



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 >>](#)

事業所名称	コムスのほほえみ大鳥居
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.H0401001 修了者No.H0201028 修了者No.H0201072
評価実施期間	2005年8月1日～2005年10月31日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

- ・ 駅にも近く、商店街、公園など周辺環境に恵まれた施設

ホームは、京浜急行大鳥居駅に近く、幹線道路から一步入った閑静な地域に立地している。昔の面影を残した商店街や公園も近く、上手く活用が出来れば在宅と同様な日常生活を送ることが出来る。2ユニット2階建てで、1階にはベランダがあり、バーベキューなどミニパーティを開く事も出来る。若干の庭があり、土に親しむ目的で、この夏は、きゅうりなど野菜を栽培したこともある。

- ・ 職員の育成等組織の基盤整備へのホーム長の直向きな努力

平成16年12月に開設し、17年2月に2ユニットの利用者が揃い本格的な始動となったホームである。1年未満のこの期に職員の入れ替わりによるサービスの質の低下や若年職員の育成がホーム長の大きな課題になっている。ホーム長としては、現場での個別指導や個別面談を中心に認知症高齢者への関わりについての基本的な態度等の指導及び事業所としての標準的サービス作りに注力してきた。本第三者評価を期に外部の見解を取り入れ、仕組み整備の一助にしたい考えである。

- ・ 職員の一致協力による組織の基礎づくり体制の始動

開設初年度前半は、利用者の受け入れや職員の入れ替わりも激しく、利用者の日々の生活が安全に過ごせるように関わるだけで精一杯であったと思われる。このため、計画的な業務の遂行や介護計画の見直し等、組織の基礎となる事項の着手が遅れていた。本評価を実施する過程で、リーダー層の指揮の元に職員が一致してこれまで着手できなかった委員会や介護計画の見直し等が始動し、本格的な組織の基礎作りに向かっている。

さらなる改善が望まれる点

- ・メリハリを付けた必要最小限度の規則基準、マニュアルの整備

本部の定めた規則の他には、施設独自のルールは、日常の記録、議事録などに書き留められるに留まっている。現状では、規則基準として体系的に整備されていない。今後、業務の標準化、新人の教育用に直ぐに参照できる規則、マニュアル類を整える必要がある。なお、規程類の整備に力を入れると整備のための整備に陥りがちであり、柔軟性を損なう恐れもあるので、メリハリを付けて必要不可欠なものに絞って行う事が望ましい。

- ・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、利用者に対しては一切の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。

- ・計画と連動した利用者支援

現場は初めてという職員も多く、介護計画の理解も難しかったとの事は想像に難くない。また、支援は、その時々必要性に応じて実施している面が強く、介護計画の重要性やそれと連動した支援の定着が、容易ではない。第三者評価を通して組織基盤も徐々に整いつつあり、介護計画案を居室担当者が作成することになる日も近い。遅れていたアセスメントや介護計画の見直しにも着手することが出来た。こうした、基本的な事柄の進捗を通して、計画を意識して支援に当たることが出来るよう期待したい。

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



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	コムスのほほえみ大鳥居
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	2005年8月2日～2005年10月31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】 本部の定めた基本方針「コムスの誓い」4か条を事業所の基本方針とし、朝・夕礼で職員が唱和し、誓いを新たにし徹底を図っている。又、これを受けて、施設として「今月の目標」、更に、「今週の目標」を定めている。しかし、現状では目標の達成度の確認が的確に行われていない。実施のための具体策と職員の役割分担を決め、更に、その結果を吟味することが望まれる。又、これ等の目標を決める時に職員参加により、自らが決めた目標として夫々が自覚と責任を持って事に当たることも大切である。 全ユニットが開設してから7ヶ月と日が浅いこと、職員の現場経験も少ないことを踏まえて、日常の運営方法などを決める場合は、ホーム会議・ユニット会議で討論し、職員の考え方の統一、情報の共有化を図るようにして来た。その結果、若干ながら職員からの改善提案も出される様になっている。例えば、利用者の就寝時間が早いユニットでは、それに合わせて職員の勤務時間帯を変えるなどである。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>経営における社会的責任</h2>	<h2>評点</h2>
<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>B</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>B</p>
<p>【講評】 現在が基礎固めの時期であると考え、第三者評価の実施を一つの契機として捉え、異なった視点からの意見を採り入れて、業務の改善に率直に生かそうと取り組んでいる。ホーム長は、今後、地域にとけ込んだ施設運営をして行きたいと考えている。その一環として、事業所の状況、職員の活動の姿を知ってもらおうと共に、利用者と地域住民の交流や親近感を深めるため、自治会、近隣の敬老会等と連絡をとり、事業所の「夏祭り」に招待する等の試みを始めている。 介護保険事業者連絡会、大田区グループホーム連絡会等に参加して、情報の収集、交流に努めている。加入後間もないこと、内部管理体制整備が優先課題であった事から、これまでは一方通行の新しい情報を仕入れる場としてきた。将来は協働したり、他施設との交流を通じて、色々な刺激や参考となるノウハウを得る機会とすることが期待される。 また、評価項目1は、認知症高齢者グループホームは対象外であるが、本事業所としては、認知症高齢者のサポーターとして「キャラバンメイト」に職員の登録をし、その専門性を地域に還元する姿勢も持っている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</h2>	<h2>評点</h2>
<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>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	A
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	A
<p>【講評】 利用者の要望把握のため、昨年12月と今年8月に家族のアンケート調査を実施した。その結果は安全や食事等個別のケアに関するものが中心を占めた。家族には面会時を利用してその対応を個別に説明の上、改善に努めている。今後は、定期的に苦情要望とその対応結果を取り纏めて、全家族に報告すれば、施設への理解が深まり、相互の信頼関係を強めることにもなると思われる。 福祉の進む方向、或いは、地域からの福祉事業に対する要望については、行政を中心とした色々な事業者連絡会に参加して収集に努めている。また、福祉事業全体の動向等についての情報の収集や分析は本部の役割となっており、事業所が参考とすべき情報は本部からも、整理されて送られて来ている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>計画の策定と着実な実行</h2>	<h2>評点</h2>
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	B
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	B
<p>【講評】 行事予定については、お花見会に始まる季節に応じた年間計画、利用者の誕生日に合わせた誕生会等多くの催しを企画実施している。本部の理念を日常の業務に反映させるための課題が設定されたばかりであり、その実施についてはこれからの段階にある。例えば、職員の資質向上のための教育研修計画、利用者の安全確保のための緊急時対応訓練など優先順位をつけて計画的に進め、施設のノウハウ、財産として蓄積して行くことが望まれる。 職員の提案により利用者の生活パターンに対応させて勤務時間帯を変更した例もあるが、業務の運営状況をたどって行くと、残された改善課題が多々ある。短期間で一時に対応することは無理があり、優先すべき課題からメリハリをつけて、順次採り上げて行く必要がある。特に、職員が積極的に提案する風土をつくり、自分たちが改善を進めていると言う参画意識を持って日々の業務に当たるように誘導することも大切であろう。なお、この実施に当たっては、重点の狙いや目標、更に期限を定めて推進することが期待される。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>職員と組織の能力向上</h2>	<h2>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	C
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】 当事業所の人事については、本部に採用の権限があるが補充人事についてはホーム長が必要とする人材について意向を表明している。本部は、認知症高齢者に理解を示し、会社の理念に賛同する人を求める人材像としているが、事業所としてはこれまで人手の獲得が中心課題であり、方針を持つまでに至っていない。また、新設の事業所としては、介護現場やグループホーム経験者が少なく、職員教育に多くの時間が費やされている状況である。</p> <p>ホーム長が職員一人ひとりと個別面談を行い、個人の要望、不満、或いは、研修を含めたこれからの技量の向上方法等について話し合いを行ってきた。また、研修結果については、ホーム会議で報告し共有化に努めている。今後は、ホーム長と職員が個別に相談しながら、各自の目標と日程計画を立て、それを随時自分で進捗状況をチェックすることが大切となろう。更に、ホーム長が、定期的にフォローアップすることが望ましい。</p> <p>開設は16年12月で、先ず1ユニットを稼働させた。次のユニットは、17年2月の開設であり、半年がようやく経過したに過ぎない。利用者と職員の関係と同様に、職員同士もお互いに気心を知り合い、新しい人間関係を築きあげつつある。気持ちの通じる合える関係を早く創り上げることが大切となる。それを土台にお互いに生きがいのある生活の場、働きがいのある職場を築き上げることを期待したい。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
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、「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】 情報の機密性を保つため、電子情報は、アクセス権をホーム長とユニットリーダー及び事務員1名に限定している。また、利用者の個人記録については、利用者名が部外者に判読できないように工夫し、施錠できるキャビネットに収納し、さらにキャビネットのガラスに目隠しをし外部からも見えないよう工夫している。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、個人情報保護の取り扱いを規定した文書を玄関に配備し、周知を図っている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
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	

<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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」 	B
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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテゴリー 5：「職員と組織の能力向上」 	B
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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」 	B
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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテゴリー 3：「利用者意識や地域・事業環境などの把握」 	A
<p>【講評】 開設後半年では、現場経験の少ない新人職員が多くを占める事業所で施設運営を軌道に乗せるのに精一杯で、改善を進めるには、時間が不足していると思われる。その中でも、少ないながらも職員の提案を採りいれながら改善を進めて来た。また、第三者評価の過程を通して、気づきによる組織基盤の整備に職員一丸となって着手し始めている。職員個々の工夫、改善提案を吸い上げる努力をしながら、やる気を引き出す体制を整えることも期待される。 職員間で利用者情報の共有化が進み、また、職員が利用者の特徴を把握できるようになり対応が開設当初に比して改善され、利用者の生活に落ち着きが見られるようになった。一方で、日々の利用者支援が十分に支援計画と連動せず、また、記録も支援計画と連動したものになり得ていない面がある。</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>

[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](#)



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	コムスのほほえみ大鳥居
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	2005年8月2日～2005年10月31日

* サービス分析の結果（サービス提供のプロセス項目） *

<p>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</p>	
<h3>サービス情報の提供</h3> <p>1. 利用者等に対してサービスの情報を提供している</p> <p>【講評】 本社が管理するホームページ、情報通信誌によって、本社が展開しているサービス全体を紹介をしている。当事業所を紹介するリーフレットには、本社のグループホーム運営の考え方、施設の概要、所在地とアクセス、居室の配置、料金が記載されている。更に、高齢者や認知症高齢者等、利用対象となる人々にも当事業所の特徴が伝わりやすいような案内になることを期待したい。 当事業所の情報は、「あき」情報の範囲で行政等関係機関に配信されている。空き情報のみならず、事業所のサービス内容に関する情報を広く社会に対して発信していくことは、事業所として組織の透明性を保つことにつながり、このことは社会的な責任であるとも言われている。今後の取り組みを期待したい。 利用の問い合わせや見学は、居宅介護支援事業所や在宅介護支援センターなどから、直接ホームに連絡が入ったり、本社が設置しているコールセンターを通して連絡が入り、ホーム長が対応している。見学に際しては、利用者の生活リズムに配慮して夜間や食事時等を避け、見学希望者の条件に合わせて随時対応している。</p>	<h3>評点</h3> <p>B</p> <p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h3>サービスの開始・終了時の対応</h3>	<h3>評点</h3>

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	B
<p>【講評】</p> <p>サービス開始の前にホーム長が利用者の家族と面接し、契約内容、重要な事項等について読み合わせた上で説明・確認を行っている。利用に際しての家族の意向は、介護計画表1表に家族が直接書き込んだものにより把握している。利用者の意向を含めてアセスメントシートにも要望に関する記載が認められず、サービスを提供する側としての利用者等の意向に関する把握状況は確認できない。</p> <p>利用開始直後には、申し送りにより職員間で利用者状況の共有をし、使い慣れた寝具、家具、食器等、馴染みの物の持ち込みを勧めることで住環境を整え、頻回に話しかけるようにし、住居の移動による心理的負担を軽減するようにしている。</p> <p>居宅生活への復帰、医療施設への入所等によりサービスが終了する場合の支援については、介護サマリーを提供することが定められているが、地域関係機関や施設との連携や移動に伴う心理・精神的負担への支援については決まりが無く、過去の退所例についても実施されていない。徐々に体制を整える中で、サービス終了時の対応についても支援の標準を定めておくことが望ましい。</p>	<p>評点の内容</p> <p>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>
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	B
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	B
<p>【講評】</p> <p>ホーム長が入居時の面接を担当し、訪問により把握した利用者状況（アセスメント）を所定の様式に認め、これを元にホーム長が作成していた介護計画をユニットリーダーが作成するようになった。今後は、担当介護職員が作成し会議で検討を加える予定になっている。計画は主に家族との面接で、その希望や意見を取り入れて作成し、家族の同意を得ている。介護計画としてはニーズや支援課題の把握に課題が残されている。3ヶ月毎のアセスメント・計画の見直しは、着手されたところであり全員には行き届いていない。</p> <p>計画は主として家族に対する説明であり、利用者にはなされていない。認知症自立度の軽度な利用者もあり、利用者の状況に合った説明が期待される。また、何らかの理由により計画の緊急な見直しを必要とする場合、その手続きは定められていないが、これまで健康状態の悪化等計画の見直しが必要な場合は、ホーム長の判断により実施して来ている。</p> <p>日常の支援記録は時間を追っての利用者の行動記録や家族の面会や活動への参加等の出来事に留まっているが、記録担当者を定めその場で細かく記載している。情報共有化の方法として、利用者の個別の変化・状況は管理日誌に記載し、朝・夕の2ユニットの職員全員の申し送り時の口頭説明がある。加えて「気づきノート」の設置が、日々の利用者情報共有化の促進に繋がっているが、支援計画の共有化が課題になっている。今後、計画を意識した支援の実施と、支援計画と関係づけた記録をする工夫が欲しい。</p>	<p>評点の内容</p> <p>詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</h2>	<h2>評点</h2>
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	B
<p>【講評】 利用者の支援上、他機関との連携やホームとして必要な利用者情報の提供については、本部が内容を定めておりこれに従って契約時に説明し、書面により同意を得ている。支援におけるプライバシーへの配慮については、口頭指示に留まっていたが評価の過程で文書化し、より一層周知徹底を図るようにした。当ホームでは、男性介助職員が多く、排泄や入浴に於いて異性介助場面も多い。利用者の羞恥心にも配慮し、その都度利用者の意向や了解を確認し、更に、介助上の遵守事項を策定する等の取り組みが欲しい。</p> <p>開設後1年未満であり、高齢者福祉の現場を初めて体験する職員も多く、また、この間に職員の入退職による入れ替えもあり、利用者の意思の尊重が職員間に理解され周知徹底しているとは言い難い面もあるが、例えば、起床時間や就寝時間等に明確な決め事をせず、基本的には生活上のこだわりを尊重して無理強いしない支援が心がけられている等、全般に利用者の意向を尊重するスタンスで支援がなされている。</p> <p>職員の言葉遣いを含め不適切な言動について、リーダー層が気づいた都度、助言や指導を実施し、重要な事柄はホーム会議で話題にしているが、よりよいものにするために検討を加え、対策を立てる等の組織的な取り組みには至っていない。又、利用者のこれまでの生活習慣は基本的に尊重する視点で支援がなされているが、仏壇を自室に持ち込み毎日の仏事を居宅生活当時と同様に継続している利用者もあるものの、具現化されている例は、現在のところ極めて少数である。今後に期待したい。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2 style="color: orange;">事業所業務の標準化</h2>	<h2 style="color: orange;">評点</h2>
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	B
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
<p>【講評】 本部が作成した「ケア手順書」を職員個々が所持している。手順書には排泄介助の方法やベッドメイキング、体位交換などの必要性や手技が掲載されている。業務遂行上は、手引書を活用するよりもホーム長やユニットリーダーによる指導や助言が実用化されている。本事業所独自に職員間の共通理解が必要な事柄を手順書化しておく必要性が感じられる。</p> <p>提供しているサービスの内容や基本事項は家族の意向や職員の意見を取り入れ、管理日誌や申し送りによって職員に周知している。今までも職員の意見で職員の勤務時間を利用者の状況に合わせて変更したり、家族への報告事項を増やす等の取り組みを行ってきた。</p> <p>毎月1回全職員を対象としたホーム会議が開催され、重要な事柄や基本事項の周知の場となっている。また、本部が主催する研修への参加やホーム会議での勉強会を知識や技術を習得する機会とし、ホーム会議では30分間、入居中の利用者についての医学知識や介護上の留意点等を学習している。これまでに、パーキンソン病、肺炎腫、腎臓病の治療食について等の学習を行ってきた。また、日常の支援では、ホーム長やユニットリーダーが職員からの相談に応じており、これ等のことを通して、サービスの一定水準の確保をしている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>

* 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>日々の支援は、申し送りとその時の必要性に応じて実施されており、介護計画はあまり意識されていないことが記録から言える。このことは、ホーム長も課題視している。また、計画は、日常生活動作等ホーム内での生活上の介護が中心課題になっており、利用者の自立やその人らしさを反映する所までには至っていない。利用者とのコミュニケーションでは、利用者の「こだわり」を大切に、無理強いをしないことや記憶力が低下している利用者の場合は、書面で残し確認し合う等を実施しているとのことである。しかしながら、利用者個別の「こだわり」の発見やその職員間の共有については確認材料が無く、また、現場の関わりにおいても十分に実施されているとは言い難い。</p> <p>2 ユニット間の行き来が自由に出来る運営をしており、職員全員が連携して利用者支援に当たる必要があり、毎日の申し送りを合同で実施している。</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>食事については、献立に利用者の意思を反映させるようにしているが、栄養面や献立の偏りに配慮して職員が補っている面が多い。入浴については、概ねの時間を設定しているが、要望があれば出来る限り優先させる方針である。介助面では当ホームには男性介助職員が多く、排泄や入浴に於いて異性介助場面も多い。契約時に家族からの了解を得ているものの、介助を受ける利用者からの、その都度の意向や了解の確認も欲しい。</p> <p>利用開始期にアセスメントの一環として趣味や関心を把握するようにしているが情報収集は徹底していない。また、把握されたとしてもそれがホームでの生活に生かされている利用者は少ない。レクリエーションの機会は余り多くないが、実施している場合は、利用者の様子を観察して職員のその時の発案により実施しており、その参加は利用者の意向に基づいている。</p> <p>ホームでの生活は、他者への迷惑や健康面への影響を考慮した上で、飲酒、喫煙、ユニット間の往来等自由である。ただし、外出については、これまで介護体験が無い職員も多く、職員のアセスメント力に課題があるため、利用者の単独外出は認めず職員または家族の付き添いを条件としている。</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な支援を行っている	B
<p>【講評】</p> <p>食材の買い出しや食事の下ごしらえ等の食事に関する家事や身の回りのことは、利用者が出来ることは自分でするように誘導して支援している。</p> <p>週に一度の布団干しや居室の清掃等を、利用者の様子を見ながら自分で出来る人は、言葉かけにより励まし自分でするように支援しているとのことであったが、そのことに関する支援基準や考え方、個別支援計画、現状の確認が困難であった。また、現時点では、日常生活動作や家事等の生活面での介助が支援の中心になっており、利用者一人ひとりに応じた生活づくりに至っていない。</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	B
<p>【講評】</p> <p>食事提供について、減塩の食事を別に調理したり、人によって噛みにくいものを細かく刻んで供する等、利用者の食欲や健康状態、咀嚼機能に合わせた支援をすることを基本にしている。利用者（家族）調査では、塩分や水分管理が必要な利用者の家族から「とても気をつけてもらっている」との意見が寄せられている。一方で、「食べ物の大きさや堅さを本人に合わせてほしい」との意見もある。訪問時も、医療的な課題については慎重に扱われているものの、その他の個別性については職員により対応に差異が見られた。</p> <p>排泄は、排泄表により個々の状況を把握し、申し送りにより職員間で共有し、支援をしている。その他、日常生活面は、職員により差異はあるものの、概ね、利用者の状況を把握して支援がなされている。</p> <p>買い物は、日常生活に必要なものの範囲で職員による代行が行われている。居室や食堂の共有スペースの清掃は、利用者と共に協働で職員が支援している。</p>	
5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	B

<p>【講評】 利用者の健康状態に疑問点や変化があった場合は、医師の定期往診時にホーム長を介して相談し、必要に応じて利用者や家族への説明や通院等、必要な対応をしている。また、ホーム長は、毎月、利用者の生活と共に健康状態について全家族に書面で通知している。本評価の利用者（家族）調査でも利用者の体調への気遣い、病气やけがの時の対応について全員が肯定的な回答をしている。</p> <p>日頃の生活支援の中で体操や散歩等、健康や機能維持に繋がるプログラムは、下半期になって着手され、職員やユニットによって未だ差があり、標準化には至っていない。また、食後の口腔ケアについても同様である。両者とも健康維持の重要な点であるので、一日も早く、支援の方法や技術が職員間に周知徹底され、当ホームのサービスとして定着することが期待される。</p> <p>服薬支援は、職員の勤務帯によって役割が分かれており、薬箱に役割メモを貼付しそれぞれ一人ずつの職員がその責任で実施している。これまでは幸いにも誤配薬が無い。現行の方法は、一人の職員が一工程を受け持ち流れ作業になっているユニット、リーダーが責任を持って配薬箱に配薬をするユニット、とユニットによって異なっている。誤服薬は、利用者の健康を損ねる等、重大な事故につながる可能性もあるため、最善の方法を職員間で常に検討を重ねる等慎重な取り扱いが求められている。</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】 日常生活は、概ね、利用者の意思は尊重されているが、レクリエーションや共同作業等による利用者間のコミュニケーション支援や利用者個別の生活作り等、ホームにおいて利用者がそれぞれの生活を楽しめる支援という点は、立ち後れている。ホーム長は、ケアプランの内容の充実が必要であると捉えており、職員が様々な支援経験を積む今後の実施が期待される。</p> <p>新築のグループホームであり、手を加えなくても共同スペースは明るく気持ちがいい。職員は、人形を置いたり、壁には利用者の作品を飾ったりして、その持つ力を来訪者にも示し、理解を深めてもらう事にも気遣っている。一階のベランダからは、小さな菜園が望める。「落ち着ける雰囲気づくり」は、それぞれであるが、今回の評価に際して調査訪問したメンバーの中には、室内に植栽や生花、壁面に絵を掛ける等の雰囲気作りがあってもいいのではないかという意見もあった。</p>	
7. 家族等と関係を持ちながら運営している	A
<p>【講評】 家族との関係を重視し、面会時を捉えホーム長から利用者の日頃の様子を伝えるとともに、毎月、ホーム長からの手紙により健康状況と共に生活についても案内をしている。また、暮れの「お楽しみ会」や納涼会には、家族に案内をし、参加を呼びかけるなど、家族との関係を大切に運営に当たっている。</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	B
<p>【講評】 現時点では、町内会の回覧板や町内会掲示板により、地域行事を中心に情報収集し、利用者に知らせ、地域の祭り等に参加をしているが、利用者個別の支援計画に応じた情報収集としては物足りない。</p> <p>地域資源の活用としては、初詣に神社へ、公園での花見や散歩、商店街での買い物や食事等、生活上の変化や地域とのつながりのある支援がなされている。しかしながら、地域の人々との交流の機会がなく、「地域にとけ込んだ利用者の生活支援」を目標としている当事業所としては、今後、町内自治会行事への参加等を通じて是非とも交流の機会を持ちたいとしているので期待したい。</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #006633; color: white;"> <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

平成17年度

[次の評価結果を見る >>](#)

事業所名称	コムスのほほえみ大島居
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	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6人、女性11人　2．平均要介護度：2.5　3．平均年齢：84歳　4．車いすを使用している人1人　5．おむつ使用者　5人　6．平均在籍年数：1年未満（平成16年12月開設）

調査方法：1．利用者等の個人情報保護のため、事業所を經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：17人　調査対象者数：17人　有効回答者数：13人

調査対象者数に対する回答率：76.5%

調査項目：[共通評価項目](#)

調査結果のコメント

1. 平成16年12月に開設。国道から少し入った住宅街に位置する新設のホームである。近くに昔ながらの商店街があり生活感が漂う。ホームは建物が新しいこともあり明るい。一階はベランダ越しに小さな菜園があるが利用者が自由に出入りできないのが残念。新規採用の上に現場が初めてという職員も多く、認知症高齢者への関わりに課題を感じる面もある。利用者（家族等）調査の自由意見欄には、職員の交替が多い、生活の中を楽しみを等の意見の他、スタッフの挨拶がよい、疾患を持った利用者がしっかり食事管理されている、ホーム長からの利用者の生活に関する説明がありがたいといった意見が寄せられている。

2. 設問に対する評価者のコメント 問1,2:訪問時は、職員により、又、ユニット間により差があった。問4:お風呂の介助を受けているとの回答10人が母数である。問3,4:一般に入浴を見ていないのでどちらとも言えないとする回答者も多い。問7,8:回答者全員が肯定的回答をしている。問14:ボランティアを受け入れるところまで手が回っていない。問20:契約時に利用者が同席したと回答した3人が母数である。

利用者調査の結果

読み上げソフトをご利用のかたへ

パーセンテージの読み上げは「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の順番で読み上げられます。

■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	38.5%	30.8%	30.8%	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	23.1%	30.8%	15.4%	30.8%
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	53.8%	15.4%	7.7%	23.1%
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	60.0%	40.0%	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)	84.6%	どちらともいえない:0.0%	いいえ:0.0%	15.4%
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せていますか	76.9%	15.4%	7.7%	いいえ: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	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%
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	76.9%	7.7%	15.4%	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)	84.6%	7.7%	7.7%	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	69.2%	7.7%	23.1%	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	
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>いいえ：0.0% 無回答・非該当：0.0%</p>
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	<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% 無回答・非該当：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	<p>いいえ：0.0%</p>
17.計画について、ホームから十分な説明がありましたか	<p>いいえ：0.0%</p>
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>いいえ：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>どちらともいえない：0.0% いいえ：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>どちらともいえない：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	
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% 無回答・非該当：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

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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている
	<input type="radio"/>	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



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

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	B	
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	C	
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	B	
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

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 checked="" 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 checked="" 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	A	
標準項目	<input checked="" type="radio"/>	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 checked="" 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 checked="" 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		
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

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	B	
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	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](#)

[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

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	C	
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



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

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	<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 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

カテゴリ 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」

評点	B
改善の成果	・改善課題やその実行計画の策定としては、年度計画として、イベント的な行事予定を立てている程度であったが、本第三者評価の実施過程で、下半期年度計画が策定され介護に関する委員会、研修に関する委員会等、委員会の立ち上げに着手し、始動している。

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」

評点	B
改善の成果	・職員とホーム長の個人面談は既に全員を対象に行った。ホーム長としては、夫々職員の持てる長所を大切に、それを伸ばすことを中心に考えていきたいとしている。

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」

評点	B
改善の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・6月に「気づきノート」をスタートさせたことにより、職員間で利用者情報の共有化が進み、また、職員が利用者の特徴を把握できるようになり対応が開設当初に比して改善され、利用者の生活に落ち着きが見られるようになった。 ・年間の諸行事は、予定通り実施し、徐々にではあるが地域の社会資源の活用等による外出の機会も増えている。 ・日々の利用者支援が十分に支援計画となかなか連動せず、今後の課題でもある。

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	A
改善の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所単位で予算を立て執行するのが、一般的な体制であるが、当ホームの場合は本部が予算管理し、ホーム長の責任は2ユニット18室の稼働率を上げることに単純化されている。本部では開設と同時に全室稼働を目標としている。 ・当事業所は、16年12月1日に開設し、開設から2ヶ月は1ユニットでスタートさせ、3ヶ月目から2ユニット目の利用者を迎え1ヶ月で満室を目標としたが、このことは、ほぼ、目標達成している。 ・開設当初より、8月までの9か月間に入院や個人の事情による退居者が7名あり、ホーム長は、利用者獲得のために本部の営業担当職員からの情報だけでなく、独自に関係機関への空き情報等の発信や事業所周りと奔走し、8月28日より2ユニット18名の利用により安定している。2ユニット目が開設した本年2～4月と6～8月を比較すると稼働率は向上している。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向を把握するため、行事を機会に、16年12月と17年8月の2回アンケート調査を実施した。16年12月は、33%の協力しか得られなかったが、17年8月には、約76%の回収ができ、趣旨を理解して協力を得られる体制が出来てきた。

[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



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	B	
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](#)



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	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	B	
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



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

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](#)



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		
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



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

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	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	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	✕	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	○	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		

[戻る](#)