諾により、自分で小遣いを持っている利用者もある。開設時、ディルルーム前のトイレはドアを開いた時に中が見える状況であったため、トイレの中にカーテンを設置し、利用者の羞恥心への配慮が出来るようになった。 ■利用者の日常生活支援については利用者の行動観察を重視し、職員は利用者に対する言葉かけに注意をしている。利用者の行動を阻止するような言葉かけがあった場合は、その場でホーム長やユニットリーダーが注意や直接指導をしており、朝礼の際に他職員へも周知を図っている。飲酒や喫煙については、本人から希望があった場合は本人の意向に沿うことを基本として、まず家族に相談し、医師に確認をする方針である。喫煙場所は指定をしている。 ■利用者の価値観や生活習慣への配慮については、利用者の意見や家族からの情報を得て、美容室への外出や買い物、起床時間など、個別に介護プランに記載して対応している。また虐待被害があった場合の対応については、行政、関係機関への報告ルートが基準に明記されている。ホーム長は今後の課題について、「その人らしい生活を尊重する」ための詳細な情報や観察が不足していると感じており、職員の指導強化の必要性を認識している。	評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！
事業所業務の標準化	評点
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	A
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	A
【講評】 ■マニュアルの作成は本社が実施している。職務分担、介護基準、手順は明文化され、基準や手順は職員が理解し易いように、文字を大きくしたり、絵で解説するなど工夫がされている。本ホームでは、日常的にはマニュアルを活用するというよりは、ホーム長の豊富な経験に基づいた指導によりサービスが実施されている。マニュアルの改訂は、現場からの意見やサービスをめぐる環境の変化を見極めて本社で実施することになっているが、職員の日常の業務内容などに関することはホーム内で検討し、改善している。 ■職員からの緊急時の相談は、ホーム長またはユニットリーダーが24時間の携帯電話により受けている。ホーム長が相談内容について判断に迷った場合には、東京エリアのホーム長会議や本社ほほえみ運営部へ相談し、助言やサポートが得られる仕組みがある。開設して8ヶ月のホームであり、職員は徐々に介護に慣れてきているが、まだ自発的に意見を述べたりすることは乏しい。ホーム長はボトムアップの運営を目指しており、今後は事例検討等の機会を積極的に設けて発言の機会とすることが期待される。	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
【講評】 ■日々の観察や申し送りで利用者の生活状況や健康状態を確認し、利用者の状況は管理日誌に記録してスタッフ全員に周知しているが、介護計画を意識した支援としては不十分な状態である。開設から8ヶ月を経て、職員は日常の介護に慣れてきたところであり、今後の課題といえよう。介護計画は3～6ヶ月毎のモニタリングを原則としており、とり組み始めたところであるが、見直しが必要なものはこれに限らず随時行っている。現在、利用者の個別性と能力を引き出せるプラン作成に向け、新しいアセスメント様式の導入を検討中である。 ■コミュニケーションをはかるため、利用者の名前の呼び方は本人の反応を見極めて、家族の了解も得て決めている。また、居室のカレンダーに入浴日や面会者などを記入し、利用者が確認できるような工夫も行っている。 ■利用者がそれぞれやりたいことや得意なものにとり組めて、自分のペースで落ち着いて暮らせるようにとの考えから、日課は強制していない。利用者の“嫌”という意思表示を大切にする方針を持っている。	
2．利用者の意思を生活に反映した支援を行っている	B
【講評】 ■食事のメニューは利用者の意向を聞いているが、利用者の意向や希望を引き出す工夫や、時間をかけて待つなどの取り組みは不十分であり、実際は職員が決定することが多い。利用者の中には、食材購入のための外出や調理を好まない利用者もいるため、食材購入は主に職員が行い、実際の調理も職員の声だけで2～3名が参加している。 ■入浴は毎日可能で、午後2時から8時に実施しており、利用者のほとんどが毎日入浴している。利用者が「入浴したくない」と意思表示した場合は、翌日にでも入浴は可能と考え、決して無理強いをしない。職員の男女比は1：1、利用者の男女比は1：2で、特に同性介護は標榜していないが、要望があれば検討する準備はしている。これまで女性の利用者1名が同性介助を希望していたが、現在は慣れてきたためか、その希望もなくなっている。 ■レクリエーションや習い事の意向確認については、今のところ積極的には行っていない。	
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	B
【講評】 ■調理や配膳などに参加することが利用者にとって良い刺激となりそうな場合は、本人の意思に合わせた役割を担えるよう配慮している。しかし、利用者への配慮については職員によりバラツキがあるとのことであり、訪問調査時、職員は利用者が調理に参加しやすい状況を作ったり、声をかけたり、誘うなどの様子はあまり見られず、キッチンの中で調理に集中する姿も見られた。 ■身の回りのことはできるだけ利用者自身で行えるよう、例えば更衣動作などで時間がかかっても、待つ・見守るの援助姿勢を基本としている。清掃時は紙モップを準備し、利用者が簡単に安全にできるよう配慮しており、見守り援助の必要な利用者を含め、利用者の約半数が居室掃除が可能になっている。入浴後に風呂場で自分の下着を洗っている利用者がいた場合は職員は見守り、不十分の場合は後で洗濯をし直すなどの工夫をしている。しかし、利用者一人ひとりの可能性を引き出すための見極めは不十分であり、介護のし過ぎをホーム長は認識している。	
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	B
【講評】 ■食事は通常、食堂でとっているが、“居室で食べる”“今は欲しくない”といった意志も極力尊重するようにしている。食事摂取に全面介助を要する利用者が4名おり、食形態も利用者の咀嚼・嚥下能力に見合ったものを提供している。訪問調査時は、食べこぼしがある、衣類にしみ込んでしまう、以前の施設で着用していたなどの理由で、自力摂取できる利用者まで大きな食食用エプロンをつけている姿がみられたが、人間としての尊厳を保つという視点から、食食用エプロンの着用については外す方向で検討を始めたところである。 ■利用者の排泄状況はチェック表で把握をしている。排泄状況は利用者18人のうち、ほぼ自立が9人で、ほぼ自立の利用者は失禁パンツや通常の下着を着用している。残る9名は誘導や排泄そのものに介助を要しているが、紙パンツを使用し、そのうち2名は夜間のみ紙おむつである。紙パンツやパットは家族が持参するものを使用している。家族とも相談して排泄のアセスメントを行い、利用者1人ひとりに見合った排泄形態へのとり組みを始める計画がある。 ■全体の清掃は1日1回、食堂の床は3回行っており、清掃の際は掃除が好きな利用者も2名参加している。居室の清掃ができない利用者には、毎日1回は職員が居室の掃除を行っている。利用者の日用品や食物の購入は依頼があれば代行するが、本人の外出の機会にもなるため、一緒に外出して購入するようにしている。	

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】 ■服薬内容は薬剤変更も含めて必ず家族に説明している。特に向精神薬の増減や変更は、事前に家族にその判断根拠と必要性を伝えている。誤薬防止は個人別の服薬箱での薬剤管理と、与薬時に名前をフルネーム確認するダブルチェックで行っている。利用者の健康維持と機能低下防止のため、身体拘束をしないことを方針とし、また毎日のバイタルチェックに加えて月１回の体重測定において増減２kgを目安にした栄養状態の把握に努めている。 ■利用者の健康状態は受診記録、個別健康チェック表、管理日誌に記載し、情報を共有している。利用者の体調変化に気づいた時は、バイタルチェックと意識状態の確認をまず行って、ホーム長に報告し、ホーム長は状況を判断して協力医療機関へ連絡すると同時に家族へ報告を入れるなど、２４時間対応の仕組みを整えている。医療は内科医の２週間に１回の往診、週１回の訪問歯科に加え、週１回のマッサージ師（２名が利用中）と週３回の柔道整復師によるリハビリ（４名が利用中）など、ホーム内で受けられる医療は充実している。 ■利用者の手洗いは散歩などの外出からホームに帰った時、及び食前に職員が見守る中で、石鹸と流水により随時実施されていた。	
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】 ■開設して８ヶ月が経ち、食事場面では相性の良い利用者で座ったり、お互いに声をかけて助けあう利用者の姿も見られるようになった。利用者が落ち着ける環境にするため、食堂のテーブル位置や椅子の配置も何度か変えて、現在に至っている。気の合った仲間ができた利用者もあり、利用者の居室に２～３人が集まっている姿も時折見られるようになってきている。また、本ホームの廊下は広めであり、共有スペースにはソファが置かれ、和室もあって落ち着いた印象を与えている。 ■午後の時間帯に、利用者個人の買い物も兼ねる散歩、外出を組み込み、近くの商店街へ毎日出向くようにしている。これにより、夕方の不穏状態がかなり防止できている利用者もいる。毎日窓を開けて換気をしており、建物全体の冷暖房がエアコン使用のために冬場は過乾燥になりやすいが、共有スペースには温湿度計があって随時、確認している。しかし居室で加湿器を使用している利用者は２名いるが、実際の湿度は測定しておらず、インフルエンザ等の感染予防のためにも居室に湿度計をおき、目安となる数値設定とそれへの対策を期待したい。 ■利用者が楽しめる行事として、クリスマス会や豆まき等があるものの、日々の生活を楽しめるメニューはまだ乏しく、これをホームとしても課題としており、行事検討委員会を発足させたところである。なお、ボランティア導入に関しても検討の緒についたところである。	
7．家族等と関係を持ちながら運営している	B
【講評】 ■家族との外出・外泊・面会の時間などには一切の制限を設けていない。特に、初めて迎えた年末年始に１３名の利用者が１～７日の外泊をし、それにより家族も自信が持てたのか、それ以降の外出・外泊回数が増えている。 ■全家族に参加を呼びかける行事としては敬老会、クリスマス会があり、誕生会には対象者の家族を誘っている。開催日は家族が参加しやすい週末を基本とし、今後は家族が参加する行事を増やしてゆく予定がある。家族会は年２回の開催を計画しており、これまでに１回実施し、参加家族は１４家族であった。また、利用者の日常の様子は面会時に報告し、面会の回数が少ない家族には電話やファックスを使って伝えるよう工夫しているが、定期的な「お便り」などの発送は今後の課題である。	
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】 ■日々の散歩、外出の折に立ち寄る商店の人々とも顔なじみになり、職員が見守る中で商品をゆっくり選んで買い物し、お金のやり取りをする利用者もできた。商店の方から声をかけて挨拶してくれることもあり、これらが良い刺激を受ける機会になっている。また、美容院に出かける利用者もいる。今後は近隣の保育園・幼稚園に働きかけ、相互交流の機会を作りたいと考えている。	
	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板橋大谷口
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	2006年1月24日～2006年2月14日

調査概要

調査対象：1、性別：男性33.3% 女性：66.6% 2、平均年齢：81.6歳 3、平均要介護度：2.7 4、車いす利用者：3人 5、常時おむつ使用者：9人

調査方法：1、利用者の個人情報保護のため、事業所を経由して調査票を家族に配布し、郵送により直接回収。
2、2月14日、調査員2人で事業所を訪問し、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：17人 有効回答者数：11人

調査対象者数に対する回答率：64.7%

調査項目：[共通評価項目](#)

調査結果のコメント

本ホームは住宅街にあり、商店街や公園も近く、利用者は外出しやすい環境である。利用者調査による総合的な感想は、大変満足３６％、満足５５％、どちらかといえば満足９％であり、高い満足であった。利用者調査の結果、「はい」と回答した割合の高い項目は、トイレ、入浴などの日常生活面の介助に関すること、本人への丁寧な接し方や気遣い、気持ちを大事にしていることなど職員のサービス面での対応であり、９０パーセントを上回っていた。また、家族への十分な説明においても高い割合であった。「いいえ」と回答した割合の高い項目は、食事や調理などに関する利用者の意向の把握や働きかけ、趣味活動などの乏しさ、ボランティア・地域の方々との交流であり、訪問調査でもこの分野についての取り組みの不十分さが認められた。今後の取り組みに期待する。利用者のコメントでは、「細かく面倒を見てもらっている」などの感謝の言葉がある一方、「楽しめる時間がもっとあった方がいい」などの要望があった。

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

1.ご本人の食べたいものの希望を聞いてくれていますか	45.5%	36.4%	18.2%	いいえ：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでいますか	54.5%	18.2%	9.1%	18.2%
3.入浴のとき、ご本人はゆっくりお風呂に入れていますか	54.5%	27.3%	18.2%	いいえ：0.0%
4.【お風呂の介助を受けていると答えた方に】ご本人はお風呂の介助に安心できていますか	90.9%	9.1%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：0.0%
5.日常生活に必要な介助を、ご本人は十分受けていますか（トイレ介助、ナースコール対応、ホーム内移動介助、外出介助など）	100.0%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：0.0%
6.部屋や食堂、トイレなどの生活空間はいつも清潔で、ご本人は気持ちよく過ごされていますか	90.9%	9.1%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：0.0%
7.職員は日頃から、ご本人にからだの調子を聞いてくれますか	81.8%	9.1%	9.1%	いいえ：0.0%
8.ご本人の病気やケガなどの時、十分に対応してくれますか	72.7%	18.2%	9.1%	いいえ：0.0%
9.職員はご本人に対して丁寧に接していますか（嫌なことを言ったり、したりする職員はいない）	90.9%	9.1%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：0.0%
10.ご本人が他の人に聞かれたくない、見られたくないと思っていることに気遣いがされていますか	90.9%	9.1%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：0.0%

11.毎日の生活の中で、ご本人のしたいことが自由にできていますか（お酒・テレビ・趣味・クラブ活動など）	45.5%45.5%9.1% いいえ：0.0%
12.手助けがあればご本人自身でできることについて、職員は手助けしていますか	81.8%9.1%9.1% いいえ：0.0%
13.ご本人の生活状況について、ご家族に十分な説明がありますか	90.9%9.1% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
14.ご本人がボランティアや地域の方々と楽しく交流する機会がありますか	9.1%54.5%9.1%27.3%
15.ホームでは、ご本人の気持ちを大事にしていると思いますか	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
16.ホームでは計画をつくる時、ご本人の状況や、ご本人やご家族の要望を、よく理解してくれましたか	90.9%9.1% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0%
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	72.7%9.1%18.2% いいえ：0.0%
18.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームについて調べた時に、ご本人やご家族は、ホームの情報（公開情報）を入手しやすかったですか	90.9%9.1% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
19.【過去1年以内に利用を開始したと答えた方に】このホームに入ることを決める前に、ホームのサービス内容や利用方法について、十分な説明がありましたか	90.9%9.1% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%
20.【過去1年以内に利用を開始し、契約の時、その場にいたと答えた方に】契約の時、ご本人は契約内容を十分に確認できていましたか	33.3%33.3%33.3% 無回答・非該当：0.0%
21.ご本人やご家族は職員に対して、不満や要望を職員に気軽に言うことができますか	63.6%9.1%9.1%18.2%
22.職員は、ご本人やご家族の不満や要望をよく聞いて、対応していますか	100.0% どちらともいえない：0.0% いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%

はい どちらともいえない いいえ 無回答・非該当

[全体的評価講評へ](#) [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](#)

福ナビ

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

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	C	
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	B	
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	A	
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	B	
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	A	
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	A	
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	A ⁺	
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	ホーム長は業務内容や時間など、職員全員の意見を聞いた方が良いと判断した場合は職員アンケートを実施している。これまでに、業務内容の割り振り、休憩時間の取り方、レクリエーションの持ち方、ボランティアの導入についてアンケートを実施した。	

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](#)

[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

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	A	
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](#)

福ナビ

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	開設時に計画していた家族会を開催し、年間行事計画の作成を行った。また、委員会(行事、環境、育成など)を立ち上げ、職員が主体的に活動できる組織作りに着手した。 開設当初からの常勤職員に加え、非常勤職員も定着している。 平成 1 7 年 6 月の開設から 2 ヶ月で 1 ユニットを満床にし、その後の 2 ヶ月で 2 ユニット目も満床にするなど、管理者の役割、責任を果たしている。 業務改善について職員アンケートを実施し、職員の意向を聞く機会を増やしている。

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	開設時は本社で実施される会議の報告やホーム内での勉強の機会を持つことができず、朝の申し送りや管理日誌への記載で終わっていたが、4 ヶ月目からホーム内会議と勉強会を定期的実施できるようになった。勉強会では現場の問題点や必要な知識などについて取り上げ、サービスの向上に直接的な影響を与えている。また、業務内容や利用者に関する申し送り事項などを管理日誌へ漏れることなく記載するようになっている。

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	1 ユニットの開設当初は入り口のドアは施錠状態であったが、一ヵ月後に開錠に踏みきっている。入り口のドアにチャイムを付けることで職員の不安は軽減し、利用者はホームに慣れてきたこともあってか、一人で外出をする人もなく、落ち着いている。家族からも「いいですね」という言葉が聞かれている。 排泄介助時、プライバシーに注意した確認が出来るようになっている。 共有スペースの一角にあるトイレはドアを開けると便器が見える状況であったため、トイレの中にカーテンを取り付け、プライバシーの保護が出来るようになった。 事務所内のファイル棚に目隠し用のシートを張り、利用者の個人名を見えなくした。

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	A⁺
改善の成果	平成１７年６月の開設から２ヶ月で１ユニットが満床になり、その後の２ヶ月で２ユニット目も満床になり、安定的な経営状況である。

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	A
改善の成果	家族会を開催し、家族の意向を把握した。 買い物や散歩などの機会を通し、地域の人々と話をする機会が増え、商店街の活性化についての話をすることもあるなど、地域に馴染んできている。

[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なっている
	○	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	B	
標準項目	○	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
	○	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
	×	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	A	
標準項目	○	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
	○	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
	○	サービス利用前の生活をふまえた支援をしている
	○	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		

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	A	
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	○	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	A	
標準項目	○	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ある場合には、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](#)

福ナビ

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

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	A	
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	A	
標準項目	☐	提供しているサービスの基本事項や手順等は改変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	B	
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	○ 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
	× 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
	○ 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
	○ 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	B
標準項目	○ 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
	○ 家族等が参加できるホームの行事を実施している
	× 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	× 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
	○ 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
	○ 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	