



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	コムスのほほえみ都立大学
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.H0302075 修了者No.H0305082
評価実施期間	2005年8月5日～2005年11月1日

全体の評価講評

* 特によいと思う点 *

・ホーム長のリーダーシップ

ホーム長は、職員と一緒に開設時にホーム独自のサービスの提供の方針について検討し、職員への周知徹底に努めると共に、自らの役割も自覚して、ユニット長の適任者を自力でリクルートし、後継者育成を意識して指導している。また、経験の浅い職員が多くいることもあり、全員と個別に面談し、研修参加、休暇取得等職員の希望も受け入れながら、日常業務の中で直接指導、支援している。更に利用者、家族等から出される課題についても、ユニット長とのリーダー会議で相談しながら、即断即決で対応している。

・家族の意向を積極的に受け入れ、協力関係を大切にした取り組み

利用者入居時、家族との面接を通し「家族に対しても話し合いに心がける」をサービス提供の方針に据え、家族会の開催や家族同伴の外出を実施し、今後も家族の意向を受け入れこのような取り組みを充実させることを方針としている。本ホームは家族の面会が多く、面会の少ない家族には月一回は必ず連絡をするなど家族との関係を重要視している。また、利用者の誕生日にお祝いにきた家族と一緒に、他の利用者も参加してパーティになることもあり、家族のかかわりの大切さを確認し、家族との協力関係に取り組んでいる。

・入居時の丁寧な対応と柔軟性を持った利用者の受け入れ

生活の継続性を大切に、入居時は馴染みの私物を持ってこることや、個人の生活習慣を継続させるため、居室に畳を敷き、布団をたたむ、押入れにしまうなどの活動が継続できるようにするなど丁寧な支援をしている。また、梅毒と疥癬以外は感染症があつても受け入れていることや、ターミナルケアを実施する方針をもち、家族の意向を尊重し、十分な話し合いを重ね実施する予定であるなど、利用者の意向に柔軟に対応しようとする姿勢がある。

さらなる改善が望まれる点

- ・計画的な研修計画に基づく職員の能力向上

日々非定型的、非定常的問題が発生し、その対応が常に求められる仕事ではあるが、それ故にこそ、業務を組織的、計画的に行うことが欠かせないと言える。特に、最も重要な財産である人材の質の向上について見ると、現状では、後継者育成、外部研修への参加支援、ホーム長主催による内部研修などを行っているが、一人ひとりの研修計画に基づくものではなく、今後、職員の意向、ホーム長の見る目、職場のニーズ等を勘案した、個別の研修計画を職員と一緒に立て、職員の納得も得、自己啓発の意欲も高めながら育成して行く事が望まれる。

- ・利用者のプライバシー保護の徹底と尊厳の保障に向けた積極的な取り組みの必要性

開設6ヶ月を過ぎたところであるが、退職者が多く職員の定着に課題をもっている。また、認知症介護の経験者は18人中4人であり、他の職員は介護経験も乏しい状況である。ホーム長は自主勉強会を開催するなどしてOJTにより、標準的で適切なケアの実践に取り組んでいる。しかし現状においては利用者へのかかわりにおいて職員間にバラツキがあり、プライバシー保護のための基本的なマナーや尊厳を保障したケアの実践は地に着いているとは言いがたい。今後は、自己チェック、リーダー層による評価、研修などを含め組織的な取り組みが必要であろう。

- ・全職員の参加による介護計画の策定と適切な実践

介護計画の策定はホーム長とユニットリーダーの2名が担当ユニットについて策定している。このプロセスにおいて職員の意見を参考にし、策定時は「伝達帳」でその旨を伝え周知に努めている。介護記録には日課に沿って実施したケアの事実を記載しているに止まり、個別の介護計画に沿った支援とその評価の記載は認めにくい。介護計画策定のプロセスにおける職員参加と役割を明確にし、全員で取り組むことが出来れば職員教育の点からも効果的だと思われる。

コメント

利用者（家族）調査は、記入者が読みやすいように文字を大きくするなどして実施。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、評価の根拠となる文書等の確認時間を聞き取り時間と別に設定した。また、十分な情報を得ることを目的に、経営マネジメント分野とサービス提供のプロセス分野に分け、2日間の日程で実施した。第三者性確保のため、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、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	コムスのほほえみ都立大学
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15日～2005年11月1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】 コムスの誓い、グッドウイルト訓は毎日職員が唱和し、理念の徹底に努めている。当ホームの基本方針は、設立時にホーム長が中心となって立ち上げ時のメンバーで作成された。家族への説明や連携の重要性を認識し「個々の利用者の個性に合わせた生活のリズムを保つ」ことと「家族とのつながりを強める」ことを方針としている。 ホーム長はホーム立ち上げのために必要な体制作り、風土作り等の課題を率先して推進すると共に、当初配属された職員の1/3が退職すると言う困難に遭いながらも、新しい職員も含めて指導、リードし、家族から出される多くの意見、要望を受け止めながら、新しいホームの運営に当たっている。しかし、開設半年であり、運営方針、組織的な体制もまだ定着しているとは言いがたく、それらを利用者（家族）へ浸透させるためには、さらなる努力が必要である。</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>
<h2 style="color: #FF8C00;">経営における社会的責任</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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. 地域の関係機関との連携を図っている	B
<p>【講評】 福祉サービス従事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新入社員教育、ケアスタッフ研修、管理者研修等で取り組まれている。また、コムスの誓いの唱和や掲示により日常的な徹底に努めている。 地域との連携は、地域の特性（地域内での交流や町内会、老人会の活動も殆ど行われていない等）や当施設の立ち上げ後間もないこともあり、現時点では、目黒区のケアマネージャー連絡会への参加、設立時及びその後の情報収集等に伴う目黒区役所との連絡等にとどまっている。</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>
<h2 style="color: #FF8C00;">利用者意向や地域・事業環境の把握と活用</h2>	<h2 style="color: #FF8C00;">評点</h2>
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	C
<p>【講評】 家族会を開催したり、「ご意見板」を設け家族の意向把握を行っており、問題の出た都度即検討し、家族とも相談しながら迅速な解決に取り組んでいる。しかし、課題や問題として整理し、組織的、計画的に進めるまでには至っていない。ホーム長は、家族の訪問が多いので、職員との接触の時間を多く取り、更に意向の把握に努めたいとの意向である。 福祉事業全体の動向に関する情報は、コムスン本社で収集され、必要なものが各施設に伝えられる事になっている。本ホームとしては、新聞や行政から提供される情報、地域のケアマネージャー連絡会、連携医療機関などから得た情報から、職員や家族に伝えるべき内容かどうかをホーム長が判断し、それぞれに伝えている。</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】 17年2月の開設後、まだ約半年経ったところであり、当初立ち上げのための諸課題の推進が行われている段階である。このため、いろいろの目標はあるが、中長期計画として策定されているものはなく、体制作り、サービス提供を一体として進めながら、利用者、家族と実際に接する中で新たに発生する問題や課題に取り組み、対応している。18年度については、本社が作成する年度計画の中で、本ホームについても目標、課題の設定と実行のための年度計画策定が行われることとなっている。 利用者や家族から要望が出された場合、その実現のために計画を立てて確実に実行できるよう進めている。例えば、日常、利用者の希望により、個別にレストランや喫茶店等に出かけているが、家族を含めたユニットとしての外食会を担当を決めて計画を作り、この秋に実施を予定している。 利用者の安全確保・向上については、会社としての統一の様式である「トラブル報告書」に記録、報告され、カンファレンスされた場合はその内容も報告されることになっている。対応策、解決策はその都度出されているが、殆どが個別対応と止まっている。情報を整理、分析し、組織的にこのシステムの活用が行われれば、一層の安全の確保・向上に寄与することが期待できる。特に、解決方法の検討に当たって職員の参加、利用者家族の意向反映、検討結果の周知と定着化等を織り込んだ活用がまだ徹底されていない。</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	B

2. 職員の質の向上に取り組んでいる	B
2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる	
1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	B
2. 職員のやる気向上に取り組んでいる	B
<p>【講評】 本ホームとして、利用者への接し方については「心から接すること、指示を与える様な事にならない様相手に立場に立って思いやりをもって接すること」を基本としている。仕事に対しては「単に業務をこなすと言う事ではなく、今何をすべきか自ら気づく様に」と言う基本的な姿勢を職員に示し、ホーム長やユニット長が、会議等で説明すると共に、現場で指導に努めている。 職員の研修については、本社で行われる研修の外、新入職員が多いこともあり、ホーム長自ら基礎的な勉強会を開いたり、個別に必要と思われる外部研修に参加させたりしている。しかしながら、各職員のニーズを把握し個人別の研修計画を立てて実施するには至らず、職員全体のレベルアップが効率的に行われているとは言えない。また、男性職員が約6割の比率であり、必ずしも適正な人材配置には無く、女性職員を増やしたいという意向をホーム長は持っている。 ホーム長はホーム開設後、この半年の間に、職員の出入りもあったが全員と面談行った。これによって、職員一人ひとりの意向・状況把握を行い、後継者育成や業務の円滑化、仕事への動機付け等を考えて、権限委譲、現場における直接指導、有給休暇取得勤奨等を行うと共に、職員一人ひとりと職場全体の活性化を図っている。人事、給与制度は、本社が担当しているが、例えば、本社が経営するホーム間の繁忙差が労働条件に反映されない不公平感について、現場として本社に意見具申している。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
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	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	B
<p>【講評】 事業所が蓄積している経営に関する情報はパソコンによって「よりよくマネジメントするために蓄積された情報」等本社から来るもの、施設内で蓄積されたもの共にファイリングされ保管されている。パソコン内の資料はホーム長とユニットリーダーのみがアクセスが出来るよう制限されており、職員に必要なものはプリントアウトして周知している。ただし、保管はされているが次々と新しい情報が追加されているという状態で、使いやすく整理されているとは言えない。 個人情報保護については、本社で規程、マニュアル、掲示物などが作成され、全職員に対して順次説明教育が行われている。利用者、家族に対しても会社の個人情報管理姿勢について文書を送付して知らせている。</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
<p>【講評】 組織マネジメント面では、開設して半年余りであり、立ち上げのための諸課題を一つずつ進めながら、日々起こる問題に追われていると言うのが現状である。その中であって、第2ユニットの立ち上げ、職員の退職補充等の大きい課題をこなしながら、職員の配置や意欲付け、後継者の育成、入居者確保、家族の意向の把握などに良く対応してきている。今後、立ち上げ業務が落ち着いてきた時点で、ホームの独自性の中で、職員の研修を始め、諸課題を計画的、組織的に推進して行くことが望まれる。 認知症介護の経験者が少なく、また、職員の定着が芳しくない中で利用者へのサービスの基本の理解と標準化を目指し、ホーム長主催による内部研修会の開催や情報共有のための「伝達帳」の活用などを実施した。また、家族との協力も進み、生活を楽しむ機会も増えているが、計画性において十分とは言えず今後の課題である。</p>	<div style="background-color: #006400; color: white; padding: 5px;"> <p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p> </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	コムスのほほえみ都立大学
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15日～2005年11月1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】 情報の提供は、本社作成のホームページと本事業所独自の紹介として、理念、サービスの方針、入居条件、居室の平面図、アクセスなどが記載されているリーフレットを作成している。関係機関への情報提供は、このリーフレットに加え、コムスが経営するグループホームを紹介しているパンフレット「コムスのほほえみ」も一緒に目黒区の居宅支援事業所、病院、老人保健施設などにも配布している。しかし、本施設は、平成17年2月開設であり、まだこのようなパンフレットで本施設の活動の様子は紹介されていない。 利用者の問合せには、ホーム長とユニットリーダーが対応している。見学はいつでも可能であり、予約をしないで訪問する人にも応じているが、入居者の精神状態や健康状態により見学できるユニットを選んでいる。</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> <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>	<h3>評点</h3> <p>B</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	A
<p>【講評】 サービス開始時は、本施設は、都内でも利用料金が高額な方であり、確実性を期し丁寧に説明している。利用者から申し込み後の入居判断は、ホーム長かユニットリーダーが訪問し生活状況を入居判定シートに記載し、主治医の健康診断書を参考に、現場職員間で入居可否について検討し本社に送付する。そして入居可否の判断が担当部署で検討され、ケア上のコメントが添えられホームへ返信される仕組みである。また、本ホームでのターミナルを希望する利用者にも対応する方針をもっている。</p> <p>サービス開始時は、調査表（アセスメント項目を網羅）と家族が記載する「入居申込書、状況申請書」を使い、利用者の状況を把握している。入居申込書には家族が希望を書く項目はあるが、調査表には利用者の意向を記載する項目は無い。利用開始時は利用者の状況を職員が必ず目を通す「伝達帳」に記載し、夕食時は本人の好きな料理を提供するなどの工夫をしている。私物は馴染みのものの持参を勧め、畳みの生活を希望する利用者には応じ、布団を使用、たたむ生活をするなどこれまでの生活が継続できるような支援をしている。</p> <p>サービス終了時は、退居後に利用する施設などに対し生活状況や健康状態について家族にサマリーを渡すなどの取り組みをしている。在宅に戻った人の場合は、外泊を繰り返し、在宅生活の継続性について判断し、また介護支援専門員や訪問介護事業者とカンファレンスをし支援の継続性に努めている。在宅での継続が不安な場合は、退居時に再入居の申し込みを引き受けるなどの配慮をしている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<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	A
<p>【講評】 介護計画はホーム長とユニットリーダーが担当するユニットについて策定している。調査表（アセスメント項目を網羅）を使い、利用者の生活歴、生活習慣、趣味、性格、コミュニケーション上の特徴、ADL、健康状態に関するなどを把握している。アセスメントの見直しは、定期的には6ヶ月ごとになっているが、現在は利用者、家族の要望でサービスを変更する時や利用者のADL健康状態、認知状態の変化時に介護記録と職員からの情報により、ケアプランを変えているが、見直し時に活用するアセスメントシートは定められていない。</p> <p>介護計画は入居後一ヶ月を目的に策定し、利用者に対する介護計画の説明は、家族が面会に来た時に随時説明をし、意向を把握している。承諾のサインと介護計画の交付はまだ全員には行き渡っていないが、現在進行中である。開設後6ヶ月を過ぎたところであり、まだアセスメントから介護計画策定のプロセス、カンファレンスの実施、利用者・家族の参加に関するシステムが不明確であり、定着していない状況にある。</p> <p>利用者の記録は個別の介護記録の他、健康チェック表、睡眠、トイレチェック表、などを活用し記録の重要性を職員指導している。一方、時系列の記録になっており、チェック表で確認できることが繰り返し介護記録に記載されている状況であり、ホーム長は介護記録には利用者の行動の特徴や職員の関わりによる変化などを書くように指導する必要性を認識している。利用者の変化やケア上の留意点など重要な内容をを記録し、共有するため「伝達帳」「管理日誌」が活用されている。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>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】 利用者の健康保険証の保管などの取り扱いなどについては基準を決め実施している。居室への出入り時のマナーなどについても、本社が主催する新人研修やマニュアルにも記載しているが、実施は不十分であるとホーム長は認識している。利用者の生活状況把握のために訪問した時も、マナーの不十分さが見られた。また、羞恥心に対する配慮として、職員の男女比が約6対4と男性が多いこともあり、入居時に同性介護の希望を聞いているが、男性職員のみ勤務になることもあり現状は対応できず、ホーム長は女性職員の比率を上げることの重要性を認識している。 ケアの方針は、「無理強いをしない」であるが、指導的な立場で話す職員がおり、ホーム長は状況を見て注意をしたり、職員ミーティングで取りあげている。利用者の生活を状況を把握するために訪問した時も、少数ではあるが指示的な態度の職員が見受けられた。個人の意思を尊重するための組織的な取り組みには至っていない。2ユニットのうち一階は施設の状態であった。徘徊する利用者があり事故予防対策として家族に説明し、複数の家族の要望もあり施設している現状を、ホーム長は職員の力量の向上により解決できるのではないかと認識している。 虐待状況を発見した場合は、行政に相談することになっている。また、ホーム長は、状況に応じ警察に通報する必要がある事を職員に厳しく話し、虐待防止を重要視している。</p>	<p>評点の内容 詳しい内容は こちらをクリック！</p>
<h2>事業所業務の標準化</h2>	<h2>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	C
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	B
<p>【講評】 本社が作成した「コムスのほほえみケア手順書」には、家事、介護に関する技術面及び業務確認書（日勤、夜勤などの業務内容）が文書化されている。入社時研修で使われているが、職員は日常的にはこのマニュアルを活用するよりは、ホーム長やユニットリーダーなどから直接的に指導を受けることが多く、活用には至っていない。本ホームは開設6ヶ月を過ぎたばかりであり、現段階は、サービスの基本事項や手順書の見直しに取り組むというよりは、ホーム長などリーダー層の指導により、日常の業務を安全に実践するという状況にある。 日常の業務の中でホーム長が気がついたことやケア上留意すべき点を、職員全員が読む「伝達帳」「管理日誌」などに記載し、業務の標準化を目指している。また、開設後の新人職員を対象にホーム長が主催して認知症の理解を促すための内部研修を開催し、新人職員ひとり一回は、この研修を受けている。また、認知症に関するリーダー層の外部研修に出すなどの取り組みをしているが、職員全員を対象にした外部研修の計画は無く、ホーム長は問題視している。</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
<p>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>	<p>B</p>
<p>【講評】 介護計画についてはホーム長とユニットリーダーが作成しているが、介護計画の策定にあたり、カンファレンスの開催や職員の具体的な役割などが不明確であり、職員が作成過程に参加し、介護計画に基づいて意識したケアが提供されているとは言いにくい状況にある。介護計画のプロセスを見直すと同時に、現在の介護記録についても、ケア評価につなぐことができる書式にしていける必要があるとホーム長は認識している。 利用者の特性を考慮し、人の出入りが多いと不安定になり感情コントロールが難しい利用者には、入浴や排泄などの日常ケアの場面で、ゆっくり関わるようにするなど、それぞれの状態に応じてコミュニケーションの取り方を工夫している。また、対応の中で気づいたことは、介護記録や伝達帳に記入して、職員間の情報共有に努めると同時に、訪問診療の医師やマッサージ師とも情報を交換し、連携に努めている。 利用者の「その人らしさ」を大切にすため、今までの呼び方を家族に確認して馴染んだ呼び方にしている。また、日常生活の習慣や趣味について入居時に把握し、就寝時間や外出頻度も一方的に押しつけるのではなく、個人の生活パターンを見ながら支援するようホーム長は職員に指導している。</p>	
<p>2. 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている</p>	<p>B</p>
<p>【講評】 食事について利用者からの意向が出にくいいため職員が献立を作成している。献立については、同じメニューにならないよう注意しているが、利用者の意向を引き出し食事に反映していく具体的な方策などについての検討は不十分である。食事時間については、衛生面を考慮し、調理後2時間以内を原則にしているが、時間の延長やずらしには対応している。また、利用者の体調によっては居室配膳も行っている。 入浴時間は夜9時までを目安にしている。入浴に関する利用者の意向の把握は、入浴時間、同姓介護、使い慣れたシャンプー類、入浴剤などについて把握し、意向に応じている。自分から入りたいと言う利用者が少ないため、職員から言葉かけているが強制はしていない。 ホーム主催のレクリエーションは少ないが、以前から趣味をもっている利用者には意向をきいて、目黒区の住区センターで行われる習い事に参加できるよう働きかけ、実施している。煙草や飲酒などの嗜好についても、他の利用者に迷惑がからない範囲という制限はあるが利用者の意向を尊重している。ホーム内での生活は自由してもらえるよう心がけているが、徘徊する利用者が数名いるユニットについては、家族からの要望もあり、安全のために入り口は施錠している。利用者の状況をみながら開錠していく必要があるとホーム長は認識している。</p>	
<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</p>	<p>B</p>
<p>【講評】 入居前の生活習慣として、食事や掃除などを自分ですることがなかった利用者が多く、調理や配膳、後片付けの多くを職員が行っている。配膳や後片付け等は希望する利用者を中心に、一部の利用者が職員の言葉かけにより行っていた。ホーム長は認知症のレベルが高く利用者が主体的に実施できるような支援はむづかしいと判断しているが、職員の中には利用者との関わりに積極性が見受けられない人もあり、組織的な取り組みには至っていない。 洗顔、歯磨き、更衣等の身の回りのことは、利用者個別の習慣を把握しながら「どうですか」など言葉かけが行われているが、寝具や居室の掃除はほとんど職員が行っている。ボランティアの協力で花壇を作り、花への水やりを役割に思い実施している利用者も見られた。</p>	
<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</p>	<p>B</p>
<p>【講評】 食事、入浴、排泄、更衣についての各利用者の残存機能を把握し、支援をしている。特に排泄については排泄チェック表を使って観察し、排泄パターンを理解した上で利用者の状態に応じた声かけをしている。指示を与えるのではなく、利用者の立場にたち行動するよう留意しているが、経験の浅い職員が多いため、ホーム長も現場でケアを行いながら、職員の関わりで気になる行動があった場合は指導している。 入居前の生活から、掃除や買い物などの家事をする習慣がない利用者も多く、職員が代行している。共有スペースの清掃は職員が実施しているが、利用者の生活状況を把握するために訪問した時にトイレのゴミ箱がいっぱいになっていたり、浴室の脱衣所に物品が乱雑に置かれていたり、食堂に汚れや臭いがあり清掃が行き届いているとは言いにくい状況であった。</p>	

5. 利用者の健康を維持するための支援を行っている	A
<p>【講評】 利用者から受けた健康面に関する相談や健康状態については、管理日誌や伝達帳で申し送られ随時に対応している。また、利用者の健康を維持するため、一日2回健康状態に関するチェックを行い、体調の変化は些細なことと思われることについても職員間で相談し、申し送りをしている。家族にも報告することになっている。</p> <p>服薬管理は誤りがないよう、薬局から分包された薬をホーム長かユニットリーダーが確認後、夜勤者が薬箱にセットしている。各勤務担当者が利用者へ渡す時に確認し、3回チェックする仕組みである。</p> <p>ホームと提携している医療機関の医師が、週1回定期的に訪れ診察している。診察時はユニット担当職員も同席し、利用者の健康状態について受診記録に記載し健康管理に役立っている。また、体調変化時は（急変時を含む）家族や提携医に連絡して対応できる体制になっている。救急時の対応も、日中は病院まで救急車に職員が同乗し、経過や状態を伝えるようにしている。</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】 利用者同志で食事の時下膳したあげようと親しく話すなど、助け合っている様子がみうけられた。利用者間でもめる事はあまりないが、利用者間の対人関係での調整場面について、家族よりクレームが出たことがある。ホーム長はこのことを謙虚に受け止め、経験あるリーダー層による現場でのOJTや研修への参加を促し、職員の利用者への関わりの向上に努めている。</p> <p>利用者が入浴や散歩など希望している時には、応じてゆく方針を持っているが、日常生活の場面で一部の職員が利用者へ話しかけたりしながら楽しい時間を提供することも無く、無口で関わりをしている場面が長時間あり、ホームでの生活の楽しさを作ろうという取り組みは乏しい状況にあった。</p> <p>環境面では、共用スペースには物は置かないようにして、利用者が落ち着ける雰囲気づくりがされている。また、快適に過ごしてもらうため、食堂のテーブルに花壇で取れた花を飾ったり、温度や湿度も定期的にチェックされている。利用者が落ち着いて過ごせるよう、以前の生活習慣を大事に、居室には出来るだけ馴染んだ家具を持ってきてもらったり、量を希望する利用者には希望を取り入れる配慮がされていた。</p>	
7. 家族等と関係を持ちながら運営している	A
<p>【講評】 家族との話し合いや意向を把握することを基本方針とし、家族との関係を大切にしている。家族との関係を密にするため、外泊、外出、面会時間についての制限はなく遅い時間も対応しており、多くの家族がよく面会に来ている状況であった。、面会の少ない家族には、ホーム長が月に一度は意図的に利用者の状況を報告して、負担にならない範囲で面会の誘いをしている。</p> <p>設立当初は職員の移動が続くなどで、外出は少なかったが、最近は家族も交えレストランに食事に行くことができるようになった。また、利用者の誕生日に家族が訪問し、他の利用者と一緒に誕生日を祝ったり、家族で近くにお花見に行ったりなどの交流がある。ホームとしても、家族等が参加できる外出や食事会などを担当者を決めて企画し始めている。</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	A
<p>【講評】 一階のユニットのテラスや庭で園芸作りを通じてボランティアと交流したり、買物時のスーパーの利用や美容院の利用など、日常生活を通じて地域の一員として、職員以外の人との交流機会を作るよう働きかけている。</p> <p>開設後、地域での催しものの情報を得て、芋煮会や学童クラブとの合同のワークショップなどに参加している。また、希望者には地域センターでのヨガや編み物などに参加できるよう、職員が同伴するなどの支援をしている。今後も利用者や家族の意向を聞き、地域のさまざまな資源を利用できるようホーム長はじめ職員と一緒に取り組んでいる。</p>	
<div style="background-color: #006400; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <p>評点の内容</p> <p>詳しい内容は こちらをクリック！</p> </div>	



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	コムスのほほえみ都立大学
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15日～2005年9月6日

調査概要

調査対象：1、性別；男性3人、女性15人　2、平均要介護度2.9　3、平均年齢：84歳　4、車いす使用者2人
5、おむつ使用者（常時）1人　6、平均在籍年数；1年未満（平成17年2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、郵送により直接回収
2、9月6日、評価者3名により事業所を訪問し、生活の様子を見せてもらう（コミュニケーション法）

利用者総数：18人　調査対象者数：18人　有効回答者数：14人

調査対象者数に対する回答率：77.8%

調査項目：[共通評価項目](#)

調査結果のコメント

平成17年2月に開設している。閑静な住宅街に位置し、商店も近くにあり外出などしやすい環境であるが、坂道が多く外出には車が必要である。総合的な評価は、「満足」「どちらかといえば満足」が86%、「どちらかといえば不満」「不満」が14%であり、不満の意思表示をしている利用者がいた。設問の中で、「病気やケガなどの時、十分に対応してくれるか」「職員は日頃から、本人にからだの調子を聞いてくれるか」など健康面への配慮や日常生活に必要な介助を十分受けているか」「ホームについての情報の入手と利用方法についての説明」については満足度は高い。一方、「部屋や食堂、トイレなどの生活空間の清潔さ」については、満足度が低く、また、「食べたい物の希望をきいてくれるか」「本人のしたいことが自由にできるか」「計画作成時の利用者の要望の把握」「不満や要望を職員に気軽に言えるか」など意向、要望の把握面について全般的に満足度が低い傾向であった。調査の自由意見欄には、どちらかという、安心、感謝などのコメントは乏しく、共通スペースの清掃の不十分さ、職員の態度などにおいての研修や標準化の必要性について複数の意見が寄せられている。

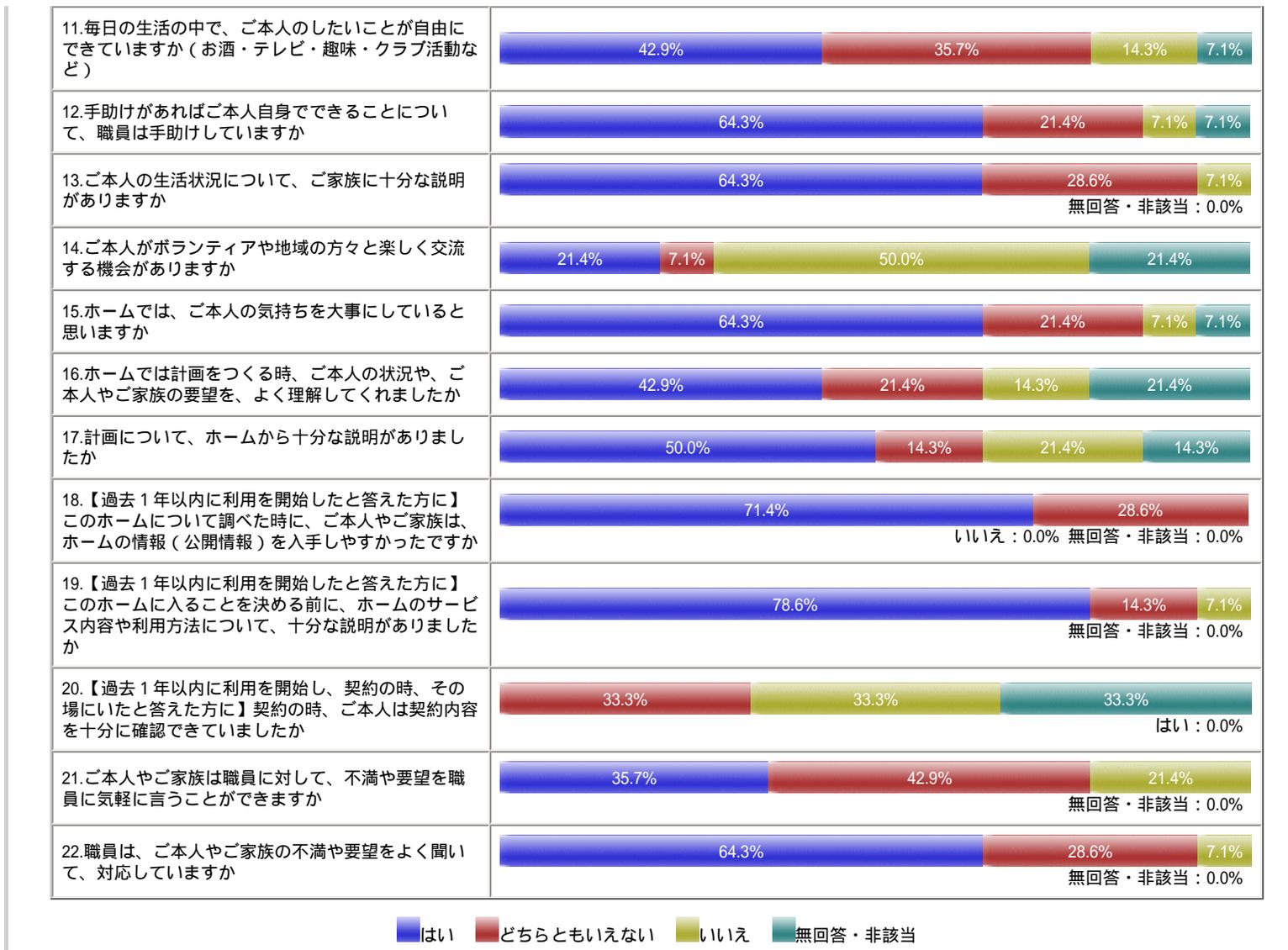
利用者調査の結果

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ますか	35.7%	42.9%	21.4%	無回答・非該当：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	14.3%	21.4%	28.6%	35.7%
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	57.1%	28.6%	14.3%	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	66.7%	25.0%	8.3%	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）	71.4%	21.4%	7.1%	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されていますか	50.0%	28.6%	21.4%	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	71.4%	14.3%	7.1%	7.1%
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	92.9%	7.1%	いいえ：0.0%	無回答・非該当：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）	85.7%	7.1%	7.1%	無回答・非該当：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	64.3%	21.4%	7.1%	7.1%

各サービスにおける利用者調査結果



[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	ホーム長は後継者育成を自らの大きな責任の一つと考え、人材を確保し（ホーム長が自力で）、ユニット長に対して、常に仕事に対する心構えや方法を指導しながら、ホーム長の仕事も少しずつ与えたり、必要なる研修にも積極的に参加させている。その結果、ホーム長不在時でも、ユニット長が仕事に支障なく代わりが出来る様になりつつある。	

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	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	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	○	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		
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



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

5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

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

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

評点	B	
標準項目	✕	職員の判断で実施可能な範囲と、それを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	B	
標準項目	○	情報の重要性や機密性をふまえ、アクセス権限を設定している
	×	収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している
	×	保管している情報の状況を把握し、使いやすい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	B	
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](#)



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	<p>・設立時に関係する職員で議論して、当施設の地域性も考え、独自のサービスに対する基本方針、仕事に対する基本姿勢を定め、リーダーシップを発揮し実施している。また、第二ユニットを計画より一ヶ月前にスタートさせたり、管理日誌に示している「今月の目標」「今週の目標」について、これまでは月、週ごとに変えていたが、目標が達成されたかを確認下上で、次の目標を定めることとするなど計画の着実な実行を促進させている。</p>

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	<p>・組織の能力向上のため、ユニットリーダーとしてホーム長の推薦する人を外部から採用し、サービス体制の強化、職員育成の強化を図った。また、ホーム長は、全職員との面談を行い、ホームの方針、仕事の有り方、職員のキャリアアップ、疑問や希望等について意思疎通に努める一方、職員のストレス対策として有給休暇取得奨励をした。また、職員のレベルアップのためホーム長が主宰する内部研修会を開催した。</p>

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	・利用者に状況やサービスの提供において重要な事項を記載し、職員が必ず見る記録簿である「伝達帳」をホーム独自の方針で作成し、活用している。また、家族会の開催やご意見板を作り家族の意向の把握に努め、意向を取り入れ外出の機会を多くしたり、家族と一緒の外出の機会を作っている。

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	・第2ユニットの前倒し開設と第1、第2ユニット共に早期に満室状態を達成し、増収及び収入を確保した。また、待機者リストを作成し、連絡を密に取りながら、退去による空室日数を殆どゼロにして減収を回避した。

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との情報交換、意思疎通に努め、利用者意向を把握する機会を持った。

[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	<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 checked="" 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](#)



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	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



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	C	
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	B	
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

各サービスにおける事業評価分析結果

評点	B	
標準項目	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input checked="" type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	掃除や買い物ができない場合は代行している
	<input checked="" type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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 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 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 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	A	
標準項目	<input 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 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 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	A	
標準項目	<input 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 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 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](#)