



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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ奥戸

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

事業所名称	コムスのほほえみ奥戸
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.H0201028 修了者No.H0302057 修了者No.H0405011
評価実施期間	2006年1月19日～2006年3月27日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

- ・ホーム長が現場の基礎固めに集中できる体制がある

開設初年度でありながら2代目となるホーム長は、公私の時間を割いてホームの基礎固めに注力し、その効果が現れ始めている。これは、本社が事業環境に関する情報の収集と分析及び各事業所への提供、基本的なマニュアルの整備、人材の確保、重要事項等の判断等々、組織としての基本事項を担い、現場のホーム長が職員の指導や現場のルール作り等、基礎固めに専念できる体制にあったと言える。この強みを生かしつつ、更に、充実した運営と質の高いサービスの提供がなされることを期待したい。

- ・職員が一丸となってサービスの提供に取り組んでいる

職員間の組織的な話し合いの機会は、現状、毎月一度のホーム会議のみであるが、職員は相互に、また、リーダー層とコミュニケーションを図って支援に当たっている。情報の共有化について、一般職員自己評価アンケートでは回答者11人中10人が肯定的回答をし、「職員の連携が取れている」「協働の意欲がある」「職員間のコミュニケーションが取れている」等、良い点として意見が上がっている。職員の提案や判断が受け入れられることや、認知症高齢者のケアについて明確な指示が得られる環境も影響していると考えられる。

- ・医療機関との連携の下に利用者の健康維持支援がなされている

内科開業医と丁寧な関わりをしながら連携が出来る体制を作ってきている。今では、往診時に利用者の健康状態について日頃気になる点の助言を受けたり、夜間等診療時間外の相談にも助言を得られる関係が出来ている。17年にはこの診療所からの提案でターミナルケアを実施し、勉強会の提案も受けている。他に、精神科医、歯科衛生士の往診を受けて、利用者の健康維持の体制としている。今後は、この関係を生かして、利用者一人ひとりの口腔に関するアセスメントと計画に基づいた口腔ケアがあると、更に、健康維持支援が充実すると思われる。

さらなる改善が望まれる点

- ・すべての利用者に対してアセスメント及びケアプランを徹底し、それに基づいて支援を行う
現ホーム長が就任当時から課題としていた、支援に必要なアセスメントや支援計画の作成は、達成半ばである。また、着手した計画の内容は、買い物、調理など、ADLと家事に関する評価と介護が中心である。一方、サービスの現場では、ターミナルケアの実施や入居者の食形態の向上、歌やダンス、書などの得意技を生活の中に取り入れたり、役割づくり等、利用者のニーズに対応し、職員の連携を必要とする支援も始まっている。今後は、しっかりとしたアセスメントと支援計画に基づいた計画的・継続的支援の定着を期待したい。
- ・利用者と家族の関係継続を支援する
家族との良い関係が保たなくなってホームの利用に繋がっている利用者もあり、面会時にはホーム長が会って利用者の様子を伝えるようにしている他、ユニットリーダーが電話により近況を知らせる等により利用者と家族との関係継続を支援している。今後は、利用者と家族の関係についてもニーズに応じての対応が期待され、特に、様々な理由で、ホームへの足が遠のいている家族は、利用者、家族共に支援の対象となるニーズを持っている可能性がある。定期的・個別的な利用者情報の提供など、関わりの工夫が期待される。
- ・プライバシーや尊厳の尊重について話し合い、気を緩めることなく支援に反映する
個人情報の取り扱いや守秘義務については規程を定め周知徹底を図っている。現場では居室に入る際にノックをする等基本的マナーは徹底しているが、利用者の洗濯物をたんす等に収納する、居室の清掃をするなどの代行業務の際の取り決めが無い等、職員の裁量に任せ対応となっている。日々使用する支援記録の保管場所に無頓着であることや介助をしながら他の利用者の話をするなども気になるところである。プライバシーを含めて尊厳の尊重について職員間で十分に話し合い、重要性や場面を共有化して、気を緩めることなく支援に反映して欲しい。

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等を実施 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） グループホーム評価・高齢者施設職員経験者により実施

[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

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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ奥戸

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	コムスのほほえみ奥戸
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27日

* 組織マネジメント分析の結果 *

<p>・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</p>	
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

<p>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</p>	<p>A</p>
<p>【講評】 理念や基本方針は、「グッドウィルグループ十訓」「コムスの誓い」に明らかにされ、1階事務所内、2階職員休憩室内に掲示しているほか、毎朝の申し送り時などに唱和して、常に思い起こすことができるよう取組んでいる。利用者本人や家族に対しては、契約時に契約書や重要事項説明書を示しながら説明し、理念や基本方針の理解に取り組んでいる。また、理念や基本方針をより具体的な目標とするために、「今月の目標」「今週の目標」を設定し、毎日の「管理日誌」にも記載して、常に思い起こせるように取り組んでいる。</p> <p>事業所における役割分担や責任の範囲を明確に示した文書などは作成されていないが、ホーム長は、ホーム全体の組織運営と1つのユニットのサービス提供についてのリーダーとしての役割を、もう一つのユニットのサービス提供についてはそのユニットのリーダーがその役割を担うこととされ、全職員はホーム会議などでの説明により理解している。利用者への接し方を始め、ホーム長の率先垂範の日常的な行動や現場での時機を逃さないアドバイスが、職員の士気向上やサービスレベルの向上に繋がっている。</p> <p>重要な案件については、全職員参加のホーム会議で検討し、決定する。ホーム会議は月1回の開催であるため、早急に決定しなければならない事柄については「管理日誌」に記載し、口頭で意見聴取のうえ、ホーム長が決定する。決定事項については、口頭伝達のほか「管理日誌」に記載して周知している。「管理日誌」は全員が必ず目を通し確認のサインをすることになっている。利用者に関する重要な決定事項については、家族には文書を送付して伝えている。今後は、利用者本人への説明が課題となる。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<p>経営における社会的責任</p>	<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>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>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>A</p>
<p>【講評】 組織の社会的責任として守るべき法律や規範、倫理については、事業所内に掲示し、唱和するなどして日常的に意識するように取り組んでいるほか、具体的なサービス提供に関連する事柄については、ホーム会議で常に確認している。地元自治体の介護相談員を導入して月2回の訪問を受けたり、福祉サービス第三者評価を実施して、開かれた組織となるよう取り組んでいる。</p> <p>地元自治体の介護サービス事業者連絡会や同グループホーム部会の会議に積極的に参加している。今後は、地域の介護支援専門員連絡会や区の医師会に対して認知症の理解を深める働きかけをすることを部会に提案するなどもしている。事業所の存在を地域の人々に理解してもらう取り組みは、今後の課題である。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<p>利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</p>	<p>評点</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	
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
<p>【講評】 苦情解決制度については、重要事項説明書の中に記載があり、契約時にそれを示しながら説明する他、事業所の玄関に掲示して周知を図っている。利用者個々の意見・要望・苦情については、サービスを提供する中で職員が耳にしたことの内その場でできることについては即応し、即応できないことについては「管理日誌」に記載のうえ、申し送りの際にも口頭で報告し、迅速な解決に取り組んでいる。また、個々の利用者の意向は、介護計画作成の際のヒヤリングや家族の来訪時に話を聞くなどでも対応し、外食や日帰り温泉への外出等の取組みとして反映している。 地元自治体の介護サービス事業者連絡会に参加するなどして、地域の福祉ニーズの収集に取り組んでいるほか、福祉事業全体の動向の収集は本社の役割とされており、本社からのメール配信や全国の系列グループホームの上長が集まるホーム長会議での報告で把握している。しかし、それらの情報の整理や事業所の課題との関連を分析することはなされておらず、今後の課題である。</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	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	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	A

<p>【講評】 17年2月に事業が開始され、理念・基本方針に基づいて運営されてきた。中・長期計画は本社の役割として作成され、ホーム長会議などを通して明示されている。年度単位の計画は策定されていないが、行事についてはレクリエーション委員会が中心となって取組んだ。この経験は次年度につながるもので、他のサービスについても同様の取組みを期待したい。 運営上の課題の把握や計画の策定、実行については、これからの課題である。今回の福祉サービス第三者評価によっても、いくつかの課題が明らかになるので、例えば、職員の発案からレクリエーション委員会が取組んだ「ひな祭り」のように、その課題遂行のために計画を策定し、進捗状況を把握しながら着実な成果をあげるような取組みも考えられる。 利用者の安全管理に関しては、管轄消防署や提携医療機関との連携を掲示している。また、日常的な取組みについては、健康委員会を初め各委員会を中心に役割分担を明示した。事故の再発防止や予防対策については、「トラブル報告書」を記入し、本社にファックス送信するとともに、申し送りの際に口頭で報告し、ホーム会議で周知を図っている。さらに、本社のリスク担当から配信されるメールの情報を職員間で回覧するなどしての周知も図っている。</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評点の内容 <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #FF8C00;">職員と組織の能力向上</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> A </div>
2. 職員の質の向上に取り組んでいる	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
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	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
<p>【講評】 人事制度や職員の採用については、本社あるいは統括部の権限のため、事業所からは配属にあたり「穏やかな人を」というような要望を伝えている。事業所内の人員配置は、ユニット毎のシフトや利用者との関係にも配慮しているが、今後は半年ごとの見直しを検討している。職員の質の向上については、ホーム長が個々の職員と面談するなどしてその要望を把握し、目標を持って仕事ができるよう配慮しているが、個人別の研修計画などは作成されていない。本社の研修会に参加する場合には、勤務日程を調整している。 サービス提供については、本社で作成した「運営マニュアル」「グループホームの倫理綱領」「手順書」などがあるが全職員に周知しているとは言えず、職員が迷ったときにはホーム長の指示を仰ぐのが通常であり、24時間連絡可能にしている。ホーム会議では、服薬管理や介護技術などについての研修も行い、全職員の共通認識となるよう取り組んでいる。日常の気づきや工夫については、申し送りで伝える、「管理日誌」に記載する、ホーム会議で報告して話し合うなどしているが、今後はそれらを組織的に活用する仕組みとすることが望まれる。 人材マネジメントについては、基本的に本社の権限であり、それに沿って行っている。就業状況については、シフトの管理により勤務時間や休暇取得などを把握するほか、ホーム長が様子を見て個々の職員から体調や仕事上の悩みを聞くなどの配慮をしている。「職員が楽しく働く」「役割意識を持って働く」などを意識してのホーム長の働きかけは職員のやる気を引き出した。職員アンケートの中にも、業務が統一されてきたことで職員の無駄な動きが少なくなったことや、事故が少なくなったこと、利用者に対する接し方がよくなったことなどの記載が見られる。</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評点の内容 <small>詳しい内容は こちらをクリック！</small> </div>
<h2 style="color: #FF8C00;">情報の保護・共有</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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】</p> <p>本社の方針に従った情報の保護を行っている。コンピューターで管理をしている事業所の収入や介護保険の給付管理データは、ホーム長と事務員のみ開くことができるアクセス制限がある。保護を要する書類などの廃棄については、鍵付きの金属ボックスに入れ、廃棄業者により搬出されている。</p> <p>利用者の個人ファイルは鍵付きロッカーに保管されているが、記入途中の個人名の記載がある記録用紙がダイルームの隅の籠に入れ、誰でも手にできる状況にあることは、早急な改善が望まれる点である。情報の収集・管理・保管については、意識的な取り組みがなされておらず、今後の課題である。</p> <p>「個人情報保護法」の趣旨をふまえた情報保護については、本社の指示をホーム会議で職員全員で確認し、事業所内の掲示など必要な対応を行っている。</p>	<div style="background-color: #006400; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！ </div>
カテゴリ 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	
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	
<p>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</p>	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	
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】

利用者も職員も、毎日同じような日常的なサービスの繰り返しのように思っているかもしれないが、それがシフトで勤務する職員によって連続的に提供されることに意味がある。業務の統一性がなかったり、職員の無駄な動きや連絡不十分なことから誤薬、個々の利用者に対する職員の接し方の違いなど、この半年間で改善されたことは、職員アンケートの自由記載や利用者家族のアンケートの満足度に現れている。

ホーム長の強いリーダーシップによる事業所づくりが一步一步進み、職員にもそのことが浸透し始めたことは評価できる。つぎのステップとしては、「ホーム長がマニュアル」というところからホーム長に聞かなくても職員が同様のサービスを提供できる組織作りと職員のレベルアップであろう。そのためには例えば、課題解決のために計画を作成し、それを文書化し、ホーム会議などで職員の共通認識とし、実行した後検証する、というような活動を意識的に行うことである。また、リーダーシップの分有化も課題である。

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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ奥戸

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	コムスのほほえみ奥戸
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27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

<p>【講評】 本社では、利用者の家族だけでなく地域住民や事業所向けに「コムスン通信」(A4版P150・20万部発行)を発行し、本社の理念や事業状況等を詳しく掲載するとともに、介護保険制度だけでなく高齢者が生活していくに必要な様々な情報や知識を提供している。しかし事業所「ほほえみ奥戸」としての利用者向けの情報を発信するまでには至っていない。ホーム長は事業所が所在している区の高齢福祉担当部門や支援センターを訪ねて、入居の空き情報などを伝えているものの、今後は、本ホームとしてのサービス情報を提供していくことが期待される。</p> <p>入居を希望する利用者の家族を中心に、見学の希望があれば、ホーム長が対応するようにしている。見学は、利用者が比較的落ち着いているお茶の時間帯には受け入れて食事の時間は外し、また、特別に利用者への紹介はせず、外来者が自然に訪問した装いにして利用者の不安感に配慮するなど、見学者を迎える利用者の生活や気持ちにも配慮して対応している。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック!</p>
<h2>サービスの開始・終了時の対応</h2>	<h2>評点</h2>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>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</p>	<p>A</p>
<p>【講評】 サービス開始時には、ホーム長が事前に利用者の居所を訪問し、家族に対してホームの基本的ルールや重要事項について、説明書の項目ごとに読み合わせて理解を求めている。その際、提供しているサービスの内容や利用料金等について説明し、了解を文書で受けている。利用当事者への説明は、ホームへの入居そのものが本意では無いことも多く、不安を招く可能性があると考えられ、敢えてなされていない。</p> <p>家族への説明時には、入居後の生活支援に必要な情報を収集するとともに、要望等があれば確認し、それらを記録している。また、特に、職員に周知したい情報については管理日誌に綴じこみ、全職員が目を通し易くすることにより、統一的なサービスの提供を心がけ、利用開始直後の利用者の不安やストレス軽減に役立てるよう仕組み化している。入居当初の利用者への関わりとしては、居室担当職員2名を中心にスキンシップを大切に、行動をよく観る、様々な利用者との関わり場面を用意し居場所を探す等、目を離さないケアを行なうよう指示をしている。</p> <p>従来の生活との連続性に配慮して、居室には利用者が今まで使用していた家具などの持ち込みを勧めている。ベッドを利用していなかった人には無理してベッドを提供することはなく、床に敷物を用意し、布団が使えるように支援している。ホーム長の意向として、今後は、犬や猫などのペットの受け入れも考えたいとしている。かつての趣味を試みることも始めている。サービス終了時の利用者や家族への不安や支援の継続性への対応として、必要に応じて介護サマリーの発行や医療ケースワーカー、ケアマネジャー、提携医等と連携して支援するとしている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック!</p>
<h2>個別状況の把握・記録</h2>	<h2>評点</h2>
<p>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</p>	<p>B</p>
<p>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</p>	<p>B</p>
<p>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</p>	<p>B</p>
<p>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</p>	<p>A</p>

<p>【講評】 支援に必要な利用者の身体状況や生活状況等の様子は本社で定め、記入したものを個別台帳に綴じ込むことにしているが、全員分としては未完成である。介護計画についても同様である。現在作成されている計画は、買い物、調理、洗濯など、ADLと家事に関する評価と介護が中心である。「その人らしさ」についても、当事者の理解を得ながら課題化して支援をすることが期待される。また、計画の説明は、来訪する家族に対してのみなされているが、利用者に対しても個別状況に合う方法を工夫して、実施を望みたい。 介護計画原案は、ユニットリーダーが作成し、職員間で話し合っ決定している。作成されている介護計画の支援課題については、管理日誌にリーダーが留意点を記入して、これを参考に決定しているが、留意点に絞り込む経過は不明である。計画の見直しは3ヶ月毎と実施しすることにし、カンファレンスシートに職員銘々が利用者個別に意見を書いて持ち寄り話し合っている。緊急に計画を変更する場合は、ホーム長やユニットリーダーだけでなく居室担当職員からもその必要性について提案があり、ホーム長が決断している。 利用者に関する日々の支援記録は、本社が定めるマニュアルに沿って、介護記録、個人別健康チェック表、睡眠・トイレチェック表、受診記録などがあり、時間を追って細かく記録している。日々の支援記録は、その日の記載者を決めて、利用者の行動を一つひとつ細かに記載しているが、介護計画課題の支援状況は確認しにくい。支援計画がどのように実施され、利用者の反応はどのようだったのかなどについて記録化することができるように、勉強会や指導体制等の改善が期待される。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！ </div>
<h2 style="color: #FF8C00;">プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
<p>1. 利用者のプライバシー保護を徹底している</p>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
<p>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>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
<p>【講評】 利用者について他機関へ照会したり情報を提供したりする場合の具体例を契約時に文書により説明し、同意を取っている。また、空室以外の居室の見学は認めないとし、また、居室の出入りに際しては必ずロックするように指導している。しかし、利用者の洗濯物をたす等に収納する、居室の清掃をするなどの居室での代行支援等の際の取り決めはない。また、日々の支援記録は利用者を見守りながら食堂で記入するため、氏名や記載のある用紙が、手に取りやすい場所に籠に入れて置いてあるなど、プライバシー保護や情報管理の点からも改善が期待される。 利用者の自発性や自主性を尊重し、全ての点で無理強いせず、また、その気持ちを傷つけるような職員の言動等を認めた場合は、ホーム長がその場で指摘するようにすると共に、ホーム会議で取り上げ、きちんとした対応が取れるように職員間で確認しあっている。また、決められた場所での喫煙や多少であれば晩酌などのアルコールも認め、音楽を職業としていた人にキーボードで試したり、入所時の家族からの情報でダンスを勧めている人もあるなど、利用者の従前の習慣や好みを尊重して、必ず、「主役になる場面を作り」ホームでの生活を支援している。</p>	<div style="background-color: #006633; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！ </div>
<h2 style="color: #FF8C00;">事業所業務の標準化</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
<p>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</p>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
<p>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</p>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>
<p>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>	<div style="background-color: #ADD8E6; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> A </div>

【講評】
 運営の基本的な基準等については本社が細かに決めて各ホームに周知している。本ホームでは、特に、認知症高齢者のケアについてホーム長は明確な信念を持っており、就任初年度に当たる17年度は、ことある毎に引き継ぎやミーティングの場で文書や口頭により指し示してきた。又、ホーム長が率先して現場に関り職員指導をしているので、職員は身近に具体的な助言を得られる環境にある。18年度以降は、これらを整理しホーム独自の手引きとして、誰もが継続実践可能にすることや実践の振り返り、サービス標準のレベルアップにつなげる活動が期待される。

運営や現場のサービスはホーム長の考え方や方法が標準になっているが、リーダー層は職員とよくコミュニケーションを取りながら実施してきている。例えば、「ひな祭り」行事は、職員の発案によるものであり、実施時期、お弁当購入の是非や金額等々、職員が企画しホーム長に見解を求めながら実施し、次年度の行事の企画や実施手順に生かすことができ、改善の足がかりにもなる。服薬管理についても職員の意見により配薬箱の設置やルールの改定等手順の強化をする等、職員の意見を採り入れて改善を図っている。

認知症高齢者のケアについて明確な考えを持ったリーダーを得て、朝夕の申し送り、職員個別OJT等、日々の現場が必要な知識や技術を学ぶ場になっている。全体研修としては毎月のホーム会議や本社が実施する研修がある。毎月のホーム会議は勤務表を工夫して夜勤者を除いて全員の出席が基本である。ホーム会議は議事録を回覧し、日々の重要な事柄については管理日誌に落とし込んで全員に周知を図っている。又、例えば、全職員を対象に入浴介助のシミュレーションを実施する等、安全性にも目配りをするなど、ホーム長の目がよく行き届いた現場である。

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	
<p>【講評】 ホーム長は認知症ケアの最終目標は「自発性」「自立性」を維持し、且つ引き出すことであると考え、自然な生活の流れの中で、このための支援を職員間に定着させて行こうと率先垂範し、OJT等を実施してホームづくりをしている。訪問調査（コミュニケーション法の実施）時には、一人ひとりの職員は開設1年目のホームとしては、利用者の自立を意識しながら、工夫しながらの関わりが持っているとされた。18年度以降は一部の排泄支援等で見られるように、支援の目標を決めて課題化し個別の介護計画として、これに基づいて実践することを期待したい。</p> <p>利用者とのコミュニケーションについても、ホーム長が現場で職員の行動を見て気づいた点を指摘し、指導している。その時々でのコミュニケーションの目的や利用者の状況を見て、音量やトーンに気遣いながら話しかける必要があるとホーム長は述べている。利用者の暮らしは、少しずつ往年の趣味や習慣がホームの中で実現しつつある。趣味としていた歌やダンス、書などの得意技を生活の中に取り入れる機会も作っている。</p> <p>職員間の組織的な話し合いの機会は、現状、毎月一度のホーム会議のみであるが、職員はよく相互に、また、リーダー層とコミュニケーションを図って支援に当たっている。情報の共有化という点では、本評価の一般職員自己評価アンケートの回答者11人中10人が肯定的回答をし、自由意見に良い点として挙げられている。</p>	
<p>【講評】 昼食と夕食は、その都度利用者の希望を担当職員が聞いて献立に反映するようにするため、食材の買い出しもその都度実施している。同じような素材が続かないようにすることや栄養面も考慮するので利用者の要望通りにならないこともあると言う。概ねの食事時間は決められているが、利用者個々のその時々動きや要望を容れている。入浴は概ねの時間を設定しているが、毎日の入浴も可能である。入浴、排泄に関する同性介護は職員構成上、基本的には困難であるが、強い要望があれば都合が付く限り、何とかしたいとしている。</p> <p>毎日の暮らしが、食事・排泄・入浴等の基本的な日常生活行為に終始するのではなく、某かのレクリエーションの機会を取り入れるようにホーム長が職員に働きかけている。現状は、一緒に歌うなどグループによるレクリエーションの機会が多い。居室に閉じ隠ってしまうことがないように呼びかけはしているが、強制はされていない。出来るだけ、通常のケアの場面で利用者一人ひとりの趣味や関心事を話題にして把握し、それをプログラムに反映して、利用者自身が主体的に参加できるものにする取り組みがなされている。</p> <p>入居時に主食はおかず、副食は刻み、飲み物はとろみをつける等の形状による食事をしていた利用者が、普通の食事をするようになっている。関わる職員一人ひとりが、食事のあり方に疑問を持ち、細かく利用者の声を聞いて一つひとつ調理に反映してきた結果である。こうした貴重な実践を丁寧に個別記録化して、その後の利用者の食生活の向上にもつなげられるような取り組みや、介護計画化しての取り組みになることを期待したい。</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な支援を行っている	B
<p>【講評】</p> <p>買い物や調理、配膳といった食事に関する一連の行為や洗顔、更衣等の身の回りのことは、利用者の状況を見ながら、自らできそうなことは自分できるように働きかけている。食材の買い出しは近くのスーパーマーケットで行っているが、店内が狭く、また、エスカレーターでの事故体験もあり、利用者に職員が同伴する必要性もあることから、今のところ、常に利用者が出かけられる体制は作れず、職員だけが買い物に出る場面も少なくない。なるべく早い時期に、エスカレーター対策ができ、以前のように利用者が買い出しに出られるようになることが期待される。</p> <p>居室の清掃は基本的に職員が毎日行い、寝具もお天気の良い日に気づいた職員が干すようにしている。身の回りの清潔保持までも利用者の力を引き出し、活用する支援目標とは考えられていない。このような日常活動も利用者の状況に応じて、介護計画化して支援されるようになると良いのではないかと思われる。</p> <p>ホームでの生活参加の場面は、主として、積極的・主体的な行動を活用して、日常生活に取り入れ役割化している。共同スペースにモップをかける人、食器を洗う人、催し物のステッカーを書く人等である。職員に促されて、箸やスプーンを配る人もあるなど、職員は利用者が生活への参加ができる機会を作るように支援をしている。</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>現在は、食事に特別の配慮が必要な利用者はないが、家庭で対応が出来る減塩や糖などの制限食、刻みやペースト状の調理まで対応する方針である。入居時に主食はおかゆ、副食は刻み、飲み物はとろみをつけた食事をしてきた利用者が普通の食事をするようになっている。食事介助は、訪問調査時点では立位によって行われていたが、安全性や尊厳の面から疑問を呈したところ、早速介助職員用のいすが購入され改善された。今後の経過を見守りたい。現状、職員による技術的な相違はあるものの利用者の状況に応じた支援が心がけられている。</p> <p>排泄は、排泄表により利用者個々の状況を把握し、更に必要な事柄は申し送りにより職員間で共有して支援をしている。その他、日常生活面は、職員によって関わり方、技術面で差異はあるものの、概ね、利用者の状況に合わせた支援が心がけられている。買い物も近郊で購入が可能なものは、必要性に応じて代行をしている。利用者調査（家族用）では、「日常生活に必要な介助を、ご本人には十分に受けていますか」の問いに、回答者10人中8人が「はい」と回答している。2名は無回答である。</p>	
5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	B
<p>【講評】</p> <p>利用者の健康状態については、近くの内科開業医と連携が取れており、月2回の往診時に利用者の健康状態について、日頃気になる点の助言を受けたり、夜間等診療時間外の相談にも看護師から助言を得られる関係が出来ている。往診時や外来受診時には、「受診記録」（様式）に利用者の健康状態に関する質問を職員が記載して、これを基に質問し医師や看護師からの回答を記録し、職員間の共有化や家族への連絡に役立っている。17年にはこの診療所からの提案でターミナルケアを実施している。ホーム長は、今後も出来れば実施したいとしている。</p> <p>内科医の他に月に一度精神科医、週に一度は歯科衛生士が来訪している。現在、全利用者が何らかの服薬をしているが、ホーム長は、例えば便秘についても食事面で改善ができるようにケアの水準を上げていきたいとしている。服薬については、開設当初、誤薬が多発した為、薬の管理や介助方法を改善してきた。身体機能維持としては一斉に全員で体操をするのではなく、散歩や買い物に誘う、ダンスをする等のいわば生活リハビリとしての取り組みを心がけている。生活の質だけでなく、肺炎等の二次的疾患を予防する点からも口腔ケアの実施を切に望みたい。</p> <p>利用者の急な体調の変化等に対する体制整備として全員が救急救命の講習を受講するように手はずを整え、殆どの職員が受講を終えている。日頃、ケア上で不明な点は、ホーム長や医師・看護師による助言が得られる体制にあるが、勉強会等によりホームで起こりうる疾病等に対する基礎知識を学習する機会を設けて、職員一人ひとりの基礎知識や技術を強化する取り組みがあるとより一層良いサービスの提供ができるのではないかと思われた。診療所から勉強会の提案もあるとのことであり、期待したい。</p>	
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

<p>【講評】 利用者間の関係づくりは大切なケアであるとして折に触れてホーム長は、OJTで職員指導をしている。まだ、利用者对職員のやり取りになる場面も多いが、食事の後片づけやレクリエーション等の場面で利用者同士の関わりを橋渡しする職員の様子が見られる。度々玄関口に向かう利用者に他の利用者が「お金を持っているの?」とその都度問いかけている。それを見守る職員の姿があった。外出時には利用者が車いすを押すような場面、利用者同士が手を繋いで散歩をするような場面も作る等、利用者同士の関係づくりを支援している。</p> <p>開設後1年しか経過していない新築のグループホームで明るく気持ちが良いが、台所や食事用テーブルの下等が汚れている。こまめで丁寧な清掃を望みたい。利用者アンケートにもホーム全体に清掃が行き届いていないとの声が見られている。また、掲示物の固定に安全ピンが使用されていることも安全性の観点から改善が望まれる。共同スペースの雰囲気作りとしては、行事以外の通常は、あまり幼い装飾はしない方針であるとのことであるが、職員間で話し合い、利用者の意向も入れて最も良い方法が採られることが期待される。</p> <p>楽しい暮らしの支援として利用者個別の生活リズムづくりも目標として掲げられている。しかし、現状は、職員の働きかけがないと居室やりピングで無為に過ごす利用者の姿も多く、「一人ひとりに応じた生活」づくりは、今後の課題であると思われた。また、利用者が楽しめる場面づくりとして、個々の職員が工夫をして、何らかのレクリエーションを取り入れたり、ひな祭りや豆まきなどの行事にも取り組み始め、時に、外食や店屋物による食事をするなど、少しずつ集団ではあるが生活を楽しむ場面づくりができてきた。</p>	
<p>7. 家族等と関係を持ちながら運営している</p>	
<p>【講評】 家族との外出や外泊、面会時間に特別な制約は設けていない。家族の宿泊も可能であり、ターミナルケアを実施した際には、家族が宿泊をしている。また、家族が参加できる行事としては、お誕生会、ひな祭り、豆まき、近くの温泉に行く等があり、これらの行事は手紙等により参加の呼びかけを行っているが、それ以外のものも家族の参加を歓迎している。</p> <p>全ての利用者が、家族との関係が良いわけではなく、元来、良い関係が保てなくなってホームの利用に繋がっている人もあると言う。家族に対しては、面会時にはホーム長が会って利用者の様子を伝えるようにしている他、ユニットリーダーが電話により近況を知らせるようにしている。定期的な「お便り」などによる近況報告は今のところ実施できていない。ホーム長は、そろそろ実施する必要があると考えている。様々な理由で、ホームへの足が遠のいている家族に対して、近況を知らせる等の利用者との関係回復・継続の支援を期待したい。</p> <p>利用者調査では、回答者10人中7人が「ご本人の生活状況について、十分な説明がある」とし、2人は、「いいえ」としている(1人は、無回答である)。利用者総数18人中回答者10人が、母数であるが、2人が十分な説明がないとしていることを重視して、対策を講じて欲しい。なお、ホーム便りのような家族向け通信誌については、個人情報保護との関係で、その発行について検討中である。</p>	
<p>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</p>	
<p>【講評】 地域の一員としての地域住民との関わりは、散歩のついでに近くにある敬老会館へ行き、そこに来所している地元の高齢者と話すこともあるという範囲に留まっている。次年度以降、地域の人々と利用者が関わるができる機会を意図的に支援する計画が期待される。利用者の外出先としては、この敬老会館の他に買い物でスーパーマーケットへ、外食先としてファミリーレストラン等がある。</p> <p>また、町内会の掲示板などで地域の行事を知り、グループで祭り見物などに出かけることはあるが、利用者一人ひとりが地域の資源を活用して生活の幅を広げることができるような支援は、目下の所実施できていない。このような実践を目的に、利用者にあった情報の収集を組織的に行うことが期待される。今後、町内会への加入が予定されている。</p>	
	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 10px; border: 1px solid black;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">評点の内容</p> <p style="margin: 0;">詳しい内容は こちらをクリック!</p> </div>

[全体の評価講評へ](#)
[組織マネジメント分析結果へ](#)
[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](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#)

評価結果詳細

あなたが検索した条件・結果は以下の通りです

検索事業所名：コムスのほほえみ奥戸

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

事業所名称	コムスのほほえみ奥戸
評価機関名称	特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ
利用者調査実施期間	2006年1月24日～2006年2月27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：2.6　3．平均年齢：79歳　4．車いす利用者2人　5．おむつ0人（リハビリパンツ使用者 12人）　6．平均在籍年数：約1年　7．総合的な感想：大変満足～満足が9人　どちらとも言えない1人

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した。
2．18年2月27日評価者2名により事業所を訪問し、利用者の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：10人

調査対象者数に対する回答率：55.6%

調査項目：[共通評価項目](#)

調査結果のコメント

・平成16年2月開設で約1年を経過している。二人目のホーム長が、認知症高齢者に関する計画なケア方針や方法を持って職員指導をしながら、職員が一丸となってサービスの提供をしている。本ホームは、交通量の多い幹線道路を少し入ったところにあり、徒歩100mの所に利用者が散歩で出かける公園があり、途中に、敬老館がある。その他、300m圏内にはスーパーマーケットや温泉があり、やはり、利用者が活用している。

・今回の利用者調査の有効回答数は、利用者18人中10人である。下記の結果で、最も肯定的回答が多い項目は、19（利用前の十分な説明）で全員が「はい」と回答している。続いて、5（十分な日常生活介助）、6（生活空間の清潔）、7（職員による利用者の体調把握）で、各8人が「はい」としている。少ない項目の一つは、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が気遣いされているか」の問いで2人が「はい」、「どちらとも言えない」が6人、無回答2人である。家族にとっては判断が難しいと思われるが、「この職員なら大丈夫」と家族が言い切れる日頃の対応が期待される。

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

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	40.0%	50.0%	10.0%	いいえ：0.0%
2.食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでますか	40.0%	30.0%	10.0%	20.0%
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	60.0%	30.0%	10.0%	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	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%
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）	80.0%	20.0%	どちらともいえない：0.0%	いいえ：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していますか	80.0%	10.0%	10.0%	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	80.0%	10.0%	10.0%	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	70.0%	10.0%	20.0%	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）	70.0%	10.0%	20.0%	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	20.0%	60.0%	20.0%	いいえ：0.0%

各サービスにおける利用者調査結果

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）	
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	<p>いいえ：0.0%</p>
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	<p>どちらともいえない：0.0%</p>
14.ご本人がボランティアや地域の方々と一緒に楽しく交流する機会がありますか	<p>はい：0.0%</p>
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	<p>いいえ：0.0%</p>
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	
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	
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	<p>無回答・非該当：0.0%</p>
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	<p>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</p>
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	<p>はい：0.0% 無回答・非該当：0.0%</p>
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	<p>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</p>
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	<p>いいえ：0.0%</p>

■ 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](#)



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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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		
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		
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		
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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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](#)

[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](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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



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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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	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		
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		
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](#)

[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 >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	事業所が必要とする人材をふまえた採用を行っている
	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	個人別の育成（研修）計画をふまえ、OJTや研修を行っている
	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="checkbox"/>	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、それを越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](#)

[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



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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	個人情報の保護に関する規定を明示している
	<input type="radio"/>	開示請求に対する対応方法を明示している
	<input type="radio"/>	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](#)



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](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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	現在のホーム長が着任した17年7月時点との比較とする。 職員の配置換えを初め、サービス提供についても具体的な介護方法を示しながらの指導、勤務シフトを調整しての全員参加のホーム会議、ホーム会議を利用した研修、職員一人ひとりが主体的に働くことを意図した委員会活動の提案など、ホーム長の強いリーダーシップにより、職員の士気とサービス提供のレベルアップが図られたことが、職員アンケートや利用者家族のアンケートにより確認できる。提携医療機関の協力により、ターミナルケアの経験もすることができた。

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	理念や基本方針をふまえたホーム長のサービスに対する思いを、自らの率先垂範やサービス提供の場面での具体的な指導、ホーム会議などを通して伝えている。このことにより、職員たちに「自分たちがこのホームの利用者を守っているのだ」という使命感と協働の意欲が醸成されてきたことが、職員アンケートからも確認される。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画を策定する仕組みを作り、利用者全員に対してではないが、3分の2の利用者の支援計画を作成し、それに基づいて支援をすることができたが、全員の計画策定が目標である。 ・服薬管理について、職員の意見により配薬箱の設置やルールの変更等手順の強化をした。 ・「ひな祭り」行事を職員の発案によって実施し、利用者の暮らしに季節感を取り込む支援を実現することができたと共に、行事への取り組み方が分かり、次年度の取り組みの基礎ができた。 ・少しずつではあるが、趣味としていた歌やダンス、書などの得意技を生活の中に取り入れ、利用者の往年の趣味や習慣をホームの生活に生かす支援に着手できた。 ・職場内の情報の共有化が進み、職員が連携してケアに取り組める様になった。

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	<p>17年2月に開設し、同年6月に満床となってからは、ほぼ満床で推移しているが、空き情報については、ホーム長が定期的に本社の機関紙を持って地元自治体の高齢者福祉の部門や地域の在宅介護支援センターなどを訪問して情報提供している。日常的な経費については、事務員が週単位で支出を把握してホーム長に報告し、無駄のないように努めている。食費や光熱水費は6ヶ月毎に清算しているが、次回徴収分を減額する方法で返金する予定であるとの話である。</p>

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	<p>利用者の意向については、日常的なサービス提供や介護計画作成の際のヒヤリングなどの中から汲み取っている。利用者の要望を入れ、ファミリーレストランでの外食や近所の日帰り温泉への外出などの取組みとして実行された。</p>

[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



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](#)



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	A	
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 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](#)



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	B	
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	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とうえで、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



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	B	
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	B	
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](#)



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		
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](#) >> [評価結果検索](#) >> [評価結果一覧](#) >> [評価結果詳細](#) >> [評点詳細](#)

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	A	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

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	B	
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	<input checked="" type="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	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 checked="" type="radio"/>	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	<input checked="" type="radio"/>	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 checked="" type="radio"/>	家族等が参加できるホームの行事を実施している
	<input checked="" type="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	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 checked="" type="radio"/>	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](#)